

**КУСАИНОВ А.А.**

**НЕГАТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ  
СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ  
НАРКОМАНИИ**

**Павлодар 2011**

**ББК  
К**

**Кусаинов А.А.**  
**Негативные психопатологические синдромы в клинике героиновой наркомании.** – Павлодар, 2011. – 113 с.

ISBN 9965 – – –

**Рецензенты:**

Доктор медицинских наук А.С. Субханбердина  
Доктор медицинских наук М.А. Асимов

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол от "17" марта 2011 года № 3).

ISBN 9965 – – –

© РГКП “Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании”  
Республика Казахстан, Павлодар, 2011

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	6
1 КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМОЛОГИИ НАРКОМАНИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	8
1.1 Современная ситуация со злоупотреблением наркотиков... ..	8
1.1.1 Социальные предпосылки возникновения наркозависимости.....	9
1.1.2 Биологические предпосылки возникновения наркозависимости.....	12
1.1.3 Психологические и психопатологические предпосылки возникновения наркозависимости.....	14
1.2 Основные аспекты понятия «негативный синдром» в клинической синдромологии.....	21
1.2.1 Синдромология наркомании .....	24
1.2.1.1 Аффективные расстройства у больных наркоманией.....	28
1.2.1.2 Интеллектуально-мнестические нарушения у больных наркоманией.....	31
1.2.1.3 Волевые нарушения при опийной наркомании у больных наркоманией.....	34
1.3 Резюме.....	36
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	38
2.1 Характеристика материала исследования.....	38
2.1.1 Общая характеристика группы исследования.....	39
2.1.2 «Базисная карта стационарного больного» .....	44
2.1.3 Стандартные формы истории болезни.....	45
2.1.4 Сборник рандомизированных и валидных тестов .....	46
2.2 Методы исследования.....	47
2.2.1 Общая методология сбора информации.....	47
2.2.2 Методы лечения.....	50
2.2.3 Клинико-психопатологический метод.....	51
2.2.4 Экспериментально-психологический метод.....	51
2.2.5 Статистический метод.....	54
3 НЕГАТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ.....	55
3.1 Негативные расстройства астенического регистра у больных героиновой наркоманией.....	55

3.2 Негативные расстройства аффективно-волевой сферы у больных героиновой наркоманией.....	57
3.3 Негативные расстройства интеллектуально-мнестической сферы у больных героиновой наркоманией.....	67
3.4 Динамика негативных расстройств у больных героиновой наркоманией.....	72
3.4.1 Динамика астенических расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, через 6 месяцев после выписки .....	72
3.4.2 Динамика аффективно-волевых расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, через 6 месяцев после выписки.....	74
3.4.3 Динамика интеллектуально-мнестических расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, через 6 месяцев после выписки, находящихся в воздержании .....	81
3.5 Клинические наблюдения.....	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	101
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	103

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ПАВ	– психоактивные вещества
МКБ-10	– Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ВИЧ	– Вирус иммунодефицита человека
ЛФК	– Лечебная физкультура
ЦНС	– Центральная нервная система
МРТ	– Магниторезонансная томография
РНПЦ МСПН	– Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании
RW	– Реакция Вассермана
АЛТ	– Аланинаминотрансфераза
АСТ	– Аспаргатаминотрансфераза
ЭЭГ	– Электроэнцефалография
РЭГ	– Реоэнцефалография
ЭхоЭГ	– Эхоэнцефалография
ЭКГ	– Электрокардиография
УЗДГ	– Ультразвуковая доплерография
MFI-20	– Субъективная шкала оценки астении
MMSE	– Краткая шкала оценки психического статуса
ПВН	– Патологическое влечение к наркотику

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность исследования**

Масштабы незаконного распространения наркотиков и их немедицинского употребления в Республике Казахстан (РК) неуклонно расширяются и к настоящему времени достигли уровня, представляющего реальную угрозу национальной безопасности и здоровью населения [1]. При этом наиболее распространенным видом употребления ПАВ по настоящее время остается героиновая наркомания.

Рассматривая героиновую наркоманию, как совокупность психопатологических синдромов, следует отметить, что помимо позитивных расстройств, в единстве с ними существуют и негативные симптомы - явления выпадения, дефекта психических функций, что позволяет нам судить о характере и тяжести психических нарушений. При этом до конца не понятна природа данных расстройств, то есть либо они входят в структуру преморбида наркозависимых, либо являются результатом хронической интоксикации.

Многие из исследователей занимавшиеся изучением наркомании, описывали различные личностные нарушения у больных героиновой наркоманией. При этом одни авторы [2, 3, 4] указывают, что личность наркомана изменяется под влиянием ряда социальных факторов. Другие исследователи подчеркивают токсическое влияние наркотика [5, 6]. А.А. Козлов, М.Л. Рохлина [7] описали так называемый «наркоманический» дефект (для всех лиц независимо от вида употребляемого наркотика), который характеризуется нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических или апатико-абулических депрессии, аффективной лабильности, преобладанием истероэмоциональных форм реагирования, психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечения, в том числе сексуальной расторможенностью. Помимо этого, отмечалось морально-этическое снижение и интеллектуально-мнестические расстройства, которые имели транзиторный характер.

Некоторые исследователи [8] указывают на значительные интеллектуально-мнестические расстройства у больных опийной (в том числе – героиновой) наркоманией на фоне психопатизации личности. Так, J.E. Staehelen [9], Г.Я. Лукачер с соавт. [10], А.М. Селедцов [11], Н.Г. Найденова, А.Ф. Радченко, Н.Б. Власова [12] высказывали мнение о наличии органического поражения центральной нервной системы у больных опийной наркоманией. Другие исследователи [13] напротив,

отмечали отсутствие выраженной органической патологии у больных опийной наркоманией.

Учитывая вышесказанное и в связи с отсутствием единого мнения относительно формирования у больных героиновой наркоманией негативных изменений, крайне важным представляется выявление и описание негативных психопатологических синдромов, в клинике героиновой наркомании, типологизация и систематизация негативных патопсихологических синдромов в зависимости от затрагиваемых ими сфер психической деятельности, а также оценка скорости формирования и темпов динамики негативных психопатологических синдромов в процессе лечения и воздержания от употребления наркотиков.

Работа выполнена в рамках НТП «Комплексные исследования в сфере разработки и реализации механизмов противодействия распространению наркозависимости в РК (профилактический, клинический, организационно-методический аспекты)», шифр программы О.0452, этап 02.11 «Изучение негативных (дефицитарных) психопатологических синдромов в клинике опийной наркомании и методы их коррекции».

#### **Основная цель исследования:**

Выявление и типологизация негативных симптомокомплексов в клинике героиновой наркомании, и оценка динамики их формирования и развития.

#### **Задачи исследования:**

- 1) Описание негативных психопатологических симптомокомплексов у пациентов с зависимостью от героина с различным стажем заболевания.
- 2) Выявление и типологизация негативного симптомокомплекса у пациентов с героиновой наркоманией.
- 3) Оценка скорости формирования и темпов динамики негативных расстройств в процессе лечения и воздержания от употребления героина.

## РАЗДЕЛ I

### КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМОЛОГИИ НАРКОМАНИИ (обзор литературы)

#### 1.1 Современная ситуация со злоупотреблением наркотиков

Проблема наркомании в последние годы, достигнув глобальных масштабов, обрела многогранный характер, включая экономический, медицинский, социальный, правовой, а также воспитательный аспекты [14, 15]. Не смотря на регистрируемые незначительные снижения заболеваемости лиц, страдающих опийной зависимостью, в 2007 году по сравнению с 2006 годом (с 37,1 до 35,6 на 100 000 населения) данная форма наркомании остается одной из самых распространенных вариантов зависимости в Республике Казахстан [16].

По мнению С.П. Елшанского, «масштабы вовлеченности молодежи в наркопотребление настолько велики, что потребление психоактивных веществ (ПАВ) становятся национальным бедствием» [17]. Социальные последствия от потребления наркотика трудно исчислимы, так как преимущественно затрагивают лиц молодого, то есть лиц наиболее трудоспособного возраста среди населения.

Следует учитывать и тот факт, что для потребления наркотиков необходимы значительные материальные средства ежедневно, которые наркозависимые лица добывают зачастую криминальным путем, а большинство совершаемых преступлений, в том числе и ДТП, совершаются в состоянии наркотического опьянения. Среди лиц, страдающих наркотической зависимостью, наряду с высокой смертностью, широко распространены заболевания, в основе которых лежит наркомания, такие как: ВИЧ, хронические вирусные гепатиты и так далее, лечение которых осуществляется за счет государства. Помимо этого, на сегодняшний момент лечение самой наркотической зависимости осуществляется преимущественно за счет бюджетных средств (примерно 187000 тенге в условиях Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании), и лишь 22% от всего количества пролеченных пациентов находится в ремиссии.

И.Н. Пятницкой [18] было указано, что на сегодня: «Наркология приобрела социальный смысл, как немногие медицинские дисциплины. Борьба с наркоманиями в системе здравоохранения необходимым своим условием имеет знание обстоятельств развития привыкания к наркотикам, признаков болезни, способов надежной диагностики и



лечения. Знание – это фундамент, на котором можно построить надежную систему профилактики наркомании».

На сегодняшний день нет четкого понимания причин возникновения наркомании. Многие исследователи, занимавшиеся данной проблемой, расходятся во мнениях. Некоторые считают, что химическая интоксикация не всегда приводит к наркомании. Многие люди, которые хронически злоупотребляют снотворными средствами, могут в любой момент уменьшить дозу или даже совсем отказаться от них. Нисколько не страдая «неодолимым влечением» и без симптомов абстиненции: у них нет тех врожденных или приобретенных свойств характера, которые предрасполагают наркомании». По их мнению, к наркотизму того или иного вида склоны лица с преморбидными личностными особенностями, сходные с личностными дефектами, развивающимися в результате конкретного вида наркотизма. Не является препятствием для возникновения наркомании и шизофрения. Ни один из выдвигавшихся в литературе факторов (эйфория, психопатия, особая конституция) не является постоянным, обязательным для развития наркомании и, следовательно, не может считаться этиологическим. В некоторых случаях эти факторы провоцируют повторные приемы наркотика, тем самым в какой-то мере способствуя формированию наркомании. Н.Х. Бикмаатова [19] выявила, что медико-социальные последствия наркомании наиболее выражены у больных, начавших употребление наркотиков, исходя в основном из гедонистических наклонностей.

Среди предрасполагающих к наркоманиям факторов М. Windle с соавт., С. Muntaner, D. Walter с соавт., S. Aziz, A.A. Shah [20, 21, 22] отметили девиантное поведение, антисоциальные установки, криминальность.

В.И. Rounsaville с соавторами [23] отмечают, что в 26,5% случаев наркомании выявляется «антисоциальная направленность личности».

В настоящее время существуют три направления, объясняющих предпосылки возникновения наркотической зависимости, два из которых, - социологическое и биологическое известны уже давно, третье же - психопатологическое со своими суждениями о девиантном поведении развивается с начала 20 века.

#### 1.1.1 Социальные предпосылки возникновения наркозависимости

Социальное влияние на каждого индивида, опосредованное через моральные нормы, религиозные воззрения, навыки культуры и традиции, достаточно высоко и наглядно [24].

В рамках социологических концепций проблема наркозависимости рассматривается с позиций взаимодействия индивида с обществом,

носящего дисфункциональный характер. К социальным моментам, предрасполагающим к развитию наркомании, относятся: уровень распространенности наркотизма в обществе, мода, способ времяпровождения в компании, в которой наркомания является «стилем» или образом жизни, «наркоманическое поведение» либо «аддиктивное поведение», описанное А.Е. Личко [25]. Этой же точки зрения придерживался и Т.М. de Mogaes [26].

Аддиктивное поведение - это бессистемное употребление в больших дозах различных психоактивных веществ (в том числе алкоголя и табака) с целью изменить свое состояние, испытать неизвестные ощущения, освободиться от душевной пустоты, скуки. Описаны два варианта развития аддиктивного поведения [27]. При первом варианте, который обозначен как «поисковый наркотизм», характерным является единичные употребления различных психоактивных веществ при отсутствии какой-либо четкой мотивации приема, избирательности. Начало аддиктивного поведения – это этап первых проб, после которых может быть и отказ от употребления ПАВ в связи с вызванными интоксикацией неприятными ощущениями или страхом перед родителями, угрозами наказания и прочее, но чаще всего за первыми идут и повторные эпизоды употребления различных ПАВ. Индивид, стремясь испытать новые ощущения, пробует все новые виды наркотических веществ, однако впоследствии отдавая предпочтения какому-либо из наркотиков, то есть выбирает то вещество, которое дает максимально положительный эффект. Характерной чертой употребления наркотиков в аддиктивном поведении является то, что употребление наркотиков происходит в группе, что позволило вышеупомянутым авторам выделить так называемый феномен «групповой психической зависимости», то есть потребность в употреблении ПАВ возникает немедленно, как только собирается «своя» компания.

При втором варианте аддиктивного поведения подросток с самого начала злоупотребляет одним веществом, переходя от случайных проб к систематическому употреблению. Данный вариант является наиболее злокачественным, и практически всегда приводит к возникновению у подростка наркомании.

Также к одним из немаловажных факторов является роль микросоциума: референтной группы и семьи. Значение первой для наркозависимых лиц отличается своими особенностями. Так, выявлена слабость прогностической функции, неполноценность выбора групп общения вследствие малодифференцированности нормативных эталонов. Е. Kaufman [28] считал, что развитию токсикоманий и наркомании способствует нарушение «семейной структуры».

Существует мнение, что неполная семья патогенна, то есть в ней достоверно риск наркотизации особенно высок. Недостаточный надзор, связанный с постоянной занятостью на работе, трудности в общении, особенно в семьях, где женщины воспитывают мальчиков, формируют у детей так называемый «семейный дефицит» или «недостаточность социальных стимулов». Аналогичной точки зрения придерживались А. Stoker, Н. Swadi [29], М. J. Rutherford [30], J. A. Hermalin [31], К. L. Besteman [32], которые при анализе семейных отношений у подростков-наркоманов выявили, что в их семьях воспитанием детей занимались в основном матери, чаще имели место разводы родителей, повторные браки и неполные семьи. Однако, ошибочно было бы предполагать, что дети, воспитывающиеся в полных семьях, защищены от наркотизации. Ведь сформированный в советское время институт брака, претерпел значительные изменения, а такие факты внутри семьи, как неспособность решать общие проблемы, изолированность семьи от окружающих, нарушение иерархической структуры стали фактами этих изменений, и как следствие - неправильное воспитание самого ребенка либо в форме «потворствующей гиперопеки, по типу «кумир в семье», либо воспитание по типу «золушки» и так далее. В. А. Жмуров, Т. Г. Огородников [33], В. С. Битенский, В. С. Херсонский [34] считали безнадзорность и жестокое отношение к подростку в семье, противоречивое воспитание и, в меньшей степени - доминирующую или потворствующую гиперпротекцию. На дефекты воспитания в преморбиде у наркоманов указывали также и И. Г. Ураков, И. Г. Исмаилов [35] и J. S. Brook et al. [36].

Е. N. Erikson [37] выдвинул теорию, согласно которой употребление алкоголя и наркотиков может временно ослаблять эмоциональный стресс, сопровождающий кризис идентичности. Колеблясь в выборе профессии, конфликтуя с родителями, вступая в хрупкие и ненадежные отношения со сверстниками, юноши и девушки могут относиться к наркотикам как к средству, помогающему немедленно выйти за пределы себя. Более того, когда они находятся в одной компании со сверстниками, употребляющими наркотики, нетрудно понять, как на них могут «надавить», особенно если еще и статус в группе зависит от употребления наркотика. Человек с установившейся эго-идентичностью может сопротивляться подобному давлению, а подросткам с диффузной идентичностью, вероятно, трудно не подчиниться. Н. А. Сирота [38] обнаружила, что среди поведенческих подростковых реакций, лежащих в основе мотивации потребления наркотиков, часто встречались реакция имитации (в 33,75% случаев), сочетавшаяся, как

правило, с реакциями группирования со сверстниками и эмансипации, а также реакции протеста (33,8%) и гиперкомпенсации - (17,5%).

Н. Swadi [39] отмечал, что «экспериментирование» с наркотиками вызывает неблагоприятные изменения в поведении подростков и чаще всего является началом дальнейшего злоупотребления наркотиками.

В.Д. Менделевичем [40] при исследовании семей наркозависимых, был описан особый психологический тип отца, наиболее часто встречаемый в семьях лиц употребляющих наркотики так называемый «наркогенный» отец. «Сутью данного психологического портрета являлось сочетание таких черт, как повышенные требования к себе и своему окружению (в частности ребенку, жене), трудоголизм, нежелание считаться с индивидуальными и возрастными особенностями ситуативными моментами, эмоциональная холодность в сочетании с жесткостью и нередко с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, носящая часто поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника».

Таким образом, основные предрасполагающие социальные факторы возникновения и развития наркозависимости могут быть разделены на 3 группы:

- макросоциальный уровень;
- микросоциальное окружение (структура и функции семьи, влияние референтной группы);
- количество и характер информации о психоактивных веществах.

Из проведенного в данном разделе анализа литературы может быть сформулирован вывод о максимальной представленности влияния социальных факторов в подростковом возрасте. Данная особенность объясняется, с одной стороны - активными процессами социализации, с другой - формированием истоков аддиктивного типа реагирования в этот период.

#### 1.1.2 Биологические предпосылки возникновения наркозависимости

Известно, что существует «генетическая» предрасположенность к возникновению различного рода зависимости. Если при алкогольной зависимости уже получены достоверные данные, то при героиновой наркомании данная область еще не достаточно изучена, (так как детей - наркоманов небольшое количество и поэтому невозможно провести количественно достоверный анализ), но ясно только одно, что данная наследственность неспецифична, то есть у лиц злоупотреблявших алкоголем, дети не обязательно станут алкоголиками [41, 42, 43].

В.А. Гиляровский [44] писал, что наркомании особенно часто бывают у лиц с неустойчивой конституцией, чувствительных к боли и ощущающих большую потребность в искусственном возбуждении. То, что большую роль в формировании наркомании играет элемент психической неустойчивости, видно хотя бы из того, что у многих больных приобщение к наркотикам было связано с дурным влиянием среды, примером других наркоманов и даже с прямым совращением. Опыт показывает, что все эти обстоятельства особенно сильное влияние оказывают на людей с неустойчивой психикой.

Е.Г. Трайнина [45] в своих исследованиях выделила свыше 20 вариантов личностных особенностей, предрасполагающих к наркотизму.

А.В. Утин, Б.Д. Назиров, С.А. Утин [46] в результате клинико-генетического изучения потомства лиц с гашишной и комбинированной хронической интоксикацией (гашиш + опиаты) выявили у потомства двукратно повышенный риск акушерской патологии, эпилептических реакций, неврозов, психопатий, наркоманий и токсикоманий, а также реализации наследственной предрасположенности к эндогенным психозам. Авторы установили, что сочетанная (психические заболевания и нарко-токсикомании) наследственная отягощенность, особенно двусторонняя и со стороны матери, существенно повышает риск развития эндогенных психозов, экзогенно-органических расстройств, появления олигофрений, неврозов и психопатий. М.Х. Махтумова, Т.В. Клименко, С.М. Герасимова [47] выявили существенное влияние церебрально-органической «почвы» на формирование наркомании. М. Granier-Doeux [48] отмечал, что в этиологии наркомании играет роль врожденное предрасположение, в том числе связанное с приемом наркотиков матерями во время беременности.

На основании изучения особенностей, вызванных потенциалов мозга и функционирования катехоламиновой системы у потребителей психоактивных веществ, И.П. Анохина, Ю.Л. Арзуманов [49] сделали заключение о возможных маркерах наследственной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ. Ими являются: высокий уровень эмоциональной нестабильности и напряженности, выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария, снижение или полное отсутствие волны P300 коркового вызванного потенциала и изменение кругооборота нейромедиаторов катехоламиновой природы.

К биологическим предпосылкам развития наркомании относят также нарушение развития мозга плода, (малая мозговая недостаточность органического происхождения, и как следствие асоциальное по-

ведение) поражение яйцеклетки, сперматозоидов, патологию в процессе беременности, или родов. Уже с раннего возраста эти люди обращают на себя внимание. У них присутствует замедление и обеднение становления движений, речи, контакта с окружающими - особенно с посторонними, вялость, слабый интерес к происходящему вокруг, либо избыточная двигательная или речедвигательная возбужденность, со стереотипным повторением движения и звуков, сочетающихся с агрессивностью, плохой памятью и, так называемым, «дефицитом внимания», и отсутствием к себе критики. У данной категории детей, наряду с низкой успеваемостью, отмечаются расстройства аффективной сферы или эмоциональной недостаточностью, проявляющихся отсутствием эмпатии, восприятия чувств других, сопереживания. В связи с чем, нравственные нормы и нравственные чувства (симпатии, благодарности, долга, совести и др.) усваиваются не в полном объеме, различение добра и зла неудовлетворительно, жестокость таких людей поражает И.Н. Пятницкая отметила еще одно характерное явление, биологическая природа которого не вызывает никаких сомнений. Это высокий уровень нейрофизиологического раздражения, к которому относится: любовь к ярким «ядовитым», «химическим» цветам, высокая переносимость мелькающих огней, на концертах и дискотеках, на продолжительном периоде времени, высокая переносимость слухового анализатора, склонность к большим скоростям и прочим стремлением к «экстриму». Таким образом, существуют целый ряд биологических предрасполагающих факторов формирования наркозависимости. Однако, среди всего разнообразия трудно выявить специфические показатели, приводящие к развитию конкретно опийной наркомании. И.Н. Пятницкой было отмечено, что для наследственных и биологических теорий общим является, прежде всего, их недоказанность по методологическим соображениям, и лишь многолетние лонгитудинальные исследования, с широким и физиологическим исследованием подростков, позволят вынести заключение: какой физиологический тип можно считать наркоманически ранимым, какой - наркоманически устойчивым. На сегодняшний день, к сожалению, данные о подобных исследованиях пока отсутствуют [18, с. 415-431].

### 1.1.3 Психологические и психопатологические предпосылки возникновения наркозависимости

При изучении структуры личности наркозависимых лиц в глаза бросается ряд отдельных черт. Многие из исследователей, занимающихся проблемами возникновения зависимости, сходятся во мнении, что в основе зависимого поведения лежат доболезненные (предпатоло-

гические) личностные особенности, на основе которых и появилась зависимость.

Предположительно, что формирование зависимого поведения у больных может происходить по пяти механизмам: деликвентному, аддиктивному, патохарактерологическому, психопатологическому и на базе гиперспособностей. В основе этих механизмов лежит психический инфантилизм, который проявляется в разном виде: в виде протеста и эпатажа (при деликвентном типе, в виде успокоения и удовлетворения «вне реального мира (при аддиктивном типе), в виде неконтролируемости и незрелости реакций (при патохарактерологическом и психопатологическом типах или в виде вытеснения (на базе гиперспособностей). Наряду с этим, многие специалисты, занимающиеся проблемами героиновой зависимости, отмечали, что большинство наркозависимых выглядят значительно моложе своих сверстников, то есть налицо явления физического инфантилизма.

Н.С. Курек [50] используя медико-психологический подход, установил, что готовность к наркотизации у подростков обусловлена, прежде всего, особенностями их эмоциональной сферы: низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью. Учитывая все три компонента эмоций - когнитивный, экспрессивный, субъективный, автор рассматривает эмоциональные расстройства у наркоманов как интегративные индикаторы различных форм социального неблагополучия и дезадаптации. В современной литературе также высказывается мнение, что среди наркоманов часты лица с асоциальным поведением, слабым чувством ответственности, поисками необычных ощущений и общей агрессивностью [51]. Со своей стороны, С.N. Miles [52] отмечает, что среди личностных особенностей, присущих лицам, страдающим наркоманией, характерны независимость, неконформность, импульсивность.

Самыми незрелыми сферами при наркомании являются: самосознание, интеллект, мотивационная сфера и сфера эмоции, при этом главной причиной возникновения наркозависимости является инфантильность мышления наркозависимых лиц. Причем, Е.А. Брюном [53] это расценивается как врожденное, эндогенное свойство. Степень выраженности «смыслообразующего этнофункционального рассогласования» определяет и прогноз заболевания. Данным автором описывались случаи, когда у больных героиновой наркоманией отмечались относительно благоприятные этнофункциональные факторы, особенно смыслообразующие и обобщенные. У этих больных отмечались более длительные ремиссии, и больные при лечении проявляли более выра-

женный интерес к психотерапии и признавали необходимость проведения занятий для проработки психологического компонента наркотической зависимости.

В.И. Лавриненко, Г.Н. Садилов, А.М. Джанмедов [54] привели результаты психодиагностического исследования (с использованием теста Кеттелла) лиц, потребляющих различные одурманивающие средства. По их данным, подросткам свойственны такие черты, как излишняя доверчивость, способность легко устанавливать неформальные межличностные контакты, в том числе и с лицами морально неустойчивыми. Взрослым наркоманам присущи черты эгоцентризма, подозрительности. Больным обеих возрастных групп свойственны самоуверенность, элементы жестокости в отношениях с другими людьми; обособленность от всех и стремление избежать любой зависимости от других; у подростков эти черты более выражены, как бы заострены. Еще одной характерной для зависимой личности чертой является внушаемость, то есть легкое усвоение человеком внешних по отношению к нему побуждений, стремлений, желаний установок, оценок, форм и стилей поведения, повышенная восприимчивость к психическому воздействию со стороны другого лица без критического осмысления реальности и стремления противостоять этому воздействию, и подражательность, проявляющаяся в готовности делать что-либо в соответствии с каким-либо образцом, в старании воспроизводить то, что делается другими. Немаловажными чертами в формировании зависимости также являются:

- прогностическая некомпетентность;
- ригидность;
- упрямство;
- наивность;
- простодушие;
- любопытство;
- максимализм;
- эгоцентризм;
- яркость воображения, впечатлений и фантазий;
- нетерпеливость;
- склонность к риску и вкусу опасности;
- страх быть покинутым.

Прогностической некомпетентностью у зависимых лиц является неспособность в полной мере и адекватно планировать и прогнозировать будущее. Именно этим объясняется поведение наркозависимых лиц «не видеть дальше своих ботинок», то есть жить одним днем, не



думая о дальнейших «завтрашних» последствиях, по принципу «будет день - будет пища».

Ригидность в психологическом плане понимается как негибкость, тугоподвижность всей психической деятельности и в частности установок, ожиданий (ожиданий) стилей поведения, осмысления действительности. Ригидность в структуре зависимой личности способна сформировать так называемый наркоманический паттерн поведения, непреодолимое влечение к совершению девиантного поступка, сопровождающегося эмоциональной разрядкой.

В литературе распространено мнение, согласно которому наркомания чаще формируется у лиц с аномалиями характера и психическими заболеваниями. Отмечается преобладание в преморбиде у наркоманов пограничных расстройств, акцентуаций характера [55, 56, 57, 58, 59, 60].

Анализируя данные литературы, следует учесть, что личность наркомана исследуется, как правило, уже на фоне сформировавшейся наркотической зависимости, когда не исключается ретроспективный перенос в преморбид ряда черт измененной в процессе болезни личности. Поэтому изучение преморбидно-личностных особенностей больных, страдающих наркоманиями, выявляет достаточно сложную и неоднородную картину [61, 62, 63]. М.Л. Рохлина [64] отметила в преморбиде у большинства больных с осложненными формами опийной наркомании наличие личностных девиаций, которые в основном проявлялись повышенной возбудимостью, истероформностью либо патологической конформностью. В другом исследовании М.Л. Рохлиной с соавторами [65] выявлено, что весьма существенным фактором, определяющим формирование медицинских и социальных последствий наркомании, является наличие личностных девиаций в преморбиде. У этих больных достоверно чаще и быстрее, чем у лиц с нормальным преморбидом, наступали изменения личности и негативные социальные последствия. Однако, на тяжесть интеллектуально-мнестических расстройств степень выраженности личностных девиаций в преморбиде влияния не оказывала. Этим же автором совместно с К.Э. Ворониным [66] в ходе исследования наркозависимых лиц были получены следующие данные: «...у преобладающего большинства больных наркоманиями (62,1%) в преморбиде отмечались личностные девиации, у  $\frac{2}{3}$  из них личностные девиации не выходили за рамки акцентуаций характера, у  $\frac{1}{3}$  - они могли быть квалифицированы в рамках психопатии. Среди девиаций характера чаще всего (более чем в 50% случаев) встречались черты повышенной возбудимости. Кроме того, наблюда-

лись неврастенические, психастенические, истероформные и шизоидные черты характера. В 42,6% случаев можно было отметить черты психического инфантилизма».

Многие исследователи, изучавшие клинические аспекты опийной наркомании отмечали психопатические черты характера у будущих наркоманов [67, 68]. Д.С. Кау [69] полагает, что наркоман может быть как носителем отдельных психопатических черт, так и психопатом. В своих исследованиях Г.Ф. Колотилин, В.И. Михайлов [70] установили, что акцентуация характера может быть одним из важных факторов асоциального и антисоциального поведения подростков. Наибольшую степень риска противоправных действий представляют акцентуации по неустойчивому, эпилептоидному и конформному типам. В то же время прямой зависимости между акцентуацией характера и делинквентным поведением, связанным с наркотиками, у подростков установить не удалось. Авторы предположили наличие у подростков с акцентуацией характера низкой устойчивости к различного рода наркотическим и токсическим веществам.

Н.В. Вострокнутов [71] указал на высокий удельный вес психической патологии, предшествующей началу наркотизации у подростков: олигофрения в степени дебильности с аффективно-волевыми расстройствами отмечена у 12,1% больных, патохарактерологические нарушения и психопатии — у 14,5%, резидуальная церебрально-органическая недостаточность со снижением интеллекта и аффективными нарушениями - у 9,4%, вялотекущая шизофрения с психопатоподобной симптоматикой - у 5,3%. Среди патохарактерологических радикалов чаще всего встречались эмоционально-волевая неустойчивость, повышенная аффективная возбудимость и гипертимность в сочетании с признаками педагогической запущенности.

Н.В. Оганесян [72] установил, что вне зависимости от формы наркомании ранний возраст приобщения к наркотикам в плане патогенеза и прогноза заболевания играет двойную роль. С одной стороны - будучи результатом неблагоприятной комбинации предрасполагающих факторов (наследственная отягощенность, преморбидные личностные девиации, дефекты семейного и школьного воспитания, влияние асоциальной микросреды), он является фактором риска развития наркомании. С другой стороны - он выступает как патокинетически-патофизиологический фактор, определяющий в целом более прогрессивное течение заболевания и менее благоприятный, как в социальном, так и в клиническом плане, его прогноз.

С преморбидным складом личности связан также ряд других медуко-социальных последствий наркотизации. По данным Б.И. Исмаи-

лова [73], психозы, вызванные злоупотреблением наркотическими веществами, возникали у больных с преморбидно-акцентуированными чертами характера (в 39,1% случаев), у психопатических личностей (26,2%) и у больных с патохарактерологическими нарушениями на почве психических заболеваний, возникших еще до начала наркотизации (42,8%). Семейные конфликты чаще отмечались у больных с преморбидноневротическим (70,4%) и психопатическим (85,9%) складом личности.

И.П. Михайличенко [74] показал, что у больных шизофренией и больных с психоорганическим синдромом наркотическая зависимость характеризуются более прогрессивным течением по сравнению с наркоманией, развившейся у психопатических личностей шизоидного типа. Согласно исследованию М.М. Агаева [75], выявлена корреляция течения психопатоподобной шизофрении и опийной наркомании, заключающаяся в длительном, бессистемном употреблении различных ПАВ, персистирующей тяге к наркотику, несмотря на проводимое лечение. Ф.В. Кондратьев [76] установил, что прогноз наркомании и токсикомании более неблагоприятен у лиц молодого возраста с резидуальной церебрально-органической патологией, начавших употреблять токсикоманические и наркотические средства в период патологического пубертатного криза, а также у психопатических личностей с синдромом расстройства влечений.

А.М. Петрищев, С.М. Мостовой [77] определили, что наибольшая вероятность наркотизации и формирования в дальнейшем наркомании имеется у подростков с неустойчивым типом акцентуации характера. Н.Г. Найденова, А.Ф. Радченко, И.Б. Власова [78, 79] также нашли определенную связь между преморбидными личностными особенностями и склонностью субъекта к поиску специфической эйфории опийного типа. Чем больше у личности выражены черты возбудимости, аффективной неустойчивости, истероидности и агрессивности тем предпочтительнее для нее опийная эйфория. М.Х. Махтумова, Т.В. Клименко, С.М. Герасимова [80] выявили существенное влияние церебрально-органической «почвы» на формирование наркомании.

Резюмируя все выше изложенное, хотелось бы отметить ряд интересных фактов. Многие исследователи, описывающие и регистрирующие преморбидную психопатологическую отягощенность наркозависимых лиц, и активно внедряющие постулат, что «большинство наркоманов - психопаты» в последнее время подвергается сомнению. И.Н. Пятницкая [18, с. 449], опирающаяся на свой многолетний опыт, опровергает подобное представление: «Представление о том, что психопаты с их

аффективной реактивностью, несоразмерностью, неспособностью управлять своими побуждениями и желаниями должны легко вовлекаться в наркотизацию выглядит логично. Но нельзя забывать, что психопаты в отличие от здорового человека свойственна непосредственная и скорая реализация аффекта - проявление его болезненного состояния истощает его патологию момента. Тем самым у него нет необходимости поиска дополнительных способов снятия напряжения. Само по себе психическое перенапряжение и у больного, и у здорового - фактор, препятствующий опьянению при приеме наркотических средств (как и алкоголя). То же мы видим при болевом синдроме – анальгетики, седативные средства вызывают не эйфорию, а успокоение. Поиск наркотика лишь для успокоения чересчур дорогостоящий и опасный путь, скорее психопат станет употреблять алкоголь».

На сегодня достоверно определено, что наиболее подвержены вовлечению в наркозависимость эпилептоидные психопаты и лица с гипертимной акцентуацией характера. Лица с психопатией тормозимого круга, в силу своей интравертированности не имеют большого круга знакомых, соответственно риск их вовлечения в орбиту зависимости с этой стороны не высок. Кроме того, лица с психопатией астенического круга характеризуются своей фиксацией на соматическом благополучии, и даже некоторой ипохондричностью. По мнению Ф.В. Кондратьева [81], недоучет средовых навыков, «модных» форм поведения, принятых в том или ином кругу, может привести к гипердиагностике в психиатрии. Предметом анализа Ф.В. Кондратьев взял ту форму, где диагноз основывается на изменении качества психической деятельности. При диагностике психопатии учитываются психические изменения в целом количественные, так как качество, адекватность реакции при психопатии сохраняются. И вопрос решается в плоскости «больше - меньше». При учете того, что психопатические особенности в настоящем наглядны, что в прошлом была малая контролируемость большим своего поведения, вероятность гипердиагностики весьма высока. Гипердиагностика психопатии может быть объяснима быстрым в течение болезни изменением, общего рисунка поведения злоупотребляющего, до того как развиваются психопатизация - 2 стадия болезни. Эти ранние изменения также могут быть приняты за преморбидно существующие.

Таким образом, достоверно существует отягощенность наркозависимости преморбидной психопатологической симптоматикой, которая в свою очередь выступает как патогенетически-патопластический фактор основной нозологии. Разнообразие указанных расстройств реку-

тируется из нарушений различного регистра. По мнению большинства, ученых чаще всего развитию зависимости предшествуют нарушения невротического и психопатического круга. Причем четких, однозначных связей между отдельной патологией и наркоманией не существует. Это объясняется следующим: предрасполагающую роль играет в большей степени наличие в преморбиде определенных симптомов, а не конкретного специфического диагноза.

## **1.2 Основные аспекты понятия «негативный синдром» в клинической синдромологии**

Согласно определению А.С. Тиганова [82] психопатологический синдром - закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющий собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащий признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом. Рассматривая наркологическое заболевание, (в частности героиновую наркоманию), как совокупность психопатологических синдромов, следует отметить, что помимо позитивных расстройств, в единстве с ними существуют и негативные симптомы - явления деструкции, выпадения, дефекта, что позволяет нам судить о характере и тяжести психических нарушений. При этом до конца не понятна природа данных расстройств, то есть либо они входят в структуру преморбиды наркозависимых лиц, либо являются результатом хронической интоксикации.

Несмотря на то что, до сих пор нет четкого определения понятию негативных синдромов, все без исключения психиатры пользуются данным термином. Наиболее устоявшимся определением является следующее: «Выпадение из созревшей психической деятельности тех или иных присущих ей качеств и свойств, появление ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на различных ее уровнях». А.В. Снежневский [83] формулируя синдромологическую и нозологическую классификации психической патологии, представил шкалу тяжести позитивных расстройств и негативных синдромов, подчеркивая, что позитивные и негативные симптомы нетождественны, но существуют в единстве. Позитивные симптомы чрезвычайно вариабельны (зависят от возраста, пола, особенностей психического развития, исходного состояния психической деятельности), негативные достаточно инвариантны.

Согласно существующей концепции J. Jackson (1926), негативные симптомы более специфичны для определенной нозологической формы и более отчетливо характеризуют деструктивные тенденции забо-

левания, что может быть экстраполировано и на клиническую картину наркозависимости. Особенность негативных расстройств обуславливает специфику психопродуктивной симптоматики. Однако гипотеза J. Jackson не объясняет природы разных отношений между позитивными и негативным, и расстройствами. Существует несколько теорий, описывающих взаимосвязь динамики негативных синдромов и психического заболевания в целом. В одних теориях полагают, что в первую очередь (или даже исключительно) поражаются звенья высшей нервной деятельности, ответственные за психическую активность (потеря спонтанности, побуждений, инициативы, снижение витальности и концентрации внимания). В других считается что, негативные изменения происходят не в какой-либо изолированной сфере психических функций, а в той или иной степени охватывают все уровни психической деятельности. Автор подчеркивает, что поскольку в основе организации высшей нервной деятельности лежат многоуровневые функциональные системы совместно работающих корковых зон, постольку вызванные болезненным процессом изменения не могут носить изолированный характер и ограничиваться поражением лишь отдельных психических функций, а отражаются в той или иной степени на деятельности всех звеньев такого рода систем. Нет ни одного психического заболевания, которое не сопровождалось бы теми или иными негативными расстройствами. При этом каждому заболеванию соответствует свой максимально достижимый уровень негативной симптоматики. В одних случаях они носят временный, преходящий характер, в других - постоянный или даже прогрессирующий. Вместе с тем негативные (дефицитарные) расстройства в силу относительно малой выразительности своих внешних проявления, а также замаскированности в целом ряде случаев более яркими и острыми позитивными симптомами, значительно хуже последних поддается клинико-психопатологическому описанию и систематизации.

Однако, до сих пор не до конца изучен сам патогенез возникновения негативных патопсихологических синдромов. В одном из проводимых исследований серотониновой системы у больных с опийной наркоманией получены данные о снижении силы и выраженности серотонинового ответа по мере увеличения стажа наркотизации. Особенно выраженным медиаторный дефицит становится после редукции симптомов отмены. Отсюда закономерен вывод, что данная медиаторная система имеет основополагающее значение в определении динамики постабстинентных проявлений, и именно дефицитарных (негативных) симптомов [84].

Усилиями многих как зарубежных, так и отечественных известных психиатров были описаны негативные расстройства при шизофрении. Более детальное рассмотрение дефицитарных изменений при данной нозологии представляется необходимым в виду возможности модельного выделения общих закономерностей развития негативной симптоматики. Последующим шагом, логически вытекающим из этого, видится вычленение этого «общего» в психопатологической картине отдельной нозологии, в том числе в структуре опийной наркомании. Так, в частности, важным при изучении негативных расстройств является рассмотрение таковых при шизофрении в контексте степени тяжести симптомов выпадения, их влияние на формирование темпа прогрессивности заболевания, а также взаимосвязь с биологическими (пол, возраст, время начала болезни), и социальными (госпитализм и др.) факторами. В рассматриваемых общих клинических аспектах негативных симптомов шизофрении получен целый ряд положительных и зачастую сходных результатов. В вопросах же психопатологии и систематики возникло множество расхождений и противоречий. Наиболее яркие противоречия возникли при классификациях психического дефекта (как совокупности негативных расстройств. Наиболее доступной к пониманию, на наш взгляд, является шкала негативных расстройств А.В. Снежневского: (истощаемость психической деятельности - субъективно осознаваемая измененность «Я» - объективно определяемая измененность личности: дисгармония личности - снижение энергетического потенциала – снижение уровня личности – регресс личности – амнестические расстройства - тотальное слабоумие – психический маразм) [85]. Но даже подобная классификация оставляет много вопросов без ответа. В.А. Жмуров [86] предположил две относительно независимые линии развития негативных расстройств: проявляющиеся с самого начала болезни (расстройства) тотальные изменения личности; астеническое снижение уровня функционирования личности – акцентуация и психопатизация личности, включая разные формы патологического ее развития – диссоциация личности, в частности, феномен множественной личности – регрессия личности и начинающиеся с изменения отдельных психических функций (внимания, памяти и др.), и до какого-то момента прогрессирующее без изменения личности в целом. После этого обе линии расстройств личности «сливаются». Также В.А. Жмуровым были выделены дефицитарные расстройства двух типов, не сопровождающиеся продуктивными нарушениями и развивающиеся в единстве с продуктивными нарушениями, согласно концепции Джексона. W.T. Carpenter совместно с соавторами

предложил помимо первичных, негативных расстройств выделение, и вторичных негативных расстройств, обусловленных социальной депривацией, при которых формирующиеся аспонтанность, сужение интересов и представления, утрата навыков общения как бы имитирующихся под шизофренический дефект. Кроме того, хотелось бы выделить понятие чистого и смешанного дефекта. Традиционно к этому понятию, так называемого «чистого» дефекта, то есть полностью лишённого каких либо позитивных расстройств, был отнесен астенический дефект. При этом явления, относящиеся к психопатологическим (астения), психологическим, (психическая активность) и психофизиологическим (психическая энергия) категориям смешиваются. Выражением потери энергетического потенциала считают пониженную эмоциональную реакцию и падение элементарного жизненного стимула и побуждения.

Таким образом, неоспоримым является тот факт, что изучение негативных синдромов, во-первых, даёт возможность выявить специфичность нозологии, во-вторых, позволяет судить о динамике (длиннике) заболевания. Однако, в современной синдромологии в определении самого феномена «негативный синдром», вычлениении конкретных его видов, разработке классификации существуют значительные разногласия. Превалирующая часть исследований, посвященных данной теме, в большинстве своем не выходят за рамки синдромологии эндогенного процесса, что обусловлено полиморфизмом и яркой клинической представленностью последнего.

#### 1.2.1 Синдромология наркомании

По мнению Ю.П. Сиволапа [87]: «Психопатологические феномены при опийной наркомании характеризуются максимальной степенью клинической завершенности и максимальной возможностью выделения причинно- следственных отношений с позиций К. Ясперса».

Согласно классическому психиатрическому определению, психопатологический синдром – это закономерное сочетание отдельных симптомов, представляющее собой своеобразную интеграцию предшествовавшего течения заболевания и содержащее признаки, позволяющие судить о дальнейшей динамике состояния и заболевании в целом.

Клиническая картина опийной наркомании формируется психопатологическими синдромами, укладывающимися в рамки непсихотических психических расстройств. Однако, главная проблема синдромологии зависимости заключается в малой изученности их феноменологии, неопределенности патогномичного синдромального профиля заболевания.



Традиционно учитываемые в наркологии синдром измененной реактивности, синдром психической зависимости и синдром физической зависимости составляют большой наркоманический синдром, специфика каждого из компонентов варьирует в зависимости от формы наркомании. И.Н. Пятницкая [18, с. 104] в проводимых ею исследованиях, пришла к выводу, что расстройства, возникающие в процессе наркотизации, являются случайными по отношению к радикалу наркотической зависимости, и, в свою очередь, являются результатом действия других свойств наркотика. Ею в клинических наблюдениях было отмечено, что данные расстройства, накапливающиеся с течением болезни, появляются иногда и в начале болезни. Но чаще они проявляются при соответствующем отягощении анамнеза. В связи с этим и был выделен новый синдром, так называемый синдром последствий наркотизации. В рамках данного синдрома выделяются как общие закономерности, так и особенности, свойственные отдельным формам наркомании.

Еще на заре развития наркологии, многие исследователи, занимавшиеся проблемами наркомании, отмечали характерные для наркозависимых лиц изменения, происходящие с ними в процессе наркотизации. Р. Крафт-Эбинг [88] в своих исследованиях отмечал, говоря об изменениях личности у наркоманов, что последние становятся слабохарактерными, нерешительными, склонными к совершению аморальных поступков. Он наблюдал у больных приступы тоски и скоропреходящие зрительные галлюцинации. С.С. Корсаков [89] описывал изменения психики следующим образом: «...в психической сфере становится заметно легкомыслие, склонность к лживости, к обману, к нравственным развращениям. Под конец, больные становятся неспособными ни к какой работе, слабеют умственно, нередко в конце появляются эпилептические припадки, в которых оканчивается жизнь». Э. Крепелин [90] указывал на то, что у наркоманов изменяется характер, они становятся нетерпеливы, теряют чувство ответственности, слабовольны. Круг интересов суживается и ограничивается лишь приобретением наркотиков. Медицинские и социальные последствия морфинизма описал в своем руководстве Е. Блейлер [91]. Он отметил снижение работоспособности, неточную память, слабость воли, лживость, неустойчивость настроения у лиц, употребляющих морфий, и подчеркнул - немногие остаются полноценными людьми. «Многие погибают и физически, и социально». Описывая причины болезни, Е. Блейлер делал акцент на том, что «...большинство морфинистов *ab ovo* психопаты. Даже высокоодаренные и знаменитые люди становятся жертвой этой страсти; некоторые из них, несмотря на это, оставались

все время на высоте. Как ни странно приходится напомнить, что эти люди, как и алкоголики, гении стали знаменитыми не потому, что они прибегали к помощи яда; гениальные люди просто устроены не так, как обыкновенные люди. С одной стороны - они гении, с другой стороны - они наклонны к разным аномалиям, которые мы можем назвать слабостями...». О появлении шизоидных черт характера у наркоманов писали М.П. Кутанин [92], Л.М. Розенштейн [93]. Они подчеркивали, что больные опиоманией «шизоидизируются». Это внешне выражается в появлении апатии, замкнутости, эмоциональной тупости.

Следует учесть, что на личность наркомана воздействует не только наркотические вещества, но и определенные социальные факторы. Употребление наркотиков ставит больного в особое положение в семье и обществе, делает его отщепенцем, озлобляет его. Наркоман уходит в себя, он заботится только о получении запаса наркотических веществ. Страх перед абстинентным синдромом становится основным фоном психической деятельности наркомана, что неизбежно приводит к изменению личности. Об этом также писал М.Я. Серейский, М.О. Гуревич [94], Ф. Швец [95] и другие. И.М. Елисеев [96] отметил, что наркотизация меняет социальную ориентацию личности: «Происходит непрерывный процесс нарушения адаптации больных в обществе, социально-трудовая дезадаптация; растет число правонарушений». И.Г. Ураков [97], изучив личностные изменения и социальные последствия у больных осложненной опийной наркоманией, показал, что при большой давности заболевания (от 5 до 10 лет) наблюдается выраженная психопатизация личности, а в ряде случаев - деградация с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями. Современный патоморфоз наркомании характеризуется нарастанием частоты медико-социальных последствий хронической наркотизации. Так, Д.У. Адылов [98] обнаружил изменения личности у 96% больных, в том числе у 89,8% больных, обследованных в 50-х годах и у всех больных, обследованных в 60-70-х годах 20 века. Также выше была частота правонарушений: у больных 60-х и 70-х годов - соответственно 95,1% и 82%, по сравнению с больными 50-х годов (69,4%). А.Н. Олисов [99] получил данные, свидетельствующие о том, что выраженность и характер медико-социальных последствий наркомании определяются клиническими особенностями заболевания с одной стороны, и преморбидными особенностями - с другой. Т.Т. Похилько [100] на основании экспериментально-психологических исследований показал, что наиболее выраженные психические и личностные изменения наблюдаются при гашишных и опийных наркоманиях,

причем степень их выраженности зависит от «стажа» наркомании и времени начала употребления наркотика. Чем раньше начинается злоупотребление наркотиками, и чем длительнее оно продолжается, тем грубее органические изменения головного мозга и более выражены интеллектуально-мнестические нарушения. По мнению Б.Н. Пивеня [101, 102, 103], к экзогенно-органическим расстройствам относятся те психические расстройства, которые вызываются органическим поражением головного мозга и возникают в результате действия перенесенных прежде экзогенных вредностей. Спустя более или менее продолжительный период времени, после экзогенных воздействий развиваются психоорганические расстройства, основной причиной которых являются уже не сами экзогении, а вызванные ими сформировавшиеся органические изменения в головном мозге. Исследования автора позволили ему прийти к заключению о целесообразности включения в структуру психоорганического синдрома изменений личности у больных, перенесших различные экзогенные вредности, в том числе и злоупотребляющих психоактивными веществами.

Однако, по мнению Ю.П. Сиволапа [87, с. 71], выраженность психоорганических расстройств при опийной наркомании значительно уступает таковым при злоупотреблении кокаином и психостимуляторами. Автор ставит под сомнение органическую природу деформации личности при употреблении опиоидами по причине отсутствия четкой взаимосвязи динамики личностных и церебральных изменений, abortивности психоорганической симптоматики без классических экзогенного типа реакций, а также иных, чем у органических психозов, исходов. Изменения личности, не укладывающиеся в психоорганические рамки, объясняются «функциональным» механизмом, заключающимся в психогенных последствиях физиологического влияния наркотика. Этим же механизмом он объясняет присутствие в клинике наркомании невротических расстройств и мотивационных нарушений. Органическим компонентом зависимости им объясняется фазный характер течения заболевания.

Согласно концепции, выдвигаемой Л.Н. Благовым [104], первичным патологическим звеном в развитии опийной наркомании, как следствие - осевым синдромом в клинике заболевания, являются расстройства мыслительной деятельности. Автором выделяется феномен «наркоманической доминанты» с описанием последовательных стадий ее формирования и динамики. На примере идеаторной сферы прослежены основные этапы развития наркозависимости с очерчиванием целостного уровня патологического реагирования психики. Последовательная смена

сверхценных идей, бредовых идей с исходом в дефект экстраполируется Л.Н. Благовым на континуум невротического – психотического – психорганического, присущих клинике опийной наркомании.

Таким образом, на протяжении развития наркологической мысли множеством авторов выделялся разнообразный круг психопатологической симптоматики при опийной наркомании.

Используемый повсеместно, стадийный осевой большой синдром зависимости (большой наркоманический синдром) номинативен и лишь формирует класс заболеваний зависимости. Специфику наркомании, в том числе опийной, придает уровень психического поражения, обуславливающий комплекс психопатологических синдромов, углубляющихся в процессе наркотизации. Природа патокинеза синдромакомплексов на сегодняшний день трактуется неоднозначно, противоречиво, что отражается в дефиците оценки прогноза тех или иных клинических изменений и квалификации феноменологии опийной наркомании.

Другим и, как видится нам, одним из важнейших дефицитов в знаниях о синдромологии опийной наркомании, является отсутствие четкого понятия о «негативной», «дефицитарной» стороне заболевания. Анализ литературных источников демонстрирует лишь отдельные упоминания о появляющихся в процессе наркотизации дефицитах. Крайне скудно освещены попытки их синдромальной систематизации. Противоречивы данные о глубине таких расстройств, возможной природе их возникновения.

#### 1.2.1.1 Аффективные расстройства у больных наркоманией

Аффективные расстройства обязательны на протяжении всей болезни. С длительностью наркотизации нарастает их органичность: тревога и депрессия замещаются дисфориями. Е.В. Маслов [105] писал, что при опиомании всегда возникают эмоционально-волевые нарушения в виде неустойчивости настроения, ослаблений воли, эмоций. Н.С. Курек, М.В. Самойлова [106], проведя сравнительное психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опийной и эфедроновой наркоманиями, обнаружили у них снижение точности распознавания эмоций по невербальной экспрессии и увеличение числа неэмоциональных ответов, что можно рассматривать как признак снижения эмоционального резонанса в общении, эмпатии, повышения порога чувствительности к переживаниям другого человека, то есть эмоциональной тупости. Аналогичные результаты, хотя и гораздо более сильно выраженные, были получены при исследовании больных шизофренией с эмоциональным дефектом. У больных эфедроновой

наркоманией точность распознавания эмоций снижена в меньшей степени, чем у опийных наркоманов. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании, по данным Л.Н. Благова [107] являются одними из ведущих, как в структуре абстинентного синдрома, так и в период формирования ремиссии. Со временем они становятся достаточно стойкими, формируя своеобразную наркоманическую личность. Расстройства настроения тесно связаны с другими психопатологическими проявлениями. Чаще всего у больных отмечается пониженное настроение на фоне астении, проявляющейся вялостью, слабостью, снижением волевой активности, повышенной истощаемостью, эмоциональной лабильностью. В ряде случаев наблюдаются более очерченные депрессивные состояния с выраженной тревогой, иногда достигающей степени ажитации, суточным колебанием аффекта с большей выраженностью в вечерние часы. Нередко встречаются жалобы на тоску, которая, однако, не достигает степени витальной. Очень частыми являются расстройства дисфорического круга. Они свидетельствуют о наибольшей интенсивности патологического влечения к наркотику.

S.M.R. Malfish, A. Krone [108] сравнивая уровень тревожности и склонность к гневным реакциям у пациентов, злоупотребляющих различными психоактивными веществами (опий, кокаин, конопля, алкоголь), обнаружили, что наиболее высокий уровень тревоги имеется у опийных наркоманов, а гневливость наиболее всего выражена у лиц, употребляющих кокаин. Наблюдаемая в постабстинентном периоде аффективная патология рассматривается некоторыми авторами как проявление компульсивного влечения к наркотику [109]. Аффективные расстройства в процессе наркотизации нарастают. В течение длительного времени у них преобладает неустойчивый, часто сниженный фон настроения, сопровождающийся дисфорией. Отмечаются повышенная возбудимость, преобладание истеро-возбудимых форм реагирования, эмоциональная лабильность. Периодически возникает чувство враждебности и агрессивности по отношению к окружающим, в том числе к близким людям. Иногда возникают страх перед будущим из-за отсутствия уверенности в том, что они смогут удержаться перед соблазном очередного употребления наркотического вещества, боязнь негативной реакции родителей, опекунов, страх покончить с собой – вскрыть вены, повеситься, выпрыгнуть через окно и т.д. (суицидофобия). Расстройства аффективной сферы наиболее выражены в постабстинентный период: в это время чаще наблюдается дисфорическая депрессия, реже тоскливая и апатическая. Длительно сохраняются аффективная лабильность, ипохондричность, астения, бездеятельность.

В период ремиссии также наблюдаются своеобразные аффективные расстройства: дисфорический симптомокомплекс постепенно сменяется тоскливым, а в дальнейшем (через 2-4 месяца и более) – апатико-абулическим. При этом, чем меньше времени проходит после купирования абстинентных явлений, тем более выражена дисфория, эксплозивность, и, наоборот чем «дальше» от абстиненции, тем меньше взрывчатость, но в большей степени проявляются тоска, апатия, безволие, неспособность к труду. Больные становятся совершенно бездеятельными, они беззаботны, легкомысленны, развязны, порой неуправляемы, с неустойчивыми намерениями. Обращает на себя внимание, что на фоне постоянного желания быть независимыми и стремления к получению материальных благ, больные ничего не предпринимают, чтобы что-нибудь заработать. У них четко выявляется, как уже указывалось выше, склонность к праздному образу жизни, тунеядству. У ряда больных наблюдается ипохондричность, не свойственная им ранее. Они высказывают тревожные опасения по поводу того, что в результате наркотизации могут заболеть неизлечимыми болезнями, просят показать их тем или иным специалистам. Наряду с этим критика к злоупотреблению наркотиками отсутствует, а частота рецидивов у этих больных остается такой же, как у остальных пациентов. Можно утверждать, что их ипохондрические высказывания идут как бы в разрез с их поведением и отношением к наркотизации в целом. В структуре личности у больных наркоманиями нередко формируются эмоциональная неустойчивость, повышенная чувствительность, ранимость, своеобразная «мимозоподобность». Больные становятся чрезвычайно чувствительными к состоянию даже малейшего душевного дискомфорта. У них развивается склонность неадекватно реагировать на всевозможные, большей частью незначительные психотравмирующие моменты. В этих случаях сразу же снижается настроение, что, в свою очередь, способствует актуализации патологического влечения к наркотикам и нередко приводит к рецидиву. Эта так называемая «нажитая аффективная лабильность» наиболее отчетливо выступает в период ремиссии.

Аффективные расстройства могут иметь пароксизмальный, периодический характер. По суточным колебаниям аффекта, его лабильности можно судить о характере влечения к наркотикам и его тяжести, поскольку аффективные нарушения зачастую маскируют патологическое влечение к наркотикам. У многих больных даже на фоне терапии наблюдается психопатоподобное поведение. У них периодически отмечается повышенная двигательная активность, сопровождающаяся

гневливостью, расторможенностью, чувством тревоги, ускорением речи, ажитацией, истерическими стигмами, что нередко приводит к усилению влечения до степени брутальности и требует срочного дополнительного медикаментозного вмешательства. В целом, уровень патологического влечения к наркотикам соответствует тяжести аффективной и другой психопатологической симптоматики.

Таким образом, в структуре заболевания на всех этапах его течения (особенно в постабстинентном периоде и при становлении ремиссии) у больных отмечается и дисфорическая, апатико-абулическая, астеническая и даже ипохондрическая симптоматика, а также сочетание симптомов, характерных как для тоскливой, так и для апатико-абулической депрессии. Параллельно с этим у больных нарастает психосоциальная дисфункция в виде постепенного угасания интересов, нарушений в эмоционально-волевой сфере, расстройств сферы влечения или сексуальной расторможенности. Выраженность и длительность аффективных и других психопатологических расстройств зависит от вида наркотика, длительности наркотизации, характера изменений личности и периода времени, прошедшего от последних острых проявлений абстинентного синдрома.

#### 1.2.1.2 Интеллектуально-мнестические нарушения у больных наркоманией

Относительно интеллектуально-мнестических расстройств у больных наркоманией в литературе нет единого мнения. Одни авторы полностью отрицают их наличие, другие описывают их. Совершенно ясно на сегодня одно, что степень выраженности интеллектуально-мнестических расстройств у больных наркоманией зависит от вида наркотика и преморбидной патологии личности [110]. Многие авторы, изучающие клинику разных форм наркомании, отмечали формирование у них характерных изменений личности. Ряд исследователей, занимавшихся изучением гашишемании, указывают на возможность развития у больных выраженных психопатологических расстройств [111, 112, 113, 114, 115]. Другие исследователи, занимающиеся изучением больных, страдающих кокаиновой зависимостью, также описывали характерные для данного вида зависимости психопатологические изменения [116, 117]. При этом наиболее значительные расстройства интеллекта, по мнению многих исследователей, наблюдаются у лиц, страдающих барбитуровой наркоманией [118, 119]. Между тем, при употреблении наркотических препаратов, изготовленных кустарным способом путем химической обработки опия-сырца, по данным различных авторов [120, 121, 122, 123]. При продолжительном употреб-

лении ПАВ, в том числе опиатов и их синтетических алкалоидов, у больных формируются психопатологические расстройства, обусловленные хроническими токсическими эффектами конкретного вещества. Это вполне согласуется с учением К. Vonhoeffler [124] об «экзогенном типе реакций». В соответствии с этим учением, в ответ на экзогенную вредность, которой в данном случае являются употребляемые больными различные ПАВ, формируются сходные по клинической картине экзогенные или экзогенно-органические психопатологические расстройства.

Период 1980-1990 гг. характеризовался ростом злоупотребления наркотическими препаратами, изготовленными кустарным способом - путем химической обработки опия-сырца. Хронический токсический эффект, вызываемый такими наркотическими средствами, согласно данным А.Г. Врублевского [125], ускоряет, по сравнению с морфином, становление и развитие наркомании, утяжеляет клиническую картину абстинентного синдрома и соматоневрологических осложнений. П.К. Мустафетова, А.В. Погосов [126] сравнили медико-социальные последствия опийной наркомании, развившейся вследствие злоупотребления кокаином и опиум-сырцом, обработанным уксусным ангидридом (ОСОА). Употребление ОСОА, по данным авторов, способствует формированию токсической энцефалопатии с интеллектуально-мнестическими нарушениями. У большинства же больных кокаиновой наркоманией длительное время сохраняются интеллектуально-мнестические функции, морально-нравственные установки. Авторы пришли к выводу, что использование традиционных наркотиков и способов их введения приводит к формированию заболевания с менее прогрессирующим течением.

В отношении наличия интеллектуально-мнестических расстройств у больных опийной (морфинной, героиновой) наркоманией мнения исследователей неоднозначны. В конце 18 века Gossmann [127] утверждал, что длительное употребление препаратов морфия отражается на умственной работоспособности, А. Эрленмейер, П. Солье [128] в своих наблюдениях также отмечали у морфинистов неточность памяти, падение продуктивности умственной работы, особенно творческой, повышенную утомляемость и невозможность планомерной деятельности.

А. Горовой-Шалтан [129] описывая морфинистов с длительным стажем употребления, отмечали характерные для данной категории лиц симптомы: психическую астению, трудности сосредоточения внимания, снижение умственной работоспособности, достигающей в пе-



риод абстинентного синдрома такой степени выраженности, что оказывалось полностью невозможным совершение какой-либо деятельности даже в самом медленном темпе. При предъявлении более сложных требований (продолжительное чтение, систематические занятия) несостоятельность больных морфинизмом обнаруживалась резко даже в состоянии реконвалесценции. При этом данным автором особо подчеркивалось, что даже в наиболее тяжелых случаях при прекращении злоупотребления морфием и ликвидации абстиненции интеллектуальная деятельность обычно постепенно и медленно восстанавливается. Этой же точки зрения и придерживались M.Nyswander [130], которые считали, что у больных опийной наркоманией интеллект остается сохраненным на протяжении длительного времени от начала наркотизации.

Другие авторы придерживались несколько иной точки зрения. Они полностью отрицали снижение интеллекта у этих больных и указывали, что он остается сохраненным на протяжении длительного времени от начала наркотизации, а качество мышления при должной степени сосредоточения оказывается высоким [131, 132].

И.Н. Пятницкая [18, с. 105-115] в своих наблюдениях опиоманов с длительностью заболевания более 20 лет не обнаружила у них признаков органического снижения. В третьей стадии наркомании, формирующейся через 5-10 лет от начала заболевания, по данным автора, наблюдается нарастание дефицитарности психических функций до степени «глубокой гипергии». Интеллектуально-мнестические изменения на этапе синдрома хронической интоксикации, по мнению этого автора, характеризуются рядом особенностей. У больных героиновой наркоманией происходит постепенная утрата интереса к умственным задачам, оценке, анализу ситуаций. Слабеет способность к активной концентрации внимания, что в свою очередь затрудняет мыслительные операции. Уменьшается способность запечатления и удержания мнестического материала. При этом возникающие в процессе наркомании признаки интеллектуально-мнестического снижения и личностные изменения в виде астении и анергии, как правило, обратимы при условии прекращения приема наркотика и продолжительной ремиссии.

И.П. Лысенко, А.Д. Ревенко [58, с. 393] изучая патопсихологические характеристики больных опийной наркоманией, в том числе с длительным стажем заболевания, не отметили у них выраженных затруднений при осуществлении операций анализа, синтеза и сравнения. Однако отмечалось выраженное несоответствие между сохранностью этих операций и крайне низким уровнем работоспособности больных при выполнении экспериментальных заданий, что связано, по мнению

авторов, с нарушением у этих больных волевого компонента интеллектуальной деятельности.

В исследовании А.А. Козлова, Т.С. Бузиной [133] было выяснено, что интеллектуально-мнестические нарушения у больных героиновой наркомании носят транзиторный характер. Как показывают их катамнестические исследования, длительный отказ от употребления наркотиков приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций, однако полного их восстановления не отмечается.

По мере накопления знаний и усовершенствования методов исследования появились новые факты, указывающие на новые механизмы интеллектуально-мнестического снижения при опийными наркомании. По мнению Л.Н. Благова [134], одним из основных психопатологических проявлений опийной зависимости являются расстройства мышления с вовлечением всех его компонентов: смещение в сторону чувственного (образного) вида мыслительной деятельности, всецелая зависимость суждений и умозаключений от ощущений и восприятий. Автором выделяется отдельный феномен «параллельного мышления», отличающегося инертностью, однобокой логикой, ходульностью, безапелляционностью, выхолащенностью высказываний. Причем, если на начальных стадиях заболевания такие нарушения обслуживают лишь удовлетворение патологического влечения, то по мере прогрессирования заболевания и оформления дефекта, расстройства мыслительной сферы генерализируют и отражают общий вектор эпилептизации психики (эгоцентричность, вязкость, ригидность).

Таким образом, в современной наркологии существует противоречивость взглядов на сам факт существования в клинической картине опийной наркомании интеллектуально-мнестического снижения. Как следствие этого, не определены достоверно масштабы и глубина данного расстройства, размыты его дифференциально-диагностические критерии, динамические характеристики, не раскрыты закономерности взаимосвязи данного расстройства со стадиями патологического процесса. Отсутствие единого мнения относительно патогенетической сущности данного феномена не позволяет четко определить его места в синдромальной структуре заболевания.

1.2.1.3 Волевые нарушения при опийной наркомании у больных наркоманий

Воля – психический процесс, заключающийся в сознательной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека.

Нарушения воли достаточно характерны для наркозависимых. В процессе наркотизации постепенно происходит опустошение психики, снижение интересов, обеднение эмоций. Даже на начальных этапах у больных отмечается падение активности, причем это касается, главным образом, социально положительной направленности деятельности. Когда речь идет о необходимости приобрести наркотик или добыть средства к его приобретению, больные становятся необычайно активны и изворотливы. Многие авторы указывали на высокий уровень противоправных действий больных наркоманией [135, 136, 137, 138, 139]. Прослеживается непостоянство интересов: нередко за короткий промежуток времени больные часто меняют свои увлечения, места работы или учебы. Они бросают учебу, мотивируя это потерей интереса к избранной ранее специальности. Профессиональный уровень постепенно снижается. Собственная дальнейшая судьба многих больных мало интересует. Во всех своих неудачах они склонны обвинять окружающих – родителей и других близких людей, коллег по работе, педагогов, хотя сами не прикладывают никаких усилий, чтобы исправить положение. Совершая общественно неприемлемые поступки, больные нередко не чувствуют угрызений совести, иногда критика к себе полностью отсутствует. За исключением случаев осуждения по статьям Уголовного кодекса об изготовлении, хранении и продаже наркотиков, среди наркоманов преобладает преступность в виде мошенничества и краж личного (но не государственного или общественного) имущества. Возможно, это объясняется тем, что подобные преступления требуют достаточно организованных действий, на которые наркоманы мало способны. Как правило, больные героиновой наркоманией, привлекаются к уголовной ответственности, не за насильственные преступления (разбой, нападения), а за кражи, совершенные в большинстве случаев спонтанно, без предварительной подготовки. При арестах в меньшей степени сопротивляются милиции или полиции [140, 141, 142]. По данным многих исследователей, при изучении причин преступности нельзя исключить такой фактор, как пол [143, 144, 145]. Достаточно интересным фактом, касательно криминогенности больных героиновой наркоманией, является тот факт, что среди женщин, употребляющих наркотики, уровень преступности выше, чем у мужчин-наркозависимых [146]. Также женщины, употребляющие героин, достаточно часто подвергаются арестам и имеют судимости [147].

Воля для наркозависимой личности почти не достигаемая способность. Наркозависимой личности чрезвычайно трудно регулировать себя, свое поведение и психические проявления в социально приемле-

мых рамках. Хотя в антисоциальных и асоциальных поступках частичные проявления свойств воли присутствуют.

Согласно наблюдению Ю.А. Россинского, В.Я. Семке, Ж.К. Мусабековой [148] у пациентов, находящихся в патологическом персонологическом статусе, происходит перераспределение волевой активности в сторону обслуживания наркозависимости. Эта закономерность справедлива как в отношении осознаваемого, так и в отношении неосознаваемого мотивов. Наркоманическая волевая активность разворачивается во всех классических аспектах: целеполагание, структурированный план, целенаправленное действие. При этом вакуум активности такие пациенты демонстрируют при преодолении социально приемлемых препятствий. При этом пациенты избегают строить планы на будущее, конкретизировать жизненные цели. Однако в ходе исследования параметров целенаправленного поведения у больных опийной наркоманией Н.С. Куреком [50, с. 65] получены данные о прямой корреляции целенаправленности поведения в ситуациях приобретения наркотиков и предметов домашнего обихода. Авторами высказывается сомнение в верности теорий формирования наркомании, основанных на представлениях о реципрокной взаимосвязи «наркотической» и социальной активности. Согласно данным В.Д. Менделевича [40, с. 36], полученным при исследовании характера волевой деятельности у гемблеров, в ходе которого в качестве группы сравнения бралась группа опийных наркозависимых лиц, у химических аддиктов наблюдались стабильно высокие результаты по всем шкалам нарушений. Среди выявленных нарушений значились: низкая способность к прогнозированию, инициация волевого действия под влиянием импульса, трудности с преодолением препятствий, высокий уровень навязчивостей и автоматизмов.

Таким образом, наличие волевых расстройств при опийной наркомании признается большинством современных авторов. Однако существует дефицит знаний в квалифицированной диагностике и верификации указанных расстройств. Противоречивы данные относительно структуры волевых нарушений. Отсутствуют данные о динамике этих симптомов, не определено их место в общей психопатологии наркомании.

### **1.3 Резюме**

Таким образом, результаты проведенных исследований показали, что в настоящее время сохраняется высокая распространенность наркотизма, лидирующее положение в котором стабильно занимает злоупотребление опиатами. Этому способствует большое разнообразие

приведенных выше предпосылок, объединяемых в несколько групп. Влияние указанных предрасполагающих факторов отражается как в структуре нозологии, так и на ее динамических характеристиках.

Сама клиническая картина заболевания нашла широкое отражение в многочисленных литературных источниках. При детальном рассмотрении данной тематики обнаруживается недостаток в системном описании синдромологии, дефицит психопатологически обоснованной квалификации последней.

Пласт исследований, посвященных клиническим проявлениям опийной наркомании, в большей степени акцентирует внимание на динамических характеристиках (стадийности) и определении глубины так называемых психопродуктивных (позитивных) синдромов. Однако и они освещены в большей степени номинативно, без вычленения их патогенетической сущности, и как следствие без прогнозирования патогенеза указанных расстройств.

Другим и, как видится нам, одним из важнейших дефицитов в знаниях о синдромологии опийной наркомании, является отсутствие четкого понятия о «негативной», «дефицитарной» стороне заболевания. Анализ литературных источников демонстрирует лишь отдельные упоминания о появляющихся в процессе наркотизации дефицитах. Крайне скудно освещены попытки их синдромальной систематизации. Противоречивы данные о глубине таких расстройств, возможной природе их возникновения. В отличие от эндогенных заболеваний, на которых изучаются и уже выделен ряд закономерностей синдромов негативного круга, в болезнях зависимости, и в частности - при опийной наркомании, указанные психопатологические симптомокомплексы являются «ажурными», не достигающими дефицитарной глубины. Несмотря на это, экстраполируя аксиомы общей психопатологии на область наркологических знаний, можно предполагать, что именно эти синдромы придают специфичность заболеванию, а совместный ход психопродукции и негативных расстройств достоверно может раскрыть закономерности динамического профиля нозологии (стадий зависимости), в том числе судить об исходах заболевания.

Из всего выше изложенного, нам видится необходимым выявление и описание негативных психопатологических синдромов, в клинике героиновой наркомании, типологизация и систематизация негативных патопсихологических синдромов в зависимости от затрагиваемых ими сфер психической деятельности, а также оценка скорости формирования и темпов динамики негативных психопатологических синдромов в процессе лечения и воздержания от употребления наркотиков.

## РАЗДЕЛ II

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Объектом исследования* явились больные с зависимостью от героина, представленные репрезентативной выборкой.

*Предмет исследования:* негативные расстройства, возникающие у больных героиновой наркоманией и их динамика в зависимости от стажа злоупотребления героином.

Исследование состояло из двух частей, при этом использовался обсервационный метод исследования. Под обсервационным методом исследований понимается метод наблюдений и описаний без воздействия на объект исследования [149]. В свою очередь обсервационные исследования подразделяют на кросс-секционные (метод поперечного среза) и лонгитудинальные или follow-up исследования, когда изучаемую популяцию наблюдают на протяжении определенного промежутка времени и регистрируют изменения. Технологию, примененную в настоящем исследовании, можно отнести к лонгитудинальным с дальнейшей статистической обработкой полученных результатов и включило следующие основные этапы:

Этап набора материала (отбор групп, проведение обследования, заполнение карт исследования, формирование базы данных) – 2006-2010 гг.

Статистическая обработка материала и анализ полученных результатов – 2008-2010 гг.

#### **2.1 Характеристика материала исследования**

В рамках настоящей работы было обследовано 140 больных, имеющих зависимость от героина и проходивших лечение в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) в 2007-2009 гг., а также пациентов, имеющих зависимость от героина и состоящих на диспансерном учете в Областном центре лечения и профилактики психических заболеваний (г. Павлодар). Исследуемая группа была поделена на две подгруппы; в 1 подгруппу исследуемой группы вошли пациенты с общим стажем наркотизации не более 1 года (n=62), во 2 подгруппу вошли пациенты с общим стажем наркотизации более 5 лет (n=78). Помимо исследуемой группы была набрана группа контроля (n=92), в состав которой вошли лица без признаков зависимости. Возрастной состав и образовательный уровень лиц из контрольной группы были сопоставимы с аналогичными критериями лиц из исследуемой группы.

*Критерии включения* в обследование больных соответствовали диагностическим категориям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ -10) (1994) и включал синдром зависимости в результате употребления опиоидов (F11.2).

*Критериями исключения* являлись:

- умственная отсталость;
- эндогенные психические заболевания;
- установленный диагноз специфическое расстройство зрелой личности;
- тяжелые органические поражения мозга ненаркотической этиологии;
- декомпенсация хронических соматических заболеваний;
- сочетанное употребление наркотиков и психоактивных веществ, когда система приема хаотична и неопределенна, а последствия злоупотребления различными веществами неразделимо смешанны.

#### 2.1.1 Общая характеристика группы исследования

Распределение исследуемых групп по полу было следующим: в первой подгруппе исследуемой группы 71,8%, от общего количества составили мужчины, оставшиеся 28,2% - составили женщины. Во второй подгруппе мужчины и женщины составили 86% и 14%, соответственно. В контрольной группе количество мужчин составило 60,4%, количество женщин составило 39,6%. Возраст обследованных колебался от 18 до 32 лет и в среднем составлял  $23,2 \pm 3,24$  года. Распределение больных по возрастным группам представлено на рисунке 1.

Как следует из представленных на рисунке 1 данных, героиновой наркоманией были поражены лица активного молодого возраста. Наиболее часто встречались молодые люди в возрасте от 22 до 30 лет.

Подавляющее число пациентов во всех группах (67,5%; 65,4%; 63,0%, соответственно) составляли лица, имеющие среднее образование. Лица с высшим образованием во всех группах составили 12,5%, 11,5%, 15,2%, соответственно. Наиболее низкий процент составили пациенты с неполным средним образованием, (2,5%, 3,8%, 2,2%). Распределение пациентов по уровню образования представлено на рисунке 2.

На момент обследования из больных 1 подгруппы исследуемой группы 40% не состояли в браке и ранее никогда в него не вступали, во 2 подгруппе данные показатели составили 36,5%, а в контрольной группе данный показатель составил 60,9%. Состояли в браке в 1 подгруппе исследуемой группы - 25%, во 2 подгруппе - 15,4%, а в группе контроля - 17,4%.

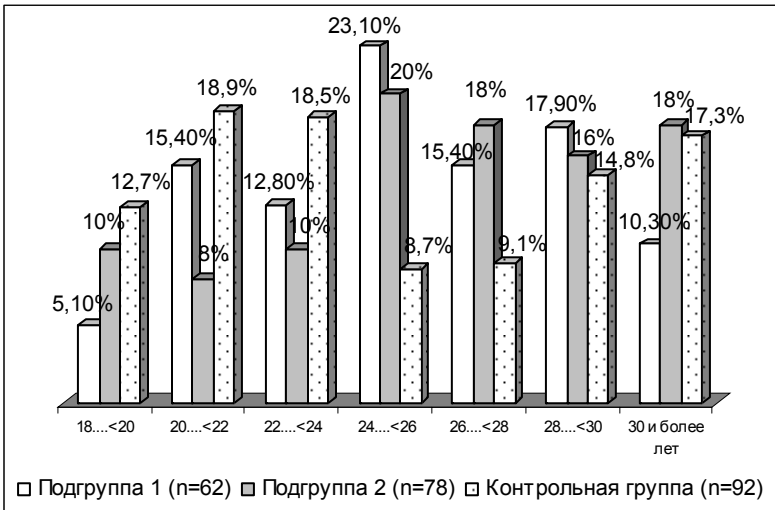


Рисунок 1. Распределение пациентов исследуемой и контрольной группы по возрасту

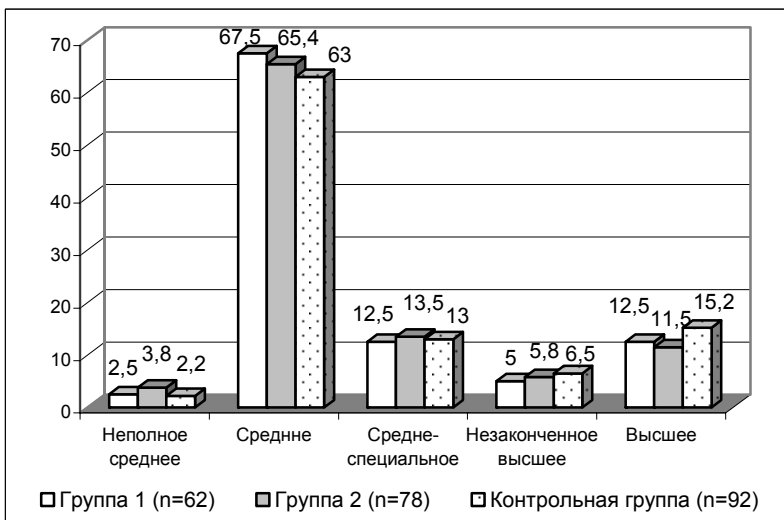


Рисунок 2. Распределение пациентов исследуемой и контрольной группы по уровню образования



Разведенные люди во всех группах составили следующие цифры: 1 подгруппа - 12,5%, во 2 подгруппе данный показатель был выше - 19,2%, в контрольной группе разведенных людей было 4,3%. Большинство из употреблявших наркотики лиц, разведенных, сообщали, что ведущей причиной распада брака являлась их наркотизация. Более подробная характеристика семейного положения пациентов представлена на рисунке 3.

Невысокий удельный вес лиц 1 и 2 подгруппы, состоящих в браке, по всей видимости, объясняется их аддиктивными установками и поведением.

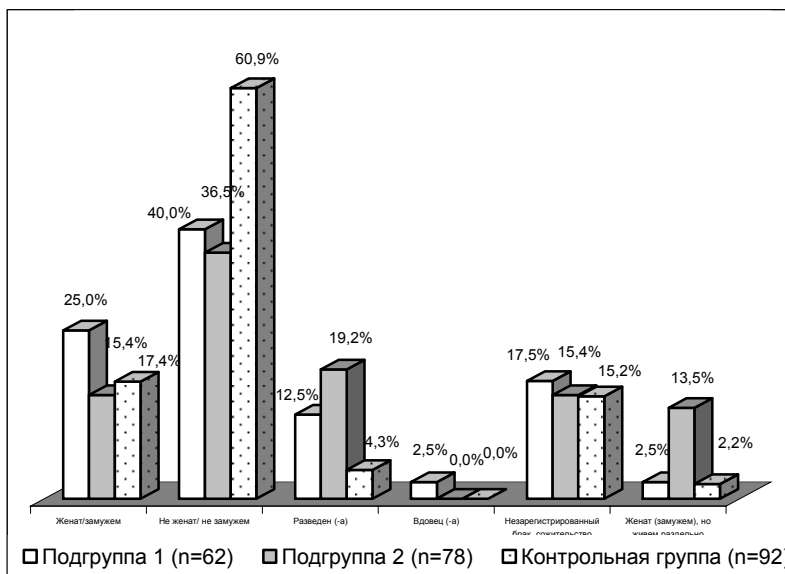


Рисунок 3. Семейное положение пациентов

Характеристика наследственной отягощенности у пациентов исследуемых подгрупп представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы 1 больные исследуемых групп достоверно не отличаются, что в целом соответствует методике формирования групп (рандомизация).

Таким образом, косвенно подтверждается гипотеза о преобладании среди факторов, способствующих развитию негативной симптоматики, длительности употребления наркотиков, а так же частота их употребления (массивность наркотизации).

Таблица 1

*Характеристика наследственной отягощенности  
у пациентов исследуемых подгрупп*

Наследственная отягощенность	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)	
	абс.	%	абс.	%
Алкоголизм матери	1	1,6	3	3,8±2,2
Алкоголизм отца	7	11,3±4,0	12	15,4±4,1
Алкоголизм у обоих родителей	0	0,0	1	1,3
Наркомания матери	0	0,0	0	0,0
Наркомания отца	2	3,2±2,2	2	2,6±1,8
Наркомания у обоих родителей	0	0,0	0	0,0
Шизофрения у родителей	0	0,0	1	1,3
Эпилепсия у родителей	1	1,6	1	1,3
Наследственной отягощенности нет	51	82,3±4,9	58	74,4±4,9
<i>Примечание – Достоверных различий между подгруппами не обнаружено (P&gt;0,05)</i>				

Сводные данные, касающиеся структуры преморбидных особенностей личности обследованных лиц представлены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, во 2 подгруппе достоверно чаще отмечены лица преморбидно неустойчивого типа (32,1% против 22,6%) и достоверно реже - преморбидно гармоничные (39,7% и 51,6%, соответственно по подгруппам исследования).

Таблица 2

*Структура преморбидных особенностей  
личности обследованных лиц*

Преморбид	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)		P
	абс.	%	абс.	%	
Неустойчивый	14	22,6±5,3	25	32,1±5,3	<0,05
Шизоидный	0	0,0	1	1,3	>0,05
Эпилептоидный	2	3,2±2,2	4	5,1±2,5	>0,05
Истероидный	12	19,4±5,0	15	19,2±4,5	>0,05
Психастенический	2	3,2±2,2	2	2,6±1,8	>0,05
Без акцентуации	33	53,23±6,3	31	39,7±5,5	<0,05
Экзогенно-органическая патология	0	0	0	0	>0,05

Средний возраст начала систематического злоупотребления героином в обеих подгруппах был в целом сопоставимым, без статистически достоверных различий (в 1 подгруппе -  $19,7 \pm 2,7$  лет, во 2 подгруппе -  $18,9 \pm 2,5$  лет). Этот фактор (возраст начала наркотизации) учитывался нами при наборе подгрупп как один из лимитирующих; в дальнейшем это позволило оценить степень выраженности негативной симптоматики на различных этапах течения болезни путем сравнения пациентов с малым и большим стажем наркотизации. Скорость формирования героиновой наркомании у пациентов исследуемой группы представлена в таблице 3.

Скорость формирования зависимости от героина зависит, прежде всего, от частоты и способа употребления наркотика. Наиболее наркогенным является ежедневное, внутривенное введение героина (становление наркомании происходит после 3-5 инъекции). Средняя продолжительность формирования зависимости по различным данным составляет 2-3 месяца.

Как видно из таблицы 3, скорость формирования наркомании у больных 1 и 2 подгруппы исследуемой группы существенно не отличались.

Интересным фактом на наш взгляд являлось то, что в первой подгруппе отмечалась большая численность пациентов с высокой скоростью формирования наркомании в 1 подгруппы, (35,5% по сравнению с 24,4% во 2 подгруппе).

Таблица 3

*Скорость формирования героиновой наркомании у пациентов исследуемой группы*

Скорость формирования наркомании	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)		P
	абс.	%	абс.	%	
Высокая	22	35,5	19	24,4	>0,05
Средняя	28	45,2	41	52,6	>0,05
Малая	12	19,4	18	23,1	>0,05

*Примечание - Скорость формирования героиновой наркомании – время от начала систематического злоупотребления героином до формирования патологического влечения к нему - высокая (до 3 месяцев), средняя (1-2 года), малая (более 3 лет).*

Мы объясняем данную находку следующим образом: во 2 подгруппе с длительным стажем наркотизации (более 5 лет) постепенно происходил «отсев» наиболее агрессивно наркотизирующихся пациен-

тов, то есть лиц, употреблявших наркотики в больших количествах (как за счет смертности в результате передозировок и сопутствующих наркозависимости заболеваний, так и за счет более активного терапевтического вмешательства). В 1 подгруппе данный процесс находился в самом начале, чем и объясняется больший процент пациентов с высокой скоростью формирования наркомании. Длительность заболевания (героиновая зависимость) в исследуемых группах была следующей: у большинства лиц с зависимостью от героина в 1 подгруппе (39,1%) стаж наркотизации составлял от 9 до 12 месяцев, и у 26,1% от 3-6 месяцев. Во 2 подгруппе длительность заболевания составляла следующие показатели: 38,9% употребляли героин в течение 3-6 лет, а также 38,9% употребляли героин в течение 9-12 лет.

Учитывая принципиальную невозможность сохранения всеми пациентами режима воздержания, а также методологические сложности в обследовании пациентов, сменивших место жительства, численность подгрупп через 6 месяцев выглядела следующим образом: (таблица 4).

Таблица 4

*Численность пациентов исследуемой группы  
спустя 6 месяцев с момента выписки*

Статус	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)	
	абс.	%	абс.	%
Находится в воздержании (участвуют в исследовании)	44	71,0	51	65,4
В активном употреблении	12	19,4	14	18,0
Смена местожительства	2	3,2	7	9,0
Нет данных	4	6,5	6	7,7

### 2.1.2 Базисная карта стационарного больного

«Базисная карта стационарного больного» представляет собой разработанную нами стандартизованную схему для регистрации социальных характеристик, показателей соматического, психического, психологического здоровья пациентов. «Базисная карта стационарного больного» состоит из трех частей. Первая часть, которая заполняется пациентом, состоит из пяти разделов, каждый из которых представлен 172 параметрами, характеризующимися 804 показателями. Ниже представлены названия разделов и соответствующее им количество параметров и показателей:

- 1) общие сведения - 9 параметров (63 показателя);
- 2) этнокультуральные сведения - 23 параметра (97 показателей);

- 3) социологический раздел - 38 параметров (253 показателя);
- 4) социально-психологический раздел - 34 параметра (195 показателей);
- 5) карты опросов - 68 параметров (196 показателей).

Вторая часть «Базисной карты стационарного больного», которая так же заполняется пациентом, состоит из четырех разделов, в которых отражена информация об употреблении пациентом психоактивных веществ:

- употребление табака;
- употребление алкоголя;
- употребление наркотиков;
- употребление других ПАВ.

В каждом разделе имеются следующие подразделы:

- 1) этнокультуральные традиции (8 параметров, 31 показатель);
- 2) употребление психоактивного вещества пациентом (36 параметров, 240 показателей).

В общей сложности вторая часть «Базисной карты стационарного больного» представлена 176 параметрами, характеризующимися 1084 показателями.

Третья часть заполняется лечащим врачом, врачами - консультантами, психологом. Она состоит из двух разделов: «Общие сведения о пациенте» и «Клинический раздел».

Общие сведения о пациенте включают: паспортные данные пациента, код региона и номер его электронной карты, даты поступления и выписки, количество койко-дней и причину прекращения лечения в случае досрочной выписки.

Клинический раздел включает:

- перечень выявленных синдромов;
- клинический диагноз;
- показатели клинико-лабораторных исследований или результаты лабораторных анализов (анализы мочи, крови, кала);
- данные нейрофизиологического исследования (лаборатории функциональной диагностики);
- врачебного клинического обследования (заключения врачей консультантов), психологической диагностики (психологической лаборатории).

Базисная карта стационарного больного заполнялась на каждого пациента, включенного в исследование.

#### 2.1.3 Стандартные формы истории болезни

Стандартные формы истории болезни (форма №003У) содержат следующие разделы:

- 1) паспортная часть, регистрирующая фамилию, имя, отчество больного, его возраст, кратность поступления в стационар, сроки пребывания в РНПЦ МСПН (далее по тексту – Центр);
- 2) информационная часть, включающая:
  - полный анамнез (анамнез жизни и анамнез заболевания, описанные в хронологической последовательности);
  - соматический статус;
  - неврологический статус;
  - психический статус;
  - данные клинико-лабораторных исследований, функциональной диагностики, врачебно-клинического обследования, психологической диагностики;
  - лечение;
  - катамнез.

Стандартные формы истории болезни отражают этапы диагностического и лечебного процесса.

На *первом этапе* запись врача приемного покоя обосновывает причины госпитализации.

На *втором этапе* первичный врачебный разбор подтверждает обоснование госпитализации, определяет план диагностико-лечебной тактики.

*Третий этап* включает записи лечащего врача в виде целенаправленного сбора информации о больном и его заболевании, реализации диагностико-лечебного плана, заключения врачей - консультантов, данные параклиники.

Следующий этап - это повторный врачебный разбор, состоящий из анализа и синтеза собранной информации, дифференциального диагноза, окончательного клинического диагноза, лечения, прогноза.

Заключительный этап диагностического и лечебного процесса включает описание выписного эпикриза - краткой самой существенной информации об особенностях проявления заболевания и его терапии, рекомендации.

#### 2.1.4 Сборник рандомизированных и валидных тестов

Сборник рандомизированных и валидных тестов, специально подобранных нами для выявления и диагностики негативных патопсихологических синдромов у респондентов исследуемых и контрольных групп.

## **2.2 Методы исследования**

### **2.2.1. Общая методология сбора информации**

Исследование проведено в период с 2007 по 2009 годы на базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар), а также среди лиц, состоящих на диспансерном учете в Областном центре лечения и профилактики психических заболеваний г. Павлодара.

Все пациенты перед прохождением исследования давали информированное согласие, подписывая бланк, утвержденный Этическим комитетом РНПЦ МСПН.

Тестирование участников проводилось спустя две недели - после полной отмены всех препаратов (антидепрессантов, нейролептиков, антиконвульсантов), кроме препаратов, необходимых для лечения соматической патологии.

Сбор информации осуществлялся индивидуально путем заполнения исследовательских карт под контролем исследователя с дальнейшим занесением в базу данных.

Через 6 месяцев после выписки пациента из стационара проводилось катамнестическое исследование ремиссии специально обученным медицинским персоналом организационно-методического отдела РНПЦ МСПН. Для объективизации катамнестических сведений сопоставлялась информация из различных источников: сам пациент, его близкие родственники, участковый врач-нарколог, статистический отдел областных наркологических диспансеров. Регистрируемые показатели вносились в общую компьютерную базу данных для накопления и обработки информации о длительности и качестве ремиссии пациентов исследуемой и контрольной групп. Однако, в силу особенностей методологии работы, катамнестический раздел не был включен в окончательный вариант.

Сбор информации осуществлялся с помощью пакета экспертной системы ЭС-АГ, произведенной по заказу РНПЦ МСПН и максимально приближенной к условиям его работы. Для сбора информации используется база данных в стандарте Paradox, состоящая из нескольких таблиц для сохранения информации. Программа позволяет оперировать и сохранять данные одного параметра многократно в течение времени. Удаленная информация, в случае необходимости, подлежит восстановлению. Программа, входящая в пакет экспертной системы AG Narcology.exe, осуществляет подготовку исходного файла для статистических расчетов, что позволяет произвести статистико-математический анализ, сократив длительность промежуточных операций.

На плановое лечение в РНПЦ МСПН пациент поступал при наличии необходимого объема обследования: выписки и направления участкового врача-нарколога, результатов обследования врача-инфекциониста, анализов крови на ВИЧ-инфекцию, RW, HBs-антиген, вирус гепатита С, данных флюорографии органов грудной клетки. В случае отсутствия некоторых вышеуказанных результатов анализов, обследования проводились в стационаре РНПЦ МСПН.

Клинико-биохимические исследования проводились врачами-лаборантами и фельдшерами-лаборантами клинико-биохимической лаборатории Центра. Биохимические и гематологические тесты производились полуавтоматическим анализатором Hospitex Diagnostics S.A. Screen master 3000 - микропроцессорным фотометром с набором интерференционных фильтров, который производит фотометрические измерения и делает необходимые подсчеты в соответствии с программным обеспечением (в памяти прибора хранится 60 программ - тестов). С помощью анализатора производились исследования по следующим методикам: измерение абсорбции (оптической плотности), «конечная точка» (end point), кинетика (kinetic), 2-точечное измерение (fix time) и измерения с нелинейной калибровкой - MSD.

В течение первых трех суток исследовались:

- общий анализ крови;
- общий анализ мочи.

Общий анализ мочи проводился по стандартной технологии. Лабораторные анализы были разделены на две группы:

- а) обязательные анализы, которые проводились всем пациентам;
- б) дополнительные анализы, проводимые по клиническим показаниям.

В перечень обязательных лабораторных анализов входили:

- анализ крови на ВИЧ-инфекцию;
- RW;
- HBs-антиген;
- вирус гепатита С;
- общий и биохимический анализы крови;
- общий анализ мочи.

Обязательный биохимический анализ крови включал тесты по измерению показателей общего белка, общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), тимоловой пробы, сахара крови. К обязательным анализам относилось исследование мочи на наличие наркотических веществ и их метаболитов. К дополнительным анализам относились: биохимический анализ крови



(тесты по измерению уровня мочевины, креатинина, железа, мочевой кислоты, альфа-амилазы, кальция, холестерина, щелочной фосфатазы, калия и натрия) и развернутый анализ крови (определение времени свертывания, времени кровотечения, количества тромбоцитов).

Периодически по показаниям исследовалась моча на наличие метаболитов наркотических веществ (амфетамина, марихуаны, морфина, кокаина, метамфетамина, галлюциногенов) и психотропных препаратов. В этом случае проводился поляризационный флюороиммуноанализ. Для экспресс-диагностики наркотических веществ (амфетамина, марихуаны, морфина, кокаина, метамфетамина) и их метаболитов в моче использовался набор полосок «Иммуно-Хром - 5 - МУЛЬТИ - Экспресс».

Нейрофизиологические исследования проводились в нейрофизиологической лаборатории Центра. Функциональная диагностика подразделялась на обязательную и дополнительную диагностики.

К обязательным исследованиям относились электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), эхоэнцефалоскопия (М-Эхо). Обработка и интерпретация данных производилась компьютерными программами, являющимися приложением нейрофизиологического оборудования: РЭГ - компьютерный реограф «Рео-Спектр», «Комплекс реографический для автоматизированной оценки системного регионарного кровотока «РЕО-СПЕКТР» НС 1005» (Ф «НейроСофт» № РОСС гв. ИМ02. В07927); М-Эхо - комплекс компьютеризированный «Эхоэнцефалоскоп-01-МБН» (Ф «МБН», ПТАУ. 941217.004 РЭ); ЭЭГ - компьютерный электроэнцефалограф «Нейрон-Спектр», комплекс компьютерный для анализа биопотенциалов мозга с мониторным каналом ЭКГ «Нейрон-Нейрософт-01» (Ф «НейроСофт» № РОСС гв. ИМ02. В07928). Интерпретация данных исследования и заключение проводилась врачами-нейрофизиологами. За период лечения (60 суток) обследование проводилось дважды: первое исследование в течение первых суток до начала медикаментозной терапии и второе - перед выпиской на 51-55 сутки.

По клиническим показаниям проводились дополнительные исследования: электрокардиография (ЭКГ), ультразвуковая доплерография (УЗДГ). Техническую часть обследования проводил обученный средний медицинский персонал (медсестра - лаборант кабинета функциональной диагностики).

Объем врачебно-клинических обследований включал консультации врачей: психиатра-нарколога, психотерапевта, терапевта, физиотерапевта, невропатолога, нейрофизиолога, клинического психолога, дополнительно - инфекциониста, гинеколога. Обследование врачами-

консультантами проводилось в 3-7 дни пребывания пациента в стационаре. Обязательными являлись консультации врачей: терапевта, невропатолога, физиотерапевта. По показаниям проводились консультации другими специалистами.

### 2.2.2 Методы лечения

Метод детоксикации и купирования проявлений абстинентного синдрома (в случае поступления пациента в активном употреблении либо в состоянии отмены) проводился с учетом психопатологической картины болезни. В большинстве клинических случаев лечение сводилось к медикаментозной нивелировке ведущих психопатологических синдромов (патологическое влечение к наркотику, нарушения сна, аффективные расстройства и т.д.). Для этого использовались следующие группы препаратов:

- 1) клонидин (клофелин) - агонист альфа-2-адренорецепторов ЦНС - до 0,6-0,9 мг в сутки;
- 2) трамал (трамадола гидрохлорид) - обезболивающее средство центрального действия - 400-600 мг в сутки;
- 3) нейролептики с учетом выраженной неврологической патологии у большей части пациентов; предпочтение отдавалось атипичным нейролептикам – рисперидон до 6 мг в сутки, оланзапин – до 20 мг в сутки, клозапин – до 100 мг в сутки; реже с целью купирования диссомнических расстройств использовался хлорпромазин – до 150 мг в сутки либо левомепромазин – до 100 мг в сутки;
- 4) транквилизаторы (в основном, производные бензодиазепа - диазепам до 60 мг/сутки, фенозепам до 5 мг в сутки);
- 5) антиконвульсанты (карбамазепин до 600 мг в сутки);
- 6) антидепрессанты - использовались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), а также антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина:
  - флувоксамин до 150 мг в сутки;
  - сертралин до 100 мг в сутки;
  - флуоксетин до 200 мг в сутки;
  - венлафаксин до 150 мг в сутки;
  - дулоксетин до 60 мг в сутки.

Выбор конкретного средства определялся ведущим компонентом аффективных нарушений и спектром действия препарата.

С целью уменьшения метаболической нагрузки, а так же для ускоренной детоксикации примерно в 2/3 случаев использовались инфу-

зии (до 800 мг в сутки) физиологического раствора. С общеукрепляющей целью использовались витамины группы В (В1, В6, В12), витамин С, гепатопротекторы (селимарин). В большей части случаев длительной антиабстинентной терапии составляла 7-10 дней.

### 2.2.3 Клинико-психопатологический метод

Данный метод использовался нами для квалификации, определения степени выраженности и исследования динамики негативных расстройств у пациентов исследуемой группы. Для квалификации негативных расстройств использовалась классификация А.В. Снежневского (1983):

- истощаемость психической деятельности;
- субъективно осознаваемая измененность «Я»;
- объективно определяемая измененность личности;
- дисгармония личности;
- снижение энергетического потенциала;
- снижение уровня личности;
- регресс личности;
- амнестические расстройства;
- тотальное слабоумие – психический маразм.

Однако, учитывая особенности клиники героиновой наркомании, нами не были отмечены более глубокие негативные расстройства, начиная с круга амнестических расстройств. В связи с этим нами были использованы «вспомогательные» методики, приведенные ниже. Нами исследовались следующие клинико-психопатологические характеристики негативных патопсихологических синдромов в клинике героиновой наркомании: эмоционально-волевые нарушения; интеллектуально-мнестические нарушения; когнитивные нарушения.

Таким образом, клинико-психопатологическим методом анализировались, в основном, клинические и клинико-психопатологические характеристики, идентифицирующие квалификацию и динамику психического состояния пациентов.

### 2.2.4 Экспериментально-психологический метод

Данным методом исследовалась динамика развития личностных свойств и качеств; определялась степень выраженности изменений в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах. С этой целью нами был специально подобран сборник психологических тестов и методик, который в себя включал: субъективную шкалу оценки астении MFI-20, (Multidimensional Fatigue Inventory), состоящий из 20 утверждений, отражающих разные аспекты астении. Данный тест предусматривает дифференциацию по подшкалам общей астении, понижен-

ной активности, снижения мотиваций, физической и психической астении и использовался нами для исследования динамики астенического синдрома.

Для исследования аффективной сферы нами использовалась методика «Самооценка эмоциональных состояний», разработанная американскими психологами А. Уэссманом и Д. Риксом (в данном случае приводится ее сокращенный вариант). Измерение в этой методике производится по 10 балльной (стенной) системе. Данная методика включает в себя четыре набора:

- а) набор № 1 «Спокойствие - тревожность»;
- б) набор № 2 «Энергичность - усталость»;
- в) набор № 3 «Приподнятость - подавленность»;
- г) набор № 4 «Чувство уверенности в себе - чувство беспомощности» (данный набор был исключен, что не повлияло на достоверность полученных результатов).

Для выявления волевых расстройств у респондентов был использован специальный тест, так называемая «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств», Л.О. Пережогина, который был основан на типологии параметров воли, предложенной В.А. Иванниковым (1998), в соответствии с которой весь спектр волевых расстройств был разделен на 7 категорий.

В раздел волевых действий вошли нарушения действий, направленных на удовлетворение потребности в будущем, на создание объективных ценностей, удовлетворяющих потребности общества и отдельных людей, удовлетворение требований ближайшего окружения и выполнение моральных норм.

В раздел преодоления препятствий включено преодоление физических преград, сложности действия, новизны обстановки, внутренних состояний (усталость, болезнь), конкурирующих мотивов и целей, выполнение социально заданных действий на пути к цели. К группе феноменов преодоления конфликта отнесен выбор между несовместимыми действиями, между целями, личными и социальными мотивами, желанием достижения цели и ее последствиями. К категории преднамеренной регуляции отнесена регуляция параметров действия (темпа, скорости, силы, длительности), торможение неадекватных процессов, прежде всего - эмоциональных, организация психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способность противостоять рефлекторным действиям (например, отведению руки от горячего предмета). В категорию автоматизмов и навязчивостей вошли такие феномены, как навязчивые мысли и действия (без отчуждения и чуждые), вы-

работка автоматизмов с потерей над ними волевого контроля. В категорию мотивов и влечений были включены переживание влечений и побуждений, их осознание, субъективное восприятие свободы волевого акта. Последнюю категорию составили прогностические функции. Удобство данной методики заключается в простоте использования, возможности сравнения показателей по шкалам, создания индивидуального профиля испытуемого, возможности прикладной диагностической оценки исследуемых расстройств с уточнением степени их выраженности. Нами также был предусмотрен расчет нормированных показателей, делающих способ более удобным при осуществлении научных исследований и сравнительной диагностики.

Для измерения коэффициента интеллекта (IQ) нами использовался вербальный тест Айзенка, при котором выделяются такие элементы, как скорость интеллектуальных операций, настойчивость и склонность к проверке ошибок, на основе выраженности которых определяется уровень IQ. Центральным вопросом теста Айзенка является вопрос об интеллекте, вернее, о той важной стороне интеллекта, которую Айзенк называет скоростью умственных процессов.

Оценка когнитивных функций была направлена на выявление нарушений функционирования трех основных структурно-функциональных блоков головного мозга (А.Р. Лурия, 1973). Согласно точке зрения А.Р. Лурия, которая в настоящее время является общепризнанной, при поражении образований, входящих в первый (энергетический) блок – неспецифических структур среднего и промежуточного мозга и связанных с ним медиобазальных отделов лобных долей, возникают преимущественно нейродинамические нарушения. Они включают: нарушения внимания, модально-неспецифические нарушения памяти, психомоторную замедленность. При поражении второго блока (приема, переработки и хранения информации), включающего корковые структуры височной, теменной и затылочной долей, возникают операциональные нарушения в виде расстройств речи (афазии), праксиса, гнозиса, модально-специфических нарушений памяти. При нарушении функционирования третьего блока (программирования, регуляции и контроля над протеканием деятельности), преимущественно связанного с префронтальными отделами лобных долей и базальными ганглиями, образующими фронто-стриарную систему, развивается регуляторные расстройства. Они появляются в нарушении формирования замыслов и целей психической деятельности, регуляции и контроля отдельных действий и поведения в целом, оперативной памяти. Исследование проводилось с привлечением, специально подобранного нами ряда тестов.

Для исследования свойств памяти применялся тест на заучивание 10 слов. Оценивалась продуктивность запоминания (максимальный результат заучивания после 5 предъявлений) и прочность запоминания при отсроченном воспроизведении после интерференции.

Для оценки общего состояния когнитивных функций использовалась краткая шкала оценки психического статуса – Mini Mental State Examination – MMSE (Folstein et al., 1975), которые представляют собой набор тестов, оценивающих различные когнитивные сферы.

#### 2.2.5 Статистический метод

Математический анализ осуществлялся с помощью Agstat.exe, входящей в экспертную систему ЭС-АГ. Оценивали следующие статистические показатели: выборочные средние; определение достоверности разности средних (или относительных) величин; стандартные отклонения каждой выборки; доверительные интервалы для средних и для разности средних сравниваемых групп; средняя ошибка средней арифметической; среднеквадратическое отклонение; оценка достоверности разности полученных результатов по критерию t Стьюдента, результаты считали значимым при  $P < 0,05$ .

## РАЗДЕЛ III

### НЕГАТИВНЫЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

#### 3.1 Негативные расстройства астенического регистра у больных героиновой наркоманией

Согласно нашим наблюдениям, в ходе настоящего исследования, у большинства пациентов, независимо от стажа наркотизации, отмечались астенические расстройства: 32 чел. (51,6%) в 1 подгруппе и 53 чел. (67,9%) во 2 подгруппе.

Наиболее часто регистрируемыми симптомами астении у пациентов исследуемой группы являлись симптомы физической астении, проявляющиеся вялостью, быстрой утомляемостью снижением активности и т.п. У пациентов первой подгруппы исследуемой группы (то есть у лиц с небольшим стажем наркотизации) наиболее часто встречался гиперстенический вариант астении с такими характерными симптомами, как повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность и ослабленный самоконтроль. Пациенты данной категории выказывали недовольство существующим режимом отделения, часто вступали в конфликт с персоналом и другими больными. В работе психотерапевтических групп вели себя крайне пассивно, без интереса участвовали в обсуждении различного рода запросах и всем своим видом показывали, что крайне тяготятся своим нахождением в стационаре. Во второй подгруппе исследуемой группы (у лиц с большим сроком наркотизации), напротив, наиболее часто встречался гипостенический вариант астении с такими характерными чертами, как психическая и физическая истощаемость, вялость, адинамия, анергия, замедление мыслительных процессов. Пациенты данной категории любыми путями пытались уклониться от индивидуальной и групповой психотерапии, залеживались в кровати, предъявляя массу соматических жалоб: «Голова раскалывается», «Общая слабость страшная» и т.д. Свободное время проводили бесцельно, слонялись по коридору, либо группировались в курилке, где вели бесконечные разговоры, в основном, «наркотического» содержания. Данные симптомы свидетельствовали о значительном снижении энергетического потенциала, что и позволило нам отнести симптомы этих пациентов к негативным расстройствам астенического круга.

Для выявления астенических нарушений, у пациентов исследуемой группы, нами был использован субъективный опросник астении

MFI-20. В таблице 5 представлены результаты, полученные по субъективному опроснику астении MFI-20.

Как следует из полученных данных таблицы 5 в структуре астенических расстройств у пациентов 1 подгруппы исследуемой группы, при сравнении с пациентами 2 подгруппы общая астения отмечалась в обоих случаях.

Таблица 5

*Оценка выраженности астении у пациентов исследуемой и контрольной групп (по шкале MFI-20) (в баллах)*

Шкала оценки астении	Исследуемая группа		P	Контрольная группа (n=92)	P*	P**
	1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)				
Общая астения	10,8±1,7	12,1±2,1	>0,05	8,1±0,9	<0,05	<0,05
Понижение активности	12,7±1,2	16,3±1,8	<0,05	9,1±1,1	>0,05	<0,01
Снижение мотивации	11,3±1,6	15,1±1,9	<0,05	10,1±1,2	>0,05	<0,05
Физическая астения	10,1±1,1	10,7±1,2	>0,05	7,9±0,8	<0,05	<0,05
Психическая астения	10,5±1,1	11,7±1,2	>0,05	8,7±1,1	>0,05	<0,05
Общий балл	55,4±2,8	63,6±3,1	<0,05	43,9±2,5	<0,05	<0,05
* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе; ** - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе						

Достоверность различия была получена по показателям понижения активности и снижения мотивации. При сравнении же 1 подгруппы исследуемой группы с контрольной группой достоверность различий получена по следующим показателям: понижение активности и снижение мотивации. Полученные данные по 2 подгруппе в сравнении с контрольной группой представлены следующим образом - достоверность различий получена по всем пяти показателям: общая астения, понижение активности, снижение мотивации, физическая и психическая астения.

На основании полученных данных, мы сделали следующие выводы. Общая астения, отмечаемая в исследуемой и контрольной группах, не зависит от стажа употребления наркотиков и, по всей вероятности, является обязательным компонентом клинической картины героиновой наркомании. Понижение активности и снижение мотивации, достоверно



чаще регистрируемые у пациентов с большим стажем употребления героина, по-видимому, обусловлены формированием своеобразного дефекта астенического плана у больных с зависимостью от героина.

В таблице 6 показано распределение диагностированных случаев астенических расстройств, в исследуемой группе, в зависимости от варианта астении.

Как следует из полученных данных таблицы, для подавляющего большинства пациентов 1 подгруппы (38,6%) был более характерен гиперстенический вариант астении (гипостенический вариант встречался в 17,7% случаев) с такими характерными клиническими симптомами данного варианта астении, как повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность и ослабленный самоконтроль.

Таблица 6

*Распределение диагностированных случаев астенических расстройств в зависимости от варианта астении в исследуемой группе (% к общей численности группы)*

Вариант астении	Исследуемая группа				P
	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)		
	абс.	%	абс.	%	
Гиперстенический	24	38,7	21	26,9	>0,05
Гипостенический	11	17,7	32	41	<0,01

Во 2 подгруппе наиболее часто встречался гипостеничный вариант астении (с достоверностью различий  $P < 0,01$ ) с такими симптомами, как вялость, адинамия, анергия, замедлением мыслительных процессов, психическая и физическая истощаемость.

Таким образом, динамика астенических расстройств по мере увеличения стажа наркотической зависимости характеризуется трансформацией ее гиперстенического варианта в астенический со снижением способности к обратному развитию и нивелированию.

### **3.2 Негативные расстройства аффективно-волевой сферы у больных героиновой наркоманией**

#### *а) аффективные расстройства у больных героиновой наркоманией*

Согласно нашим наблюдениям аффективные расстройства представлены на протяжении всех этапов наркотизации. Причем выраженность и длительность аффективных расстройств зависит от вида наркотика, длительности наркотизации, характера изменений личности и

периода времени, прошедшего от последних острых проявлений абстинентного синдрома.

В ходе проведенного нами исследования у большинства пациентов исследуемой группы отмечались различного рода расстройства аффективной сферы. Наиболее часто регистрируемыми нами расстройствами являлись аффективная неустойчивость, гипотимия, (сниженное настроение) на фоне астении, в ряде случаев встречались более очерченные депрессивные состояния.

Для выявления вышеназванных расстройств среди пациентов исследуемых групп и подтверждения гипотезы о постепенном формировании у них своеобразного эмоционального дефекта, нами исследовалась частота встречаемости и выраженность симптомов. Полученные данные представлены в таблице 7.

Наиболее часто встречающимся симптомом из нарушений аффективной сферы в исследуемой группе оказалась аффективная неустойчивость - она была зарегистрирована у 82,3% пациентов 1 подгруппы и 88,5% пациентов 2 подгруппы. Данный симптом проявлялся в выраженной эмоциональной лабильности у пациентов исследуемой группы.

Таблица 7

*Оценка частоты встречаемости аффективных нарушений у пациентов исследуемой группы*

Симптом	Исследуемая группа				P
	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)		
	%	довер. интервал	%	довер. интервал	
Аффективная неустойчивость	82,3	±9,5	88,5	±7,1	>0,05
Гипотимия	41,9	±12,3	41,0	±10,9	>0,05
Апатия	14,5	±8,8	17,9	±8,5	>0,05
Аспонтанность	32,3	±11,6	46,2	±11,1	>0,05
Ангедония	6,5	2,2<>15,8	9,0	±6,3	>0,05
Отсутствие эмпатии	25,8	±10,9	62,9	±10,2	<0,01
Уплотнение аффекта	4,8	1,7<>13,4	10,3	±6,7	>0,05

Наблюдаемые были в значительной степени подвержены влиянию внешних факторов на настроение; незначительные, казалось бы, кон-

фликты, вызывали резкое ухудшение настроения. В редких случаях выраженность данного симптома была очень высокой: у таких пациентов приступы отчаяния сменялись приступами беспричинного, безудержного веселья и, наоборот. Причем периоды веселья нередко перерастали в дурашливость и паясничание и не вызывали у окружающих эмоционального резонанса, создавая гнетущее впечатление своей «искусственностью» и «неестественностью» данного состояния. Как правило, аффективная неустойчивость ассоциировалась с отрицательным полюсом эмоций, то есть спектр реакций пациентов на внешние раздражители находился в субдепрессивном и/или депрессивном регистрах. При этом не наблюдалось сколько-нибудь длительной фиксации больных на отрицательной эмоции: они достаточно быстро переключались на другие бытовые ситуации, что способствовало быстрому восстановлению нормального фона настроения. Как будет отмечено далее, в ходе лечения отмечался определенный регресс аффективной неустойчивости, однако ее элементы (а в некоторых случаях и клинически значимые проявления) продолжали отмечаться на всем протяжении госпитализации.

Гипотимия, определяемая нами, как пониженный фон настроения, - следующий по частоте встречаемости симптом эмоциональных расстройств; примерно с одинаковой частотой он встречается в обеих подгруппах (41,9% - в 1 и 41% - во 2). Данное состояние являлось относительно стабильным клиническим симптомом, с тенденцией к ухудшению в вечернее время, что, по всей видимости, отражало усиление патологического влечения, традиционно актуализирующегося в вечернее время. Особенностью данного состояния, отличающего его от классической депрессии, является, на наш взгляд, его изолированное существование без идеаторной и физической заторможенности, характерной для классической депрессивной триады Ясперса. Основным лейтмотивом высказываний пациентов, описывающих свое настроение, была тоска (иногда неопределенная, чаще – по дому, родным и т.д.); отдельные пациенты отмечали чувство отсутствия радости жизни, что нами расценивалось как проявления гедонии (см. ниже). Этот симптом (так же, как и аффективная неустойчивость) был отнесен нами к группе пластичных психопатологических образований ввиду своей значительной способности к обратной редукции в относительно короткие сроки.

Апатия встречалась у 9 пациентов (14,5%) 1 подгруппы, и у 14 пациентов (17,9%) во 2 подгруппе. Чаще всего она проявлялась полной физической и психической бездеятельностью. Пациенты были вялы,

пассивны, безынициативны, склонны к залеживанию в кровати, не проявляя интереса к происходящим вокруг них событиям. Сами пациенты описывали свое состояние как состояние полного жизненного ступора, со слов «весь мир сосредотачивается в пределах «золотого» треугольника, (курилки, столовой, кровати). Несмотря на то, что не было получено достоверных статистических различий между частотой встречаемости в первой и второй подгруппах, отчетливо прослеживается тенденция к учащению регистрации этого симптома и степени его выраженности у пациентов со стажем заболевания более 5 лет. У этих пациентов отмечалась худшая обратная динамика апатии, и большая частота случаев сохранения симптома на момент выписки (см. ниже). Все это позволяет считать апатию одним из компонентов общего «наркоманического дефекта», с течением времени, формирующимся у зависимых от героина лиц.

Аспонтанность (или потеря спонтанности в побуждении к действию) регистрировалась у 32,3% пациентов 1 подгруппы (20 человек) и у 46,2% (36 человек) во 2-й подгруппе. Клинически данный феномен проявлялся в том, что факт необходимости совершения каких-либо действий, требующих определенных физических или умственных усилий, крайне негативно воспринимался самими пациентами и для того, чтобы их совершить, приходилось неоднократно словесно побуждать пациентов к этому. Наряду с апатией, данный симптом, в целом, был более характерен для подгруппы пациентов со стажем употребления наркотиков более 5 лет.

Ангедония, или утрата «радости» жизни, регистрировалась у 6,5% пациентов 1 подгруппы и 9,0% 2 подгруппы. Пациенты описывали данное состояние как крайне тягостное ощущение отсутствия получения удовольствия от жизни. Данный факт мог быть объяснен тем, что пациенты находились в стационаре, однако такие больные отмечали, что не испытывают положительных эмоций ни от еды, ни от сигарет; с их слов - «любая еда – как будто резина, не чувствуешь ни вкуса ни запаха, то же самое с куревом, как будто ни сигареты куришь, а палочки пластмассовые, один дым и привкус неприятный во рту. Куришь только на автомате, потому что делать нечего». Значительных различий между группами нами отмечено не было. Схожее состояние наблюдалось нами у других пациентов (не включенных в настоящее исследование) при лечении блокаторами опиатных рецепторов. Ответ на вопрос, может ли свидетельствовать наличие данного симптома о снижении рецепторной плотности  $\mu$ -опиатных рецепторов, а также, насколько это связано со стажем наркотизации, требует специальных исследований.

Наибольший интерес в настоящем исследовании представляет выраженное (статистически значимое) различие между пациентами 1 и 2 подгруппы исследуемой группы по такому показателю, как отсутствие чувства эмпатии (25,8% или 16 человек в 1 подгруппе и 69,2% или 54 человека в 2 подгруппе). Клинически данный симптом проявлялся следующим образом. Пациенты 2 подгруппы исследуемой группы (т.е. пациенты с длительным стажем наркотизации), демонстрировали признаки так называемой «эмоциональной тупости». Это проявлялось в снижении эмоционального резонанса в общении с другими пациентами, повышении порога чувствительности к переживаниям других людей. Более наглядно данный симптом проявлялся в общении с родственниками. В ходе разговора пациенты мельком интересовались состоянием здоровья самих родителей, либо своих близких и львиную долю времени занимал материальный вопрос: обеспечение продуктами и деньгами самих пациентов. При всем этом пациенты крайне невнимательно относились к материальным трудностям родственников. Данное поведение чаще носило шантажный характер. Со слов «не хотите высылать деньги, тогда я выпишываюсь». Кроме этого, особое внимание привлекал тот факт, что подчас у пациентов преимущественно 2 подгруппы исследуемой группы, формировалась своеобразная «мимозоподобность», то есть больные становились чрезвычайно чувствительными к состоянию даже малейшего дискомфорта. Пациенты неадекватно реагировали на незначительные психотравмирующие эпизоды, причем, чаще всего, это носило демонстративный характер.

Наиболее редко у пациентов обеих групп встречалось уплощение аффекта - у 4,8% пациентов в 1 подгруппе и у 10,3% пациентов во 2 подгруппе. Как правило, у пациентов с такими проявлениями в анамнезе отмечались либо черепно-мозговые травмы, либо массивная алкоголизация, либо наркотизация агрессивными субстанциями, как правило, кустарного приготовления. Мы склонны объяснять этот факт тем, что изменения, происходящие у пациентов в процессе употребления героина, по всей видимости, касаются нейромедиаторного функционирования либо носят какой-либо другой функциональный характер. Незначительное количество пациентов от общей массы исследуемой группы (с тенденцией к возрастанию у пациентов с длительным стажем наркотической зависимости) свидетельствует о том, что у данной категории нарастают «органические» изменения головного мозга, взаимосвязь которых с собственно наркотизацией героином представляется спорной.

Таким образом, проведенные результаты исследований позволили установить, что:

- наиболее часто встречаемым симптомом из аффективных нарушений является аффективная неустойчивость - 82,3% пациентов 1 подгруппы и 88,5% пациентов 2 подгруппы;
- другим из часто встречаемых симптомов, в обеих подгруппах (41,9% - в 1 и 41,0% - во 2) являлась гипотимия - пониженный фон настроения;
- апатия встречалась у 12,9% пациентов 1 подгруппы и у 17,9% - во 2 подгруппе и клинически проявлялась в приступах полной физической и психической бездеятельности;
- спонтанность или потеря спонтанности побуждению регистрировалась у 32,3% пациентов 1 подгруппы и у 46,2% пациентов во 2 подгруппе;
- ангедония или утрата «радости» жизни регистрировалась у 6,0% пациентов 1 подгруппы и 9,0% 2 подгруппы, пациенты описывали данное состояние как крайне тягостное ощущение отсутствия получения удовольствия от жизни;
- статистически достоверное различие между пациентами 1 и 2 подгруппы исследуемой группы зарегистрировано по такому показателю, как отсутствие чувства эмпатии (25,8% и 69,2%,  $P < 0,01$ ). Это проявлялось в снижении эмоционального резонанса в общении с другими пациентами, повышении порога чувствительности к переживаниям других людей.
- наименьшее количество пациентов обеих подгрупп демонстрировало такой симптом, как уплощение аффекта (у 4,8% пациентов в 1 подгруппе и у 10,3% пациентов во 2 подгруппе).

Помимо этого, для исследования эмоциональной сферы нами использовалась методика «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссмана и Д. Рикса, 1999). Ниже приведены результаты этого исследования (таблица 8).

Согласно полученным данным достоверности различий между 1 и 2 подгруппами по шкале «Спокойствие - тревожность» не обнаружено. Достоверные различия между пациентами 1 и 2 подгруппами исследуемой группы наблюдаются по шкалам «Энергичность - усталость» и «Приподнятость - подавленность». Полученные данные позволяют нам сделать следующий вывод: даже на субъективном уровне восприятия у пациентов с длительным стажем наркотической зависимости происходит постепенное снижение энергетического потенциала, выражающееся в снижении энергичности, и постепенном снижении основного фона настроения.

Таблица 8

Результаты обследования пациентов исследуемой и контрольной групп (по тесту «Самооценка эмоциональных состояний»)

Эмоциональное состояние	Исследуемая группа		Р	Контрольная группа (n=92)	Р*	Р**
	1 под-группа (n=62)	2 под-группа (n=78)				
Спокойствие – тревожность	6,3±0,8	5,2±0,4	>0,05	7,6±0,4	<0,05	<0,05
Энергичность – усталость	5,8±0,7	4,9±0,8	<0,05	6,3±0,2	>0,05	<0,01
Приподнятость-подавленность	5,5±0,7	4,8±0,8	<0,05	6,5±0,2	>0,05	<0,05
* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе; ** - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе						

*б) волевые расстройства у больных героиновой наркоманией*

При заполнении пациентами исследуемой группы специальных опросников нами особо был отмечен тот факт, что большинство пациентов крайне неохотно соглашались на участие в данном исследовании. Даже после начала заполнения опросников пациенты делали попытки прекратить исследование. Чтобы убедить больных продолжить исследование требовалось иногда довольно значительное количество времени. Причем количество пациентов, дававших неохотно согласие на участие в исследовании, было достоверно большим среди пациентов с длительным стажем наркотизации. Данный факт может быть отчасти объяснен астеническими проявлениями в структуре раннего постабстинентного синдрома, а также может быть обусловлен нарушениями волевой сферы у больных с героиновой наркоманией.

При нахождении в стационаре пациенты наглядно демонстрировали нарушения в данной сфере. При возникновении каких-либо даже незначительных препятствий на пути решения каких-то проблем пациенты не были склонны к продолжению действия. Более показателен следующий пример: группа пациентов, часть из которых участвовала в исследовании, обратилась с просьбой к администрации центра о проведении дискотеки в вечернее время, однако большая часть больных, после того как узнала, что перед проведением дискотеки, предварительно необходимо убрать помещение, потеряла всякий интерес к проведению данного мероприятия.

Для выявления волевых расстройств нами использовалась «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» Л.О. Пережогина. Результаты представлены в таблице 9.

Таблица 9

*Показатели волевых расстройств у пациентов исследуемой и контрольной групп по методике «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» (%)*

Наименование способности	Степень выраженности расстройства	Исследуемая группа		Контрольная группа (n= 92)
		1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)	
Волевые действия	Отсутствует	7,7 1,9 <> 20,7	18,4 ± 10,8	19,5 ± 8,3
	Сомнительно	76,9 ± 13,2	75,5 ± 12	69 ± 9,7
	Выражено	15,4 ± 11,3	6,1 1,8 <> 16,4	11,5 ± 6,7
Преодоление препятствий	Отсутствует	20,5 ± 7,7	18,7 ± 7,1**	32,7 ± 6,1
	Сомнительно	66,7 ± 14,8	65,3 ± 13,3	66,1 ± 9,6
	Выражено	12,8 ± 5,8*	16,0 ± 6,3**	1,2 ± 0,2
Преодоление конфликта	Отсутствует	38,2 ± 12,6	34,7 ± 13,3	24,1 ± 9
	Сомнительно	48,7 ± 15,7	63,3 ± 13,5	66,7 ± 9,9
	Выражено	13,1 ± 11,4	2 0,6 <> 10,3	9,2 ± 6,1
Преднамеренная регуляция	Отсутствует	17,9 ± 12	22,4 ± 11,7	10,3 ± 6,4
	Сомнительно	66,7 ± 14,8	69,4 ± 12,9	79,3 ± 8,5
	Выражено	15,4 ± 11,3	8,2 2,4 <> 19,4	10,3 ± 6,4
Автоматизм и навязчивости	Отсутствует	20,5 ± 12,7*	34,7 ± 13,3**	57,5 ± 10,4
	Сомнительно	64,1 ± 15,1*	57,1 ± 13,9	42,5 ± 10,4
	Выражено	15,4 ± 11,3*	8,2 2,4 <> 19,4**	0 0 <> 4,8
Мотивы и влечения	Отсутствует	61,5 ± 15,3	55,1 ± 13,9	60,9 ± 10,3
	Сомнительно	35,9 ± 15,1	42,9 ± 13,9	39,1 ± 10,3
	Выражено	2,6 0,6 <> 13	2 0,6 <> 10,3	0 0 <> 4,8
Прогностическая функция	Отсутствует	20,5 ± 12,7	12,9 ± 10,3	26,4 ± 9,3
	Сомнительно	69,2 ± 14,5	73,7 ± 10,3	72,4 ± 9,4
	Выражено	10,3 2,6 <> 24,5*	13,4 4,1 <> 18,7**	1,1 0,5 <> 6,4

*Примечание - Достоверных различий между 1 и 2 подгруппами не обнаружено;  
\* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе;  
\*\* - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе*



Согласно полученным данным, достоверные различия ( $P < 0,05$ ) между пациентами 1 и 2 подгрупп исследуемой группы и контрольной группой были получены по параметру «Преодоление препятствий».

Сознательное преодоление препятствий на пути к цели включает преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость), преодоление конкурирующих мотивов и целей. Очевидно, что лица с зависимостью от героина, испытывают определенные трудности с преодолением препятствий. Причем обнаруженная нами тенденция ухудшения данного показателя с длительностью времени употребления наркотика (отсутствие нарушения данной способности у  $32,7 \pm 6,1\%$  пациентов контрольной группы в сравнении с  $18,7 \pm 7,1\%$  пациентов 2 подгруппы,  $P < 0,05$ ; минимальный показатель выраженности расстройств способности к преодолению препятствий у  $1,2 \pm 0,2\%$  пациентов контрольной группы, аналогичные показатели исследуемых подгрупп -  $12,8 \pm 5,8\%$  и  $16,0 \pm 6,3\%$  соответственно,  $P < 0,05$ ) свидетельствует о нарастании парциального дефекта такой части волевой сферы, как способность к преодолению препятствий.

В данной ситуации имеет место так называемый «порочный круг». Невозможность адекватного разрешения возникающих препятствий может быть причиной продолжающегося употребления наркотика. Кроме того, в ситуации выбора противоположно направленных целей и мотивов, конфликта конкурирующих тенденций, такие лица не могут адекватно преодолевать возникающие трудности, и у них может возникнуть стремление к аффективной разрядке, что так же способствует дальнейшему употреблению наркотика.

По графе «Автоматизм и навязчивости – отсутствие расстройства» также отмечается достоверность различий между пациентами исследуемой и контрольной группы ( $P < 0,01$  для 1 подгруппы и  $P < 0,05$  – для 2 подгруппы). Еще большей наглядностью обладает отсутствие выраженных расстройств данной группы у контрольных пациентов (достоверность различий с 1 и 2 подгруппами -  $P < 0,01$  и  $P < 0,05$ , соответственно). Это наглядно демонстрирует характерную для лиц с героиновой наркоманией легкость выработки навыков автоматических действий с утратой контроля над ними, наличием навязчивых мыслей, действий. В жизни это проявляется тем, что больные в процессе наркотизации утрачивают способность к гибкому подходу в решении возникающих разнообразных жизненных ситуаций, склонны к использованию ограниченного набора паттернов поведения. Несмотря на умелое использование данных «шаблонов» в привычных для них ситуациях (например, поиск наркотика или средств для покупки последнего), в

остальных ситуациях они неконгруентны, испытывают трудности в оценке обстановки и адекватной реакции на нее.

Полученная достоверность различий между пациентами исследуемых подгрупп с контрольной группой по параметру «Прогностическая функция» (1,1; 0,5 <math>\diamond</math> 6,4% у пациентов контрольной группы и 10,3; 2,6 <math>\diamond</math> 24,5%, 13,4; 4,1 <math>\diamond</math> 18,7% у пациентов 1 и 2 подгрупп, соответственно,  $P < 0,05$ ), используемая для оценки переживания собственно волевого акта, имеющего осознанную цель, и сопровождаемое осознанным представлением о средствах и последствиях достижения цели, осознания свободы воли, отражает слабость прогностической функции лиц страдающих зависимостью от героина. По сути, они живут «одним днем», не стремясь предугадать свои поступки даже на самое ближайшее свое будущее. Данный факт может быть описан наиболее точно выражением «не видеть дальше своих башмаков» и закономерно для лиц, страдающих наркотической зависимостью. Хотя в настоящем исследовании и не было получено достоверных различий между подгруппами с различным стажем наркотизации, собственный опыт показывает, что наиболее выраженные случаи отсутствия прогностической функции характерны, как правило, для больных с большим стажем заболевания. В условиях отделения это расстройство выражалось, например, в реализации желания немедленной выписки, несмотря на все негативные реакции со стороны не только родителей, но и правоохранительных органов. Пациент, которому лечение было предложено как альтернатива тюремному заключению, продолжал настаивать на выписке, несмотря на то, что ему грозило лишение свободы на срок в несколько лет.

По шкалам «Волевые действия», используемым для оценки действий, совершаемых без актуально переживаемой потребности в самом действии либо в его результатах, но за которыми стоит решение, направленное на удовлетворение потребности в отдаленном будущем, создание объективных ценностей на пользу общества или отдельных людей, удовлетворение требований коллектива, ближайшего окружения (при отсутствии собственной заинтересованности), подчинение нормам морали, принятым в обществе; «Преодоление конфликта», используемым для выявления особенностей преодоления конфликта при выборе из двух и более несовместимых действий, целей, обусловленных разными мотивами, и/или приводящих к разным последствиям, предпочтение личным или социальным мотивам, оценка собственно цели и ее возможных последствий; «Преднамеренная регуляция» (используемым для раскрытия регуляции параметров действия (силы,

скорости, темпа), торможение неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, организации психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способности оказывать сопротивление рефлекторным действиям) а также по шкале «Мотивы и влечение» (использованным для выявления переживания первичного, ненаправленного влечения, переживания естественного инстинктивного побуждения) достоверности различий, как между пациентами исследуемых подгрупп, так и в сравнении между пациентами исследуемой группы и группы контроля получено не было.

Таким образом, аффективно-волевая сфера на начальных этапах прогрессивной динамики героиновой наркомании характеризуется развитием аффективной неустойчивости, а на отдаленных этапах – дефицитным симптомокомплексом в виде гипотимии, апатии, аспонтанности или потери спонтанности побуждения, ангедонии или утраты «радости» жизни, отсутствия чувства эмпатии, уплощения аффекта.

### **3.3 Негативные расстройства интеллектуально-мнестической сферы у больных героиновой наркоманией**

При проведении настоящего исследования нами был отмечен факт того, что даже у лиц с длительным стажем наркотической зависимости не наблюдалось значительного интеллектуально-мнестического снижения. Клинически это проявлялось в том, что пациенты исследуемой группы легко производили в уме математические расчеты, при сборе анамнеза легко вспоминали события и связанные с ними даты.

По мнению Л.Н. Благова [104 с. 88], одним из основных психопатологических проявлений опиной зависимости являются расстройства мышления с вовлечением всех его компонентов:

- смещение в сторону чувственного (образного) вида мыслительной деятельности;
- всецелая зависимость суждений и умозаключений от ощущений и восприятий.

Автором выделяется отдельный феномен «параллельного мышления», отличающегося инертностью, ходульностью, безапелляционностью, выхолощенностью высказываний. Причем, если на начальных стадиях заболевания такие нарушения обслуживают лишь удовлетворение патологического влечения, то по мере прогрессирования заболевания и оформления дефекта расстройства мыслительной сферы генерализируют и отражают общий вектор эпилептизации психики (эгоцентричность, вязкость, ригидность). При оценке общей интеллекту-

альной сферы пациентов с опийной зависимостью, данным автором подчеркивалось, что интеллект при опийной наркомании прекращает свое развитие, т.е. происходит так называемая «остановка движущего велосипеда». Пациенты в процессе хронической интоксикации утрачивают творческие способности, снижается креативность и т.д. Пациенты с длительным стажем наркотизации становятся склонными к бесплодному мудрствованию. Клинически данный феномен проявлялся в следующем: пациенты в процессе интервьюирования демонстрировали склонность к резонерству, причем это касалось, прежде всего, вопросов, связанных с прекращением употребления наркотиков. Больные к месту, а чаще не к месту, пускались в пространные рассуждения о необходимости прекращения приема наркотиков, о тяжелых последствиях, причиняемым их здоровью героином. При этом они, чаще всего, оперируют такими фразами, как: «все, устал колоться», «я для себя все решил, бросаю». Однако они эмоционально не как подкрепляли свои слова, а в дальнейших поступках, всячески их опровергали. При этом, по нашему мнению резонерство не отражало своего «органического» происхождения, а скорее носило компенсаторный характер. Ниже представлены результаты, полученные при исследовании интеллектуально-мнестической сферы у пациентов исследуемой и контрольной групп. В таблице 10 представлены результаты, полученные по вербальному опроснику Айзенка.

Таблица 10

*Коэффициент интеллекта пациентов исследуемой и контрольной групп (по вербальному опроснику Айзенка) (в баллах)*

Наименование	Исследуемая группа		Контрольная группа (n=92)
	1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)	
Коэффициент интеллекта	103,3±4,5	107,1±4,7	108,3±3,2
<i>Примечание - Достоверных различий между подгруппами и при сравнении подгрупп с контрольной группой не обнаружено (P&gt;0,05)</i>			

По данным, полученным по опроснику Айзенка, достоверных различий между 1 и 2 подгруппами исследуемой группы и контрольной группой не обнаружено. Более того, не было выявлено и достоверно значимых различий между исследуемыми пациентами и участниками контрольной группы. Это позволяет сделать вывод об относительной сохранности интеллекта у пациентов с различными (даже более 5

лет) сроками зависимости от героина. Вторым, вытекающим из результатов анализа данной таблицы, выводом является непригодность «классических» инструментов для измерения IQ (например, тест Айзенка) для выявления нарушений в интеллектуально-мнестической сфере у больных героиновой наркоманией.

Для оценки мнестических функции нами использовался тест Лурии. Результаты этого обследования представлены в таблице 11.

Таблица 11

*Количество запомненных слов у пациентов  
исследуемой и контрольной групп (по тесту Лурии)*

Количество предъявлений	Исследуемая группа		Контрольная группа (n=92)	P*	P**
	1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)			
1 предъявление	6,6±0,5	5,6±0,4	8±0,2	<0,01	<0,01
2 предъявление	7,2±0,4	6,3±0,4	8,4±0,2	<0,05	<0,01
3 предъявление	7,9±0,3	7,7±0,4	8,4±0,2	<0,05	<0,01
4 предъявление	7,9±0,4	7,9±0,4	8,4±0,3	>0,05	<0,05
5 предъявление	7,9±0,4	8,4±0,4	8,3±0,2	<0,01	>0,05
6 предъявление (через час)	6,6±0,5	6,5±0,5	7,6±0,3	>0,05	<0,01

*Примечание - Достоверных различий между 1 и 2 подгруппами не обнаружено;  
\* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе;  
\*\* - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе*

По данным таблицы 11 видно, что воспроизведении достоверных различий между 1 подгруппой и 2 подгруппой не выявлено. Между 1 подгруппой и контрольной группой получены следующие данные: достоверная разница (P) получена практически по всем показателям. Исключение составляют четвертое предъявление и предъявление через час достоверных отличий при воспроизведении не отмечается. Между 2 подгруппой и контрольной группой достоверность отмечается за исключением пятого предъявления и воспроизведения.

Кроме вышеперечисленных методик, нами были использованы батарея лобной дисфункции и краткая шкала психического статуса (MMSE). По этим методикам достоверных различий (как между пациентами подгрупп исследуемой группы, так и между исследуемой группой и группой контроля) выявлено не было, что еще раз подтверждает отсутствие у больных героиновой наркоманией грубого «органического снижения» уровня интеллекта.

Как уже отмечалось выше, в основном расстройства мышления касались качественных характеристик этой сферы высшей нервной деятельности. При исследовании мышления у пациентов исследуемой группы мы в основных моментах опирались на классификацию нарушения мышления предложенной В.Б. Зейгарником в 1934 году. Согласно данной классификации, мы регистрировали наиболее часто встречающиеся у больных героиновой наркоманией нарушения мышления, которые включали в себя:

- нарушения логики;
- резонерство;
- вязкость;
- ригидность;
- эгоцентричность;
- снижение уровня обобщения и абстрагирования.

Результаты, полученные по данной классификации, приведены в таблице 12.

Таблица 12

*Качественные нарушения мышления  
у пациентов исследуемой группы*

Симптом	Исследуемая группа						P
	1 подгруппа (n=62)			2 подгруппа (n=78)			
	абс.	%	доверительный интервал	абс.	%	доверительный интервал	
Резонерство	10	16,1	±9,2	28	35,9	±10,6	<0,05
Вязкость	5	8,1	2,8<18,2	15	19,2	±8,7	>0,05
Ригидность	25	40,3	±12,2	32	41	±10,9	>0,05
Эгоцентричность	24	38,7	±12,1	29	37,2	±10,7	>0,05
Нарушение логики	12	19,4	±9,8	19	24,4	±9,5	>0,05
Снижение уровня обобщения и абстрагирования	12	19,4	±9,8	22	28,2	±10	>0,05

Наиболее часто регистрируемым симптомом у пациентов подгрупп исследуемой группы являлось резонерство. У пациентов 1 подгруппы данный вид расстройства регистрировался у 10 пациентов (16,1%), а во 2 подгруппе данный показатель был выше - 28 пациентов (35,9%). Клинически данный симптом был представлен следующим. Пациенты исследуемой группы (чаще пациенты 2 подгруппы, в срав-

нении с больными 1 подгруппы, с достоверным различием  $P < 0,05$ ) с поводом, а гораздо чаще без повода пускались в пространные рассуждения о своем желании прекратить употребление наркотиков. Наиболее часто употреблялись следующие сленговые выражения: «надоело колотиться», «буду соскакивать», «завяжу кайфовать», «выпишу себе стоп». Однако складывалось ощущение, что и сами пациенты мало верили самим себе, и приведенные демонстративно декларируемые заявления носили не только характер очевидных профанации, а скорее всего здесь было желание представить себя в более выгодном свете.

Несмотря на то, что достоверности различий между пациентами обеих подгрупп по вязкости мышления выявлено не было, тем не менее, на лицо характерная тенденция к увеличению частоты встречаемости этого признака с увеличением стажа заболевания. В 1 подгруппе данный показатель составил 8,1%, (у 5 человек), во 2 подгруппе данный показатель был выше более чем в 2 раза и регистрировался у 19,2% (15 человек). Вязкость мышления наиболее четко проявлялась в работе психотерапевтических групп: любую ситуацию пациенты стремились привести к «разжевыванию» и в буквальном смысле вязли на второстепенных деталях.

Ригидность в 40,3% случаях, встречаемая у пациентов 1 подгруппы, и в 41% случаев - во 2 подгруппе, проявлялась не только торпидностью мышления, но и ригидностью всех жизненных установок.

Эгоцентричность была диагностирована у 38,7% пациентов первой подгруппы, и 37,2% пациентов второй подгруппы. Данный симптом проявлялся не только в повышенном «себялюбии», но и демонстрируемом больными поведением, что «весь мир вертится вокруг меня». К примеру, некоторые из пациентов в разговоре с родителями требовали довольно значительных финансовых средств, оставаясь абсолютно глухими к проблемам и заботам своих близких.

При выполнении, каких либо заданий у пациентов исследуемой группы отмечалось снижение уровня логики (19,4% - в 1 подгруппе, 24,4% - во 2). Снижение логического компонента мышления было более характерно для пациентов с длительным стажем наркотизации, хотя и без достоверной разницы различия.

Снижение уровня обобщения и абстрагирования между первой и второй подгруппами: представлено следующими показателями: в 1 подгруппе данный симптом регистрировался у 19,4% (12 пациентов), во 2 подгруппе аналогичный симптом составил 28,2% (22 человека). Клинически данный симптом проявлялся в снижении способности к обобщению и абстрактным ассоциациям, без, достоверных различий

между подгруппами не наблюдалось, хотя увеличение частоты встречаемости все-таки регистрировалось.

Таким образом, нарастание когнитивного дефицита по мере прогредиентной динамики наркомании характеризуется формированием специфических нарушений мышления в виде резонерства, снижения уровня обобщений и абстрагирования, нарушений логики и эгоцентричности мышления.

По мере увеличения стажа наркотизации и при длительности наркомании более 5 лет воздержание от употребления наркотиков не приводит к восстановлению психической активности.

### **3.4 Динамика негативных расстройств у больных героиновой наркоманией**

3.4.1 Динамика астенических расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, через 6 месяцев после выписки

Через 6 месяцев после выписки, количество пациентов участвующих в исследовании, сократилась. Основным фактором выхода из исследования явился рецидив заболевания. Количество участников в первой подгруппе составило 44 человека, во второй - 51 человек. Осмотр пациентов исследуемых подгрупп через 6 месяцев воздержания выявил следующие особенности. Пациенты со стажем зависимости до 1 года демонстрировали большую работоспособность, меньше утомлялись в ходе беседы, степень концентрации внимания у них была выше. Напротив, у пациентов с длительным стажем наркотической зависимости астенические расстройства были более выражены. Пациенты при выполнении заданий, требующих достаточно длительных усилий, быстро утомлялись, начинали раздражаться, на их взгляд, на недостаточно четко сформулированные вопросы, пытались прекратить выполнение заданий, мотивируя это плохим самочувствием, со словами «внезапно заболела голова», «стал неважно себя чувствовать» и так далее. Со слов родственников, у подавляющего большинства исследованных пациентов, (причем, именно это было характерно для пациентов с длительным стажем наркотизации), после выписки отмечалась склонность к безделью. Пациенты неохотно выполняли домашние обязанности, причем это касалось не только работы по дому, но и элементарных повседневных занятий (уборка и мытье посуды за собой после еды и тому подобное). Многие пациенты с длительным стажем употребления наркотиков после выписки из стационара в течение дня залеживались в кровати, в вечернее же время, а чаще и в ночное, проводили время



перед телевизором, либо за компьютером. В этот период времени пациенты практически не проявляли интерес к противоположному полу, что, по всей видимости, объясняется снижением либидо.

Полученные в ходе клинического наблюдения данные подтвердились и данными объективного обследования пациентов с помощью шкалы астении, которые представлены в таблице 13.

Таблица 13

*Динамика выраженности астении у пациентов исследуемой группы (по шкале MFI– 20) (в баллах)*

Шкала оценки астении	1 подгруппа (n=44)		P	2 подгруппа (n=51)		P
	после выписки	через 6 месяцев		после выписки	через 6 месяцев	
Общая астения	10,8±1,7	6,8±1,0	<0,05	12,1±2,1	9,5±1,3	>0,05
Понижение активности	12,7±1,2	8,7±0,9	<0,05	16,3±1,8	13,7±1,5	>0,05
Снижение мотивации	11,3±1,6	6,6±0,8	<0,001	15,1±1,9	11,8±1,1	<0,05
Физическая астения	10,1±1,1	4,7±0,7	<0,001	10,7±1,2	6,5±0,9	<0,05
Психическая астения	10,5±1,1	5,3±1,0	<0,05	11,7±1,7	8,9±1,5	>0,05
Общий балл	55,4±2,8	31,7±2,6	<0,05	63,6±3,1	51,4±2,8	<0,05

На основании анализа полученных результатов исследования (проведенного в среднем через полгода после выписки из стационара), установлено, что динамика выраженности астении зависит от стажа наркотизации:

- степень редукции общей астении выше у пациентов 1 подгруппы (P<0,05). Это позволяет сделать вывод, что степень выраженности и скорость редукции общей астении у больных героиновой наркоманией находятся в прямой зависимости от стажа наркотизации.

- по показателю снижение активности во 2 подгруппе исследуемой группы гораздо менее выражено восстановление; в 1 подгруппе данный показатель был существенно выше с достоверностью различия (P<0,05). То есть у больных с небольшим стажем наркотизации активность восстанавливается быстрее, чем у пациентов с длительным стажем наркотизации.

- показатель снижения мотивации спустя 6 месяцев после выписки у пациентов 2 подгруппы почти в 2 раза выше (P<0,05), чем у пациентов в 1 подгруппе.

- выявляемая разница между выраженностью психической и физической астенией асимметрична: во 2 подгруппе при относительно высокой степени восстановления физической активности ( $P < 0,05$ ), сохраняется выраженная психическая астения; аналогичные показатели у пациентов 1 подгруппы существенно отличаются от показателей 2 подгруппы; отмечается практически одновременное восстановление психической и физической активности.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: для лиц с общим стажем наркотизации более 5 лет характерна меньшая способность к восстановлению психической активности в процессе воздержания от употребления наркотиков, а также стабильно сохраняющееся снижение мотивации.

3.4.2 Динамика аффективно-волевых расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, через 6 месяцев после выписки

#### *Динамика аффективных расстройств*

При исследовании аффективной сферы у пациентов исследуемой группы, нами были отмечены интересные особенности характерные для тех или иных подгрупп.

Для пациентов 1 подгруппы исследуемой группы, то есть лиц с общим стажем наркотизации не более 1 года, была характерна эмоциональная лабильность, резкие перепады настроения, от дисфории до состояний схожих с гипоманиакальным. Пациенты были склонны к депрессиям с выраженным тревожным компонентом, вспыльчивы, эксплозивны. Напротив, у пациентов с длительным стажем наркотического употребления аффективные нарушения все больше принимали «органический» характер. Обращал на себя внимание крайне узкий диапазон эмоции, скудность мимики, и «неестественность» эмоции. Динамические изменения эмоциональной сферы сопровождаются значительной выхолащенностью, своеобразным опустошением. «Происходит нарастание апатического компонента, снижение общей энергетики, своеобразное «похолодание» эмоции, и нарастающая дисгармония всей эмоциональной жизни, отражает характер дефекта» (таблица 14) [104 с. 107]. Данные изменения у пациентов наиболее четко прослеживаются в отношениях с близкими родственниками. Родственники пациентов отмечали, что наблюдали выраженные изменения, происходящие в характере своих близких. Пациенты становились более грубыми, морально черствыми людьми, у больных отмечалось снижение чувства эмпатии, как по отношению к своим родным, так и по отношению к окружающим.

Таблица 14

*Динамика частоты встречаемости аффективных нарушений у пациентов исследуемой группы*

Симптом	Исследуемая группа										Р
	I подгруппа (n=44)					2 подгруппа (n=51)					
	после выписки		через 6 месяцев		доверительный интервал	после выписки		через 6 месяцев		доверительный интервал	
	%	доверительный интервал	%	доверительный интервал		%	доверительный интервал	%	доверительный интервал		
Аффективная неустойчивость	82,3	± 9,5	40,9	±14,5	<0,01	88,5	±7,1	51	±13,7	<0,01	
Гипотимия	41,9	±12,3	22,7	±12,4	>0,05	41	±10,9	23,5	±11,6	>0,05	
Апатия	14,5	±8,8	6,8	1,8<>18,4	>0,05	17,9	±8,5	9,8	3<>21,6	>0,05	
Аспонтанность	32,3	±11,6	13,6	±10,1	>0,05	46,2	±11,1	21,6	±11,3	<0,05	
Ангедония	6,5	2,2<>15,8	6,8	1,8<>18,4	>0,05	9	±6,3	11,8	±8,8	>0,05	
Отсутствие эмпатии	25,8	±10,9	22,7	±12,4	>0,05	62,9	±10,2	52,9*	±13,7	>0,05	
Уплощение аффекта	4,8	1,7<>13,4	4,5	1,2<>15	>0,05	10,3	±6,7	7,8	2,4<>18,7	>0,05	

\* - наличие достоверной разницы между подгруппами исследуемой группы

В общении с родителями пациенты практически не скрывали к ним своего «потребительского» отношения. Это проявлялось не только в пренебрежительном тоне, которого преимущественно они придерживались, но и в несколько снисходительном отношении к близким и родственникам со словами: «Да ладно, мама, много ты понимаешь», «Я сам все знаю», «Не дурак, понятно же все» и тому подобное.

Анализ полученных данных позволил нам сделать акцент на следующих ключевых моментах:

- а) скорость обратного развития таких аффективных симптомов как гипотимия и неустойчивость настроения в обеих подгруппах исследуемой группы в целом была сопоставима;
- б) высокие темпы и значительный процент редукции эмоциональной неустойчивости (достоверность изменений в обеих подгруппах  $P < 0,01$ ) дает основание условно отнести данный симптом к «позитивным», то есть способным к обратному развитию;
- в) темпы обратного развития такого симптома, как апатия (равно как и частота его встречаемости), были недостоверно ниже в 2 подгруппе;
- г) несмотря на достоверное снижение частоты встречаемости такого симптома, как аспонтанность в 2 подгруппе ( $P < 0,05$ ), темпы обратного развития во 2 подгруппе, исследуемой группы, были в 1,5 раза меньше, чем в 1 подгруппе (с 46,2% до 21,6% во 2 подгруппе, и с 32,3% до 13,6% в 1 подгруппе);
- д) с длительностью времени пребывания в воздержании у пациентов с большим стажем употребления героина наблюдалось нарастание явлений ангедонии (9,0% после выписки в сравнении с 11,8% через 6 месяцев), в 1 подгруппе данной динамики не наблюдалось;
- е) отсутствие эмпатии по истечении полугода встречалось у 22,7% и 52,9% пациентов 1 и 2 подгрупп, соответственно. Достоверность различий в частоте встречаемости данного симптома (как на момент выписки, так и спустя 6 месяцев) была статистически подтверждена; однако динамика данного симптома в каждой из подгрупп не была достоверной (то есть симптом был относительно стабильным);
- ж) данные по показателю «уплощение аффекта» составили для 1 и 2 подгрупп следующие значения: 4,8% (на момент выписки) и 4,5% (через 6 месяцев после выписки) и 10,3% (на момент выписки) и 7,8% (через 6 месяцев после выписки), то есть динами-

ка не была достоверной. Однако тот факт, что темпы обратной динамики были незначительными, свидетельствует о стабильности данного признака; следовательно, он может быть отнесен к устойчиво-дефектным состояниям эмоциональной сферы.

Таким образом, у пациентов со стажем наркотизации более 5 лет формируются стойкие нарушения аффективной сферы в виде аспонтанности, ангедонии, отсутствия эмпатии и уплощения аффекта.

При исследовании эмоциональной сферы пациентов исследуемой группы методикой «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссмана и Д. Рикса), были получены следующие результаты, представленные в таблице 15.

Таблица 15

*Динамика результатов обследования пациентов исследуемой группы (по тесту «Самооценка эмоциональных состояний») (%)*

Эмоциональное состояние	Исследуемая группа					
	1 подгруппа (n=44)		P	2 подгруппа (n=51)		P
	после выписки	через 6 месяцев		после выписки	через 6 месяцев	
Спокойствие – тревожность	6,3±0,8	7,7±0,8	>0,05	5,2±0,4	6,1±0,5*	>0,05
Энергичность – усталость	5,8±0,7	6,8±0,6	>0,05	4,9±0,8	5,3±0,5*	>0,05
Приподнятость – подавленность	5,5±0,7	5,9±0,4	>0,05	4,8±0,8	4,9±0,6	>0,05

\* - достоверность различий между подгруппами (P<0,05)

На основании полученных данных, представленных в таблице 15, установлено, что:

- несмотря на недостоверность разницы в динамике внутри каждой из подгрупп по показателям «Спокойствие – тревожность», через 6 месяцев после выписки значения данной категории достоверно различались между подгруппами (7,7±0,8 и 6,1±0,5 для 1 и 2 подгрупп, соответственно, при P<0,05). Это свидетельствует о больших компенсаторных возможностях эмоциональной сферы пациентов с малым стажем наркотизации;

- высокая скорость положительной динамики показателя «Энергичность – усталость» у пациентов 1 подгруппы свидетельствует о большей пластичности астенического симптомокомплекса.

Таким образом, у пациентов с длительным стажем наркотизации расстройства астенического регистра более стабильны, ригидны, то есть данные изменения вполне подпадают под определение «редукция энергетического потенциала».

Отсутствие достоверных отличий по показателю «Приподнятость – подавленность» были интерпретированы нами следующим образом. Данный показатель напрямую коррелирует с таким клиническим симптомом, как гипотимия, который и в случае регистрации его выраженности так же не показал достоверных различий.

#### *Динамика волевых расстройств*

Волевая активность в процессе воздержания у исследуемых лиц не претерпевала значительных изменений (таблица 16). Наркоманическая парабулия регистрировалась практически у всех пациентов, участвующих в повторном исследовании.

К проявлениям данной категории расстройства относятся:

- негативизм;
- импульсивность;
- вычурность.

Данные расстройства: реализуется комплексно и практически не разделимы друг от друга. Причем по утверждению Л.Н. Благова [104, с. 101-102] именно вычурность является «комплектной» характеристикой дефекта и широко проявляется не только в поведенческих проявлениях, высказываниях, суждениях (использование кодовых жаргонных выражений, например «Андрей заходил», что на сленге наркоманов означает: «Принеси анаши» и тому подобное), но и следование (дрейф) в русле наркоманических установок. Вычурность также внешне проявляется в поведении, «модной» одежде, аксессуарах.

При исследовании пациентов, нами был отмечен тот факт, что у пациентов 1 подгруппы наркоманическая парабулия встречалась интенсивнее, во 2 подгруппе волевые расстройства были больше похоже на гипобулию с общим снижением волевой активности.

Клинически это проявлялось тем, что около 81% от общего количества пациентов второй подгруппы исследуемой группы после выхода из программы вели «паразитический» образ жизни, не пытались трудоустроиться или попытаться каким-либо другим способом обеспечить себе источник дохода. Лица с некогда высоким профессиональным уровнем не предпринимали попыток вернуться на прежнее место работы, а если и трудоустраивались, то стремились попасть на работу, не требующую постоянного повышения профессионального уровня и жесткого распорядка дня. Пациенты, которые возобновляли

Таблица 16

*Динамика показателей волевых расстройств у пациентов исследуемой группы  
(по методике «Нормированный шкала диагностики волевых расстройств»)*

Наименование расстройства	Степень выраженности	Исследуемая группа						P
		1-ая подгруппа (n=44)		P	2-ая подгруппа (n=51)			
		после выписки, %	через 6 мес. %		после выписки, %	через 6 мес. %		
1	2	3	4	5	6	7	8	
Волевые действия	Отсутствует	7,7 1,9<<20,7	9,1 2,4<<21,8	>0,05	18,4±10,8	20,5±11,9	>0,05	
	Сомнительно	76,9±13,2	79,5±11,9	>0,05	75,5±12	77,3±12,3	>0,05	
	Выражено	15,4±11,3	11,4 3,4<<24,8	>0,05	6,1 1,8<<16,4	4,5 1,2<<15,0	>0,05	
Преодоление препятствий	Отсутствует	20,5±7,7	22,7±12,3	>0,05	18,7±7,1	18,2±11,3	>0,05	
	Сомнительно	66,7±14,8	68,2±13,7	>0,05	65,3±13,3	68,2±13,7	>0,05	
	Выражено	12,8±5,8	9,1 2,4<<21,8	>0,05	16,0±6,3	13,6±10,1	>0,05	
Преодоление конфликта	Отсутствует	38,2±12,6	38,6±14,3	>0,05	34,7±13,3	36,4±14,2	>0,05	
	Сомнительно	48,7±15,7	47,7±14,7	>0,05	63,3±13,5	61,4±14,3	>0,05	
	Выражено	13,1±11,4	13,6±10,1	>0,05	2 0,6<<10,3	2,3 0,6<<11,6	>0,05	

Продолжение таблицы 16

1	2	3	4	5	6	7	8
Преднамеренная регуляция	Отсутствует	17,9±12	18,2±11,3	>0,05	22,4±11,7	22,7±12,3	>0,05
	Сомнительно	66,7±14,8	68,2±13,7	>0,05	69,4±12,9	70,5±13,4	>0,05
	Выражено	15,4±11,3	13,6±10,1	>0,05	8,2 2,4<>19,4	6,8 1,8<>18,4	>0,05
Автоматизм и навязчивости	Отсутствует	20,5±12,7	22,7±12,3	>0,05	34,7±13,3	36,4±14,2	>0,05
	Сомнительно	64,1±15,1	65,9±14,0	>0,05	57,1±13,9	59,1±14,5	>0,05
	Выражено	15,4±11,3	11,4 3,4<>24,8	>0,05	8,2 2,4<>19,4	4,5 1,2<>15,0	>0,05
Мотивы и влечения	Отсутствует	61,5±15,3	63,6±14,2	>0,05	55,1±13,9	56,8±14,6	>0,05
	Сомнительно	35,9±15,1	34,1±14,0	>0,05	42,9±13,9	40,9±14,5	>0,05
	Выражено	2,6 0,6<>13	2,3 0,6<>11,6	>0,05	2 0,6<>10,3	2,3 0,6<>11,6	>0,05
Прогностическая функция	Отсутствует	20,5±12,7	22,7±12,3	>0,05	12,9±10,3	11,4 3,4<>24,8	>0,05
	Сомнительно	69,2±14,5	70,5±13,4	>0,05	73,7±10,3	77,3±12,3	>0,05
	Выражено	10,3 2,6<>24,5	6,8 1,8<>18,4	>0,05	13,4 4,1<>18,7	11,4 3,4<>24,8	>0,05



трудовую деятельность, большей частью промышляли частным извозом, то есть работой, не требующей определенной профессиональной подготовки и квалифицированных трудовых навыков. При опросе родственников было отмечено, что у почти  $\frac{2}{3}$  пациентов с длительным стажем наркотизации отмечалось выраженное угасание прежних интересов и увлечений, больные были крайне бездеятельны, пассивны. Все возникающие трудности и малейшие препятствия в жизни пациенты стремились переложить на плечи родственников и близких, демонстрируя тем самым свою повышенную зависимость от них.

В результате проведенных исследований установлено следующее:

- отсутствие достоверных различий между пациентами исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, может свидетельствовать о том, что волевая сфера наркозависимых, не претерпевает значительных изменений в процессе ремиссии;

- отсутствие положительной динамики в редукции волевых нарушений, по всей видимости, связано с достаточной их устойчивостью во времени, т.е. имеет место парциальный дефект волевых побуждений. Несмотря на декларируемые возможности коррекции волевых нарушений с помощью психотерапии, на сегодняшний день в программах медико-социальной реабилитации отсутствуют эффективные психотерапевтические мероприятия, направленные на восполнение существующего дефицита волевой сферы.

3.4.3 Динамика интеллектуально-мнестических расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, через 6 месяцев после выписки, находящихся в воздержании

При исследовании интеллекта у исследуемых подгрупп, нами было замечено, что в процессе воздержания интеллект не претерпевает значительных изменений, как в сторону улучшения, так и в сторону ухудшения.

В таблице 17 представлены результаты, полученные при исследовании интеллекта пациентов исследуемой группы, с помощью вербального опросника Айзенка.

Изменения IQ в динамике у пациентов обеих подгрупп не были достоверными, в связи с чем, представляется возможным сделать вывод об относительной интактности такой сферы высшей нервной деятельности, как интеллект (вне зависимости от срока злоупотребления).

В связи с этим отдельно хотелось бы упомянуть о том, что данный опросник исследует лишь логическую сторону интеллекта, которая, по всей вероятности, и не страдает. Интеллект героиновых наркоманов теряет, прежде всего, познавательную функцию, которая снижает в свою очередь творческую и созидательную активность больных

Таблица 17

*Динамика коэффициента интеллекта пациентов исследуемой группы  
(по вербальному опроснику Айзенка) (в баллах)*

Наименование	Исследуемая группа					
	1 подгруппа (n=44)		P	2 подгруппа (n=51)		P
	после выписки	через 6 месяцев		после выписки	через 6 месяцев	
Коэффициент интеллекта	103,3±4,5	104,2±4,7	>0,05	107,1±4,7	105,2±7,5	>0,05

наркоманией. При катamnестическом исследовании нами также был отмечен тот факт, что большинство пациентов второй подгруппы, при повторном заполнении данных опросников, совершали те же ошибки, что и при первом заполнении, то есть пациенты не извлекали из своих ошибок для себя ничего нового. Это позволило нам убедиться в верности предположения Л.Н. Благова [104, с. 94-100] о «творческой импотенции» интеллекта больных героиновой наркоманией.

В целом, изучение динамики мнестических функции у пациентов с героиновой зависимостью в процессе воздержания показало, что отмечается положительная динамика изменения мнестических функций (имеет место тенденция к улучшению как краткосрочной, так и долгосрочной памяти), однако без достоверных различий.

Более подробно, полученные результаты представлены в таблице 18.

Таблица 18

*Динамика количества запомненных слов у пациентов  
исследуемой подгруппы (по тесту Лурии)*

Количество предъявлений	1-ая подгруппа (n=44)		P	2-ая подгруппа (n=51)		P
	после выписки	через 6 месяцев		после выписки	через 6 месяцев	
1 предъявление	6,6±0,5	6,9±0,4	>0,05	5,6±0,4	6,1±0,5	>0,05
2 предъявление	7,2±0,4	7,9±0,6	>0,05	6,3±0,4	6,7±0,5	>0,05
3 предъявление	7,9±0,3	8,4±0,6	>0,05	7,7±0,4	7,9±0,3	>0,05
4 предъявление	7,9±0,4	8,8±0,5	>0,05	7,9±0,4	8,2±0,4	>0,05
5 предъявление	7,9±0,4	8,6±0,3	>0,05	8,4±0,4	8,5±0,6	>0,05
6 предъявление (через час)	6,6±0,5	7,1±0,6	>0,05	6,5±0,5	6,8±0,4	>0,05

На основании проведенных исследований установлено, что:

- а) динамика мнестических функций имеет тенденцию к улучшению, хотя и без достоверности различий;
- б) темпы динамики в целом сопоставимы в обеих подгруппах исследуемой группы;
- в) уровень восстановления функций исследуемой группы, почти как в группе контроля.

Таким образом, можно говорить о том, что данные расстройства имеют функциональный характер.

При исследовании динамики качественных показателей мышления у пациентов исследуемой группы, были получены следующие результаты: достоверность различий между показателями на момент выписки и через 6 месяцев по показателям «ригидность» и «эгоцентричность» зарегистрирована у пациентов первой подгруппы. Более подробно полученные результаты представлены в таблице 19.

Таким образом, достоверное снижение в 1 подгруппе частоты встречаемости такого симптома, как ригидность, с 40,3% до 15,9% (при  $P < 0,05$  и отсутствии динамики в подгруппе № 2 с 41,0% до 29,4%) свидетельствует о принципиальной возможности редукции данного симптома с длительностью времени у пациентов с малым стажем наркотизации; однако с увеличением стажа наркотизации, данный симптом утрачивает свою пластичность, образуется своеобразный дефект.

Данное утверждение справедливо и для такого симптома, как эгоцентричность: если у пациентов с небольшим сроком наркотизации, данный симптом способен к редукции (с 38,7% до 15,9%, при  $P < 0,05$ ), то во 2 подгруппе данный симптом, снижался незначительно с 37,2% до 27,5%.

Полученные результаты позволили сделать заключение о том, что с увеличением стажа наркотизации мышление пациентов приобретает определенные особенности; пациенты начинают оценивать происходящее только со своей индивидуальной точки зрения, и им составляет определенную трудность оценивать происходящее с позиции других людей.

Клинически это проявляется тем, что у большинства пациентов, с небольшим стажем наркотизации, мышление (при воздействии нормативных жизненных установок) постепенно утрачивается эгоцентричность или ощущение «что весь мир вертится только вокруг них одних». Напротив, у большинства пациентов, с длительным стажем наркотизации, мышление не претерпевает значительных изменений, что и характеризует своеобразный «наркоманический» дефект личности.

Таблица 19

*Динамика частоты встречаемости качественных нарушений мышления  
у пациентов разных подгрупп (%)*

Симптом	Исследуемая группа								Р
	1-ая подгруппа (n=44)				2-ая подгруппа (n=51)				
	после выписки	довери- тельный интервал	через 6 месяцев	довери- тельный интервал	после выписки	довери- тельный интервал	через 6 месяцев	довери- тельный интервал	
Резонанство	16,1	±9,2	6,8	1,8<math>\diamond</math>18,4	35,9	±10,6	25,5	±12	>0,05
Вязкость	8,1	2,8<math>\diamond</math>18,2	4,5	1,2<math>\diamond</math>15	19,2	±8,7	11,8	±8,8	>0,05
Ригидность	40,3	±12,2	15,9	±10,8	41	±10,9	29,4	±12,5	>0,05
Эгоцен- тричность	38,7	±12,1	15,9	±10,8	37,2	±10,7	27,5	±12,2	>0,05
Нарушение логики	19,4	±9,8	11,4	3,4<math>\diamond</math>24,9	24,4	±9,5	15,7	±10	>0,05
Снижение уровня обоб- щения и абст- рагирования	19,4	±9,8	11,4	3,4<math>\diamond</math>24,9	28,2	±10	23,5	±11,6	>0,05

Таким образом, для пациентов, зависимых от героина, характерны качественные изменения мышления (резонерство, вязкость, ригидность, снижение уровня обобщения и абстрагирования нарушение логики и эгоцентричность мышления), которые с увеличением стажа утрачивают способность к обратному развитию и приобретают черты дефекта.

Наращение когнитивного дефицита по мере прогрессивной динамики наркомании характеризуется формированием шизофреноподобных нарушений мышления в виде резонерства, снижения уровня обобщений и абстрагирования, нарушений логики и эгоцентричности мышления.

По мере увеличения стажа наркотизации и при длительности наркомании более 5 лет воздержание от употребления наркотиков не приводит к восстановлению психической активности.

### **3.5 Клинические наблюдения**

*Клинический случай 1.* Больной К., 1980 г.р., находился на лечении в РНПЦ МСПН с 17.11.2008 г. по 16.02.2009 г. На лечение поступил впервые.

*Анамнез* (со слов больного и родителей): Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в полной семье рабочих, старшим ребенком из двоих детей. Беременность у матери больного первая желанная. Возраст матери на момент рождения составлял 26 лет. Родился в срок, доношенным. Раннее развитие в пределах возрастных норм. Сидеть, ходить, говорить начал вовремя. Рос здоровым ребенком, болел нечастыми простудными заболеваниями. Посещал детские дошкольные учреждения. По характеру формировался мягким, спокойным, общительным ребенком. Воспитанию ребенка родители не придавали особого значения, так как оба были заняты на работе. Со слов родителей «рос сам по себе». Мать больного - по характеру вспыльчивая, беспокойная, по характеру, склонная к резкой перемене настроения. Отец характеризует себя человеком добрым, уравновешенным, всегда готовым идти на компромисс.

С 1,5-годовалого возраста пациент К. был отдан родителями в ясли, с 3-летнего возраста посещал детский сад. Посещал детский сад охотно, адаптировался быстро. В школу поступил с 7 лет. Учился до 9 класса очень хорошо, при переводе из класса в класс получал грамоты за хорошую успеваемость и примерное поведение. Из предметов предпочитал биологию, историю. Посещал по данным предметам факультативные занятия, читал дополнительную литературу. Свое поведение в школе описывает как примерное. Пациент охотно участвовал в об-

щественной жизни школы, выступал на школьных концертах и т.п. В 10-летнем возрасте пациент занялся спортом - вначале акробатикой, затем занялся карате-до. В спорте добился некоторых результатов, получил желтый пояс, участвовал в областных соревнованиях, занимал призовые места.

В 13-летнем возрасте, в компании одноклассников впервые выкурил сигарету. Ощущения не понравились, однако до 18-летнего возраста продолжалось эпизодическое употребление табака. С 19 лет курит ежедневно. Средняя суточная норма 15-20 сигарет в сутки. В 14-летнем возрасте на дне рождения одноклассника впервые употребил алкоголь, в количестве 0,5 литра крепленого вина на троих. Опынение понравилось, отмечалось приятная расслабленность, легкое головокружение. С этого возраста употреблял алкоголь эпизодически: «по праздникам», «торжествам» и т.д.

В 17 лет впервые отмечает возникшие в его характере изменения. Становится более жестким, решительным. Постепенно снижается интерес к учебе и спорту, свободное время предпочитает проводить в компании сверстников. Среди ровесников предпочитает держать позицию «середнячка». Пациент не претендует на лидерство, не является так называемым «козлом отпущения». В этом же возрасте попробовал марихуану. Состояние опьянения не понравилось. Далее употреблял марихуану эпизодически, больше «за компанию».

По окончании 11 классов в 1998 году (в 18 лет) поступил в политехнический университет, по специальности «Бурение газовых и нефтяных скважин». На четвертом курсе прекратил обучение в связи с возникшими в семье материальными трудностями. После приезда домой в 2004 году пациент трудоустроился на шахту по специальности: проходчик-взрывник, где проработал в течение 4 лет. В 2006 году пациент женился, в настоящее время проживает в семье. Воспитывает дочь 1,4 года. Отношения с родными сохранились теплыми, дружескими.

В конце декабря 2006 года пациент, находясь в компании коллег по работе в состоянии легкого алкогольного опьянения по предложению знакомого, ранее неоднократно употреблявшего наркотики, впервые употребил раствор героина. Употребление наркотика произошло внутривенно, несамостоятельно, готовым раствором. Точную дозу указать затруднился. Со слов «около пяти точек». Опынение понравилось, испытал «ощущение нирваны», прилив тепла во всем теле, ощущение легкости в движениях и мыслях. Однако затем отмечались защитные механизмы организма в виде тошноты, рвоты. Повторное употребление произошло через месяц, по предложению того же знако-

мого, с целью добиться испытанного ощущения. Доза повторно вводимого наркотика составила 0,25 гр. героина на 1 прием. Эпизодический прием наркотика, с периодичностью вначале 1 раз в месяц, затем 1 раз в 2 недели, затем 1 раз в неделю, с последующим переходом на ежедневный прием наркотика продолжался в течение полугода. В этот период времени отмечается увеличение толерантности к приему героина, происходит увеличение дозы до 0,5 гр. героина на 2 приема. После месячного ежедневного употребления, в периоды отсутствия наркотика стал ощущать симптомы общего недомогания: озноб, слабость, повышение температуры тела, выраженное потоотделение. Данные расстройства были транзиторными, проходили самостоятельно или при очередном употреблении героина. Только через три месяца ежедневного употребления наркотика, когда пациент решил прекратить прием наркотика, развернулась полная клиника опийной абстиненции, с интенсивными алгическими, соматоневрологическими, и вегетативными проявлениями. Длительность абстинентного синдрома составила 7-10 дней и сопровождалась выраженным влечением к употреблению героина. После последующего срыва толерантность к героину стремительно увеличивается до 2 грамм героина на 2-3 приема. Плато толерантности 2 грамм героина. Максимальная суточная доза за все время употребления составляет 3 грамм героина на 3 приема. С середины 2007 года по январь 2008 года у пациента отмечается самостоятельное воздержание. Пациент перенес синдром отмены в домашних условиях и переезжает в другой город. Срыв произошел сразу же после возвращения. Причиной срыва пациент объясняет «встречей старого друга».

В октябре 2008 г. пациент решает прекратить прием наркотика и вновь самостоятельно переносит абстиненцию. После недельного воздержания от наркотика, после выраженного периода влечения к употреблению опиоидов, пациент, по совету родственников, обращается за помощью в областной наркологический диспансер, откуда после сбора необходимых документов, и был направлен на лечение в РНПЦ МСПН. Последнее употребление наркотика состоялось в конце октября 2008 года в дозе 1 грамм героина на 1 прием.

*Аллергоанамнез* не отягощен, судорожные припадки, острые воспалительные, венерические заболевания отрицает.

*Соматическое состояние при поступлении.*

Нормостенического телосложения. Пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледноватой окраски. На внутренней стороне обоих предплечий по ходу поверхностных вен - следы от внутривен-

ных инъекций различной давности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны, ритмичные. Язык обложен слегка желтоватым налетом. Живот безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, при пальпации несколько болезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*Неврологическое состояние при поступлении.*

Зрачки равновеликие, умеренно расширены. Реакция на свет симметричная, живая. Патологических рефлексов нет. Лицо симметрично, глазные щели равные, язык по средней линии. В позе Ромберга устойчив. Пальценосовую пробу выполняет уверенно.

*Психическое состояние при поступлении.*

В ясном сознании. В месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Выглядит несколько моложе своих лет. Походка уверенная. Жесты невыразительны. Внешний вид опрятный. Говорит громким, хорошо модулированным голосом. В контакт вступает охотно, однако на вопросы отвечает кратко, немногословен. Сидит в несколько напряженной позе, скрестив на груди руки. В ходе разговора позу не меняет. Предъявляет жалобы на периодически возникающие мысли о наркотике.

Анамнестические сведения сообщает кратко, лишь в необходимом пределе. Регулярно интересуется условиями пребывания и постановки на учет, проговаривая: «Вы точно эти данные ни куда не отправляете?». Пациент точно указывает даты, крайне последователен в изложении своей биографии, хотя отмечает некоторое снижение памяти на недавние прошлые и текущие события. Характеризует себя человеком уравновешенным, миролюбивым, неконфликтным. Со слов «лишь бы ко мне ни кто не лез, а я сам, ни кого не трогаю». В процессе беседы пациент крайне критичен к своим действиям и поступкам, не пытается представить себя в более выгодном свете. Постоянно проговаривает о своем ощущении вины по отношению к родным и близким и своем твердом намерении прекратить употребление наркотиков.

Эмоциональный фон устойчив, настроение несколько снижено. Мышление последовательное, в обычном темпе. Интеллектуально-анамнестические функции явно не нарушены. Суицидальных мыслей не высказывает. Критическое отношение к своему заболеванию в процессе формирования. Установка на лечение положительная. Психотической симптоматики (брёда, галлюцинаций и пр.) не выявлено.

*Лабораторные показатели:*

- Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты - 4,5x10<sup>9</sup>/л; эритроциты - 3,71 x10<sup>12</sup>/л; СОЭ – 1 мм/час.



- Анализ мочи: цвет - светло-желтый; реакция - кислая; относительная плотность - 1012.
- Биохимический анализ крови: аланин АТ - 138 мккат/л; Аспаргат АТ - 103 мккат/л, глюкоза - 4,8 ммоль/л; тимоловая проба -10,4.
- RW - отрицательный;
- ВИЧ – отрицательный;
- Анализ крови на вирус гепатита С - положительный.
- Заключение терапевта: хронический вирусный гепатит С в стадии ремиссии.

*Патopsихологическое исследование*

Методика «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссмана и Д. Рикса):

- а) шкала «Спокойствие-тревожность» - 7 баллов;
- б) шкала «Энергичность - усталость» -7 баллов;
- в) шкала «Приподнятость-подавленность» - 5 баллов;
- г) суммарная оценка 19 баллов.

Методика «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» (Пережогин Л.О.):

- волевые действия = 0,40 (расстройство сомнительно);
- преодоление препятствий = 0,53 (выраженное расстройство);
- преодоление конфликта = 0,30 (расстройство сомнительно);
- преднамеренная регуляция = 0,25 (расстройство отсутствует);
- автоматизмы и навязчивости = 0,85 (выраженное расстройство);
- мотивы и влечения = 0,27 (расстройство отсутствует);
- прогностические функции = 0,60 (выраженное расстройство).

Вербальный опросник Айзенка IQ = 102.

Тест Лурии:

Кривая запоминания и воспроизведения 7; 7; 9; 8; 10 отсрочено 8.

Батарея лобной дисфункции:

- 21 балл (нет дементного состояния);

Краткое исследование психического состояния (MMSE) - 30 баллов (нет нарушений когнитивных функций).

MFI-20:

- 1) общая астения – 12;
- 2) физическая астения – 12; пониженная активность – 13;
- 3) снижение мотивации – 15, психическая астения – 16.

*Нейрофизиологическое исследование от 20.11.2008 года*

- 1. ЭЭГ – Умеренно-выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга с ирритацией коры.
- 2. РЭГ во всех бассейнах сосудистый тонус устойчив.

3. ЭХО-ЭС Смещение срединного комплекса не регистрируется.

Нормотензия.

*Диагноз:* Психические, поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание в условиях исключающих употребление F 11.21.

*Динамическое наблюдение*

*Лечение.* Больной поступил в отделение в воздержании. Соматических жалоб не отмечалось. В первые дни поступления пациента в стационар наблюдались выраженное осознанное влечение к опиоидам, сопровождающееся сниженным фоном настроения, подавленностью, эмоциональной неустойчивостью, внутренним дискомфортом. В качестве антикревинговой терапии были назначены трициклические антидепрессанты (Амитриптилин 1% - 4,0 мл + физиораствор 0,9% - 200,0 мл 2 раза в день) с последующим переводом на таблетированные формы антидепрессантов. В частности, назначение селективных ингибиторов обратного захвата сератонина: Флувоксамин в таблетках по 50 мг (по схеме); вегетостабилизаторы: Карбамазепин в таблетках по 200 мг по 1 таб. 2-3 раза в день; для коррекции диссомнических нарушений был использован Сомнол в таблетках по 7,5 мг.

В течение первой недели пребывания пациента в отделении психотерапии и медикаментозной коррекции состояние больного в динамике значительно улучшилось. Патологическое влечение к опиоидам было дезактуализировано. Пациент включился в групповую работу с психотерапевтами. Помимо этого, применялось индивидуальное психологическое консультирование.

Через две недели пребывания больного в стационаре пациент был переведен в отделение психотерапии и реабилитации.

В данном отделении пациент вел себя спокойно, нарушении режима отделения за ним не отмечалось. Больной поддерживал режим и распорядок дня в отделении. На 24 день пребывания пациент обратился к лечащему врачу с жалобами на ухудшение своего самочувствия, на выраженную тоску по дому, ощущение выраженной «депрессии». Со слов психотерапевта, проводящего занятия, пациент начал создавать различного рода конфликтные ситуации, как с пациентами, так и с врачом. На группе начал активно проговаривать об отсутствии дальнейшего смысла нахождения в стационаре, высказывать недовольство «через чур строгим режимом отделения» и так далее. В ходе беседы с лечащим врачом пациент склонен к конфронтации, легко возбудим, раздражителен. Пытается манипулировать пациентами, своими родственниками, врачом и т.д. После продолжительных психотерапевтических

консультаций и разговора со своими близкими, также категорично настроенными против досрочной выписки пациента, больной дал согласие на дальнейшее лечение и медикаментозную коррекцию собственного состояния.

В лечении пациента был назначен атипичный нейролептик Сизадон - 2 мг в 22.00 часа в комбинации с трициклическими антидепрессантами (Амитриптилин 1% - 4,0 мл + физиораствор 0,9% - 200,0 мл 2 раза в день).

В течение последующих 5 дней, состояние пациента улучшилось. Эмоциональный фон выровнялся, повторных конфликтов с пациентами и персоналом не отмечалось.

В целом, за время пребывания в отделении ничем себя не проявлял, посещение психотерапевтических групп носило формальный характер; неоднократно в ходе работы отвлекался, объясняя это «усталостью», сложностью долгой концентрации на предмете обсуждения. В общении с пациентами был ровен, особых привязанностей не отмечено. На 50-й день своего пребывания в стационаре пациент был переведен в отделение социальной реабилитации, где пробыл 9 дней. Пациенту было предложено продолжить лечение в условиях отделения социальной реабилитации, однако больной изъявил желание прекратить лечения и был выписан в связи с окончанием срока квоты.

#### *Катамнестическое наблюдение (в течение 12 месяцев)*

После выписки регулярно (1 раз в месяц) наблюдался у участкового врача-нарколога по месту жительства. Через месяц после выписки, пациент трудоустроился, проживал в семье. Со слов матери пациента, больной в течение всего периода пребывания дома стал более спокойным, более уравновешенным. Свободное время проводит дома, в кругу семьи. Старые контакты с лицами, совместно употреблявшими наркотики, резко прекратил. Из настораживающих факторов родительница пациента указала на возросшее количество потребления слабоалкогольных напитков и количества выкуриваемых сигарет. К выполняемой профессиональной деятельности подходит более ответственно, охотно берется за сверхурочную работу. Прогулов и замечаний, со стороны начальства отмечено не было. Со слов участкового врача-нарколога, пациентом признается факт периодически возникающего влечения к употреблению героина, однако само влечение к наркотикам эпизодическое, возникает в провоцирующих ситуациях.

#### *Заключение*

Формирование героиновой зависимости относится к возрасту 26-27 лет, когда после нескольких проб героина началось становление

патологического влечения к героину. Эпизодическое употребление - в течение 6 месяцев. Отмечался пологий, плавный рост толерантности. Первые признаки синдрома физической зависимости проявились через месяц ежедневного употребления в виде легких вегетативных расстройств. При формировании систематического приема наблюдался отчетливый стремительный рост толерантности, выраженная психическая зависимость, усложнение синдрома физической зависимости с появлением болевого синдрома. Через три месяца систематического внутривенного употребления «синдром лишения» характеризовался развернутым алгическим компонентом, выраженным осознанным влечением к наркотику, а также вегетативными нарушениями. Длительность постоянного приема наркотиков составляет 2 года. «Спонтанная ремиссия» в 2007 году, а также обращение за лечением в стационар связаны, скорее всего, с внешними обстоятельствами.

В период нахождения в стационаре психическое состояние больного на фоне проводимой терапии в динамике значительно улучшилось. Патологическое влечение к наркотику было дезактуализировано, эмоциональный фон стал устойчивым, пациент стал принимать участие в работе психотерапевтических групп. После перевода в отделение психотерапии и реабилитации на 24 день пребывания отмечается выраженный всплеск обсессивно-компульсивного влечения к опиоидам, которое после соответствующей индивидуальной и семейной психотерапии, было медикаментозно скорректировано. В отделении психотерапии и реабилитации у пациента стали отчетливо проявляться признаки психической астении, выражавшиеся в формальном участии в работе групп, быстрой истощаемости, отвлекаемости внимания.

После выписки из стационара за весь период наблюдения наблюдались: положительная социальная динамика с возвращением на работу, установление более близких отношений в семье и прекращение отношений с ненормативным своим окружением. Однако на данном этапе так же продолжали сохраняться признаки астении, выражавшиеся в снижении инициативы, отсутствии внутренних побуждений в профессиональной и бытовой деятельности, определенной истощаемости.

Наблюдаемые у данного пациента, а также их фиксация самим больным признаки обсессивного влечения укладываются в рамки позднего постабстинентного периода. Смущающим фактором, на наш взгляд, является увеличение частоты и количества потребляемого алкоголя, которая в дальнейшем способна либо сформировать зависимость от приема алкоголя, либо снизить самоконтроль больного, что неминуемо приведет к очередному срыву.

Таким образом, учитывая данные анамнеза, динамического наблюдения в процессе стационарного лечения, а так же катamnестического наблюдения в течение года, можно констатировать наличие у пациента начальных признаков снижения энергетического потенциала и формирования негативной симптоматики астенического круга.

*Клинический случай 2.* Больной С., 1979 г.р., находился на лечении в РНПЦ МСПН с 06.12.2008 года по 03.02.2009 года. На лечение поступает в седьмой раз.

*Анамнез (со слов больного и родителей):*

Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в полной семье служащих, единственным ребенком. Беременность у матери больного первая, желанная. Возраст матери на момент рождения составлял 22 года. Родился в срок, доношенным, желанным. Раннее развитие без особенностей. Рос здоровым ребенком, болел нечастыми простудными заболеваниями. В связи с тем, что воспитанием пациента занималась бабушка, пациент детские дошкольные учреждения не посещал. По характеру формировался подвижным, беспокойным по характеру ребенком. Как уже было сказано выше воспитанием больного, преимущественно занималась бабушка, мать отца пациента. Воспитание ребенка строилось по типу потворствующей гиперопеки, с раннего детства практически ни в чем не знал отказа, любые прихоти и желания исполнялись. Бабушка чрезвычайно мягкая и добрая по характеру женщина, боготворившая своего внука. Мать больного - по характеру сильная, целеустремленная женщина, длительное время проработала на руководящей работе. Отец характеризует себя человеком спокойным, уравновешенным, неконфликтным.

В школу пациент пошел с 6 лет (в подготовительный класс). С первого по одиннадцатый класс пациент учился хорошо, не прикладывая при этом значительных усилий. В возрасте 12 лет пациент по настоянию родителей занялся спортом, в течение 6 лет посещал секцию дзюдо. Имеет спортивный разряд по данному виду спорта, участвовал в республиканских соревнованиях, занимал призовые места.

В 16-17 лет, пациент постепенно теряет интерес к учебе, и к спорту, начинает активно посещать ночные клубы и другие увеселительные заведения. В это время умирает бабушка пациента, и он становится предоставленным самому себе.

В 17-летнем возрасте в компании сверстников впервые выкурил сигарету и впервые употребил алкоголь в количестве 0,5 литра вина на троих. Опыянение понравилось, с этого времени пациент курит сигаре-

ты ежедневно. Алкоголь употребляет эпизодически: «по праздникам», «торжествам». После окончания 11 класса, пациент продолжил образование и поступил в университет, по специальности «Юриспруденция». На первом курсе обучения пациент в компании сокурсников впервые употребил сигарету, начиненную марихуаной. Ощущения опьянения не понял, со слов испытал сильное головокружение, тошноту, затем резкий приступ голода. От повторного предложения употребления марихуаны пациент уклонился. После окончания университета в 2003 году пациент в течение 3 месяцев проработал по специальности, затем был уволен в связи с наркотизацией. С этого времени постоянного места работы не имел, занимался частной коммерческой деятельностью. С 2006 года женат, имеет сына 2-х лет, однако с семьей не живет. В настоящее время проживает совместно с родителями, на их иждивении.

В 18-летнем возрасте, в 1998 году пациент в компании сокурсника, неоднократно ранее употреблявшего наркотики, из интереса, впервые употребил героин, в дозе 0,15 грамм героина интраназально. Опьянение понравилось сразу, испытал выраженную эйфорию, сопровождающуюся «небывалой легкостью», и «новым, совершенно другим представлением мира». Повторное употребление произошло, через неделю, в той же компании, в той же дозе, тем же способом. Употребление героина в течение полутора лет регулярное, с периодичностью вначале 1 раз в месяц, 1 раз в неделю, 1 раз в день. Происходит постепенное увеличение толерантности к героину до 1-2 грамм героина в сутки на 3-4 приема. Физическая зависимость была сформирована только через два месяца ежедневного употребления наркотика, когда в периоды вынужденного воздержания, пациент впервые ощутил явления психического и физического дискомфорта. Абстинентный синдром выражен в течение недели и представлен соматоневрологическими, психическими и вегетативными нарушениями. Толерантность постепенно возросла до 5-6 грамм героина на 3-4 приема. Максимальная суточная доза за все время употребления составляет 7 грамм героина на 4-5 приемов.

Пациент неоднократно пытался самостоятельно прекратить прием наркотиков, воздержания непродолжительные, в среднем в течение 2-3 месяцев. Причин срыва пациент указать не смог. По поводу наркотической зависимости неоднократно проходил лечение у частнопрактикующих врачей-наркологов, в программе «Детокс» качественной ремиссии после лечения не отмечалось. Пациент дважды находился на стационарном лечении в РНПЦ МСПН (г. Павлодар) в 2006 и 2007

годах. Проходил полные курсы лечения, воздержания в среднем в течение 3-4 месяцев. Объективных причин срыва также указать не смог. Употребление наркотика в течение последнего года, ежедневное, плато толерантности составляет 2 грамм героина на 2 приема.

Инициаторами госпитализации в стационар, как и в предыдущие разы, явились родители больного. После прохождения курса детоксикации по месту жительства, в областном наркологическом диспансере был направлен на продолжение лечения в РНПЦ МСПН.

Последнее употребление героина произошло в середине ноября 2008 года, в дозе 1 грамм героина на 1 прием.

*Аллергоанамнез* не отягощен, судорожные припадки, острые воспалительные, венерические заболевания отрицает.

#### *Соматическое состояние при поступлении*

Нормостенического телосложения, хорошего питания. Кожные покровы чистые, бледноватой окраски. На внутренней стороне обоих предплечий по ходу поверхностных вен - следы от внутривенных инъекций различной давности. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны, ритмичные. Живот безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, при пальпации несколько болезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

#### *Неврологическое состояние при поступлении*

Зрачки равновеликие, умеренно расширены. Реакция на свет симметричная, живая. Патологических рефлексов нет. Лицо симметрично, глазные щели равные, язык по средней линии. В позе Ромберга устойчив. Пальце-носовую пробу выполняет уверенно.

#### *Психическое состояние при поступлении*

В ясном сознании. В месте, времени, собственной личности ориентирован полностью. Выглядит гораздо моложе своих лет. Походка уверенная. Жесты уверенные, размашистые. Внешний вид опрятный. Одет, подчеркнуто модно. Говорит негромким, хорошо модулированным голосом. В контакт вступает охотно, крайне многословен, на вопросы отвечает пространно, с массой дополнительных деталей. Сидит в свободной, расслабленной позе, развалившись, закинув ногу на ногу, откинув назад голову.

Анамнестические сведения сообщает охотно, с некоторой бравадой рассказывает о своей наркотизации, при этом в виде кратких монологов регулярно проговаривает о своем желании прекратить прием наркотиков, о вреде, приносимом наркотиком, и так далее: «надо завязывать», «надоело колоться», «устал». Помимо этого, больной в ходе

разговора активно пытается сократить дистанцию, склонен к некоторой фамильярности. Интересуется возрастом, практическим опытом лечащего врача, проговаривая о своем «элитарном» происхождении и претензией на «особый» подход к его лечению. В беседе пациент демонстрирует определенные познания в клинической фармакологии, пытается целенаправленно выпросить назначение тех или иных препаратов, активно проговаривает о своей непереносимости нейролептиков, больших групп и тому подобное. Эмоциональный фон спокойный, настроение несколько повышено. Мышление последовательное, в обычном темпе. Интеллектуально-мнестические функции явно не нарушены. Суицидальных мыслей не высказывает. Критическое отношение к своему заболеванию, и к поведению не сформировано. Установка на лечение формально вынужденная. Психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций и пр.) не выявлено.

#### *Лабораторные показатели*

- анализ крови: гемоглобин – 132 г/л; лейкоциты - 5.0 x10<sup>9</sup>/л; эритроциты - 4 x10<sup>12</sup>/л; СОЭ – 2 мм/час;
- анализ мочи: цвет - светло-желтый; реакция - кислая; относительная плотность - 1012;
- биохимический анализ крови: аланин АТ - 126 мккат/л; Аспартат АТ - 98 мккат/л, глюкоза - 4,6 ммоль/л; тимоловая проба - 6,4;
- RW - отрицательный;
- ВИЧ – отрицательный;
- анализ крови на вирус гепатита С -положительный.
- заключение терапевта: хронический вирусный гепатит С, в стадии ремиссии.

#### *Нейрофизиологическое исследование*

1. ЭЭГ - легкие изменения б/э активности по резидуально-органическому типу с признаками раздражения подкорковых структур справа.
2. РЭГ - признаки сосудистой дистонии.
3. ЭХО-ЭС - смещение срединного комплекса не регистрируется. Пределы возрастной нормы.

#### *Патопсихологическое исследование*

Методика «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссмана и Д. Рикса):

- а) шкала «Спокойствие-тревожность» - 5 баллов;
- б) шкала «Энергичность- усталость» - 3 балла;
- в) шкала «Приподнятость-подавленность» - 3 балл;
- г) суммарная оценка 11 баллов.



Методика «Нормированная шкала диагностики волевых расстройств» (Пережогин Л.О.):

- 1) волевые действия = 0,60 (расстройство сомнительно);
- 2) преодоление препятствий = 0,59 (выраженное расстройство);
- 3) преодоление конфликта = 0,41 (расстройство сомнительно);
- 4) преднамеренная регуляция = 0,55 (расстройство сомнительно);
- 5) автоматизмы и навязчивости = 0,78 (выраженное расстройство);
- 6) мотивы и влечения = 0,25 (расстройство отсутствует);
- 7) прогностические функции = 0,60 (выраженное расстройство).

Вербальный опросник Айзенка: IQ = 92.

Тест Лурии. Кривая запоминания и воспроизведения 8; 7; 7; 5; 5 отсрочено 6.

Батарея лобной дисфункции - 21 балл (нет дементного состояния).

Краткое исследование психического состояния (MMSE) - 30 баллов (нет нарушений когнитивных функций).

MFI-20:

- общая астения – 18;
- физическая астения – 17;
- пониженная активность – 18;
- снижение мотивации – 15;
- психическая астения – 17.

*Диагноз:* Психические, поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание в условиях исключающих употребление F 11.21.

*Динамическое наблюдение*

*Лечение.* Больной поступил в отделение в воздержании. С первых дней пребывания пациент вел себя довольно активно, предъявляя жалобы на нарушение ночного сна, ранее пробуждение, колебания настроения и т.д. Для коррекции поведения, а также для устранения диссомнии, был назначен атипичный нейролептик Сизадон в таблетках по 2 мг в 22.00 часа, помимо этого были назначены антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата сератонина: Флувоксамин в таблетках по 50 мг (по схеме); вегетостабилизаторы: Карбамазепин в таблетках 200 мг по 1 таблетке 2-3 раза в день.

В отделении пациент занял определенные лидирующие позиции, однако предпочитал использовать это в негативной форме. Пытался манипулировать неустойчивыми пациентами, саботировать распорядок в отделении. При этом никогда не проявлял себя явно, предпочитая действовать исподтишка, и формально укладываться в рамки режима.

В течение первых двух недель в отделении психотерапии и медикаментозной коррекции состояние больного в динамике значительно улучшилось. Эмоциональный фон стал более устойчивым, сон был нормализован, поведение пациента стало более дисциплинированным. В связи с чем, пациент был переведен в отделение психотерапии и реабилитации. Находясь в отделении реабилитации, пациент продолжал пассивно посещать групповые занятия с психологами, и психотерапевтами. В групповой работе периодически активно включался в работу, однако активности обычно хватало лишь на разглагольствования о вреде потребления наркотиков и своем совершенно новом образе жизни после выписки из стационара. При этом запросов и реальных планов на будущее не проговаривалось. Свободное время проводил бесцельно либо за чтением книг детективного жанра, либо за игрой в настольный теннис. Периодически пытался выпросить у дежурных врачей дополнительные назначения в виде «сонников» и, со слов родителей, пытался убедить их в своем полном выздоровлении. Отношения с родителями неоднозначные: при декларируемой любви и привязанности к матери фактически демонстрировал потребительское отношение, нередко с элементами шантажа, был черств, неблагодарен при отказе родителей выполнить его просьбы. Эмоциональный фон во время пребывания в отделении реабилитации оставался относительно ровным, однако обращала на себя внимание диссоциированность внешних проявлений эмоций и вызвавшего реакцию фактора. Так, узнав о том, что супруга подала на развод, картинно рассмеялся; в течение этого дня ничем не проявлял озабоченности данным событием. В отношении с пациентами в эмоциях проявлялась определенная холодность, отсутствие эмпатии, чувства сопереживания.

На 50 день своего пребывания в стационаре пациент был переведен в отделение социальной реабилитации, где пробыл 6 дней. Пациенту было предложено продолжить лечение в условиях отделения социальной реабилитации, однако больной изъявил желание прекратить лечения и был выписан в связи с окончанием срока квоты.

*Катамнестическое наблюдение (в течение 6 месяцев)*

После выписки, пациент в течение месяца находился на санаторно-курортном лечении в Китае. После возвращения порядка двух месяцев находился дома, под строгим присмотром родственников. Реальных попыток трудоустройства и налаживания контактов с семьей не последовало. Пациент на протяжении дня лежал на диване, играл в компьютерные игры, смотрел фильмы. Приемы у нарколога посещал нерегулярно, и только в сопровождении родите-

лей. Со слов родственников, срыв последовал через 3.5 месяца, после выписки из стационара.

#### *Заключение*

Больной воспитывался в условиях ложной гиперопеки, плохой переносимости психотравмирующих ситуаций.

Характерологическими особенностями личности являлись свойственные ему с детского возраста настойчивость, целеустремленность, стеничность, лидерские качества. В период пубертатного криза появились столь нехарактерные ранее для больного качества, как вспыльчивость, эгоцентризм, склонность к асоциальным поступкам.

Формирование героиновой наркомании относится к возрасту 18 лет, когда после нескольких проб героина началось становление патологического влечения к героину. Эпизодическое употребление в течение 1,5 лет. Отмечался пологий, плавный рост толерантности. Первые признаки синдрома физической зависимости проявились через 1,5 года интраназального употребления. При формировании систематического приема наблюдался отчетливый стремительный рост толерантности, выраженная психическая зависимость, усложнение синдрома физической зависимости с появлением болевого синдрома. Через два месяца систематического внутривенного употребления «синдром лишения» характеризовался развернутым алгическим компонентом, выраженным осознанным влечением к наркотику, а также вегетативными нарушениями. Длительность постоянного приема наркотиков составляет 9 лет.

За период нахождения в стационаре психическое состояние больного характеризовалось на начальном этапе периодически возникающими перепадами настроения, напрямую коррелировавшими с обострением патологического влечения к наркотику. В дальнейшем аффективный фон нормализовался, изменения настроения носили ситуационный характер. На передний план выступили такие «негативные» изменения в эмоциональной сфере, как холодность, отчужденность, отсутствие эмпатии. В мышлении пациента отмечались элементы резонерства, пустого рассуждательства. Четко прослеживалась диссоциация между декларируемыми установками и фактическими действиями, отмечалась неспособность к длительной целенаправленной деятельности. Данные тенденции, сохранившиеся в период после выписки, наряду с обострившимся патологическим влечением, стали причиной очередного срыва.

Таким образом, в результате длительного употребления наркотиков у пациента произошли следующие «негативные» изменения в раз-

личных сферах психической деятельности: сформировался дефект в эмоциональной сфере (эмоциональная черствость, холодность, отсутствие эмпатии); четко прослеживается диссоциация относительно высокого уровня притязаний и резко сниженного уровня волевых побуждений; изменение мышления с наличием резонерства. Все это свидетельствует о формировании у пациента своеобразного «наркоманического дефекта».

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Для клинико-динамического стереотипа героиновой зависимости характерно снижение уровня личности, что проявляется специфическим комплексом негативных расстройств: снижение общей и психической активности, мотивации, утрата чувства эмпатии, уплощение аффекта, утрата способности к преодолению препятствий, нарастающее снижение прогностической функции, качественные изменения мышления (резонерство, ригидность, снижение уровня обобщения и абстрагирования, нарушение логики и эгоцентричность мышления).

2. Негативные расстройства отмечаются на всех этапах и при всех фазных состояниях героиновой наркомании и являются ее стержневым психопатологическим расстройством. Синдромальная структура негативных расстройств при героиновой наркомании определяется типичными симптомокомплексами, наиболее значимыми среди которых являются астенические (до 67,9%), аффективно-волевые (79,5%), мнестические (до 78,2%) и когнитивные (до 55,1%) расстройства.

3. Прогрессирующая динамика негативных расстройств при героиновой наркомании отличается дискордантностью (неравномерностью). Для различных сфер психической деятельности характерны различные сроки формирования негативных расстройств и динамика их развития:

- а) астенические расстройства формируются уже на начальных этапах наркотизации, постепенно нарастают по мере прогрессирующей динамики героиновой наркомании и со временем становятся стойкими и необратимыми.
- б) нарушения аффективно-волевой сферы присутствуют на всем протяжении заболевания и на отдаленных его этапах обуславливают формирование специфического эмоционального дефекта в виде спонтанности, отсутствия эмпатии, уплощения аффекта.
- в) мнестические расстройства при героиновой наркомании являются преходящими и в течение 6 месяцев полного воздержания от употребления наркотиков практически полностью нивелируются, что свидетельствует об их функциональном характере.
- г) расстройства мышления формируются лишь на отдаленных этапах развития героиновой наркомании.

4. Динамика астенических расстройств по мере увеличения стажа наркотической зависимости характеризуется трансформацией ее гипертенического варианта в гипостенический со снижением способности к обратному развитию и нивелированию.

5. Аффективно-волевая сфера на начальных этапах прогрессивной динамики героиновой наркомании характеризуется развитием аффективной неустойчивости, а на отдаленных этапах – дефицитарным симптомокомплексом в виде гипотимии, апатии, аспонтанности или потери спонтанности побуждений, ангедонии или утраты «радости» жизни, отсутствия чувства эмпатии, уплощения аффекта.

6. Нарастание когнитивного дефицита по мере прогрессивной динамики наркомании характеризуется формированием нарушений мышления в виде резонерства, снижения уровня обобщений и абстрагирования, нарушений логики и эгоцентричности мышления.

7. По мере увеличения стажа наркотизации и при длительности наркомании более 5 лет воздержание от употребления наркотиков не приводит к восстановлению психической активности.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Субханбердина А.С. Психопатологические особенности патологического влечения к алкоголю в клинике алкоголизма у женщин // автореф. ... докт. мед. наук. – М., 2004. – 26 с.
- 2 Бориневич В. В. Наркомании. - М., 1963. - 275 с.
- 3 Швец Ф. Фармакодинамика лекарств с экспериментальной и клинической точки зрения / Пер. со словацкого. - Братислава, 1971. - Т. 1 - 2. - 849 с.
- 4 Селедцов А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами // автореф. ... докт. мед. наук. - М., 1994. - 39 с.
- 5 Найденова Н.Г. Исходные состояния в клинике наркомании. Алкоголизм и неалкогольные токсикомании // Республиканский сборник научных трудов / Под ред. проф. И.Н. Пятницкой. – М., 1992. - С. 51-57.
- 6 Рохлина М.Л. Психопатологические расстройства в клинике опийной наркомании // XII съезд психиатров России: материалы съезда. - М., 1995. - С. 820-822.
- 7 Козлов А.А., Рохлина М.Я. «Наркоманическая» личность // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - № 7. - С. 23-27.
- 8 Ланда А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами // Некоторые проблемы наркомании: сборник научных трудов. - М., 1989. - С. 103 - 110.
- 9 Staehelin J.E. Клиническая психиатрия. - М., 1967. - 226 с.
- 10 Лукачар Н.Г., Понякина И.Д., Барков Н.К. Иммуный статус больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии – М., 1989. – № 3. – С. 26-30.
- 11 Селедцов А.Н. Патокинетические и психопатологические особенности опийной наркомании, сформировавшейся на органически неполноценной почве // Вопросы наркологии. – М., 1991. – № 1. – С. 21-28.
- 12 Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. Клинические особенности и течение опийной наркомании, осложненной диметровой токсикоманией // Вопросы наркологии. – М., 1993. – № 1. – С. 21-23.
- 13 Пятницкая И.Н., Боровкова Н.К., Найденова Н.Г. Лечение острых состояний в клинике опийной наркомании пирроксаном // Методическое письмо. - М., 1974. - 20 с.

- 14 Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. – М., 2002. – Т. 2. – 504 с.
- 15 Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 276 с.
- 16 Наркологическая помощь населению республики Казахстан за 2006-2007 годы // Статический сборник. – Павлодар, 2008. – 212 с.
- 17 Елшанский С.П. Некоторые этические и психологические проблемы реализации программ снижения вреда среди потребителей наркотиков // Вопросы наркологии. – 2003. – № 2. – С. 36-51.
- 18 Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2008. – 640 с.
- 19 Бикмаматова Н.Х. Особенности формирования наркомании у лиц с различными преморбидными особенностями личности // Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. – Фрунзе, 1980. – Ч. 1. – С. 13-15.
- 20 Windle M., Hooker K., Lenerz K., East P. Temperament, Perceived Competence and Depression in Early and Late Adolescence // *Development Psychology*. – 1986. – № 22. – P. 384-392.
- 21 Muntaner C., Walter D., Nagoshi C. et al. Self-report vs. Laboratory Measures of Aggression as Predictors of Substance Abuse // *Drug and Alcohol Dependence* /Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd. – 1990. – № 25. – P. 1-11.
- 22 Aziz S., Shah A.A. Home Environment and Peer Relations of Addicted and Nonaddicted University Students // *J. Psychol.* – 1995. – № 129 (3). – P. 277-284.
- 23 Rounsaville B.J., Kleber H.D. Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Course and Interaction with Program Type // In: R.E. Meyer (Ed). *Psychopathology and Addictive Disorders*. – 1986. – P. 17-19.
- 24 Wolf S. Nondelinquent disturbances of conduct // *Child Psychiatry. Modern approach*. – Oxford, 1977. – P. 487-509.
- 25 Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – 302 с.
- 26 Moraes T.M. Aspectes vitimologicus no use abuse e de pendencia de drogas // *J. Bras. Psiquiat.* – 1988. – Vol. 37, № 2. – P.63-66.
- 27 Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – Киев: Здоров'я, 1989. – 212 с.



28 Kaufman E. Family Systems and Family Therapy of Substance Abuse: an Overview of Decades of Research and Clinical Experience //Int. J. Addict. – 1985. – Vol. 20, № 6/7. – P. 897-916.

29 Stoker A., Swadi H. Perceived Family Relationships in Drug Abusing Adolescents //Drug and Alcohol Dependence. – 1990. – № 25. – P. 293-297.

30 Rutherford M.J., Cacciola J.S., Altermann A.I. Assessment of Object Relations and Reality Testing in Methadone Patients //Am. J. Psychiatry. – 1996. – № 153 (9). – P. 1189-1194.

31 Hermalin J.A., Steer R.A., Platt J.J., Merger D.S. Risk Characteristics Associated with Chronic Unemployment in Methadone Clients //Drug and Alcohol Dependence. – 1990. – № 26. – P. 117-125.

32 Besteman K.L. Problemes poses par la recherches dans les toxicomanies. //Bull. Soc. Sci. Med.. – Luxemburg, 1972. - Vol. 109 - № 1. – P. 39-473.

33 Жмуров В.А., Огородников Т.Г. Токсикомания: вопросы клиники, раннего выявления и профилактики // Проблемы алкоголизма и наркомании. – Хабаровск, 1988. – С. 54-56.

34 Битенский В.С., Херсонский Б.Г. Мотивировка и условия, способствующие злоупотреблению опиатами у подростков // Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л., 1989. - С. 83-88.

35 Ураков И.Г., Исмаилов Б.И. Влияние некоторых предрасполагающих факторов на возникновение и становление различных форм наркотизма //Клиническая психиатрия Узбекистана. - Ташкент, 1976. – С. 104-109.

36 Brook J.S. et al. Stability and personality during adolescence and its relationship to stage of drug use //Crenet. Soc. And Gen. Psychol. Monogr. – 1985. - Vol. III, № 3. - P. 319-330.

37 Erikson E.H. Adulthood. - New York: Norton, 1978. – 156 p.

38 Сирота Н.А. Динамика психопатологических расстройств у наркотизирующихся подростков //Актуальные вопросы наркологии: тезисы респ. совещания наркологов 24-25 апреля 1989 года. - Ашхабад, 1989. – С. 45-46.

39 Swadi H. Experimenting” with Drugs: a Critical Evaluation //Drug and Alcohol Dependence. – 1990. – № 26. – P. 189-194.

40 Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). - М.: МЕДпресс. информ, 2003. - 328 с.

41 Maddux J.F. et al. Heroin addicts and nonaddicted brothers //Amer. J. Drug Alcohol Abuse. – 1984. – № 2. – P. 248-257.

- 42 Kosten T.R. et al. The international Journal of Addiction. – 1985. – Vol. 20. - № 8. – P. 1143-1162.
- 43 Cadoret R.J. et al. An adoption study of genetic and environmental factors in drug abuse // Arch gen. Psychiat. - 1996. – Vol. 43, № 12. – P. 1131-1136.
- 44 Гиляровский В.А. Психиатрия. - М.-Л., 1935.- 750 с.
- 45 Трайнина Е.Г. Особенности аутоагрессивных проявлений и расстройств при некоторых формах полинаркоманий: автореф...канд. мед. наук. – М., 1984.
- 46 Утин А.В., Назиров Б.Д. и др. Гашишная и комбинированная интоксикация (клиническое и клинико-генетическое исследование) // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Наркомании и токсикомании: респ. сборник научных трудов /Под ред. И.Н. Пятницкой. – М.: 2-й МОЛГМИ им. Н.П. Пирогова, 1987. – С. 147-149.
- 47 Махтумова М.Х., Клименко Т.Е., Герасимова С.М. Особенности влияния церебрально-органической «почвы» на формирование патологического влечения к наркотикам //Здравоохранение Туркменистана. – 1992. – № 5. – С. 20-24.
- 48 Granier-Dayeux M. Influence of Gerta in Social Factors on the Development of Drug Dependents //Bill. Narcot. – 1973. – P. 11-12.
- 49 Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., Коган Б.М. и др. Особенности вызванной электрической активности мозга и функций катехоламиновой системы как маркеры предрасположенности к формированию зависимости от психоактивных веществ //Вопросы наркологии. – 1999. – №2. – С. 45-51.
- 50 Курек Н.С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией //Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1991. –Т. 91, № 2. – С. 64-67.
- 51 Kandel N.B. //World Heaetch. – Geneva, 1986. – P.24-25.
- 52 Miles C.W. Personality correlations of substance Abuse. – New-York.–London, 1985. – P.209-246.
- 53 Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию //Вопр. Наркологии. - 1999. – № 1. – С. 72-78.
- 54 Лавриненко В.И., Садиков Г.Н., Джанмедов А.М. Некоторые психологические особенности лиц, потребляющих одурманивающие средства //Актуальные вопросы наркологии: тезисы республиканского совещания наркологов 24-25 апреля 1989 года. - Ашхабад, 1989. – С. 32-34.
- 55 Ткаченко А.А. Сексуальные извращения парафилии.- М., 1999. - 461 с.

56 Шабанов П.Д. Штакельберг О.Ю. Наркомании. - СПб, 2000 - 368 с.

57 Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания //Психопатии и акцентуации характера у подростков.- Л., 1977. – С. 61-70.

58 Лысенко И.П., Ревенок А.Д. Сравнительная характеристика психической деятельности и личности больных опийной наркоманией и алкоголизмом //VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. - М., 1988. – Т. I. – С. 392-394.

59 Смудевич А.В. Неалкогольные токсикомании //Руководство по психиатрии /Под ред. акад. АМН СССР А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 328-341.

60 Lavic N.J., Onstad S. Drug use and psychiatric symptoms in adolescence //Acta Psychiatr. - Scand. – 1986. – Vol. 73.4. – P. 437-440.

61 Christian L. et. al. Psychopathy and Conduct Problems in Children: Implications for Subtyping Children with Conduct Problems //J. Am. Acad. Child Adotesc. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36, № 2. – P. 233-241.

62 Posel Z., Tomczak J.H. Kliniczna ocean zazymania szodkow uzalezniajacych pzzez mlodziez //Psych. Pol. - 1983. – Vol. 17, № 3. – P. 201-208.

63 Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. – Изд. 2-е. - СПб.: Лань, 1999. – 352 с.

64 Рохлина М.Л. Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркомании //Вопросы социальной и судебной психиатрии: материалы совместной научно-практической конференции 28-30 января 1981 г. - Вологда, 1981. – С. 22-25.

65 Рохлина М.Л., Врублевский А.Г., Власова И.Б., Радченко А.Ф., Стрелец Н.В. Клинические факторы, значимые для прогноза наркомании и токсикомании //Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: тезисы доклада - М., 1988. – Т. 1. – С. 422.

66 Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями //Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: сборник научных трудов. - СПб., 1991. – С. 46-50.

67 Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркомании. - М.: Медгиз, 1956. - 346 с.

68 Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. - М., 1984. - 174 с.

69 Kay D.W. The epidemiology of dementia. A review of recent work // Rev. Clin. Gerontology. – 1991. – P. 55-66.

70 Колотилин Г.Ф., Михайлов В.И. О мотивации антисоциальных действий подростков, склонных к приему наркотических веществ //Личностные изменения и предупреждения общественноопасных действий при психозах и алкоголизме: тезисы докладов II конференции психиатров Сибири и Дальнего Востока 13-14 сентября 1979 г. - Хабаровск, 1979. – С. 5-8.

71 Вострокнутов И.В. Токсикоманическое поведение – проблема комплексного взаимодействия в наркологии //Актуальные вопросы наркологии: тезисы республ. совещания наркологов 24-25 апреля 1989 года. - Ашхабад, 1989. – С. 5-7.

72 Оганесян Н.В. Роль возрастного фактора в динамике развития наркомании //Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: респ. сборник научных трудов. - М., 1987. – С. 78-81.

73 Исмаилов Б.И. Влияние общеэпидемиологических факторов на формирование и развитие наркомании //Актуальные вопросы наркологии. Тезисы научных докладов. - Омск, 1982. – С. 61-68.

74 Михайличенко И.П. Особенности течения наркомании, формирующихся на психопатологически отягощенной почве, по материалам принудительного лечения //Актуальные вопросы наркологии: тезисы научных докладов. - Омск, 1982. – С. 108-111.

75 Агаев М.М. Особенности клинической картины, течения и терапии шизофрении у больных, ранее принимавших опийные наркотики: автореферат...кандидата медицинских наук. – М., 2007. – С. 17-19.

76 Кондратьев Ф.В. Первичное выявление токсико- и наркомании в судебно-психиатрической практике //Актуальные вопросы контроля наркотических средств и наркологии: сборник научных трудов /Под ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозова. - М., 1990. – С. 53-61.

77 Петрищев А.М., Мостовой С.М. К вопросу о социально-психологических факторах формирования наркомании //Алкоголизм и неалкогольные токсикомании: труды института. — М., 1981. – Т. CLXXVIII, Вып. 5. – С. 50-53.

78 Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. Клиническая диагностика опийной интоксикации //Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркология: материалы межрегиональной конференции. – Москва – Томск – Краснодар, 1992. – С. 76-79.

79 Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. Клинические особенности и течение опийной наркомании, осложненной диметроловой токсикоманией //Вопросы наркологии. – 1993. – № 1. – С. 21-23.

80 Махтумова М.Х., Клименко Т.Е., Герасимова С.М. Особенности влияния церебрально-органической «почвы» на формирование

патологического влечения к наркотикам //Здравоохранение Туркменистана. – 1992. – №5. – С. 20-24.

81 Кондратьев Ф.В. Первичное выявление токсикомании и наркоманий в судебно-психиатрической практике //Актуальные вопросы наркотических средств и наркомании. - М., 1990. – С. 53-61.

82 Тиганов А.С. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – С. 228-250.

83 Снежневский А.В. О нозологической специфичности психопатологических симптомов //Журнал невропатологии и психиатрии. - 1960. - № 1. – С. 91- 96.

84 Кардашян Р.А. Дроздов А.З. Коган Б.М. Обмен катехоламинов при героиновом синдроме отмены: клинико-биологические корреляции //Наркология. – 2005. – № 2. – С. 43-53.

85 Воробьев И.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): дисс. ... док. мед. наук. – 1988.

86 Жмуров В.А. Психопатологические синдромы // Психопатология: учебное пособие для студентов вузов. — Иркутск: Психология, 1994. – С. 281-289.

87 Сиволап Ю.П. Патогенез психопатологических проявлений опиоидной зависимости: дуалистическая модель //Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – № 1. – С. 70-72.

88 Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии. – 3-е рус. изд-е. пер. Чернышевского А. – СПб.: Риккер, 1897. – 889 с.

89 Корсаков С.С. Курс психиатрии. – М., 1901. – 1113 с.

90 Крепелин Э. Учебник психиатрии. – М., 1910. – 468 с.

91 Вкuler Е. Руководство по психиатрии /пер. с 3-го нем. изд. – Берлинъ: Издательство тов - ва «Врачь», 1920. – 542 с.

92 Кутанин М.П. Хронический кокаинизм. К вопросу о психозах отравления. – М., 1915. - 53 с.

93 Розенштейн Л.М. Проблема мягких форм шизофрении // Современные проблемы шизофрении. — М., 1933. – С. 11-14.

94 Серейский М.Я., Гуревич М.О. Учебник психиатрии. — М.: МедГИЗ, 1946. – 439 с.

95 Швец Ф. Фармакодинамика лекарств с экспериментальной и клинической точки зрения /пер. со словацк. — Братислава, 1971. – Т. 1, 2. - 849 с.

96 Елисеев И.М. О социально-трудовой дезадаптации у больных полинаркоманиями //В сб.: Клинические аспекты социальной реадaptации психических больных. — М., 1976. – С. 151-161.

97 Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Рохлина М.Л. Некоторые особенности осложненной опийной наркомании в возрастном аспекте //Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. - Вильнюс, 1983. – С. 91-94.

98 Адылов Д.У. Закономерности патоморфоза наркомании // Актуальные вопросы наркологии: тезисы научных докладов. — Омск, 1982. – С. 7-11.

99 Олисов А.Н. Сравнительная оценка факторов, обуславливающих выраженность медико-социальных последствий у больных наркоманиями // Актуальные вопросы наркологии: тезисы научных докладов. – Омск, 1982. – С. 122-125.

100 Похилько Т.Т. Сравнительный клинико-экспериментальный анализ личностных особенностей больных с различными формами хронических интоксикаций наркотиками //Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. – Фрунзе, 1980. – Часть 1. – С. 11-13.

101 Пивень Б.Н. О понятии «экзогенно-органический» в психиатрии //Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – № 3. – С. 102-107.

102 Пивень Б.Н. Психоорганический синдром: клинические границы //Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 3. – С. 138-142.

103 Пивень Б.Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. – М.: Медицина, 1998. – 144 с.

104 Благов Л.Н. Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект. – М.: Гениус, 2005. – 316 с.

105 Маслов Е.В. Вопросы невропатологии и психиатрии. Краткое содержание докладов. - Львов, 1966. – 248 с.

106 Курек Н.С., Самойлова М.В. Психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опийной и эфедроновой наркоманиями (мужчин) //Актуальные вопросы наркологии: тезисы респ. совещания наркологов 24-25 апреля 1989 года. – Ашхабад, 1989. – С. 66-70.

107 Благов Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании //Материалы межд. научн. конф. – Гродно, 1993. – С. 301-302.

108 Malfish S., Massey R., Krone A. Anxiety and Anger Among Abusers of Different Substances //Drug and Alcohol Dependence. – 1990. – № 25. – P. 253- 256.

109 Найденова Н.Г. Аффективные нарушения при политоксикоманиях //Неотложная наркология: тезисы докладов обл. научно-практической конференции. – Харьков, 1987. – С. 252-255.

- 110 Михайличенко И.П. О некоторых изменениях личности у больных наркоманией //Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. - Вильнюс, 1983. – С. 58-60.
- 111 Камаев А. Анашизм. Социально-бытовое и клиничко-психиатрическое исследование. – Самара, 1931. – 71 с.
- 112 Случевский И.Ф. Психиатрическая клиника и проблемы патологии высшей нервной деятельности. — М., 1956. – 215 с.
- 113 Дурандина А.И. К диагностике гашишных психозов // Вопросы клиники и лечения психозов. – Фрунзе, 1962. – С. 129-138.
- 114 Криворучко С.И., Колесников А.А. Клиничко-психологический анализ особенностей личности и мыслительной деятельности больных гашишной наркоманией и шизофренией, осложненной употреблением гашиша //Актуальные вопросы наркологии: тезисы научных докладов. – Омск, 1982. – С. 78-81.
- 115 Estroff T.W., Gold M.S. Psychiatric Presentations of Marijuana Abuse //Psychiatric Annals. – 1986. – № 16. – P. 221-224.
- 116 Majer H.W. Der Kokainismus. – Leipzig, 1926. – 269 s.
- 117 Осипов В.П. Руководство по психиатрии. – М.-Л.: Госиздат, 1931. – 596 с.
- 118 Parker L.R.V. The Abuse of Hypnotics //Brit. J. Add. – 1961. – Vol. 57, № 2. – P. 115-129.
- 119 Пятницкая И.Н. и др. Клиническая диагностика и лечение эфедриновой токсикомании //Методические рекомендации. – М., 1986. – 28 с.
- 120 Врублевский А.Г., Кузнец М.Е., Мирошниченко Л.Д. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации //Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией: сборник научных работ. – Москва–Орел, 1994. – № 4. – С.65-68.
- 121 White H.R., Johnson V., Horwitz A. An Application of Three Deviance Theories to Adolescent Substance Use //J. Am. Soc. Nephrol. – 1995. – № 5 (9). – P. 1653-1658.
- 122 Longabaugh R., Rubin A., Malloy P. et al. Results of Use Alcohol by Drug Addicts //Alcohol. Clin. Exp. Res. – 1994. – № 18 (4). – P. 778-785.
- 123 Grant I., Adams K.M., Carlin A.S. et al. The Collaborative Neuropsychological Study of Polydrug Users //Arch. Gen. Psych. – 1978. – № 35. – P. 1063-1074.
- 124 Bonhoeffer K. Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen. – Leipzig. – Wien, 1910. – 139 s.

125 Врублевский А.Г., Глазов А.А. Медико-социальные аспекты наркомании и токсикоманий //Военно-медицинский журнал. – 1988. – № 5. – С. 66-68.

126 Мустафетова П.К., Погосов А.В. Сравнительная характеристика опийных наркомании //Материалы международной конференции психиатров. 16-18 февраля 1998 г. – М.: РЦ “Фармед-инфо”, 1998. – С. 332-333.

127 Gossmann. Uber chronischen Morphinmissbrauch. Deutsche med. Wochensch. - 1879. - S. 34-36.

128 Эрленмейер А., Солье П., (Erlenmyer A., Sollier P.) Морфинизм и его лечение /пер. с нем. - СПб., 1899. - 474 с.

129 Горовой-Шалтан В.А. О патогенезе морфинной абстиненции: дисс. ... докт. мед. наук. // Из психиатрической клиники Военно-медицинской академии Красной Армии им. С.М. Кирова. – 1942. – 159 с.

130 Nyswander M. The Drug Addict as a Patient. - London, 1956. – 112 p.

131 Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. - М., 1984. - 174 с.

132 Короленко П.П., Шматько Н.С., Евсеева Т.А., Толпыго И.С. Дефективное состояние при наркоманиях //Материалы IV съезда невропатологов и психиатров УССР. — Киев, 1967. – Т. 2. – С. 122-123.

133 Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями //Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. – 1999. – № 10. – С. 14-19.

134 Благов Л.Н. Психопатологический феномен рентности и манипулятивности поведения наркологического больного //Наркология. – 2008. – № 11 – С. 87-98.

135 Asuni T. Impact of research on designing strategies for preventing and treating dependence of drugs //Drug and Alcohol Dtpend. - 1990. – Vol. 25, № 2. – P. 203-207.

136 De Leon G. Community as method: Therapeutic Communities for special populations and special settings. – Connecticut, Westport. - Praeger Publishers. – 1997. – P. 25.

137 Savage L.J., Simpson D.D. Drug use and crime during a four-year posttreatment follow-up //Am.J.Drug Alcohol.Abuse. – 1981. – Vol. 8. – P. 1-6.

138 Kozel N et al. Epidemiology of Drug Abuse: an overview //Science. – 1986. – Vol. 234, № 4779. – P. 940-974.

139 Nurco D.N. et al. Differential criminal patterns of narcotics over an addictions career //Criminology. – 1988. – Vol. 26, № 3. – P. 407-423.



140 Чистякова Л.А. Социальные последствия при героиновой наркомании. - <http://narco23.ru>.

141 McElrath K., Chitwood D.D., Comerford M. Crime Victimization among Injection Drug Users. //J. Drug Issues. – 1997. – № 27(4). – P. 771–783.

142 Morentin B., Callado L.F., Meana J.J. Differences in criminal activity between heroin abusers and subjects without psychiatric disorders-analysis of 578 detainees in Bilbao, Spain //J. Forensic Sci. – 1998. –Vol. 43, № 5. – P. 993–999.

143 Savage L.J., Simpson D.D. Drug use and crime during a four-year posttreatment follow-up //Am.J. Drug Alcohol Abuse. – 1981. – Vol. 8. – P. 1-6.

144 Simpson D.D. Treatment for drug abuse: follow-up outcomes and length of time //Arch. Gen. Psychiatry. – 1981. – Vol. 38. – P. 875-880.

145 Cushman P. et al. Benzodiazepines and Drug Abuse: Clinical Observations in Chemically Dependent Persons before and during Abstinence //Drug a. Alcohol Depend. – 1980. – Vol. 6 (6). – P. 365-371.

146 Graham N., Wish E. D. Drug use among female arrests: onset, patterns, and retainships to prostitution //The J of drug issue. – 1994. – Vol. 24, № 2. – P. 315–329.

147 Grella C.H., Joshi V. Gender Differences in Drug Treatment Careers Among Clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. //Am. J. Drug Alcohol Abuse. – 1999. – Vol. 25, № 3. – P. 385–406.

148 Россинский Ю.А., Семке В.Я., Мусабекова Ж.К. Персонология больного наркоманией. – Павлодар, 2006 – С. 151-154.

149 Kahn H.A., Sempos C.T. Statistical methods in epidemiology. - New York; Oxford: Oxford Univ. Press, 1989. – 151 p.