

Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение (обзор литературы)

ИГОНИН А.Л.

д.м.н., профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

ТУЗИКОВА Ю.Б.

к.м.н., с.н.с. Отдела судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

ИРИШКИН Д.А.

врач-ординатор, Отдел судебно-психиатрических проблем наркоманий и алкоголизма ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского

Обзор посвящен проблеме асоциального и противоправного поведения больных с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ). В ряду обсуждаемых вопросов следующие: структурные элементы асоциального поведения как личностного расстройства; связь с дефинициями девиантного и делинквентного поведения; особенности структуры и динамики асоциального поведения в связи с клиническими состояниями наркологических больных, с видами наркотической зависимости (алкогольной, неалкогольной лекарственной, опиоидной и др.), а также в возрастно-половом аспекте. Поднимаются вопросы “двойного диагноза” у лиц, злоупотребляющих ПАВ и места антисоциального поведения в наркологическом диагнозе, понятия “нормы” поведения, указывается на непостоянство этого расстройства в динамике основного наркологического заболевания. Анализ литературы показывает среди основных причин антисоциального поведения предрасполагающие факторы добользенной “измененной почвы” и токсическое поражение ЦНС вследствие употребления ПАВ. В частности установлена статистически значимая связь раннего социального снижения и антисоциальности с такими факторами, как преморбидная психоэмоциональная лабильность, неуравновешенность, экстравертированность, низкий уровень образования, нарушенные семейные отношения, раннее начало систематической алкоголизации, дисфорический вариант абстинентного синдрома, варианты измененного опьянения, высокая прогредиентность алкоголизма. Подчеркивается роль среды в реализации и динамике развития десоциализации личности наркологических больных и органическая связь асоциального поведения с психической и социальной дезадаптацией наркозависимых больных. Обсуждается актуальность ранней диагностики асоциального и антиправового поведения, в частности с применением шкал теста ММРІ и подходы к его профилактике.

Введение

До настоящего времени злоупотребление ПАВ продолжает оставаться одной из самых значимых медико-социальных проблем. К началу 2001 г. под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях состояло 2,1% всего населения России, что составляет более 3 млн. человек, больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями [32]. После некоторой стабилизации показателей, характеризующих распространенность алкоголизма среди населения на достаточно высоком уровне, в последние годы появилась тенденция к их увеличению. Доля лиц с впервые установленным диагнозом *алкоголизм* от общего числа больных возросла с 7% в 1991 г. до 8,6% в 2000 г. За период с 1999 по 2000 гг. на 26% выросло количество больных, госпитализированных с алкогольными психозами. Способствуя развитию соматических и психических заболеваний, а также росту правонарушений, несчастных случаев, отравлений, травм, злоупотребление алкоголем является одной из важнейших причин смертности населения (преждевременная смертность у мужчин в 5 раз выше, чем у женщин).

По официальным данным, количество находящихся под наблюдением наркологических диспансеров больных наркоманией увеличилось за 10 лет почти в 9 раз и составило в 2000 г. 185,8 на 100 тыс. населения (в 1991 г. — 21,2 на 100 тыс.). Ежегодные темпы прироста показателей заболеваемости наркоманиями в 1991—2000 гг. (по сравнению с другими заболеваниями, выделенными в статистической отчетности) были самыми высокими. Наибольший прирост был в 1993 г. — 76,7%, в 1995 — 62,7%, далее темп прироста плавно снижался и в 2000 г., оставаясь на относительно высоком уровне, составил 20,9%. Параллельно

росту наркоманий увеличивается и число злоупотребляющих наркотическими веществами, число таких лиц, наблюдавшихся в наркологических диспансерах, возросло в 6,4 раза с 1991 по 2000 гг.

Синдром зависимости от алкоголя, наркотических и токсикоманических средств представляет собой комплексную биопсихосоциальную проблему, которая является объектом изучения различных наук: медицины — наркологии и психиатрии, психологии, социологии, философии и др. К важнейшим аспектам изучения этой проблемы относятся: асоциальное поведение наркологических больных, их социальная дезадаптация, совершение ими противоправных действий. Особый интерес представляет исследование взаимосвязи между асоциальным поведением и особенностями картины наркологических заболеваний в целом, а также их отдельными проявлениями (состояниями острой и хронической интоксикации, патологическим влечением к ПАВ, абстинентным синдромом, изменениями личности, психотическими синдромами). Все это имеет, несомненно, важное значение для первичной профилактики асоциального и противоправного поведения больных с зависимостью от ПАВ, для судебно-экспертной оценки их способности к осознанной волевой регуляции криминальных действий, для рекомендаций о назначении принудительных мер медицинского характера с целью вторичной профилактики как рецидива заболевания, так и повторных общественно-опасных действий.

Асоциальное поведение наркологических больных может определяться разными причинами.

Во-первых, это формирование зависимости от ПАВ на изначально измененной почве, т.е. на фоне уже имевшегося диссоциального личностного расстройства.

Во-вторых, это совершение антиобщественных поступков непосредственно из-за нарушения восприятия окружающего мира в состоянии острой или хронической интоксикации ПАВ.

В-третьих, асоциальные и агрессивные действия зависимых больных могут детерминироваться специфическими изменениями личности, которые связаны непосредственно с воздействием токсического вещества на центральную нервную систему.

Кроме того, перманентно существующее или периодически обостряющееся патологическое влечение к ПАВ существенно нарушает всю иерархию ценностей у наркологических больных.

Общие вопросы

Остановимся на определениях. Под *асоциальным поведением* в широком смысле понимаются поступки индивидуума, противоречащие принятым в обществе нормам. В качестве социальной нормы выступает такое поведение, которое отражает типичные социальные связи и отношения, характерные для большинства представителей социальной группы, одобряемые ими и встречающиеся наиболее часто [73]. Нормы отражают не только желаемое или предписываемое, но и, прежде всего, реализуемое в объективной действительности.

К асоциальному (антиобщественному) поведению относятся поступки, связанные с невыполнением или непризнанием нравственных норм поведения, а также отказ от трудовой деятельности, бродяжничество, беспорядочные и извращенные (исключая уголовно наказуемые) половые отношения, вызывающие манера поведения, одежда, прическа.

Словарь новых слов русского языка предлагает более частное определение асоциальности как совокупности черт, свидетельствующих об отсутствии социальной направленности в чьей-либо деятельности, о безразличном отношении к общественной жизни [55].

Нередко в понятие *антиобщественное поведение* включают также злоупотребление алкогольными напитками, повторное употребление наркотических и токсических веществ. Например, Психологический словарь, давая определение девиантному (отклоняющемуся) поведению как «действиями, не соответствующим официально установленным или фактически сложившимся в обществе нормам и приводящим к изоляции, лечению, исправлению или наказанию», приводит такие его виды, как преступность, алкоголизм, наркомания, проституция [46].

Ряд авторов четко разграничивает социально приемлемое употребление алкоголя и злоупотребление алкоголем, не относящееся к нормативному поведению. К умеренному употреблению алкогольных напитков они относят потребление не чаще 1 раза в неделю таких доз алкоголя, которые позволяют личности адекватно воспринимать реальность и не ведут к изменениям ее поведенческих реакций. Подчеркивается, что умеренное употребление алкоголя является традиционно привычным компонентом образа жизни и реально присутствует у абсолютного большинства взрослого населения, сопровождая привычный образ жизни [12]. При переходе от умеренного употребления алкоголя к злоупотреблению происходит и качественное изменение самого процесса потребления: становясь неумеренным, он перестает быть социально-приемлемой нормой и становится общественно опасным. Характерно, что самостоятельное осознание границ умеренности субъектом невозможно или происходит со значительным опозданием. К общим причинам такого изменения характера потребления алкоголя относятся особенности психофизиологического воздействия алкоголя, в результате чего незаметно возникает устойчивая и трудно преодолимая тяга к алкоголю — предвестник заболева-

ния алкоголизмом. К частным причинам этого перехода относятся макро- и микросоциальные условия, так или иначе стимулирующие злоупотребление или не препятствующие ему. Следствием общественно опасного развития личности на почве потребления алкоголя является антиобщественное, противоправное поведение [12].

Тесно связанным со злоупотреблением ПАВ считается также делинквентное поведение. Согласно Словарю-справочнику по судебной психиатрии (2000 г.), *делинквентность* — это синдром патохарактерологической реакции у подростков, заключающийся в совершении правонарушений, не достигающих степени преступного действия, наказуемого в судебном порядке. Чаще всего делинквентность наблюдается при психопатиях и акцентуациях личности неустойчивого типа, провоцируется недостатками воспитания, безнадзорностью подростка, беспорядочным образом жизни, злоупотреблением алкоголем и наркотиками и т.д.

Х.Христов под *девиантным поведением* понимает любое отклонение от установленных поведенческих норм [63]. Когда отклоняющееся поведение включает в себя прямые или косвенные разрушительные тенденции с элементами или без элементов враждебного отношения к обществу, он говорит об *асоциальном* или *антисоциальном поведении*. Автор различает эти понятия, так как считает, что антисоциальное поведение направлено прямо против общества, а асоциальным можно назвать только то поведение, которое вступает в противоречие с общепринятыми нормами и опосредованным образом наносит вред обществу. Некоторые классификации разделяют девиантное (антидисциплинарное, асоциальное) и делинквентное (криминальное) поведение. Последнее понятие (от латинского *деликтус* — правонарушение) означает противоправные, в том числе и преступные, действия [29] и соответствует, таким образом, термину *противоправное поведение*, применяемому по отношению к взрослым.

Однако, изучая поведение наркологических больных, можно убедиться, что они (за исключением подростков) на определенной стадии заболевания далеко не всегда вступают в конфликтные отношения с социумом. Более того, некоторая часть больных, имея давно сформированный синдром зависимости от ПАВ, не отличается стабильно проявляемым антиобщественным поведением, сохраняет трудовую и семейную адаптацию. В то же время другие, напротив, даже на ранней стадии зависимости вступают в конфликт и со своим непосредственным окружением, и с правоохранительными органами. Поэтому злоупотребление ПАВ взрослыми как таковое в качестве асоциального поведения мы не рассматриваем. Для лиц же подросткового возраста, напротив, систематический прием ПАВ даже до формирования синдрома зависимости, безусловно, является критерием отклоняющегося поведения.

Как более частные варианты асоциального поведения наркологических больных можно выделить агрессивное поведение (с совершением общественно-опасного деяния и без него), собственно противоправное (как с агрессивными действиями, так и без таковых) и самоповреждающее поведение.

Десоциализация как закономерный результат зависимости от ПАВ

Еще до того, как термин *психопатия* стал общепризнанным в психиатрии, многими психиатрами были выделены отдельные типы индивидуумов, чье поведение вступало в противоречие с общественными интересами. Это, например, были *морально помешанные* J. Prichard (1835 г.) и *враги общества* Е. Краепелин (1915 г.). П.Б. Ганнушкин (1933 г.) в своей классификации выделял *антисоциальную личность*.

В отечественной психиатрии и наркологии асоциальное и противоправное поведение больных до недавнего

времени не являлось предметом для диагностики и кодирования в соответствии с классификацией болезней, а рассматривалось в структуре соответствующего психического расстройства в качестве одного из его возможных проявлений. Изменения личности при хроническом алкоголизме в литературе определяли как *алкогольное слабоумие* [40], *психическую дегенерацию алкоголиков* [14], *алкогольную деградацию* [15], *десоциализацию* больных алкоголизмом [27]. Н.Еу, Р.Бернард, Ч.Бриссет говорили об *этической деменции* при хроническом алкоголизме [76]. У больных, систематически употребляющих наркотики самых разных групп, М.Л. Рохлиной и А.А.Козловым отмечено выраженное социальное снижение, а приобретаемые сходные характерологические особенности определены как специфическая *наркоманическая личность* [48].

С введением в широкую практику МКБ-10 само нарушение норм общественной жизни в определенных случаях стали рассматривать как специфическое расстройство личности. В западной же литературе антисоциальное расстройство часто ставится «вторым диагнозом» по отношению к зависимости от ПАВ [81]. По отдельным оценкам, в США распространенность расстройств личности с явным преобладанием антисоциального среди злоупотребляющих наркотиками колеблется от 65 до 90%.

Асоциальное поведение расценивается как психическое расстройство только при определенной степени его выраженности. Рубрике F60.2 по МКБ-10 — «Диссоциальное личностное расстройство» — соответствуют следующие диагностические частные критерии:

грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными нормами;

пренебрежение социальными правилами и обязанностями;

неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;

крайне низкая толерантность к фрустрации, низкий порог разряда агрессии, включая насилие;

неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта;

выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Диагноз этого личностного расстройства устанавливается, если перечисленные черты появляются в позднем детском или подростковом возрасте, продолжают свое существование в период зрелости, вовлекают несколько сфер психических функций, а аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушает личностную и социальную адаптацию. При ближайшем рассмотрении видно, что перечисленные общие критерии соответствуют тем, которые ввел П.Б.Ганнушкин для определения психопатии [13]. В рубрику включены такие подрубрики, как социопатическое, аморальное, антисоциальное, психопатическое расстройство личности.

За рубежом при обследовании пациентов, имеющих зависимость от наркотических веществ, часто устанавливается *двойной диагноз* — это понятие относится к комплексу проблем, присущих личности, имеющей как нарушения, связанные со злоупотреблением ПАВ, так и психические нарушения. Согласно данным эпидемиологических исследований Национального института психического здоровья США более 50% людей с зависимостью от наркотиков имели, по крайней мере, еще одно психическое расстройство, в том числе у 18% было выявлено антисоциальное изменение личности [33].

Г.И.Каплан и Б.Дж.Седок советуют ставить двойной диагноз: «Расстройство личности антисоциального характера» и «Расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами» (по классификации DSM-III-R) — достаточно осторожно. Они отмечают трудности дифференциального диагноза в случае такого

сочетания и указывают, что если антисоциальное поведение является отчетливо вторичным по отношению к злоупотреблению алкоголем, то двойной диагноз не является оправданным. Таким образом, авторы признают антисоциальное поведение в ряде случаев непосредственным следствием злоупотребления ПАВ [25].

При внимательном изучении проблемы социального снижения при наркологических заболеваниях видно, что она существенно сложнее, чем просто сочетание зависимости и расстройства личности. Многие психиатры признают, что здесь, как в фокусе, сосредотачивается все многообразие биологических, социальных, клинических и социально-психологических противоречий. Десоциализация вследствие злоупотребления ПАВ является результирующей взаимодействия многих факторов: психофизиологических и психопатологических характеристик пробанда, социальных условий развития, темпа развертывания наркологического заболевания, выраженности приобретенных изменений личности. Все эти факторы создают в каждом конкретном случае своеобразную модель поведения и социального снижения больного, тенденции которой являются с позиций как клинико-описательных, так и клинико-математических и эпидемиологических.

Понятие *алкогольная деградация*, приводимое в Руководстве по психиатрии под редакцией А.В.Снегневского [69], включает в себя морально-этическое огрубение, интеллектуальные расстройства и социальное снижение. В перечне изменений личности, наступающих на второй стадии алкоголизма, в числе прочих приводятся следующие: легко возникающая реакция оппозиции, целенаправленная и неосознанная ложь (особенно ярко проявляющаяся у больных истерического круга), отгороженность от окружающих (у больных астенического круга), легко возникающая злоба с агрессивными действиями, направленными против окружающих, неразборчивость в знакомствах, равнодушие к бедам семьи, безразличие к настоящему и будущему (при апатическом типе изменений личности), профессиональное снижение, нарушение — до утраты — семейных отношений.

На третьей стадии алкоголизма, наряду с облигатными признаками психической и физической зависимости от алкоголя, усилением аффективных и волевых расстройств, отмечается и явное нарастание асоциальных черт характера: грубости, злобности, агрессивности, цинизма; при определенной давности болезненного процесса больные теряют профессиональный статус, переходят к случайным заработкам, а далее — и к паразитическому образу жизни. В сущности, эти изменения являются и следствием алкогольной зависимости, и признаками социальной дезадаптации больных.

В динамике десоциализации отмечается определенная закономерность: первоначально нарушаются межличностные отношения больного с членами семьи и родными, затем эти нарушения распространяются на ближайшее окружение и, наконец, захватывают сферу производственных отношений. Соответственно характеру межличностных нарушений меняется и поведение больного: от семейных конфликтов и скандалов — к нарушению существующих правил общежития и, наконец, к открытой оппозиции обществу и существующим в нем взглядам на мораль. Этот процесс протекает параллельно посталкогольным изменениям личности.

Выделяются различные клинические, психологические и социально-детерминированные факторы, способствующие возникновению и развитию десоциализации наркологических больных. Нарастающую асоциальность и антисоциальность алкоголиков связывают с патологическим влечением к алкоголю, которое становится ведущей потребностью, а также с развивающейся алкогольной энцефалопатией, ведущей к снижению высших этических мотивов [11, 75, 78—80, 86]. В качестве причин развития

асоциальности и социального снижения у больных алкоголизмом называют изменение индивидуальных и групповых норм поведения в процессе хронической алкоголизации [84], нарастающую возбудимость, мало зависящую от преморбидного склада личности [83], высокий темп прогрессивности течения алкоголизма, оказывающий деформирующее влияние на личность [77, 80].

Отмечается прямая корреляционная зависимость асоциальности поведения и социального снижения больных алкоголизмом с такими факторами, как пол, возраст, культурный и образовательный уровень, социальный статус и темп течения хронического алкоголизма [82]. Сроки наступления асоциальности поведения и социального снижения обнаруживают тесную связь с наличием психопатического (социопатического) склада личности или ее психологической декомпенсированности до начала систематического употребления алкоголя, что может находить свое отражение в частоте и характере совершенных правонарушений [77, 85, 87].

Тот факт, что «десоциализация», являясь одним из характерных проявлений выраженных форм хронического алкоголизма, далеко не обязательно сопровождает его, отмечают А.К. Качаев и И.Г. Ураков [27]. Они разделяют эту проблему на две части: асоциальность поведения и социальное снижение. Под асоциальным поведением в данном случае понимается широкий диапазон явлений: от конфликтов в семье, нарушения существующих норм общежития до открытой оппозиции обществу и существующим в нем нормам морали, законности и права. Социальное снижение включает, наряду с асоциальностью поведения, снижение или утрату прежнего социального статуса, изменение прежней социальной ориентации больного, несоответствие индивидуального поведения больного потребностям общества. Асоциальность поведения выявлена у 81,7%, социальное снижение — у 54,5% алкогользависимых больных из 13 932 обследованных, что можно считать высоко репрезентативной выборкой.

По мнению названных авторов, асоциальное поведение, являющееся отражением ранних изменений личности и накапливающихся девиаций в сфере социально-психологических взаимоотношений, начинает проявлять себя преимущественно при переходе от компенсированной в субкомпенсированную стадию алкоголизма. Социальное снижение наступает позднее, на субкомпенсированной или декомпенсированной стадии заболевания. Оно чаще совпадает со стойкими посталкогольными изменениями личности и свидетельствует о глубоких переменах в жизни больного, о его психопатологических и социальных девиациях (терминология авторов).

Обнаруживается тесная статистически значимая связь раннего наступления асоциальности и социального снижения с такими факторами, как низкий уровень образования, холостой образ жизни, преморбидно существовавшие лабильность, неуравновешенность, экстравертированность, нарушенные адаптационные способности, раннее начало систематического употребления алкоголя, дисфорический вариант абстинентного синдрома, апатический и эксплозивный варианты измененного опьянения, высокая прогрессивность алкоголизма.

Сходного с предыдущими авторами мнения придерживается и З.Г. Турова [58], которая утверждает, что нельзя ставить знак равенства между понятиями *социальной и алкогольной деградации*. Это суждение основано, во-первых, на клинических наблюдениях за больными с третьей стадией алкоголизма, сохраняющих в той или иной степени свой социальный облик, не разрушающих семейных отношений и трудящихся в меру своих возможностей. Во-вторых, такое мнение подтверждается и данными судебно-психиатрической экспертизы, из которых видно, что асоциальные установки у подэкспертных в большинстве случаев имели место еще до развития хронического

алкоголизма либо на его начальных этапах при отсутствии психопатологических расстройств.

При изучении клинической картины хронического алкоголизма было выявлено, что преморбидные личностные особенности, тип личности больного обуславливают многие закономерности течения заболевания, влияют на его прогрессивность и форму злоупотребления алкоголем и, наряду с этим, находятся в определенной взаимосвязи со степенью социального снижения. Так, наиболее сохранны в социальном плане больные синтонного и астенического круга, у которых алкоголизм протекает, в целом, благоприятно. Более тяжелый характер социальных последствий алкоголизма наблюдается у больных неустойчивого круга. А злоупотребление алкоголем больными с истерообразными чертами характера сопровождается особо тяжелыми социальными последствиями, так как для них характерна измененная картина опьянения с грубым антисоциальным поведением [23, 56].

При оценке степени социального снижения использовались следующие признаки: глубина алкогольных изменений личности, степень морально-этического снижения, характер социальных установок (на труд, семью) в преморбидном периоде, частота помешения в вытрезвитель, степень семейной и трудовой дезадаптации [36]. Обнаружено, что выраженность социальных последствий часто не соответствует тяжести клинических проявлений алкоголизма. Некоторые больные, несмотря на большую длительность заболевания, тяжесть патологического влечения к алкоголю, абстинентного и других клинических синдромов, удерживаются на работе, сохраняют семейные отношения, никогда не попадают в вытрезвители. У других больных неприятности в семье и на работе появляются на ранних этапах злоупотребления алкоголем, и с развитием заболевания социальное снижение стремительно нарастает, опережая тяжесть собственно клинических проявлений алкоголизма. Существенным компонентом социальной дезадаптации личности больных алкоголизмом является снижение способности к интеграции поведения и сознательного контроля эмоциональных реакций.

Обнаруживается статистически достоверная корреляционная связь социального снижения с такими шкалами теста ММРІ, как шкалы достоверности, коррекции, депрессии, истерии, асоциального поведения, паранойальности [36]. Эти корреляции отражают связь степени социального снижения со следующими факторами:

тяжестью собственно клинических проявлений алкоголизма (шкала депрессии);

недостаточной социализацией влечений, пренебрежительным отношением к моральным и этическим ценностям (шкала асоциального поведения);

аффективной ригидностью, подозрительностью, недоверчивым или враждебным отношением к окружающим людям (шкала паранойальности);

напряженностью, неудовлетворенностью ситуацией, ощущением собственной дезадаптации (шкала F);

неадекватно завышенной самооценкой, стремлением отрицать какие-либо трудности, прогрессирующим снижением критики к своему состоянию (шкала K);

стремлением обратить внимание окружающих на неблагоприятное состояние своего здоровья в сочетании с вытеснением из сознания нежелательных и неприятных фактов (шкала истерии).

Взаимосвязь показателя степени социального снижения со шкалами ММРІ выявляет нарастание агрессивности и асоциальности больных, их безразличие к общественным нормам, снижение критического отношения к своему заболеванию при возрастании социальных последствий злоупотребления алкоголем.

Анализируя взаимосвязь патохарактерологических и алкогольных изменений личности у лиц с антисоциаль-

ным поведением, А.Е.Бобров отмечает, что у этой категории больных систематическое злоупотребление алкоголем является отражением общего дисгармоничного склада личности и феноменологически может рассматриваться как один из признаков антисоциального поведения. При этом относительная компенсация патохарактерологических расстройств сопровождается уменьшением выраженности злоупотребления алкоголем, а декомпенсация — усилением потребления спиртных напитков. При формировании алкогольной зависимости по мере прогрессирования алкоголизма обнаруживается относительное уменьшение выраженности антисоциальных форм поведения, что происходит одновременно с изменением направленности личности по алкогольному типу [4]. Последнее мнение, однако, противоречит общепризнанному, в соответствии с которым по мере прогрессирования алкоголизма нарастают и антиобщественные тенденции в поведении индивидуума.

При переходе от псевдозапойной формы злоупотребления алкоголем к истинным запоям существенно чаще констатируется грубое искажение преморбидного типа личности, сочетание психопатизации с социальной декомпенсацией, чаще отмечаются асоциальные формы поведения и нарушения трудовой дисциплины, резко нарастает снижение социального статуса. В двух третях случаев социальное снижение выражается в остановке профессионального роста, в одной трети — в снижении профессионального уровня и декалфикации. У больных с истинными запоями отмечается прямая зависимость между частотой алкогольной деградации и десоциализацией больных, в то время как у больных с псевдозапойной формой пьянства с начальными проявлениями алкогольных изменений личности отмечается задержка в социальном росте, а при наличии признаков алкогольной деградации — снижение профессионального уровня. Если рассматривать десоциализацию больных алкоголизмом как динамический процесс, то переход к истинным запоям будет являться не только диагностическим, но и прогностическим критерием в оценке медико-социальных последствий алкоголизма [74].

Зависимость от алкоголя существенно нарушает трудовую адаптацию больных. Из больных хроническим алкоголизмом, проходивших стационарную психиатрическую экспертизу в ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, около 30% нигде не работали и жили за счет близких [5]. Отмечено, что увольнения и трудовая неустроенность не тяготят зависимых от алкоголя; они не испытывают неудовлетворенности от праздного образа жизни, живут на средства родителей, при необходимости прибегая к случайным заработкам. Наряду с наличием типичных для хронического алкоголизма психических сдвигов (формирование аффективного синдрома, снижение работоспособности и энергетического потенциала) на первый план выступают явления морального огрубения (жизнь на иждивении у родственников, отрицательное отношение к ним, увольнение с работы за прогулы и пьянство, конфликты с администрацией). Присущие хронической алкогольной интоксикации изменения личности затрудняют адаптацию на более высоком общественном уровне и приводят к жизненным условиям, не требующим особых волевых усилий. Это связано и с изменениями в иерархии мотивов.

Как считает Турова З.Г., основной причиной уклонения от труда как показателя социальной деградации личности представляется не утрата прежних морально-этических установок, а создание новой системы ценностей и формирование иных жизненных принципов у зависимых от алкоголя [58]. Эти принципы обнаруживают непосредственную связь со средовыми воздействиями, с влиянием окружающей микросреды и бытующими в ней взглядами. В подтверждение своего мнения о том, что социальная деградация больных хроническим алкоголизмом является

парциальной, обусловленной преимущественно средовым воздействием, автор приводит следующие факты. Так, несмотря на указанные изменения личности вследствие хронической алкоголизации, больные сохраняют возможность целенаправленной, координированной деятельности как просоциального (сохранность профессиональных навыков, умелое использование прежнего опыта), так и антисоциального характера (планирование и совершение ООД), а также без особых затруднений устанавливают новые коммуникации. Кроме того, признание подавляющего большинства подэкспертных — больных хроническим алкоголизмом вменяемыми свидетельствует об их способности осознавать характер совершаемых действий и руководить ими.

Злоупотребление ПАВ влияет не только на трудоспособность и положение больного в обществе, но вызывает, в первую очередь, неблагополучие в семье. К семейным проблемам относятся: нарушение эмоционального контакта и адекватной поддержки, устойчивое искажение семейных ролевых отношений, пренебрежение семейными обязанностями и родительским долгом, снижение финансового уровня семьи, отсутствие внимания к детям и невозможность или нежелание выполнять воспитательные функции, физическое и сексуальное насилие, заражение членов семьи заболеваниями, передающимися контактным и половым путем, дисгармоничность и разрушение семейных отношений [8].

Нарушения социализации у лиц, начавших рано (до 20 лет) злоупотреблять алкогольными напитками, имеет свои особенности. Злоупотребление алкоголем в том возрасте, когда еще не закончены процессы внутриличностного развития, приводят к ранней алкогольной деформации личности [12]. Она характеризуется такими признаками, как беспечность, низкая трудоспособность, отсутствие интереса к учебе и работе, непоследовательная и эмоциональная лживость, особенно в вопросах употребления алкогольных напитков, непризнание себя виновным, недифференцированность оценок, нескритичность при самооценке, неустойчивость настроения с легко развивающимися асоциальными вспышками, невнимание к близким, недоверчивость, бесцеремонность, развязность, сменяемая подавленностью, беспомощностью и пассивной подчиняемостью. Такие изменения личности приводят и к нарушению социализации, и к антиобщественным поступкам, совершаемым часто без учета последствий.

В последние годы отмечается рост заболеваемости алкоголизмом среди женщин: если в 80-е годы соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом, было 9-10:1, то в 2000 г. оно составило 5:1 [32]. У женщин сочетание злоупотребления алкоголем и асоциального поведения имеет свои особенности. К специфическим, важным именно для женщин факторам, провоцирующим употребление алкоголя, относятся: сложность семейных отношений, «внутрисемейный террор», нарушение полоролевых функций личности женщины, неблагоприятное поведение и алкоголизация мужа или детей, стремление скрывать внутрисемейные конфликты, развод, нарушение сексуального поведения, трудности адаптации к изменившимся условиям — социальным и бытовым [28]. Сравнивая социально адаптированных женщин (первая группа) и тех, у которых злоупотребление алкоголем сочетается с асоциальным поведением (вторая группа), Кирпиченко А.А. обнаружил следующие закономерности. Пациентки второй группы направляются на лечение под угрозой увольнения с работы или по настоянию органов МВД, в отличие от больных первой группы, которые чаще обращаются за медицинской помощью по настоянию родственников или знакомых. Зависимость от алкоголя в первой группе формируется медленнее, чем во второй, и имеет более благоприятное течение. Установки на лечение и сохранение в последующем режима трезвости более устой-

чивы у социально адаптированных женщин, кроме того, у них менее выражена агрессивность, чем у больных с асоциальным поведением.

К связи злоупотребления алкоголем с асоциальным поведением имеется и альтернативный — экстранозологический — подход. Так, Сидоров П.И. считает, что отсутствуют прямолинейные и однозначные корреляции аддиктивного поведения с биологическими и психическими особенностями индивидуума или факторами социальной среды [53]. Независимо от природы (социальной, биологической, психологической, моральной) определенных факторов, искажающих психологическое развитие и нравственное становление личности в условиях деструкции социальной среды, они приводят к одному результату — быстрому развитию полиморфного аддиктивного поведения и социальной дезадаптации, минимально отражаясь в особенностях отдельных нозологических форм. По мнению автора, социальные факторы и условия в развитии алкоголизма играют ведущую роль на донозологических этапах злоупотребления. На максимальном уровне обобщения он выделяет в социогенезе алкоголизма и наркоманий три уровня причинных комплексов:

- 1) макросоциальный (социально-экономическое положение в стране и социальная политика государства);
- 2) микросоциальный (стиль жизни семьи, трудового или учебного коллектива, молодежных групп);
- 3) социально-психологический, или личностный (особенности нравственно-ценностной и мотивационно-установочной сфер).

Эти факторы и условия являются неспецифическими маркерами социально-психологической несостоятельности личности, индикаторами порочности макро- и микросреды, показателями невключенности человека в сферу общественно-полезной деятельности и основными характеристиками «группы риска» — ведущего субъекта социогенеза алкоголизма и наркомании [53].

И.Н.Пятницкая, оценивая личность наркомана измененной как преморбидно, так и дополнительно, в процессе заболевания, отмечает, что в европейских странах, где вневрачебный прием наркотиков требует пренебрежения социальными нормами или искажения инстинкта самосохранения, личность наркомана изначально не может считаться здоровой. Кроме того, наркотизация нарушает отношения больного с обществом, осуждающим наркотизацию, и затрудняет необходимую ресоциализацию. Личность наркомана выделяется как качественно отличная от остальных граждан, как антиобщественная и другими психиатрами [47].

Социальный статус больных в процессе наркотизации заметно снижается: они часто меняют места работы, бросают учебу, становятся членами преступных групп, около 70% наркоманов даже и не числятся ни в учебных заведениях, ни на каком-либо рабочем месте. Социальное снижение (потеря работы, прерывание учебы, разрыв семейных отношений, столкновение с правоохранительными органами) как непосредственный результат систематической наркотизации отмечается у 85,7—92,5 % больных [57]. Что касается семейного статуса, то из обращающихся за наркологической помощью только каждый шестой больной наркоманией имеет свою семью, причем 46% из них оценивают семейные отношения как неустойчивые, конфликтные, а в 12% случаев муж или жена также злоупотребляют алкоголем или наркотиками [6].

Изменения личности при наркомании имеют яркую антиобщественную направленность. В процессе наркотизации усиливаются имевшиеся изначально или приобретаются такие личностные черты, как отсутствие чувства долга, лживость и самообман, социальная апатия, неспособность или нежелание преодолевать трудности, полное равнодушие к семье, работе, отсутствие родительских чувств, ограничение интересов только добычей наркоти-

ков, жестокость, существенное ослабление сдерживающих и контролирующих механизмов [47]. Совокупность таких характерологических черт определена А.А. Козловым как «наркоманическая» личность. Отмечается, что общая деградация в результате приема наркотиков идет в 15—20 раз быстрее, чем вследствие хронического алкоголизма [48].

По данным М.Л.Рохлиной, А.А.Козлова, И.Я.Каплана, признаки морально-этического снижения выявляются у подавляющего большинства (93,8%) больных [49]. Авторами установлена значимость неблагоприятных прогностических факторов, определяющих скорость формирования и выраженность социальных и медицинских последствий наркомании. В порядке убывания они располагаются следующим образом: перинатальная патология, личностные девиации в преморбиде, ранний возраст начала употребления наркотиков, наследственная отягощенность алкоголизмом, наркоманиями и другими психическими заболеваниями, условия воспитания, злоупотребление алкоголем до начала наркотизации, давность наркотизации и вид наркотика [49].

Понятие социальной дезадаптации наркологических больных

В последние годы внимание многих исследователей привлекает тема дезадаптации лиц с зависимостью от ПАВ, являющаяся актуальной в плане научных разработок. *Адаптация* — явление, представляющее собой результат сложного взаимодействия окружающей среды, в том числе социальной обстановки, с внутренней регулятивной системой организма. Социальная адаптация, согласно определению Нового энциклопедического словаря, — это процесс взаимодействия личности или группы с социальной средой; включает усвоение норм и ценностей среды в процессе социализации, а также изменение, преобразование среды в соответствии с новыми условиями и целями. *Социальная дезадаптация* — это выраженное в той или иной мере нарушение процесса взаимодействия с социальной средой, прекращение или изменение усвоения норм и ценностей среды, невозможность участвовать в ее преобразовании. Расстройство адаптации личности к окружающей среде играет существенную роль в механизмах развития нарушений поведения.

В более узком, медицинском, смысле нарушения адаптации имеют несколько иной смысл. В МКБ-10 приводятся следующие критерии расстройства адаптации (F 43.2): это состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению жизни или стрессовому жизненному событию. Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного, более широкую систему поддержки и социальных ценностей. Стрессор может затрагивать индивидуума, а также его микросоциальное окружение. Расстройство начинается в течение месяца после стрессового события, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 мес. В рубрику F 43.2 входят кратковременная и пролонгированная депрессивная реакция, смешанная тревожная реакция, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций и с нарушением поведения.

Из перечисленного ясно, что в узком психиатрическом смысле двойной диагноз *синдром зависимости от ПАВ и расстройства адаптации* можно ставить только в очень ограниченном ряде случаев и на протяжении не-

большого отрезка жизни больного (около полугода, за исключением пролонгированной депрессивной реакции, которая может тянуться до 2 лет).

Тем не менее, если социальную дезадаптацию понимать более широко (как нарушение взаимодействия индивидуума со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, несоответствия его возможностей и запросов), то ее признаки можно найти у подавляющего большинства наркологических больных.

Нарушение социальной адаптации включает в себя потерю социально направленных чувств, недоверие к ближайшему окружению, социальную неконтактность, негативное отношение к требованиям общепринятых норм, конфликтность, неадекватность оценки собственных возможностей и т.п. Некоторые авторы к признакам, характеризующим социальную дезадаптацию, относят следующие:

- эмоционально-волевые нарушения;
- общее огрубение и отгороженность личности;
- пренебрежение к общепринятым морально-этическим ценностям;
- отсутствие значимых для общества установок;
- нарушение межличностных отношений и социальных связей;
- снижение механизмов контроля и неадекватность оценок собственных действий и поступков;
- формирование криминального мировоззрения;
- девиантность форм поведения с неспособностью оценивать и предвидеть последствия;
- уклонение от общественно-полезной деятельности;
- направленность на употребление ПАВ [52, 65].

Согласно последнему определению, выраженная в той или иной мере социальная дезадаптация присуща всем больным, страдающим зависимостью от ПАВ. Именно эта, достаточно широкая трактовка адаптации/дезадаптации и применяется психиатрами-наркологами и психологами при решении проблем, связанных с синдромом зависимости от ПАВ [7, 22, 72].

Сходные признаки социальной дезадаптации у подростков, больных гашишной наркоманией, приводят У.А. Абшаихова, Н.А. Сирота: потеря привязанности к близким, разрыв семейных связей, изоляция от среды воспитания, негативный настрой к лицам, выполняющим воспитательные функции, формирование положения «изгой», разрушение сферы неформального межличностного общения, утрата референтной группы, отсутствие досуга, не занятого наркотизацией, склонность к патологическим формам поведения (делинквентность, бродяжничество, аутоагрессивные и антисоциальные тенденции). Полная социальная дезадаптация определена ими у 77,5% подростков, больных гашишной наркоманией, неустойчивая адаптация — у 17,5%, сохраняющая адаптация — всего у 5% [1].

Н.Я. Оруджев выделяет три уровня дезадаптации лиц с наркологическими заболеваниями.

Первый уровень характеризуется лишь определенным снижением морально-этических норм поведения, неотягощенной наследственностью, отсутствием патологических личностных особенностей, эпизодическим употреблением ПАВ.

Дезадаптация *второго уровня* определяется при совокупности таких признаков, как снижение успеваемости

(для подростков) или эпизодичность работы (для взрослых), конфликты в семье и с законом, относительная регулярность злоупотребления ПАВ или зависимость от них, соответствующий круг общения.

Третьему, самому глубокому, уровню дезадаптации свойственны асоциальный образ жизни, неоднократные судимости, отсутствие каких-либо побуждений, кроме злоупотребления ПАВ, высокая наследственная отягощенность, длительная зависимость от ПАВ.

Таким образом, автор использует в своей работе «синтетическое» определение дезадаптации, включающее и клинические признаки прогрессивности наркологического заболевания, и характеристики ближайшего социального окружения, и наличие или отсутствие противоправных действий [38].

Используя те же критерии уровней дезадаптации, ряд авторов определяет значимость некоторых факторов для сохранения или нарушения адаптации наркологических больных. Наиболее дезадаптирующее воздействие оказывали такие факторы, как ранний возраст начала употребления ПАВ, наличие соматических заболеваний (чаще гепатита) в анамнезе, черепно-мозговые травмы, длительный период злоупотребления ПАВ, измененные формы алкогольного опьянения, отягощенная алкоголизмом наследственность, асоциальность и психопатии возбудимого круга в преморбиде, патологическое воспитание, совершение правонарушений, неудовлетворительные бытовые условия. К факторам, приводящим к ранней дезадаптации больных алкоголизмом, безусловно, относятся психопатические расстройства астенического, органического и возбудимого круга, интеллектуальная недостаточность и социально-педагогическая запущенность [39].

Т.И. Букановская считает, что у больных опийной наркоманией выраженные нарушения социального приспособления связаны с состоянием психической дезадаптации и в большей мере представлены у лиц, обнаруживающих психопатоподобные проявления. Динамику дезадаптации наркоманов можно представить так: прежде всего, снижается социальный статус, затем уровень трудовой адаптации и, в последнюю очередь, уровень семейно-бытовой. Больные наркоманией более всего стремятся сохранить на прежнем уровне свой социальный статус, однако однажды нарушенные семейные отношения уже не восстанавливаются даже у тех, кто в течение нескольких лет находится в ремиссии. Определяя основные направления терапии больных опийной наркоманией, Т.И. Букановская отмечает, что важнейшим звеном адаптации является способность адекватного и успешного реагирования субъекта на изменения условий внешней среды, то есть адаптация психическая; чем выше ее уровень, тем независимее индивид от условий среды. При таком подходе повышение уровня адаптации — цель лечения и критерий качества ремиссии [7].

Наркотизация меняет социальную ориентацию личности за счет процесса социально-трудовой дезадаптации и криминализации [21]. У больных наркоманией наблюдается психопатизация личности, деграция с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями [59]. Имеются данные о необратимости органического компонента дефекта личности в рамках хронизации процесса при многолетнем течении наркомании, которая нивелирует личность больных, стирает компенсаторные возможности организма, углубляет социальную дезадаптацию больных, делая их практически нетрудоспособными, вплоть до инвалидности [41].

Список литературы

1. Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Клинико-катамнестическое исследование подростков, больных гашишной наркоманией // Саморазрушающее поведение у подростков. — Л., 1991. — С. 72—75.
2. Агаларзаде А.З. Клинико-социальные характеристики осужденных, страдающих наркоманиями // Проблемы контроля наркотических средств и профилактика наркоманий. — М., 1992. — С. 3—8.
3. Агаларзаде А.З., Кузнец М.Е. Клинические особенности и характер общественно-опасных действий, совершаемых больными с психическими нарушениями алкогольного генеза, в возрасте 50 лет и старше // Актуальные вопросы наркологии. — Кишинев: Штиинца, 1986. — С. 6—7.
4. Бобров А.Е. О взаимосвязи патохарактерологических и алкогольных изменений личности у лиц с антисоциальным поведением // Профилактика общественно опасных действий психически больных / Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1986. — С. 83—89.
5. Боброва И.Н., Мохонько А.Р. Клинико-социальные характеристики больных с психическими нарушениями алкогольного генеза, совершивших общественно-опасные действия // Алкоголизм (клиника, терапия, судебно-психиатрическое значение) / По ред. Г.В.Морозова — М., 1983. — С. 125—131.
6. Братанова С.Б. Короткие и длительные ремиссии у больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. — 2001. — № 5. — С. 34—40.
7. Братусь Б.С. Психологический анализ изменения личности при алкоголизме. — М.: Изд-во МГУ, 1974. — С. 43—47.
8. Букановская Т.И. Адаптационный синдром и социально-психическая адаптация у больных опийной наркоманией: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1996. — 40 с.
9. Буш М., Каронна Эл.Б., Спратт С.Е., Бигби Дж.-Э. Злоупотребление наркотическими веществами и отношения в семье // Наркология / Под ред. Л.С.Фридмана, Н.Ф.Флеминга, Д.Х.Роберта, С.Е.Хаймана. — М.: Бино, 1998. — С. 65—77.
10. Василевский В.Г. Роль клинико-биологических и социальных факторов в совершении общественно-опасных действий больными алкогольными психозами // Актуальные вопросы наркологии. — Кишинев: Штиинца, 1986. — С. 30—31.
11. Васильева Н.В. Реакция на фрустрацию у высокоагрессивных личностей // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. — 1998. — № 1. — С. 36—39.
12. Висс Р. Клиника алкоголизма // Клиническая психиатрия. — М., 1967. — С. 166—191.
13. Волков Ю.Г., Братусь Б.С., Сидоров П.И., Турцевич С.В. Механизм формирования личности и предупреждения антиобщественного поведения молодежи: Методическое пособие. — М., 1984. — 219 с.
14. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. — М., 1933.
15. Гиляровский В.А. Психиатрия. — М.-Л.: Биомедгиз, 1935. — 750 с.
16. Гуревич М.О., Серейский М.Я. Учебник психиатрии (с предисловием П.Б.Ганнушкина). — М.: Госиздат, 1928. — 400 с.
17. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кулагина Н.Е., Тузикова Ю.Б. Острая интоксикация психоактивными веществами в общей и судебно-психиатрической практике (клинический обзор). — М., 1997. — 79 с.
18. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами. — М., 2000. — 300 с.
19. Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Кондратьев Ф.В. Социальные факторы в судебной психиатрии // Очерки социальной психиатрии / Под ред. Т.Б.Дмитриевой. — М., 1998. — С. 244—271.
20. Доброгаева М.С. Патологические просоночные состояния в судебно-психиатрической практике // Профилактика общественно опасных действий психически больных / Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1986. — С. 116—122.
21. Доброгаева М.С. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) в судебно-психиатрической практике: Автореф. дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1989. — 24 с.
22. Елисеев И.М. // Клинические аспекты социальной адаптации психически больных. — М.: Медицина, 1976. — С. 151—161.
23. Зыков О.В. Состояние и перспективы развития наркологической службы в г.Москве // Вопросы наркологии. — 1997. — № 1. — С. 27—33.
24. Иванец Н.Н., Игонин А.Л., Савченко Л.М., Небаракова Т.П. Значение преморбидных личностных особенностей для форм злоупотребления алкоголем при хроническом алкоголизме // Первый съезд невропатологов и психиатров Молдавии. — Кишинев, 1981. — Т. 2. — С. 72—74.
25. Каграманова Е.В. Биологические и социальные факторы риска возникновения острого алкогольного параноида и совершения общественно-опасных действий больными этим психозом // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии / Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1984. — С. 179—187.
26. Каплан Г.И., Седок Б.Дж. Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 1994. — Т. 1. — 761 с.
27. Качаев А.К. К клинике и дифференциальной диагностике сложных форм простого опьянения // Судебно-психиатрическая экспертиза. Вопросы алкоголизма / Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1979. — С. 3—11.
28. Качаев А.К., Ураков И.Г. Десоциализация больных хроническим алкоголизмом // Проблемы судебной и социальной психиатрии / Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1975. — С. 117—136.
29. Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с асоциальным поведением // Медицинские и психологические проблемы алкогольной и наркотической зависимости — Витебск, 2002. — С. 30—40.
30. Ковалев В.В., Немцов А.В. Девиантное поведение в подростковом возрасте // Вестник АМН СССР. — 1988. — № 10. — С. 53—60.
31. Кондрашенко В.Т., Скугаревский А.Ф. Алкоголизм. — Минск: Беларусь, 1983. — 288 с.
32. Кошкина Е.А. Распространенность алкоголизма и наркоманий среди населения России // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — № 3. — С. 87—89.
33. Коэн Ш.Т., Вейс Р. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания // Наркология / Ред. Л.С.Фридман, Н.Ф.Флеминг, Д.Г.Робертс, С.Е.Хайман. — М.: Бино, 1998. — С. 275—285.
34. Кривенков А.Н., Игонин А.Л., Сафуанов Ф.С., Гавриленко А.Я., Тузикова Ю.Б. Сравнительная характеристика больных алкоголизмом, совершивших и не совершивших правонарушения в состоянии опьянения // Вопросы наркологии. — 1998. — № 1. — С. 307—36.
35. Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., Голев А.С. // Психологический журнал. — 1986. — № 6.
36. Меньшикова Е.С. Изменение личностных характеристик в зависимости от особенностей клиники хронического алкоголизма // Алкоголизм (клинико-терапевтический, патогенетический и судебно-психиатрический аспекты) / Под ред. Г.В.Морозова. — Москва, 1981. — С. 20—27.
37. Ниязов И.Н. Клиническая характеристика больных алкоголизмом с суицидальным поведением // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — Душанбе, 1991. — С. 159—162.
38. Оруджев Н.Я. Деадаптация лиц с наркологическими заболеваниями: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 2002. — 38 с.
39. Оруджев Н.Я., Жигунова О.А. Социальная адаптация женщин, подростков и детей, злоупотребляющих алкоголем // Вопросы наркологии. — 2001. — № 4. — С. 68—77.
40. Осипов В.П. Руководство по психиатрии. — М.-Л.: Госиздат, 1931. — 596 с.
41. Найденова Н.Г. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. — М., 1992. — С. 50—57.
42. Новый энциклопедический словарь. — М.: Большая Российская энциклопедия, 2001. — 1455 с.
43. Пелипас В.Е., Мирошник Л.Д. Вопросы наркологии. — 1992. — № 3—4. — С. 91—95.
44. Печерникова Т.П. Кратковременные расстройства психической деятельности (исключительные состояния) // Учебник «Судебная психиатрия» / Под ред. А.С.Дмитриева, Т.В.Клименко. — М.: Юрист, 1998. — С. 343—356.
45. Позднякова С.П., Каграманова Е.В. Преморбидные свойства личности и их влияние на особенности поведения больных алкогольным параноидом // Первый съезд невропатологов и психиатров Молдавии. — Кишинев, 1981. — Т.2. — С. 136—138.
46. Психологический словарь. — М., 1996.
47. Романова Л.И. Личность наркомана // Клиника, диагностика, профилактика наркоманий, алкоголизма, табакокурения. — Владивосток, 1988. — С. 78—84.
48. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомания. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
49. Рохлина М.Л., Козлов А.А., Каплан И.Я. Клинико-социальные последствия наркоманий. // Вопросы наркологии. — 1998. — № 1. — С. 11—20.
50. Рохлина М.Л., Чистякова Л.А., Козлов А.А., Киткина Т.А., Мохначев С.О. Динамика психопатологических расстройств и криминальное поведение у больных героиновой наркоманией // Материалы XIII Съезда психиатров России 10—13 октября 2000 г. — М., 2000. — 265 с.

51. Сафуанов Ф.С., Иконникова Е.Ю., Филимонова Т.Н., Игонин А.Л. Психологические механизмы агрессивных действий, совершенных в состоянии алкогольного опьянения больными алкоголизмом // Российский психиатрический журнал. — 1997. — № 3. — С. 34—36.
52. Северный А.А., Иовчук Н.М. Социум как пусковой фактор реализации конституциональных и патологических предрасположений к отклоняющемуся поведению детей и подростков // Само-разрушающее поведение у подростков. — М., 1996. — С. 15—21.
53. Сидоров П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Медицина, 2001. — С. 219—232.
54. Сидоров П.И., Ручкин В.В. Некоторые клиничко-социальные механизмы агрессии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1998. — № 1. — С. 20—26.
55. Словарь новых слов русского языка / Под ред. Н.З. Котеловой. — СПб., 1995. — 876 с.
56. Трубочанинова О.Н. Клинические особенности алкоголизма у лиц с преморбидными характерологическими чертами синтонного круга // Алкоголизм (клиничко-терапевтический, патогенетический и судебно-психиатрический аспекты) / Под ред. Г.В. Морозова. — Москва, 1981. — С.14—20.
57. Тузикова Ю.Б. Героиновая наркомания, развившаяся на фоне акцентуаций и расстройств личности (условия формирования, клиника, лечение): Дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 2002. — 310 с.
58. Турова З.Г. Некоторые аспекты социальной деградации при хроническом алкоголизме // Алкоголизм (клиника, терапия, судебно-психиатрическое значение). — М., 1983. — С. 145—152.
59. Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Бузиенко В.А., Рохлина М.Л. // Личностные изменения и предупреждения общественно опасных действий при психозах и алкоголизме. — Хабаровск, 1979. — С. 9—12.
60. Фрейд З. Психология бессознательного. — М., 1989.
61. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. — М., 1986. — Т. 1.
62. Хидиров М.А. О противоправных действиях больных алкоголизмом. // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. — Душанбе, 1991. — С. 146—148.
63. Христов Х. Категории девиантного, асоциального, анти-социального и делинквентного поведения у детей и подростков // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 1987. — № 10. — С. 1527—1529.
64. Целинский Б.П. Криминологическая характеристика незаконного оборота наркотиков в Российской Федерации в 2000 г. // Вопросы наркологии. — 2001. — № 1. — С. 3—10.
65. Шибанова Н.И. Особенности социальной дезадаптации больных с наркологическими заболеваниями. — М., 1997. — 67 с.
66. Шостакович Б.В. Алкоголизм и общественно-опасное поведение психопатических личностей // Первый съезд невропатологов и психиатров Молдавии. — Кишинев, 1981. — Т. 2. — С. 184—186.
67. Шумаков В.М. Социально-психологический аспект алкоголизма // Актуальные вопросы наркологии. — Кишинев: Шти-инца, 1986. — С. 168—169.
68. Шумаков В.М., Гиндикин В.Я., Ряшитова Р.К., Жданова Н.В., Рыбалченко О.А. Алкоголизм как фактор, увеличивающий риск совершения общественно-опасных действий больными с психическими изменениями травматического генеза // Судебно-психиатрическая экспертиза. Вопросы алкоголизма / Под ред. Г.В. Морозова. — М., 1979. — С. 47—53.
69. Шумский Н.Г. Токсикомании: Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — С. 250—341.
70. Шустов Д.И. Клиника алкоголизма в контексте аутоагрессии // Материалы XIII съезда психиатров России 10—13 октября 2000 г. — М., 2000. — С. 279—280.
71. Шустов Д.И. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов. — М., 2000. — 20 с.
72. Юлдашев В.Л. Социально-психологические и биологические факторы формирования аддиктивного поведения подростков: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1997. — 42 с.
73. Яковлев А.М. Борьба с рецидивной преступностью. — М., 1964.
74. Яскевич Е.А. К вопросу о десоциализации больных с различными типами запойных состояний // Седьмой всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов. — М., 1981. — С. 359—360.
75. Alapin B. Alkogolizm I toksikomanie. — Warszawa, 1968.
76. Ey H., Bernard P., Brisset Ch. Manuel de Psychiatrie. — 3-me ed. — Paris, 1967. — 1211 p.
77. Guze S.B., Walfam E.D. Delinquency, Social Maladjustment and Crime. The role of Alcoholism // Dis. Nerv. Syst. — 1968. — Vol. 29, № 4. — P. 238—243.
78. Jellinek E. The Disease Concept of Alcoholism. — New Haven, 1960.
79. Kaebling R., Patterson R.M. (ed.) Alcoholism // Eclectic Psychiatry. — Illinois: Springfield, 1966.
80. Kessel N., Walton H. Alcoholism. — London, 1967.
81. Kokkevi A., Stefanis N., Anastasopoulou E., Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention // Addict Behav. — 1998. — № 23. — P. 841—853.
82. Mallick S.K., McCandless B.R. A study of catharsis of aggression // Journal of Personality and Social Psychology. — 1966. — Vol. 15. — P. 436—446.
83. Mayfield D. Alcoholism, alcohol, intoxication and assaultative behavior // Diseases of the Nervous System. — 1976. — № 37. — P. 288—291.
84. Nathan P.E., Goldman M.C., Lisman S.A., Taylor H.A. Alcohol and Alcoholics: A Behavioral Approach // Trans. N.Y. Acad. Sci. — 1972. — Vol. 34, № 7. — P. 602—627.
85. Schukit M., Rimmer J., Rech T., Winokur G. Alcoholism: Antisocial Treats in Male Alcoholics // Brit. J. Psychiat. — 1970. — № 117. — P. 540, 575—576.
86. Sim M. Alcoholism: In Guide to Psychiatry / Ed. E. & S. Levin-gstone. — Edinburgh, 1970.
87. Woodruff A., Guze S.B., Clayton P.J. The Medical and Psychiatric Implications of Antisocial Personality (Sociopathy) // Syst. Dis. Nerv. — 1971. — Vol. 32, № 10. — P. 712—714.

PSYCHOACTIVE DRUGS ABUSING AND ASOCIAL BEHAVIOUR

IGONIN A.L.	Dr.med.sci., professor, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
TUZIKOVA YU.B.	Cand.med.sci., senior researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
IRISHKIN D.A.	Postgraduated researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

In the review some questions of antisocial and unlawful behaviour of drug addicted patients are discussed. The structure of mental disturbances is connected with the clinical stages and drug abused firm as with sex and growth categories. The questions consisting the inconstant graduations (variability) of health "norm" and double diagnosis (for example drug dependence plus antisocial behaviour) are actual for the present clinical narcology. Among the risk factors of early social degradation and antisocial behaviour of drug dependence patients the most significance are: pre-monitory psychoemotional instability, disturbed psychophysiological adaptation, extravert personality, disturbed family, low educate level, early alcohol abusing, high temp of alcohol dependence forming, affectability, disphoric variant of withdrawal syndrom and others. Authors accentuate the importance of early exposure and prophylactic of antisocial tendency with using the psychology MMPI and other testing system.