

Асоциальное (противоправное) поведение наркологических больных и возможности его коррекции медицинскими средствами

ИГОНИН А.Л.

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

КЛИМЕНКО Т.В.

д.м.н., профессор, руководитель отделения судебно-психиатрических экспертиз при алкоголизме и наркоманиях ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Москва

КРИВЕНКОВ А.Н.

к.м.н., с.н.с. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Москва

ТУЗИКОВА Ю.Б.

к.м.н., с.н.с. отделения терапии больных наркоманиями и алкоголизмом ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, Москва

Изучение асоциального поведения 200 больных алкоголизмом, находившихся на лечении в стационаре, и 300 больных наркоманиями, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, показало сходные тенденции. И у первого, и у второго контингента обследованных выраженность асоциальных тенденций оказалась связанной (в порядке уменьшения степени этой связи) с личностными аномалиями, остаточными явлениями органического поражения мозга и тяжестью клинической картины зависимости от ПАВ. Чем грубее проявлялось асоциальное поведение, тем хуже оказывались результаты лечения. Предложены программы добровольного и принудительного лечения, позволяющие смягчить выраженность асоциальных тенденций при наркологических заболеваниях.

Введение

Отрицательным социальным последствием алкоголизма посвящено большое число научных работ [5, 8, 11, 12, 14, 15]. В них приводятся доказательства того, что высокая распространенность алкоголизма неблагоприятным образом влияет на уровень жизни населения той или иной страны. Это касается показателей эффективности экономики, травматизма, преступности, состояния здоровья населения, устойчивости семей, а также основных тенденций демографического характера. Между тем, проблеме взаимосвязи различных форм асоциального поведения больных алкоголизмом с клиническими проявлениями заболевания, а также личностными особенностями пациентов почти не уделялось внимания. Соответственно, не предлагались индивидуализированные терапевтические схемы, позволяющие косвенно смягчить выраженность асоциального поведения больных.

Провоцирующая роль употребления наркотических средств при совершении противоправных действий общепризнанна (Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 2000). В связи с этим продолжительное время в общественном сознании складывался достаточно негативный образ больных наркологическими заболеваниями и особенно больных наркоманией. В первую очередь это было связано с устоявшимся убеждением в их повышенной социальной опасности и криминальной активности [7]. Вместе с тем, причины конкретного преступления находятся в тонком взаимодействии, которое раскрыто далеко не в полной мере [9]. Сложность и многогранность этого взаимодействия приводят к неоднозначным выводам, касающимся связи наркологических заболеваний с криминальными паттернами поведения наркологических больных [6].

В данной работе была предпринята попытка решить указанные задачи. Обследовано 500 наркологических больных (все мужчины). 200 из них с диагнозом *алкоголизм* составили лечебную группу. Они находились на лечении в наркологическом отделении клиники ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. Остальные

300 обследованных были с диагнозом *наркомания*. Они проходили судебно-психиатрическую экспертизу в одном из экспертных отделений клиники Центра.

Инструментом исследования служила клиническая карта, состоящая из 343 позиций. Из них 137 вопросов были посвящены социальным характеристикам обследуемых, 25 — судебно-психиатрической экспертизе (если она проводилась). Применялись экспериментально-психологические методики: ММРІ, 16-факторный личностный опросник Кеттелла, тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, опросник уровня субъективного контроля, тест М. Цукермана, "тест руки" Вагнера, ряд проективных методик ("Несуществующее животное", "Человек").

Лечебная группа

Были изучены 200 больных алкоголизмом. Об асоциальном¹ поведении или соответствующих тенденциях у них свидетельствовали нижеприведенные признаки:

1. Семейное положение обследуемого. Проживание его в первом браке считалось социально более позитивным явлением, чем во втором или последующих, а также вне брака;

2. Участие обследуемого в материальном обеспечении семьи. Естественно, чем меньше было такое участие, вплоть до положения иждивенца (при отсутствии тяжелого физического заболевания), тем ближе поведение обследуемого было к асоциальному;

3. Отношение обследуемого к работе или учебе. На одном, позитивном в социальном плане, полюсе была активная заинтересованность обследуемого в результатах своего труда (учебы), на другом, негативном, полюсе, — стремление уклониться от своих обязанностей;

¹ Под асоциальными понимались такие поступки, которые нарушают общественные нормы поведения и причиняют ущерб окружающим людям. Применительно к больным, находящимся на лечении, а не на экспертизе, речь не шла о преступлениях, т.е. деяниях, предусмотренных Уголовным кодексом РФ. О больных, совершивших преступление, см. во второй части настоящей работы.

4. Склонность обследуемого к агрессивным действиям. Чем выше она была, тем более асоциальным считалось поведение обследуемого (больные, совершившие преступление, в данное исследование, как отмечалось выше, не включались).

С указанными выше признаками сравнивались преморбидные особенности больных и клинические проявления алкоголизма.

Параметров, характеризующих преморбидные особенности обследуемых, было 6. В качестве первого параметра фигурировали конфликты в семье (имеются в виду их наличие и частота за весь период до формирования алкоголизма). Два следующих признака (гипер- и гипоопека в семье) оценивались исходя из традиционных критериев. В число учитываемых параметров были включены также уровень образования обследуемых (четвертый параметр) и наличие или отсутствие расстройств личности (пятый параметр). К шестому параметру относился психоорганический синдром (его наличие и выраженность).

Использовался интегративный показатель, основанный на трех видах критериев. К ним относились: перенесенные в преморбидном периоде экзогенно-органические вредности, особенности раннего развития пациентов и наличие (до формирования алкоголизма) признаков органических психических и неврологических расстройств. Патология у изученных больных ограничивалась остаточными явлениями органического поражения головного мозга. Больных с текущими органическими заболеваниями среди обследованных лиц не было.

Клинические проявления алкоголизма на момент обследования характеризовались, в первую очередь, тяжестью патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома (первый и второй параметры). Третьим признаком являлись наличие и выраженность изменений личности. Имеются в виду такие аномальные личностные особенности, которые сформировались не в преморбидном периоде, а к моменту обследования, т.е. на относительно отдаленных этапах течения алкоголизма. Характерологические сдвиги в этих случаях проявлялись в форме заострения преморбидных особенностей, сопровождающихся неглубокими аффективными, психопатоподобными и невротоподобными расстройствами. В относительно небольшом числе наблюдений проявлялись более тяжелые изменения личности в форме алкогольной деградации с отчетливым интеллектуально-мнестическим снижением (когнитивными расстройствами).

Четвертой изучаемой характеристикой алкоголизма являлась прогредиентность заболевания, которая в соответствии с принятыми критериями оценивалась исходя из сроков формирования зависимости от спиртных напитков и длительности перехода от начальной стадии алкоголизма к средней. Наконец, в качестве последнего, пятого, изучаемого признака фигурировала длительность ремиссии. Устанавливалась максимальная продолжительность ремиссий (периодов полного воздержания от спиртных напитков), которые имели место в анамнезе у большинства обследованных пациентов.

Четкое ранжирование каждого из указанных выше признаков по степени выраженности позволяло устанавливать достоверность различий между группами. Для оценки таких различий вычислялись связи между измеря-

емыми параметрами, рассчитывался коэффициент ранговой корреляции Спирмена.²

Сравнение социальных характеристик больных и их преморбидных особенностей показало следующее. Конфликты в семье, имевшие место в преморбидном периоде, оказались достоверно связанными с социальными характеристиками пациентов на момент обследования. Чем реже возникали конфликты в семье, тем более благоприятным было семейное положение пациента к моменту обследования и выше его роль в материальном обеспечении семьи. Особо следует отметить тот факт, что для больных алкоголизмом, выросших в спокойной семейной обстановке, агрессивное поведение было менее характерным, чем для пациентов, воспитывавшихся в атмосфере конфликтов. Отношение к работе или учебе не имело достоверной связи с частотой конфликтов в семье.

Следующие две характеристики (гипер- и гипоопека в семье) в детском и подростковом возрасте заметно не влияли на формирование асоциального поведения в последующем. Исключение составлял лишь показатель, характеризующий взаимосвязь между гипоопекой и отношением обследуемых к работе или учебе. При гипоопеке деловые качества больных алкоголизмом, проявляемые на момент обследования, были достоверно ниже, чем у тех пациентов, которым в детстве уделялось много внимания.

Уровень образования больных относительно мало влиял на их социальные характеристики. Исключение составляло семейное положение. При высоком уровне образования достоверно лучшим было семейное положение обследованных.

Расстройства личности имели четкую связь со всеми установленными на момент обследования социальными характеристиками больных алкоголизмом. Различия были высоко достоверными. Больные с расстройствами личности реже сохраняли семьи, хуже обеспечивали близких и самих себя в материальном плане, чаще уклонялись от выполнения своих обязанностей на работе или в учебном заведении, отличались более высокой агрессивностью.

Органические психические расстройства (обычно резидуального характера) также достоверно ухудшали все социальные характеристики больных алкоголизмом на момент обследования. Это касалось семейного положения, способности обеспечивать семью, отношения к работе и учебе, выраженности агрессии.

Была изучена взаимосвязь между социальными характеристиками больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания. Оказалось, что выраженность основных симптомокомплексов алкоголизма (патологического влечения к алкоголю и абстинентного синдрома) относительно мало связана с социальными характеристиками больных. Исключение составили лишь некоторые параметры. Так, у больных с резко выраженным влечением к алкоголю семейное положение было достоверно хуже, чем у пациентов со слабо проявляющимся феноменом такого рода. Тяжесть абстинентного синдрома не коррелировала с показателями семейного положения, но оказалась связанной с отношением к работе или учебе. При значительной выраженности этого синдрома

² Более подробно методика проведения данного фрагмента исследования и полученные результаты описаны в одной из предыдущих работ [4].

трудоспособность пациентов была достоверно ниже, чем у больных с более легкими абстинентными состояниями.

Связь социальных характеристик с изменениями личности, обусловленными алкоголизмом, оказалась весьма тесной (приведенные ниже различия оказались достоверными). Глубина алкогольных изменений личности была большей при неспособности больного обеспечить семью материально и негативном отношении к работе или учебе. Пациенты с выраженными изменениями личности оказались также более склонными к совершению агрессивных действий.

Была обнаружена глубокая взаимосвязь между степенью прогрессивности алкоголизма и социальными характеристиками больных. У пациентов с высокой прогрессивностью заболевания достоверно чаще, чем у больных с относительно медленным течением алкоголизма, выявлялись все формы асоциального поведения в семейной и производственной сферах.

Была также установлена взаимозависимость между социальными характеристиками и длительностью наблюдавшихся у них ремиссий. Чем больше у пациентов проявлялось асоциальное поведение, тем более короткими были периоды воздержания от алкоголя (различия достоверны). Это относилось к семейному положению, роли в материальном обеспечении семьи и отношению к работе (учебе). Исключение составил лишь показатель выраженности агрессии. У лиц с тенденциями к насильственным действиям ремиссии не отличались большей продолжительностью по сравнению с теми больными, у которых отсутствовала такая склонность.

Полученные данные свидетельствуют о том, что асоциальное поведение больных алкоголизмом зависит в первую очередь от особенностей их личности. В формировании этих особенностей важную роль играют некоторые преморбидные факторы. К ним относятся, в первую очередь, влияние семейного окружения и воздействие в преморбидном периоде экзогенно-органических вредностей. При расстройствах личности все социальные характеристики больных были, естественно, хуже.

Характер клинической картины алкоголизма коррелирует с выраженностью асоциальных тенденций в меньшей степени, чем личностные особенности пациентов. Тем не менее, тяжесть проявлений основных симптомокомплексов заболевания имеет связь с некоторыми социальными параметрами, в частности с семейным положением и трудоспособностью больных.

Следует отметить тот важный факт, что успехи в лечении пациентов напрямую зависят от характера имеющихся у них социальных установок. При негативных установках результаты терапии хуже, чем при позитивных.

В рамках проведенного исследования была предложена терапевтическая схема, позволяющая уменьшить асоциальные тенденции у наркологических больных. При этом оказалось целесообразным применять ряд специфических методик, направленных на смягчение асоциальных тенденций, в первую очередь агрессии.

С этой точки зрения эффективными оказались нейролептики (неулептил, соннапакс, галоперидол в небольших дозах, пипортил), обладающие свойствами корректоров поведения. Они позволяли заметно смягчить агрессивную настроенность больных. Но при этом передозировка пре-

паратов данной группы оказалась крайне нежелательной из-за нарушения социальной адаптации больных, нарастания у них пассивности и неспособности выполнять свои повседневные обязанности. Для активизации больных применялись некоторые психофармакологические средства (ноотропы, антидепрессанты), а также мягкие стимулирующие препараты, не относящиеся к психофармакологическим средствам.

Предложен ряд модификаций психотерапевтических методик, которые следует применять при склонности наркологических больных к асоциальному поведению. В частности, оказалось необходимым учитывать некоторые личностные особенности пациентов при проведении индивидуальной рациональной психотерапии. В первую очередь, имеются в виду больные алкоголизмом с возбудимыми, истерообразными и эпилептоидными личностными особенностями. Попытки мотивировать пациентов на лечение или скорректировать какие-либо их особенности поведения не должны были сопровождаться ущемлением болезненного самолюбия, столь присущего этим лицам. Обсуждение негативных поступков больных могло следовать лишь после того, как были подчеркнуты их сильные позитивные стороны. Работа с больными, относимыми к другим личностным типам (например, неустойчивым, подверженным внешним влияниям), подобных предосторожностей не требовала.

Использовалась также специально направленная групповая интерперсональная психотерапия, которая позволяла смягчить агрессивную настроенность больных, повысить мотивацию, касающуюся выполнения своих обязанностей в семье и на производстве. Такие эффекты достигались в первую очередь при преодолении психологической защиты, сопровождающейся негативным отношением к окружающим. Благоприятное влияние на поведение больных оказывали вербализация негативного опыта и получение в этот момент эмоциональной поддержки со стороны партнеров по группе (так называемая десенсилизация). Наконец, активное участие пациентов в групповых дискуссиях позволяло вносить коррекцию в их искаженное самосознание. После длительных циклов психотерапии больные более реалистично оценивали себя и свои возможности, лучше осознавали дефекты своего поведения, меньше перекладывали вину за житейское неблагополучие на других. Создавались даже предпосылки для более ответственного отношения пациентов к семейным и производственным обязанностям.

Очень важную роль, особенно с точки зрения возможности уменьшить агрессию больных, проявляемую по отношению к близким людям, играла семейная психокоррекция. Изменение поведения всех членов семьи, постепенное изживание накопившихся обид и неверных представлений друг о друге позволяли, наряду с повышением эффекта от лечения, уменьшить вероятность совершения больными асоциальных поступков.

Для части больных, особенно для лиц молодого возраста с глубокими личностными дефектами, эти меры оказывались недостаточными. Сколько-нибудь стойкие позитивные сдвиги могли быть достигнуты лишь в условиях длительного (свыше 6 мес.) пребывания больных в реабилитационных центрах. Проводимые в таких учреждениях активное социальное воздействие и жесткий трудовой ре-

жим позволяют смягчить морально-этические дефекты, негативное отношение пациентов к общественно-полезному труду и другие социально детерминированные негативные стороны их личности.

Экспертная группа

В основу исследования 300 лиц с зависимостью от психоактивных веществ (зависимость от героина — 188; зависимость от производных амфетамина — 79) была положена гипотеза о том, что противоправная активность больных наркоманией не является исключительно результатом хронической интоксикации наркотическими средствами, а представляет собой модифицированные вследствие развившейся зависимости личностные установки, сформировавшиеся еще в преморбидном периоде. Эта гипотеза основана на предыдущих исследованиях [2, 3, 13], в которых этот вывод уже высказывался, однако он был больше теоретическим и методически необеспеченным.

В соответствии с этой гипотезой были сформированы группы исследования:

1) совершившие за период с момента развития наркомании до настоящего исследования различные виды правонарушений — 38,53%;

2) совершившие за тот же период правонарушения, связанные только с незаконным оборотом наркотиков — 43,12%;

3) не совершившие к периоду настоящего исследования каких-либо правонарушений — 18,35% (контрольная группа).

Выделение в отдельную группу лиц, совершивших противоправные деяния, связанные только с незаконным оборотом наркотиков, вытекало из одного из положений гипотезы исследования о том, что этот вид противоправной активности напрямую связан с основными наркоманическими синдромами (патологическое влечение к наркотику, состояние опьянения, абстинентный синдром) и, следовательно, обусловлен не столько социальными установками личности, сколько болезненными мотивами в рамках синдрома зависимости.

Проведенное исследование выявило значительные различия по большинству биологических, социальных и клинических параметров преморбидного периода между выделенными группами исследования. При этом практически по всем исследованным параметрам показатели у лиц первой группы были существенно хуже, чем у лиц не только контрольной, но и второй группы. При этом различия между первой и контрольной группой были статистически достоверны, а различия между второй и контрольной группой — чаще недостоверны.

У лиц первой группы достоверно преобладала наследственность, отягощенная по расстройствам личности (32,9, 14,9, 12,5% по группам соответственно) и алкоголизму (51,3, 34,9, 21,8%). В анамнезе обследованных первой и второй групп чаще наблюдались пренатальная патология (42, 38, 15%), травмы головы (56,3, 39,9, 27,8%), причем достоверно чаще повторные (26,7, 22,8, 12,7%; $p < 0,001$), тяжелой степени и перенесенные в более раннем возрасте. В соответствии с накоплением в анамнезе многообразных экзогений у большинства обследованных на донозологическом этапе выявлялись признаки органи-

ческого расстройства личности, как правило, сложного генеза (57,14%, 31,91%, 25,0%).

Еще до формирования зависимости у испытуемых первой группы в детском и подростковом возрасте наблюдались различные нарушения поведения. У обследованных второй и контрольной групп эти девиации наблюдались достоверно реже и обычно не достигали степени, позволяющей характеризовать их как антиобщественные и влекущие за собой какие-либо меры административного характера.

Обследованные первой и второй групп достоверно чаще воспитывались в дисфункциональных семьях (69,05%). Они хуже учились в школе, не проявляли заинтересованности в результатах своей деятельности, их отношения в коллективе характеризовались как конфликтные или интактные, они имели скудные и однообразные интересы, отставали от лиц контрольной группы по образовательному и служебному росту.

Таким образом, на донозологическом этапе по основным клинко-биологическим и социальным параметрам лица тематических групп и особенно первой группы существенно отличались от лиц контрольной группы, у которых данные показатели находились на более высоком уровне.

Сопоставление основных клинических параметров наркотической зависимости по группам исследования показало, что у лиц первой группы по сравнению с лицами второй и особенно контрольной группы наркомания отличалась более высокой прогрессивностью: более ранний возраст приобщения к ПАВ, укорочение этапа злоупотребления наркотиками и продолжительности первой стадии, плато толерантности на более высоких дозах, синдром отмены тяжелой степени, ремиссии устанавливались редко и были непродолжительными.

На фоне развития наркомании наблюдалась трансформация патохарактерологической структуры личности в сторону увеличения числа лиц с расстройствами эмоционально-неустойчивого типа. Одновременно по всем группам исследования наблюдался рост числа лиц с ауто- и гетероагрессивными тенденциями, резкий рост дисциплинарных нарушений.

Наибольший рост по данным параметрам отмечался в контрольной группе, где они изначально были меньше. В первой группе, где все параметры, отражающие патохарактерологическую структуру личности, были изначально высокими, этот рост хоть и наблюдался, но был минимальным. Данное изменение патохарактерологического радикала приводило у всех испытуемых к развитию сходного, клишированного личностного дефекта, спецификой которого была психосоциальная дисфункция как итог развившихся психических нарушений.

На момент обследования, находясь в брачном возрасте, большая часть всех испытуемых в браке не состояла (71,55%). По таким социальным показателям, как отсутствие участия в семейных делах, характер взаимоотношений как в нуклеарных, так и в собственных семьях, снижение социального статуса, потеря работы или прерывание учебы, конфликтные взаимоотношения с сослуживцами, изменение круга общения, лица контрольной группы после формирования зависимости от опиоидов обнаруживали существенное ухудшение социального функци-

онирования. В то же время те же самые параметры социального функционирования у обследованных первой группы не претерпели существенных изменений, так как еще до развития наркомании они находились на достаточно низком уровне. Вторая группа занимала по данным параметрам как бы промежуточное положение, колеблясь в зависимости от изучаемого параметра, но в большинстве своем примыкала больше к контрольной.

Изучение динамики интенсивности и характера противоправной активности на фоне развития наркомании показало, что по мере увеличения продолжительности наркомании не наблюдалось изменения интенсивности противоправной активности. Однако существенно менялся характер доминирующей противоправной активности за счет увеличения доли правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. Одновременно снижалась доля насильственных преступлений и хулиганских действий. В то же самое время число лиц с имущественными правонарушениями хотя и снижалось, но оставалось на достаточно высоком уровне.

Выявлена характерная уголовно-релевантная значимость основных наркоманических синдромов по мере увеличения длительности наркомании. Если на начальных этапах наркомании правонарушения чаще совершались на фоне актуализации первичного патологического влечения к наркотику и на фоне абстинентного синдрома, то по мере увеличения продолжительности наркомании правонарушения все чаще начинали совершаться в состоянии отмены и все реже — на фоне первичной актуализации патологического влечения.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило выдвинутую в начале исследования гипотезу о том, что хотя основной вектор социальной активности формируется еще на донаркоманическом этапе, развивающиеся вследствие наркомании психические расстройства влияют на поведение этих лиц и определяют характер их противоправной активности, спектр которой по мере развития наркомании постепенно сужается на противоправной активности, связанной с незаконным оборотом наркотических средств. Все это позволяет сделать вывод о том, что проведение в отношении этих лиц лечебно-реабилитационных мероприятий по поводу наркологического заболевания является одной из наиболее важных мер в системе мероприятий по профилактике среди этих лиц повторной противоправной активности. Единственно возможной и реальной мерой в условиях современного законодательства, когда Федеральным законом от 28.12.2003 г. принудительное лечение от наркомании осужденным отменено, остается принудительное амбулаторное лечение и наблюдение у психиатра в соответствии со ст. 22 УК РФ.

Среди наркологических больных есть категория испытуемых, которые совершили относительно нетяжелые правонарушения, прямо связанные с психическими расстройствами в структуре синдрома наркотической зависимости. Применительно к таким лицам вопрос о выделении их в особую группу, по отношению к которой можно было бы применять в случае их привлечения к уголовной ответственности за незаконные действия с наркотиками так называемое альтернативное лечение от зависимости, которое подразумевает возможность выбора для осужденных между лечением от наркомании и отбыванием уголовного наказания в местах заключения. Естественно, такая мера должна быть закреплена законодательно.

Заключение

При обследовании 200 больных алкоголизмом, находящихся на стационарном лечении в наркологическом отделении, была изучена взаимосвязь между социальными характеристиками пациентов (отношение к семье и учебе, а также склонность к совершению агрессивных действий), с одной стороны, и особенностями преморбидного периода, а также клинической картины развившегося у них алкоголизма, с другой. Оказалось, что в наибольшей степени социальные характеристики (на момент обследования) определяются имеющимися в преморбидном периоде личностными аномалиями и остаточными явлениями органического поражения мозга. Некоторое влияние на социальные характеристики пациентов оказывает тип их семейного воспитания. Также проявляется, хотя и в меньшей степени, взаимосвязь между социальными характеристиками и клиническими особенностями алкоголизма (прогредиентностью заболевания) и тяжестью его основных симптомокомплексов.

Аналогичные данные были получены при изучении 300 больных с зависимостью от героина и производных амфетамина, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в Центре им. В.П. Сербского по поводу совершенных ими преступлений. Выраженность криминальных тенденций (на момент обследования) в наибольшей степени зависела от наличия аномалий личности, признаков органических психических расстройств, условий домашнего и школьного воспитания, а также ряда других характеристик.

При формировании и дальнейшем прогрессировании зависимости от наркотиков вектор противоправной активности этих лиц обычно менялся. Уменьшалась доля насильственных преступлений и хулиганских действий, увеличивалась доля правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков. Имущественные преступления совершались примерно с одинаковой частотой на всех этапах течения зависимости.

У части наблюдавшихся больных наркоманиями преступления были прямо связаны с психическими расстройствами, обусловленными зависимостью от психоактивных веществ. При относительно небольшой тяжести правонарушений наиболее целесообразным было бы принятие закона, позволяющего проводить альтернативное по отношению к отбыванию наказания принудительное лечение.

Список литературы

1. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. — СПб.: Юридический центр "Пресс", 2002. — 464 с.
2. Александрова Н.А. Шизофрения, осложненная опиоидной наркоманией (клинический, судебно-психиатрический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2005. — 20 с.
3. Гиленко М.В. Опиоидная наркомания у больных шизофренией (клинический, судебно-психиатрический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — М., 2004. — 20 с.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением // Наркология. — 2005. — №5. — С. 43–47.
5. Заиграев Г.Г. Общество и алкоголь. — М., 1992. — 198 с.

6. Качаев А.К., Агаларзаде А.З. Особенности профилактики опасных действий, совершенных лицами, страдающими токсикоманиями // Актуальные вопросы наркологии. — Кишинев, 1986. — С. 75—76.
7. Кашуба Ю.А. О профилактике наркомании несовершеннолетних, склонных к правонарушениям // Здоровье нации и национальная безопасность: Матер. и тез. выступлений на межд. конф. — М., 1994. — С. 45—46.
8. Кирпиченко А.А. Алкогольная зависимость у женщин с асоциальным поведением // Медицинские и психологические проблемы алкогольной и наркотической зависимости. — Витебск, 2002. — С. 30—40.
9. Кудрявцев С.В. Изучение преступного насилия: социально-психологические аспекты // Психологический журнал. — 1988. — Т. 9, №2. — С. 55—62.
10. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты): Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1990. — 527 с.
11. Оруджев Н.Я. Дезадаптация лиц с наркологическими заболеваниями: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2002. — 38 с.
12. 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.
13. Субханбердина А.С. Опиная зависимость в структуре сочетанной психической патологии (клинический и судебно-психиатрический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2004. — 36 с.
14. Guze S.B., Walfram E.D. Delinquency, Social Maladjustment and Crime: The Role of Alcoholism // Dis. Nerv. Syst. — 1968. — Vol. 29, №4. — P. 238—243.
15. Lenke L. Alcohol and Criminal Violence — Time Series Analyses in a Comparative Perspective. — Stockholm: Almqvist and Wiksell, 1990. — 336 p.
16. Rice R.D. The economic cost of alcohol abuse and alcohol dependence // Alcohol Health and Research World. — 1990. — №17. — P. 10—18.

ASOCIAL BEHAVIOR OF NARCOLOGY PERSONS AND ITS CORRECTION BY MEDICAL FACILITY

IGONIN A.L.	MD, PhD, Professor, Head of Deptm. of Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
KLIMENKO T.V.	MD, PhD, Professor, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
KRIVENKOV A.N.	MD, PhD, senior researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow
TUZIKOVA J.B.	MD, PhD, senior researcher, Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

It is considered of the asocial behavior by 200 alcohol addicts and 300 drug users. Similar tendencies are discovered: there is straight line correlation between asocial trend and personal breaches, consequences of the organic defeat of the brain, degree of the clinical manifestation of the disease. The successes in treatment by addicted patients are directly dependent on the extent of asocial behavior. Program of voluntary and forced treatment by addicted patients is offered.