

8. *Batel P.* // *Concours med.* 1997. Vol. 119, № 40. С. 3035—3038.
9. *Blum K., Trachtenberg M. C.* Alcoholism: Scientific basis of a neuropsychogenic disease // *Int. J. Addict.* 1988. Vol. 23, № 8. P. 781—796.
10. *Blum K., Trachtenberg M. C.* Neurogenic deficits caused by alcoholism: Restoration by SAAVE, a neuronutrient intervention adjunct // *J. Psychoactive Drugs.* 1988. Vol. 20, № 3. P. 297—313.
11. *Cohen G.* Membrane Mechanism of Drugs of Abuse. N. Y., 1979. P. 73—90.
12. *Khatami S., Hoffman P. L., Shibuya T. et al.* // *Neuropharmacology.* 1987. Vol. 26. P. 1503—1507.
13. *Levine J. D., Gordon N. G.* // *Brain. Res.* 1986. Vol. 365, № 2. P. 377—378
14. *Myers R. D., Chrichter E. C.* // *Pharm. Biochem. and Behav.* 1982. Vol. 16. P. 827—836.
15. *Siviy S. M., Calcagnetti D. J., Redi L. D.* // *Pharm. Biochem. and Behav.* 1982. Vol. 16. P. 173—175.
16. *Wettering T., Veltrup C.* Who needs 'anti-craving'-drugs?: Abstr. Res. Soc. Alcoholism. Annu. Sci. Meet., San Francisco (Calif.), July 19—24 // *Alcoholism.* 1997. Vol. 21, № 3, Suppl. P. 130A.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ МОТИВАЦИИ НА ОТКАЗ ОТ НАРКОТИКОВ У ПАЦИЕНТОВ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Е. А. Кошкина, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов

НИИ наркологии (Москва),
Свердловская областная наркологическая больница (Екатеринбург)

Актуальность исследования. Изучение мотивации на отказ от наркотиков у больных наркоманиями является важной проблемой в практической наркологии, так как формирование стабильных терапевтических установок лежит в основе лечебно-реабилитационного процесса [2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 14].

В своей практической работе врач психиатр-нарколог ежедневно сталкивается с большими трудностями, связанными с отсутствием установки больного на лечение. Существует несколько объяснений этому. Наиболее популярным и на первый взгляд

очевидным объяснением служат личностные особенности больных наркоманией: лживость, неустойчивость их намерений, слабая воля, перепады настроения, безответственность, нежелание признать наличие зависимости от наркотиков и т. п. [8]. С другой стороны, в процессе более или менее длительного приема наркотиков у больных наркоманиями формируется специфическая наркоманическая деятельность и соответствующие «наркоманические» установки, исключаяющие саму мысль о прекращении приема наркотика [2, 4, 12]. При вынужденном обращении к врачу у наркомана включаются в действие механизмы психологической защиты — возникает ситуация мотивационного конфликта [1, 5]. Вследствие этого многие пациенты психологически не готовы к процессу изменения поведения — переходу от приема наркотиков к отказу от них [13, 26]. В конце концов сам факт «попытки» обращения за лечением, и даже само (обычно непродолжительное) лечение можно, с некоторыми оговорками, отнести к формам гедонистического усиления («Потерплю немного, выйду из больницы и тогда уж покайфую!») [9].

Нельзя сбрасывать со счетов и особенности межличностного стиля общения, и контекст, в котором происходит контакт между потребителем наркотиков и специалистом (врачом), создающим предсказуемые процессы — стереотипные психологические реакции, которые и обуславливают поведение пациента и врача.

Вследствие вышеназванных обстоятельств, больной наркоманией на амбулаторном приеме, в большей или меньшей степени, испытывает чувство тревоги, страха, вины, приниженности, безнадежности и отчаяния [8].

Отсюда очевидно, что перед тем, как применять специальное лечение, необходимо подготовить пациента к процессу изменения образа жизни, т. е. выяснить установку пациента [13, 26]. Установка — это устойчивое мотивационное образование, предрасположенность (готовность) к определенным действиям, формирующаяся на основе предшествующего опыта в конкретной деятельности и направляющая поведение человека в условиях выбора [2, 4, 12]. Практика показывает, что у лиц, получивших предварительные консультации в виде мотивационных собеседований, лечение зависимости идет значительно успешнее, чем у тех, кто сразу был включен в какую-либо лечебную программу [13].

У специалистов не вызывает сомнения тот факт, что эффектив-

ность лечения в большой степени зависит от уровня мотивации больных на лечение.

В связи с этим на базе областного центра по лечению наркоманий Свердловской областной наркологической больницы проводилось исследование мотивации на лечение у больных наркоманией.

Цель исследования: оценка мотивации на лечение у больных опийной наркоманией в амбулаторных условиях.

Методика исследования. Исследование проводилось с помощью специально разработанной нами анкеты. Анкета включает 15 основных разделов: дата заполнения, сведения о респонденте (возраст, пол), данные об основном наркотики (вид основного наркотика, время систематического его приема, максимальная суточная доза), данные о самостоятельных попытках отказа от наркотиков (их число, сведения о последней самостоятельной попытке, причины рецидива), данные об обращениях за медицинской помощью (их число, причины обращения за помощью, причины рецидива). Также исследовалось отношение пациентов к формам и методам лечения в том лечебном заведении, куда они обратились вновь (что привлекает в данной больнице, что не устраивает). Отдельные пункты анкеты посвящены изучению причин настоящего обращения за помощью (побудительные причины обращения, инициатор обращения, результаты, ожидаемые от лечения).

Общая характеристика исследуемой группы. К исследованию были привлечены пациенты, обратившиеся на амбулаторный прием в областной центр по лечению наркоманий Свердловской областной наркологической больницы. Общее число участников исследования составило 157 человек. По полу больные распределились следующим образом: 134 (85 %) — лица мужского пола, 23 (15 %) — женского. Средний возраст в исследуемой группе составил 24,3 года (максимальный — 42, минимальный — 16, стандартное отклонение — 5,0, медиана — 24, 25 % перцентиль — 21, 75 % перцентиль — 27 лет).

В исследуемой группе 154 пациента (99 %) страдали опийной наркоманией 2-й стадии, двое (1,3 %) — опийной наркоманией 1-й стадии, один пациент (0,6 %) страдал зависимостью от марихуаны. Средняя продолжительность употребления основного наркотика составила 3,4 года (максимальное значение — 13,4, минимальное — 0,2, стандартное отклонение — 2,1, медиана — 3,3, 25 % пер-

сентиль — 2,1, 75 % персентиль — 4,4). Систематическое употребления основного наркотика (n=153, 97,5 %) составило в среднем 2,2 года (максимальное значение — 9, минимальное — 0,1, стандартное отклонение — 1,6, медиана — 2,0, 25 % персентиль — 1,0, 75 % персентиль — 3,0). Таким образом, продолжительность эпизодического приема героина в исследуемой группе в среднем была равна 1,2 года.

Средняя суточная доза героина в исследуемой группе (n=154, 98 %) составила 1,0 г героина в сутки (максимальное значение — 8,0 г, минимальное — 0,01 г, стандартное отклонение — 1,0, медиана — 0,6, 25 % персентиль — 0,5 г, 75 % персентиль — 1,5 г).

Результаты исследования. Из всех участников исследования 142 человека (90 %) пытались самостоятельно отказаться от наркотиков. В среднем каждый из них предпринимал по 4 таких попытки. Большая часть пациентов (76 %) пытались делать это дома без лекарств («на сухую»), 49 % — дома с лекарствами, но без врача, у 13 % пациентов отмечалось вынужденное воздержание в КПЗ, СИЗО и т. д. Только 15 человек (10 %) не предпринимали попыток самостоятельного отказа от наркотиков.

Таким образом, девять из десяти пациентов исследуемой группы имеют личный опыт отказа от наркотика без медицинской помощи.

Из всей исследуемой группы ранее за медицинской помощью обращались 61 % пациентов. Из их числа 76 % получали медицинскую помощь в стационаре (в среднем 2 поступления на 1 пациента), 22 % — на дому (в среднем отмечалось 1,5 попытки), 17 % — амбулаторно (в среднем 1,9 раза), у 13 % пациентов проводился курс плазмафереза, у 6 % — программа «детокс», а у 3 % больных — другие лечебные программы. В полном объеме (согласно методике) прошли лечение более половины (68 %) пациентов.

Таким образом, более половины пациентов из исследуемой группы ранее уже обращались за медицинской помощью. Три четверти из них лечились в стационаре, каждый пятый на дому, каждому пятому проводились хирургические методы детоксикации, каждый шестой пациент лечился амбулаторно.

Данные о последнем лечении получены от 93 % пациентов из группы ранее получавших медицинскую помощь. Около половины из них (45 %) составили больные, проходившие последний курс лечения в Свердловской областной наркологической больнице. На

вопрос «Что вас привлекает в данной больнице?» более половины (63 %) ответили: высокое качество лечения, каждый пятый (20 %) — квалифицированность медицинского персонала, каждый седьмой пациент (15 %) отмечал приемлемую стоимость лечения. На вопрос «Что вас не устраивает в данном лечебном учреждении?» каждый третий (28 %) ответил: низкое качество питания.

Таким образом, факторами, наиболее привлекательными для повторного обращения в клинику, являются: уровень лечения, его качество и квалифицированность медицинского персонала. Немаловажным является и стоимость оказываемых услуг, и качество питания.

Каждый четвертый пациент (25 %) из числа больных, ранее получавших медицинскую помощь, проходил лечение в различных отделениях городской наркологической больницы г. Екатеринбурга. На долю других медицинских учреждений города, области и инобластных медицинских учреждений приходилось менее 10 % случаев.

Особого внимания заслуживает сравнительный анализ данных о самостоятельных попытках отказа от наркотиков, данных об обращениях за медицинской помощью вообще и о лечении в Свердловской областной наркологической больнице (СОНБ) в частности.

В табл. 1 представлены данные о числе попыток отказа от наркотиков. В среднем предпринималось 4 попытки самостоятельного отказа от наркотиков, 2,5 обращения за медицинской помощью вообще и 1,7 обращения в СОНБ. Максимальное число самостоятельных попыток достигало 30, обращений за медицинской помощью — 10, обращений в СОНБ — 5.

Число самостоятельных попыток было в 1,7 раза больше числа обращений за медицинской помощью. Около половины пациентов, ранее обращавшихся за медицинской помощью (45 %), снова выбрали тот же стационар (СОНБ).

Как видно из данных табл. 2, время, прошедшее с момента последней самостоятельной попытки отказа от наркотиков, составило в среднем 7,5 месяцев, со дня последнего обращения за медицинской помощью — 1 год, со дня последнего лечения в СОНБ — 1,3 года.

Таким образом, более короткое время, прошедшее со дня последней самостоятельной попытки отказа от наркотиков, подтверждает большую интенсивность и частоту самостоятельных попыток, нежели попыток отказа с медицинской помощью.

Таблица 1

Число отказов от наркотиков

Показатель	Самостоятельные попытки отказа от наркотиков, n = 142 (90,4 %)	Обращения за медицинской помощью, n = 95 (60,5 %)	Обращения в СОНБ, n = 43 (27,4 %)
Максимальное значение	30,0	10	5
Минимальное значение	1,00	1	1
Среднее значение	4,2	2,5	1,7
Стандартное отклонение	4,1	1,8	1
Медиана	3,0	2	1
25 % перцентиль	2,0	1	1
75 % перцентиль	5,0	3	2

Таблица 2

Временные интервалы отказа от наркотиков, мес.

Показатель	Время, прошедшее с момента последней самостоятельной попытки отказа от наркотиков, n = 133	Время, прошедшее с момента последнего обращения за медицинской помощью, n = 88	Время, прошедшее с момента последнего обращения в СОНБ, n = 42
Максимальное значение	38,3	61,2	58,9
Минимальное значение	0,2	0,7	0,9
Среднее значение	7,5	12,1	16,2
Стандартное отклонение	7,9	11,3	14,3
Медиана	4,8	8,9	11,1
25 % перцентиль	2	4,2	5,8
75 % перцентиль	10,8	16,3	24,1

Данные, отражающие причины обращения за помощью, приведены в табл. 3. Основной побудительной причиной отказа от наркотиков является «решение об излечении от наркомании». Тем не менее следует отметить, что эта причина в предыдущих попытках (последняя самостоятельная попытка и последнее обращение за медицинской помощью) на 10 и более пунктов ниже (55 % и 58 % соответственно), чем при настоящем обращении (68 %).

Таблица 3

Причины отказа от наркотиков, %

Причина прекращения употребления наркотиков	Последняя самостоятельная попытка	Последнее обращение за медицинской помощью	Настоящее обращение
Преследование милиции	4,3	0,0	0,0
Требование родителей	10,0	12,2	8,1
Требование жены (мужа)	5,7	4,4	2,7
Решение об излечении от наркомании	55,0	57,8	67,8
Материальные трудности	1,4	2,2	2,0
Проблемы со здоровьем	7,1	5,6	5,4
Желание снизить дозу наркотика	0,7	1,1	0,0
Другое	9,3	6,7	4,0
Несколько ответов	6,4	10,0	10,1
<i>Всего</i>	100,0	100,0	100,0
Удельный вес от общего числа респондентов (по позициям)	98,6	94,7	94,9

Также отмечается уменьшение роли родителей и супругов в принятии решения отказаться от наркотиков (8 % и 3 %). Среди решения об отказе от наркотиков при настоящем обращении не отмечается и таких, как «преследование со стороны милиции» и «желание снизить дозу». Таким образом, можно констатировать большую зрелость решения пациентов при настоящем обращении.

Как видно из данных табл. 4, в качестве основного инициатора отказа от наркотиков от 70 до 73 % больных определяют себя («сам решил»). На долю инициативы со стороны родителей и супругов приходится от 21 до 26 %. Роль милиции как инициатора прекращения приема наркотиков незначительна (от 1 до 4 %). Во всех позициях в роли инициаторов не отмечено руководство на работе и учебе. Итак, трое из четырех пациентов считают, что инициатива отказа от наркотиков принадлежит им самим. Тем не менее каждый пятый отказ от наркотика инициируется близкими родственниками. Другие факторы не существенны.

Данные по продолжительности ремиссий представлены в табл. 5. Анализ их показывает, что средняя продолжительность ре-

Таблица 4

Инициаторы отказа от наркотиков, %

Инициатор	Последняя самостоятельная попытка	Последнее обращение за медицинской помощью	Настоящее обращение
Родители	17,0	21,1	17,8
Жена (муж)	3,5	4,4	4,6
Руководство на работе (учебе)	0,0	0,0	0,0
Сам (а) решил (а)	70,2	73,3	73,0
Милиция	4,3	1,1	1,3
Другое	2,8	0,0	2,0
Несколько ответов	2,1	0,0	1,3
<i>Всего</i>	100,0	100,0	100,0
Удельный вес от общего числа респондентов (по позициям)	99,3	94,7	96,8

Таблица 5

Периоды ремиссий, мес.

Показатель	Ремиссия после последней самостоятельной попытки, n = 126 (89 %)	Ремиссия после последнего обращения за медицинской помощью, n = 77 (81 %)
Максимальное значение	36	36
Минимальное значение	0,03	0,03
Среднее значение	2,6	3,6
Стандартное отклонение	5	5,5
Медиана	1	1,5
25 % перцентиль	0,1	0,5
75 % перцентиль	3	4

ремиссии после самостоятельных попыток составила 2,6 месяца. Ремиссия после последнего обращения за медицинской помощью в среднем была 3,6 месяца.

Таким образом, ремиссия после обращения за медицинской помощью продолжительнее (в среднем на один месяц) по сравнению с ремиссией при самостоятельных попытках отказа от наркотиков.

Как видно из данных табл. 6, основной причиной возобновления приема наркотиков после самостоятельных попыток и после последнего лечения пациенты называют контакты с потребителями наркотиков (усиление тяги к наркотику при встрече со «старыми друзьями», «соблазнили друзья», 46 % и 42 % соответственно). На втором месте среди причин срыва стоит сакраментальная фраза «думал, что один раз можно» (22,5 %). Третье ранговое место причин срыва занимает необъяснимая «случайность», причем роль случайности рецидива после лечения несколько выше, чем после самостоятельной попытки (9 % и 16 % соответственно).

Таблица 6

Причины рецидивов приема наркотиков, %

Причина	После последней самостоятельной попытки	После последнего обращения за медицинской помощью
«Случайно»	8,7	15,7
Причины, связанные с контактами с потребителями наркотиков (усиление тяги к наркотику при встрече со «старыми друзьями», «соблазнили друзья»)	46,4	41,6
«Думал, что один раз можно»	22,5	22,5
Другое	20,3	18,0
Несколько ответов	2,2	2,2
<i>Всего</i>	100,0	100,0
Удельный вес от общего числа респондентов (по позициям)	97,2	93,7

Таким образом, основной причиной рецидива приема наркотиков является возобновление контактов с потребителями наркотиков и отсутствие мотивации на полный отказ от употребления наркотиков в будущем.

Анализ данных об ожидаемых результатах от лечения представляет следующую картину: 43 % респондентов указали на желание «полностью излечиться от наркомании», каждый пятый пациент хотел «полностью отказаться от употребления наркотиков», каждый седьмой пациент (14 %) желал «восстановить нормальные отношения с супругой (ом) », 18 % пациентов указали на несколько пунктов, предложенных для выбора.

Пациенты исследуемой группы дифференцируют для себя такие понятия, как «излечение от наркомании» и «отказ от наркотика».

Опыт лечения препаратами группы налтрексона гидрохлорида (агонисты опиатов) имел лишь каждый десятый (9 %) пациент, обратившийся за помощью. Длительность приема препаратов данной группы составила в среднем 1 месяц.

Таким образом, незначительная часть пациентов, которым назначаются агонисты опиатов, повторно обращаются за медицинской помощью, что косвенно свидетельствует об эффективности данного вида терапии.

Обсуждение результатов исследования. Подавляющее большинство (девять из десяти) пациентов исследуемой группы имели личный опыт отказа от наркотика без медицинской помощи. Более половины всех пациентов ранее уже обращались за медицинской помощью. Три четверти из них лечились в стационаре, каждый пятый — на дому, также каждому пятому пациенту проводились хирургические методы детоксикации (плазмаферез, детокс), каждый шестой пациент лечился амбулаторно. Факторами наибольшей привлекательности для повторного обращения в лечебное учреждение являются уровень лечения, качество лечения, высокая квалификация медицинского персонала. Немаловажное значение имеют стоимость оказываемых услуг и качество питания. Свердловская областная больница отвечает этим критериям, так как около половины пациентов, ранее обращавшихся за медицинской помощью, вновь обратились в ту же клинику.

У потребителей наркотиков число самостоятельных попыток отказа от наркотиков, как правило, в два раза больше числа обращений за медицинской помощью. А более короткое время, прошедшее со времени последней самостоятельной попытки отказа от наркотиков до обращения за медицинской помощью, подтверждает большую интенсивность и частоту самостоятельных попыток прекращения наркотизации, нежели случаев отказа от наркотиков с медицинской помощью. Несмотря на большую частоту самостоятельных попыток отказа от наркотиков, качество их достаточно низко. Так, ремиссия после обращения за медицинской помощью продолжительнее (в среднем на один месяц) по сравнению с ремиссией при самостоятельных попытках отказа от наркотиков.

Основной причиной рецидива приема наркотиков является возобновление контактов с потребителями наркотиков и отсутствие мотивации на полный отказ от употребления наркотиков в будущем. В этой связи обращает на себя внимание тот факт, что пациенты исследуемой группы дифференцируют для себя такие понятия, как «излечение от наркомании» и «отказ от наркотика». Эти понятия для них не тождественны.

Отрадно отметить, что лишь незначительная часть пациентов, которым назначаются агонисты опиатов, повторно обращаются за медицинской помощью, что косвенно свидетельствует об эффективности данного вида терапии.

Трое из четырех пациентов считают, что инициатива отказа от наркотиков на момент настоящего обращения принадлежит им самим. Эту тенденцию можно трактовать как проявление пациентами большей зрелости. При исследовании причин настоящего обращения за помощью установлено слабое влияние близких родственников (родителей и супругов) на процесс формирования решения пациентов об отказе от наркотиков. Лишь каждый пятый отказ от наркотика был инициирован ими. Хотя клинические наблюдения говорят о диаметрально противоположной тенденции. В причинах решения отказаться от наркотиков не фигурируют такие моменты, как «преследование со стороны милиции» и «желание снизить дозу», что также не соответствует клиническим наблюдениям.

Выводы

1. Исходный уровень мотивации на лечение у больных опишной наркоманией на догоспитальном этапе еще достаточно низок.

2. Основными причинами обращения за медицинской помощью являются неблагоприятные внешние условия (проблемы с родственниками, финансовые проблемы и др.). Таким образом, попытки отказа от наркотиков чаще всего носят вынужденный характер. Самостоятельные попытки отказа от наркотика являются малоэффективными по сравнению с медицинской помощью.

3. Факторами, обуславливающими повторное обращение в лечебное учреждение, являются уровень лечения, его качество, высокая квалификация медицинского персонала, а также стоимость оказываемых услуг и качество питания.

4. Потребители наркотиков дифференцируют для себя такие понятия, как «излечение от наркомании» и «отказ от наркотика».

Эти понятия для них не тождественны. Декларирование собственного решения отказаться от наркотиков является больше фактом «выдачи желаемого за действительное», чем показателем зрелости пациентов в своих решениях. Хотя не следует исключать и негативный опыт предыдущих неудачных попыток.

5. Основной причиной рецидива приема наркотиков является возобновление контактов с потребителями наркотиков и отсутствие мотивации на полный отказ от употребления наркотиков в будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бассин Ф. В.* Проблема бессознательного. М., 1968.
2. *Братусь Б. С.* Аномальная личность. М., 1988.
3. *Валентик Ю. В.* Система мотивированной терапии и реабилитации больных алкоголизмом «Путь к здоровью» // *Вопр. наркологии.* 1995. № 3. С. 42—47.
4. *Валентик Ю. В., Курьинов В. Н.* Клинико-психологическая характеристика установок, формируемых в процессе лечения больных алкоголизмом // *Там же.* 1992. № 3—4. С. 75—81.
5. *Грановская Р. М.* Элементы практической психологии. Л., 1988.
6. *Гузинов Б. М., Мейроян А. А.* Медико-психологические критерии эффективности лечения и реабилитации больных алкоголизмом: Метод. рекомендации МЗ РСФСР. Л., 1987.
7. *Завьялов В. Ю.* Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. Новосибирск, 1988.
8. *Керими Н. Б., Генефико Н. П., Непесова А. А. и др.* Принципы мотивационного терапевтического вмешательства при опийной наркомании // *Вопр. наркологии.* 1996. № 3. С. 22—38.
9. *Курек Н. С.* Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ // *Там же.* № 2. С. 54—59.
10. *Курек Н. С.* Психологический анализ целенаправленного поведения больных опийной наркоманией в ситуации приобретения наркотиков // *Там же.* 1995. № 3. С. 42—47.
11. *Соболева Л. Ф., Кошкина Е. А., Широкова М. С.* Особенности мотивации антиалкогольного лечения у пациентов наркологических стационаров Москвы и Будапешта // *Там же.* 1995. № 1. С. 73—78.
12. *Сурнов К. Г.* Изменение установок личности при алкоголизме: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1982.
13. *Miller W. R., Rollnick S.* Motivational Interviewing (Preparing People to Change Addictive Behaviors). N. Y.; L., 1992. P. 12—187.

14. Miller W. R., Sovereign R. G. The check-up: A model of early intervention in addictive behaviors // Addictive behaviors: prevention and early intervention. Amsterdam, 1989. P. 219—231.

15. Prochaska J. O., DiClemente C. C., Norcross J. Search of How People to Change (Application to Addictive Behaviors) // American Psychologist. 1992. № 9. P. 1102—1113.

О НЕКОТОРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ В СВЕРДЛОВСКУЮ ОБЛАСТНУЮ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ БОЛЬНИЦУ

*Е. А. Кошкина, В. Г. Сенцов, С. И. Богданов, В. С. Ленская,
Г. И. Фадеева*

НИИ наркологии (Москва),
Свердловская областная психиатрическая больница (Екатеринбург)

Квалификация психопатологических феноменов, наблюдаемых при наркоманиях, является крайне важной темой для психологического исследования [5, 8, 12, 16, 21, 25].

Вопрос о возникновении и развитии глубоких изменений в структуре личности у больных алкоголизмом, имеющих свои (достаточно известные по литературе) характерные особенности, в настоящее время не дискутируется [17, 18]. В отношении больных наркоманиями такого единодушия оценок нет. Имеется точка зрения, что наркомания формируется у лиц с нарушенным равновесием между потребностями и возможностями [7]. Некоторые исследователи относят больных наркоманией к алекситимикам [8].

При исследованиях больных опийной наркоманией в состоянии наркотической интоксикации обнаружилась значительная активация мотивационной деятельности, проявляющаяся в переживании «интереса», а также в безболезненном переживании «горя-страдания». Актуальность последнего для больных наркоманией определяется высокой напряженностью аффекта, низкой способностью к переживанию, наличием в структуре эмоций «гнева-отвращения» (протеста-неприятя) [3].