

## ГЛАВА I. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

По данным ООН, во всем мире растет число людей, употребляющих наркотики, их количество достигает 200 миллионов человек в год.

На сегодняшний день проблема употребления наркотических веществ приобрела многосторонний междисциплинарный характер, вовлекая в сферу своей компетенции различных специалистов (Семке В. Я., 2002). Это происходит в связи с тем, что на протяжении последних 15 лет в России наркологическая проблема не теряет своей актуальности, причем подавляющее большинство употребляющих наркотические вещества — лица молодого возраста (Шабанов П. Д., 2000; Иванец Н. Н. с соавт., 2001, 2002; Тихомиров С. М., 2001; Кошкина Е. А. с соавт., 2000, 2002; Семке В. Я., 2003; Надеждин А. В., 2002; Киржанова В. В., Ванисова Н. Г., 2005; Бохан Н. А., Мандель М. А., Трефилова Л. Л., 2006; Hubbard R. L. et. al., 1997).

С неконтролируемым ростом наркологических заболеваний в настоящее время связана проблема снижения качества индивидуального и социального психического здоровья (Иванец Н.Н., 2002; Сидоров П.И., 2004, Куприянова И.Е., Семке В.Я., 2004). Особую обеспокоенность вызывает увеличение наркологических заболеваний у детей и подростков (Генайло С.П., 1995; Сирота Н.А. и др., 2001; Цыганков Б.Д., Барыльник Ю.Б., 2003; Каражанова А.С., 2003; Селедцов А.М., 2004). Стремительный рост наркомании свидетельствует о недостаточности превентивных мероприятий, а существующие современные лечебно-реабилитационные программы по наркомании, используемые в России, имеют низкую эффективность (Семке В.Я. и соавт., 2001; Пятницкая И.Н., 2005).

В динамике опийной аддикции патоморфоз отражает неблагоприятные сдвиги, обусловленные отрицательным влиянием комплекса факторов - биологических, социокультуральных, личностных (Врублевский А.Г, Рохлина М.Л., Радченко А.Ф. с соавт., 1990; Личко

А.С., Битенский В.С. 1991; Погосов А.В., 1992; Клименко Т.В.,1994; Генайло С.П.,1995; Иванец Н.Н., Демина М.В., 1998). Дальнейшее развитие болезни приводит к формированию психопатоподобных и интеллектуально-мнестических расстройств, обесцениванию морально-этических категорий, что в целом определяется как «наркоманическая личность» (Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2000; Дереча В.А., 2002).

По сравнению с доминировавшей ранее алкогольной патологией, наркомания требует гораздо большего объема реабилитационных мероприятий, поскольку именно тяжесть и системный характер многочисленных последствий приема наркотиков препятствуют формированию устойчивых терапевтических ремиссий, возникают трудности вхождения больных в систему социальных связей общества: профессиональной реабилитации' и адаптации больного в обществе в целом (Валентик Ю. В., 2002). У пациентов с зависимостью от наркотиков имеются многочисленные последствия токсического действия психоактивных веществ (ПАВ) для организма (снижение иммунитета, органическая патология, сопутствующие заболевания — такие, как гепатиты, ВИЧ-инфекция и др.); изменения психики (помимо синдрома зависимости от ПАВ, задержка психологического развития, коморбидные психические расстройства, патологические изменения личности); нарушения социального функционирования пациентов (деформация взаимоотношений с ближайшим нормативным социальным окружением, созависимость, криминальный анамнез, низкий образовательный и профессиональный уровень).

В работах исследователей [Халлыев.П.Т.1966,.Погосов. А.В. Мустафетова,П.К,1998] фигурируют разного рода представления о психопатических расстройствах больных алкоголизмом и наркоманией, которые, как полагают, возникают в результате токсического действия психоактивных веществ на мозг. В таком подходе, психические изменения, наступающие в личностной сфере в результате употребления

наркотических веществ, прямо выводятся из интоксикационноорганического поражения центральной нервной системы. Личностное звено в формировании этих нарушений по существу игнорируется.

В некоторых других исследованиях [Личко, А.Е. 1977; Генайло. С.П, 1990; Ланда. А.Н 1989], с клиническими подходами к изучению психической зависимости, в основу ее формирования кладут личностные особенности индивида. Согласно таким взглядам склонность к алкоголизму и наркомании обусловлена различными психическими аномалиями.

Еще Э.Кречмер [1927] писал о том, что алкоголизм почти всегда следствие «психопатической конституции» и чаще встречается у синтонных шизоидных психопатов. Распространение подобных концепций способствовало подтверждению тезиса, что психопатия — наиболее благоприятная почва для возникновения наркологических заболеваний [Иванец.Н.Н.,Игонин. А.Л. 1978; А.Е.Личко, А.А.Александров, Вдовиченко, А.А, Иванов. Н.Я.,Озерцовский. С.Д 1977]. Однако авторами приводятся подчас совершенно противоположные данные относительно того, что представителей каких акцентуаций следует считать наиболее подверженными употреблению наркотических веществ. Недостаток данного подхода и в том, что пытаясь установить роль психологических характеристик личности в генезисе психической зависимости, сторонники подобных взглядов, оставляют в стороне высший уровень функционирования личности — систему отношений и направленность.

Заслуживают внимания работы, посвященные изучению корреляции между различной патологией развития детской психики и последующим асоциальным поведением и злоупотреблениями психоактивными веществами. Анализ ряда работ представлен в обзоре Е.С. Меньшиковой [46, с.115-117].

Результаты исследований показали [58, 62, с.41, 6, с.28- 29, 88, с.745-756, 93, с.150, 95, с.435-450, 91, с.10-25], что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками или алкоголем. В частности, это слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; низкая устойчивость к всевозможным воздействиям, неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности; эмоциональная неустойчивость и незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Нетрудно заметить, что эти черты свойственны не только алкоголикам и наркоманам, но и плохо социально адаптированным людям. Кроме того, такие личностные характеристики отмечаются в подростковом возрасте, особенно, если этот период развития протекает с осложнениями.

Н.Ю. Максимова также считает, что влечение подростка к употреблению наркотиков является признаком глубокого личностного неблагополучия и логическим завершением предшествующего развития [45, с.150]. Ряд авторов [28, с.28, 44, с.150, 64, с.41] считает, что психологическая готовность молодых людей к употреблению психоактивных веществ состоит в неспособности адекватного восприятия ситуаций, связанных с необходимостью преодоления жизненных трудностей, налаживания отношений с окружающими, правильной регуляции своего поведения. Н.Ю. Максимова предполагает, что актуализация психологической готовности подростков к употреблению наркотиков происходит по следующим причинам [45, с.152]:

В работе Budzinski (2009) проанализированы данные 14-летнего исследования молодежи (1172 человека в возрасте от 11-30 лет) по проблемам употребления наркотиков. Обнаружено, что, начав употреблять наркотики, человек, как правило, продолжает это делать в течение длительного времени. Демографические характеристики оказывают слабое влияние на начало и прекращение употребления наркотиков. Переменные,

относящиеся к модели социального научения, значительно больше влияют на начало употребления наркотиков, чем на отказ от них.

P. Dewс полагает [31, с.119], что субъект, употребляя наркотики, явно наносит себе вред. Но паттерн поведения наркомана не является аномальным: он попал под контроль схемы с неподходящим способом подкрепления наркотическим веществом. Наркотик помогает неуверенным и боязливым индивидам освободиться от страха и неуверенности. Это позитивное воздействие повышает потребность в наркотиках, стремление к их повторному применению, в то же время они приводят к отказу от фрустрированных, неудачных социальных действий [31, с.119]. Данный механизм поведения формируется в онтогенезе во многом в результате современной системы обучения и воспитания.

В работах японских ученых подчеркнута необходимость изучения культурных факторов, мотивирующих детей и подростков к употреблению ингалянтов, наркотиков [88, с.1015-1032]. Отмечено, что представления взрослых людей об алкоголе оказывают существенное влияние на поведение детей, в частности, на употребление ими ингалянтов. Обнаружены связи между вдыханием школьниками летучих веществ, употреблением алкоголя и курением [94, с. 89-100].

Отвечая на вопрос об основной причине, побудившей к первому употреблению алкоголя, 30,5% старшеклассников ответили, что они стали пить из любопытства, 20,1% - потому, что взрослые пьют, 15,8% - чтобы почувствовать себя взрослым, 10,4% - чтобы утвердиться в группе сверстников, 9% - так как скучно, 5,8% - чтобы легче общаться с другими людьми, 3,6% - для смелости, 2,5% - чтобы устранить страх, 2,2% - чтобы снять напряжение. Выявленные мотивы можно объединить в четыре группы: а) познавательные; б) самоутверждения; в) символического участия; г) снятия психодинамического напряжения [36].

В специальной литературе обсуждается проблема наследования наркомании, однако, значение наследственной отягощенности в развитии

наркомании представлено лишь единичными исследованиями [63, с.32]. Наличие психических заболеваний в семьях больных наркоманией не может служить фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствует популяционным показателям [63, с.41]. В ряде работ указывается, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями может выступать как фактор, способствующий наркомании [1, с.73]. При общей высокой частоте злоупотребления алкоголем у родственников больных наркоманией всех степеней родства по мужской линии наблюдается отчетливая тенденция к накоплению случаев злоупотребления алкоголем от третьей к первой степени родства [55, с.41]. Выявленная тенденция к накоплению эксплозивных и гедонических черт характера у родственников больных от третьей степени родства к первой, а также повышенная встречаемость этих черт у наркозависимых могут свидетельствовать о конституциональной предрасположенности к проявлению этих черт у последних, причем преимущественно по мужской линии. Возникновению и высокопрогредиентному течению наркомании так же способствует [1, с.73; 2, с.134-137; 23, с.43,46; 42, с.65]:

В рамках клинической психологии и психиатрии поднимается также вопрос о роли невротических расстройств в возникновении зависимости. Невроз рассматривается как «болезнь личности», возникающая в результате внутреннего конфликта под влиянием того или иного психотравмирующего воздействия. Однако исследователи [Т.А.Немчин, С.В.Цыцарев, 1989; И.Н.Пятницкая, 1994] указывают на то, что невротические расстройства важной роли в патогенезе наркотических влечений играть не могут т. к. лишь незначительная часть людей, страдающих такими расстройствами, становятся больными наркологическими заболеваниями.

Наиболее значительной представляется работа Б.С. Братуся [1974], в которой развитие алкогольной личности объясняется трансформацией структуры мотивационных отношений личности с образованием доминирующей потребности в объекте пристрастия. В этой и других сходных концепциях остаются несформулированными механизмы и условия, определяющие причины развития психической зависимости.

Возраст начальной наркотизации приходится на пубертатный период, самый глубокий и тяжелый по своему течению онтогенетический кризис (Гуревич Ю.М., 1990). В этом возрасте происходят первые алкогольные пробы, связанные с усвоением культуральных традиций и стереотипов поведения микросоциальной среды (Бехтель Э.Е., 1986). Усиливается групповая активность подростков (Яичко А.Е., 1985; Giddens A., 1994). Этот возрастной период связывают с негативным характером развития, со склонностью к девиантному поведению (Орлова И.В., 1990). Подростковый наркотизм стал не только медицинской, наркологической проблемой, но получил и социальное содержание (Короленко Ц.П., 2000; Надеждин А.В., 2002). В последние годы проведены предметные научные исследования героиновой зависимости в подростковом возрасте. Они касаются иницирующих факторов (Е.А.Кошкина, Н.Я.Оруджев, 1998), клинической динамики абстиненции, постабстинентным состояниям (Н.Г.Найденова 1998), прогноза, основным подходам к диагностике и лечению (Носачев Г.Н., Тютин Г.М., Корякин С.А., 1997), реабилитации (Аменицкий В.Е., Санникова Л.Г., Цетлин М.Г., 1998).

Особое внимание на себя обращает то, что в существующих концепциях [М. Гоулстон, Ф. Голдберг, 1996; К. Свит, 1997; Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский, 1994; Л.Вермсер, 2000; Э.Д.Ханзян, 2000; С.П.Генайло, 1990; А.Н.Ланда, 1989; Н.Н.Иванец, А.Л.Игонин, 1978; В.М. Кокс, 1979; И.Н.Пятницкая, 1994 и др.] нет последовательного описания психологических механизмов и условий, при которых происходит развитие различных стадий психической зависимости, при этом, такие

стадии выделяются многими исследователями [В.А. Ананьев, 2000; Т.А. Немчин, С.В. Цыцарев, 1989] этой проблемы. Сказанное приводит к необходимости обобщения уже существующих и проведения новых исследований, для выявления общей картины механизмов возникновения и развития психической зависимости.

В настоящее время, по вполне понятным причинам, наиболее разработанными являются концепции наркотической личности [Личко, А.Е.1977; Погосов, А.В, Мустафетова. П.К. 1998;.Пятницкая. И.Н 1994].

В клинических подходах роль личности в становлении наркоманий ее психологическом понимании чаще всего признается формально. В такого рода литературе установилось стереотипное представление о больном наркоманией, как о безвольной, лживой, безответственной личности, характеризующейся аффективной неустойчивостью, импульсивностью, с тенденцией к зависимости и низкими умственными способностями.

Социальная значимость проблемы, наличие постоянного социально-политического спроса обусловили достаточно высокую исследовательскую активность. В ряде исследований по данному вопросу отражена роль предрасполагающих I факторов развития аддикций (Личко А.Е., Битенский В.С., 1991; Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. 2002; Piatt J.J., 1995). Особенности и этапность формирования наркоманий в общей концепции аддиктивного поведения рассматривались в работах Ц. П. Короленко (1990, 2001); Д. В. Четверикова, (2002); D. I. Macdonald (1988-1889); Kell M. J. (1995). Клинические особенности проявления наркомании вследствие злоупотребления ацетилированным кустарным опиумом описывали С. В. Бадиков (1990); А. Г. Врублевский с соавт. (1990, 2001).

Вместе с тем, имеется ряд расхождений в литературных данных относительно оценки значимости тех или иных факторов в генезе аддикций, относительно методик проведения реабилитационных мероприятий (Энтин Г. М., Копоров С. Г., 2003; Варламов В. И., 2005).

С неконтролируемым ростом наркологических заболеваний в настоящее время связана проблема снижения качества индивидуального и социального психического здоровья (Иванец Н.Н., 2002; Сидоров П.И., 2004, Куприянова И.Е., Семке В.Я., 2004). Особую обеспокоенность вызывает увеличение наркологических заболеваний у детей и подростков (Генайло С.П., 1995; Сирота Н.А. и др., 2001; Цыганков Б.Д., Барыльник Ю.Б., 2003; Каражанова А.С., 2003; Селедцов А.М., 2004). Стремительный рост наркомании свидетельствует о недостаточности превентивных мероприятий, а существующие современные лечебно-реабилитационные программы по наркомании, используемые в России, имеют низкую эффективность (Семке В.Я. и соавт., 2001; Пятницкая И.Н., 2005).

Вместе с этим, за последнее время произошли резкие изменения, не только по форме употребления и по видам наркотиков, но и по возрастному составу лиц, зависимых от наркотиков. Число наркотизирующихся женщин достигло 20% от субпопуляции потребителей наркотиков (Н.И. Мельченко, 2003).

Исследователи, разрабатывающие психотерапевтические методы воздействия на аддиктивную личность, рассматривают химическую зависимость как компенсацию неудовлетворенных личностных потребностей и потребностных циклов (Валентик Ю.В., 2001), состояния фрустрации и связанного с ним психологического стресса (Завьялов В.Ю., 1988; Нечипоренко В.В., 1995), с позиций психологического здоровья — зависимость как несостоятельность в самоорганизующей функции к агрессивным изменениям окружающей среды (Катков А.Л., 2004; Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005).

В настоящее время остаются проблематичными различные формы реабилитации - «духовные общины», сообщества «анонимных наркоманов» или реабилитационные центры с разнообразными программами психотерапевтического воздействия (Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и соавт., 2004; Дудко Т.Н., Пелипас В.Е.,

Цетлин М.Г., Рыбакова Л.Н., 2005; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Должанская Н.А., 2005).

Реабилитационная направленность современной наркологии опосредует необходимость выделения ключевых критериев объединения больных в однотипные группы с дифференцированным лечебным подходом, основанном на клинко-психологическом и терапевтическом статусе каждого больного (Завьялов В.Ю., 1995; Бурно М.Е., 2000;

Макаров В.В., 2002; Иванец Н.Н., 2004; Семке В.Я. и соавт., 2005; De Leon G., Hawke J., Jainchill N., Melnick G., 2000).

Одним из актуальных направлений в изучении наркоманий остается проблема нервно-психических нарушений у больных с данной патологией (Рохлина М.Л., 1996; 2002; Bovasso G., 2001), особое место среди которых занимают эмоциональные расстройства, в ряде случаев, являющиеся основой формирования суицидального поведения (Корнетов Н.А., 1999; Корнетов Ал.Н., Дорохова И.Г., 2000; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2001; Толстикова АЛО., 2003; Beautrais A.L., 1999; Herrington L., 2001).

В настоящее время частота возникновения мыслей о самоубийстве и количество реализованных попыток суицида среди больных наркоманией точно неизвестны. Однако определена наибольшая вероятность развития суицидальных тенденций у больных с явлениями выраженной психосоциальной дезадаптации, инфицированных ВИЧ-инфекцией (Беляева В.В., 1996; Hoffmann J., 1998).

Зарубежными авторами указывается на повышенный суицидальный риск и высокую смертность у больных наркоманиями (Groughau J. Z., Miller J. P., Wagelin D., Whitman B. J., 1982; Shufman N. E. et al., 1994). Склонность лиц, злоупотребляющих ПАВ, к рискованному поведению и поиску ощущений может усугубить риск ВИЧ-инфекции и стать фактором, препятствующим успешности профилактических мероприятий (Бузина Т. С., 1998).

Многие авторы отмечают у больных наркоманиями расстройства эмоциональной сферы в виде депрессии и дистимии (Пятницкая И. Н., Рохлина М. Д., Врублевский А. Г., 1990; Зерником Е. Ц. и др., 2000). В период установления диагноза ВИЧ-инфекции наблюдаются проявления крайней степени социально-психологической дезадаптации пациентов в виде суицидального поведения (Беляева В. В., Покровский В. В., Ручкина Е. В., 1996). Аффективные расстройства в ряде случаев предполагают к злоупотреблению психоактивными веществами, что также создает определенный риск инфицирования ВИЧ (M. Constantini-Ferrado et al., 1997).

У людей с депрессивными расстройствами в преморбиде и при этом еще злоупотребляющих наркотиками риск инфицирования ВИЧ в 1,4 раза выше, чем в общей популяции (Stosropf C. H. et al., 2001). Низкая эффективность реабилитационных программ для больных наркоманией, практическое отсутствие патогенетически обоснованных мероприятий для лиц с коморбидной патологией (ВИЧ - наркомания) определяют актуальность

Научное определение типа личности, предрасположенной к употреблению психоактивных веществ, имеют большое значение для определения механизмов формирования наркомании и разработки эффективных моделей профилактики. Предпринятые в этом направлении многочисленные исследования весьма противоречивы. П.Б. Ганнушкин, И.П. Пятницкая, А.Е. Личко, В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский и другие отечественные ученые [1,11,13,14, 16, 22, 23, 26, 41, 42, 46] тесно связывают механизмы формирования наркомании с преморбидной (предшествующей) структурой личности и особенностями организма в целом. Среди психологических факторов, создающих условия для злоупотребления подростками психоактивными веществами, большое значение имеет неблагополучие в семье. Помимо аддитивного поведения у

подростков наблюдаются иные проявления девиантного поведения [42, с.84-92].

В работах российских ученых [11, с.90; 16, с.90, 91; 42, с.52-56; 56, с.396, 400], посвященных изучению мотивов употребления наркотиков, упоминается о внутригрупповой конформности - желании "не отстать" от сверстников, о поиске необычных ощущений и переживаний, о "скуке". Мнение авторов о роли указанных мотивов расходятся. А.Е. Личко и В.С. Битенский использовали классификацию мотивов, которую В.Ю. Завьялов разработал для алкоголиков, [42, с.55].

В.С. Битенский (2008) считает, что подросток, как правило, руководствуется комплексом мотивов. Характер ведущего мотива определяется стадией наркомании, особенностями характера и личности подростка, юноши [42, с.52-55].

Большинство заключений о мотивах употребления подростками психоактивных веществ сделаны на основании их анкетирования или использования метода интервью. Строго говоря, эти методы выявляют не мотивацию, а мотивировку, т.е. "объяснения субъектом причин действия путем указания на социально-приемлемые для него и его референтной группы обстоятельства". Мотивы, как известно, могут не осознаваться субъектом. Кроме того, возможны значительные искажения в их вербализации. В связи с этим заслуживают внимания работы В.В.Гульдана, в которых используются проективный и психосемантический методы [28, с.23]. Они обеспечивают получение более объективных результатов по сравнению с опросниками. Изучение эмоционального отношения и структуры представлений о наркомании московских школьников 10-17 лет, проведенное В.В. Гульдано в 1989 году, показало, что поведенческие особенности тесно связаны с характером ситуации, полом, возрастом.

Одной из наиболее сложных задач современной наркологии является вопрос терапии больных героиновой наркоманией в постабстинентный

период. Учитывая выраженность аффективной симптоматики, которая сопровождает патологическое влечение к наркотику, целесообразно применение антидепрессантов (М.Л.Рохлина, А.А. Козлов, 2001 [119]; К.Э. Воронин 1993, 1994 [24, 25, 26]; Sodersrome C. 1999 [219]; Н.Н. Иванец с соавт., 1997 [43], Надеждин А.В., Тетенкова Е.Ю. 2001 [95], Винникова М.А., Небаракова Т.П., Агибалова Т.Б., Хотовицкий А.В. 2000 [21]). Зарубежные авторы Feldman H.S. (1996) [177]; Kleber H.D., Rounsaville B.J. (1985) [207] высказывают мнение, что применение антидепрессантов необязательно. В связи с тем, что большинство аффективных расстройств вторичны, они не требуют специальной терапии антидепрессантами, так как высока динамичность современной наркологической ситуации, интенсивно происходит формирование новых форм аддиктивного поведения часто переход из одной в другую, а также актуальна становится проблема; влияния- употребления наркотиков на дальнейшее поколения (Меркулова С. М., Сутулина И. М., Селедцов А. М., 2006). Вследствие этого, такие вопросы, как исследование особенностей течения; клинической; картины: опийной наркомании при длительном употреблении, изучение влияния социально-психологических факторов, показателей наркологической осведомленности и отношения к проблеме лечения наркомании в популяции в региональном; аспекте, значимости основных направлений в реабилитационном процессе — нельзя считать завершенными. При значительном количестве работ, описывающих клинику наркоманий в развернутой стадии, остаются-недостаточно изученными вопросы третичной профилактики. Отсюда — во взглядах на основные принципы и этапы профилактики наркоманий отмечаются противоречия, фактически отсутствует общепринятая, обоснованная и вместе с тем динамичная, приспособляемая к изменяющимся условиям система реабилитации аддикций.

Многие зарубежные ученые утверждают, что значительная часть лиц, употребляющая психоактивные вещества и находящаяся в лечебных

заведениях, имеет серьезные проблемы [83, с.1045-1083, 87, с.53-57, 90, с.497-504]: нарушения психической активности, эмоционального функционирования, снижение самооценки, способностей к совладанию со стрессом и саморегуляции, низкие показатели интеллекта и личностные расстройства.

В работах японских ученых подчеркнута необходимость изучения культурных факторов, мотивирующих детей и подростков к употреблению ингалянтов, наркотиков [88,89]. Отмечено, что представления взрослых людей об алкоголе оказывают существенное влияние на поведение детей, в частности, на употребление ими ингалянтов. Обнаружены связи между вдыханием школьниками летучих веществ, употреблением алкоголя и курением [94,89].

Многие исследователи пришли к выводу, что сильнее всего риск употребления наркотиков выражен у молодежи в возрасте 12-18 лет. В это время молодые люди должны справиться с большим количеством задач развития: они должны подготовить свой уход из родительского дома, достичь признания в своей возрастной группе, завязать дружеские и партнерские отношения, определить перспективу будущей профессии, создать собственную шкалу ценностей и этическое самосознание как основу собственного поведения. Риск отклоняющегося поведения (потребление наркотиков и алкоголя - это лишь одна из возможных форм) возникает, если молодой человек не видит этих задач, не может их принять, либо решение этих задач является для него или кажется ему невозможным.

В настоящее время остаются проблематичными различные формы реабилитации - «духовные общины», сообщества «анонимных наркоманов» или реабилитационные центры с разнообразными программами психотерапевтического воздействия (Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В. и соавт., 2004; Дудко Т.Н., Пелипас В.Е.,

Цетлин М.Г., Рыбакова Л.Н., 2005; Сирота Н.А., Ялтонский В.М, Должанская Н.А., 2005).

Реабилитационная направленность современной наркологии опосредует необходимость выделения ключевых критериев объединения больных в однотипные группы с дифференцированным лечебным подходом, основанном на клинико-психологическом и терапевтическом статусе каждого больного (Завьялов В.Ю., 1995; Бурно М.Е., 2000; Макаров В.В., 2002; Иванец Н.Н., 2004; Семке В .Я. и соавт., 2005; De Leon G., Hawke J., Jainchill N., Melnick G., 2000).

Отмечается также низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей наркоманов [85, с.23], низкая самооценка и неудовлетворенность жизнью [82, с.125-137]. Однако Schroeder. Debra S., Laflin Molly T. сделали вывод о том, что на основе существующих данных о корреляции между самооценкой и употреблением наркотиков нельзя сделать однозначный вывод о том, что самооценка является одним из наиболее существенных факторов наркомании.

Тем не менее многие вопросы значения преморбидных характеристик в развитии наркомании, характере ее течения и прогнозе результатов лечения остаются открытыми, а комплексных исследований по их изучению явно недостаточно.

## ГЛАВА 2. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Общая характеристика тематических больных.

Обследование тематических больных осуществлялось на базе АОПНД и АОНД. В работе использовались клинико – психопатологический, клинико – терапевтический, экспериментально–психологический и статический методы исследования. Выборка материала осуществлялась сплошным методом из числа больных, проходивших стационарное и амбулаторное лечение. Все больные проходили наркологическое лечение добровольно.

Для решения поставленных задач нами было обследовано 70 больных наркоманией, состоящих на учете в областном наркологическом диспансере и лечившихся в психоневрологическом диспансере в период с 2011 по 2014 годы. Сведения собирались по разработанной нами карте, предусматривающей особенности социально – психологического статуса обследованных больных наркомании.

В исследование включались больные: - с наркотической зависимостью;

- с абстинентным синдромом.

Всего обследовано 70 больных мужского пола.

**Рис.1. Распределения больных в зависимости от возраста.**

№	Возраст	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		Абс	%	Абс	%	
1	20-29	3	6,0	5	25,0	< 0,05

2	30-39	12	24,0	9	45,0	> 0,05
3	40-49	24	48,0	5	25,0	< 0,05
4	50-59	11	22,0	1	5,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

В исследование были включены больные наркоманией, в возраст которых составлял на момент обследования от 20 до 59 лет. Из данных, приведенных в таблице №1, видно, что доминирующие возрастные диапазоны соответствуют обычному распределению больных с наркоманией. 48,0 % преобладали пациенты в возрасте 40 - 49 лет, в 30-39 лет 24,0% и 50-59 лет (11,0%). Больных в группе 20-29 лет оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 6,0 % и 30,0 %).

**Рис.2. Распределения больных в зависимости от семейного положения.**

№	Семейное положение	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Женатые	45	90,0	11	55,0	>0,05
2	Не женатые	2	4,0	7	35,0	>0,05
3	Разведенные (вдовы)	3	6,0	2	10,0	>0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Распределения тематических больных в зависимости от семейного положения приведено в таблице № 2 наглядно демонстрируют, что большая часть обследуемых больных (90,0%) состоит в браке. Что касается неженатых (2 больных 4,0 %). По семейному положению 3 больных (6,0%) находились в разводе или вступили в повторный брак, основной

группе и контрольной больных было приблизительно одинаковым. Больных в группе не женатых оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 4,0 %и 35,0 %).

Не смотря на достаточно высокий процент больных основной группы, воспитанных в полной семье, гармоничные взаимоотношения не были выявлены. Чаще всего воспитание происходило в условиях гипоопёки, «ежовых рукавиц» и противоречивого воспитания.

**Рис.3. Распределения больных в зависимости от уровни жизни.**

№	Уровень жизни	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Хорошей	12	24,0	5	25,0	>0,05
2	Средний	15	30,0	6	30,0	>0,05
3	Удовлетворительный	13	26,0	4	20,0	>0,05
4	Неудовлетворительный	6	12,0	2	10,0	>0,05
5	Плохой	4	8,0	3	15,0	>0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Неблагоприятные жизненные обстоятельства в определенном сочетании с другими факторами риска также могут привести к наркоманию. Семейный анализ показал относительно низкий социальный статус семей больных героиновой наркоманией. Наши результаты показали, что большинства больных с наркомании жили в средних условиях жизни (15 больных,30,0%), у 13 больных (26,0%) уровень жизни был удовлетворительным, хорошее состояние отмечался у 12 больных (24,0%). Самый низкий показатель отмечались у больных (8,0%) с плохим

уровень жизни. Больных в группе с плохим уровнем жизни оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 8,0 % и 15,0 %).

**Рис.4. Распределения больных по количеству детей.**

№	Количество детей	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Один	2	4,0	8	40,0	< 0,05
2	Двое	14	28,0	7	35,0	>0,05
3	Трое	20	40,0	3	15,0	>0,05
4	Четыре	8	16,0	-	-	>0,05
5	Пятеро	2	4,0	2	10,0	>0,05
6	Бездетный	4	8,0	-	-	>0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Наши исследования показывают, что семья играет значительно важную роль. Достоверное преобладание лиц, имеющих семью, в той группе больных, где сохранялся наиболее высокий уровень социально – трудовой адаптации и низкая степень прогрессивности заболевания, позволяло оценивать этот фактор в качестве прогностически благоприятного. Больные с наркоманией жили в семье и имели одного (4,0%), двух (28,0%) и более трех (40,0%) детей. Больных в группе имевших одного ребенка оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 4,0 % и 40,0 %).

**Рис.5. Распределение больных по уровню образования.**

№	Образование	Основная группа	Контрольная	P
---	-------------	-----------------	-------------	---

		(1) n=50		группа (2) n=20		
		абс	%	абс	%	
1	Высшее	-	-	-	-	> 0,05
2	Средне - специальное	35	70,0	5	25,0	< 0,05
3	Незаконченноен- среднее	15	30,0	15	75,0	< 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Как видно, по нашим результатам среди тематических больных по профессиональной принадлежности, у 70% (35 больных) было средне - специальное образование. Межгрупповые различия по уровню образования оказались статически достоверны только относительно незаконченного среднего образования (15 больных 30,0 %).

**Рис.6. Распределение больных по уровню профессии**

№	Профессия	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Неквалиф. физ. труд	23	46,0	4	20,0	< 0,05
2	Не работающие	27	54,0	16	80,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Наши данные по профессиональной принадлежности, больные с наркоманией свидетельствуют о том, что уровень трудовой адаптации был достаточно высоким. Так, большая часть оказалась неработающих больных с наркоманией, их число также увеличивалось во всех группах (27 больных 56,0%). Аналогичная, но более выраженная закономерность оказалась у больных, занимающихся неквалифицированным физическим трудом (23 больных 46,0%).

### 2.2.1 Клинические особенности наркомании

Наркомания (от греч. *νάρκη* /*narkē*/ — оцепенение, сон, и *μᾶνία* /*mania*/ — безумие, страсть, влечение.) — хроническое прогрессирующее заболевание, вызванное употреблением определённых веществ (наркотиков), характеризующееся фазным течением и наличием в своей структуре нескольких поэтапно формирующихся синдромов: 1) синдром изменённой реактивности, 2) синдром психической зависимости, 3) синдром физической зависимости, эти три синдрома объединяются в большой наркоманический синдром, 4) синдром последствий хронической наркотизации.

«Непреодолимое влечение» связано с психической (психологической), а иногда и физической (физиологической) зависимостью от наркотиков. Различают: **позитивную привязанность** — приём наркотика для достижения приятного эффекта (эйфория, чувство бодрости, повышенное настроение) и **негативную привязанность** — приём наркотика для того, чтобы избавиться от напряжения и плохого самочувствия. Физическая зависимость означает тягостные и даже мучительные ощущения, болезненное состояние при перерыве в постоянном приёме наркотиков (т. н. абстинентный синдром, ломка). От этих ощущений избавляет возобновление приёма наркотиков.

В частности, в медицинском подходе фокусом является наркомания как обобщенная группа прогрессирующих заболеваний, характеризующихся

патологическим влечением к различным природным или синтетическим веществам эйфорического, успокаивающего, болеутоляющего, снотворного, одурманивающего или возбуждающего действия.

Начало употребления препаратов опия предопределяет прогрессивность формирования зависимости и возраст обращения к наркологу - чем меньше возраст приобщения к препаратам опия, тем ранее формируется наркотическая зависимость и необходимость в наркологической помощи.

### **2.2.2. Клиника героиновой наркомании**

С героиновой наркоманией было 29 больных в основной группе (58,0 %) и 13 больных в контрольной группе (65,0 %).

Опиоиды относятся к препаратам, изменяющим душевное состояние и восприятие окружающего. Иногда опиоиды вызывают сон, но потери сознания не происходит даже при высоких дозах. Опии имеют разнообразную химическую структуру, но вызывают довольно сходные эффекты, за счет того, что все они связываются со специфическими "опиатными" рецепторами. Опиоидная зависимость, осложненная алкоголизмом, является известным клиническим феноменом, который получает все большее распространение и отражает аспекты патоморфоза опиоидной наркомании. В результате проведенного исследования было показано, что опиоидная зависимость, осложненная алкоголизмом, у больных молодого возраста протекает по двум основным вариантам развития патологии, которые отражают как патоморфоз опиоидной наркомании в целом, так и значительную клиническую самостоятельность каждого такого варианта.

Героин - другие названия: диацетилморфин, диаморфин. диацетилморфин - это представитель препаратов, не связывающихся с опиоидными рецепторами и не оказывающих анальгезирующего действия. Фармакологический профиль диацетилморфина похож на профиль

морфина и не имеет преимуществ перед ним при внутримышечном или энтеральном введении. Диацетилморфин запрещен к производству и применению из-за его способности быстро вызывать наркотическую зависимость.

После укола у некоторых появляется сонливость, другие, наоборот, делаются разговорчивыми сверх меры. При употреблении высоких доз чаще всего наступает состояние дремы, когда глаза закрываются на середине фразы, а голова склоняется на грудь. Другие физические эффекты героина - потливость, сопливость, кожный зуд, усиленное мочеиспускание, запор, замедленное дыхание и сердцебиение. Температура тела понижена. Всё же несмотря на замедление жизненных функций, ум героинщика обычно ясен, мышление его активно. Самый дешевый (в смысле денег) способ употребления героина - это внутривенные инъекции. Это потому, что через иглу наркотик попадает в кровеносную систему (а оттуда в мозг) напрямую. При этом не происходит "утечки" вещества в виде дыма, и часть порошка не теряется в носоглотке.

Как только человек попадает под влияние героина, наркотик ведет его к привыканию. Новичок пока не чувствует боли, но очень скоро встретится с ней. Хотя некоторые специалисты по наркотикам отрицают, что на ломках человек чувствует боль, и используют термин "дискомфорт", сами потребители описывают это ощущение именно как боль. Эта боль в слабой форме может появиться уже через три-четыре недели употребления. Другими словами, молекулы, из которых состоит организм, в короткий срок изменяются до такой степени, что при отсутствии привычной дозы сигнализируют о своем недовольстве болью. Степень дискомфорта при ломке будет увеличиваться прямо пропорционально употреблению и дозам наркотика. Кроме того, ломка будет наступать быстрее.

#### **Таблица.7. Распределение больных с наркомании по виду.**

№	Виды	Основная группа (1)		Р
		n=50		
		абс	%	
1	Анашакурение	12	24,0	
2	Героиновая наркомания	29	58,0	
3	Полинаркомании	9	18,0	
	Всего:	50	100.0	

Распределения тематических больных в зависимости от вида наркомании приведено в таблице № 7. Из общего числа обследованных 29 больных (58,0 %) употребляли героин внутривенно, По полученным результатом, анашакурение встречался у 12,0% больных, а полинаркомания 18,0%. В настоящее исследование были включены больные, страдающие опиоидной наркоманией, осложненной алкоголизмом или имеющие в анамнезе злоупотребление алкоголем. К этому моменту опиоидный абстинентный синдром был уже сформирован. Опиоидная наркомания, возникшая на фоне алкоголизма, отличался более ускоренной клинической динамикой и тенденцией к более короткому и интенсивному течению. Психопатологические характеристики патологического влечения к интоксикации демонстрировал максимальную выраженность.

Исследование американского ученого Д.В. Кандела показало, что употреблению наркотиков почти всегда предшествует употребление алкоголя и табака. Это объясняется, видимо, тем, что употребление одних одурманивающих веществ, в частности алкоголя и табака, фактически "снимает запрет" на употребление других.

### **2.2.3. Клиника абстинентного синдрома**

Героиновая наркоманы могут принимать сотни миллиграммов героина, толерантные наркоманы принимают до 5000 мг наркотика. У нетолерантных субъектов смерть от передозировки может наступить при приёме 60 мг героина. Героиновый абстинентный синдром начинается через 6-8 часов после приёма последней дозы, обычно через 1-2 недели после постоянного приёма или введения наркотического вещества. Он достигает максимальной интенсивности в течение 2-го или 3-го дня и продолжается следующие 7-10 дней.

Диагностические критерии симптомов абстиненции: поведенческие, страстное желание получить наркотик, бессонница, ажитация, иногда применение насилия; соматические- потливость, лихорадка, насморк, мидриаз, пилоэрекция, тошнота и рвота, сердечно-сосудистая неустойчивость, гипертензия, тахикардия; абдоминальные спазмы, припадки типа больших судорожных.

Абстиненция, ускоренная действием антагониста, после длительного приема наркотика может быть очень тяжелой. Наркоман редко погибает от абстиненции, если не страдает тяжелым сопутствующим заболеванием. Одна доза героина, сделанная в любое время в течение абстинентного синдрома, ослабляет симптомы абстиненции.

Прекращение длительного умеренного или сильного употребления опиоидов или снижение количества потребляемого опиоида, вслед за которым наблюдается не менее трех из следующих признаков: страстное желание принять опиоид, тошнота или рвота, боли в мышцах, слезотечение или насморк, расширение зрачка, пилоэрекция или потливость, диарея, зевота, лихорадка, бессонница.

#### **2.2.4 Клиника анашакурении**

С анашакурением среди тематических больных оказалось 12 больных в основной группе (24,0 %) и 4 больных в контрольной группе (20,0 %).

Анашакурении – это наркомания, вызванная приемом анаши или других препаратов, полученных из разных видов конопли.

Основным действующим началом является 9-дельта-тетраканнабинол, который в основном определяет одурманивающий эффект при потреблении. Отмечено, что наибольшая концентрация каннабинола содержится в индийской конопле.

Опьянение. Проявления опьянения зависят от дозы попавшего в организм тетрагидроканнабиола и индивидуальных особенностей.

Употребляют анашу по-разному – курят, жуют, приготавливают напитки.

При курении действие анаши начинает сказываться через 5-10 минут, при пероральном употреблении - через 15-20 минут.

Выделяют четыре стадии опьянения анашакурение.

1 стадия. Начинается через 5-10 минут. Возникает тревога, окружающее кажется каким-то подозрительным. Эта стадия короткая, длится 5-10 минут.

2 стадия. Отмечается эйфория, нарастают психосенсорные расстройства и постепенное нарушение сознания – от его сужения до оглушения или сумеречного сознания. Выраженность и последовательность развития отдельных симптомов неодинакова у разных индивидуумов, но довольно постоянна у одного того же лица при повторном курении.

3 стадия. Эта стадия представляет собой психотическое состояние со спутанностью и отрывочным бредом. Имитация смеха и плача других в этом периоде становится насильственной.

4 стадия. В этой стадии отмечается выход из состояния опьянения. Проявляется сочетанием астении с сильным чувством голода и жажды. В последующем отмечается продолжительный (до 12 часов), но беспокойный сон.

При курении анаши, интоксикация обычно ограничивается легким субпсихотическим опьянением.

#### *Клиника анашакуреного опьянения*

Лёгкое субпсихотическое опьянение. Это состояние наступает через 10-15 минут после курения. Действие препаратов анаши начинается с чувства голода, сухости во рту. Постепенно по всему телу разливается чувство тепла. Появляется желание прыгать, танцевать, ощущение невесомости. Основными проявлениями опьянения служат аффективные перепады от безудержного веселья до мгновений страха и ужаса. Незначительные действия окружающих вызывают нелепый безудержный смех. Приступы смеха могут вызвать слова, жесты, попавшие в поле зрения предметы, в которых ничего смешного нет и которые в обычном состоянии никогда бы так не развеселили. Это же касается тревоги и страха.

Стремление к движению, а не к деятельности, отличает опьянение анаши от интоксикации стимуляторами. Даже сидя, они пританцовывают, ритмически постукивают ногой или рукой, энергично жестикулируют, лицо то и дело искажают утрированные гримасы. Целенаправленная активность несвойственна.

Становится невозможным сосредоточиться. Ассоциации возникают легко и быстро сменяют друг друга. Произносят набор фраз, часто незаконченных. Возникает быстрый поток мыслей. Все больше суживается контакт с окружающими, нарушается взаимопонимание с ними. Появляется импульсивность.

Тяжёлое психотическое состояние. Это состояние развивается вследствие передозировки или индивидуальной повышенной чувствительности к анашу.

Состояние спутанности может быть как на высоте опьянения, так и возникнуть внезапно в самом его начале. Растерянный вид, непонимание происходящего вокруг, неузнавание приятелей перемежается с

выраженными аффективными реакциями то страха, то злобы, то беспричинного веселья. Нелепый смех сменяется рыданиями. Могут быть отрывочный бред, высказывания. Во времени и месте оказываются дезориентированными. В контакт удается вступить с большим трудом.

Делириозно-онейроидный синдром возникает, когда психотическое состояние следует нарастающей симптоматикой легкого поначалу опьянения. Картина может ограничиться «онейрическим экстазом».

Отрешенные от окружающего мира целиком погружаются в мир грезоподобных фантазий. Контакт не доступен. На обращение не реагируют, от себя отталкивают. Делириозные эпизоды на фоне онейроида могут преобладать или же развивается делирий.

#### Стадии анашакурение

Формированию первой стадии предшествует эпизодическое (3-4 раза в месяц) курение анаши. При этом у одной трети больных отмечается эпизодическое употребление наркотика в течение 1-3 месяцев, у половины в течение 4-7 месяцев и у остальных больных - в течение 8 и более месяцев.

У большинства больных (две трети) в начальном периоде заболевания картина анаши опьянения характеризуется выраженным чувством веселья, восторга, счастья, легкостью течения мыслей, приливом сил, сексуальным возбуждением, у четверти больных – приятным головокружением, чувством покоя, расслабленности, истомы приятной тяжести. У остальных больных наркотическое опьянение в начальном периоде сопровождается явлениями деперсонализации, грезоподобными переживаниями, ощущением легкости во всем теле, вплоть до появления чувства парения.

Из неприятных ощущений, сопровождающих первые приемы анаши можно отметить головную боль, головокружение, чувство жара, сердцебиения, тошноту, тревогу, страх. Однако эти явления быстро проходили при последующем приеме наркотика.

Эпизодическое курение даже в течение 2-3 лет может не сопровождаться формированием физической зависимости. При ежедневном или почти ежедневном курении, первые признаки зависимости могут появиться через 1-2 месяца.

Первая стадия анашакурение характеризуется признаками психической зависимости от анаши – вынужденный перерыв курения вызывает астению, вялость и сонливость. Настойчиво ищут, где бы раздобыть анашу. Претерпевает изменение и картина наркотического опьянения. Одновременно с исчезновением чувства тревоги, страха более постоянным и выраженным становится чувство веселья, счастья, восторга. У меньшей части больных приятные переживания иногда сменяются выраженной депрессией с глубокой подавленностью, тоской, тревогой, аффективными вспышками и с демонстративным суицидальным поведением.

Социальная дезадаптация у подростков наступает быстрее, чем у взрослых.

Вегетативные нарушения вне периода интоксикации мало выражены, даже при наличии психической зависимости. Обращает внимание постоянно холодные потные ладони и, в качестве неожиданной находки, низкое, на грани гипогликемии, содержание сахара в крови.

Вторая стадия анашакурение характеризуется дальнейшим нарастанием толерантности к наркотику: анаши употребляется ежедневно до 10 и более раз в день. Изменяется форма потребления наркотика, теперь больные предпочитают принимать анаши в одиночестве, так как компания тяготит больных и нарушает возможность достижения требуемого состояния. Дальнейшей трансформации подвергается картина гашишного опьянения: в состоянии гашишной интоксикации больные не испытывают прежнего чувства восторга, счастья, прилива сил, сексуального возбуждения; на смену им приходит желание «спокойно сидеть и думать». Нередко больные отмечают появление каких-нибудь «гениальных»,

понятных только им одним, мыслей; так называемое «кидание в думку» - очень типичное для состояния опьянения достигает наибольшей яркости и выраженности.

Для второй стадии характерно наличие **абстинентного синдрома**, проявляющегося рядом психических и соматовегетативных расстройств. В состоянии абстиненции больные становятся раздражительными, вспыльчивыми, дисфоричными, эмоционально лабильными, безразличными ко всему, кроме гашиша. Нарушаются сон и аппетит. Больные отмечают тяжесть в голове, головную боль, сердцебиение и неприятные ощущения в области сердца, неприятные ощущения в мышцах. У больных отмечается выраженный тремор рук, гипергидроз. Продолжительность абстинентного синдрома колеблется от 2-3 до 15-17 дней, апогей абстинентного проявления наступает на 4-5 день лишения наркотика. У 2/3 больных сформированный абстинентный синдром имеет место уже через 8 месяцев систематического употребления.

Психопатизация считается неотъемлемой частью изменений на второй стадии анашакурение. Различают астенический, апатический и эксплозивный типы психопатизации. Одновременно происходят соматические изменения – нарастает общее истощение. У молодых мужчин отмечена феминизация вследствие постоянно повышенной секреции эстрогенов и уменьшения содержания в крови тестостеронов. Имеются также данные об угнетении иммунных реакций.

Средняя продолжительность второй стадии анашакурение составляет 6-7 лет.

Для клинической картины третьей стадии анашакурение характерно снижение толерантности к наркотику, который принимается систематически и только в одиночестве. Вне состояния гашишной интоксикации больные вялы, безучастны ко всему окружающему, кроме анаши. На этой стадии заболевания даже прием привычного наркотика не вызывает былого подъёма настроения, активности и чувства бодрости.

Отсутствует имевшее ранее место ускорение мыслительных процессов. Для состояния гашишного опьянения третьей стадии типичны ощущения полного покоя, отрешенности, безразличия ко всему окружающему. Весь мир воспринимается «как в тумане».

### **2.3.5. Методы исследования**

В работе использовались клинико – психопатологический, клинико – катамнестический, экспериментально – психологический и статистический методы исследования.

В соответствии с задачами исследования для регистрации полученных данных была разработана карта обследования «Индивидуальная карта клинико – психопатологического исследования наркологического больного» ананимники (Аграновский.М.Л, Усманова.М.Б, 2003). Карта включала в себе сведения о наследственной отягощенности, преморбидные особенности, раннем развитии, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных девиаций, внутрисемейных взаимоотношениях, физическом состоянии, оценку психопатологической симптоматики, патологического влечения на различных этапах заболевания, проводимой психофармокотерапии.

Результаты лечения оценивались с помощью стандартизованных лечебных карт, а также по четырех балльной шкале (в случаях, когда результат был представлен в виде значения  $M \pm m$ ,  $M$  – средняя арифметическая простая,  $m$  – случайная ошибка репрезентативности).

Для внутригруппового сравнения параметров использовались параметрический  $t$  критерий Стьюдента с непараметрическим знакоранговым критерием Вилкоксона.

Тщательный клинико – психологический анализ данных осмотра и наблюдений за больными с учетом катамнестических сведений, данных бесед с родителями и близкими больных, материалов клинических историй болезни и амбулаторных карт, информации от врачей других

специальностей, занимавшихся лечением этих пациентов, позволяли изучить динамику развития, клиническую картину заболевания, а также эффективность проводимой терапии.

На основании использования вышеперечисленных методов наряду с общими закономерностями отчетливо проявляли и индивидуальные отличия, которые касались преморбидных личностных особенностей, структуру и клинику алкогольных психозов.

## Резюме

Для решения поставленных задач нами было обследовано 70 больных наркоманией, состоящих на учете в областном наркологическом диспансере и лечившихся в психоневрологическом диспансере в период с 2011 по 2014 годы. Сведения собирались по разработанной нами карте, предусматривающей особенности социально – психологического статуса обследованных больных наркомании. Всего обследовано 70 больных мужского пола.

В исследование были включены больные наркоманией, в возраст которых составлял на момент обследования от 20 до 59 лет. Из данных, приведенных в таблице №1, видно, что доминирующие возрастные диапазоны соответствуют обычному распределению больных с наркоманией. 48,0 % преобладали пациенты в возрасте 40 - 49 лет, в 30-39 лет 24,0% и 50-59 лет (11,0%).

Распределения тематических больных в зависимости от семейного положения приведено в таблице № 2 наглядно демонстрируют, что большая часть обследуемых больных (90,0%) состоит в браке. Что касается неженатых (2 больных 4,0 %). По семейному положению 3 больных (6,0%) находились в разводе или вступили в повторный брак, основной группе и контрольной больных было приблизительно одинаковым. Неблагоприятные жизненные обстоятельства в определенном сочетании с

другими факторами риска также могут привести к наркоманию. Семейный анализ показал относительно низкий социальный статус семей больных героиновой наркоманией. Наши результаты показали, что большинства больных с наркоманией жили в средних условиях жизни (15 больных, 30,0%), у 13 больных (26,0%) уровень жизни был удовлетворительным, хорошее состояние отмечалось у 12 больных (24,0%). Самый низкий показатель отмечался у больных (8,0%) с плохим уровнем жизни.

Больные с наркоманией жили в семье и имели одного (4,0%), двух (28,0%) и более трех (40,0%) детей. Больных в группе имевших одного ребенка оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 4,0 % и 40,0 %).

Как видно, по нашим результатам среди тематических больных по профессиональной принадлежности, у 70% (35 больных) было среднее - специальное образование. Межгрупповые различия по уровню образования оказались статистически достоверны только относительно незаконченного среднего образования (15 больных 30,0 %).

Наши данные по профессиональной принадлежности, больные с наркоманией свидетельствуют о том, что уровень трудовой адаптации был достаточно высоким. Так, большая часть оказалась неработающих больных с наркоманией, их число также увеличивалось во всех группах (27 больных 56,0%). Аналогичная, но более выраженная закономерность оказалась у больных, занимающихся неквалифицированным физическим трудом (23 больных 46,0%).

С героиновой наркоманией было 29 больных в основной группе (58,0 %) и 13 больных в контрольной группе (65,0 %).

Распределения тематических больных в зависимости от вида наркомании приведено в таблице № 7. Из общего числа обследованных 29 больных (58,0 %) употребляли героин внутривенно, По полученным результатам, анашкаурение встречалось у 12,0% больных, а

полинаркомания 18,0%. В настоящее исследование были включены больные, страдающие опиоидной наркоманией, осложненной алкоголизмом или имеющие в анамнезе злоупотребление алкоголем. К этому моменту опиоидный абстинентный синдром был уже сформирован. Опиоидная наркомания, возникшая на фоне алкоголизма, отличалась более ускоренной клинической динамикой и тенденцией к более короткому и интенсивному течению. Психопатологические характеристики патологического влечения к интоксикации демонстрировал максимальную выраженность.

С анашакурением среди тематических больных оказалось 12 больных в основной группе (24,0 %) и 4 больных в контрольной группе (20,0 %).

В работе использовались клинико – психопатологический, клинико – катамнестический, экспериментально – психологический и статистический методы исследования.

В соответствии с задачами исследования для регистрации полученных данных была разработана карта обследования «Индивидуальная карта клинико – психопатологического исследования наркологического больного» ананимники (Аграновский.М.Л, Усманова.М.Б, 2003). Карта включала в себе сведения о наследственной отягощенности, преморбидные особенности, раннем развитии, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных девиаций, внутрисемейных взаимоотношениях, физическом состоянии, оценку психопатологической симптоматики, патологического влечения на различных этапах заболевания, проводимой психофармокотерапии.

## ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

### 3.1.1. Наследственная - отягощенность тематических больных

В проведенном исследовании предполагается выявить соотносительную роль наследственных и внешне средовых факторов риска развития героиновой наркомании и анашакурение.

По мнению А.Alterman, R.Tarter (1983), при формировании наркомании во главе угла стоят семейная отягощенность различными психическими нарушениями и наличие в детстве отклонений в поведении.

В специальной литературе обсуждается проблема наследования наркомании, однако, значение наследственной отягощенности в развитии наркомании представлено лишь единичными исследованиями. Как показывают наше исследование наличие психических заболеваний в семьях больных наркоманией не служило фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствовало популяционным показателям. В нашей работе указывается, что наследственная отягощенность психическими заболеваниями выступило как фактор, способствующий наркомании. При общей высокой частоте злоупотребления алкоголем у родственников больных наркоманией всех степеней родства по мужской линии наблюдался отчетливая тенденция к накоплению случаев злоупотребления алкоголем от третьей к первой степени родства. Выявленная тенденция к накоплению эксплозивных и гедонических черт характера у родственников больных от третьей степени родства к первой, а также повышенная встречаемость этих черт у наркозависимых свидетельствуют о конституциональной предрасположенности к проявлению этих черт у последних, причем преимущественно по мужской линии. Возникновению и

высокопрогредиентному течению наркомании так же способствовало пренатальная, перинатальная, постнатальная патология; черепно-мозговые травмы, тяжелые и длительные соматические заболевания; астеническая конституция; употребление токсических ингалянтов на этапе поисковой наркомании ("аддитивное поведение"), начатое в детском возрасте.

В специальной литературе обсуждается проблема наследования наркомании, однако, значение наследственной отягощенности в развитии наркомании представлено лишь единичными исследованиями [63, с.32].

Сравнительный анализ наследственной отягощенности тематических больных приведен в таблице № 1

**Таблица.1. Распределение больных по наследственно-отягощенности**

№	Наследственно-отягощенность	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Отягощена: алкоголизмом	3	6,0	17	85,0	< 0,05
2	Не отягощена	47	94,0	3	15,0	< 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

У 47 больных (94,0%) не выявлена наследственная отягощенность. Наследственная отягощенность выявлялась у 3 больных (6,0 %), наркоманией. Наибольшее число составили лица с отягощенностью алкоголизмом по линии отца, алкоголизм по линии матери встречался значительно реже. В большей части случаев имела место заболеваемость наркоманией у родственников. Больных в группе наследственно-отягощенности оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 17,0 % и 85,0 %).

### **3.2.1 Личностные и психологические факторы приобщения к наркотикам**

Зарубежные исследователи в качестве мотивов употребления подростками и молодежью психоактивных веществ приводят: "влияние приятеля", "потребность в изменении своего состояния", "желание уйти с помощью наркотиков от решения жизненных проблем, снять эмоциональный дискомфорт" [11, с.87-88; 42, с.55; 84, с.873-894; 89, с.293-314]. Среди мотивов, противодействующих употреблению наркотиков, отметим "отсутствие к ним интереса", "влияние друзей и родителей", кроме того, для девушек большое значение имеет выраженность религиозных чувств, а для юношей - успехи в школе.

Результаты нашей исследований показали, что существует ряд общих черт, свойственных людям, злоупотребляющим наркотиками. В частности, это слабое развитие самоконтроля, самодисциплины; низкая устойчивость к всевозможным воздействиям, неумение прогнозировать последствия действий и преодолевать трудности; эмоциональная неустойчивость и незрелость, склонность неадекватно реагировать на фрустрирующие обстоятельства, неумение найти продуктивный выход из психотравмирующей ситуации. Кроме того, такие личностные характеристики отмечались в подростковом возрасте, особенно, если этот период развития протекал с осложнениями. А также, невротические расстройства обуславливали предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами.

Отмечался также низкий общеобразовательный и культурный уровень, недостаточное развитие духовных аспектов личностей наркоманов, низкая самооценка и неудовлетворенность жизнью. Однако Schroeder Debra S., Laflin Molly T.(2013) сделали вывод о том, что на основе существующих данных о корреляции между самооценкой и употреблением наркотиков нельзя сделать однозначный вывод о том, что

самооценка является одним из наиболее существенных факторов наркомании.

С нашей точки зрения, премоурбидные личностные особенности наркоманов определяются не только и не столько биологическими причинами, сколько бездуховностью семьи, неправильным воспитанием, например, гиперопека или тирания, неполноценная семья, создающая массу воспитательных проблем, дефекты воспитания в семье и школе, сопровождающиеся также значительным воспитывающим значением улицы. Эти факторы способствовали развитию эгоцентрических или, наоборот, подавляющих личностную активность тенденций, что не может не сказаться на психическом развитии подростка.

Наше исследование привело к выводу, что сильнее всего риск употребления наркотиков выражен у молодежи в возрасте 12-18 лет. В это время молодые люди должны справиться с большим количеством задач развития: они должны подготовить свой уход из родительского дома, достичь признания в своей возрастной группе, завязать дружеские и партнерские отношения, определить перспективу будущей профессии, создать собственную школу ценностей и этическое самосознание как основу собственного поведения. Риск отклоняющегося поведения (потребление наркотиков - это лишь одна из возможных форм) возникал, если молодой человек не видел этих задач, не мог их принять, либо решение этих задач являлось для него или казался ему невозможным.

Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью. Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно

переживающих стресс, но и у очевидцев и членов их семей. Посттравматические стрессовые нарушения способствовали формированию специфических семейных сценариев и влияли на всю дальнейшую жизнь. И в школе, и в семье были психологически травмированные дети. Учителя и родители часто не знали, как вести себя с ними и как можно им помочь. Тем более, что многие родители, имеющие таких детей, тоже были травмированы. Взрослый, который не может помочь себе, конечно же, не сможет помочь и своему ребенку.

**Таблица.7. Распределение больных по факторам приводящим к заболеванию**

№	Факторы	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Наследственный	8	16,0	7	35,0	> 0,05
2	Психический	12	24,0	11	55,0	< 0,05
3	Социальный	30	60,0	2	10,0	< 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Выявлены неблагоприятные факторы, которые определяют быстроту формирования медицинских и социальных последствий наркоманий. В исследованиях определено значение наследственной предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ, социальных, в том числе влияния родительской семьи. Сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание негативно влияют на подростков, однако только некоторые из них в ситуации доступности психоактивных веществ становились наркоманами (60,0). Следующее одним из наиболее существенных факторов наркотизации являлся нарушения в

эмоциональной сфере больного (24,0%). Причины были разнообразны: неурядицы в семье, физическое напряжение, болезнь близких, монотонная деятельность взрослых, проблемы обучения в школе детей и т.д. Мы считаем что, стресс одной из причин многих физических заболеваний и психических расстройств, а также фактором, способствующим употреблению наркотиков. Эмоциональное отвержение родителями подростков является одним из предрасполагающих психологических факторов употребления психоактивных веществ. Наличие психических заболеваний в семьях больных наркоманией не может служить фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствовало популяционным показателям (16,0), что психопатия создает повышенный риск формирования наркомании.

### **3.2.2 Мотивы приводящие к наркотикам**

Мотивы употребления опиатов со временем могут меняться. В то время как первоначально повторное употребление мотивируется желанием заново испытать приятные ощущения, "плотно севшие" наркоманы утверждают, что наркотик даже близко не приносит им такого удовлетворения, как раньше. Тем не менее, они продолжают употреблять наркотик для того, чтобы избежать неприятных симптомов абстиненции ("ломки"). Таким образом употребление героина мотивируется сначала позитивными, а затем негативными подкреплениями. Наиболее рельефно на фоне остальных причин наркотизации выступало одно из ценнейших качеств личности - любопытство. Пытливость ума, который сам себя ведет к гибели. У детей любопытство проявлялся сильнее, чем у взрослых.

Существенное значение для начала наркотизации отводится мотивационно-потребностной сфере личности. Мотивы, обусловленные традициями и культурой; субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы; псевдокультурный тип

мотивов, свидетельствующих о стремлении подростка приспособиться к "наркотическим ценностям" подростковой группы. Зарубежные исследователи в качестве мотивов употребления подростками и молодежью психоактивных веществ приводят: "влияние приятеля", "потребность в изменении своего состояния", "желание уйти с помощью наркотиков от решения жизненных проблем, снять эмоциональный дискомфорт" [11,; 89,]. Э. Фромм рассматривает употребление наркотиков как частный случай культа потребительства среди молодежи, следовательно, мотивом приобщения к наркотикам служит стремление "потреблять счастье" как товар. Среди мотивов, противодействующих употреблению наркотиков, отметим "отсутствие к ним интереса", "влияние друзей и родителей".

В работах зарубежных ученых [11,16, 91; 42,], посвященных изучению мотивов употребления наркотиков, упоминается о внутригрупповой конформности - желании "не отстать" от сверстников, о поиске необычных ощущений и переживаний, о "скуке".

**Социально-психологические мотивы:** мотивы, обусловленные традициями и культурой; субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы; псевдокультурный тип мотивов, свидетельствующих о стремлении подростка приспособиться к "наркотическим ценностям" подростковой группы. Исследование показали, что эти мотивы характерны для начального этапа наркотизации. Больные часто объясняли употребление наркотиков тем, что они подчинялись давлению сверстников.

**Потребность в изменении собственного состояния:** гедонистические мотивы; атарактические мотивы; мотивы гиперактивации поведения. Было обнаружено, что эти мотивы играют большую роль на начальных стадиях наркотизации и легко признаются больными в беседах.

Патологическая мотивация, связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику. Характер ведущего

мотива определялся стадией наркомании, особенностями характера и личности больного.

**Таблица.3. Распределение больных по побудительным мотивам**

№	Мотивы	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	Познавательные	16	32,0	4	20,0	> 0,05
2	Самоутверждение	13	26,0	6	30,0	> 0,05
3	Символическое участие	10	20,0	5	25,0	> 0,05
4	Снятие психодинамического напряжения	11	22,0	5	25,0	> 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Наиболее часто побудительным мотивам оказался познавательный, который встречался у 16 больных основной группе и 4 больных в контрольной группе (соотв:32,0 % и 20,0%). Вторым по значимости побудительным мотивам было самоутверждение, которое встречалось у 13 больных в основной группе и 6 больных в контрольной группе (соотв:26,0 % и 30,0%). Побудительным мотивам в качестве снятия психодинамического напряжения встречался у 11 больных в основной группе 5 больных в контрольной группе (соотв:22,0 % и 25,0%), а символическое участие, как побудительный мотив, было у 10 больных основной группе и 5 больных в контрольной группе (соотв:20,0 % и 25,0%). Статистических значимых различие побудительных мотивов среди больных основной и контрольной группе обнаружено не было.

### **3.3.1. Преморбидные характерологические особенности личности больных с наркоманией.**

Преморбидные личностные особенности в формировании и развитии зависимости от психоактивных веществ по данным некоторых авторов встречаются в 86% случаев.

В исследовании (Пятницкая.П.И, 1994) выделяются такие характеристики преморбидной личности наркомана, как отсутствие социальных интересов, устойчивых и сформированных индивидуальных интересов, какой-либо увлеченности; обособление от взрослых, агрессивность к обществу, солидарность с возрастной группой, поиск чувственных впечатлений, сексуального опыта.

Преморбидный тип личности обуславливается ее базисными чертами, типом характера до того момента, как возникло психическое расстройство. Такой тип описывается со слов больного или его близких при изложении анамнеза жизни. Оценка преморбидного типа крайне необходимо для диагностики, прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации различных психических расстройств, так как риск развития отдельных психопатологий неодинаков при разных типах.

Самой известной из разработанных систем типов личности, удобных для оценки преморбидных черт, является классификация «акцентуированных личностей» знаменитого немецкого психиатра Карла Леонгарда. В основу данной типологии личностей заложены варианты акцентуации характера, а именно чрезмерное усиление отдельных его черт, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим. В отличие от психопатий и расстройств личности акцентуированные личности расцениваются как крайние нормы. В большинстве развитых стран к ним можно отнести половины популяции.

Несомненно, большее значение имеет не степень аномалии характера, а ее тип. П. Б. Ганнушкин (1998) отметил особую предрасположенность к наркоманиям эпилептоидов, неустойчивых и циклотимиков, гипертимных и истероидных типов.

Нами были выявлены особенности типа преморбида гипертимный тип 8 больных (16,0%). Лица с данным типом акцентуированной личности отличались почти всегда приподнятым настроением, высоким жизненным тонусом, активностью, неограниченной энергией. Короткие вспышки раздражения и гнева у больных вызывало противодействие окружающих, подавление их бурной деятельности, желания во все вмешиваться. Главная отличительная черта — возможность длительного злоупотребления без развития зависимости (высокий биологический тонус препятствовало быстрому развитию индивидуальной зависимости). Зато отчетливо было выражено желание перепробовать на себе действия различных веществ.

Циклоидный (аффективно - лабильный) тип встречался у 3 больных (6,0%). Для этого типа личности была характерна смена периодов подъема, когда больные вели себя как гипертимы периодами спада настроения и тонуса. В гипертимной фазе вели себя соответственно в отношении наркотика, но когда заканчивался подобная фаза, то прекращался и злоупотребление. В субдепрессивной фазе пристрастились к транквилизаторам.

Эмоционально - лабильный (эмотивный, аффективно-экзальтированный) тип встречался у 11 больных (22,0%). Главной чертой больных с этим типом личности являлся крайняя изменчивость настроения, перепады которого происходило даже от ничтожного повода. Вовлечение в злоупотребление были связаны с влиянием сверстников, у которых подросток искал эмоциональную поддержку.

Астено - невротический тип встречался у 6 больных (12,0%), они не расположены к аддиктивному поведению, но в редких случаях были тяготение к транквилизаторам.

Сенситивный и психастенический типы встречались у 4 больных (8,0%), они отличались повышенной устойчивостью в отношении злоупотребления наркотиками. У психастеничного типа возникали ситуационная зависимость — потребность в транквилизаторе в предвкушении стрессовых ситуаций.

Шизоидная акцентуация встречалась у 3 больных (6,0%), часто обнаруживали склонность к препаратам опия и гашиша. Отличительная черта — быстро формировалась психическая и физическая зависимость. Курение анаши проходило в одиночку. Алкоголь играл роль коммуникативного допинга.

Эпилептоидная акцентуация встречалась у 8 больных (16,0%). При акцентуации встречалась гиперсоциальность, следует подчеркнуть негативное отношение к наркотикам, но оно не распространялось на алкоголь. Тянется ко всему, что сильно «бьет по мозгам», предпочитали крепкие напитки, напивались «до отрубав». К наркотикам относились крайне неприязненно из-за опасения навредить здоровью. В случаях эпилептоидной акцентуации с наложением неустойчивых черт, никаких преград к аддиктивному поведению не может быть. Употребляли всякие наркотики, но менее всего стимуляторы, так как те могут провоцировать дисфорию. Злоупотребление формировалось быстро и отличалось значительной силой, из этого следует экзогенная психопатия по эпилептоидному типу.

Истероидные личности — обнаруживали особую склонность к стимуляторам, которые не только повышают активность, но и вселяли уверенность в себе, в своих силах, облегчали лидерство, пробуждали бесстрашие. Привлекательны — алкоголь, опиаты, транквилизаторы. Менее всего — галлюциногены и ингалянты. В компании жаждет «всех перепить», склонны преувеличивать дозы, расписывать свою «наркотическую карьеру».

**Таблица.3. Распределение больных с наркомании в зависимости от преморбидного типа личности.**

№	Преморбид	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа n=20		P
		Абс	%	Абс	%	
1	Гипертимический	6	12,0	7	35,0	P > 0,05
2	Циклоидный тип	2	4,0	2	10,0	P > 0,05
3	Эмоционально-лабильный	12	24,0	2	10,0	P < 0,05
4	Астено-невротический	4	8,0	3	15,0	P > 0,05
5	Эпилептоидный	10	20,0	1	5,0	P < 0,05
6	Сенситивный тип	3	6,0	2	10,0	P > 0,05
7	Шизоидный	3	6,0	2	10,0	P > 0,05
8	Истероидный	10	20,0	1	5,0	P < 0,05
	Всего:	50	100	20	100	

Преморбидные особенности личности группы сравнения в основном характеризовались эмоционально-неустойчивым (24,0%) и гипертимическими (12,0%) чертами; эпилептоидные (20,0%) и истерические (10,0%) радикалы были представлены в равных количествах.

Рассмотрим те преморбидные особенности, которые чаще встречаются у наркоманов и откладывают тот или иной отпечаток на развитие личности при развитии пристрастия к наркотику и в другие периоды заболевания. Следует подчеркнуть, что знание этих психических и характерологических особенностей необходимо для тех священнослужителей, педагогов и других лиц, которые будут помогать

наркозависимым молодым людям в их духовной и социально - трудовой реабилитации. Уже одно то, что мы не отделяем духовную реабилитацию от социально -трудовой, говорит о многом. Процесс этот должен быть единым, так как при развитии наркозависимости социальный статус наркоманов страдает очень сильно, и восстановить его гораздо труднее, чем снять самую психологическую зависимость от наркотика.

Итак, преморбидные черты характера и особенности личности накладывали свой отпечаток на формирование личности наркомана, которые следует учитывать в реабилитационной работе с ними. Какие же преморбидные особенности влияли на процесс формирования наркомании как болезни?

1. Перинатальная патология нервной системы, то есть та патология, с которой человек родился или приобрел в ранние сроки после рождения (24,0%). Чаще всего это какие-то последствия органического поражения мозга: судорожные приступы (эпилептические), нарушения слуха, зрения, гид-роцефальный синдром (повышение внутричерепного давления), остаточные явления двигательных нарушений (парезы, т.е. параличи в легкой форме, которые даже могут и не сказываться на функции конечностей; гиперкинезы (насильственные движения, тики) и др.).

Характерологические и личностные изменения: психопатические изменения личности с нарушением социальной адаптации (психопатия не рассматривается как психическое заболевание, а как расстройство характера или личности по граничного типа, или "дисгармония личности", выражающаяся неправильными, неадекватными реакциями и поступками, нарушениями поведения и адаптации в социальной среде при наличии сохранного интеллекта; причиной психопатии могут быть врожденные и приобретенные поражения нервной системы и, особенно, дефекты воспитания); преморбидно акцентуированные изменения личности (60,0%).

Злоупотребление алкоголем до начала употребления наркотиков (24,0%).

Перинатальная патология может оказывать влияние на развитие тяжелых интеллектуально-мнестических нарушений в периоде наркотизации, т.е. снижение умственных возможностей и нарушений памяти. У людей с преморбидно акцентуированными изменениями чаще развивается морально-этическое снижение личности; у исходно психопатических личностей также часто развивается морально-этическая деградация, только в более грубой форме. У злоупотреблявших алкоголем нередко в периоде наркотизации прогрессируют суицидальные стремления; кроме того, у них чаще развиваются сложности в семейных отношениях и на работе, в связи с чем они довольно быстро ее лишаются.

Результатом раннего употребления наркотиков, когда личность ребенка или подростка еще не успела сформироваться, нередко бывают инфантилизм и примитивность, что может выглядеть как малоумие в нерезкой степени выраженности.

#### **3.4.1. Клинические особенности течения и стадии заболевания**

В динамике опиной аддикции патоморфоз отражает неблагоприятные сдвиги, обусловленные отрицательным влиянием комплекса факторов - биологических, социокультуральных,

В динамике становления наркомании условно можно различить 3 стадии: начальную или I – адаптации (изменение реактивности организма и появление психической зависимости); хроническую, или II – завершение формирования физической зависимости (абстиненция, в ряде случаев возникновение психозов, полинаркомании); позднюю, или III – истощение всех систем организма (снижение толерантности, общей реактивности организма, психической, соматогенной, неврологической, затяжная абстиненция, слабоумие).

Начальная стадия характеризуется систематическим приёмом наркотика, быстрым увеличением дозы препарата (повышение

толерантности). Смертельная доза героина составляет 0,3-0,5 гр. У наркоманов быстрее наступает тенденция к увеличению дозы до сотни миллиграммов. В период действия препарата ощущения те же – это комплекс психических дегенеративных стигм. Одновременно имеется комплекс соматических ощущений – сухость во рту, зуд, проходящий к концу начального периода, теплота, ощущение тяжести в теле, нижних конечностях, нарушается сон. Зрачки сужаются, имеются различные ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы, снижение аппетита, задержка стула. Быстро вырабатывается синдром психической зависимости с явлениями навязчивого желания повторить приём наркотика, ощутить приятное чувство покоя, иллюзорности происходящего. Длительность начальной стадии от 2-3 до 6-8 месяцев.

Хроническая стадия характеризуется систематическим, регулярным приёмом наркотика. Доза вводимого наркотика может ещё увеличиваться или достигает своего апогея до 5000 мг. Важно отметить, что наркоманы очень чётко знают свои наивысшие разовые, суточные дозы и практически никогда их не переходят, в связи с этим отравлений у них не бывает. В этой стадии психическая зависимость от героина выражена чётко, наркоман не может обойтись без наркотика. Если в начальной стадии отмечалась эйфория, затем наступали покой, расслабление, то в этой стадии наркоман вял, заторможен, а после введения наркотика становится энергичным, деятельным, подвижным, работоспособным. Это состояние похоже на маниакальное с его психической и моторной приподнятостью. Наркоманы различными способами стремятся вернуть прежнее состояние – повышают дозу принимаемого препарата. Постепенно формируется абстиненция. Длительность этой стадии 5-10 лет.

Поздняя стадия. В это время снижается толерантность примерно на  $\frac{1}{3}$  ранее принимаемой дозы. Наркоман без приёма наркотика совершенно теряет способность активной деятельности, особенно трудовой, он бессилён, безынициативен. Главным синдромом, определяющим состояние

наркомана, становится не навязчивое состояние (обсессия), а абстиненция, ибо каждый обрыв приёма наркотика через 8-12 часов вызывает абстиненцию. При этом отмечаются разнообразные соматовегетативные психоневрологические симптомы: слёзотечение, зевота, потоотделение, тремор рук, озноб, расширение зрачков, тошнота, рвота, повышение температуры. Учащение дыхания, боль в мышцах, обезвоживание организма, похудание, нарушение сна, тревога, страх смерти, нарушение настроения.

В поздней стадии болезни абстиненция несколько отлична от такой при хронической стадии. Меньше выражены чиханье, слезотечение, частый жидкий стул, особенно первые 3-5 дней. Тонус мышц несколько повышен, однако выраженных болей нет, более отмечен дискомфорт. Имеют место артериальная гипотензия, брадикардия, отчего выше риск развития коллапса, общее снижение жизненного тонуса, понижение настроения. Они вялы, гиподинамичны. Все их поведение окрашено безысходной тоской. В хронической стадии выраженные явления абстиненции длятся 5-7 дней. В поздней стадии длительность абстиненции еще продолжительнее, астения держится долго, иногда до 3-4 месяцев.

В частности, в медицинском подходе фокусом является наркомания как обобщенная группа прогрессивных заболеваний, характеризующихся патологическим влечением к различным природным или синтетическим веществам эйфорического, успокаивающего, болеутоляющего, снотворного, одурманивающего или возбуждающего действия.

Начало употребления препаратов опия предопределяет прогрессивность формирования зависимости и возраст обращения к наркологу - чем меньше возраст приобщения к препаратам опия, тем ранее формируется наркотическая зависимость и необходимость в наркологической помощи. Чем больные, прервавшие. В динамике опийной аддикции патоморфоз отражает неблагоприятные сдвиги, обусловленные отрицательным влиянием комплекса факторов - биологических,

социокультуральных, личностных. Дальнейшее развитие болезни приводит к формированию психопатоподобных и интеллектуально-мнестических расстройств, обесцениванию морально-этических категорий, что в целом определяется как «наркоманическая личность».

**Таблица.4. Распределение больных по длительностью заболевания**

№	Длительность в годах	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		абс	%	абс	%	
1	До 1 года	13	26,0	-	-	> 0,05
2	1-5	17	34,0	1	5,0	> 0,05
3	6-15	10	20,0	12	60,0	> 0,05
4	16-20	8	16,0	3	15,0	> 0,05
5	21-24	2	4,0	4	20,0	< 0,05
	ВСЕГО:	50	100,0	20	100	

Длительность наркотизации составляла от 1 года до 24 лет. У 34,0 % пациентов была от 1 до 5 лет, у 20,0% больных - от 6 до 15 лет. Длительность свыше 15 лет страдали 16,0 % пациентов, при этом у 13 (26,0%) больных она была от нескольких месяцев до года, Так, в основной группе пациентов с наркомании в 4,0% возраст соответствует 21-24, а во контрольной группе – 5,0% соответствует 16-20 годам. Больных в группе 21-24 год оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 4,0 % и 30,0 %).

### **3.5. 1. Изменение характера у больных с наркомании**

При развитии наркоманической зависимости у всех больных развивался психические нарушения и характерологические изменения, которые в совокупности с наркозависимостью создают особый тип поведения, характера и социального статуса больного. На личность наркозависимого молодого человека оказывали немалое влияние преморбидные особенности, то есть особенности, зависящие от тех заболеваний нервной, психической и соматической сфер и черт характера, которые были у наркозависимого до периода наркотизации.

В результате развития заболевание у наркоманов вырабатывались и закреплялись новые черты характера, которые становились устойчивыми и формировали новую личность - наркоманическую. Соответствующие ей черты характера развивался постепенно, а преморбидные черты характера заострялись, появлялись психопатоподобные нарушения и постепенно развивается духовно-нравственная деградация личности и снижение интеллектуально - мнестической функции.

У наших тематических больных менялся характер. Повышенная утомляемость, раздражительность, слабость, частые головные боли, сниженное настроение приводили к формированию безразличия и эгоцентризма. Формировались и заострялись психопатоподобные черты личности и характера по эксплозивному, истерическому, астеническому и апатическому типу.

**Таблица.6. Распределение больных по видам нарушения характера**

№	Виды нарушения характера	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		Абс	%	Абс	%	
1	Лабильность	14	28,0	7	35,0	P > 0,05

2	Истеричность	13	26,0	5	25,0	P > 0,05
3	Дисфоричность	11	22,0	5	25,0	P > 0,05
4	Апатичность	10	20,0	3	15,0	P < 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Наши результаты показали, что всех пациентов независимого от вида употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались и формировался своеобразный наркоманический дефект, который характеризовался повышенной возбудимостью, нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических (22,0%) или апатико-абулических депрессий (20,0%), аффективной лабильностью (28,0), преобладанием истеровозбудимых форм реагирования (26,0), психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечений, в том числе сексуальной расторможенностью.

### **3.5.2. Изменение личности у больных с наркомании**

Было выявлено в процессе наркотизации у больных развивался разные психические отклонения. Главными особенностями личности при этом бывало следующие: лживость, неорганизованность, сребролюбие, вещизм, стремление быть независимым и нонконформизм (стремление к свободе), стремление к получению материальных благ на фоне праздного образа жизни и тунеядства. Все это свидетельствовало о прогрессировании духовных отклонений и активном нарастании греховных наклонностей, которые перерастают в страсти. Это происходило на фоне имеющихся преморбидных особенностей личности и постепенного токсического поражения мозга. У некоторых больных периодически возникало чувство враждебности, агрессивность по отношению к близким и окружающим, нонконформизм со злопамятностью и мстительностью. Все это было

причиной тяжелых конфликтов в семье, на работе, в школьной среде или другом месте учебы.

Мы отмечали, что почти у половины молодых людей в процессе наркотизации развивался конформизм (повышенная подверженность чужому влиянию) и низкая эмпатия (сопротивляемость этому влиянию). В результате этого они приобретали зависимость от более сильных личностей, не могли им сопротивляться, становились вялыми к меняющимся жизненным ситуациям (42,0%).

У некоторых больных (26,0%) развивался, наоборот, стремление к лидерству, самоутверждению, они жаждали быть в центре внимания и господствовать над окружающими. У других же повышенная самооценка сочеталась с неумением бороться с трудностями и приспосабливаться к окружающей среде, и в этом случае у них развивался повышенная зависимость от взрослых.

Гораздо реже у наркозависимых сохранялся высокий уровень притязаний, и они отличались предприимчивостью, хозяйственностью и уверенностью в себе (32,0%). Примерно у четверти больных развивался полное отсутствие критики к употреблению наркотиков.

**Таблица.7. Распределение больных по изменению личности**

№	Виды изменение личности	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		Абс	%	Абс	%	
1	Аффективные нарушения	15	30,0	7	35,0	P < 0,05
2	Психосоциальная деградация	12	24,0	4	20,0	P < 0,05

3	Морально– этические снижения	14	28,0	6	30,0	P < 0,05
4	Интеллектуально- мнестические нарушения	9	18,0	3	15,0	P < 0,05
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Признаки морально – этические снижения были выявлены у 14 больных (28,0% пациентов, причем в группе, употреблявших препараты опия, у всех больных. Почти у всех наблюдался аффективные нарушения (30,0%): повышенная возбудимость, вспыльчивость, раздражительность или, наоборот, депрессия (пониженный фон настроения с печалью, унынием), или истерические возбуждения, эмоциональная лабильность, для которой характерна самопроизвольная смена настроения, когда повышенная раздражительность и возбудимость, истеричность сменяются депрессией, унынием, иногда с суицидальными мыслями и даже попытками. Из них наиболее часто наблюдался дисфорический синдром, проявляющийся угрюмым, ворчливо-раздражительным, злобным и мрачным настроением с повышенной чувствительностью к любому внешнему раздражителю, ожесточенностью и вспыльчивостью.

Постепенно, по мере наркотизации, развивался психосоциальная деградация у 14 больных (24,0%) происходило угасание интересов, не относящихся непосредственно к наркотикам, процессу их добывания и к кругу общения, связанного с потреблением наркотиков; нарушение эмоционально-волевой сферы, когда прогрессировало апатия, нежелание сопротивляться болезни, полное отсутствие воли, расстройства сферы влечения или сексуальной расторможенности.

Социально-психическая деградация у 12 больных (24,0%) приводило к тому, что больные перестали работать, учиться. Они становились

тунеядцами, жили за счет своих близких, которых и обворовывали для добывания денег на наркотик.

Развивается асоциальное поведение, ибо, чтобы найти наркотик, нужны деньги и их необходимо доставать каждый день. А ведь некоторые наркоманы вынуждены колоть большую дозу героина - до 1,5-2 г в день. Это нередко заставляли их заниматься воровством, грабежом, состояли в преступных группировках. Аморальное поведение проявлялся и в сексуальной распущенности, в создании конфликтных ситуаций в семье, на работе или на месте учебы. Нередко наркозависимые совершали профессиональные правонарушения: нарушали трудовой дисциплины, трудового режима, административные нарушения (посягательство на установленный общественный порядок, права, свободу граждан), нарушали правил дорожного движения, посягательство на собственность частных или юридических лиц, экономические правонарушения в виде незаконного предпринимательства и незаконной банковской деятельности, уклонения от налогов, ложной рекламы, контрабанды, подделки документов. Как видим, социальный статус наркомана весьма и весьма изменяется и в основном в силу деятельности, связанной с добыванием денег на наркотики и получением других греховных удовольствий любыми путями.

Интеллектуально - мнестические нарушения отмечены у обследованных, наиболее тяжелые преобладали у 9 больных (18,0%) опийной и полиморфной наркоманией, меньшей степени тяжести у лиц, злоупотреблявших героином. Это и составляет основу интеллектуально-мнестических нарушений. Проявлялся это в виде постепенной утраты интересов к общественной и семейной жизни, все большей и большей замкнутости в кругу себе подобных. Все мысли сосредотачивались на наркотиках. Развивалась примитивность взглядов, в разговоре и суждениях отмечались заикливание на мелочах и неумение выделить главного, невозможность обобщить обсуждаемое. Нарушалась концентрация внимания, а отсюда отвлекаемость при беседе и невозможность следить за ходом

разговора. Важной особенностью данного синдрома являлся снижение общей памяти, а также мотивационной памяти (мотивация к побуждению к действию). Этим может объясняться странность в их поведении, когда резко меняются решения, именно в силу поражения мотивационной памяти: сейчас одно решение, а через час - другое, сегодня одно - завтра другое. Снижение памяти привело и к забыванию определенных моментов своей жизни, особенно после приема больших доз наркотиков.

Отмечался также замедленность мышления (когда "туго соображают", не сразу понимают смысл сказанного или прочитанного) и бедность воображения с нарушением непосредственной или опосредованной памяти. В связи с этими особенностями мышления и памяти сложные ситуации ставят их в тупик, и при этом у них проявлялись растерянность и непонимание происходящего.

Обедненность мышления привило к развитию у них плоского, неинтересного юмора, поэтому в обычной, не наркоманической среде, они воспринимались без интереса, хотя они и сами старались уже избегать общества, интеллектуально находящегося выше них.

Все эти перечисленные особенности личности наркозависимого расценивались как "органическое снижение уровня личности с десоциализацией".

По мере наркотизации индивидуальные черты характера все более и более сглаживались, нивелировалось (т.е. уменьшаются), и они все больше и больше становились похожими друг на друга. Поведение их определялись психопатоподобными расстройствами, часто истерического характера, и эмоциональными нарушениями (нарушениями эмоций и настроения), то есть у них развивался своеобразный наркоманический дефект личности - "наркоманическая личность".

### **3.5.3 Нервно-психические нарушения в постабстинентном периоде**

Постабстинентное состояние, которое развивалось после абстиненции, или периода ломки, - особое состояние, именно этот период времени являлся очень важным для всей дальнейшей реабилитации наркозависимых, у наркозависимых в этом периоде отмечался озлобленность, повышенная раздражительность, легкая возбудимость по всякому поводу, импульсивность. В связи с этими особенностями их поведения возникали конфликтные ситуации в этот период реабилитации с душепопечителями, другими сотрудниками, родителями и близкими родственниками наркозависимых, больных нередко развивался страх (фобии). Страх перед неопределенным будущим, из-за отсутствия уверенности в своих силах и возможности удержаться перед соблазном очередного приема наркотиков, а также перед реакцией родителей и близких людей, от которых они зависят. У них развивался также страх перед собой - не справиться с воздержанием, а отсюда - страх перед суицидом - вскрыть себе вены, выброситься из окна, повеситься. Такой страх называется суицидофобией. У некоторых больных в постабстинентном периоде развивался апато-абуллический и депрессивный синдромы (причем депрессия часто с суицидальными тенденциями). Суицидальные тенденции - наиболее тяжелые последствия наркотизации. У многих больных в постабстинентном периоде наблюдался аффективные нарушения, то есть быстрая смена настроения, гневливость, психическая, речевая и двигательная расторможенность с чувством страха, иногда сопровождающиеся истерическими реакциями.

### **3.5.3. Особенности осложнений наркомании у больных**

Соматическое состояние у пациентов мы изучали для оценки клинической динамики опийной наркомании и анашакурение в результате проводимой терапии. Обследование общесоматического и неврологического статуса проводилось после купирования абстинентного синдрома и во время ремиссии. Выявленные заболевания развились в

процессе длительного злоупотребления ПАВ. Дефицит веса составлял от 6 до 10 кг. Сравнительный анализ выявленной сомато - неврологической патологии показал, что соматическое состояние после проведенного лечения достоверно улучшилось у лиц с акцентуациями характера, так у всех 100% больных ликвидировался дефицит веса, приобретенный в процессе заболевания, уменьшилось количество больных с диагнозом бронхит, гастрит, биохимические и иммунологические показатели свидетельствовали о компенсации вирусных гепатитов и токсической кардиомиопатии. Улучшение соматического состояния более выражено у пациентов основной группы с акцентуациями характера. Продолжительнее всего происходило восстановление сомато - неврологического статуса у пациентов с наркомании.

**Таблица.8. Распределение соматических заболеваний у тематических больных**

№	Виды соматических заболеваний	Основная группа (1) n=50		Контрольная группа (2) n=20		P
		Абс	%	Абс	%	
1	Бронхит	19	38,0	-	-	P > 0,05
2	Гастрит	12	24,0	2	10,0	P > 0,05
3	Вирусных гепатитов	5	10,0	4	20,0	P > 0,05
4	Токсической кардиомиопатии	6	12,0	-	-	P < 0,05
5	Другие соматические	8	16,0	14	70,0	-

	заболеване					
	Всего:	50	100,0	20	100,0	

Наши результаты показали, что заболевания дыхательной системы, как правило, чаще встречаются на фоне длительного употребления анаши (38,0%). Самыми распространенными патологиями у больных являлись гастрит (24,0%), гепатит (10,0%), и токсической кардиомиопатии (10,0) и другие (16,0%). Потребление наркотиков, особенно внутривенным путем, играет ведущую роль в эпидемическом распространении вирусного гепатита, ВИЧ-инфекции и СПИДа. Больных в группе токсической кардиомиопатии оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 12,0 % и 35,0 %).

### **3.5.4. Особенности лечебной помощи при наркомании**

Основные принципы терапии наркологических заболеваний заключаются в добровольности лечения, максимальной индивидуализации терапевтического процесса, комплексности и отказе от употребления психоактивных веществ. Тактика лечения абстинентного синдрома менялась на протяжении развития наркологии и развития понимания патогенеза синдрома отмены. Кроме того, тактика лечения всегда связана с социально-экономическими условиями и экономически сложившимися традициями в различных странах.

#### **Антидепрессанты**

Обойтись без препаратов, уменьшающих выраженность депрессии, практически никогда не удается.

Отсутствие интереса к происходящему во внешнем мире, апатия, равнодушно-плохое настроение, трудности концентрации внимания, доходящие до полной невозможности сосредоточиться, иногда нежелание жить с колоссальным трудом преодолеваются подростком. Непереноси-

мость депрессии служит одной из главных причин рецидивов даже у тех ребят, которые искренне хотят бросить наркотики.

Вопрос выбора антидепрессантов — вопрос абсолютно врачебный. Но, к сожалению, нам хорошо известно, что огромное количество наркоманов боится обратиться к врачу или обращается только с целью проведения дезинтоксикации.

### **Метаболическая терапия**

Мы вкратце уже описывали, что такое «старение» нервной клетки под воздействием наркотиков и в первую очередь героина. Эти нарушения сами по себе практически не восстанавливаются. Мозгу в такой ситуации необходимо помочь.

Такая помощь клеткам нервной системы и обмену веществ организма является одной из самых сложных задач современной наркологии. Мы же с вами должны понимать, что без такой фармакологической помощи пациент останется раздражительным, будет реагировать усилением депрессии (и связанного с ней желанием принимать наркотик) на малейшие колебания погоды, страдать внезапными перепадами настроения.

### **Успокоительные и снотворные препараты**

Для того чтобы полностью описать эту группу лекарств, нам понадобилось бы несколько томов. Мы хотим, чтобы родители наших пациентов понимали, что использовать эти препараты самостоятельно ни в коем случае нельзя. Их имеет право назначать только врач. Хранение и использование таких препаратов без назначения врача является уголовным преступлением.

Большая часть успокоительных препаратов разделяется на две группы: нейролептики и транквилизаторы.

**Нейролептики** — это препараты, созданные для лечения шизофрении. Каждый из этих препаратов имеет так называемый спектр действия. Спектр этот указывает на то, что при назначении любого из

данных лекарств проявляется не какое-то одно, а целый ряд их свойств, включающих в себя и нежелательные побочные явления.

**Транквилизаторы** — эти препараты были созданы как «одноразовые» лекарства. Изначально они задумывались как симптоматические средства для лечения тревоги. Авторами исторически первого из них — *диазепама* (он же *седуксен*, он же *реланиум*, *сибазон* и т. д.) — предполагалось, что человек, который мучается избыточной тревогой, может время от времени принимать диазепам для того, чтобы снизить уровень тревоги, напряженности и беспокойства.

### **Методы психологического воздействия на больного**

При этом наряду с медикаментозными и ограничительными методами лечения патологических зависимостей на всех этапах обязательно и широко применяется психотерапевтическое воздействие. Особое место среди психотерапевтических методов лечения патологических влечений занимают экономичные и одновременно эффективные методы краткосрочной психотерапии: суггестивной, поведенческой, позитивной, гуманистической направленности, в том числе метод эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии (ЭЭСПТ) и метод духовно ориентированной стрессовой психотерапии (ДОСПТ). При лечении патологических зависимостей основным критерием оценки его эффективности является длительность ремиссии. Поэтому поиск новых методов изучения и анализа ремиссии, а также факторов, влияющих на ее продолжительность, являются предметом изучения многих исследователей. В последние годы выполнен ряд исследований, посвященных изучению эффективности кризисно-реабилитационной психотерапевтической помощи лицам с патологическими зависимостями на основе метода ДОСПТ (Григорьев Г.И., 1993, 2004; Григорьев Г.И. и др., 2000, 2001, 2003; Мизерене Р.В., 2000, 2001, 2002; Мизерас С.В., 2001, 2002, 2003, 2004; Мильчакова Е.А., 2003; Болт В.В., 2004; Мильчакова В.А., 2004), однако ряд вопросов остается открытым. Недостаточно исследованы

закономерности формирования ремиссии у таких больных, изменение психологического и психофизиологического статуса и его механизмы при ее формировании, а также возможности прогнозирования длительности ремиссии по совокупности социально-демографических, преморбидных и клинических характеристик конкретного больного или группы больных.

### **Семейная психотерапия**

Весь комплекс лечебных психотерапевтических мероприятий крайне сложен и требует от врачей профессиональной подготовки высокого уровня. Мы прекрасно понимаем, что центров, способных к проведению комплексных реабилитационных программ, в стране очень мало или практически нет. В стране складывается ситуация, в которой спасение утопающих становится делом рук самих утопающих.

В этих условиях нам кажутся особенно актуальными методики семейной психотерапии. Дело в том, что семья, которая смогла осознать свои беды и трудности, объединившись, способна создать внутри самой себя реабилитационную программу для попавших в беду сына или дочери.

Ваша семья способна стать автором такой программы. Однако вы для этого должны стать психотерапевтами. Вы должны увидеть как бы со стороны свои семейные проблемы. Вы должны осознать собственную созависимость, научиться правильно строить отношения внутри семьи.

Даже с помощью нашей книжки сделать это самим крайне трудно. Уж больно крепка в наших семьях надежда на то, что помощь придет со стороны, а самим членам семьи можно никак не менять стереотипов собственного поведения. Быть может, нам удастся убедить вас в том, что на сегодняшний день правильное поведение семьи — один из лучших способов помощи своему ребенку.

Семейная психотерапия — наука сложная. Для того чтобы создать внутри семьи реабилитационную программу, нужно обратиться в один из

существующих центров семейной психотерапии, телефоны которых приведены в приложении.

### **Гипноз**

Гипноз может явиться лишь поддерживающей методикой той или иной реабилитационной программы. Он может углубить степень внушаемости бывшего наркомана. Проведение сеансов гипноза придаст больший авторитет словам врача. Гипноз с помощью техники так называемого гипноанализа облегчит понимание бессознательных особенностей личности пациента.

Современный гипноз способен работать и без полного погружения пациента в сон. То есть существуют техники «нового гипноза», типа метода Эриксона. Сознание пациента в этих ситуациях остается ясным, а внушение проводится с помощью так называемых трансовых состояний. Именно такие сложные техники эффективны в психотерапевтическом лечении наркозависимости.

### **РЕЗЮМЕ**

В проведенном исследовании предполагается выявить соотносительную роль наследственных и внешне средовых факторов риска развития героиновой наркомании и анашакурение.

Сравнительный анализ наследственной отягощенности тематических больных приведен в таблице № 1. У 47 больных (94,0%) не выявлена наследственная отягощенность. Наследственная отягощенность выявлялась у 3 больных (6,0 %), наркоманией. Наибольшее число составили лица с отягощенностью алкоголизмом по линии отца, алкоголизм по линии матери встречался значительно реже. В большей части случаев имела место заболеваемость наркоманией у родственников. Больных в группе наследственно- отягощенности оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 17,0 % и 85,0 %).

Выявлены неблагоприятные факторы, которые определяют быстроту формирования медицинских и социальных последствий наркоманий. В исследованиях определено значение наследственной предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ, социальных, в том числе влияния родительской семьи. Сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание негативно влияют на подростков, однако только некоторые из них в ситуации доступности психоактивных веществ становились наркоманами (60,0). Следующее одним из наиболее существенных факторов наркотизации являлся нарушения в эмоциональной сфере больного (24,0%). Наличие психических заболеваний в семьях больных наркоманией не может служить фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствовало популяционным показателям (16,0), что психопатия создает повышенный риск формирования наркомании. Мотивы употребления опиатов со временем могут меняться. Существенное значение для начала наркотизации отводится мотивационно - потребностной сфере личности. Патологическая мотивация, связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику.

Наиболее часто побудительным мотивам оказался познавательный, который встречался у 16 больных основной группе и 4 больных в контрольной группе (соотв:32,0 % и 20,0%). Вторым по значимости побудительным мотивам было самоутверждение, которое встречалось у 13 больных в основной группе и 6 больных в контрольной группе (соотв:26,0 % и 30,0%). Побудительным мотивам в качестве снятия психо динамического напряжения встречался у 11 больных в основной группе 5 больных в контрольной группе (соотв:22,0 % и 25,0%), а символическое участие, как побудительный мотив, было у 10 больных основной группе и 5 больных в контрольной группе (соотв:20,0 % и 25,0%). Статистических

значимых различие побудительных мотивов среди больных основной и контрольной группе обнаружено не было.

Преморбидные личностные особенности в формировании и развитии зависимости от психоактивных веществ по данным некоторых авторов встречаются в 86% случаев.

Преморбидный тип личности обуславливается ее базисный черты, тип характера до того момента, как возникло психическое расстройство. Такой тип описывается со слов больного или его близких при изложении анамнеза жизни. Оценка преморбидного типа крайне необходимо для диагностики, прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации различных психических расстройств, так как риск развития отдельных психопатологий неодинаков при разных типах.

Преморбидные особенности личности группы сравнения в основном характеризовались эмоционально-неустойчивым (22,0%) и гипертимическими (16,0%) чертами; эпилептоидные (16,0%) и истерические (14,%) радикалы были представлены в равных количествах.

Итак, преморбидные черты характера и особенности личности накладывали свой отпечаток на формирование личности наркомана, которые следует учитывать в реабилитационной работе с ними. Какие же преморбидные особенности влияли на процесс формирования наркомании как болезни?

1. Перинатальная патология нервной системы, то есть та патология, с которой человек родился или приобрел в ранние сроки после рождения (24,0%). Характерологические и личностные изменения: психопатические изменения личности с нарушением социальной адаптации (психопатия не рассматривается как психическое заболевание, а как расстройство характера или личности по граничного типа, или "дисгармония личности", выражающаяся неправильными, неадекватными реакциями и поступками, нарушениями поведения и адаптации в социальной среде при наличии сохранного интеллекта; причиной психопатии могут быть врожденные и

приобретенные поражения нервной системы и, особенно, дефекты воспитания); преморбидно акцентуированные изменения личности (60,0%).

Злоупотребление алкоголем до начала употребления наркотиков (24,0%).

В динамике опиной аддикции патоморфоз отражает неблагоприятные сдвиги, обусловленные отрицательным влиянием комплекса факторов - биологических, социокультуральных. Длительность начальной стадии от 2-3 до 6-8 месяцев.

Длительность наркотизации составляла от 1 года до 24 лет. У 34,0 % пациентов была от 1 до 5 лет, у 20,0% больных - от 6 до 15 лет. Длительность свыше 15 лет страдали 16,0 % пациентов, при этом у 13 (26,0%) больных она была от нескольких месяцев до года, Так, в основной группе пациентов с наркоманией в 4,0% возраст соответствует 21-24, а во контрольной группе – 5,0% соответствует 16-20 годам. Больных в группе 21-24 год оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 4,0 % и 30,0 %).

Наши результаты показали, что всех пациентов независимо от вида употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались и формировался своеобразный наркоманический дефект, который характеризовался повышенной возбудимостью, нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических (22,0%) или апатико-абулических депрессий (20,0%), аффективной лабильностью (28,0), преобладанием истеровозбудимых форм реагирования (26,0), психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечений, в том числе сексуальной расторможенностью.

Признаки морально – этические снижения были выявлены у 14 больных (28,0% пациентов, причем в группе, употреблявших препараты опия, у всех больных. Почти у всех наблюдался аффективные нарушения

(30,0). Постепенно, по мере наркотизации, развивалась психосоциальная деградация у 14 больных (24,0%). Социально-психическая деградация у 12 больных (24,0%) приводило к тому, что больные перестали работать, учиться. Интеллектуально - мнестические нарушения отмечены у обследованных, наиболее тяжелые преобладали у 9 больных (18,0%) опийной и полиморфной наркоманией, меньшей степени тяжести у лиц, злоупотреблявших героином.

Наши результаты показали, что заболевания дыхательной системы, как правило, чаще встречаются на фоне длительного употребления анаши (38,0%). Самыми распространенными патологиями у больных являлись гастрит (24,0%), гепатит (10,0%), и токсической кардиомиопатии (10,0) и другие (16,0%). Потребление наркотиков, особенно внутривенным путем, играет ведущую роль в эпидемическом распространении вирусного гепатита, ВИЧ-инфекции и СПИДа. Больных в группе токсической кардиомиопатии оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 12,0 % и 35,0 %).

Основные принципы терапии наркологических заболеваний заключаются в добровольности лечения, максимальной индивидуализации терапевтического процесса, комплексности и отказе от употребления психоактивных веществ. Тактика лечения абстинентного синдрома менялась на протяжении развития наркологии и развития понимания патогенеза синдрома отмены. Кроме того, тактика лечения всегда связана с социально-экономическими условиями и экономически сложившимися традициями в различных странах.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Спровоцировать интерес к наркотикам и токсическим веществам и желание поэкспериментировать с ними может также когнитивно-эмоциональный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании, возникающий при некомпетентной антинаркотической контрпропаганде - не учитывающей половозрастные особенности школьников и современные методы ведения первичной профилактической антинаркотической и антиалкогольной работы. А преморбидные особенности личности больных наркоманией остается недостаточно изученным.

Таким образом, совокупность отмеченных обстоятельств определяет актуальность темы и обуславливает необходимость дальнейшего изучения этой проблемы.

Целью исследования было изучить преморбидные особенности личности больных наркоманией и разработать стандарты профилактики и лечения наркомании у лиц группы риска.

Задачи исследования было 1. Изучить преморбидные особенности личности больных наркоманией и структуру заболевания. 2. Изучить социальное состояние больных наркоманией. 3. Изучить возрастные особенности больных наркоманией с различными типами преморбида.

4. Разработать стандарты профилактики и лечения наркомании у лиц группы риска.

Для решения поставленных задач нами было обследовано 70 больных наркоманией, состоящих на учете в областном наркологическом диспансере и лечившихся в психоневрологическом диспансере в период с 2011 по 2014 годы. Сведения собирались по разработанной нами карте, предусматривающей особенности социально – психологического статуса

обследованных больных наркомании. Всего обследовано 70 больных мужского пола.

В исследование были включены больные наркоманией, в возраст которых составлял на момент обследования от 20 до 59 лет. Из данных, приведенных в таблице №1, видно, что доминирующие возрастные диапазоны соответствуют обычному распределению больных с наркоманией. 48,0 % преобладали пациенты в возрасте 40 - 49 лет, в 30-39 лет 24,0% и 50-59 лет (11,0%).

Распределения тематических больных в зависимости от семейного положения приведено в таблице № 2 наглядно демонстрируют, что большая часть обследуемых больных (90,0%) состоит в браке. Что касается неженатых (2 больных 4,0 %). По семейному положению 3 больных (6,0%) находились в разводе или вступили в повторный брак, основной группе и контрольной больных было приблизительно одинаковым. Неблагоприятные жизненные обстоятельства в определенном сочетании с другими факторами риска также могут привести к наркоманию. Семейный анализ показал относительно низкий социальный статус семей больных героиновой наркоманией. Наши результаты показали, что большинство больных с наркоманией жили в средних условиях жизни (15 больных, 30,0%), у 13 больных (26,0%) уровень жизни был удовлетворительным, хорошее состояние отмечался у 12 больных (24,0%). Самый низкий показатель отмечались у больных (8,0%) с плохим уровнем жизни.

Больные с наркоманией жили в семье и имели одного (4,0%), двух (28,0%) и более трех (40,0%) детей. Больных в группе имевших одного ребенка оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 4,0 % и 40,0 %).

Как видно, по нашим результатам среди тематических больных по профессиональной принадлежности, у 70% (35 больных) было средне - специальное образование. Межгрупповые различия по уровню

образования оказались статически достоверны только относительно незаконченного среднего образования (15 больных 30,0 %).

Наши данные по профессиональной принадлежности, больные с наркоманией свидетельствуют о том, что уровень трудовой адаптации был достаточно высоким. Так, большая часть оказалась неработающих больных с наркоманией, их число также увеличивалось во всех группах (27 больных 56,0%). Аналогичная, но более выраженная закономерность оказалась у больных, занимающихся неквалифицированным физическим трудом (23 больных 46,0%).

С героиновой наркоманией было 29 больных в основной группе (58,0 %) и 13 больных в контрольной группе (65,0 %).

Распределения тематических больных в зависимости от вида наркомании приведено в таблице № 7. Из общего числа обследованных 29 больных (58,0 %) употребляли героин внутривенно, По полученным результатам, анашакурение встречался у 12,0% больных, а полинаркомания 18,0%. В настоящее исследование были включены больные, страдающие опиоидной наркоманией, осложненной алкоголизмом или имеющие в анамнезе злоупотребление алкоголем. К этому моменту опиоидный абстинентный синдром был уже сформирован. Опиоидная наркомания, возникшая на фоне алкоголизма, отличался более ускоренной клинической динамикой и тенденцией к более короткому и интенсивному течению. Психопатологические характеристики патологического влечения к интоксикации демонстрировал максимальную выраженность.

С анашакурением среди тематических больных оказалось 12 больных в основной группе (24,0 %) и 4 больных в контрольной группе (20,0 %).

В работе использовались клинико – психопатологический, клинико – катамнестический, экспериментально – психологический и статистический методы исследования.

В соответствии с задачами исследования для регистрации полученных данных была разработана карта обследования «Индивидуальная карта клиничко – психопатологического исследования наркологического больного» ананимники (Аграновский.М.Л, Усманова.М.Б, 2003). Карта включала в себе сведения о наследственной отягощенности, преморбидные особенности, раннем развитии, перенесенных заболеваниях, особенностях формирования эмоциональной сферы, степени выраженности личностных девиаций, внутрисемейных взаимоотношениях, физическом состоянии, оценку психопатологической симптоматики, патологического влечения на различных этапах заболевания, проводимой психофармокотерапии.

В проведенном исследовании предполагается выявить соотносительную роль наследственных и внешне средовых факторов риска развития героиновой наркомании и анашакурение.

Сравнительный анализ наследственной отягощенности тематических больных приведен в таблице № 1. У 47 больных (94,0%) не выявлена наследственная отягощенность. Наследственная отягощенность выявлялась у 3 больных (6,0 %), наркоманией. Наибольшее число составили лица с отягощенностью алкоголизмом по линии отца, алкоголизм по линии матери встречался значительно реже. В большей части случаев имела место заболеваемость наркомании у родственников. Больных в группе наследственно- отягощенности оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 17,0 % и 85,0 %).

Выявлены неблагоприятные факторы, которые определяют быстроту формирования медицинских и социальных последствий наркоманий. В исследованиях определено значение наследственной предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ, социальных, в том числе влияния родительской семьи. Сложные жизненные обстоятельства, неправильное семейное воспитание негативно влияют на подростков, однако только некоторые из них в ситуации доступности психоактивных веществ становились наркоманами (60,0). Следующее одним из наиболее

существенных факторов наркотизации являлся нарушения в эмоциональной сфере больного (24,0%). Наличие психических заболеваний в семьях больных наркоманией не может служить фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствовало популяционным показателям (16,0), что психопатия создает повышенный риск формирования наркомании. Мотивы употребления опиатов со временем могут меняться. Существенное значение для начала наркотизации отводится мотивационно - потребностной сфере личности. Патологическая мотивация, связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику.

Наиболее часто побудительным мотивам оказался познавательный, который встречался у 16 больных основной группе и 4 больных в контрольной группе (соотв:32,0 % и 20,0%). Вторым по значимости побудительным мотивам было самоутверждение, которое встречалось у 13 больных в основной группе и 6 больных в контрольной группе (соотв:26,0 % и 30,0%). Побудительным мотивам в качестве снятия психодинамического напряжения встречался у 11 больных в основной группе 5 больных в контрольной группе (соотв:22,0 % и 25,0%), а символическое участие, как побудительный мотив, было у 10 больных основной группе и 5 больных в контрольной группе (соотв:20,0 % и 25,0%). Статистических значимых различие побудительных мотивов среди больных основной и контрольной группе обнаружено не было.

Преморбидные личностные особенности в формировании и развитии зависимости от психоактивных веществ по данным некоторых авторов встречаются в 86% случаев.

Преморбидный тип личности обуславливается ее базисный черты, тип характера до того момента, как возникло психическое расстройство. Такой тип описывается со слов больного или его близких при изложении

анамнеза жизни. Оценка преморбидного типа крайне необходимо для диагностики, прогноза и выбора методов психотерапии и реабилитации различных психических расстройств, так как риск развития отдельных психопатологий неодинаков при разных типах.

Преморбидные особенности личности группы сравнения в основном характеризовались эмоционально-неустойчивым (22,0%) и гипертимическими (16,0%) чертами; эпилептоидные (16,0%) и истерические (14,%) радикалы были представлены в равных количествах.

Итак, преморбидные черты характера и особенности личности накладывали свой отпечаток на формирование личности наркомана, которые следует учитывать в реабилитационной работе с ними. Какие же преморбидные особенности влияли на процесс формирования наркомании как болезни?

1. Перинатальная патология нервной системы, то есть та патология, с которой человек родился или приобрел в ранние сроки после рождения (24,0%). Характерологические и личностные изменения: психопатические изменения личности с нарушением социальной адаптации (психопатия не рассматривается как психическое заболевание, а как расстройство характера или личности по граничного типа, или "дисгармония личности", выражающаяся неправильными, неадекватными реакциями и поступками, нарушениями поведения и адаптации в социальной среде при наличии сохранного интеллекта; причиной психопатии могут быть врожденные и приобретенные поражения нервной системы и, особенно, дефекты воспитания); преморбидно акцентуированные изменения личности (60,0%).

Злоупотребление алкоголем до начала употребления наркотиков (24,0%).

В динамике опиной аддикции патоморфоз отражает неблагоприятные сдвиги, обусловленные отрицательным влиянием комплекса факторов - биологических, социокультуральных. Длительность начальной стадии от 2-3 до 6-8 месяцев.

Длительность наркотизации составляла от 1 года до 24 лет. У 34,0 % пациентов была от 1 до 5 лет, у 20,0% больных - от 6 до 15 лет. Длительность свыше 15 лет страдали 16,0 % пациентов, при этом у 13 (26,0%) больных она была от нескольких месяцев до года, Так, в основной группе пациентов с наркоманией в 4,0% возраст соответствует 21-24, а во контрольной группе – 5,0% соответствует 16-20 годам. Больных в группе 21-24 год оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 4,0 % и 30,0 %).

Наши результаты показали, что всех пациентов независимо от вида употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались и формировался своеобразный наркоманический дефект, который характеризовался повышенной возбудимостью, нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических (22,0%) или апатико-абулических депрессий (20,0%), аффективной лабильностью (28,0), преобладанием истеро-возбудимых форм реагирования (26,0), психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечений, в том числе сексуальной расторможенностью.

Признаки морально – этические снижения были выявлены у 14 больных (28,0% пациентов, причем в группе, употреблявших препараты опия, у всех больных. Почти у всех наблюдался аффективные нарушения (30,0). Постепенно, по мере наркотизации, развивался психосоциальная деградация у 14 больных (24,0%). Социально-психическая деградация у 12 больных (24,0%) приводило к тому, что больные перестали работать, учиться. Интеллектуально - мнестические нарушения отмечены у обследованных, наиболее тяжелые преобладали у 9 больных (18,0%) опийной и полиморфной наркоманией, меньшей степени тяжести у лиц, злоупотреблявших героином.

Наши результаты показали, что заболевания дыхательной системы, как правило, чаще встречаются на фоне длительного употребления анаши (38,0%). Самыми распространенными патологиями у больных являлись гастрит (24,0%), гепатит (10,0%), и токсической кардиомиопатии (10,0) и другие (16,0%). Потребление наркотиков, особенно внутривенным путем, играет ведущую роль в эпидемическом распространении вирусного гепатита, ВИЧ-инфекции и СПИДа. Больных в группе токсической кардиомиопатии оказалось достоверно больше в контрольной группе (соотв: 12,0 % и 35,0 %).

Основные принципы терапии наркологических заболеваний заключаются в добровольности лечения, максимальной индивидуализации терапевтического процесса, комплексности и отказе от употребления психоактивных веществ. Тактика лечения абстинентного синдрома менялась на протяжении развития наркологии и развития понимания патогенеза синдрома отмены. Кроме того, тактика лечения всегда связана с социально-экономическими условиями и экономически сложившимися традициями в различных странах.

## ВЫВОДЫ

- Наркомания значительно чаще развивается у больных, имеющих наследственную отягощенность алкоголизмом среди родственников 1 степени родства, особенно если страдают отец
- У больных наркомании наблюдаются своеобразные черты характера в преморбиде: наиболее часто отмечались, эмоционально лабильность (22,0%), эпилептоидный (16,0%), гипертимический (16,0%), истероидный (14,0%),
- Отсутствие наследственной отягощенности и патологических черт характера в преморбиде являются благоприятным прогностическим критерием, в то время как наследственная отягощенность и наличие патологических черт характера в преморбиде коррелировали с неблагоприятным течением заболевания – более раннего возраста наркомании.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- Больным наркомании необходимо рекомендовать проведение медикогенетического консультирования с целью выявления наследственной отягощенности в семьях.
- В комплекс лечебно-профилактических мероприятий больным наркомании необходимо включать психотерапию, а именно психокоррекцию, для сглаживания патологических черт характера в преморбиде.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Аграновский М,Л., Аграновский В.М. Психотерапия алкоголизма. Андижон. 2007, 43-50 с.
2. Аграновский М,Л., Аграновский В.М., Газиева З.А. Алкоголизм и алкогольные психозы, наркомании. Андижон 2007, 64 с.
3. Аналитический обзор: Наркоситуация в Северо-западном федеральном округе РФ. СЗО ВНИИ МВД России. СПб., 2002,- 54с.
4. Ананьева Г. Семья: химическая зависимость и созависимость. Работа с созависимостью / Г.Ананьева // Методические материалы к семинару «Семья и профилактика наркомании Казань: Отечество, 2000. - 32с.
5. Анохина И.П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами. //Ж. Психиатрия и психофармакотерапия. 2001 - № 3 -Т. 3 - с. 2 - 14.
6. Брюн Е.А., Гехт А.Б., Полунина А.Г. и др. Нейропсихологический дефицит при хронической наркотизации героином // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. № 6. - С. 10-29.
7. Винникова М.А. Клинико-динамические критерии патологического влечения к наркотику. // Ж. Вопросы наркологии.2001.-№2-с. 20-27.
8. Винникова М.А., Небаракова Т.П., Агибалова Т.Е., Хотовицкий А.В. Применение коаксила при лечении больных героиновой наркоманией. // Ж. Вопросы наркологии. 2000. - №2 - с. 22 - 27.
9. Вырупаев К.В. Особенности иммунитета и гемостаза у больных опийной наркоманией. Автореферат, Чита, 2000, с. 18
- 10.Гофман А.Г. Клиническая наркология. М., Миклош. 2003, С. 215

11. Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Болт В.В., Мильчакова В.А., Мильчакова Е.А., Мизерас С.В. Характеристика героиновых наркоманов, обратившихся за анонимной медицинской помощью // Вестник психотерапии. -2001. -№.13. С.67-78
12. Григорьев Г.И. Батюшка (протоиерей Василий Лесняк) // Исцеление словом. СПб., 2002. Вып. V. - С.103-159.
13. Завьялов И.Е. Сравнительная характеристика клинической динамики опишной наркомании при традиционных и нейрохирургических методах терапии. Автореферат, Томск, 2000, с 25
14. Зенков Л.Р. Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии). М., МЕДпресс-информ, 2002, С. 368
15. Иванец Н.Н. (ред.) Руководство по наркологии в 2 Т. М.: Медпрактика-М, - 2002, Т. 1 - 444 с., Т. 2 - 504 с.
16. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Стрелец Н.В., Уткин С.И., Григорьева Е.Ю. Опыт применения атипичного нейролептика эглонила у больных героиновой наркоманией. II Ж. Вопросы наркологии. 2001. - №1 - с. 29 - 22.
17. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). М., 2001, Медпрактика-М, С. 128
18. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Львова О.Ф. О работе диссертационного совета при ННЦ Наркологии МЗ РФ в 2002 году / Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, О.Ф.Львова // Вопр.наркол. 2003. - №1. - С.5-7.
19. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) / Н.Н.Иванец, М.А.Винникова. М.: Медпрактика, 2000. - 122с.
20. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П.Ильин. СПб.: Речь, 2000. - С.249-250.

21. Кошкина Е.А. Распространенность наркологических заболеваний в Российской Федерации в 2000 г. по данным официальной статистики. // Ж. Вопросы наркологии. -2001. №3-с. 61 -67
22. Крупиницкий Е.М., Буракова А.М., Романова Т.М, Востриков В.В., Диденко Т.Ю., Гриненко Н.И, Славина Т.Ю., Гриненко А.Я. анкета для синдрома ангедонии у детоксифицированных больных опийной наркоманией. // Ж. Вопросы наркологии. -- 2000. №4 - с. 43-46.
23. Кулаков С.А. // Мир медицины. 2000. -№3-4. - С. 14-15.
24. Максимова Н.Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних. Ростов-на-Дону, 2000. 383 с.
25. Менделевич В.Д. Клиническая психология / В.Д.Менделевич. М.: МЕДпресс, 2000. - 592с.
26. Менделевич В.Д. Наркозависимый и общество: проблемы стигматизации и реабилитации / В.Д.Менделевич // Наркозависимость: профилактика, лечение, реабилитация: сб. науч. ст. Казань, 2000. — С.23-32.
27. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения. М.: МЕДпресс, 2001.-328с.
28. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности, или Подросток в окружении соблазнов / В.Д.Менделевич, Р.Г.Садыкова. -Казань, РЦПНН при КМРТ; Й.: Марев, 2002. 240с.
29. Мизерас С.В. Динамика психофизиологических показателей у больных героиновой наркоманией после сеанса эмоционально-эстетической стрессовой психотерапии // Вестник психотерапии. 2001. - №.13. - С.91-96.
30. Михайлова В.Н. Особенности клиники алкоголизма у лиц перенесших закрытую черепно-мозговую травму. // Автореферат дисс. к.м.н. Владивосток, 2000, 23 с.
31. Москаленко В. Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления / В.Д.Москаленко. М., 2000. - С.23-65

- 32.Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих героиновой наркоманией. // Ж. Вопросы наркологии. 2000. - №2 -с. 33 - 38.
- 33.Неврологические нарушения у больных героиновой наркоманией при острой абстиненции и в остром постабстинентном периоде. //Ж. Неврология и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2002, Т. 103, №2, с. 9-15.
- 34.Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков (Сообщение 3: позиция семьи) // Вопросы наркологии. -2000. -№.2. С.54-60.
- 35.Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков (Сообщение 4: тема наркомании в российских СМИ) // Вопросы наркологии. 2001. - №.2. - С.47-58.
- 36.Петрова Н.Н., Калишевич С.Ю., Трусова А.Н., Гриненко А .Я. Наркомания как форма психической адаптации // Психофармакология и биологическая наркология. 2002. № 3/4. - С.355-359.
- 37.Предупреждение подростковой и юношеской наркомании / ред. С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.Б.Орешникова. М.: Изд-во института психиатрии, 2000. - С.37-56.
- 38.Ревин В.П., Сбируков П.Т., Целинский Б.П. Обострение наркоситуации в России // Транснациональный наркобизнес: новая глобальная угроза. Ин-т Латинской Америки РАН. М.: Рос. полит, энциклопедия, 2002. -С.185-212.
- 39.Ровенская О.А. Клиника и терапия героиновой наркомании у больных алкоголизмом //Дисс. к.м.н. Москва, 2000, 135 с.

- 40.Рохлина М.П., Мохначев С.В., Особенности формирования и течения героиновой наркомании у женщин. // Ж. Вопросы наркологии. 2001 - №3 - с. 16 - 26.
- 41.Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М: Анахарсис, 2001. - 208 с.
- 42.Рохлина М.Л., Мохначева С.О. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у женщин // Вопросы наркологии. 2001. № 3. -С.16-25.
- 43.Рохлина М.П., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М.: «Анахарсис», 2001 - 2081. С.
- 44.Рохлина М.П., Козлов А.А. Психоорганический синдром у больных наркоманиями. //Ж. Вопросы наркологии. -2000., №3, - С. 29 - 35.
- 45.Рыбников В.Ю. Психологическое прогнозирование надежности деятельности специалистов экстремального профиля. Дисс. . докт. психол. наук. - СПб., 2001.- 427 с.
- 46.Рыбников В.Ю., Григорьев Г.И., Мизерас С.В. Механизмы психофизиологического воздействия эмоционально-эстетической психотерапии (экспериментальное исследование) // Вестник психотерапии. 2000. - №7(12). -С.59-73.
- 47.Семке В.А. Клинические особенности ремиссий и рецидивов у больных с алкоголизмом с коморбидным травматическим поражением головного мозга. Дисс. д.м.н., Томск, 2000 с. -160
- 48.Сиволап Ю.П. Лечение расстройств сна у больных опийной наркоманией.// Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2002, Т. 102, №8, с. 18-21
- 49.Сиволап Ю.П. Непсихотические психические расстройства у больных опийной наркоманией // Журн. невропатологии и психиатрии им С.С. Корсакова. Т. 102. - 2002 - № 1. - С.26-29.
- 50.Сирота Н.А., Цетлин М.Г., Ялтонский В.М., Зыков О.В., Пелипас В.Е. Основные направления работы в сфере первичной

- профилактики злоупотребления психоактивными веществами в Российской Федерации // Вопросы наркологии. 2001. - № 1, - С.71 - 76.
- 51.Скворцова Е.С., Карлсен Н.Г., Уткин В.А. Тенденция потребления психоактивных веществ подростками-школьниками г. Ставрополя в 90-е годы // Вопросы наркологии. 2000. № 4. - С.70-78.
- 52.Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения / Е.О.Смирнова, М.В.Быков // Вопр.психол. 2000. - №3. - С.3-14.
- 53.Смолова В.П. Динамика клинических особенностей больных опиатной наркоманией на основании хэнд-теста. // Мат. науч. конф. «Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». СПб., 2000.
- 54.Терапевтический каннабис: Время снять запрет. Обращение к Правительству и Федеральному собранию Российской Федерации, распространяемое Транснациональной Радикальной партией // Независимый психиатрический журнал. 2002. Т.Ш. - С.47-48.
- 55.Транснациональный наркобизнес: новая глобальная угроза. Ин-т Латинской Америки РАН. М.: Рос. полит, энциклопедия. 2002. - 264 с.
- 56.Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Роберте Д.Х., Хайман С.Е. (ред.). Наркология: Пер. с англ. 2-е изд., испр.- М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» - «Невский Диалект», 2000. - 320 с
- 57.Худяков А.В. //Клинико-социальные аспекты формирования и профилактики зависимости от психоактивных веществ у подростков, <http://www.rusmedserv.com/psvchsex/teens/clinsoc.htm>. 2002, с. 32
- 58.Шабанов П.Д. Наркология (практическое руководство дляврачей). М., Геотармед., 2003, С. 260

- 59.Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг. СПб.: Изд-во Лань, 2000. - 368с.
- 60.Шорохова О.А. Жизненные ловушки зависимости и созависимости / О.А.Шорохова. СПб.: Речь, 2002. - 136с.
- 61.Adelekan M , Green A et al Reliability and validity of Opiate Treatment Index among a sample of opioid users in the United Kingdom // Drug and Alcohol Review 1996, v 15, N 3, p 261-270
- 62.Adelekan M , Metrebian N Who should collect Opiate Treatment Index data in opiate treatment outcome monitoring clinic staff or researchers // Drug and Alcohol Review 1996, v 15, N 1, p 65-71
- 63.Annual report on the state of drugs problem in the European Union. (E.M.C.D.D.A.). Luxembourg, 2000.
- 64.Aziz S., Shah A.A. Home Environment and Peer Relations Of Addicted and Nonaddicted University Students // J. Psychol., 1995 (May). № 129 (3). P.277-284.
- 65.Bach P.B., Lantos J. Methadone dosing, heroin affordability, and the severity of addiction // Am. J. Public Health. 1999. - Vol. 89. - P.662-665.
- 66.Caulkins J.P. Drug prices and emergency department mentions for cocaine and heroin // Am. J. Public Health. 2001. - Vol. 91. - P. 1446-1448.
- 67.Coleman S.B., Kaplan J.P., Downing R.W., Hanlon T.E., O'Crady K.E., McCarren M. // J. Drug. Alcohol Abuse. 1998. - Vol.24. - №1. - P.37-59.
- 68.Des Jarlais D.C. Prospects for a public health perspective on psychoactive drug use // Am. J. Public Health. 2000. - Vol. 90. - P.335-337.
- 69.Fleming P., Bradbeer T., Green A. Substance misuse problems in Russia: A perspective from St Petersburg // Psychiatr. Bull. 2001. - Vol. 25. - P.27-28.

70. Golub A., Johnson B.D. Variation in youthful risks of progression from alcohol and tobacco to marijuana and to hard drugs across generations // Am. J. Public Health. 2001. - Vol. 91. - P.225-232.
71. Hagan H. Public health and changes in illicit drug prices // Am. J. Public Health. 2001. - Vol. 91. - P.1350.
72. Hall W D How can we reduce heroin «overdose» death//Med J Aust,1996, Feb 19, 164 N4, p 197-198
73. Hibbel B., Andersson B., Kokkevi A., Morgan M., Narusk A. The 1995 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries. Stockholm, 1997.
74. Jonnes J. The rise of the modern addict // Am. J. Public Health. 1995. - Vol. 85. - P.1 157-1162.
75. Kendell R.B. Drug Use and Prisons: An International Perspective // J. Psychiatry. 2001. - Vol. 178. - P.285a-286a
76. Milby J B Psychiatric comorbidity prevalence in methadonemaintenance treatment /Am J Drug Ale Abuse 1996, Feb 22,(1), p 95107
77. Newcomb H D Identifying high-risk youth prevalence and patterns of adolescent drug abuse //NIDA Res Monogr, 1995, N 156,p 7-38
78. Nurco P.N., Kinlock T.W., O'Crady K.E., Hanlon T.E. // .Drug. Alcohol Abuse. 1998. - Vol.51. - №3. - P.229-237.
79. Parker R.N., Auerhahn K. Alcohol, drugs, and violence // Annu. Rev. Sociol. 1998. - Vol. 24. - P.291-311.
80. Price R.K., Risk N.K., Spitznagel E.L. Remission from drug abuse over a 25-year period: patterns of remission and treatment use // Am. J. Public Health. -2001. Vol. 91. - P.1 107-1113.
81. Ross J , Dark S , Hall W Benzodiazepine use amone heroin users in Sydney patterns of use, availability and procurement //Drug and alcohol Review 1996, v 15,N 3,p 237-243
82. Roth A , Hogan I, Farren C K Cohesive group therapy and naltrexone for opiate abusing health professionals //J Subst Abuse Treat 1996, in review

83. Rowland LP. Merritt's textbook of neurology. 9th ed.: Williams and Wilkins 1995; 418-423, 437-438.
84. Rutherford M J , McKay J R et al The relationship of object Relations and Reality Testing Deficits to Outcome Status of Methadone Maintenance Patients // Compr Psychiatry 1996, v37, N 5, p 347-354
85. Scafe V., Conner M. Health risk perception and ecstasy use // Proc. Brit. Psychol. Soc. 1997. - V.5. - №1. - P. 40.
86. Singer M., Stopka T., Siano C. et al. The social geography of AIDS and hepatitis risk: qualitative approaches for assessing local differences in sterile-syringe access among injection drug users // Am. J. Public Health. 2000. - Vol. 90. - P.1049-1056.
87. Strang J , Sheridan J Heroin prescribing in the "British system" of the mid 1990s data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales // Drug and Alcohol Review 1997, v 16, N 1, p 7-16
88. The HIV epidemic in Central and Eastern Europe: update 2000. UNAIDS report, 2000.
89. Titter F., Nave D., Lukowski Th. Zum klinischen Verlauf und theorie des Opiatenzündungs // Suhtmedizin 2000 N 2(4), s 199-207
90. Wenzel K Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol & drug use // J Nerv Ment Diseases , 1996, Apr, V184, N4, p220-227