

Несуицидальное аутоагрессивное поведение у больных опийной наркоманией (клинико-психопатологический аспект)

БИСАЛИЕВ Р.В.
ВЕЛИКАНОВА Л.П.

ассистент кафедры наркологии и психотерапии Астраханской государственной академии (АГМА)
к.м.н., доцент, зав. кафедрой наркологии и психотерапии АГМА

Исследователи, рассматривая аутоагрессивное поведение, часто акцентируют внимание на суицидальных формах его реализации. Существующие в настоящее время теории аутоагрессивного поведения болезней патологической зависимости позволяют шире взглянуть на варианты наркоманической антивитальности, в частности через «неклассические» ее проявления. Примером могут служить смертность больных от несчастных случаев, отравлений, ассоциированная с наркоманиями соматическая и психическая патология, снижение профессионального, социального и личностного статусов. Анализ фактического материала позволил выделить следующие уровни несуйцидальной аутодеструктивности: социальный; микросоциальный (семейный) и соматический. В группе наркоманов, не совершавших правонарушений, несуйцидальная аутоагрессия проявляется преимущественно на микросоциальном (семейном) уровне; в группе опиоманов-правонарушителей — на социальном уровне.

Введение

Опиоидная зависимость (опийная наркомания) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современности, прежде всего из-за ее выраженной насыщенности агрессивными тенденциями, направленными как на самого себя, так и на социальное окружение. Риск преждевременной смерти для мужчин, внутривенно употребляющих опиаты, превышает смертность среди населения в 5 раз [12]. Употребление наркозависимыми опасных средств (грязной воды, скипидара, масляных растворов, ацетона, производных хлора) есть выражение стремления к смерти, самоуничтожению, мазохизма в самом процессе наркотизации [16]. М.Г. Чухрова, Г.Н. Пилипенко [18] считают, что опиоидная наркомания является проявлением биологической и поведенческой антивитальной активности.

К саморазрушающему поведению (суицид является его крайним проявлением) относят ущерб для физического и психического здоровья, духовного и нравственного развития, личностного и социального статусов [4, 13]. Терминами *хронический, скрытый, не прямой суицид, бессознательное суицидальное поведение, суицидальный эквивалент* — обозначают такие феномены, как курение, алкоголизм, наркомания, переедание, азартные игры, антисоциальное поведение, неоправданная склонность к риску, смертность вследствие травм и несчастных случаев [1, 10, 14, 16, 17, 23]. К. Фредерик [цит. по 13] выделяет семь основных характеристик «непрямого» суицида: частое отсутствие полного осознания последствий своих поступков; рационализация, интеллектуализация своего аутодеструктивного поведения или негативное отношение к нему; постепенное начало саморазрушающего поведения, которое все же стремительно приближает смерть; крайне редкое открытое обсуждение этих тенденций; вероятность долготерпеливого мученического поведения; извлечение вторичной выгоды из сочувствия или/и проявления враждебности во время саморазрушения; восприятие смерти как случайности. По мнению В.С. Ефремова [4], «непрямое» саморазрушение отличается от прямого суицида протяженностью во времени и неосознанностью его последствий.

Целью настоящего исследования стало изучение и описание проявлений несуйцидального аутоагрессивного

поведения у больных опийной наркоманией как не совершавших, так и совершавших противоправные деяния.

Объекты и методы исследования

Клиническому обследованию подверглись 117 пациентов со II стадией опийной наркомании, фаза ремиссии (F11.212 по МКБ-10). Вследствие того, что данная нозология чрезвычайно распространена у мужчин работоспособного возраста и в регионе отсутствуют женские исправительные учреждения, выборку составили мужчины-наркоманы в возрастном интервале от 18 до 35 лет.

Существует точка зрения, что аутоагрессивные действия являются «классическим» примером поведенческих расстройств у осужденных [5, 7, 20]. Этому способствуют социальная изоляция, психологический климат в местах лишения свободы. В исследованиях А.В.Лагеря, Б.М.Оморокова [8], В.В. Мадорского [9] выявлено, что злоупотребление наркотическими средствами повышает риск аутодеструктивного поведения у этого контингента. Можно предположить, что аутоагрессивное поведение у наркоманов, не совершавших или совершивших правонарушения, могут иметь место существенные различия как в качественном (клиническом), так и в количественном (статистическом) выражении, что послужило основанием разделения пациентов на 2 группы по критерию наличия/отсутствия антисоциального поведения.

В первую группу вошли 60 чел. — больные наркоманией, не совершавшие противоправных действий (Н), средний возраст 25,630,60. Вторую группу в количестве 57 чел. составили больные наркоманией (НО), осужденные за совершение имущественных преступлений (ст. 158 УК РФ — 43,8%), преступлений против личности (ст. 131, 162 УК РФ — 10,5%), а также связанных с незаконным оборотом наркотических средств (ст. 228 УК РФ — 45,6%), и отбывающие наказание в исправительных колониях. Средний возраст обеих обследованных групп составил 26,16 ± 0,59 года.

При анализе личностных особенностей больных наркоманией было достаточно сложно выделить доминирующий синдром, так как определенные черты характера — эмоциональная неустойчивость, повышенная роль аффектов и преобладание гедонистических мотивов в организации поведения, демонстративность, шизоидность —

встречались в обеих группах в равной степени. Однако у пациентов, не имеющих судимостей, в большинстве случаев выявлялись неустойчивые черты характера, повышенная внушаемость, слабость волевых функций. У осужденных больных превалировали возбудимые черты, выражавшиеся в несдержанности, агрессивности, дисфоричности, обидчивости, оппозиционности к требованиям окружающей действительности. Данные анамнеза (длительность наркотизации более трех лет) и особенности клинические позволяют расценивать описанные проявления как психопатоподобные, сформировавшиеся на фоне акцентуированных черт характера: неустойчивого типа у Н и возбудимого типа у НО.

Этап эпизодического употребления препаратов опия, как правило, был непродолжителен, составлял от 15 до 35 дней; в среднем — 25 дней. Период от начала приема наркотика до появления признаков роста толерантности, психической и физической зависимости, абстинентного синдрома также проходил в сжатые сроки, занимал в среднем от 30 до 50 дней. Пациенты практиковали внутривенное употребление опия-сырца; кратность инъекций — от одной до трех в сутки. Потребляемые дозы значительно различались: от 0,3 до 1,5–2,0 г. Продолжительность заболевания (считая от возникновения острого абстинентного синдрома — ОАС) варьировала от 1,4 до 12 лет в обеих группах. Влечение к наркотику у всех больных было достаточно сформированным и интенсивным. Пациенты весьма эмоционально рассказывали о «желании достать наркотик», «заглушить сильную тягу». Дополнительными психопатологическими проявлениями патологического влечения к наркотику являлись депрессивная симптоматика и выраженные инсомнические нарушения.

Все больные обследовались только по выходе из ОАС, в среднем на 35–40-й день после последнего употребления наркотика в группе Н, на 180–190-й — в группе НО. Состояние наркозависимых в период ремиссии оценивалось как удовлетворительное. Наряду с общими закономерностями формирования и течения ремиссии наблюдались некоторые различия в группах. У наркоманов, не имеющих судимости, на первый план в психическом статусе выступали астенические расстройства: повышенная утомляемость и чувствительность к внешним раздражителям, психофизическим нагрузкам, неустойчивость внимания, чувство внутренней напряженности, тревожности, гипотимия, затрудненное засыпание, частые и ранние пробуждения. Обычные утренние процедуры (умывание, одевание) изнурили и занимали гораздо больше времени, чем прежде. Вегетативный дисбаланс проявлялся преобладанием симпатического тонуса (сухость и бледность кожных покровов, учащение пульса, дыхания) над парасимпатическим («красный» дермографизм, гиперемия лица и верхних конечностей, неустойчивость стула и т.д.). У больных из группы НО в клинике превалировали психопатоподобные расстройства возбудимого круга: раздражительность, возбудимость, дисфории, неустойчивый, часто сниженный фон настроения. Активное сопротивление в виде недовольства, раздражительности при проведении клинического обследования пациенты этой группы объясняли «специфическими» взаимоотношениями между осужденными и персоналом в местах заключения, психологической напряженностью, утратой опыта доверительных отношений. Вегетативные расстройства (симпатический тонус) были незначительны.

В исследуемый контингент не включались больные с сочетанными формами зависимости, с соматическими,

неврологическими заболеваниями в стадии обострения, с коморбидными психическими нарушениями.

Третью контрольную группу (К), адекватную по полу и возрасту (средний возраст $24 \pm 0,31$) обследованным больным, составили 53 чел. — добровольцы — представители рабочих профессий (плотники, маляры, слесари, шоферы), выпускники педагогического, медицинского, технического колледжей и врачи разных специальностей. Респонденты этой группы никогда не употребляли опий и другие наркотики, не привлекались к уголовной ответственности, не совершали суицидальных действий. Имеющие соматические и неврологические заболевания в стадии обострения в исследование также не включались.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучение проявлений несуйцидальной аутоагрессии осуществлялось нами с применением клинко-психопатологического (клиническое интервью, анамнестические сведения, данные анализа медицинской документации) и математико-статистического методов исследования.

Анализ фактического материала позволил выделить следующие уровни несуйцидальной аутодеструктивности: социальный; микросоциальный (семейный) и соматический.

Несуйцидальная аутоагрессия на социальном уровне проявлялась в нарушениях общественных норм поведения (хулиганство, мелкие кражи, вымогательство), которые достоверно реже встречались у обследуемых группы Н по сравнению с НО (38,3% против 54,3%; $P < 0,05$). Также достоверно реже первые имели приводы в милицию (13,3% против 31,5%; $P < 0,05$). При этом выявлена разная мотивация совершения асоциальных (Н) и антисоциальных (группа НО) действий. Для опиоманов ведущим побудительным мотивом являлась материальная выгода (приобретение средств на покупку очередной дозы), для осужденных больных — потребность в новых ощущениях и переживаниях (стремление к физическому и социальному риску — «адреналин стимулирует»). Употребление наркотика помимо стимулирования антисоциальной деятельности в группе осужденных больных играет некую канализирующую, примиряющую с тяготами жизни и несправедливостью «неравного старта» роль. По мнению Т.В. Клименко [6], в ситуации вынужденной изоляции (в условиях пенитенциарной системы) поддерживается самоощущение слабости, зависимости, усеченности жизненного пространства и ценностных ориентиров. У опиоманов-правонарушителей установлено достоверно более частое (49,1%) по сравнению с неосужденными больными (23,3%; $P < 0,05$) провоцирование ситуаций с высоким риском для жизни (вождение транспорта в состоянии опьянения с игнорированием правил дорожного движения, инициирование агрессии со стороны окружающих, драки). Агрессивные действия больных группы НО в основном происходили вследствие субъективной неудовлетворенности своим положением. В.С. Ефремов [4] считает, что при конфликтах, связанных с антисоциальным поведением, коэффициент летальности тем выше, чем больше угроза уголовной ответственности и ее тяжесть. Группу больных, находящихся в местах лишения свободы, отличал достоверно более высокий уровень представленности в сознании идей смерти, «жизни после смерти», фантазий на тему бессмертия (47,3% — группа НО против 21,6% — группа Н; $P < 0,05$).

Подавляющее число больных было безработными: 63,3% в первой группе и 75,4% — во второй ($P > 0,05$). При

попытках их трудоустройства наркозависимые проявляли активное противодействие. На непостоянной низкоквалифицированной работе были заняты 36,7 и 24,6% соответственно. Вместе с тем, роль опийной наркомании как инструмента аутоагрессии в социально-профессиональной сфере не вызывает сомнений, так как в ряде случаев увольнение с работы и потеря привычного профессионального статуса (снижение по служебной лестнице) — «профессиональный суицид» (по L. Boud, 1986), вызывали у пациентов обеих групп немедленное и долговременное разочарование в собственных возможностях. Следствием этого являлось усиление депрессивной симптоматики с суицидальными мыслями (20% — группа Н против 28,0% — группа НО). Общими признаками несуйцидального аутоагрессивного поведения на социальном уровне были: отсутствие предварительного планирования, многократная повторяемость а- и антисоциальных действий, стереотипность поведения. Примечательным являлась низкая степень осознания и предвидения (прогнозирования) негативных последствий своего поведения. Аналогичные события, произошедшие в профессиональной деятельности здоровых лиц (13,2%), не сопровождалась ни психологической, ни социальной дезадаптацией, перерывы в их трудовом стаже не превышали трех-четырех недель, выход из состояния фрустрации был конструктивным.

Аутоагрессия на микросоциальном (семейном) уровне как в группе Н, так и в группе НО характеризовалась нарушением интерперсональных отношений, повышенной конфликтностью, что порождало эмоциональную холодность, отчужденность. В свою очередь, атмосфера внутрисемейной конфликтности, неудовлетворенность положением в семье усугубляли риск аутоагрессивного поведения [2, 11, 15, 19]. Наиболее высокий уровень конфликтности выявлен в семьях наркоманов, не имеющих судимости (31,6% против 12,2%; $P < 0,05$). Более половины больных наркоманией обеих групп (51,6 и 54,3%; $P > 0,05$) сообщили, что под влиянием критики или требований близких родственников совершали действия, заведомо ведущие к ухудшению ситуации (отказ от госпитализации, срыв лечебных мероприятий, обострение и разрыв семейных отношений, родственных связей). При невозможности реализации поставленных целей, связанных с наркотизацией, у больных группы Н достоверно чаще, чем у пациентов группы НО, отмечались: склонность к драматизации, негативной оценке событий и фактов, переживания чувства вины (40,0% против 19,2%; $P < 0,05$), недовольства собой, жизненного краха (36,6% против 14,0%; $P < 0,05$), частые угрызания совести (38,3% против 22,8%; $P < 0,05$). Аутоагрессивное поведение в обеих группах возникало задолго до разрыва семейных отношений. Оно проявлялось в виде вербальной аутоагрессии в сочетании с идеями самообвинения, самоуничтожения, чувством неуверенности в себе, заброшенности, ненужности. У больных наркоманией без правонарушений по сравнению с осужденными пациентами (41,6% против 19,2%; $P < 0,05$) выявлено преобладание суицидогенной триады А. Бека (идеализация прошлого, безрадостность настоящего, бесперспективность будущего), которая усиливалась после ухода из семьи. Характерная особенность у пациентов обеих групп — «клишированность», или повторяемость, отрицательных (аутоагрессивных) событий в семейной жизни с отсутствием осознаваемости перспективы последствий. Пациенты, проживающие с родителями (их

было больше среди неосужденных — 71,7% против 63,3%; $P > 0,05$), не стремились к созданию своей семьи, находились на иждивении родственников. Количество больных, имеющих собственную семью, в группах существенно не различалось (20,0% против 26,3%; $P > 0,05$). Однако, проживая в семье, они занимали пассивную позицию в решении материально-бытовых вопросов, воспитании детей, вели паразитический образ жизни. Негативные факторы в сексуальной сфере семейной жизни (снижение сексуальной активности, длительное половое воздержание, сексуальная неудовлетворенность, слабость эректильной функции, вступление полового партнера в сексуальный контакт с другими лицами) воспринимались опиоманами обеих групп нейтрально или равнодушно.

Что касается группы контроля, то сравнительно высокий уровень внутрисемейной конфликтности (22,6%) не имел деструктивных последствий для семьи. Сохранились гибкие, открытые взаимоотношения между младшими и старшими членами семьи, теплые связи между поколениями, полноценная хозяйственно-бытовая и сексуально-эротическая функции [3, 21].

Основными проявлениями несуйцидального аутоагрессивного поведения на соматическом уровне для обеих групп больных были: пассивное участие в лечебно-реабилитационном процессе; сомнения в возможности и необходимости продолжения лечения с суицидальными высказываниями: («для чего лечиться, если нет смысла жить»); самостоятельный обрыв лечения. Выявлена высокая (71,6 и 71,9%) обращаемость обследованных за медицинской помощью к лицам без соответствующего образования. Неоднократные несчастные случаи (с госпитализацией в реанимационные отделения), допускающие возможность членовредительства (падение с высоты, множественные переломы, употребление суррогатов алкоголя), интерпретировались больными обеих групп как «случайные». Обращала на себя внимание низкая настороженность перед угрозой заражения инфекционными и венерическими заболеваниями. В частности, вирусными гепатитами В, С были инфицированы 81,6% из группы Н и 77,1% из группы НО ($P > 0,05$). Из сексуально-трансмиссивных заболеваний регистрировался сифилис — 6,6 и 7,0%; хламидийная и уреаплазменная инфекция диагностировались в 26,6 и 22,9% случаев соответственно. Осведомленность больных наркоманией и здоровых лиц о способах самозащиты и предохранения от инфекционных и венерических болезней составила 43,3; 42,1 и 54,7% соответственно ($P > 0,05$). Тем не менее 63,3% респондентов из группы Н и 66,6% из группы НО допускали совместное использование шприцев; вдвое реже пациенты обеих групп по сравнению с представителями группы контроля при вступлении в сексуальный контакт пользовались презервативами (31,6 и 29,8% против 65,5%; $P < 0,05$). В ходе диагностического интервьюирования у пациентов обеих групп обнаруживалось снижение значимости таких ценностей, как телесное здоровье и жизнь: «лечиться бесполезно», «сколько мне дано прожить, столько, и проживу» (71,6% против 64,9%; $P > 0,05$).

В качестве иллюстрации приводим клинический пример.

Больной Л. 1980 г.р. находился в клиническом наркологическом отделении при Астраханской государственной медицинской академии с 1.10.2002 по 23.10.2002 г., история болезни №58. Стационарован по настоянию отца.

Жалобы при поступлении: бессонница, постоянное влечение к наркотикам опийного ряда.

Анамнез со слов больного и родителей. Наследственность наркотическими заболеваниями неотягощена. Родители — служащие. Отец по характеру человек своенравный, целеустремленный и настойчивый, в то же время склонный к колебаниям настроения, ипохондрической фиксации. Быстро продвигался по служебной лестнице, достиг высокого социального положения. Мать мягкая, доброжелательная, справедливая, уступчивая, во всем прислушивалась к мнению мужа.

Больной — второй ребенок в семье. Раннее развитие в пределах возрастных норм. Из детских инфекций перенес корь, краснуху. В подростковом возрасте неоднократно подвергался нападению с целью ограбления, после чего лечился по поводу черепно-мозговых травм в нейрохирургическом отделении. С двух лет посещал детский сад. Адаптировался легко. Воспитывался в условиях повышенного внимания и гиперопеки, особенно со стороны матери. В связи с этим отец часто устраивал скандалы, так как считал, что мать «балует».

В школу поступил с семи лет, подготовленный. В начальных классах учился с интересом, успевал на «отлично». Любил математику. В средней школе успеваемость снизилась, учился на «хорошо» и «удовлетворительно». Среди сверстников держался равно, дружелюбно. В семье большую часть времени проводил с матерью. Избегал общения с отцом, считал, что он его «не понимает». По окончании 11 классов по настоянию отца поступил в педагогический институт на биологический факультет (а хотел быть юристом). Тяготился пребыванием в вузе. Пропускал занятия. На его просьбы «сменить специальность» отец реагировал агрессивно, иногда побоями. Первая проба наркотика (гашиш) совпала с началом студенческой жизни в 18 лет. Состояние опьянения сразу же понравилось. Испытал расслабление, «полет мыслей», «что-то мистическое». Познакомился с однокурсницей. Первый половой контакт не удался; об этом узнали сокурсники. Стал избегать общения с ними, сторонился девушек: «и так плохо, а они смеются». Своими переживаниями поделился со знакомым, который предложил попробовать «черняшку», для того чтобы «забыться», снять эмоциональное напряжение. Почувствовал выраженную эйфорию. Все переживания ушли на второй план, все казалось «ерундой». После 10–15 эпизодических внутривенных проб стал стремиться к употреблению опия, хотя первоначально испытывал тошноту, рвоту, головокружение, общую слабость. Через 3 мес. сформировался систематический прием. Употреблял до 0,3 г опия-сырца ежедневно. Толерантность возросла до 0,7 г. Абстинентный синдром развивался через 8–12 ч, проявлялся в виде слезотечения, болевых ощущений в крупных суставах, мышцах. Несколько раз пытался самостоятельно прекратить употребление. Для этой цели прибегал к употреблению гашиша: «болею меньше». Однако через 4–5 дней возобновлял прием опия, так как испытывал «очень сильную тягу». Понял, что «подсел на иглу». Под давлением родителей был госпитализирован.

Осмотр производился на 10-й день госпитализации, т.е. после медикаментозного купирования симптоматики абстинентного синдрома согласно стандартам лечения наркологических больных (Приказ №140 МЗ РФ от 28.04.98 г.).

Соматоневрологический статус. Астенического телосложения. Пониженного питания. Кожные покровы бледной окраски. На внутренней поверхности предплечий по ходу поверхностных вен — множественные следы от внутривенных инъекций различной давности. ЧСС — 86 уд/мин. АД 110/70 мм рт. ст. В легких дыхания везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Физиологические отправления в норме. Зрачки S=D; мидриаз. Движение глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Сухожильные рефлексы оживлены. Знаков очагового поражения центральной нервной системы нет.

Психический статус. Сознание ясное. Ориентировка всех видов правильная. Мимика и жесты невыразительны. В беседе выступает неохотно, на вопросы отвечает по существу. Говорит тихим монотонным голосом. Речь грамматически правильная, литературная. Дистанцию соблюдает. Интеллектуальный уровень соответствует полученному образованию. Депримирован. Негативно отзывался о своем отце, которого обвиняет и в том, что он «стал наркоманом», и в возникновении суицидальных мыслей: «он всю жизнь меня подавлял, а тут уколешься и расслабляешься». Психопродуктивной симптоматики на момент осмотра не обнаруживает. К 17-му дню после последнего приема наркотика стал предъявлять жалобы на

усиление снижения настроения, появление раздражительности, нежелания думать и двигаться: «такая сильная слабость», возникновение суицидальных мыслей: «надоело, хочу покончить с собой». Критика к заболеванию и к поведению снижена. Пребывание в стационаре объяснял невозможностью «не послушаться отца». Планы на будущее неопределенные: «что загадывать, надо еще дожить». Общение в стационаре избирательное (с больными своего возраста), активного участия в лечебном процессе не принимает. Следит за внешним видом, опрятен. В ремиссии преобладало патологическое влечение к опию, которое проявлялось в виде отдельного депрессивного эпизода, астении, успешно корригируемое медикаментозной терапией. Поведенческие нарушения были слабо выраженными. Астено-депрессивная симптоматика успешно купировалась назначением транквилизаторов (сибазон). Состояние нормализовалось. На 23-й день больной был выписан из стационара.

Диагноз: Опиная наркомания. Фаза ремиссии (F11.212., F11.72)

Заключение. У отца пациента обнаруживаются психопатические черты характера (эксплозивность, перепады настроения, своенравность). Первые пробы наркотика больным относятся к 18 годам. Из клинического примера явствует, что основная причина приобщения к опию психогенная. Следует отметить и низкую сопротивляемость больного к прекращению дальнейшей наркотизации. Синдром зависимости формировался в течение 3 мес. Патологическое влечение к наркотику было осознаваемое.

Анализ жизни больного показал, что ему был свойственен пассивно-оборонительный, избегающий стереотип поведения (обучение по настоянию отца, а не в соответствии с собственными склонностями, прозубы в последующем). Такие факторы риска как резидуальное органическое поражение центральной нервной системы, травматического генеза, хроническая психотравмирующая ситуация, обусловленная взаимоотношениями в семье (психологическое и физическое насилие со стороны отца), неудачей в интимных отношениях, длительная подавляемая агрессивность способствовали началу наркотизации. В дальнейшем наркотизация актуализировала суицидальные намерения. В данном случае прием наркотика прочно ассоциировался с возможностью нормализовать свой психический статус. Катализатором антивитаальных мыслей были аффективные расстройства в структуре острого абстинентного синдрома и в период ремиссии.

Таким образом, признаками несуйцидального аутоагрессивного акта при опиной наркомании являются следующие:

- отсутствие предварительной планирования;
- повторяемость аутоагрессивного поведения;
- невысокая степень осознаваемости последствий данного поведения.

В группе наркоманов, не совершавших правонарушений несуйцидальная аутоагрессия проявляется преимущественно ($P < 0,05$) на микросоциальном (семейном) уровне; в группе опиоманов-правонарушителей — на социальном уровне.

Приоритетным в профилактике аутоагрессивных проявлений у больных опиной наркоманией является актуализация в сознании пациента понимания аутодеструктивной направленности его поведения, разрушения аутоагрессивных шаблонов реагирования, выработка новых стилей реагирования, формирование конструктивных путей достижения удовлетворительного социального и микросоциального функционирования.

Основными лечебно-реабилитационными технологиями, которые позволили получить положительный эффект в процессе профилактики аутоагрессивного поведения, являлись: фармакотерапия основного заболевания и его осложнений, индивидуальная и групповая психотерапия, коррекция поведения, семейная психотерапия. В группе наркоманов, не совершавших правонарушения, тактика психотерапии строится на основе анализа и коррекции внутрисемейных отношений. В группе осужден-

ных больных — на основе формирования устойчивых социальных ориентиров и навыков нормативного функционирования в открытой социальной среде.

Список литературы

1. Агаларзаде А.З. Структура психических расстройств у осужденных к лишению свободы: аналитическая справка. — М., 2000.
2. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. Предупреждение самоубийств (изучение и проведение предупредительных мер). — М.: Академия МВД СССР, 1980. — 164 с.
3. Дудко Т.Н., Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В. и др. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами. — М., 2001. — 68 с.
4. Ефремов В.С. Основы суицидологии. — СПб.: Диалект, 2004. — 480 с.
5. Качнова Н.А., Зосименко А.В. Клинико-психопатологические аспекты аутоагрессивного поведения жертв сексуального насилия в местах лишения свободы// Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии 2—3 декабря 2004 г. — М., 2004. — С. 62.
6. Клименко, Т.В. Социально-психологические аспекты обязательного лечения больных алкоголизмом и наркоманией в пенитенциарной системе// Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: Материалы Российской конференции 5—7 октября 2004 г. — М., 2004. — С. 301—302.
7. Крыжановская, Л.А. Особенности суицидального поведения в США// Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10. — С. 97—105.
8. Лагерь А.В., Омороков Б.М. Особенности аутоагрессивного поведения у лиц, содержащихся в изоляторах временного содержания и ИУ// Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции 18—21 сентября 2001 г. — Ростов-на-Дону, 2001. — С. 296—298.
9. Мадорский, В.В. Особенности работы психиатра с заключенными // Первая научно-практическая конференция психиатров и наркологов Южного Федерального Округа: Материалы конференции. 17—18 июня 2004 г. — Ростов-на-Дону, 2004. — С. 300—302.
10. Меннингер К.А. Война с самим собой. — М.: ЭКС-ПО-Пресс, 2001. — 480 с.
11. Никаноров А.И. Клинико-мотивационный анализ суицидального поведения (клинический и социально-психологический аспекты): Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — Новосибирск, 1999. — 16 с.
12. Овсянников, М.В. Клинические и психоаналитические аспекты в исследовании суицидального поведения у больных опийной наркоманией// Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской конференции 8—10 июня 2005 г. — Иваново, 2005. — С. 57—59.
13. Перехов А.Я. «Непрямое» самоубийство как вариант саморазрушающего поведения// Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы первого национального конгресса по социальной психиатрии 2—3 декабря 2004 г. — М., 2004. — С. 96—97.
14. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как проявление дисфункционального состояния личности// Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1994. — №1. — С. 6—13.
15. Постовалова Л.И. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидентов// Актуальные вопросы суицидологи. — М., 1981. — С. 103—124.
16. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
17. Тукаев Р.Д. Психобиологический компонент суицидального поведения// Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — Т. 14. — С. 103—109.
18. Чухрова М.Г., Пилипенко Г.Н. Применение методов болевого воздействия при опиоидной наркомании// Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: Материалы Российской конференции 8—10 июня 2005 г. — Иваново, 2005. — С. 105—106.
19. Шестаков Д.А. Семейная криминология. — СПб.: Издательство СПб. Университета, 1996. — 262 с.
20. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы: пер. с англ. — М.: Смысл, 2001. — 315 с.
21. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. — СПб.: Питер, 1999. — 656 с.
22. Boyd L. Closing Escape Hatches: decisions for healthy living// Transactional Analysis Journal. — 1986. — Vol. 16, №4. — P. 247—259.
23. Walinder J., Rutz W. Male depression and suicide// Int. Clin. Psychopharmacol. — 2001. — Vol. 16, №2. — P. 21—24.

BISALIEV R.V. assistant of the chair of narcology and psychotherapy, Astrakhan state medical academy
VELIKANOVA L.P. cand.med.sci., head of chair of narcology and psychotherapy, Astrakhan state medical academy

Investigators research autoaggressive behaviour and often pay attention to suicide forms of it realization. The existent theories of autoaggressive behaviour as one of the manifestations of the diseases of pathological dependence allow to look wider on the variants of narcomanic antivitality, especially through its «nonclassic» manifestations. For example, accidental death, death from poisoning, somatic and mental pathology connected with drug addiction, decreasing of professional, social and personal status. Analysis of factual material allowed to select the following levels nonsuicide autodestruction: social; microsocal (family) and somatic. In the group of drug addicts who don't do offences nonsuicide autoaggression manifests on the microsocal (family) level; in the group of opiummen — offenders — on the social level.