

Клинико-психопатологические, личностные и социальные особенности больных опийной наркоманией

ВЕШНЕВА С.А.
БИСАЛИЕВ Р.В.

психиатр-нарколог Астраханского областного наркологического диспансера
к.м.н., доцент кафедры морфологии человека Астраханского государственного университета

Отражены современные представления патогенеза, клиники, личностных и медико-социальных последствий опийной наркомании. В частности, приведены данные о факторах, способствующих развитию заболевания, динамике основных клинических симптомов. Подробно освещены вопросы, касающиеся личностных изменений больных опийной наркоманией, приведены данные о соматической отягощенности, причинах смертности больных, о частоте и продолжительности ремиссий, а также условиях их формирования.

Несмотря на тенденцию к стабилизации распространённости наркомании в Российской Федерации с 2002 г., достаточно высокими остаются показатели употребления наркотических веществ, особенно среди подростков и молодежи 18—19 лет и в возрастной группе 20—39 лет (достигают 1% численности этих возрастных групп) [22, 26, 27]. Наркологическая ситуация в Южном Федеральном округе, в том числе в Астраханской области, отражает общие тенденции напряженности в стране [4]. Наиболее часто потребляемыми наркотическими средствами среди больных наркоманиями являются опиаты [27, 57, 59]. Опиийная наркомания — одна из самых тяжелых форм зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Болезнь сопровождается выраженными медицинскими и социальными (профессиональными, семейными, зачастую криминальными) последствиями [5, 6, 10, 15, 24, 25, 35, 37, 39, 47, 50]. Поэтому вопросы профилактики, лечения и реабилитации больных опийной наркоманией являются актуальными для здравоохранения и общества в целом [44].

По мнению некоторых авторов, выраженность и характер медико-социальных последствий наркоманий определяются преморбидными особенностями заболевания, с одной стороны, и клиническими, с другой [44, 49]. Современные исследования подтвердили высокую частоту отягощения алкоголизмом семей больных наркоманией [2, 3, 32, 36]. Из преморбидных характеристик больных опийной наркоманией отмечены признаки минимальной мозговой дисфункции в детском возрасте вследствие перинатальной патологии: эмоциональная нестабильность, повышенная возбудимость, склонность к депрессиям, детский невротизм, психические травмы, трудный пубертат с преобладанием психического инфантилизма, дефицит внимания, органическое поражение головного мозга, черепно-мозговые травмы [21, 44]. К биологическим факторам, способ-

ствующим формированию наркомании, относится нарушение функции катехоламинергической системы (низкая концентрация дофамина в моче и крови) [2, 3, 12].

Решающую роль исходной, преморбидной личностной почвы в патопластическом оформлении клинической картины психической болезни большинство психиатров считает постулатом еще с прошлого столетия. Тогда же стали предприниматься попытки установить «личность наркомана», или «особый преморбид наркомана» [цит. по 56]. П.Б. Ганнушкин [14] считал конституциональных эпилептоидов, неустойчивых и циклотимиков, наиболее предрасположенными к наркомании. А.Е. Личко [28] к наиболее предрасположенным к наркомании относил лиц с неустойчивым и шизоидным типами акцентуаций. Часто встречаются такие преморбидные черты, как неустойчивость, конформность, возбудимость, истероидность, гипертимность и их сочетания [8]. Некоторые авторы [49, 58] среди наименее прогностически благоприятных для течения наркомании выделяли выраженные возбудимые, неустойчивые, истероидные и эпилептоидные черты в преморбидном статусе личности. В исследованиях последних лет отмечены: высокая частота психического инфантилизма, примитивности, невротизации личностей в преморбиде, а также девиантные формы поведения (делинквентное аддитивное и аутоагрессивное поведение) [7, 10, 33, 44].

Совершенно очевидно в литературе не представлен доминирующий, или особый, тип наркозависимой личности.

В формировании наркомании значительная роль отводится неблагоприятным микросоциальным воздействиям [29, 32, 33]. В большинстве случаев имеет место искаженная семейная структура (неполные семьи, отсутствие отца). Помимо отсутствия модели мужского поведения, в неполных семьях роль матери минимизирована (недостаток общения, воспитание по типу гипопеки). В семьях больных наркоманией выявляются

проблемы эмоциональной депривации. Чувство незащищенности, возникшее в раннем детстве, в последующем формирует личность с чертами дефицитарности: заниженной самооценкой, чувством неуверенности в себе и недоверия к окружающим. В семьях наркоманов часто фиксируются низкий материальный уровень, конфликтные внутрисемейные отношения, эмоциональная холодность, отчужденность [19, 30, 37].

Описанию клинических особенностей опийной наркомании посвящено достаточно большое количество работ [5, 12, 13, 15, 57, 59]. В то же время за последние десятилетия отмечаются метаморфозы в динамике, клинике, медико-социальных последствиях наркоманий.

В начале 90-х годов XX века в России больные опийной наркоманией преимущественно употребляли ацетилированные препараты снотворного мака (опиаты). В настоящее время основным употребляемым наркотиком этого ряда является героин (полусинтетический опиоид), сочетающий различные высокотоксичные ингредиенты: стрихнин, хинин, стиральный порошок, производные хлора [16, 40]. Обращает на себя внимание тот факт, что подавляющее большинство больных знает не только о развитии неблагоприятных последствий, но и состав употребляемого наркотического вещества.

Что касается путей введения наркотика, то на начальных стадиях наркомании опиоид обычно принимают респираторным путем: посредством курения или вдыхания через нос. По мере формирования и углубления наркотической зависимости потребители опиоидов переходят к их внутривенному введению [50]. В основе этого перехода лежат рост толерантности и экономические соображения (внутривенное введение позволяет добиться более выраженных психоактивных эффектов при одних и тех же дозах наркотика). Коллективное внутривенное введение наркотических средств нередко имеет характер ритуала, включающего в себя использование общих шприцев и игл, что приводит к распространению особо опасных инфекционных болезней в популяции больных наркоманией.

Психическая зависимость может возникать уже при первом употреблении наркотика. Физическая зависимость формируется примерно через 3 недели — 1,5 мес. после начала систематического введения наркотика. В этот период снижается интенсивность эйфории, для ее усиления и пролонгирования больные нередко добавляют димедрол и транквилизаторы. По мнению многих авторов, длительность абстиненции при лечении составляет от 3 до 10 дней [19, 39, 41]. И.Н. Пятницкая и Н.Г. Найденова [40] отмечают волнообразное течение абстинентного синдрома героиновой наркомании, длительность которого составляет

до трех недель. После исчезновения острых явлений абстинентного синдрома наблюдается состояние, которое квалифицируется как «состояние неустойчивого равновесия» [31, 39], «постабстинентное состояние» [19]. В этот период на первый план выступают психопатологические расстройства в виде понижения настроения, дисфории, ощущения психического дискомфорта, астении, нарушения сна, поведенческих расстройств, возникают суицидальные тенденции. Отличительной чертой постабстинентного состояния является преобладание дисфорической депрессии, сопровождающейся невротоподобными и вегетосоматическими проявлениями и инвертированными суточными колебаниями: к вечеру состояние хуже, чем утром [41, 43, 53]. Выявлена корреляционная связь между преморбидными характерологическими особенностями пациентов и клиническими проявлениями постабстинентного состояния, преобладанием в его структуре поведенческих, аффективных или инсомнических расстройств [19]. Продолжительность постабстинентного состояния — от 2 до 5 недель, в среднем 30 дней. В это время часты спонтанные рецидивы заболевания. Причиной рецидивов может быть также «псевдоабстиненция» [43]. Проявления псевдоабстиненции такие же, как и обычной абстиненции, но выраженность всех явлений меньшая.

Следует отметить неоднозначность взглядов на терминологию, клиническую характеристику и динамику патологического влечения. Известно, что многие авторы рассматривают феномен патологического влечения в качестве стержневого психического расстройства при наркомании [1, 19, 58]. Синдром патологического влечения феноменологически тождествен доминантным сверхценным патодинамическим структурам [42, 53]. И.Н. Пятницкая [39] выделяет патологическое влечение по условиям появления:

- 1) возникающее на спаде интоксикации и служащее как бы сигналом к приему наркотика;
- 2) входящее в структуру абстинентного синдрома;
- 3) возникающее в ремиссии или на фоне неустойчивого гомеостаза.

По мнению Л.Н. Благова [9], на определенном этапе развития наркомании по своей психопатологической структуре влечение может трансформироваться в бредовую идею. Достаточно подробное клиническое описание патологического влечения было изложено Н.Н. Иванцом и М.А. Винниковой [19]. Оно проявляется нарушениями различного уровня: идеаторного, эмоционального, вегетативного, поведенческого и сенсорного. Идеаторный компонент патологического влечения к наркотику (ПВН) отражает отношение больного к болезни (его убеждения, суждения, размышления, точку зрения, жизненную позицию), отношение к наркотизации (мысли, переживания,

воспоминания). Мысли о желании употребить наркотик могут быть периодическими или постоянными, слабо выраженными и неодолимыми. Аффективные нарушения в структуре ПВН проявляются снижением настроения в виде скуки, вялостью, пассивностью, неразговорчивостью, медлительностью. Также наблюдается тревога, интенсивность которой варьирует от аморфной настороженности, беспричинных опасений, озабоченности, нервозности, неспособности расслабиться до неусидчивости, тревожной ажитации. Практически во всех случаях имеет место дисфория. Вегетативный компонент ПВН представлен гипергидрозом, перепадами артериального давления. Поведенческие расстройства в структуре патологического влечения к наркотику имеют место в виде просьб о дополнительных медикаментозных назначениях, враждебности, агрессивности, негативизма, возбуждения, вплоть до двигательной ажитации. Вторичным психопатологическим образованием ПВН является нарушение сознания наркологической болезни — синдром отчуждения болезни. Основные компоненты данного синдрома — отчуждение симптомов, вреда болезни и лечения [16].

Не вызывает сомнения факт участия в патогенезе опиной наркомании биологических процессов. В связи с этим помимо вышеизложенных критериев представляются важными разработка и внедрение биологических (нейрофизиологических, лабораторных) критериев обострения патологического влечения к наркотику.

Систематическое злоупотребление наркотиками опиного ряда и другими ПАВ приводит к развитию множественного поражения органов и систем. Ю.П. Сиволап и В.А. Савченков [49] выделяют следующие категории последствий хронической интоксикации:

- 1) инфекционные и венерические заболевания;
- 2) поражение внутренних органов;
- 3) поражение центральной нервной системы и периферических нервов.

Данные некоторых отечественных авторов свидетельствуют об умеренной и средней соматоневрологической отягощенности опиной наркомании [17, 49].

Вирусные гепатиты относятся к числу наиболее распространенных (более 95%) заболеваний в среде потребителей инъекционных наркотиков. Чаще для большинства больных опиной наркоманией характерно вирусное поражение печени смешанной этиологии: HBV + HCV, реже HBV + HCV + HDV [10, 45, 50]. Средние показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, по разным оценкам, составляют 20—90% [7, 18]. Среди других инфекционных заболеваний отмечаются сифилис, туберкулез, герпес,

грибковые заболевания, гнойные поражения, бактериемии [38, 49].

Из всей соматической патологии три четверти приходится на долю сердечно-сосудистой системы. Ее поражение складывается из прямого кардиотоксического действия и инфекционного поражения сердца, в основном эндокардита. Прямое кардиотоксическое действие опиатов проявляется признаками вегетативной дисфункции, поражением коронарных сосудов (тромбозы, некротизирующий васкулит) и развитии рабдомиолиза в миокарде. Со стороны системы кровообращения отмечаются нарушения сердечного ритма, дистрофические изменения миокарда и гипертрофические изменения отдельных сердечных камер [25, 37]. У потребителей инъекционных наркотиков отмечаются заболевания периферических сосудов (диффузный флебит, тромбоз поверхностных и глубоких вен, аневризмы и псевдоаневризмы, синдром «опухших рук») [51]. А.В. Хотовицкий [54] считает, что в процессе становления ремиссии возможна нормализация работы сердца и показателей иммунитета.

Среди распространенных заболеваний дыхательной и мочевыделительной систем у больных опиной наркоманией фиксируются хронический бронхит, острая пневмония, нефропатия, нефриты, гломеруло-нефрит, амилоидоз почек [37]. Опиаты способны вызывать некардиогенный отек легких [46, 49].

Поражение нервных структур у опиных наркоманов носит множественный и полиморфный характер. Ряд из них (гипомимия, гипокинезия, нистагм, нарушения конвергенции, тремор) носит обратимый характер и исчезает по мере отвыкания от наркотиков. Часто встречаются геморагические (вследствие злокачественной артериальной гипертензии и васкулитов) и ишемические (при передозировке) инсульты [51].

По мнению В.А. Савченкова [48], функциональные соматические расстройства, развивающиеся при злоупотреблении ПАВ, вне интоксикации, в ремиссии быстро подвергаются обратной положительной динамике. В период реабилитации и становления ремиссий начинает декомпенсироваться различная органная патология у больных наркоманиями, что требует консультаций врачей-специалистов, проведения лечения и повышения реактивности больных [54].

Безусловно, соматическая патология является обязательным «атрибутом» опиной наркомании, так как входит в структуру синдрома последствий хронической интоксикации. Однако заслуживают внимания современные концепции, рассматривающие наркоманию как форму саморазрушающего поведения. На наш взгляд, учет вышеизложенного позволит глубже понять причины формирования и особенности течения соматической патологии при опиной наркомании.

Прежде всего, отмечаются разнообразные нарушения психики. В исследованиях М.Л. Рохлиной [46] на начальных этапах заболевания наблюдаются астенические расстройства. На поздних этапах к ним присоединяются вялость, слабость, падение энергетического потенциала, анергия. Э.А. Бабаян [5] считает, что физическая астения приводит к тому, что многие больные, прекращая трудиться, теряют навыки, профессию. Психическая астения характеризуется тем, что каждое умственное действие требует волевых усилий, поэтому наркоманам свойственны непродуктивность мышления, быстрая утомляемость, неспособность к сосредоточению внимания, длительной целенаправленной психической деятельности [47]. Спорным остается вопрос о наличии интеллектуально-мнестического снижения у больных опиоидной наркоманией. Большинство отечественных авторов считает, что интеллект при этом остается сохраненным на протяжении длительного времени от начала наркотизации [5, 6, 39]. И.Н. Пятницкая [39] описывает формирующееся через 5—10 лет от начала заболевания нарастание дефицитарности психических функций до степени «глубокой гипозергии». При этом испытываемые опиоманами затруднения в работе, снижение у них качества умственной деятельности она квалифицирует как проявления астенического синдрома и считает их обратимыми после прекращения употребления опиатов. Употребление опиоидов, обработанного уксусным ангидридом, способствует формированию токсической энцефалопатии с интеллектуально-мнестическими нарушениями [46].

Эмоциональные расстройства в клинике опиоидной наркомании являются ведущими как в структуре абстинентного синдрома, так и в период формирования ремиссии [8, 9, 44]. Расстройства настроения тесно связаны с другими психопатологическими проявлениями. Чаще всего у больных отмечаются пониженное настроение, эмоциональная лабильность. В ряде случаев наблюдаются более очерченные депрессивные состояния с выраженной тревогой, иногда достигающей степени ажитации, суточным колебанием аффекта с большей выраженностью в вечерние часы [8, 40, 47]. Ю.П. Сиволап и В.А. Савченков [49] отмечают, что неглубокие и обратимые депрессивные расстройства встречаются менее чем у половины больных опиоидной наркоманией и лишь у 10% имеются проявления, позволяющие отнести их к истинным депрессиям. Нередко встречаются жалобы на тоску, не достигающую степени витальности. Очень часты расстройства дисфорического круга [8]. М.Л. Рохлина, А.А. Козлов и С.О. Мохначев [47] указывают на преобладание аффекта безрадостности, опустошения в постабстинентном периоде. У больных опиоидной наркоманией выявляются психопатоподобные черты характера, порой с неадекватными аффектациями, од-

нако не очень бурными, ввиду постоянного астенического фона [8, 47, 53].

Ю.П. Сиволап и В.А. Савченков считают, что при опиоидной наркомании отмечаются непсихотические (пограничные) и психотические (психозы) психопатологические проявления. Пограничные психопатологические состояния представлены расстройствами невротического спектра, мотивационными нарушениями и стойкими изменениями личности, аффективными расстройствами (дисфории, депрессивные синдромы, гипоманиакальные состояния), расстройствами пищевого поведения. Помимо описанных выше астенических состояний и вегетативных расстройств авторы выделяют следующие невротические нарушения: тревожные, фобические, ипохондрические расстройства, нарушения сна. В работах этих исследователей описаны такие феномены, как «фобия отмены», «страх третьего дня», феномен аддиктивного опережения, агрипнофобия, «гипнофилия», «фармакофилия». Нарушения пищевого поведения у больных опиоидной наркоманией проявляются в виде гипорексии, булимии, наклонности к перееданию.

Очевидна взаимосвязь между хронической интоксикацией и изменениями личности. Они наиболее ярко проявляются на далеко зашедших (средней и конечной) стадиях. Ю.П. Сиволап и В.А. Савченков высказывают мнение, что заметные личностные изменения у больных развиваются уже в первые месяцы употребления опиоидов и лишь в немногих относительно благоприятных случаях появляются к 3—4-му году болезни. Снижается уровень интересов. Все интересы сосредоточены только на возможной наркотизации, направлены на добывание наркотиков. Наблюдается общее эмоциональное огрубение, лживость, отсутствие чувства стыда. Больные становятся равнодушными к близким людям и даже к своему собственному благополучию. Их не волнует ни потеря работы и семьи, ни забота о собственном теле. Одновременно становятся заметнее изменения в интеллектуальной сфере [47]. При развитии психопатоподобных изменений индивидуальные личностные характеристики сглаживаются, нивелируются и больные становятся все больше похожими друг на друга, формируется своеобразный дефект, характеризующий эмоциональным огрубением, морально-этическим снижением, снижением энергетического потенциала. Некоторые авторы сравнивали этот дефект с шизофреноподобным [55, 56, 57]. М.Л. Рохлина и А.А. Козлов [44] описали изменения личности при наркоманиях: эгоизм, лживость, позерство, паразитические тенденции, легкомыслие, безразличие к своей судьбе, брутальность, непостоянство, непоследовательность, своеволие, показная уверенность в себе, неустойчивость намерений, слабый контроль эмоций,

попытки избежать ответственности, позиция обвинения окружающих в своих неудачах, склонность к тунеядству и праздному образу жизни, циничность, жестокость по отношению к близким, непристойные, грубые выходки, развязность, отсутствие чувства дистанции, притупление родительского чувства, профессионального долга, ветреность, сексуальная распушенность.

Современные авторы считают уместным стойкие личностные сдвиги у больных опийной наркоманией обозначать как *аддиктивная деформация личности*, или *патологическое развитие личности по аддиктивному типу*. Ключевыми проявлениями аддиктивной деформации личности являются: постоянная и гипертрофированная потребность в позитивных эмоциональных переживаниях, резкое снижение переносимости дискомфорта, низкие пороги восприятия психогенных раздражителей и повышенная психическая уязвимость, стойкое стремление к модуляции своего состояния с помощью ПАВ, выраженный эгоцентризм, смещение нравственных ориентиров и криминализация мировоззрения, мотивационный коллапс [49]. В период ремиссий выраженность проявлений снижения личности может регрессировать, но после «срыва», рецидива — вновь нарастает [37]. Л.Н. Благов [8] относит к проявлениям «опийного наркоманического дефекта» аутизм, регрессивную синтонность, рентно-манипулятивный характер поведения, резонерство, регрессию энергетического потенциала, парабулию и гипобулию, эмоциональную нивелировку, переход к паттерну полинаркоманической и политоксикоманической интоксикации. Наиболее часто встречается сочетание употребления опиатов, каннабиноидов и алкоголя [7, 42, 47, 56].

Суицидальные тенденции свидетельствуют о неблагоприятном течении опийной наркомании и отмечаются на всех стадиях наркотической зависимости [27, 43, 44, 47, 49, 55]. Основными причинами аутоагрессивных актов в структуре наркотической зависимости являются аффективные расстройства, личностные изменения (психопатизация), органические поражения центральной нервной системы. Аутоагрессивное поведение в период ремиссии, согласно результатам Р.В. Бисалиева [7], установлено у 57,2% больных опийной наркоманией. Клинически оно подразделялось на 3 типа: депрессивное, демонстративно-шантажное и аффективно-возбудимое. Автор полагает, что помимо суицидальных (явных) существуют несуйцидальные (скрытые) формы аутоагрессивного поведения. Последние также тесно связаны как с напряженностью патологического влечения к наркотику, так и с формированием психопатизации и изменениями личности.

Одним из важных показателей, указывающих на тяжесть последствий злоупотребления наркотиками, является преждевременная смертность. Наиболее частыми причинами смерти наркоманов являются несчастные случаи, отравления в результате передозировки, насилия, травмы, а также болезни внутренних органов [10, 25, 36, 37, 39, 43, 44].

В литературе описан ряд социальных последствий злоупотребления наркотиками. Отмечается низкий уровень трудовой занятости, высокий риск агрессивного и криминогенного поведения и судимостей, нарушения внутрисемейных связей [6, 10, 23, 24, 25, 36, 37, 43, 51, 55, 56, 59]. Более 90% героиноманов, по меньшей мере, однажды совершают уголовное преступление, а к суду привлекается практически каждый третий больной наркоманией. Чаще всего больные совершают криминальные действия в период острого абстинентного синдрома, редко — в состоянии наркотического опьянения [49]. Размыwanie нравственных ориентиров и криминализация мировоззрения описаны в литературе как феномен моральной деградации, в ряде случаев достигающей степени «нравственного слабоумия» [40, 45]. Н.Я. Оруджев [36, 37] выявил, что в процессе хронической опийной наркотизации у большинства больных снизился социальный статус: не работали и не учились 30,0%; свои семейные отношения как конфликтные оценивали 87,3%. У работающих больных наблюдались неоднократные нарушения трудовой дисциплины, ослабление профессиональных навыков, трудности в выполнении работы. С.Б. Братановой [11] показано, что 70% больных опийной наркоманией не имели семьи. В 46% случаев семейных, состоящих в браке, отмечались конфликтность, неустойчивость семейных взаимоотношений. У 48% больных в прошлом или настоящем имела место сексуальная распушенность. В исследованиях других отечественных ученых в динамике болезни снизили свой профессиональный уровень 100% обследуемых с опийной наркоманией [44].

Клинические особенности опийной наркомании, тяжелые медицинские и социальные последствия определяют неблагоприятный прогноз. По мнению П.Д. Шабанова [57], спонтанные ремиссии при наркоманиях не наблюдаются. Перерывы в наркотизации обычно вынужденные (отсутствие наркотика, арест, госпитализация). По данным Т.А. Киткиной [23], почти в 40% случаев течение наркомании является безремиссионным. В.А. Гавенко с соавторами [13] считают, что выздоровление крайне редко и только у одной пятой больных может быть достигнута ремиссия. В результате проведенного исследования в 2004 г. на базе Национального научного центра наркологии установлено, что уже в первые 6 мес. после

курса лечения рецидивы заболевания возникают у 68% больных. Выявлено, что только в 9% случаев длительность ремиссий превышает год [20]. Согласно данным официальной статистики, при лечении ремиссия больше года отмечается у 10%. К факторам, влияющим на формирование ремиссии, относятся: личностные особенности больного в преморбиде, возраст начала формирования заболевания, его длительность и тяжесть, положительная установка больного на лечение и отказ от наркотиков, полная критика к заболеванию, умеренная выраженность и периодический вариант ПВН, позитивное влияние микросоциального окружения, наличие в анамнезе «спонтанных» и терапевтических ремиссий, продолжительность непрерывного терапевтического воздействия [9, 11, 16, 19, 21, 23, 25, 36, 44, 52].

Таким образом, представленный фактографический материал свидетельствует о неоднозначности взглядов на этиологию, патогенез, клинику и медико-социальные последствия опийной наркомании. Становится ясным, что для прогнозирования дальнейшей динамики заболевания у каждого конкретного пациента следует учитывать совокупность имеющихся преморбидных, клинических, личностных и социальных особенностей. В то же время данные о продолжительности ремиссий при опийной наркомании свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих методов терапии. Вопросы лечения и реабилитации больных опийной наркоманией остались за рамками настоящего обзора. Предполагается их обсуждение в последующих публикациях.

Список литературы

1. Альшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М., 1994. — 216 с.
2. Анохина И.П., Арзуманов Ю.А., Вертинская А.Г. с соавт. Диагностика генетической предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ // Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркоманий / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Анахарсис, 2001. — С. 6—32.
3. Анохина И.П., Шамакина И.Ю. с соавт. Современные проблемы генетики зависимости от психоактивных веществ // Современные проблемы наркологии. — М., 2005. — С. 39—52.
4. Ашимов М.К. Анализ наркологической ситуации по Астраханской области за 2004 год // Общие аспекты и перспективные направления развития наркологической службы: Материалы научно-практической конференции 6—7 сентября 2005 г. — Астрахань, 2005. — С. 39—56.
5. Бабаян Э.А. Наркомания и токсикомания: Руководство по психиатрии в 2-х т. / Под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. Т. 2. — С. 169—218.
6. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. — М.: Медицина, 1987. — 336 с.
7. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуицидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании: Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — Астрахань, 2005. — 108 с.
8. Благов Л.Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1994. — 24 с.
9. Благов Л.Н. Опийная зависимость: клинико-психопатологический аспект. — М.: Гениус, 2005. — 316 с.
10. Богданов С.И. Медико-социальные последствия злоупотребления наркотиками (клинико-эпидемиологическое исследование в Екатеринбурге): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2002. — 30 с.
11. Братанова С.Б. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 34—39.
12. Великанова Л.П., Каверина О.В., Бисалиев Р.В. Наркология: Учебное пособие. — Ростов-на-Дону, 2006. — 384 с.
13. Гавенко В.Л., Самардакова Г.А., Кожина А.М. и др. Наркология: Учебное пособие. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. — 288 с.
14. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М., 1933.
15. Гофман А.Г. Клиническая наркология. — М.: МИКЛОШ, 2003. — 215 с.
16. Демина М.В. Нарушения нозологии («Синдром отчуждения болезни») при алкоголизме и героиновой наркомании: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2005. — 25 с.
17. Дмитриева Т.Б., Игонин А.А., Клименко Т.В. и др. Злоупотребление психоактивными веществами (клинический и правовой аспекты). — М.: МНЦ «Инфо коррекция», 2003. — 316 с.
18. Должанская Н.А., Бузина Т.С. Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ: Руководство по наркологии: в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. — С. 395—405.
19. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинное состояние: клиника и лечение). — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.
20. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Дифференцированные подходы к терапии опийной зависимости: профилактика рецидивов: Пособие для врачей. — М.: МЗ СР РФ, 2004. — 23 с.
21. Кардашян Р.А. Личностный преморбид при героиновой наркомании и его корреляция с ситуацией вовлечения в потребление наркотика, клиникой и динамикой синдрома отмены и прогнозом заболевания // Вопросы наркологии. — 2004. — №5. — С. 13—22.
22. Киржанова В.В. Распространенность наркомании среди подростков в Российской Федерации // Современные проблемы наркологии: Материалы международной конференции 18—20 ноября 2002 г. — М., 2002. — С. 58—59.
23. Киткина Т.А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 1993. — 24 с.
24. Клименко Т.В., Дворин Д.В., Субханбердина А.С. Динамика противоправной активности у больных с различными психическими расстройствами на фоне злоупотреблении опиатами // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии 2—3 декабря 2004 г. — М., 2004. — С. 66—67.
25. Козлов А.А. Медицинские и социальные последствия наркомании: Руководство по наркологии: в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. — С. 367—384.
26. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Основные тенденции распространенности наркологических расстройств в России в 2003—2004 годах // Вопросы наркологии. — 2005. — №3. — С. 57—67.
27. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Мониторинг наркологической ситуации на основе данных медицинской статистики наркологической службы России // Современные проблемы наркологии. — М., 2005. — С. 4—22.

28. Личко А.Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания // Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977.
29. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
30. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные психические расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты). — М.: МЕДпрессинформ, 2003. — 328 с.
31. Минко А.И., Линский И.В. Наркология в вопросах и ответах. — Ростов-на-Дону: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003. — 480 с.
32. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Медико-генетическое консультирование в наркологии // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 33—39.
33. Москаленко В.Д. Психическая предрасположенность к развитию зависимости от ПАВ (личностные, социальные, семейные факторы риска): Руководство по наркологии в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 2. — С. 182—189.
34. Москаленко В.Д. Зависимость: семейная болезнь. 2-е изд.-е, перераб. и доп. — М.: ПЕР СЭ, 2004. — С. 7—9.
35. Оленко Е.С., Скворцов Ю.И., Панченко Л.Ф. Особенности висцеропатий у больных опиоидной наркоманией // Вопросы наркологии. — 2001. — №2. — С. 65—75.
36. Оруджев Н.Я. Прогноз социальной адаптации лиц, употребляющих наркотики // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 60—65.
37. Оруджев Н.Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — Т. 102, №3. — С. 59—64.
38. Павловская Н.И. Распространенность инфекций, передающихся половым путем, и их связь с аддиктивным поведением // Вопросы наркологии. — 2003. — №4. — С. 63—73.
39. Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. — М.: Медицина, 1975. — 333 с.
40. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркомания. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
41. Резников О.В. Аффективные расстройства в постабстинентном периоде у больных героиневой наркоманией, перенесших черепно-мозговую травму: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2003. — 16 с.
42. Ровенская О.А. Клиника и терапия героиневой наркомании у больных алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2000. — 21 с.
43. Рохлина М.Л. Наркомания и токсикомания: Руководство по психиатрии в 2-х т. / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. Т. 2. — С. 339—428.
44. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомания. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
45. Рохлина М.Л., Мохначев С.О. Особенности формирования и течения героиневой наркомании у женщин // Вопросы наркологии. — 2001. — №3. — С. 16—26.
46. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий: Руководство по наркологии: в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. — С. 269—367.
47. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Мохначев С.О. Аффективные нарушения при героиневой наркомании // Вопросы наркологии. — 2002. — №1. — С. 20—26.
48. Савченков В.А. Употребление алкоголя больными опиоидной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2003. — 25 с.
49. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.
50. Смулевич А.Б. Неалкогольные токсикомании: Руководство по психиатрии: в 2-х т. / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. Т. 2. — С. 328—341.
51. Тиханов Р.А., Шайдукова Л.К. Поведенческие расстройства у женщин, злоупотребляющих опиоидами: промискуитетный тип // Вопросы наркологии. — 2005. — №2. — С. 36—42.
52. Тузикова Ю.Б. Особенности формирования и течения героиневой наркомании у больных с преморбидной и личностной патологией // Вопросы наркологии. — 2001. — №5. — С. 26—34.
53. Уткин С.И. Клинико-физиологические признаки актуализации патологического влечения у больных героиневой наркоманией и хроническим алкоголизмом: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2004. — 20 с.
54. Хотовицкий А.В. Клинико-иммунный статус больных героиневой наркоманией и пути его терапевтической коррекции: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2002. — 18 с.
55. Чирко В.В. Закономерности течения и исходов наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2001. — 31 с.
56. Чирко В.В., Демина М.В. Очерки клинической наркологии (наркомания и токсикомания: клиника, течение, терапия). — М.: Медпрактика-М, 2002. — 240 с.
57. Шабанов П.Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. — М.: Гэотар-Мед, 2003. — 560 с.
58. Шахмарданов М.З., Надеждин А.В. Парентеральные вирусные гепатиты в наркологической практике: Руководство по наркологии: в 2-х т. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М., 2002. Т. 2. — С. 379—394.
59. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П. и др. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 328 с.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL, PERSONAL AND MEDICO-SOCIAL CONSEQUENCES OF OPIOID DEPENDENCE

VESHNEVA S.A.

psychiatrist-narcologist of Astrakhan regional narcologic dispensary

BISALIEV R.V.

candidate of medical sciences, associate professor of the department of human morphology, Astrakhan State University

This review reflects modern conceptions of pathogenesis, clinic personal and medico-social consequences of opioid dependens. In particular the auther adduces some factors wich can influence aggressive clinical behavior, course of disease and development of the main clinical symptoms. Particular interpretations are given to the questions, connected with personal alterations of opioid dependent people. The article contains data about somatic aggravating factors and cause of death.