

Агрессия в структуре болезней патологической зависимости

БИСАЛИЕВ Р.В.

ассистент кафедры наркологии и психотерапии

Астраханской государственной медицинской академии (АГМА)

ВЕЛИКАНОВА Л.П.

к.м.н., доцент, зав. кафедрой наркологии и психотерапии АГМА

ГРИШИНА Е.И.

ассистент кафедры наркологии и психотерапии АГМА

Дан анализ проблемы внешней агрессии в структуре болезней патологической зависимости (БПЗ). В связи с нарастающей социальной значимостью данного явления рассматривались вопросы взаимосвязи аддиктивного и агрессивного поведения, а также факторы, порождающие гетероагрессию и влияющие на интенсивность ее проявлений при алкоголизме и наркотоксикоманиях. Угрожающий рост алкоголизма и наркоманий, сопровождающийся увеличением числа преступлений агрессивного спектра (поноби, насилие, убийства) свидетельствует о необходимости включения в лечебно-реабилитационный процесс целенаправленных превентивных мер социально опасного поведения больных алкоголизмом и наркотоксикоманиями.

Социальная опасность пациентов с БПЗ (алкоголизм, наркомания, токсикомания) — общеизвестный факт [16, 19, 28]. Статистика различного рода преступлений (против личности, имущественных) констатирует, что алкоголизм, наркомания часто ассоциируются с повышенным риском агрессивного и криминального поведения [13, 15]. Число зарегистрированных преступлений, связанных с наркотическими или другими одурманивающими веществами, за период 1992—1998 гг. увеличилось в России в 6 раз [13]. Принятые в последнее десятилетие в Российской Федерации законодательные акты, несомненно, внесли заметные изменения в правовую базу, регламентирующую ответственность за распространение психоактивных веществ (ПАВ) и назначение принудительных мер медицинского характера. В результате правового прессинга в сфере борьбы с торговцами и потребителями наркотических и других ПАВ ожидается, по мнению Рыбаковой Л. Н. [27], увеличение числа осужденных по статьям, связанным не только с контрабандой наркотиков, но и с незаконным распространением наркотических и психотропных средств. Так, число больных-наркоманов, которым была проведена экспертиза в связи с назначением принудительных мер медицинского характера, с 1993 по 2000 гг. возросло со 150 тыс. до 216 тыс., т.е. примерно в 1,5 раза [8].

Не вызывает сомнений тот факт, что состояние алкогольного или наркотического опьянения является благодатной почвой для реализации агрессивных и противоправных действий. Обследуя осужденных Томской области, Миневиц Н.А., Балашов П.П. [20] установили, что среди причин, способствующих совершению преступлений, первое место занимает алкоголизация и наркотизация: 80% осужденных совершили правонарушения в состоянии алкогольного опьянения, 13% — в состоянии наркотического. Этот феномен может быть обусловлен растормаживающим действием алкоголя и наркотиков, неспособностью адекватно контролировать свое поведение, измененной самооценкой, снижением критических и прогностических функций, психопатологическими расстройствами в интоксикации и другими причинами.

Как указывалось выше, состояние алкогольного (наркотического) опьянения выступает фактором агрессивных деяний. Шабанов П.Д. [33] считает, что рост числа нападений (покушений) на человека, суицидов и сексуальных домогательств коррелирует с

длительностью алкоголизации (острая, хроническая). Friedman L.S. et al. [38] описывают характерные для алкогольной интоксикации изменения поведения: несдерживаемые сексуальные, агрессивные импульсы, достигающие состояния неистовства; неустойчивое настроение и т.д. Шустов Д.И. и Валентик Ю.В. [34] подчеркивают, что такие явления, как убийства и самоубийства у больных алкоголизмом на фоне бытового пьянства, имеют общие корни и приводят порой к «максимально низконравственным поступкам». По данным Кривенкова А.Н. с соавт. [15], среди больных алкогольной болезнью, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу, 75% случаев были связаны с агрессивными действиями — убийствами или нанесением телесных повреждений, — совершаемыми в состоянии острой алкогольной интоксикации. Аналогичный параллелизм отмечают Кириченко А.А., Кириченко Ан. А., Жданко С.Г. [12]. Несмотря на существование многих видов алкогольного опьянения (простое, измененное, патологическое), в структуре любого из них наблюдаются агрессивные проявления. На их выраженность оказывает влияние «почва», на которую воздействует алкоголь. Часто психопатическая структура личности, перенесенные черепно-мозговые травмы, сопутствующие психические заболевания приводят к атипичным формам опьянения. Злобность, гневливость, повышенная конфликтность, двигательное возбуждение, импульсивные действия, брань, угрозы, физическое насилие наблюдаются в структуре дисфорического, эпилептоидного, параноидного вариантов [1, 15]. Клиническая картина идиосинкразического (патологического) опьянения с внезапным резким психомоторным возбуждением, жестоким физическим насилием по отношению к окружающим во многом обусловлена психопатологическими расстройствами (галлюцинации, отрывочный чувственный бред отношения и преследования и яркие аффекты тревоги, ярости, страха) [1, 29]. По существу, в этом случае агрессия носит вторичный характер.

Что касается наркотической интоксикации, то она также сопряжена с высоким риском агрессивных деликтов. По данным Friedman L.S. et al. [38], у 52% мужчин и 49% женщин, арестованных за убийство, результаты анализа мочи на содержание наркотических веществ (авторы не уточняют, какие именно) был положительный. Формирование паттернов агрессивного поведения определяется не только растормаживающим действием токсиканта

на скрытые агрессивные тенденции личности, но и внешними (ситуативными) раздражителями. Так, Погосов А.В., Мустафетова П.К. [23] отмечают легкую, ситуационно обусловленную трансформацию эйфории при кокаиновой наркомании в состояние раздражительности со злобностью и агрессивностью. Взаимосвязь и взаимодействие внешних (социум, обстановка) и внутренних (психологический настрой, индивидуальная чувствительность) факторов, влияющих на выраженность агрессивных действий, прослеживается при острой интоксикации гашишем, седативно-снотворными средствами, в клинике эфедринового и первитинового опьянения [3, 14].

Агрессивные проявления в клинике этилизма и наркоманий разнятся в зависимости от стадии заболевания. Уже на первой стадии БПЗ на фоне сокращения длительности и уменьшения интенсивности эйфории отмечается появление раздражительности, грубости, придирчивости, агрессивности [2]. Анализ частоты противоправных действий, совершенных больными алкоголизмом, показал, что наиболее жестокие преступления против личности (убийства, тяжкие повреждения и т.п.) чаще наблюдались на II стадии [4].

Абстинентный синдром, вне зависимости от фазы его развития (начала, апогея, редукции), также сопровождается агрессивными проявлениями. Аффективные расстройства агрессивного спектра (раздражительность, гнев, ярость, злоба) имеют тесную связь с патологическим влечением [22], а психопатологические расстройства часто являются его клиническим оформлением [9]. Эмоциональная составляющая патологического влечения наиболее часто представлена дисфорическими расстройствами разной степени выраженности: от ворчливости, недовольства, урюмости до напряженности, взрывчатости, агрессивности [2]. В специальной литературе алкогольный абстинентный синдром представлен в основном депрессивно-тревожным аффектом: подавленное настроение с чувством тоски и безысходности, самоупреки, суицидальные мысли с идеями виновности [6, 10, 33]. Однако длительно существующая депрессия также может проявляться агрессивными действиями, вектор которых направлен вовне [10, 34]. Kanof P. D., Aronson M.J., Ness R. [39], Рохлина М.Л. [26] обнаружили, что у опийных, героиновых наркоманов и у пациентов, страдающих циклодоловой токсикоманией, вследствие обостряющегося обсессивного и компульсивного влечения в абстинентном периоде, в большинстве случаев отмечались напряженность, агрессивность по отношению к окружающим, брутальность, озлобленность, склонность к разрушению. Аффективные нарушения в виде тоскливо-злобного настроения, выраженной агрессии (вербальной, физической) достигали своего апогея на 2–3 сутки абстинентного синдрома при употреблении снотворных и седативных препаратов и при их сочетании с хронической алкоголизацией [26]. Дисфория с агрессивностью была описана и в структуре синдрома отмены при употреблении стимуляторов (кокаиновая и амфетаминовая наркомании) [26], кетаминового абстинентного синдрома [35]. Лытаев А.А. [16], исследуя агрессивное и криминальное поведение у героиновых наркоманов, обнаружил, что совершение противоправных действий (против личности) наиболее характерно для больных с психопатоподобными и психоорганическими нарушениями в абстинентном периоде.

Агрессивное поведение, обусловленное патологическим влечением, может наблюдаться на стадии редукции

абстинентных расстройств, в постабстинентном периоде. Так, в исследованиях Иванца Н.Н., Надеждина А.В., Тетеновой Е.Ю., Авдеева С.Н. [9] вспышки агрессии у потребителей героина фиксировались на 10–12-й день терапии. Пациенты постоянно досаждали специалистам отделения просьбами о досрочной выписке из стационара, были враждебно настроены к окружающим, конфликтовали с медперсоналом и с родственниками во время их визитов. Реализация агрессивного поведения осуществлялась как на вербальном, так и на поведенческом уровнях, особенно в отношении тех лиц, которые чинили препятствия к продолжению наркотизации [31]. Кроме волевых расстройств, способствующих проявлению (усилению, ослаблению) агрессивных реакций, заметная роль в психогенезе агрессивности отводится нарушениям и другим психических функций. У больных-наркоманов с агрессивным поведением вне абстиненции отмечены нарушения прогностической деятельности (личностно-ситуативной, пространственной и временной) [19]. Этим объясняется недооценка наркозависимыми возможных юридических последствий своего агрессивного поведения. На формирование различных моделей агрессивного поведения (истерического, дисфорического, эксплозивного) оказывают влияние также личностные особенности [35].

Психотические состояния, сопровождающиеся особо опасными деяниями, можно наблюдать на разных стадиях алкоголизма и наркоманий. Согласно статистическим данным Карлова О.А. [11], среди больных с общественно опасным поведением преобладали алкогольные психозы — 53,1%, из них алкогольный делирий — 80%, острый алкогольный галлюциноз — 20%. Агрессивные действия касались лиц из ближайшего окружения. Иногда агрессия ограничивалась вербальным уровнем (угрожающими высказываниями). Продуктивная симптоматика психозов (интоксикационных, абстинентных) наряду с беспокойством, тревогой, расстройствами восприятия, в подавляющем большинстве проявлялась психомоторным возбуждением с агрессией, вплоть до убийства, самоповреждающими действиями [30, 33]. Экспериментально-психологические исследования больных алкоголизмом, совершивших агрессивные деяния в психотическом состоянии, показали, что помимо снижения критических функций у них были слабее выражены мотивационные тенденции, тормозящие прямое проявление агрессии, — чувство вины, страха, неотвратимости возмездия [15]. Различные виды агрессии наблюдаются на стадии редукции галлюцинаторной симптоматики при злоупотреблении летучими веществами [35].

Агрессивное поведение у больных с БПЗ на исходных стадиях хронической интоксикации рассматривается многими авторами как результат прямого или опосредованного действия токсиканта на центральную нервную систему и формирования этапа психопатизации. В связи с органическим (энцефалопатическим) процессом в головном мозге у больных алкоголизмом и наркоманиями агрессивные проявления достигают значительных степеней выраженности [5, 18, 36]. Индивидуально-психологические особенности нивелируются органическими изменениями, на первый план выступают интеллектуально-мнестические расстройства, слабость суждений, преобладание и неконтролируемость низменных влечений, недержание аффекта, грубый цинизм, снижение этических норм, психическая ригидность, брутальность аффекта. Аффективные нарушения в виде злобности, агрессивности

сти, брутальности обнаружены у больных с хроническим алкоголизмом [33], ингаляционной и кетаминовой токсикоманией с давностью заболевания 1—3 года [28, 35], у пациентов с эфедроновой наркоманией [24], при злоупотреблении снотворными [26]. Однако, по мнению Энтина Г.М. и др. [35], злобность, агрессивность для больных алкоголизмом в 3-й стадии заболевания менее свойственна. Менделевич В.Д. [18] акцентирует внимание на том, что агрессивное поведение при психоорганическом синдроме (вследствие черепно-мозговых травм, интоксикаций ПАВ и др.) носит затяжной характер.

Психосоциальная деградация является закономерным финалом течения алкоголизма и наркоманий [13, 29, 33], сопровождается различными видами девиантного поведения (агрессивное, аутодеструктивное, криминальное). Социальная дезадаптация у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью обычно бывает разнонаправленной: нарушения в межличностном общении (повышенная конфликтность), снижение профессионального и социального статуса и т.п. [14, 33]. Особенно значимо агрессивное поведение сказывается на семейном статусе. Его последствиями являются конфликты, насилие, распад семьи, сиротство, вовлечение подростков в алкоголизацию и наркотизацию, преступную деятельность [14, 21, 33]. Дети в семье больного алкоголизмом подвержены более высокому риску различных видов агрессии: вербальной, физической, криминальной, садистической. Козлов А.А. [13] считает антисоциальное поведение характерным для наркоманов вне зависимости от употребляемого ими наркотика. По его мнению, им свойственны как уголовное наказуемое (физическое насилие), так и уголовно ненаказуемые, но аморальные поступки (пьянство, стяжательство, сексуальная распущенность, конфликты в семье). Высокая агрессивная криминогенность разных форм наркоманий подтверждается и в исследованиях зарубежных авторов [37].

Аффективные расстройства агрессивного спектра (раздражительность, недовольство, психомоторное возбуждение) у больных, страдающих алкоголизмом и наркотоксикоманиями, отмечаются и в ремиссиях [5, 7, 19, 26, 37, 38].

Несколько иной ракурс приобретает проблема агрессии при коморбидном течении БПЗ и психических заболеваний. Известно, что достоверно большой риск агрессивного и аутоагрессивного поведения имеют наркологические больные с ассоциированными заболеваниями (психопатии, депрессия, мания, тревожные расстройства, эндогенная патология) [32]. Например, акты агрессии у больных с непрерывно текущей параноидной психозом, сочетанной с алкоголизмом, носят непредсказуемый характер [17]. При сочетании алкоголизма и эндогенных аффективных расстройств опьянение нередко сопровождается грубо неправильным поведением с гневливостью, сексуальной расторможенностью [35]. У больных эпилепсией употребление алкоголя провоцирует возникновение сумеречных состояний сознания различной сложности и структуры: амбулаторный автоматизм, хаотическое возбуждение с агрессией, возбуждение с бредом и агрессией, параноидное возбуждение с отрывочными высказываниями и опасным, непредсказуемым поведением [35]. Героиновым наркоманам с травматическим поражением головного мозга свойственны субкриминальные действия по отношению к своим родственникам: вымогательство денег и ценностей, мелкие кражи. На высоте аффекта типичны угрозы покончить с собой, причинить физический ущерб окружающим. У данного контингента

была выявлена тенденция к моральным истязаниям близких родственников. Такое поведение больных могло способствовать, в свою очередь, проявлению у родственников отрицательных эмоций [25] и ответной агрессии.

Таким образом, анализ литературных данных наглядно иллюстрирует, что в формировании и реализации агрессивных тенденций при алкоголизме и наркотоксикоманиях участвует множество факторов (биологических, социальных, индивидуально-психологических, психопатологических) в различных сочетаниях и соподчинениях. В то же время, как аутоагрессия, так и гетероагрессия в структуре БПЗ во многих случаях являются вторичными, т.е. обусловлены психопатологическими расстройствами. Этот факт может иметь значение при проведении судебно-наркологической (психиатрической) экспертизы.

Тщательный анализ клинко-психопатологических особенностей, динамики заболевания позволит прогнозировать и своевременно корректировать (фармако- и психотерапией) агрессивное поведение лиц, страдающих химической зависимостью. Представляется, что активное выявление и включение в группу специального учета пациентов, склонных к гетероагрессивным и криминальным действиям, внесет существенный вклад в профилактику социально опасного поведения наркологических больных.

Агрессивное поведение при других формах патологической зависимости (склонность к азартным играм, булимия, компьютерная зависимость и др.), безусловно, представляет научный интерес, однако данный аспект изучаемой проблемы не входил в задачи настоящего исследования.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Острая алкогольная интоксикация (алкогольное опьянение) // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 198—203.
2. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 203—233.
3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. — Ростов-на-Дону: ЛРНИЦ «Феникс», 1998. — 416 с.
4. Гулямов М.Г., Хидиров М.А. Клиническая и социально-демографическая характеристика больных алкоголизмом, совершивших противоправные действия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1993. — Т. 93, №5. — С. 65—71.
5. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии // Методические рекомендации. — М., 2001. — 39 с.
6. Жислин С.Г. Об алкогольных расстройствах // Клинические исследования. — Воронеж, 1935.
7. Ибатов А.Н., Батин А.А. Клинические варианты нервно-психических расстройств в ремиссиях при хроническом алкоголизме // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1996. — Т. 96, № 5. — С. 91—95.
8. Игонин А.Л. Судебно-наркологическая экспертиза и принудительное лечение больных алкоголизмом и наркоманиями // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М., 2002. — С. 329—343.
9. Иванец Н.Н., Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Авдеев С.Н. Применение клопиксола (зуклопентиксола) у подростков, страдающих героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. — 2000. — №3. — С. 7—12.
10. Иванец Н.Н. Симптомы и синдромы при алкоголизме // Лекции по наркологии / Под редакцией Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2001. — С. 76—91.
11. Карлов О.А. Оказание психиатрической помощи больным с различными психопатологическими механизмами опасного поведения // Социальная и клиническая психиатрия. — 1997. — Т. 7, №1. — С. 122—127.

12. Кирпиченко А.А., Кирпиченко Ан. А., Жданко С.Г. Комплексное исследование больных алкоголизмом с агрессивными тенденциями // XIII съезд психиатров России: Материалы съезда. — М., 2000. — С. 245.
13. Козлов А.А. Медицинские и социальные последствия наркоманий // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 367—384.
14. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
15. Кривенков А.Н., Игонин А.Л., Сафуанов Ф.С. и др. Сравнительная характеристика больных алкоголизмом, совершивших и не совершавших правонарушения в состоянии опьянения // Вопросы наркологии. — 1998. — №1. — С. 30—36.
16. Лытаев А.А. Агрессивное и криминальное поведение у больных героиневой наркоманией // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции. — 2001. — С. 311—313.
17. Малков К.Д. Особенности динамики непрерывно текущей параноидной шизофрении, сочетанной с алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 2000. — №3. — С. 44—50.
18. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. — М.: МЕДпресс, 2001. — 432 с.
19. Менделевич В.Д., Харлампиди Э.Х., Узелевская А.Э., Боев И.В. Прогностическая деятельность и волевая регуляция агрессивного поведения у наркозависимых вне абстиненции // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-ей Международной научной конференции. — 2001. — С. 332—336.
20. Миневич Н.А., Балашов П.П. Особенности реабилитации осужденных с нервно- психическими расстройствами // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-ей Международной научной конференции. — 2001. — С. 339—341.
21. Москаленко В.Д. Внутрисемейная среда и развитие детей, родители которых больны алкоголизмом // Вопросы наркологии. — 1994. — №3. — С. 85—89.
22. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих героиневой наркоманией // Вопросы наркологии. — 1997. — №1. — С. 33—38.
23. Погосов А.В., Мустафетова П.К. Опииные наркомании. — М., 1998 — 192 с.
24. Пятницкая и др. Клиника, диагностика и лечение эфедроновой наркомании: Методические рекомендации. — М., 1986.
25. Резников О.В., Иванец Н.Н. Некоторые аспекты коррекции проявлений внутрисемейной агрессии у больных героиневой наркоманией с коморбидным травматическим поражением головного мозга в постабстинентный период // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции. — 2001. — С. 435—436.
26. Рохлина М.Л. Клиника наркоманий и токсикоманий // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М., 2002. — С. 269—367.
27. Рыбакова Л.Н. Реабилитация больных наркоманиями в условиях тюрьмы: немецкий опыт // Вопросы наркологии. — 1998. — № 1. — С. 36—43.
28. Селедцов А.М. Корреляция между характером психоорганических расстройств и состоянием системы окисления липидов в динамике течения различных видов наркотоксикоманий и алкоголизма // Вопросы наркологии. — 1994. — №2. — С. 33—36.
29. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. — СПб.: СПбМАПО, 1997. — 632 с.
30. Стрелец Н.В. Неотложные состояния в наркологии // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.2. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика - М, 2002. — С. 57—83.
31. Тихомиров С.М. Метод предотвращения проявлений агрессии у пациентов с синдромом зависимости от героина // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции. — 2001. — С. 478—480.
32. Чирко В.В., Дроздов Э.С. Эндогенные психозы и зависимость от психоактивных веществ // Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.1. / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.: Медпрактика-М, 2002. — С. 38—408.
33. Шабанов П.Д. Основы наркологии. — СПб.: Лань, 2002. — 560 с.
34. Шустов Д.И., Валентик Ю.В. «Несуицидальное» аутоагрессивное поведение при алкоголизме (литературные и собственные данные) // Вопросы наркологии. — 2001. — № 4. — С. 32—43.
35. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. — М.: Медпрактика-М., 2002. — 328 с.
36. Юрченко Л.Н. Анализ проявлений психологической защиты у больных алкоголизмом. Российская научно-практическая конференция: Материалы конференции «Современные проблемы наркологии». — Астрахань: АГМА, 1999. — С. 206—213.
37. Buss T.F., Abdu R., Walker J. R. Alcohol, Drugs, and Urban Violence in a Small City Trauma Center // J. Subst. Abuse. Treat. — 1995. — Vol. 2, №12. — P. 75—83.
38. (Friedman L.S., Fleming N.E., Roberts D.H., Hyman S.E.) Фридман Л.С., Флеминг Д.Х. Робертс, Хайман С.Е. Наркология/Перев. с англ. — М.: СПб.: БИНОМ. Невский Диалект, 1998. — 318 с.
39. Kanof P. D., Aronson M.J., Ness R. Organic MoodSyndrome Associated With Detoxification From Methadone Maintenance // Am. J. Psychiatry. — 1993. — Vol. 3, №150. — P. 423—428.

BISALIEV R.V. assistant of the chair of narcology and psychotherapy,
Astrahan state medical academy (ASMA)
VELIKANOVA L.P. cand. med. Sci., Head of chair of narcology and psychotherapy, ASMA,
reader, professor of Russian Academy of Natural Sciences
GRISHINA E.I. assistant of the chair of narcology and psychotherapy, ASMA

The article deals with the analysis of problem of aggressive behavior in the structure of pathological dependence diseases (alcoholism, narcomania, toxicomania). Because of increasing of social significance of the investigation there were studied the questions of interconnection of addictive and aggressive behavior and the factors generating aggression and influencing on its intensive manifestation on all steps of course of alcoholism, narcototoxicomania. The aggressive growth of alcoholism and narcomania accompanying the increase of criminal situation of aggressive sphere (beating, violence, killing) witness the necessity of including into the curative - rehabilitating process the directed preventive measures of socially dangerous behavior of patients with alcoholism, narcototoxicomania.