

© ТУЗИКОВА Ю.Б., ИГОНИН А.Л., 2003

## ПРОГРЕДИЕНТНОСТЬ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ ЛИЧНОСТНОГО ФАКТОРА

ТУЗИКОВА Ю.Б., ИГОНИН А.Л.

*Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, г.Москва*

**Резюме.** При сплошном обследовании изучено 200 больных героиновой наркоманией, у которых были выявлены стенический (24,80%), истерический (15,80%), неустойчивый (31,00%) и астенический (11,30%) типы изменения личности. Контрольную группу составили лица с условно-гармоническим складом личности. Установлена зависимость прогрессивности течения героиновой наркомании лиц, у которых обнаруживаются различные варианты личностных деформаций. Личностный радикал определяет как прогрессивность героиновой наркомании, так и своеобразие клинической картины.

**Ключевые слова:** героиновая наркомания, синдром отмены, патологическое влечение, прогрессивность, личностный радикал.

**Abstract.** On mass examination 200 patients with heroinism were studied. Sthenic (24,80%), hysteric (15,80%), instable (31,0%) and asthenic (11,30%) types of personality change were revealed in them. Control group was composed of persons with relatively harmonic type of personality stamp. The dependence of progression of heroinism course in patients with different types of personality deformations was determined. Personality radical influences both progression of heroinism and peculiarity of clinical picture.

Словарь психиатрических терминов В.М.Блейхера и И.В.Крука (1995) определяет прогрессивность как «признак, характерный для психических заболеваний, протекающих по процессуальному типу как эндогенных (шизофрения), так и ряда органических (эпилепсия, старческое слабоумие, болезни Пика и Альцгеймера и другие)».

Понятие прогрессивности психических заболеваний было введено в клиническую практику А.В.Снежневским (1983) и вначале использовалось применительно к шизофрении. При определении прогрессивности болезненного психического процесса учитывались скорость развития заболевания, интенсивность его прогрессирования, частота и тяжесть приступов, степень нарастания дефицитарных изменений психики, итоговый уровень ее пораже-

ния – изменение психического склада личности или полный психический распад.

Однако особенности течения психических заболеваний во многом определяются конституциональными особенностями психики. Вместе с общими закономерностями течения психических расстройств, наряду с «самостоятельностью» болезни, индивидуальные проявления и развитие патологического процесса в значительной степени зависят от свойств личности, в частности ее стенического или астенического склада. А.В.Снежневский признавал, что строй жизнедеятельности не представляет собой необратимое свойство и в нем заложена способность к изменению под влиянием различных жизненных обстоятельств. Но он подчеркивал, что в обычных, не экстремальных, условиях, на протяжении жизни прочно преобладает один, свойственный индивидууму, строй.

При изучении хронического алкоголизма понятие «прогрессивность» тоже получило должное признание; разрабатывались критерии

*Адрес для корреспонденции:* 210023, г.Витебск, пр.Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии и наркологии - Кирпиченко А.А.

для ее определения с учетом специфики наркологического заболевания. Так, И.Г.Ураков и В.В.Куликов (1977) для оценки прогрессивности алкоголизма предложили ориентироваться на сроки формирования абстинентного синдрома. Длительность этого периода менее 6 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем соответствует высокой степени прогрессивности болезненного процесса, от 7 до 15 лет – средней, а свыше 15 лет – низкой. Однако авторами оговаривалось, что эти стандарты не являются универсальными, т.к. иногда могут быть и иными (например, в случаях женского алкоголизма).

В качестве ориентира использовался и другой облигатный признак алкогольной зависимости – симптом утраты количественного контроля, отражающий формирование патологического влечения к алкоголю. В таком случае появлялась возможность судить о степени прогрессивности заболевания также и у больных алкоголизмом 1 стадии, когда похмельный синдром еще не сформировался (Альтшулер В.Б., 1999).

Применялась и интегральная оценка степени тяжести алкоголизма, которая включала характеристику патологического влечения к алкоголю, степень соматических изменений, выраженность социального снижения и скорость формирования основной симптоматики алкоголизма (Небараква Т.П., Савченко Л.М., Меньшикова Е.С. и др., 1983).

Г.В. Морозов и Н.Н. Иванец (1981), подвергнув детальному анализу клинические проявления алкоголизма у больных с различными преморбидными характерологическими особенностями, показали влияние личностного фактора на прогрессивность хронического алкоголизма. С высокой достоверностью было определено, что у больных синтонного круга чаще наблюдается мало- и среднепрогрессивный темп течения зависимости, у пациентов неустойчивого и истеро-возбудимого круга – высокопрогрессивный, дистимического – средне- и малопрогрессивный.

Кроме того, существуют мнения, опровергающие однозначную связь между скоростью формирования зависимости от алкоголя и тяжестью ее психосоматических и социальных последствий. В клинических наблюдениях

М.И.Лукомской (1991) отмечается, что при высокой прогрессивности и достаточно большой давности алкоголизма больные нередко остаются сохранными как в психосоматической, так и в социальной сфере. И, наоборот, малой прогрессивности во многих случаях сопутствует развитие тяжелой соматической патологии.

Что касается зависимости от наркотиков, то в литературе не встречаются данные об определении прогрессивности наркомании в классическом психиатрическом понимании. В работах И.Н.Пятницкой (1994), М.Л.Рохлиной (1999) используется сходное понятие «наркогенность», однако оно не идентично понятию «прогрессивность». «Наркогенность» отражает свойство конкретного психоактивного вещества с определенной скоростью вызывать зависимость и формировать болезненный процесс с той или иной тяжестью симптомов. Наиболее наркогенными веществами считаются героин и кокаин, затем следуют седативно-снотворные средства и стимуляторы, наименьшей наркогенностью обладают каннабиноиды и галлюциногены.

Нами была предпринята попытка провести параллель между исследованиями в области алкоголизма и наркоманий и на примере героиновой зависимости определить, как влияет на прогрессивность наркомании преморбидный характерологический склад. Таким образом, проводя исследование больных, употреблявших один и тот же наркотик (героин), мы выяснили, что присущий каждому типу личностного реагирования оказывает существенное влияние на общие закономерности течения наркомании.

При сплошном обследовании 200 больных героиновой наркоманией было выявлено, что по складу характера еще до развития зависимости 24,8% всех больных относились к стеническому типу, 15,8% – к истерическому, 30,1% – к неустойчивому и 11,3% – к астеническому. В контрольную группу вошли больные с условно-гармоничным складом личности (18,0%).

Для определения прогрессивности мы использовали интегративную шкалу, учитывающую не только клинические особенности и скорость утяжеления облигатных признаков зависимости, но и степень социального сниже-

ния больных в результате наркотизации. Шкала включала следующие параметры:

- длительность этапа употребления наркотиков до формирования зависимости (учитывалось количество эпизодов употребления);
- длительность этапа начальной стадии до формирования средней, до абстинентного синдрома (в неделях);
- возраст начала систематической наркотизации;
- общая длительность систематической наркотизации (в годах);
- степень тяжести абстинентного синдрома после отмены героина (легкая, средняя, тяжелая);
- критика к заболеванию (полная, частичная или ее отсутствие);
- наличие спонтанных или терапевтических ремиссий до наблюдения;
- длительность ремиссии в период катамнестического наблюдения (в месяцах);
- последующее формирование зависимости от других психоактивных веществ;
- степень социального снижения как результат наркомании (потеря работы, прерывание учебы, разрыв семейных отношений, столкновения с правоохранительными органами, наличие судимостей).

В результате двухступенчатых вычислений для каждого пациента на основании этих параметров рассчитывался показатель, который выражался в условных баллах. При этом 3 условных балла соответствовали высокой, 2 балла – средней и 1 балл – низкой степени прогрессивности наркомании. В каждой группе больных вычислялся средний показатель. В итоге между выделенными типологическими группами были обнаружены существенные отличия.

Наиболее высокопрогрессивное течение героиновой наркомании (среднее значение степени прогрессивности в группе равно 2,6 условных балла) было отмечено у *больных стенического круга*. Зависимость формировалась в сжатые сроки; стремительный рост толерантности приводил к установлению максимально высоких суточных доз героина (до 2 г, а иногда и более). Социальное снижение в результате наркотизации было значительным, часто отмечались судимости (42,3% от группы). Критика к заболеванию была самой низкой по сравне-

нию с пациентами других групп и выявлялась только в 6,1% случаев. Абстинентный синдром (АС) после прекращения систематического употребления героина характеризовался лавинообразным нарастанием симптоматики и самой тяжелой среди других больных степенью выраженности всех его компонентов – алгического, сомато-вегетативного, психопатологического. В период острых расстройств у пациентов наблюдались сужение сознания, самоповреждающее поведение, состояния по типу проночных. Интенсивные алгические проявления локализовались в мышцах, суставах и костях. Длительность АС была максимальной (составляя, в среднем, 7,5 суток). Влечение в периоды воздержания от героина было существенно чаще компульсивным (у 66,7% больных в данной группе), чем обсессивным (33,3%). Обострения влечения носили смешанный характер. Срывы ремиссий на ранних сроках у больных этой группы отмечались чаще, чем у всех остальных (66,7% от группы), а ремиссии свыше года – реже всех (6,1%), средняя длительность ремиссии была наименьшей (5,1 мес.). При прекращении злоупотребления героином у них часто (в 34,6% наблюдений) формировалась зависимость от других психоактивных веществ (в основном, от алкоголя).

Наркомания у *больных неустойчивого круга* характеризовалась также довольно высокой прогрессивностью (в среднем, 2,4 условных балла). Заболевание формировалось быстрым темпом, но рост толерантности был нестабильным и зависел от внешних обстоятельств; суточные дозы героина колебались от 0,75 до 2 г. Больные обнаруживали низкий уровень критики к своему состоянию (только в 10,0% случаев). Степень социального снижения как результат наркотизации по сравнению с другими группами была самой значительной, а количество судимостей – наибольшим (42,8% от группы). В структуре АС преобладали поведенческие нарушения, однако и другие – алгические, сомато-вегетативные, диссомнические – были выражены достаточно тяжело; АС протекал длительно (в среднем, 7,3 суток). В периоды воздержания стремление к изменению своего психического состояния проявлялось как обсессивным (в 57,5% случаев), так и компульсивным (42,5%) влечением; на обострения влечения

больше влияли экзогенные, чем эндогенные факторы. На ранних сроках (до 3 месяцев) срывы ремиссий отмечались в половине наблюдений (53,8% от группы), ремиссии свыше года были единичными (7,5%), средняя длительность ремиссии была невелика (5,4 мес.). В 19,3% случаев приобреталась зависимость от других психоактивных веществ.

У больных *истерического круга* прогрессивность наркомании оценивалась в 2,0 условных балла. Темп формирования зависимости был быстрым, плато толерантности устанавливались на среднем уровне (0,75–1 г); влечение характеризовалось высокой интенсивностью. При умеренной степени социального снижения и небольшом числе судимостей (16,7% от группы) обнаруживался достаточно низкий уровень критики к наркологическому заболеванию (критическое отношение к наркомании отмечено только в 9,5% случаев). Сомато-вегетативный компонент АС и диссомнические нарушения чаще достигали средней степени выраженности, в клинической картине по тяжести преобладали обычно аффективные и поведенческие расстройства. В остром периоде отмечались сужение сознания, демонстративные самоповреждения, мнимые обмороки, астазия-абазия, состояния по типу просоночных (протекавшие более легко, чем у больных *стенического круга*). Длительность АС была короче, чем у больных предыдущих групп (в среднем, 6,1 суток). В ремиссиях почти одинаково часто встречалось и компульсивное (в 47,6% случаев), и обсессивное влечение (52,4%), преобладали обострения влечения смешанного типа. В этой группе 38,8% пациентов после прекращения употребления героина начали злоупотреблять другими психоактивными веществами (в основном, наркотиками стимулирующего действия). Хотя срыв ремиссии в ранние сроки наблюдался у 61,2% больных, средняя продолжительность ремиссий в группе была наибольшей (9,7 мес.), и сравнительно часто наблюдались ремиссии длительностью свыше года (19,0% от группы).

Самая низкая прогрессивность наркомании обнаружена у больных *астенического круга* (1,5 балла). Она была обусловлена медленным темпом формирования зависимости и плавным ростом толерантности. Суточные

дозы героина были самыми малыми (0,2–0,3 г); отмечался самый высокий уровень критики к заболеванию (в 26,7% случаев) и сравнительно невысокая степень социального снижения (с отсутствием судимостей в отличие от пациентов других групп). В структуре АС средней степени тяжести преобладали вегетативные, диссомнические расстройства, а также аффективные нарушения с идеями самообвинения, адинамией, раздражительной слабостью. Алгический компонент АС был выражен относительно слабо: неприятные ощущения в теле напоминали, скорее, парестезии, чем типичные для героиновой наркомании выкручивающие боли в мышцах и костях. Влечение в подавляющем большинстве случаев было обсессивным (в 73,3 % случаев); обострения влечения существенно чаще, чем в других группах, протекали по эндогенному типу (40,0%). После прекращения употребления героина 15,4% больных приобрели зависимость от психостимуляторов. При относительно небольшой средней длительности ремиссий (5,2 мес.) больные этой группы чаще, чем все остальные, воздерживались от героина свыше года (26,7% от группы).

В контрольной группе прогрессивность заболевания оценивалась как сравнительно низкая (1,6 балла). Зависимость формировалась с умеренным ростом толерантности; дозы наркотика устанавливались на среднем уровне (0,5–0,7 г). В группе отмечен самый высокий уровень критики к наркомании (в 29,2 % случаев), самая малая, по сравнению с другими больными, степень социального снижения с небольшим количеством судимостей (у 9,5% пациентов). АС протекал легче и в более короткие сроки, чем у всех остальных (5,5 суток); приобретенные в результате наркотизации психопатоподобные, неврозоподобные, аффективные и диссомнические нарушения быстро редуцировались. В ремиссиях влечение обсессивного типа (в 70,8% случаев) заметно преобладало над компульсивным (29,2%), обострения носили либо смешанный, либо экзогенный характер. На ранних сроках срывы ремиссий у больных контрольной группы отмечены в 38,1% случаев (что существенно реже, чем у остальных); средняя длительность ремиссии составляла 8,5 мес. Ни один больной контрольной группы пос-

ле прекращения наркотизации не приобрел зависимости от других психоактивных веществ.

Таким образом, в результате проведенного исследования видно, что даже в случае такого катастрофически быстро формирующегося заболевания, как героиновая наркомания, наблюдаются все закономерности, присущие прогрессирующему психическому расстройству. Героин, будучи одним из самых наркотических веществ, стремительно образует психическую и физическую зависимость у всех лиц, употребляющих его систематически определенное время. Вместе с тем, склад личности, базовый строй жизнедеятельности индивидуума детерминирует феноменологические и патодинамические особенности наркотической зависимости. Он влияет как на степень тяжести абстинентного синдрома и превалирование в его структуре той или иной симптоматики, выраженность патологического влечения к наркотику, характер обострения влечения, так и на темп формирования зависимости, рост толерантности, продолжительность ремиссии, степень социального снижения. Личностный радикал не только привносит своеобразие в клиническую картину психического расстройства, но и определяет такую его комплексную характеристику, как прогрессивность.

## Литература

1. Альшулер В.Б. Алкоголизм // Руководство по психиатрии под ред. А.С. Тиганова. – М., «Медицина», 1999. – С.250-299.
2. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов / Под ред. С.Н.Бокова. – Воронеж: Изд. НПО «МОДЭК», 1995. – 640 С.
3. Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б. Героиновая наркомания, развивающаяся у больных с различными особенностями личности (условия формирования, клиническая картина, терапевтический подход). – Журнал «Наркология» N 1. – 2002. – С.35-39.
4. Морозов Г.В., Иванец Н.Н. Влияние личностного фактора на прогрессивность хронического алкоголизма // «Алкоголизм (клинико-терапевтический, патогенетический и судебно-психиатрический аспекты)» (сборник научных трудов под ред. Г.В. Морозова). – М., 1981. – С.3-8.
5. Небараква Т.П., Савченко Л.М., Меньшикова Е.С., Валентик Ю.В., Овсепян С.А. Преморбидная структура характера – функциональная основа клинических проявлений и социальных последствий алкоголизма // Структурно-функциональные основы нервных и психических заболеваний. – М., 1983.
6. Пятницкая И.Н. Наркомании // Руководство для врачей. – М., «Медицина», 1994. – 541 с.
7. Рохлина М.Л. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии под ред. А.С.Тиганова. – М., «Медицина», 1999. – С.339-427.
8. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии под ред. А.В. Снежневского, том 1. – М., «Медицина». – С.16-96.

Поступила 11.10.2002 г.  
Принята в печать 10.01.2003 г.