

Р.В. Бисалиев¹, К.Ю. Смирнов²

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОПИАТНОЙ НАРКОМАНИИ В СОЧЕТАНИИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

¹ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»

²ОГУЗ «Наркологический диспансер» г. Астрахань

В статье описываются клинические особенности опиатной наркомании, сочетающейся с суицидальным поведением. С этой целью обследовано 57 больных с суицидальным поведением и 45 больных без суицидального поведения. В целом суицидальное поведение усугубляет течение опиатной наркомании.

Определение клинико-динамических особенностей на различных этапах течения опиатной наркомании в сочетании с суицидальным поведением диктует необходимость использования психопатологических критериев, имеющих прогностическое значение при внедрении дифференцированных методов профилактики, психофармакотерапии и психотерапии.

Ключевые слова: психиатрия, наркология, суицидальное поведение, опиатная наркомания.

R.V. Bisaliev, K.Yu. Smirnov

CLINICAL PECULIARITIES OF OPIATE NARCOMANY IN THE COMBINATION WITH SUICIDE BEHAVIOUR

The article deals with the description of clinical peculiarities of opiate narcomany combined with suicide behaviour. 57 patients with suicide behaviour and 45 patients without this feature were observed. Suicide behaviour aggravates the course of opiate narcomany. The definition of clinical dynamic peculiarities at different stages of disease-opiate narcomany in combination with suicide behaviour – demands the necessity of usage of psychopathological criteria having prognostic meaning for introduction of differentiated methods of prophylaxes, psychopharmacotherapy and psychotherapy.

Key words: psychiatry, narcology, suicide behaviour, opiate narcomany.

На современном этапе развития общества проблема употребления наркотических веществ приобрела многосторонний и междисциплинарный характер. Столь пристальное внимание к этой проблеме со стороны специалистов различного профиля обусловлено тем, что ситуация с распространенностью болезненности и заболеваемости наркоманиями остается напряженной. Среди многочисленных медико-социальных последствий у больных наркоманией выделяется суицидальное поведение [2, 12]. Социальная значимость проблемы, наличие социально-политического спроса обусловили достаточно высокую исследовательскую активность в этом интересном и перспективном направлении. Вместе с тем, такие вопросы, как особенности клиники и течения опиатной наркомании в сочетании с суицидальным поведением, нельзя считать завершенными.

Цель исследования заключалась в изучении и описании особенностей клиники и динамики опиатной наркомании, сочетающейся с суицидальным поведением.

Материалы и методы. Обследовано 102 больных с диагнозом «Наркомания опийная. Постабстинентное состояние (вторая фаза абстинентного синдрома) F11.21, F11.3», среди которых было 64 мужчины (62,7%) и 38 женщин (37,3%). Возраст респондентов варьировал от 18-ти до 36-ти лет, средний возраст 26,4 года.

В соответствии с поставленной целью пациенты были разделены на две группы: первая (основная) группа – больные опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС); вторая группа (сравнения) – больные опиатной наркоманией без суицидального поведения (БН). В первую группу вошли 57 человек (55,8%), из них 37 лиц мужского пола (64,9%) и 20 женского пола (35,1%). Вторую группу составили 45 человек (44,1%), включая 27 мужчин (60,0%) и соответственно 18 женщин (40,0%). Длительность заболевания в обеих группах составила в среднем 6,2 лет.

Критерии исключения: 1) сопутствующая психическая патология; 2) параллельное злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ); 3) острые психотические состояния; 4) тяжелые органические поражения центральной нервной системы; 5) умственная отсталость (легкая и умеренная); 6) соматические и неврологические расстройства в стадии обострения.

Оценка достоверности различий осуществлялась методом многофункционального критерия χ^2 -Пирсона. Критерий χ^2 -Пирсона позволяет сравнивать распределения частот вне зависимости от того, распределены они нормально или нет. Данный критерий применим для оценки достоверности различий между двумя независимыми выборками, измерения в которых могут быть проведены в любой шкале, так как многие другие критерии имеют ограничения на измерения, а именно, либо только в порядковой шкале, либо в шкалах интервалов и отношений [10].

Следует отметить, что анализ клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей опиатной наркомании, а также оценка соматовегетативного и психического статусов больных наркоманией проводилась на всех этапах реализации лечебно-реабилитационных мероприятий. В данной статье представлены результаты обследования, выполненные на этапе первичного осмотра пациентов с подробным анализом сведений из медицинской документации.

Результаты и их обсуждение. Изучение возраста начала потребления наркотиков показал, что первое потребление наркотических веществ в группе больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (БНС) отмечено в возрасте от 13 до 23 лет (в среднем – 18,1 лет); в группе больных опиатной наркоманий без суицидального поведения (БН) – в возрасте от 15 до 23 лет, что составило в среднем 18,7 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту начала употребления опиатных наркотиков

Возраст	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
13-14	17	29,8	0	0,0
15-16	13	22,8	9	20,0
17-18	8	14,0	17	37,9
19-20	8	14,0	11	24,4
21-22	9	15,9	6	13,3
23	2	3,5	2	4,4
Всего	57	100,0	45	100,0

Примечательно то, что различия между сравниваемыми группами достигали степени статистической достоверности.

Из табл. 1 видно, что большинство пациентов основной группы начали употреблять опиатные наркотики в возрасте 13-14 лет, тогда как во второй группе максимальное количество больных приходится на возраст 17-18 лет. На втором месте расположились больные группы БНС – в возрасте 15-16 лет и больные группы БН – 19-20 лет. Иными словами, в раннем подростковом возрасте количество обследованных, впервые пробовавших опий, в первой группе составило 52,6%, во второй группе – 20,0%, что в 2,6 раза больше. Данные зарубежных исследователей [15] свидетельствуют, что показатель смертности среди лиц, употребляющих опиаты, примерно в 13 раз выше, чем в общей популяции. Значительное количество лет потерянной жизни свойственно группе лиц относительно молодого возраста (15-39 лет), в которой наблюдаются случаи смерти, связанной с употреблением опиатов.

Период, предшествующий формированию опиатной наркоманией сопровождался употреблением препаратов конопли, токсических веществ (средства бытовой химии) и

алкоголя. Чаще употребление ПАВ было без признаков зависимости, непродолжительное и носило ритуальный характер (табл. 2).

Полученные недостоверные различия по употреблению других ПАВ подтверждают высказанное в литературе мнение о поисковом полинаркотизме в подростковом возрасте [3]. Отмечено более частое потребление препаратов конопли больными первой группы (35,0% и 28,9%).

Таблица 2

Частота употребления других психоактивных веществ

Психоактивное вещество	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
Алкоголь	7	12,3	6	13,3
Суррогаты алкоголя	2	3,5	3	6,7
Гашиш	20	35,0	13	28,9
Токсические вещества	5	8,8	5	11,1
Всего	34	59,6	27	60,0

Этот факт можно интерпретировать двояко. С одной стороны, употребление так называемых «легких» наркотиков является «трамплином» к переходу к тяжелым наркотикам, в результате от которых формируется наркотическая зависимость. С другой стороны, имеются убедительные доказательства взаимосвязи между злоупотреблением каннабисом и риском суицидальных попыток [11].

Таблица 3

Распределение больных по возрасту начала употребления опиатных наркотиков в зависимости от пола

Возраст	I группа (БНС), n=57				II группа (БН), n=45			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
13-14	13	22,8	4	7,0	0	0,0	0	0,0
15-16	12	21,0	1	1,8	8	17,8	1	2,2
17-18	6	10,5	2	3,5	12	26,7	5	11,1
19-20	3	5,3	5	8,7	5	11,1	6	13,3
21-22	3	5,3	6	10,5	1	2,2	5	11,1
23	0	0,0	2	3,5	1	2,2	1	2,2
Всего	37	65,0	20	35,0	27	60,0	18	40,0

Озабоченность и тревогу вызывает факт распространенности раннего употребления наркотиков среди лиц женского пола (табл. 3). Большинство женщин с суицидальным поведением начали употреблять наркотики в возрасте 21-22 лет, а женщин без суицидального поведения – в возрасте 19-20 лет. По-видимому, это объясняется тем, что после 18 лет у женщин инфантилизм встречается реже, чем у мужчин.

Кроме того, в этом возрасте конструктивная социальная направленность женщин (стремление выйти замуж, иметь детей, сохранить семью и пр.) выше, чем мужчин [5]. По данным Н.В. Михайловской [9], удельный вес женщин-суициденток, страдающих опиатной наркоманией в возрасте от 20 лет, составил 28,1%, то есть также треть обследуемых.

Мотив – это сложное внутреннее психологическое образование, побуждающее своей энергетической заряженностью к определенному действию (мотивированному поведению) [6]. В качестве мотивов могут выступать потребности (биологические, социальные),

личностные интересы, социальные установки, ценностная ориентация, убеждения, чувство долга, патологическое влечение, аффективные расстройства [1]. Нами были обнаружены следующие мотивы потребления опия (табл. 4).

Показатель мотива «любопытство» между обеими группами больных наркоманией достоверно не различался (15,8% и 20,0%). Не выявлено отличий и по мотивам «общение с наркологическими больными» (19,3% и 28,9%), «общение с лицами из антисоциальных компаний» (17,5% и 31,1%). Наши предположения о влиянии таких личностных черт, как психический инфантилизм и конформность в приобщении к ПАВ, согласуются с данными других авторов. В.Ю. Завьялов [7] считает, что в иерархии мотивов употребления ПАВ, особенно первых проб, после мотива поиска новых впечатлений следует субмиссивный мотив, отражающий подчиняемость индивида влиянию референтной группе. Аналогичной точки зрения придерживаются М.Л. Рохлина, А.А. Козлов [12]. Авторы полагают, что среди мотивов первого потребления наркотиков отмечают «патологическую конформность и психический инфантилизм» – любопытство, подражание приятелям, пассивное подчинение.

Таблица 4

Мотивы употребления опиатных наркотиков

	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
Любопытство	9	15,8	9	20,0
Общение с наркобольшими	11	19,3	13	28,9
Антисоциальные компании	10	17,5	14	31,1
Психогении	10	17,5	2	4,4
Неудовлетворенность жизнью	17	29,8	7	15,6
Всего	57	100,0	45	100,0

Особенностью наркотизма на современном этапе является изменение основных мотивов потребления наркотических веществ [8]. Так, в наших исследованиях в качестве ведущего мотива первого употребления в группах больных опиатной наркоманией были различные психогении (конфликты, стрессовые реакции, оскорбления со стороны окружающих, безответная любовь). Этот показатель достоверно чаще встречался у больных наркоманией с суицидальным поведением (17,5% против 4,4%). Личностно-семейные конфликты (семейные конфликты, одиночество, неудачная любовь, оскорбления со стороны окружающих, безответная любовь и др.) являются суицидально-поведенческими мотивами суицидентов.

Обнаружены достоверные отличия по показателю «неудовлетворенность жизнью». Этот показатель был больше в группе больных с суицидальным поведением (29,8% против 15,6%). Больные отмечали, что употребление наркотика дает возможность ощутить себя «счастливым» в виду того, что повышается настроение и самооценка, жизнь становится увлекательной и уже не кажется «серой и однообразной», появляется смысл жить. Некоторые пациенты предполагали, что с помощью наркотика можно будет «понять», что находится за гранью объяснимого. С позиций экзистенциализма причина лежит в культе потребительства современного общества, в желании «потреблять счастье как товар» [13]. Это особенно актуально для современной России, так как произошли глобальные перемены в российском обществе с резкой сменой социально-экономической формации, идеологии и ценностных ориентаций. А, как известно, любые радикальные общественные перемены сопровождаются стрессовыми воздействиями на население, что неминуемо отражается на суицидальной ситуации в стране [4].

Этап эпизодического употребления опия, как правило, был непродолжителен и достоверно был короче в группе пациентов с суицидальным поведением (от 13 до 60 дней, в среднем – 28 дней). В группе больных без суицидального поведения этот этап был

продолжительнее (от 15 до 70 дней, в среднем – 37 дней). Отличительной чертой было то, что период эпизодического потребления в первой группе проходил практически незаметно, сменяясь систематическим приемом.

Формирование систематического приема от начала употребления опиатных наркотиков осуществлялось в сжатые сроки (табл. 5).

Таблица 5

Формирование систематического приема опиатных наркотиков от начала их употребления

Временной промежуток	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
до 30 дней	9	15,8	4	8,8
от 31-120 дней	37	64,9	20	44,4
от 121-180 дней	11	19,3	21	46,7
Всего	57	100,0	45	100,0

Как видно из табл. 5, в группе БНС переход к систематическому приему опия в подавляющем большинстве случаев не превышал трех месяцев (64,9%), в группе БН этот период был значительно дольше – до полугода (46,7%). Формирование систематического приема опия до 30 дней в сравниваемых группах достоверно не различалось. Однако удельный вес по данному показателю у больных первой группы был несколько выше. На наш взгляд, выявленные особенности служат одним из достоверных признаков стремительного развития заболевания и его тяжести.

Что касается периода от начала приема наркотика до появления признаков роста толерантности, психической и физической зависимости, опийного абстинентного синдрома (ОАС), то здесь констатировались следующие особенности (табл. 6).

Таблица 6

Длительность периода злоупотребления опиумом до формирования ОАС

Временной промежуток	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
до 30 дней	17	29,8	8	17,8
от 31-90 дней	16	28,0	6	13,3
от 91-120 дней	20	35,0	31	68,9
от 121-180 дней	4	7,0	0	0,0
Всего	57	100,0	45	100,0

Достоверные различия получены по всем временным промежуткам. У большинства обследованных обеих групп длительность указанного периода была от трех до четырех месяцев (35,0% – группа БНС и 68,9% – группа БН). Однако количество пациентов, у которых длительность периода злоупотребления до формирования физической зависимости составляла менее одного месяца, достоверно больше было в основной группе (29,8% против 17,8%).

Аналогичное статистическое превышение отмечалось по показателю временного промежутка от 31 до 90 дней (28,0% против 13,3%). Период от 121 до 180 дней охватывал лишь больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением (7,0%).

В целом, полученные результаты иллюстрируют более раннее формирование физической зависимости и опийного абстинентного синдрома (до трех месяцев) в основной

группе больных по сравнению со второй группой пациентов (57,8% против 31,1%). И, наоборот, более позднее формирование синдрома зависимости чаще наблюдалось в группе больных опиатной наркоманией без суицидального поведения (42,0% против 68,9%). В первом случае разница между показателями достигала 1,9 раза, во втором случае – 1,6 раза.

Стаж наркотизации варьировал в широких пределах (табл. 7).

Таблица 7

Продолжительность опиатной наркомании

Годы	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
1 год	2	3,5	2	4,4
2 года	4	7,0	2	4,4
3 года	4	7,0	5	11,1
4 года	8	14,0	5	11,1
5 лет	17	29,8	4	8,8
6 лет	10	17,5	7	15,6
7 лет	9	15,8	4	8,8
8 лет	3	5,3	5	11,1
9 лет	0	0,0	11	24,4
Всего	57	100,0	45	100,0

В основной группе больных продолжительность заболевания была от 1 до 8 лет, что составляет в среднем 5,8 лет, в группе сравнения – от 1 до 9 лет (в среднем 6,5 лет). Примечательно то, что максимальное количество больных с суицидальным поведением наблюдалось с пятилетним стажем наркотизации (29,8%), а в группе пациентов без суицидальных тенденций – с давностью заболевания девять лет (24,4%). Различия были достоверны. Наибольшее число больных опиоидной зависимостью умирает от передозировок наркотиков в первые 4-5 лет [14]. В этот же период наиболее выражены суицидальные тенденции. На наш взгляд, суицидальное поведение в структуре опиатной наркомании может рассматриваться в качестве одного из основных клинических маркеров неблагоприятного течения заболевания.

Течение и прогноз опиатной наркомании в значительной степени определяются темпом прогрессивности зависимости. По прогрессивности опиатной наркомании установлены достоверные отличия (табл. 8).

Таблица 8

Темп прогрессивности опиатной наркомании

Тип течения	I группа (БНС)		II группа (БН)	
	абс.	%	абс.	%
Медленнопрогрессивный	2	3,5	3	6,6
Среднепрогрессивный	40	70,1	40	88,8
Быстропрогрессивный	15	26,3	2	4,4
Всего	57	100,0	45	100,0

Удельный вес больных опиатной наркоманией обеих групп с медленнопрогрессивным темпом течения составил 3,5% – группа БНС и 6,6% – группа БН. Вместе с тем, существенные различия были по среднепрогрессивному темпу с преобладанием его в группе сравнения (70,1% против 88,8%). Как видно, количество пациентов со среднепрогрессивным темпом течения было наибольшим. Высокодостоверные отличия получены по быстропрогрессивному темпу течения. Он чаще наблюдался в основной группе больных (26,3% и 4,4%).

Все больные на момент исследования принимали наркотик внутривенно. Каких-либо отличий по количеству употребляемого наркотического вещества достоверных отличий не

обнаружено, так как доза опиатного наркотика в сравниваемых группах больных колебалась в пределах от 0,3 до 3,0 грамм.

Статистическая обработка данных с расчетом достоверности отличий отражена в табл. 9.

Выводы. Таким образом, у больных опиатной наркоманией с суицидальным поведением выявлены следующие клинические особенности:

1. ранний возраст начала потребления наркотиков (13-14 лет);
2. употребление каннабиоидов до формирования опиоидной зависимости;
3. ведущими мотивами первого употребления опия являются психогении и неудовлетворенность жизнью;
4. длительность эпизодического приема опиатных наркотиков – до трех месяцев;
5. максимальная длительность злоупотребления опиумом до формирования ОАС – три месяца;
6. продолжительность заболевания – 5,8 лет;
7. быстропрогредиентный темп течения заболевания.

Таблица 9

Результаты статистических данных по мотивам употребления опиатных наркотиков и некоторым клинико-динамическим характеристикам опиатной наркомании

Показатели	Значение критерия χ^2 -Пирсона	Уровень значимости
Первое употребление препаратов опия		
возраст приобщения к опию	32,1	0,001
Частота употребления других психоактивных веществ		
алкоголь	0,033	0,85
суррогаты алкоголя	0,538	0,46
гашиш	17,84	0,001
токсические вещества	0,156	0,69
Мотивы употребления опиатных наркотиков		
любопытство	0,072	0,78
общение с наркобольшими	0,781	0,37
антисоциальные компании	2,57	0,109
психогении	4,157	0,041
неудовлетворенность жизнью	3,91	0,04
Продолжительность эпизодического приема опиатных наркотиков		
эпизодическое употребление	15,98	0,04
Формирование систематического приема опиатных наркотиков		
до 30 дней	0,645	0,42
от 31-120 дней	6,27	0,01
от 121-180 дней	7,50	0,006
Период злоупотребления опиумом до формирования ОАС		
до 30 дней	10,82	0,05
от 31-120 дней	4,42	0,03
от 121-180 дней	11,49	0,01
от 181-350 дней	4,42	0,03
Продолжительность опиатной наркомании		
продолжительность заболевания	5,28	0,02
Темп прогредиентности опиатной наркомании и доза опия		
медленнопрогредиентный	0,538	0,46
мреднепрогредиентный	5,21	0,02
быстропрогредиентный	7,71	0,005
общая доза опия	7,2	0,26

Примечание: жирным шрифтом выделены значения, где уровень значимости $p \leq 0,05$

Определение клинико-динамических особенностей на различных этапах течения опиатной наркомании в сочетании с суицидальным поведением диктует необходимость использования психопатологических критериев, имеющих прогностическое значение при

внедрении дифференцированных методов профилактики, психофармакотерапии и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. – Москва: Имидж, 1994. – 216 с.
2. Бисалиев Р.В. Аутоагрессивное поведение больных опийной наркоманией и их жен // Наркология. – 2009. – № 4. – С. 60-65.
3. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк СВ. [и др.]. Наркомании у подростков. – К.: Здоровья, 1989. – 216 с.
4. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.): дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 172 с.
5. Дудко Т.Н. Медико-социальная реабилитация больных наркоманией: дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 2003. – 250 с.
6. Дудко Т.Н. Динамика мотивов и мотивации у больных игровой зависимостью и с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. – 2007. – № 4. – С. 39-51.
7. Завьялов В.Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых // Психологический журнал. – 1986. – Т. 7, Вып. 5. – С. 102-110.
8. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). – М.: Изд-во Медпрактика, 2000. – 122 с.
9. Михайловская Н.В. Суицидальное поведение больных опийной наркоманией: дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2005. – 159 с.
10. Наследов А.Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках. – СПб.: Питер, 2005. – 416 с.
11. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
12. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. – М.: Изд-во «Анахарис», 2001. – 208 с.
13. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: Республика, 1994. – 447 с.
14. Чирко В.В., Демина М.В. Закономерности течения наркологических заболеваний. Основные варианты и стадии течения аддикций // Наркология. – 2009. – № 8. – С. 80-85.
15. Hulse G. K., English D.R, Milne E. The quantification of mortality resulting from the regular use of illicit opiates // Addiction. – 1999. – Vol. 94. – P. 221-229.

Бисалиев Рафаэль Валерьевич, кандидат медицинских наук, заместитель руководителя наркологического учебно-научно-лечебного центра ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрав», Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121, тел. (8512) 44-74-96, e-mail: agma@astranet.ru

Смирнов Константин Юрьевич, врач психиатр-нарколог, ОГУЗ «Наркологический диспансер», Россия, 414028, г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, 70, тел. (8512) 30-54-99