**ВВЕДЕНИЕ**

Проблема превенции саморазрушающего поведения, которое включает, в том числе, суицидальное и аддиктивное поведения, является одной из важнейших и актуальных задач современной психологической науки и практики. В настоящее время Россия и Латвия, так же как и большинство стран бывшего СССР возглавляют список по завершенным суицидам, по развитию и приросту наркопотребителей.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2002 г. во всем мире примерно 1 миллион человек погиб в результате самоубийства, в 10 - 20 раз больше людей пытались покончить с собой, Это дает ежегодный уровень смертности по всему миру около 14,5 случаев на 100 тыс.человек или одно самоубийство каждые 40 секунд. Самоубийство является 13 - й по счету причиной смерти во всем мире.

Если раньше суицидальное поведение связывали только с психическими заболеваниями, то с конца 1980 - х. гг. утвердился биопсихосоциальный подход. Данные, полученные в рамках биопсихосоциального подхода, составили научную основу для разработки методов психологической коррекции и профилактики суицидального поведения.

Суицидальное поведение - это сложный комплексный феномен, который не может рассматриваться как простое следствие психического заболевания или тяжелой жизненной ситуации, переживаемой индивидом. Предполагается, что суицидальное поведение характеризуется специфическим развитием, которое не может быть объяснено динамикой психотравмирующей ситуации или особенностями течения психического заболевания. Социально - средовые факторы риска играют различную роль на разных этапах развития суицидального поведения. Например, степень влияния жизненных стрессовых событий значительна на начальных этапах суицидального поведения, но снижается по мере увеличения числа пережитых индивидом суицидальных эпизодов. Первые суицидальные кризисы обычно возникают под влиянием тяжелых стрессов, таких как потеря близких, распад семьи и т.д., однако в дальнейшем суицидальные реакции могут провоцироваться внешне незначительными, символическими или предвосхищаемыми индивидом стрессовыми ситуациями.

По исследованиям, проведенным суицидологами, одним из основных факторов совершения суицида является аддиктивное поведение. Более 60 % попыток совершить суицид происходят в состоянии алкогольного опьянения. Есть данные, что, и употребление психоактивных средств точно так же связано с самоубийством, особенно в группах подростков и молодежи.

В последние годы количество опийных наркоманов в России выросло в пять раз, в Латвии в 10 раз. В 2008 году в Латвии была принята государственная программа по борьбе с наркопотреблением.

На данный момент нет точных систематизированных данных о количестве завершенных суицидов у наркопотребителей. Не выявлены, как влияют на суицидальное поведение наркопотребителей такие факторы как: вид психоактивного вещества, срок употребления и виды реакций самоубийства.

В данном исследовании мы попытались проанализировать специфику суицидальных тенденций и риск совершения суицида у наркозависимых. Особый интерес для нас представляли вопросы о том, насколько велик риск совершения самоубийства, и какие факторы (биологические, психологические или иные), влияющие на наркопотребителя в большей степени детерминируют суицидальный риск. Исследование проходило на базе клиники Государственного Национального центра психиатрии и наркологии в Риге, на территории 2 (мужское) и 3 (женское) отделений и стационаре в Риндзеле. В исследовании приняли участие как пациенты, находящиеся в острой стадии абстинентного синдрома - 19 человек , так и, проходящие реабилитацию уже после купирования абстинентного синдрома - 10 человек, а также контрольная группа из 20 человек, не страдающих наркотической зависимостью.

Основной **целью** данного исследования было изучение особенностей суицидального поведения наркозависимых.

В качестве основных **задач** для экспериментального исследования мы определили следующие:

. Определить специфику и дать характеристику суицидальных тенденций и суицидального поведения наркозависимых.

. Выявить значимые взаимосвязи психологических особенностей и суицидального поведения участников исследования.

. Выявить взаимосвязи суицидального поведения наркозависимых с различными социальными, биологическими и психологическими факторами (в том числе, с видом наркотика, стажем потребления и др.)

. Сравнить суицидальный риск наркозависимых по сравнению с группой лиц, не употребляющих наркотики.

. Сравнить особенности и риск суицидального поведения в группах наркозависимых, находящихся в разной стадии течения и лечения наркозависимости (острый абстинентный синдром и ремиссия).

Была выдвинута следующая гипотеза: Мы предполагаем, что наркозависимость предопределяет специфические особенности суицидального поведения у лиц, страдающих от этого заболевания по сравнению с контрольной группой - неупотребляющих наркотические средства, причем суицидальный риск наркозависимых зависит от стадии заболевания.

суицидальный поведение наркозависимый психологический

**Глава 1. Теоретические и практические основы исследований суицидального поведения у наркозависимых**

**.1 Теоретические понятия суицидологии**

В животном мире встречается множество примеров самодеструктивного поведения,но только человек может сознательно убивать самого себя. Лосось погибает после изнурительного плавания вверх по течению к месту нереста. Лемминги неудержимо стремятся к морю и тонут. Хотя в каждом из этих случаев животное погибает, было бы неправильно утверждать, что оно намеренно стремится умереть. Самодеструктивное поведение животных является результатом действия инстинкта, направленного в конечном итоге на выживание данного вида.

В истории человечества неоднократно фиксировались случаи самоубийства. Упоминание о фактах самоубийства можно найти в источниках по истории Древнего Китая, античной Греции и Рима. Так, в ветхозаветной части Библии сообщается о самоубийстве царя Саула. В литературе данная проблема освещена в известных произведениях Л. Толстого «Анна Каренина», И. Гете «Страдания юного Вертера» и др. Мощное действие этого феномена мы можем видеть при самоубийствах, кого - нибудь из известных людей исскуства, случаи которых вызывают всплеск суицидов по всему миру.{4, Комер 2002}

Причинами суицидального поведения и поиском пути его профилактики занимается междисциплинарная область научного знания - *суицидология.* Суицидология тесно связана с такими научными дисциплинами, как психология, психиатрия, физиология и социология.

Основным элементом в суицидологии является понятие суицида (самоубийства). Четкую формулировку самоубийства можно встретить у одного из самых компетентных специалистов в области суицидологии Э. Шнейдмана.

*Самоубийство* - акт лишения себя жизни, при котором человек действует намеренно, целенаправленно и сознательно.

В последнее время в литературе получил распространение термин *парасуицид*, под которым понимается незавершенный суицид или попытка самоубийства, которая не заканчивается смертью. {2, Шнейдман 2001}

При парасуицидальном поведении осознанное намерение умереть может отсутствовать или являться амбивалентным.

В суицидологии изучаются два разнопорядковых явления: во- первых, индивидуальный поведенческий акт, лишение себя жизни конкретным человеком; во - вторых, относительно массовое, статистически устойчивое социальное явление, заключающиеся в том, что некоторое количество людей добровольно уходят из жизни. {12, Старшенбаум 2004}

Суицидальное поведение включает в себя - завершенное самоубийство, суицидальные попытки, намерения (мысли). Эти формы обычно рассматриваются как стадии проявления одного феномена. Под суицидальными мыслями понимают мысли о смерти, суициде или серьезном самоповреждении Термин суицидальная попытка обозначает попытку нанести повреждение самому себе или совершить самоубийство, не закончившуюся летальным исходом. Завершенный и незавершенный суицид нужно отнести к различным, относительно самостоятельным явлениям; исходя, в частности, из того, что в ряде случаев покушения носят демонстративный характер при отсутствии попытки на реальный уход из жизни. В литературе в данном случае широко применяется термин - демонстративно - шантажное суицидальное поведение. Суицидальные мысли являются относительно распространенным феноменом и встречаются гораздо чаще, чем суицидальные попытки и завершенные суициды. По данным разных авторов, от 15% до 35% лиц молодого возраста имеют опыт переживания суицидальных мыслей. Существуют разные формы суицидальных мыслей и переживаний. Суицидальные мысли тесно связаны с депрессией. По данным американского исследователя А. Бека 40 - 60 % лиц с депрессивными расстройствами обнаруживают признаки наличия суицидальных мыслей и переживаний. В нашем исследовании мы опирались, прежде всего, на склонность наркозависимых к депрессионным состояниям, что обуславливает их физическое и психическое состояние от употребления наркотических средств, Следовательно, повышается риск совершения суицида.{1, Зотов 2005}

Существуют разные формы суицидальных мыслей и переживаний. Согласно А. Беку их следует различать как активные и пассивные.{13, Бек 2003}

Пассивные суицидальные мысли не связаны с формированием суицидального плана. Это может также выражаться в феномене фантазирования индивида о смерти без рассмотрения возможности совершения реального самоубийства.

В противовес активные суицидальные мысли связаны с обдумыванием реального плана совершения суицида. Если установлено, что данные мысли присутствуют у индивида, то необходимо незамедлительное вмешательство для оказания психологической помощи. При этом также нужно учитывать такие характеристики суицидальных мыслей, как степень их произвольности, длительность, частоту и легкость с которой они провоцируются извне.{13,Бек 2003,( 1) Зотов 2005}

Отмечено, что у депрессивных пациентов негативные жизненные события могут запускать мысли связанные с суицидом. После неоднократного провоцирования они приобретают характер автоматизма. Период от возникновения суицидальных мыслей до совершения самоубийства можно подразделить на несколько частей полностью, которые образуют этапы суицидального поведения.

В табл. 1 представлены эти этапы:



Надо отметить, что большое значение в суицидальном поведении придается изучению мотивов, для правильного понимания ответов на вопросы, почему человек это сделал и для чего. Проблеме мотивации суицидального поведения посвящено большое количество российских (советских) и зарубежных исследований. В российской суицидологии набольшее распространение получила классификация Тихоненко В.А. (1978), согласно которой выделяют, пять ведущих мотивов суицидального поведения: «призыв», «протест», «избегание», «самонаказание», и «отказ».

Суицидальные реакции по типу «призыва» - мотивы данного типа характерны для лиц молодого возраста с тревожно - мнительными, истероидными или инфантильными чертами. Как правило, носят демонстративно - шантажные попытки, которые предпринимаются с целью повлиять на определенных лиц из социального окружения. На вопрос «Зачем Вы это сделали?» такие люди отвечают; « Чтобы другие люди поняли, какое сильное отчаяние я чувствую».

Суицидальные реакции по типу «протеста» - характерны для лиц молодого возраста, с возбудимыми и эмоционально неустойчивыми чертами. На вопрос о цели суицидальных действий обычно отвечают: «Чтобы как- то выразить свой гнев (обиду)», «Чтобы наказать виновных, чтобы им стало хуже». Фоном может послужить конфликтная ситуация выраженная чувствами гнева, ярости и т. д.

Суицидальные реакции по типу «избегания» - характерны для старших возрастных групп - мужчин и женщин старше 30 лет. Суициды совершаются путем самоповешения, самоотравления.

Мотивы по этому типу являются одними из наиболее распространенных и встречаются у 50- 70 % лиц с истинными попытками суицида. На вопрос «Зачем Вы это сделали?» такие лица, как правило, отвечают: «Ситуация была так невыносима, что я просто не знал, что мне сделать еще» Характерны также попытки совершения суицида с целью уменьшения негативных эмоциональных переживаний или отвлечения от них.

Суицидальные реакции по типу «самонаказания» - характерны для людей (чаще женщин) среднего возраста. Самоубийство совершается жестоким способом (самоповешение, падение с высоты). На вопрос о цели суицидальных действий такие лица обычно отвечают; «Хотел наказать себя». Человек, совершающий суицид, может находиться под влиянием интенсивных переживаний стыда, вины, чувства ненависти к себе.

Суицидальные реакции по типу «отказа» - характерны для лиц старше 40 лет, у которых совершению суицида обычно предшествует выраженное депрессивное состояние. Суицидальные действия обычно носят спланированный характер и совершаются в одиночестве. На вопрос «Зачем Вы это сделали?» такие лица, как правило, отвечают «Сделал это чтобы умереть». {1, Зотов 2005}

**.2 Основные теоретические модели суицидологии**

На данный момент сложились три точки зрения (теории) в суицидологии:

1) Психодинамическая точка зрения

2) Социокультурная точка зрения

) Биологическая точка зрения

Теоретики психодинамического направления считают. Что суицид возникает из - за депрессии и гнева на других, который человек направляет на самого себя. Эту теорию впервые предложил Вильгельм Штекель на встрече в Вене в 1910 году, когда заявил, что «себя убивает тот, кто хотел убить другого или, по крайней мере, желал смерти другого человека» (Шнейдман 1979). Фрейд (1917) и Абрахам (1916) предположили, что когда люди переживают реальную или символическую потерю любимого, они бессознательно включают этого человека в свою собственную идентичность и чувствуют по отношению к себе то, что чувствовали по отношению к другому человеку. На короткое время негативные чувства по отношению к утраченному любимому человеку переживаются как ненависть к себе. Гнев по отношению к любимому может превратиться в сильный гнев по отношению к самому себе и, наконец, перерасти в обширную депрессию. В таком случае, суицид - крайнее выражение ненависти к себе.

Развивая точку зрения Фрейда, исследователи обнаружили взаимосвязь между утратами в детстве и более поздними попытками самоубийства. Обычно это была смерть отца и развод или раздельная жизнь родителей, особенно в первые годы жизни или в конце подросткового возраста.

Ближе к концу своей научной деятельности Фрейд предположил, что у людей существует базовый инстинкт смерти. Фрейд называл этот инстинкт «танатос». «Танатос» противоречит инстинкту жизни. По мнению Фрейда, пока большинство людей учится направлять свой инстинкт смерти в отношении самих себя на других, люди склонные к самоубийству, попадают в сети гнева на самих себя и направляют его на собственное «Я».

Данные социологических исследований соответствуют этому объяснению суицида. Обнаружилось, что уровень суицида в нации падает в периоды войн, когда, как можно было бы объяснить, людей поощряют направлять энергию саморазрушения против «врага». Кроме того, в обществе с высоким уровнем убийств, уровень суицида довольно низкий и наоборот. (Somasundaram&Rajadurai 1995). Тем не менее, исследование не установило, что люди, склонные к суициду, как правило, испытывают сильное чувство гнева. Несмотря на то, что враждебность - важная составляющая части самоубийств, некоторые исследования обнаруживают, что другие эмоциональные состояния встречаются чаще, чем гнев (Шнейдман 1979).

В конце девятнадцатого века социолог Эмиль Дюркгейм разработал общую теорию суицидного поведения. По мнению Дюркгейма, вероятность суицида определяется тем, насколько человек привязан к таким социальным группам как семья, религиозные институты и общество. Чем сильнее человек связан с этими группами, тем ниже вероятность суицида. Наоборот, люди, у которых плохие взаимоотношения с обществом, подвергаются большей угрозе самоубийства. Дюркгейм определил несколько категорий суицида:

) Эгоистический - совершают люди, которых общество почти или целиком не контролирует. Их не беспокоят нормы и правила общества, и они не являются частью социальной ткани. Более свойственен суицид людям отчужденным, изолированным и не религиозным.

) Альтруистический - совершают люди, которые настолько хорошо интегрируются в обществе, что намеренно приносят в жертву свою жизнь, в обмен на благополучие (солдаты, бросавшиеся под гранаты, японские пилоты - камикадзе).

) Суицид на почве аномии - совершают люди, чье социальное окружение не предоставляет им стабильных структур, таких как семья или религия, которые поддерживали и придавали жизни смысл. Такое состояние общества называется аномией (буквально «беззаконием»), оно лишает его членов ощущения принадлежности.

Теория суицида Дюркгейма выделяет важность социальных и общественных факторов. Несмотря на то, что сегодняшние социокультурные теоретики не всегда полностью принимают идеи Дюркгейма, большинство признает, что структура общества и культурный стресс играют большую роль в росте самоубийств. Мы могли наблюдать это влияние в период перехода к новому устройству общества и определение новых ценностных ориентаций, в связи, с распадом СССР. В период с 1991 по 1997 уровень самоубийств и развитие наркомании выросло в несколько раз.

И все же, социокультурные теории не могут сами объяснить, почему некоторые люди, переживающие социальное давление, совершают самоубийство, тогда как большинство этого не делают. Дюркгейм и сам сделал вывод о том, что окончательное объяснение, вероятно, включает взаимодействие между социокультурными и личностными факторами.

В течение многих лет исследователи по большей части опирались на изучения воспитания в семье, чтобы поддержать свою точку зрения о том, что на суицидное поведение влияют биологические факторы. Они постоянно обнаруживали наиболее высокий уровень самоубийства среди родителей и близких родственников самоубийц, чем в семьях, члены которых не пытались покончить с собой (Brent et al 1996). Основываясь на таких данных, можно сделать вывод, что здесь срабатывают генетические факторы (Roy, 1992, Garfinkel, Froese&Golombek, 1979).

В прошлое десятилетие лабораторные исследования предложили более конкретное подтверждение биологической точки зрения на суицид. У людей, совершающих самоубийство, обнаруживается низкий уровень активности нейротрансмиттера серотонина.(Mann&Malone, 1997, Stanley, 1991). Первый намек на эту взаимосвязь появился в исследованиях психиатра Мэри Асберг и ее коллег(Asberg et al.,1976). Они изучили 68 пациентов, страдающих от депрессии, и обнаружили, что у 20 пациентов особенно низкий уровень серотонина. Оказалось, что 40% людей с пониженным уровнем серотонина пытались совершать самоубийств, а среди испытуемых с высоким уровнем серотонина пытались покончить с собой всего 15%. Исследователи интерпретировали это так, что низкий уровень активности серотонина может быть «определяющим фактором в акте самоубийства». Более поздние исследования обнаружили, что люди с низкой активностью серотонина, которые неудачно пытались совершить самоубийство, в десять раз чаще повторяют попытку и завершают суицид, чем люди с большей активностью серотонина. (Roy, 1992; Asberg et al., 1976).

Следует отметить, что низкий уровень серотонина, играет роль при самоубийстве, независимо от депрессии. Так как согласно проведенным исследованиям (Van Praag, 1983; Brown et al., 1982) , у испытуемых, склонных к суициду с низким уровнем активности серотонина, не всегда диагностировалось состояние депрессии. Также было обнаружено, что активность серотонина ниже у агрессивных мужчин, чем не агрессивных. (Brown et al., 1992, 1979), и что активность серотонина чаще ниже у тех, кто совершает такие агрессивные поступки, как поджог или убийство.(Bourgeois, 1991). Подобные данные предполагают, что низкая активность серотонина способствует появлению агрессивных чувств и импульсивному поведению (Volavka, 1995; Bourgeois, 1991), влияющим на суицидальное поведение человека. {4, Р. Комер 2002}

Эрик Шнейдман охарактеризовал десять общих черт суицида:

1) Общей целью суицида является нахождения решения

2) Общая задача суицида состоит в прекращении сознания

) Общим стимулом к совершению суицида является невыносимая психическая (душевная боль)

) Общим стрессором при суициде являются фрустрированные психологические потребности

) Общей суицидальной эмоцией является беспомощность - безнадежность

) Общим внутренним отношением является амбивалентность

) Общим состоянием психики при суициде является сужение когнитивной сферы

) Общим действием при суициде является бегство

) Общим коммуникативным действием является сообщение (подчас скрытое) о своем намерении

) Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения

**1.3 Причины и факторы суицидального поведения**

Большое число исследований в суицидологии было посвящено проблеме выявления факторов, связанных с высокой вероятностью совершения самоубийства, - факторов суицидального риска. Данная проблема имеет большое значение для первичной и вторичной профилактики суицидов среди населения, в том числе в среде наркозависимых. Широкое распространение получила классификация, в соответствии с которой выделяют биологические, психолого-психиатрические и социально - средовые факторы суицидального риска.

К биологическим факторам относят: наличие суицида среди биологических родственников и аномалии серотонинергической жидкости системы мозга. Данные факторы, возможно, выявить и учитывать при проведении медицинского обследования в детском или подростковом возрасте.

К важнейшим психолого-психиатрическим факторам суицидального поведения относят следующие: наличие психического заболевания. Индивидуально - психологические особенности (акцентуации характера, повышенная импульсивность), эпизоды самоповреждающего или суицидального поведения в прошлом. Наибольший риск, по данным некоторых авторов, составляют лица, в анамнезе которых выявлены депрессивные расстройства. Процент от общего числа соответствует 12-20%.

Суицидальные попытки часто совершаются депрессивными больными на фоне лечения антидепрессантами, особенно в начале и конце депрессивной фазы, что связано с активирующим эффектом препаратов. Так как при снятии абстинентного синдрома наркозависимым пациентам активно используются в медицинских целях седативные препараты и антидепрессанты риск совершения суицида или возникновения суицидальных попыток должен вырасти в независимости от наличия предрасположенности по индивидуально - психологическим факторам.

К индивидуально - психологическим особенностям, предрасполагающим к суицидальному поведению относят: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам, своеобразие интеллекта (максимализм, категоричность суждений), низкий уровень коммуникативных способностей, неадекватная самооценка, ограниченный репертуар копинг - стратегий и неразвитость психологических защит, высокая импульсивность (принятие решений), низкий уровень способности к решению межличностных проблем.{1, Зотов 2005}

К этой же группе факторов мы можем отнести наличие парасуицидальных эпизодов. Отмечено, что каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства. Среди наиболее значимых социально - средовых факторов, повышающих вероятность совершения самоубийства, выделяют влияние тяжелых стрессовых событий (потеря близкого человека, распад семьи, пережитое физическое или социальное насилие, невозможность адаптироваться к новым социальным условиям после возвращения с военных действий), определенные социальные характеристики (отсутствие семьи, постоянной работы), доступность высоко летальных средств суицида. У молодых лиц в возрасте 16 - 20 лет наиболее частой причиной являются неудачные любовные взаимоотношения, у лиц в возрасте 30 - 40 лет - различные семейные конфликты, у пожилых старше 60 лет - потеря близких и одиночество. {2, Шнейдман 2001}

**1.4 Медицинские, психологические и юридические аспекты наркопотребления и наркозависимости**

Рассмотрим некоторые ключевые термины и понятия, используемые в наркологии.

Термин «наркотическое вещество» включает в себя три критерия: 1) медицинский, 2) социальный, 3) юридический. Они взаимосвязаны и в правовом аспекте обязывают признавать средство наркотическим только при соответствии всем трем критериям. Медицинский критерий состоит в том, что средство (вещество, лекарство) должно оказывать только специфическое действие на центральную нервную систему (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и т.д.), которое было бы причиной его немедицинского применения. Социальный критерий подразумевает, что немедицинское применение средства приобретает такие масштабы, что становится социально значимым. Юридический критерий исходит из обеих вышеуказанных предпосылок и требует, чтобы соответствующая инстанция, на то уполномоченная (в РФ Правительство по представлению министра здравоохранения), признала данное средство наркотическим и включило в список наркотических средств. Перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в *Латвии*, состоит из четырех списков. Следует отметить, что список наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в России шире, чем список Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 года, так как в этот список также включены опасные психотропные вещества, приведенные в Конвенции о психотропных веществах 1971 года. Это не противоречит духу международных конвенций об ограничении использования наркотических средств и позволяет каждой стране применять более или менее строгие меры контроля по отношению к данной группе препаратов.

Применение термина «наркотическое вещество» к любому веществу, исходя только из фармакологических позиций, недопустимо, поскольку в него вкладывается помимо медицинского еще юридическое и социальное понимание.

Термин «наркомания» - определяется не столько с клинических позиций, сколько с медико-юридических и социальных и применяется только с учетом тех болезненных патологических состояний, которые вызываются злоупотреблением соответствующими веществами или лекарственными средствами. Такое применение этого термина вызвало необходимость введения в терминологию клинического определения злоупотребления соответствующими веществами или лекарственными средствами, не признанными законом наркотическими, дополнительного понятия - «токсикомания».

Таким образом, к наркомании относятся только те случаи немедицинского потребления вещества или лекарственных средств, если они в установленном порядке отнесены к наркотическим средствам. Если вещество не отнесено к наркотическим, применяется термин «токсикомания».

Такое деление обусловлено в первую очередь правовыми, а не медицинскими установками. С клинических позиций, как наркомании, так и токсикомании патогенетически весьма схожи. Единой платформой для определения наркомании является лишь тот факт, что болезненное состояние возникло в связи с потреблением наркотических веществ или лекарственных средств, а токсикомания развилась как результат потребления средств или веществ, не отнесенных к наркотическим. В остальном же клиническая картина той или иной формы наркомании зависит от особенностей наркотического вещества. Так, хорошо известно, насколько своеобразно протекает морфинная наркомания в отличие от кокаиновой наркомании. Исходя из этих позиций не случайно для характеристики болезненных состояний используется термин во множественном числе («наркомании») и в каждом случае, в каждой форме наркомании используется прилагательное, характеризующее тот или иной вид наркомании: морфинная наркомания, кокаиновая, гашишная, опийная и др.

Стоит отметить, что любое токсиманическое вещество (средство) в установленном порядке может быть признано наркотическим.

Термин «психотропные вещества» также употребляется как с медицинских, так и с юридических позиций. Международная конвенция о психотропных веществах 1971 года определила, что в список психотропных веществ могут включаться только те, которые вызывают патологическое привыкание, оказывают стимулирующее или депрессантное воздействие на центральную нервную систему, вызывают галлюцинации или нарушения моторной функции, либо мышления, либо поведения, либо восприятия, либо настроения и если такое воздействие может представить собой проблему для здоровья населения и социальную проблему. Поэтому в медицинской практике используется собирательное понятие «психоактивные вещества и средства», включающие большую группу специфически действующих на центральную нервную систему средств.

В этой группе есть психоактивные вещества, которые находятся под международным контролем и не находящиеся под ним.

Сравнительная оценка различных форм наркоманий и их развития помогла выделить диагностически значимые группы симптомов, общие для всех видов наркоманий. Эти группы симптомов показывают взаимозависимую динамику, что позволяет говорить не только о симптоматологии, но и синдромологии наркоманий и токсикоманий.

В частности под наркоманией подразумевают состояние, определяемое:

) синдромом измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения)

) синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации)

) синдромом физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации)

Эти три синдрома, составляющие большой наркоманический синдром, отличают наркомана от здорового человека. Каждый из структурных элементов варьирует в зависимости от формы наркомании, проявляясь различной степенью специфичностью по отношению к форме и к этапу стадии процесса болезни. Структура наркомании растянута во времени. В развитии болезни синдромы возникают не одновременно. Первый - синдром измененной реактивности и психической зависимости. Употребление сильных эйфоригенных средств обнаруживает в качестве первого болезненного признака влечение (синдром психической зависимости). Употребление слабых эйфоризирующих веществ дает время для проявления симптомов, входящих в синдром измененной реактивности; затем становится наглядным влечение к повторению опьянения. Регулярный прием наркотика вызывает у здорового человека определенные дисфункции, особенно на первых этапах его употребления. Систематический прием наркотика, на фоне которого возможна психическая и физическая комфортность, свидетельствует об изменившиеся реактивности организма к данному наркотику. По мере проявления других признаков болезни, по мере углубления механизмов привыкания наркотизация становится непрерывной. Систематичность наркотизации теперь вынужденная. Подъем толерантности к наркотику может также быть оценен как проявление изменившейся реактивности. Толерантность, на высоте болезни превышающая изначальную, физиологическую в 5 - 10 раз (барбитураты), в 8 - 12 раз (седативные), 100 - 200 раз (опиаты), показывает, что организм наркомана переносит смертельные дозы наркотика. Возрастание толерантности, ее стабилизация на высоком уровне, а затем снижение относят к осевым симптомам наркомании. На основании этого признака была предложена классификация наркомании. Исчезновение защитных реакций наблюдается вскоре после начала регулярной наркотизации. Уменьшение, а затем исчезновение защитных реакций свидетельствует о переходе организма на новый уровень реагирования, на котором высокие прежние дозы теперь не токсичны, не требуют защиты. Синдром измененной реактивности меняется в течение болезни, поскольку меняются составляющие симптомы: форма потребления, толерантность, форма опьянения. Динамика синдрома отражает развитие процесса наркоманической зависимости.{(6),Шабанов 2001,(17)Фридман 1998,(14), Пятницкая 1994}

Синдром физической зависимости формируется позже, на фоне возникших и продолжающих свое развитие синдромов измененной реакции и психической зависимости. Выделяют также синдром последствий наркотизации, включающий энергетическое снижение, полисистемное функциональное истощение организма.

Под *психической зависимостью* понимается состояние, при котором лекарственное средство вызывает чувство удовлетворения и психического подъема, которое требует периодически возобновляемого или постоянного введения лекарственного средства для того, чтобы испытать удовольствие или избежать дискомфорта. Выражается постоянным влечением в предвкушении приема, подавленности, неудовлетворенности в отсутствие наркотика. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике это дает основание называть психическое влечение обсессивным. Обсессивное влечение определяет настроение, эмоциональный фон и в своем течении волнообразно. Оно не выражено, если необходимый ритм наркотизации соблюдается без задержки и может временно подавляться крупным конфликтом вследствие госпитализации наркозависимого, каким - либо эмоционально сильным увлечением, не связанным с наркотиком. Влечение обостряется при неприятных переживаниях, встречах с друзьями - наркоманами, разговорах о наркотиках.{17, Пятницкая 1994}

Будучи одним из первых симптомов, обсессивное влечение одновременно и самый длительный, трудноустранимый симптом. С развитием болезни и появлением другой симптоматики психическое влечение отступает на задний план, заслоняемое более яркими симптомами, как компульсивное влечение, абстинентный синдром. Однако в ремиссии, после купирования абстиненции и на фоне относительно благополучного соматического здоровья, обсессивное влечение актуализируется, часто являясь единственной причиной безуспешности усилий врачей, психологов и социальных работников, самого наркозависимого в отношении лечения наркомании, причиной рецидива. Влечение наркозависимого к наркотику неспецифично. Оно может удовлетворяться любым другим наркотическим веществом. Поэтому в ремиссии часто меняется форма наркотизма.

Симптом способности достижения состояния психического комфорта в интоксикации генетически связан с обсессивным влечением. Неудовлетворение влечения ведет к состоянию неудовольствия. Со временем перерывы в приеме наркотика оказываются периодами психического (вначале) дискомфорта. Постепенно наркотизирующийся начинает осознавать, что только под действием наркотика его психическое самочувствие удовлетворительно. Эта психическая комфортность в интоксикации своей исключительностью и отличается от того психического комфорта в опьянении, что мы видим у здорового. Если здоровый человек способен получать удовольствие и испытывать психический комфорт в ряде ситуаций, то наркозависимый только при условии приема наркотика. Со временем этот симптом обогащается рядом черт. Их определяют как способность к оптимальному психическому функционированию. Важно отметить, что состояние психического комфорта в интоксикации для наркозависимого означает не только уход от дискомфорта трезвости, но и восстановление психических функций. Наркотик становится необходимым условием благополучного психического существования и функционирования.

Под *физической зависимостью* понимается - адаптивное состояние, которое проявляется интенсивными физическими расстройствами, когда прекращается введение соответствующего лекарственного средства. Эти расстройства, т.е. синдром абстиненции, представляет собой комплекс специфических симптомов и признаков психического и физического свойства, которые характерны для действия каждого вида наркотика. Физическое (компульсивное) влечение, один из широко известных признаков наркоманий, выражается в неодолимом стремлении к наркотизации. Влечение достигает высокой интенсивности, вытесняя даже такие витальные влечения, как голод и жажду. От обсессивного компульсивное влечение отличается не только своей интенсивностью, но и тем, что способно подчинять все содержание сознания в настоящий момент, не оставляя места другим, не связанным с наркотизацией представлениям. Компульсивное влечение не только определяет умонастроение и аффективный фон, оно диктует поведение, подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль. Компульсивное влечение определяет поступки больных, мотивацию их действий. Симптом способности достижения состояния физического комфорта при интоксикации можно выделить по аналогии с симптомом способности достижения психического комфорта. Практически одновременно с развитием компульсивного влечения, светлого промежутка (вне интоксикации), больной убеждается, что его самочувствие улучшается только при интоксикации, а без наркотического вещества он уже не чувствует себя довольным и здоровым. Вне наркотизации наркозависимый несобран, с трудом может выполнять работу, самочувствие скверное, мысли разбегаются.

Наркоманические и токсикоманические вещества могут вызывать различную по степени выраженности психическую зависимость. Например, кокаин, фенамин и другие стимуляторы вызывают психическую зависимость в большей степени, чем физическую, и наоборот, циклазоцин, налорфин, вызывают преимущественно физическую зависимость.

Важным аспектом также является широкая распространенность употребления нескольких наркотических или токсикоманических средств одновременно, а также правильность использования термина «полинаркомания».

*Полинаркомания* - случаи, когда наркозависимый одномоментно принимает сочетание двух или более наркотических средств или разные наркотические средства в определенных сочетаниях или с определенным сочетанием.

Случаи, когда наркопотребитель длительное время применял определенный наркотик и после этого в связи с рядом причин (например, недоступностью наркотика, отсутствием желаемого результата при его введении) перешел к применению другого наркотического средства, уже не могут быть отнесены к полинаркомании, а должны быть оценены как трансформация одного вида наркомании в другой. При полинаркомании сочетание двух и более наркотиков или их прием по определенной схеме, - как правило, действие, связанное с осознанным желанием повысить эффект, получаемый от приема наркотиков или модификации их действий, при трансформации вида наркомании, действие вынужденное, связанное только с тем, что наркотик, который ранее был предметом злоупотребления, стал недоступным или больше не давал заранее ожидаемого эффекта. Таким образом, в одном случае это активный поиск повышения эффекта, в другом - вынужденный шаг.{(14),Фридман 1998,(17), Пятницкая 1994}

Необходимо также дать определение другим ключевым понятиям, используемым нами в описании части, посвященной теории наркозависимости.

*Интоксикация* - временное состояние, вызванное приемом психоактивного или наркотического вещества, при котором отмечаются такие симптомы, как нарушение мышления, изменения эмоционального состояния, раздражительность, невнятная речь и потеря координации.

*Галлюцинации* - патологическое нарушение перцептивной деятельности, состоящее в восприятии объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств. Галлюцинации возникают вследствие непроизвольного, независящего от субъекта, проецирования образа вовне и локализация их в пространстве и времени, что ведет к переживанию этих спонтанно возникших в сознании образов как объективно воспринимаемой реальности.

*Дисфория* - пониженное настроение с раздражительностью, озлобленностью, мрачностью, повышенной чувствительностью к действиям окружающих, со склонностью к вспышкам агрессии. В редких случаях может проявляться атипично, в виде приподнятого или экзальтированного настроения с раздражительностью, напряженностью, агрессивностью. Наиболее характерна при органических заболеваниях головного мозга, эпилепсии, а также при некоторых формах психопатий (эксплозивной, эпилептоидной).

*Галлюциноз* - форма интоксикации, вызываемая галлюциногенами, характеризуется искаженными восприятиями и галлюцинациями.

*Толерантность* - при систематическом употреблении наркотических средств возникает психологическая и физиологическая потребность в увеличении дозы препарата для достижения, желаемого эффекта. Выражается отсутствием или ослаблением реагирования на какой- либо неблагоприятный фактор в результате снижения чувствительности к его воздействию.

*Абстиненция* - состояние, возникающее в результате прекращения действия наркотиков при внезапном перерыве в их приеме. Клиническая картина зависит от природы наркотического вещества, его дозы и продолжительности употребления. Характерными проявлениями являются головная боль, головокружение, сухость во рту, тахикардия, иногда тошнота, угнетенное настроение, часто сопровождающееся идеями самообвинения и раскаяния, резкой физической слабостью, повышенной внушаемостью, потребностью в принятии наркотика. Возможно присоединение бессонницы, пугливости, тревожности, суицидальных тенденций. Наглядный показатель того, что вне наркотизации удовлетворительное функционирование у наркозависимого невозможно. Развивается не при всех формах наркоманий. Например, при злоупотреблении некоторыми психодиэлептиками формирование болезни ограничивается компульсивным влечением. Симптомы можно разделить на две группы: психические и вегетативные (соматоневрологические). {11, Старшенбаум 2004}

Развитие наркомании как болезни представляет процесс, который клинически выражается неуклонным появлением наркоманических синдромов и осложнений хронической интоксикации в психической и соматоневрологической сфере. Наркомания относится к заболеваниям с постепенно утяжеляющимся, ускоряющимся, прогредиентным течением. Отдельные формы наркотизма вызывают специфические для этих форм результаты. Так злоупотребление снотворными приводит к интеллектуально - мнестической инвалидизации. В течение любой формы наркотизма усматриваются прогрессирующее падение активности, энергетического потенциала, угасания влечений, потребностей, как в биологическом, так и в социальном смысле, снижение сопротивляемости, истощение.

Психические расстройства при наркоманиях многообразны. Психическое опустошение развивается в соответствии с закономерностями хронических экзогенных процессов с исходом в слабоумие: этап снижения личности, этап психопатизации, этап деменции. Степень органичности симптоматики зависит от свойств наркотика. Тяжелый психоорганический синдром и органическое слабоумие наблюдаются при злоупотреблении барбитуратами, летучими ароматическими веществами, некоторыми сортами гашиша. При опиизме слабоумие функционально: снижение побуждений, олиготимия, анергия, неспособность к интеллектуальным усилиям. Аффективные расстройства обязательны на протяжении всей болезни. С длительностью нарастает их органичность: тревога и депрессия замещаются дисфориями.{(11),Старшенбаум 2004,(14) Фридман 1998}

Наркозависимые приобретают характерный облик: бледность, утрата тургора кожи, блеска глаз, ногтей, волос, расслоение ногтей, выпадение волос. Выглядят наркозависимые намного старше своего биологического возраста. При злоупотреблениями опиатами кожа приобретает желтоватый оттенок, сходный с тем, который бывает при обезвоживании; более темная желтизна, напоминающая старческую пигментацию, становится видимой при гашишизме. Опиоманы скорее других теряют зубы. Характерны гнойные поражения с локализацией в местах введения наркотика.

Спонтанные ремиссии при наркоманиях, как правило, не наблюдаются. Перерывы в наркотизации обычно вынужденные (отсутствие наркотика, арест, госпитализация). При лечении ремиссия свыше года отмечается у 10 - 50 % и зависит от формы наркомании, ее стадии развития, сроков употребления и доз наркотического вещества, используемого наркозависимым.

Основные этапы развития наркомании представлены в таблице № 2(по Пятницкой Н. Н . 1994)

|  |  |
| --- | --- |
| Название  | Краткая характеристика |
| Этап злоупотребления наркотиком | Опьянения чередуются с неопределенной длительности состоянием трезвости. Клиническая симптоматика наркоманий отсутствует, здоровье остается хорошим. Основные звенья: 1) эйфория как субъективное чувство удовольствия, наслаждения, благоприятного сдвига в физическом и психическом самочувствии 2)формирование предпочтения определенного наркотика 3) регулярность приема 4) угасание первоначального эффекта наркотика  |
| Продром болезни | Увеличивается суточная толерантность, возможность многократного в течение дня введения наркотического вещества, когда возникают явления дисхроноза, проявляющегося постоянно высоким жизненным тонусом, коротким беспорядочным сном, невыраженностью суточных спадов активности. Продромальные явления труднодиагностируемы. |
| Стадия 1 наркоманической зависимости | Прием наркотика регулярен. Толерантность растет, защитные реакции слабеют, вероятность токсических реакций снижается, изменяется форма потребления (синдром измененной реактивности). Появляется психическое (обсессивное) влечение к опьянению, способность достижения психического комфорта в интоксикации (синдром психической зависимости) |
| Стадия 2 наркоманической зависимости | Представлен тремя наркоманическими синдромами: 1) синдром измененной реактивности 2) синдром психической зависимости 3) синдром физической зависимости |
| Стадия 3 наркоманической зависимости | Как и во второй стадии представлен тремя наркоманическими синдромами. В отличие от второй стадии синдромы изменены из-за истощенности организма наркозависимого, и наркотик "играет роль" тонизирующего, подстегивающего организм средства. |

Выделяют два типа течения ремиссии:

1) дисфорический с признаками депрессии

2) органический

При первом типе в клинической картине ремиссии отмечаются вялость, слабость, легко возникающие реакции раздражения, обиды, плаксивости, капризность, депрессия астенического типа, неспособность к активным интересами занятиям, нежелание учиться или работать, или же, напротив, избыточная активность, приливы инициативы, подвижность. Подъемы настроения, незаражающаяся веселость, чередующаяся с приступами придирчивой злобы вплоть до агрессии, составляют дисфорический синдром. С течением времени в структуру этого варианта включаются депрессии, но также дисфорического характера. При втором типе течения ремиссии больше признаков органических, нежели функциональных, как при первом типе. Органический тип ремиссии наблюдается при злоупотреблении барбитуратами и опиатами.{6}

**1.5 Специфические проявления наркоманий в зависимости от вида наркотика**

На данный момент принята следующая классификация наркотических средств:

Опиаты, каннабиоиды, стимуляторы, кокаин, барбитураты, галлюциногены. Остановимся подробно на каждом виде психоактивных веществ и специфике проявлений наркомании.

*Опиаты* - *вызывают самую тяжелую форму наркозависимости, в плане сочетания как физической так психической составляющей болезни.* К данной группе относится опий, добываемый из сока опиумного мака (Papaver somnifer), и его производные: морфин, кодеин, героин, дионин, пантопон, омнопон, а также синтетические препараты с морфиноподобным действием: фенадон, промедол. Сырье для него - опий - сырец, маковая соломка или опийный мак. Специально обработанный сок мака, напоминающий пластилин от белого до коричневого цвета, продается небольшими кусочками или шариками. Готовый к употреблению ацетилированный опий имеет коричневый цвет и характерный запах уксуса.

Наиболее распространенный опиат, героин продается в виде напоминающего крахмал порошка, состоящего из мелких кристаллов. Порошок рассасывают под языком, курят или вдыхают, раствор порошка вводят внутривенно. Опытные наркозависимые в целях сокрытия следов от инъекций часто вводят наркотик в паховой области или между пальцами ног. Диагностические критерии острой интоксикации опиатами:

Наличие хотя бы одного из следующих признаков:

а) апатия, безразличие

б) психомоторная заторможенность или расторможенность

в) снижение сосредоточения и умственной продуктивности, ухудшение памяти

г) сонливость

д) смазанная речь

е) сужение зрачков (или расширение при тяжелой передозировке)

ж) нарушение сознания (ступор, кома)

Интоксикация протекает в четыре фазы.

Триада передозировки опиатами: кома, сужение зрачков по типу «булавочной головки» и подавление дыхания. Дыхание замедляется, пульс снижается, снижается реакция на внешние раздражители, понижается температура и давление крови. Смерть может наступить от паралича дыхательных центров.

Синдром отмены («ломка») начинается через 6 - 8 дней после приема последней дозы на фоне не менее недели непрерывной интоксикации. Максимум проявлений наблюдается на 2 - 3 день, продолжительность синдрома составляет 7 - 10 дней. В мягких случаях состояние напоминает грипп, развернутая картина выражается в следующих проявлениях: тревога, настойчивые поиски препарата, зевота, выламывающие мышечные боли, боли в пояснице, слезотечение, насморк, слюноотделение, рвота, понос, сильная потливость, лихорадка, «гусиная кожа», расширение зрачков, бессонница. Кроме этих основных симптомов могут наблюдаться дисфория с агрессивными и аутоагрессивными действиями; наркозависимого «бросает» то в жар, то в холод, усиливается сердцебиение, появляются спазмы кишечника, наступает обезвоживание организма и потеря веса. В редких случаях возможна смерть из-за сердечной недостаточности.

Абстинентный синдром формируется через 1 - 2 месяца регулярного потребления наркотика. Во время абстинентного состояния наркозависимые не могут спать, и есть, теряют в весе на 10 - 12 кг. Давность заболевания и величина дозы усиливают тяжесть состояния. При нелеченном абстинентном синдроме остаточные явления могут сохраняться до 2 месяцев. К ним относятся: периодически возникающее компульсивное влечение к наркотику, недовольство, подавленное настроение, повышенный аппетит, кратковременный сон, иногда бессонница, единичное чихание, периодический озноб или потливость, боль в межчелюстных суставах в начале приема пищи, неспособность к психической и физической нагрузке.

В течение опиомании выделяют три стадии. Патологическое влечение возникает после 30 приемов кодеина, 10 - 15 инъекций морфина. 3 - 5 инъекций героина (у некоторых авторов после 1- 3 инъекций). На 1 - й стадии снижается потребность во сне, особенно у кодеинистов. Исчезает зуд, подавлен аппетит, уменьшается количество мочи, появляются запоры. Для достижения эффекта приходится повышать дозу в 3 - 5 раз. Через 1 - 2 суток воздержания появляется чувство напряженности, психического дискомфорта, стремление употребить наркотик. При морфинизме продолжительность 1 - й стадии - 2- 3 месяца, при использовании опия - 3 -4 месяца, кодеина - до шести месяцев. Наркозависимым в этот период удается скрывать наркотизацию.

На 2 - й стадии наркотизация регулярна, дозы увеличиваются в 100 - 300 раз, наркозависимые часто поступают на лечение с целью после снятия абстинентного синдрома вновь увеличить дозу до прежнего уровня («омолодиться»). Действие наркотика на 2 - й стадии перестает ощущаться на физиологическом уровне. Нормализуется стул и мочеиспускание, восстанавливается сон. Однако сужение зрачка стабильно сохраняется. Меняется поведение: если на 1 - й стадии наркозависимый бодр и подвижен до инъекции и заторможен после нее, то, начиная со 2 - й стадии заболевания он выглядит вялым и бессильным до инъекции и оживляется после нее. Продолжительность на этой стадии составляет 5 - 10 лет. В это время формируется стойкий астенический синдром: снижается работоспособность, нарушается концентрированность внимания, ослабляется память, работа становится невозможной, исчезает интерес к прежним занятиям. Наркозависимые подавлены, раздражительны, слезливы. Они выглядят старше своих лет, истощены, наблюдается дефицит массы тела в 7 - 10 кг.

На 3 - й стадии выражены последствия хронической интоксикации. Преобладают признаки физической зависимости. Толерантность падает приблизительно на треть от прежней дозы, действие наркотика становится исключительно стимулирующим. Для достижения комфорта требуется 1/10 постоянной дозы. Без наркотика наркозависимый неспособен передвигаться. Наркотик принимается 3 - 5 раз в сутки. Абстинентный синдром ярко выражен.

Средняя продолжительность жизни героинового наркозависимого составляет 7 лет от начала заболевания при регулярном употреблении. {11}

*Каннабиоиды* - в эту группу входят препараты, изготавливаемые из конопли (Cannabis): гашиш, анаша («план»), марихуана («травка») и прочие. Чаще всего эти вещества употребляют для курения, реже употребляют в пищу или глотают в пилюлях. По силе своего воздействия гашиш сильнее марихуаны примерно в 10 раз.

Интоксикация развивается сразу после курения, достигает максимума через 10 - 30 минут и длится 2 - 4 часа.

Для диагностики острой интоксикации необходимы следующие элементы:

) эйфория и расторможенность

) тревога и беспокойство

) подозрительность и параноидные представления

) ощущение замедления течения времени

) снижение целенаправленности мышления

) снижение сосредоточения

) снижение быстроты реакций

) слуховые, зрительные и осязательные иллюзии

) галлюцинации при сохранной ориентировке

) деперсонализация или дереализация

Не менее одного из следующих признаков:

1) повышенный аппетит, жажда

2) сухость во рту

) покраснение глаз, слезотечение

) учащенное сердцебиение

Нередко развивается онейроид с грезоподобными фантазиями или погружением в прошлые эмоционально насыщенные переживания.

*Онейроид* - (греч. Oneiros - сновидение) сновидное помрачение сознания с дезориентировкой, наплывом иллюзий и видений фантастического содержания.

Выражение лица в этот момент соответствует переживаемому аффекту, не удается вступить в контакт. Может развиться интоксикационный делирий, характеризующийся паническими проявлениями, спутанностью сознания, устрашающими галлюцинациями, бредовым поведением.

Передозировка приводит к вегетативному перевозбуждению: зрачки сильно расширены, не реагируют на свет.

Абстинентный синдром появляется через 6 - 12 месяцев постоянного употребления наркотика. 1 - я фаза синдрома развивается через 4 - 5 часов после курения и характеризуется расширением зрачков, зевотой, ознобом, вялостью, мышечной слабостью. Возникает беспокойство, дисфория, исчезает сон и аппетит. 2 -я фаза появляется к концу первых суток отнятия наркотика. Мышцы напряжены, отмечается мелкий тремор, тики, оживление сухожильных рефлексов. Повышается АД, пульс и дыхание учащаются. Могут возникать спазмы в животе с тошнотой и рвотой, озноб, проливной пот, тремор, возможен гипертонический криз.

- я фаза возникает на вторые сутки и протекает с ощущением тяжести и сдавливания в груди, болью и сжиманием в сердце, затруднением дыхания. Наркозависимый чувствует сжатие и сдавливание в темени и висках, жжение, неприятное покалывание. Ползанье, дерганье на коже и под кожей. Компульсивное влечение достигает пика, наркозависимый становится плаксивым, развивается астеническая депрессия. На 3 - 5 сутки воздержания возможно нарастание тревожного беспокойства с переходом в делирий, который длится до недели.

Течение болезни при употреблении каннабиоидов проходит три стадии. 1-я стадия наступает через 1 - 1,5 года систематического употребления наркотика. К этому времени толерантность возрастает до 3 - 5 сигарет за вечер, каннабиоиды предпочитаются алкоголю. Опьянение протекает без проявлений страха и тревоги, вегетативные симптомы ослабляются. Появляется обсессивное влечение к наркотику, как средству достижения эйфории, без которого возникает неудовлетворенность и беспокойство.

- я стадия формируется через 3 - 5 лет. Начальное психосоматическое расслабление в интоксикации становится очень кратковременным, человек собран, активен. Работоспособен. Темп мышления ускорен, настроение приподнятое, смешливое. Опьянение длится 1 - 1,5 часа, после чего снижается тонус, падает работоспособность, исчезает интерес к окружающему. Толерантность возрастает, спиртное больше не употребляется. Вне интоксикации наркозависимый несобран. Расслаблен. Психическая работоспособность низка. Вскоре падает способность к выполнению физической нагрузки без употребления наркотика, формируется физическая зависимость и компульсивное влечение.

- я стадия развивается примерно через 10 лет постоянной интоксикации. Толерантность падает, каннабиоиды оказывают лишь стимулирующее воздействие, преобладает физическая зависимость. Абстинентные состояния затяжные, на первый план выступает астеноипохондрическая симптоматика. Характерна темная желтизна кожи. Происходит сужение легочных путей и возникает эмфизема (расширение грудной клетки), повышен риск туберкулеза и рака легких. Стоит отметить, что марихуана не вызывает физической зависимости, но синдром отмены и повышение толерантности к ней способствует возникновению психической зависимости.

*Барбитураты* - относятся барбамил (амитал - натрий), нембутал (атаминал - натрий), фанодорм (циклобарбитал). Используют также бромурал (производное мочевой кислоты) и ночной транквилизатор ноксирон. Были названы Ф. Бауэром, который открыл их в своей лаборатории в Мюнхене в 1862 г., по имени женщины, сдававшей мочу для исследования (ураты Барбары - барбитураты).

Обычно смесь двух - трех растолченных таблеток вводят внутривенно. Интоксикация проходит в три стадии.

Для диагностики острой интоксикации требуется наличие следующих компонентов:

а) эйфория, расторможенность

б) апатия, безразличие

в) конфликтность, агрессивное поведение

г) аффективная неустойчивость

д) снижение сосредоточения

е) амнезия на события, произошедшие непосредственно после выхода из состояния интоксикации

Наличие следующих симптомов:

а) неуверенность походки

б) нарушение координации движений

в) смазанная речь

г) подергивание глазных яблок, ступор или кома

д) покраснения и высыпания на коже в виде мелких пузырьков

При передозировке быстро наступает обездвиженность, глубокий сон, переходящий в кому. Артериальное давление резко падает, дыхание становится частым и поверхностным, кожа резко бледнеет и становится синюшной, температура тела падает.

Синдром отмены диагностируется при наличии не менее трех из следующих признаков:

а) тремор пальцев вытянутых рук. Кончика языка или век

б) тошнота, рвота

в) учащенное сердцебиение

г) пониженное артериальное давление при вставании

д) психомоторное беспокойство

е) головная боль

ж) бессонница

з) слабость, недомогание

и) преходящие зрительные, осязательные или слуховые галлюцинации или иллюзии

к) параноидные представления

л) судорожный припадок с потерей сознания

- я фаза абстинентного синдрома длится до 20 часов после отнятия наркотического средства, наркозависимый напряжен, злобен, не может есть, и спать, беспокоен. Наблюдается мышечная слабость, озноб, «гусиная кожа», зевота, бледность, потливость, расширение зрачков. 2 - я фаза наступает к концу первых суток. Нарастает мышечный тонус, появляются судороги в икроножных мышцах, подергивание отдельных мышечных пучков, мелкий тремор. При ходьбе наркозависимый пошатывается, падает. Не может лежать в постели из-за беспокойства. Тревоги, дисфории, не переносит шума, света. Учащается сердцебиение, повышается артериальное давление. 3 - я фаза отмечается через двое суток. К симптомам предыдущей фазы добавляются боли в желудке и крупных суставах, в области сердца боли тянущего, давящего характера. 4 - я фаза развивается к концу третьих суток воздержания. Возникают судорожные припадки с потерей сознания, прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием (до пяти раз в сутки), которые повторяются на протяжении последующих трех суток. В это время возникает напряженная дисфория, которая переходит в депрессию или делирий с ярко окрашенными галлюцинаторными образами, монотонностью аффекта и обширной амнезией по выходе из психоза. При этом активность наркозависимого ограничена пределами постели.

Развитие наркомании происходит в течение 3- 4 месяцев при ежедневном приеме 0,5 г барбитуратов и за 1 - 1,5 месяца при приеме 0,8 г. 1 - я стадия обычно развивается на фоне чередования алкоголя и снотворных. Толерантность постепенно вырастет в 3 - 5 раз, алкоголизация прекращается, снотворные принимаются и днем в расчете на стимулирующий, эйфоризирующий эффект, каковой и наступает. Вне опьянения наркозависимый чувствует неудовлетворенность и беспокойство. Обсессивное влечение сменяется компульсивным. При заболеваниях алкоголизмом и психопатиях эта стадия длится всего 2 - 3 недели, при заболеваниях неврозами при использовании малых доз она может растягиваться на годы.

- я стадия протекает в течение 10 - 12 лет. Через полгода систематического приема появляется физическая зависимость от снотворных, толерантность устанавливается на уровне 0,5 г три раза в сутки. Исчезают наблюдавшиеся ранее двигательные нарушения, отмечается дисфория с приступами гнева, однообразная речь с застреваниями и оскудением словарного запаса. При опьянении наркозависимый испытывает веселость, довольство, уверенность, комфорт. По выходу из состояния опьянения обнаруживаются *палимпсесты.*

*Палимпсесты* - полное или частичное забывание отдельных событий, при возможности воспроизвести общий ход событий. Признак начала развития хронического алкоголизма.

1 - я стадия проявляется в снижении толерантности и утрате способности ощущать эйфорию. Дробные дозы снотворных комбинируются с алкоголем, транквилизаторами и употребляются для активизации, восстановления способности выполнять простую работу. Наблюдаются симптомы хронической интоксикации: расстройство артикуляции и координации движений, отупение. Все поведение определяется компульсивным влечением. Абстинентный синдром длится 5 - 7 недель, долгое время отсутствует инициатива, аппетит и сон, наблюдается апатическая депрессия с суицидальными мыслями.

По статистике около половины всех попыток суицида происходит с использованием барбитуратов.

У хронических потребителей выражена утомляемость, истощаемость внимания, недостаточная способность к концентрации. Сужается круг интересов, наблюдается эмоциональная неустойчивость, дисфории, депрессия. Глаза и волосы тусклые. Кожа пастозная, бледная с землистым оттенком, покрыта гнойничковой сыпью. Выявляется дистрофия миокарда, гепатит, гипоацидный гастрит; характерен коричневый налет на языке, потеря аппетита и наклонность к запорам. Частое осложнение - токсическая энцефалопатия и диффузное поражение нервной системы.

*Транквилизаторы* - к ним относятся нитразепам (эуноктин, радедорм), сибазон (диазепам, седуксен, валиум, реланиум). Применяют также хлордиазепоксид (элениум, либриум), нозепам (тазепам, оксазепам), мепротан (мепробамат, кванил), мебикар, триоксазин. Также к ним относят антигистаминные средства и анальгетики: анальгин, амидопирин, фенацитин, димедрол, димпразин.

Интоксикация возникает при приеме *3* - 4 таблеток (у алкоголиков - 5 - 10) и проявляется эйфории, подъеме сил, собранности, активности. Ощущаются волны приятного тепла, поглаживания кожи, легкость, парение. Через 2 - 3 часа возникает дисфория. При передозировке наблюдаются тошнота, рвота, головокружение, проливной пот, икота, двигательная заторможенность, нарушение координации.

Абстинентный синдром возникает к концу первых суток лишения транквилизатора. Наркозависимые тревожны, суетливы, у них появляется мелкая дрожь и судороги, они жалуются на тошноту, звон в ушах, болезненную чувствительность слуха, головокружение. Зрачки максимально расширены, отмечается потливость, отсутствие аппетита, затрудненное засыпание. Наркозависимые злобны, высказывают идеи о плохом отношении к ним. На 2 - 4 сутки повышается артериальное давление, учащается сердцебиение, появляются колющие боли в сердце, разлитая боль в животе, понос. К концу первой недели тревога усиливается, возникает речедвигательное возбуждение, судорожные припадки, может развиться делирий. Продолжительность абстинентного синдрома - до трех недель, затем в течение 1 - 2 месяцев сохраняется обсессивное влечение, аффективные колебания, нарушения сна, утомляемость.{6, Шабанов 2001}

Зависимость обычно развивается через 1 - 2 года систематического приема препарата. На 1 - й стадии появляется обсессивное влечение к препарату, когда состояние психического комфорта возможно только в интоксикации. Выражены психическая и двигательная активность с поверхностным осмыслением ситуации. Благодушный фон настроения неустойчив, легко возникают гневливые реакции. По выходу из интоксикации отмечаются явления амнезии на пережитый период.

- я стадия характеризуется появлением компульсивного влечения. Чтобы достичь прежнего эффекта, препарат приходится вводить внутривенно. Благодушие легко сменяется дисфорией, возбуждением. Длительность опьянения сокращается.

- я стадия отличается падением толерантности, наркозависмый возвращается к первоначальной дозе, возобновляет прием алкоголя. Транквилизатор лишь дает возможность собраться, выполнять какую - либо работу, без него отмечаются слабость, апатия, обильные сенестопатии. Наркозависимые ощущают себя тяжело больными.

Наркозависимые выглядят старше своих лет, они бледны и истощены, производят впечатление соматических больных. Лицо становится маскообразным, речь и движения замедлены. Нарастает вялость и мнестико - интеллектуальное снижение, резко падает физическая и умственная работоспособность. Выражена моральная деградация. Обычно уже на второй стадии заболевания наркозависимые ведут антисоциальный образ жизни. Смертность данной группы наркозависимых в 2 - 3 раза выше, чем в общей популяции.

*Кокаин* - получают из листьев кустарника кока, который растет на склонах Анд в Южной Америке и веками используется индейцами в качестве стимулятора. В Западной Европе и США кокаин начал распространяться с середины 19 века, особенно после статьи З. Фрейда «О коке», вышедшей в 1884 году. В этой своей крупной публикации Фрейд, сам попавший в зависимость от кокаина, рекомендовал его как лекарство от депрессии, неврозов, импотенции, алкоголизма и наркомании, астмы, несварения желудка и сифилиса. В то время порошок кокаина закладывали в нос, где он всасывался через слизистую оболочку. После Второй Мировой войны в США появился *крэк* - препарат кокаина, устойчивый к высокой температуре, который можно курить. С этого времени кокаиновая наркомания стала распространяться среди молодежи. 27% обращений американцев за экстренной медицинской помощью связано с потреблением кокаина. У 59% водителей, задержанных за опасную езду, анализ на присутствие кокаина оказался положительным.

Интоксикация проходит в 4 фазы. При диагностике острой интоксикации необходим хотя бы один из следующих критериев:

а) эйфория с ощущением прилива энергии

б) чувство повышенной бодрости

в) тенденция к переоценке собственной личности, грандиозности планов

г) конфликтность, агрессивное поведение

д) аффективная неустойчивость

е) повторяемость, стереотипность поведения

ж) слуховые, зрительные и осязательные иллюзии

з) галлюцинации при сохранной ориентировке

и) параноидные представления

к) снижение умственной продуктивности и производительности труда

Наличие не менее двух из следующих признаков:

а) учащенное, а иногда замедленное сердцебиение

б) сердечная аритмия

в) повышенное, а иногда пониженное артериальное давление

г) чередование проливного пота с чувством холода

д) тошнота, рвота

е) потеря веса

ж) расширение зрачков

з) психомоторное беспокойство, а иногда обездвиженность

и) мышечная слабость

к) боли в груди

л) судорожные припадки

Синдром отмены диагностируется на основании наличия аффективных нарушений (например, подавленности или агедонии), а также не менее двух из следующих симптомов:

а) чувство повышенной утомляемости

б) психомоторная заторможенность или беспокойство

в) тяга к кокаину

г) повышенный аппетит

д) бессонница или повышенная сонливость

е) причудливые или неприятные сны

Абстинентный синдром протекает с преобладанием соматовегетативных расстройств: головной болью, сердцебиением и болями в сердце, одышкой, судорогами мышц лица и языка, тремором, порывистыми, размашистыми движениями, двигательным возбуждением и заторможенностью. Появляются усталость, зевота, озноб, потливость, выраженная тревога, яркие неприятные сновидения. Через 2 - 3 дня возбуждение спадает, наркозависимые вялы, плачут от ощущения безнадежности, аппетит отсутствует. Затем наступает глубокий длительный сон. На высоте абстинентного синдрома возможно развитие делирия, напоминающего алкогольный, длящего от 3 до 15 дней. Затем в течение месяца сохраняется паранойяльная и астенодепрессивная симптоматика с приступами тревожности. {(14) Фридман 1998,(6) Шабанов 2001}

Зависимость возникает через 2 - 3 недели при вдыхании и курении и после первых же внутривенных вливаний, проявляется в сильном желании повторить ощущения.

- я стадия длится 1,5 месяца и проявляется в доминировании удовольствия от опьянения над прежними интересами и занятиями. Суточная толерантность быстро возрастает в 5 - 6 раз. Первые две фазы опьянения укорачиваются, в третьей фазе отсутствует избыточная двигательная активность, поведение упорядочено, соматические проявления четвертой фазы слабеют. Ритм приема становится циклическим: 2 - 3 е суток наркотик вводят днем и ночью по окончании действия предыдущей дозы. Наконец наступает психофизическое истощение, заканчивающее сном, длящимся 1 - 2 дня. После пробуждения наркозависимый ест много жирного и сладкого, испытывает чувство психического дискомфорта, не может сосредоточиться ни на чем, кроме наркотика и вскоре повторяет цикл.

При второй стадии дозы кокаина возрастают до 3 г в сутки, инъекции повторяются каждые 2 - 4 часа. Цикл наркотизации включает 5 - 10 дней непрерывного потребления и 2 - 3 дня перерыва. Период эйфории сокращается до 2 часов, яркость восприятия и приятные ощущения резко ослабляются, активность сужается до какой-либо однотипной деятельности. По выходу из состояния опьянения возникает тревога, дисфория. Ярко выражена физическая зависимость.

При третьей стадии циклы укорачиваются, дозы наркотика уменьшаются, его действие выражено слабо, он употребляется в основном для предотвращения абстиненции. При опьянении появляются черты деградации: бессодержательная замедленная вязкая речь с застреваниями, собирательство мелких ненужных предметов. Вместо эйфории возникает взбудораженность, страх. Сон возможен лишь со снотворными. В абстиненции выражены колебания настроения от гипомании до дисфории, периодически возникает безотчетная тревога. На выходе несколько недель сохраняются выраженные астенодепрессивные проявления.

С момента формирования циклов наркозависимые запускают учебу, прекращают работать, конфликтуют с окружающими. Многие кокаинисты галлюцинируют, находятся под действием бреда преследования, постоянно носят с собой оружие. Появляются сексуальные перверсии: гомосексуализм, садистические формы педофилии и геронтофилии (влечения к пожилым). Через 1,5 - 2 года потребления наблюдается выраженный регресс психики. Речь становится односложной, появляется грубость, вспыльчивость, злобность, эгоистичность. Наркозависимые начинают вести антисоциальный образ жизни. Отмечены случаи совершения суицида.

Для нюхающих кокаин характерна атрофия слизистых оболочек, хрящей, прободение носовой перегородки. Типичны пигментные пятна на месте гнойников и фурункулов. Наркозависимые выглядят существенно старше своего возраста, у них сухая и дряблая кожа, ломкие ногти и волосы, бледное маскообразное лицо, холодные синюшные руки.

*Стимуляторы* - относятся амфетамины: фенамин и его производные фенатин и первитин, эфедрин и добываемый из него эфедрон, а также «экстази» и кофеин. Действие амфетаминов состоит в значительном повышении концентрации норадреналина, высвобождению которого они способствуют, одновременно замедляя его распад. Таким образом, они вызывают состояние общего возбуждения, которое далее приводит ук упадку сил. Наркотик вводится внутривенно или употребляется перорально («экстази»). Внутривенное введение сопровождается приливом энергии и эйфории, которые длятся около часа. Эффект последующих вливаний все слабее, а абстинентный синдром все тяжелее.

Легкость изготовления и дешевизна сделали первитин и эфедрон весьма популярными среди подростков. По распространенности они уступают только гашишу и опию. Главная опасность этих мощных и плохо очищенных наркотиков - передозировка, чреватая психозом и отеком мозга. Полная зависимость от них наступает быстрее, чем от героина - уже через месяц, и практически не излечивается.

Психостимуляторы, например «Экстази» ускоряют реакции, обостряют ощущения и чувства, повышают интеллектуальные способности и сексуальную активность, дают возможность выдерживать экстремальные нагрузки, долго обходиться без сна, еды и отдыха. После прекращения опьянения наступает сильная сонливость и усталость, в течение нескольких дней наблюдается состояние апатии и подавленности.

При употреблении амфетаминов деградация личности наступает уже через полгода наркотизации и сопровождается резким снижением интеллектуального и морального уровня. Полностью утрачиваются прежние интересы и трудоспособность. Наркозависимые начинают вести паразитический образ жизни. У них развиваются спастический энтероколит, гипертоническая болезнь, дистрофия миокарда, мышечная слабость, нарастает физическое истощение. При употреблении «экстази» психическая зависимость наступает очень быстро, вскоре препарат приходится принимать, чтобы выполнять обычную работу. При этом прежней эйфории уже не возникает, вместо нее наблюдаются тревога, страх, панические состояния, дисфорические реакции, возможна суицидоопасная депрессия. Длительный прием наркотика приводит к истощению нервной системы и дистрофии внутренних органов, значительным неврологическим нарушениям, вплоть до кровоизлияния в мозг (инсульта). Препараты пагубно влияют на геном человека и, соответственно, на его будущее потомство.

Лечение зависимости от стимуляторов заключается в резкой (а не постепенной) отмене стимулятора наряду с симптоматической терапией.

*Галлюциногены* - относятся ЛСД, мескалин, мускатный орех, псилобицин, эрготамин, циклодол, астматол, димедрол.

Они отличаются от других видов наркотических средств тем, что вызывают не столько эйфорию, сколько расстройство сознания, восприятия и мышления с явлениями психического автоматизма и *наплывом галлюцинаций*.{11, Старшенбаум 2004}

**1.7 Возрастные и другие факторы наркопотребления**

Наркомания всегда была присуща людям преимущественно молодого и среднего возраста. За последние годы наблюдается тенденция «омолаживания» болезни. Снижение нижней возрастной границы наркотизации до 12 - 15 лет составляет главную особенность современной эпидемии наркомании, особенно в больших городах. В позднем возрасте (старше 50 лет) наркомании наблюдаются относительно редко, чаще как трансформация алкоголизма в наркоманию или же в полинаркоманию, когда бывший алкоголик начинает совмещать спиртные напитки с наркотиками, но не наоборот.

Более половины всех наркозависимых происходит из неполных или распавшихся семей, в которых родители страдали алкоголизмом, психопатиями, депрессией. Отцу или другим родственникам наркозависимого часто свойственно аддиктивное поведение, которое проявляется в форме трудоголизма, сверхценных увлечений (в частности аддикции оздоровления), алкогольной зависимости, гемблинга, религиозного фанатизма и т. п. Это позволяет говорить о семейном аддиктивном сценарии, как одного из факторов, способствующего развитию наркомании у подростков.{5, Личко, Битенский 1991}

В формировании подростковой наркомании важную роль играет психическая незрелость подростка, выражающаяся следующими качествами: пониженная критичность к себе, обидчивость, ранимость, неспособность самостоятельно принимать решения и планировать действия, противостоять внешнему влиянию. Как следствие, являются педагогическая запущенность, контакты с асоциальными сверстниками. Депрессивные расстройства, низкая способность справляться с проблемными ситуациями. {5, Личко, Битенский 1991}

В исследованиях А.Е. Личко и В. С. Битенского были обнаружены у всех обследованных наркозависимых подростков акцентуации характера (в контрольной группе - лишь у половины). Выявлены следующие типы акцентуаций характера: неустойчивый, гипертимный, эпилептоидный и истероидный.

Первое знакомство с наркотиком чаще всего обусловлено следующими мотивами: желанием удовлетворить любопытство; стремлением испытать чувство принадлежности к определенной группе; давлением группы; попытками выразить свою независимость, а иногда враждебное отношение к окружающим; стремлением достичь подъема настроения; потребностью достичь полного покоя и расслабления; попытками уйти от чего - то гнетущего. Первому знакомству с наркотиками способствуют такие факторы (по степени значимости), как отклонения личности; особенности социальной ориентации; отсутствие устойчивых, социально ориентированных интересов, антисоциальные поступки, алкоголизация. Осведомленность об эйфоризирующем воздействии психоактивных веществ; стремление отклониться от работы или учебы; безнадзорность.

Важно отметить, что основным поставщиком наркотических средств являются друзья и знакомые (75%), особенно в местах отдыха молодежи. Места организованной продажи наркотических средств (рынок) в зонах вокзалов. Торговых рядов, притонов широким спросом у молодежи пока не используется. Следовательно. Профилактические мероприятия должны быть направлены в места отдыха и сбора молодежи (дискотеки, бары и т. д.).

Наибольшее любопытство к употреблению наркотиков проявляют юноши. Наиболее активно употребляются наркотические вещества в учреждениях профессионального среднего образования, затем идут школа и техникумы, и, наконец, вузы.{6, Шабанов 2001}

Самое большое заблуждение среди лиц, употребляющих наркотические средства, состоит в том. Что от приема наркотиков можно добровольно отказаться, достаточно сделать волевое усилие или опереться на чью - либо помощь. Не сомневаются в своих возможностях прекратить употребление около 87% из общего числа наркозависимых. Интересно также отметить, что около половины молодых людей выступают за легализацию наркотических средств. (Шабанов, Штакельберг 2001)

Р. Мэй рассматривая вопрос распространения наркомании с психоаналитических позиций, связывает ее с последствиями сексуальной революции, которая привела к тому. Что бунт против родителей реализуется в увлечении наркотиками, смещающими секс на второй план. Он отмечает. Что до приема наркотиков у пациентов отмечались признаки половой слабости из-за того, что они не могли вынести отключения чувства Я, происходящее в момент эякуляции. Наркотик притупляет чувство неполноценности, сексуальные желания больше не тревожат наркозависимого или он может продолжать половой акт бесконечно, не доходя до оргазма. После излечения наркомании либидо и потенция обычно возрастают по сравнению с началом заболевания. При этом лечение должно быть направлено на открытие наркозависимым своей силы и обретение им умения пользоваться ею. Такую возможность дает группа взаимопомощи, в которой сильный лидер, возможно, член группы, заменяет пациенту отца. Наркозависимого резко критикуют за его поведение, не опасаясь вызвать его ярость, но направляют ее в конструктивное русло «социального интереса»{4, Комер 2002}

Ханзен (2000) объясняет компульсивную готовность наркозависимого терпеть любые муки, связанные с потреблением психоактивных веществ, ради того. Чтобы хотя бы на время избавиться от своей глубинной психической боли. Автор предполагает, что в основе этой боли лежит перенесенное в детстве травмирующее обращение близких родственников (абьюз). Результатом абьюза стало болезненное аффективное хроническое состояние, не имеющее словесного, образного или иного символического представления (в результате изоляции аффекта, алекситимии и ангедонии). Наркотическая «ломка» становится средством преобразования пассивных переживаний в активный опыт контроля над собственными болезненными чувствами.

Вермсер (2000) в качестве основных защит, наблюдающихся при наркомании, выделяет отрицание и изоляцию аффекта, превращения пассивной позиции в активную, с отыгрыванием вовне. Следствием отрицания становится расщепление и нарушение преемственности «Эго». Что приводит к разорванности чувства Я и общей неустойчивости. Ненадежность и непредсказуемость наркозависимых возмущает окружающих и уничижает самих больных. Защитой от этого становится ледяная корка нарциссизма, прикрытая привлекательным шармом антисоциального психопата.**.**

**1.7 Суицидальное поведение и наркозависимость: общие факторы и причины**

Проводя анализ теоретических аспектов наркомании и суицидологии, мной был обнаружен один из основных факторов, являющийся общим, как для возникновения наркотизации, так и суицидального поведения. В исследовании Э. Шнейдмана, посвященному изучению суицидального поведения, одной из причин был назван фактор слабого эмоционального контакта с отцом, что сходно с понятием «наркогенного» отца, как причина наркотизации подростков. Общим механизмом вызывающим саморазрушающее поведение в обоих случаях является подсознательный конфликт и непринятие отца как значимого человека. Его отличают: повышенная требовательность к себе и своему окружению (в частности, к жене и ребенку), нежелание считаться с индивидуальными, возрастными особенностями ребенка и особенностями ситуации. Можно отметить эмоциональную холодность в сочетании с жестокостью, склонность к конкурентной борьбе, гиперактивность и общительность, часто носящая поверхностный характер и не сопровождающаяся желанием понять и эмоционально принять собеседника. Как следствие, в дальнейшем поведении как наркозависимых, так и суицидентов, неспособность к принятию решений в кризисных ситуациях, а зачастую уход от решения возникшей проблемы путем избегания. При проведении исследования у наркозависимых в основном отмечается проживание в неполной семье с одним из родителей. На вопросы об отношениях с отцом ответы носили исключительно формальный характер. По отношению к родителям, в процессе структурированного интервью, наблюдалась конфронтационная позиция. Отношения с ними поддерживаются лишь ввиду отсутствия у самих наркозависимых денег для приобретения наркотика. Большинство наркозависимых сохраняют состояние обиды по отношению к своим родителям до сих пор. Хотя впоследствии, при проработке защитных механизмов, называют маму, одним из значимых людей в своей жизни. Правда, в конце интервью приходят к мысли, что она вряд ли может остановить от повторного употребления наркотиков.

Общими критериями формирования, как суицидального поведения, так и наркозависимости являются крайние формы воспитания, такие как гипоопека и гиперопека. Это проявляется в размытости границ собственной «Я» концепции. Очень часто наркозависимые также как и суициденты проявляют чувство неуверенности и страха при выполнении заданий, стараясь избегать ситуаций, где ответственность за принятие решения надо брать на себя. При формировании отношений с другими людьми, если это не связано с приобретением наркотических веществ отводят себе второстепенную роль и сознательно уступают лидерские позиции. Как правило, при собственных ошибках, склонны прибегать к крайним формам непринятия собственного «Я» от самооправданию до самобичевания и самообвинения. Возможно ли, в дальнейшем говорить о риске лиц склонных к суицидальному поведению, при совершении неудачной попытки, впоследствии к наркотизации, в данной дипломной работе я вывел в качестве открытого теоретического вопроса.

На совместное рассмотрение вопросов суицидального поведения в рамках наркотизации указывают следующие факторы: наркопотребление вызывает резкое снижение психологических защит у наркозависимых, разрушение которых приводит на фоне физической зависимости к выраженным формам депрессии; употребление отдельных видов наркотиков провоцирует суицидальное поведение (кокаин, барбитураты); возникающее в среде наркопотребителей антисоциальных моделей поведения и как следствие разрушение представлений о семье и религии, влияющих на осознание принадлежности индивида обществу. При исследовании обнаружены основные виды реакций суицидального поведения наркозависимых. В процессе структурированного интервью, у имевших попытки совершения суицида, на вопрос «Какой был основной мотив ваших действий?», наркозависимые указывали на усталость от жизни и на невозможность и невыносимость, довлеющей над ними ситуацией. Наркозависимым опийной группы при совершении суицидальной попытки характерны реакции «избегания» и «отказа». Учитывая омоложение наркотизации, изучение суицидального риска наркозависимых является важным аспектом в превенции саморазрушающего поведения, ведущего в ряде случаев к суициду.

**Глава 2. Организационные и методические компоненты эмпирического исследования суицидального поведения наркозависимых**

**.1 Методы исследования**

На выбор психодиагностических методов нашего исследования повлияли два основания:

) Соответствие поставленной цели и задачам исследования.

) Удобство и определенная безопасность для участников, находящихся в непростой жизненной ситуации. Второе основание определяла невозможность использовать методы, требующие длительного выполнения и глубокого погружения.

В исследовании использовались следующие методы.

**1. Шкала безнадежности А.Бека.**

**. Шкала депрессии А.Бека.**

Эти две методики были разработаны автором специально для выявления возможного суицидального поведения. В разработанной им концепции данные методики применялись при первичном консультировании пациентов, склонных к депрессионным состояниям. В зависимости от полученных результатов, по итогам тестирования определялись методы лечения депрессионных пациентов. В отличие от психоаналитической концепции лечения депрессии, А. Бек разработал свою методику, основанную на выявлении когниций в мышлении депрессионных пациентов и изменении их оценки по отношению к окружающему. Метод получил название - когнитивной терапии депрессии. Сам автор, отмечал, что данная терапия подходит только для лечения простой монополярной депрессии. {13, Бек 2003}

В опросниках, используемых мною в исследовании, основу составляют утверждения, в которых представлены когнитивно - аффективная шкала и шкала соматических проявлений депрессии.

«**Шкала безнадежности Бека**» содержит 20 утверждений в открытой форме. Оценивается состояние исследуемого в будущем. Исследуемый оценивает утверждения по двум шкалам (согласен \ не согласен). Так как утверждения носят открытый характер, по окончании производится простой количественный подсчет, в соответствии с данным ключом. Перед заполнением исследуемому дается следующая инструкция: «Перед вами двадцать утверждений. Поставьте свою оценку данным суждениям, насколько вы с ними согласны, если они будут характеризовать ваш период от сегодняшнего дня в ближайшее будущее». Методика выявляет форму выраженности депрессии.

«**Шкала депрессии Бека**» содержит 21 блок из четырех утверждений в каждом. Исследуемый выбирает соответствующие своему состоянию утверждения. В одном блоке могут быть выделены несколько утверждений. Каждое из утверждений имеет количественную характеристику. По окончании производится количественный анализ результатов. Но, если предыдущая методика исследует перспективу, то данный опросник исследует настоящее опрашиваемого. Пункты с первого по тринадцатый являются когнитивно - аффективной шкалой, а с четырнадцатого по двадцать первый, субшкалу соматических проявлений депрессии. В данной методике присутствуют открытые вопросы, связанные с суицидальным поведением. Перед заполнением исследуемому давалась следующая инструкция: «Перед вами группы утверждений, характеризующие определенные состояния. Выберите наиболее подходящие для Вас. В блоках могут быть выделены несколько ответов. Вспомните ваше состояние, начиная от сегодняшнего дня и в течение прошедшей недели, и дайте ему соответствующую оценку». В методике выявляется проявление состояния депрессии исследуемых.

В зависимости от полученных результатов мы можем говорить о степени выраженности депрессии и риске суицидального поведения наркозависимых. Согласно теоретической модели построения суицидального поведения, повышенным риском совершения суицида будут исследуемые, находящиеся в тяжелой форме депрессии (в некоторых случаях: средней выраженности) и получившие наиболее высокие результаты по итогам оценок первой методики «Опросник безнадежности Бека». Необходимо также учитывать ответы на прямые вопросы в опроснике «Шкала депрессии Бека», связанные с суицидальным поведением и данными из анкеты, заполняемой исследуемыми в четвертой методике.

**3. Опросник Леонгарда и Шмишека для выявления акцентуаций характера.**

Основываясь на предыдущих исследованиях в области изучения психологических факторов в развитии аддиктивного поведения я посчитал необходимым в качестве третьей методики использовать этот опросникдля выявления акцентуаций характера у наркозависимых. В суицидологи также как уже отмечалось, одним из психологических факторов, влияющих на суицидальное поведение, очень часто указывается акцентуация характера. Личности с возбудимым, тревожным типом акцентуаций считаются наиболее рискованной группой, как в суицидологии, так и в аддиктологии. Ранее было доказано, что практически все наркозависимые имеют ярко выраженные заостренные черты характера.{5, Личко, Битенский 1991} Мной была использована классификация и методика Леонгарда, как более изученная и понятная, несмотря на ее объемность. В основе методики 88 вопросов с оценочной четырехзнаковой шкалой. Состояние физического здоровья наркозависимых ставило определенные трудности в практическом исполнении методики, но я опирался на данные исследований,{10, Кольцова 2006} указывающих на сохранность интеллектуально - мнестических функций наркозависимых, даже в абстинентном синдроме. Теоретическая возможность выполнения методики подтвердилась при практическом исследовании. Перед началом выполнения, исследуемые получали следующий инструктаж: «Перед вами 88 вопросов. Поставьте свою оценку каждому вопросу, согласно вашим представлениям о том, насколько он подходит и точно вас характеризует. Если какой - то вопрос непонятен или кажется вам запутанным, вы можете обратиться за объяснением. При накоплении усталости, отложите и после небольшого отдыха продолжите заполнять опросник». Методика направлена на изучение и выявление акцентуаций характера у наркозависимых. В процессе заполнения опросника большинство наркозависимых независимо от физического состояния пытались найти взаимосвязь вопросов и в некоторых случаях ответы носили демонстративный характер. Так как в данной методике использовались открытые вопросы, тесно связанные с суицидальным и аддиктивным поведением, мною была сделана попытка проанализировать, некоторые из них. В рамках данного исследования мне показались интересными ряд вопросов, которые напрямую связаны с суицидальным поведением или с развитием аддиктивного поведения. В методике «Шкала депрессии Бека» и в опроснике «Акцентуации характера Шмишека и Леонгарда» мной были выделены следующие шкалы:

)чувство вины

) чувство наказания

) суицидальные мысли

) эмоциональная сфера

) вид крови

) побеги из дома

) отношения к жизни

) суицидальные тенденции

) головная боль.

**4. Интервью-опрос**, сценарий которого был специально разработан для данного исследования. Перечень вопросов содержал открытые вопросы, целью которых было собрать данные о прошлом опыте наркозависимого. Ранее в исследованиях суицидального поведения и посвященным этой теме работам указывалось на нежелательность использования прямых утверждений об опыте суицидального поведения или других форм аддиктивного поведения исследуемого при интервью. Считалось, что это может привести исследуемых к возврату негативных мыслей и как возможности в последующем их осуществления. Но в настоящий момент указывается на необходимость данных вопросов при консультировании, чтобы более полно выявить проблему исследуемого или клиента.{13, Старшенбаум 2003} При этом исключается возможность совершения исследуемым впоследствии саморазрушающего поведения. Анкета включала вопросы об образовании, семейном статусе, опыте употребления наркотических средств и опыте суицидального поведения как самого исследуемого, так и суицидального поведения родственников и окружающих наркозависимого потребителей. Перед заполнением, исследуемым напоминалось о конфиденциальности сведений, указанных в анкете. Оценивались качественные шкалы: образование, семейный статус, опыт суицидального поведения и суициды среди родственников.

**5. Мотивационное интервьюирование (консультирование) в виде открытой беседы для сбора информации о случае, установлении контакта и предоставлении дополнительной информации.**

Главной целью мотивационного интервьюирования было установление доверительных отношений и в случаях с наркозависимыми оказывалась необходимая эмоциональная поддержка. В течение беседы проводился поиск дальнейшей стратегии действий наркозависимого по окончании лечения. Обсуждались с какими проблемами столкнется наркозависимый при возвращении в ту же социальную среду. При содействии наркозависимого вырабатывались защитные механизмы, которые могли воспрепятствовать наркотизации, в кризисной ситуации.

Главной задачей, передо мной как перед исследователем, при данном виде консультирования, было выяснить: состав семьи, узнать о характере отношений в семье наркозависимого, эмоциональный контакт с отцом, поведение в кризисной ситуации и какие причины являются толчком для возникновения их.

**2.2 Организация исследования: характеристики выборки, места проведения и процедуры**

Первую группу, составили наркозависимые, находившиеся в острой стадии абстинентного синдрома - 19 человек. Исследование проходило на базе Государственного Латвийского центра психиатрии и наркологии, в Риге. Наркозависимые принимались в данный центр при соответствии следующих критериев:

а) опыт употребления наркотиков должен быть более 5 лет

б) неиспользование услуг центра в последние полгода

в) длительность нахождения вне зависимости от желания пациента составляет не менее 7 - 10 дней.

В данной клинике наркозависимым после окончания курса лечения предлагалось выбрать несколько программ по борьбе с наркозависимостью. Две из них носят медикаментозное лечение, используются такие препараты, как метадон или собутекс. Третья программа основывалась на немедикаментозном лечение через прохождение курса мотивации в течение 12 дней и дальнейшим, по желанию наркозависимого, в реабилитационном центре вне пределов Риги.

Установление контакта происходило, в первый день пребывания наркозависимого в клинике и в зависимости от его физического состояния, решался вопрос о начале исследования. Опираясь на знания в области изучения интеллектуально - мнестических способностей наркозависимых {10, Кольцова 2006} мною было принято во внимание, что данные функции остаются неизменными, несмотря на их физическое состояние. В процессе общения мной были отмечены также высокие коммуникативные качества наркозависимых.

Все четыре методики предъявлялись каждому участнику в течение двух дней. В первый день я использовал методики «**Шкала безнадежности**» и «**Шкала депрессии**». На следующий день «**Опросник Леонгарда и Шмишека**» и интервью в соответствии со **специально разработанной анонимной анкетой**. Выбирая методики для проведения исследования, я постарался разработать список вопросов, которые использовал для плавного перехода от одного метода к другому. В процессе общения с наркозависимыми я использовал мотивационное интервьюирование. Акцент в вопросах делался мной на причинах первых попыток употребления, семейном микроклимате, самопринятии собственного «Я», суицидальных мыслях и намерениях, опыте выхода из кризисных состояний. Зачастую в ходе интервьюирования участники выражали желание проконсультировать их по другим интересующим вопросам (в основном проблеме ВИЧ\СПИД). В связи с тем, что в рамках медицинского учреждения психологическая помощь и консультирование не оказывалась в первые пять - семь дней нахождения пациентов в клинике, то установление контакта с наркозависимыми оценивалось мной как одна из самых трудных задач. Но, несмотря на свое достаточно тяжелое физическое состояние, наркозависимые охотно шли на контакт и в дальнейшем процессе общения, указывали на необходимость подобной практики, когда консультирование начинается в первые дни пребывания их в клинике. Это подтверждается дальнейшим ходом интервьюирования, и принятием решений о продолжении лечения в клинике на 5 - 7 день пребывания, считающиеся кризисными или «переломными». {10, Кольцова 2006}

В процессе проведения исследования удалось при помощи мотивированного интервьюирования сфокусировать внимание наркозависимых на осознании самого себя и принятии в отношении себя не только отрицательных, но и положительных оценок, у лиц с явно выраженными суицидальными мыслями снять эмоциональное напряжение и как альтернативу рассмотреть другие возможности выхода из кризисной ситуации. Большинством наркозависимых было высказано пожелание продолжить со мной консультирование уже не в рамках данного центра. Учитывая, что в мужском отделении выделены только 6 мест для наркозависимых, это повлияло на количество участников исследования. Надо также упомянуть о таком факторе, как отказ некоторых наркозависимых сотрудничать в силу психологических или физиологических причин. Исследование проходило в течение двух месяцев.

Вторую группу исследуемых составили наркозависимые находившиеся в стадии купирования абстинентного синдрома и согласившиеся пройти реабилитацию в реабилитационном центре по программе организованной Государственном Центром психиатрии и наркологии Латвии. Всего - 10 человек. Данная программа позволяет наркозависимым в течение 12 месяцев пройти реабилитацию вне пределов городской среды, включающее немедикаментозный подход к лечению. Реабилитация носит добровольный характер, на контрактной основе, по обоюдному согласию с рядом требований к наркозависимому, в основном касающихся внутреннего распорядка группы реабилитации. В методике лечения используется трудотерапия и пятишаговая система оценки адаптации наркозависимого к новым для него социальным условиям. За основу взята Миннесотская программа анонимных наркоманов «12 шагов». В центре постоянно находится социальный реабилитолог и директор, решающий экономические вопросы. Психологическая помощь оказывается два раза в неделю с применением психодинамической терапии.

Максимальное количество человек ограничено. На момент проведения исследования в центре проживало 17 человек. Большинство из исследуемых прибегло к лечению в связи с уклонением от уголовной ответственности. Контакт с определенной группой исследуемых не удалось сформировать в процессе непосредственного общения с ними.

В отличие от первой группы исследуемых, с которыми работа велась в течение нескольких дней, в данной группе заполнение методик проходило с каждым наркозависимым в рамках одного рабочего дня.

Контрольную группу составили - 20 человек, выбранные в произвольном порядке, мужчины и женщины, соответствующие следующим критериям:

1) обязательное отсутствие любого опыта употребления наркотических средств

2) соответствие возрастному пределу от 20 до 35 лет

При выборке также учитывался уровень образования, и соблюдалось процентное соотношение мужчин и женщин. Сложность выбора контрольной группы обуславливалось состоянием общественной жизни в современном обществе. Большинство молодых людей в возрасте от 20 до 35 лет, хотя бы один раз, но пробовали какой-нибудь из наркотиков. Учитывая, что в процессе исследования, в группах наркозависимых был представлен в основном низкий образовательный уровень, с контрольной группой пришлось работать дольше запланированного времени.

Для статистического анализа результатов исследования были выделены следующие переменные:

1) акцентуация характера («Опросник Шмишека и Леонгарда»)

2) состояние депрессии («Шкала депрессии Бека»)

3) состояние безнадежности («Шкала безнадежности Бека»)

) возраст (специально разработанная анкета)

) национальность (специально разработанная анкета)

) семейный статус (специально разработанная анкета)

) образование (специально разработанная анкета)

) количество самостоятельных попыток суицида (специально разработанная анкета)

) суицид среди родственников (специально разработанная анкета)

) золотой укол (специально разработанная анкета)

) наблюдаемый суицид (специально разработанная анкета)

) намерения (специально разработанная анкета)

) побеги из дома ( «Опросник Шмишека и Леонгарда»)

) оценка жизни ( «Опросник Шмишека и Леонгарда»)

) головная боль ( «Опросник Шмишека и Леонгарда»)

) суицидальные тенденции ( «Опросник Шмишека и Леонгарда»)

) чувство чины («Шкала депрессии Бека»)

) чувство наказания («Шкала депрессии Бека»)

) суицидальные мысли («Шкала депрессии Бека»)

) эмоциональная сфера («Шкала депрессии Бека»)

Для обработки полученных данных использовался пакет статистических программ STATISTICA, 5.0. Использовался метод дискриптивной статистики. Критерий достоверности различий V- Манна - Уитни.

**Глава 3**. **Эмпирическое исследование особенностей суицидального поведения наркозависимых**

**.1 Результаты анализа интервью с наркозависимыми.**

При проведении интервьюирования большинство наркозависимых указали на то, что часто являлись свидетелями парасуицидального поведения своих же знакомых, употребляющих наркотические вещества. Основным способом был так называемый - «золотой укол».

«Золотой укол» - сознательное введение наркозависимым увеличенной дозы наркотического вещества, с целью совершения суицида.

Но ввиду того, что им или при участии других наркозависимых, удавалось спасти суицидентов, графа - «наблюдаемый суицид» опрошенными не была заполнена.

При интервьюировании также удалось выяснить основные мотивы суицидальных действий, которые характеризуют вид реакции суицидального поведения. На вопрос «Зачем вы это делали?» были отмечены два ответа:

) «Все надоело. Хотелось умереть»

) «Не знал, как справиться с возникшей ситуацией. Скорее от безысходности»

Данные ответы характерны для видов реакций по типу - «избегания» и «отказа».

Также в рамках интервьюирования у двух наркозависимых были выявлены суицидальные намерения, которые в одном из этих случаев носили реальную опасность совершения суицида в помещении клиники. Впоследствии, при мотивированном консультировании удалось убедить наркозависимого пересмотреть свое отношение к данным действиям.

Количество опрашиваемых, указавших на попытки суицида в первой и второй группах в процентном соотношении оставалось практически неизменным. Но значимые различия обнаружены только между первой и третьей группой. Данные представлены в табл.3

Табл.3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 1 Среднее значение | Контрольная группа Среднее значение | Значимое различие P |
| Количество попыток | 0,67 | 0 | 0,020 |

**3.2 Анализ результатов и различий между группами по методике «Шкала Депрессии Бека»**

Анализ значимых различий проводился при использовании V- теста Манна - Уитни. При сравнении найдены значимые различия между первой и второй группами по шкале степени выраженности депрессии.

Данные отражены в табл. 4

Табл.4

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 1 (стадия острого абстинентного синдрома) Среднее значение | Группа 2 (стадия реабилитации) Среднее значение | Значимое различие p |
| Степень депрессии | 25,18 | 17,5 | 0,027 |

У наркозависимых, находящихся в состоянии острого абстинентного синдрома более выражено состояние депрессии и соответствует средней выраженности по шкале Бека, в отличие от реабилитационной группы для которой характерна легкая выраженность. На состояние как мы можем видеть в дальнейшем (табл. 5,6) влияют как физические, так и психологические компоненты.

Между группой 1 и контрольной выявлены следующие значимые различия: состояние депрессии, эмоциональная сфера, суицидальные мысли, чувство наказания, чувство вины.

Числовые показатели отражены в табл.5

Табл.5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 1 Среднее значение | Контрольная группа Среднее значение | Значимое различие P |
| Состояние депрессии | 25,18 | 4,15 | 0,000 |
| Эмоциональная сфера | 1,53 | 0,45 | 0,016 |
| Суицидальные мысли | 0,65 | 0,15 | 0,021 |
| Чувство наказания | 2,06 | 0,00 | 0,000 |
| Чувство вины | 1,41 | 0,20 | 0,000 |

По сравнению с результатами в группе реабилитации к значимым различиям добавились еще четыре шкалы. Заметные различия в ответах обнаружены на вопросы, связанные с чувством вины и чувством наказания. Наркозависимые в стадии острого абстинентного синдрома чувствуют себя виноватыми и при выборе ответов о степени наказанности в большинстве случаев выбирали следующий: « Я считаю, что уже наказан». На открытый вопрос о суицидальных мыслях для первой группы характерен следующий ответ: «Ко мне приходят мысли о суициде, но я не буду его осуществлять».

При оценке эмоциональной сферы для первой группы характерен был следующий ответ:

«Я не могу плакать, даже если мне очень хочется»

Между второй группой и контрольной выявлены следующие значимые различия, которые представлены в табл. 6

Табл.6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 2 Среднее значение | Контрольная группа Среднее значение | Значимое различие p |
| Состояние депрессии | 17,5 | 4,15 | 0,000 |
| Чувство вины | 1,5 | 0,20 | 0,001 |
| Чувство наказания | 1,7 | 0,00 | 0,000 |
| Эмоциональная сфера | 1,7 | 0,45 | 0,031 |

Стоит отметить, что для второй группы боле выражена тенденция к осознанию вины и наказания по сравнению с первой. Необходимо сказать, что эмоциональная сфера по отношению к контрольной группе не меняется в переходе от стадии острого абстинентного синдрома в стадию реабилитации.

**Вывод:** У наркозависимых как первой, так и второй групп наблюдается стабильность оценок в отношении осознания вины и трудностей в сфере выражения эмоций. Данные результаты могут являться одним из факторов возникновения суицидальных мыслей. Стоит обратить внимание на тот факт, что находясь в реабилитации, наркозависимые продолжают испытывать эмоциональный дискомфорт.

**3.3 Анализ результатов и различий между группами по методике «Шкала Безнадежности Бека»**

При оценке безнадежности по данной методике, хоть ответы очень часто носили демонстративный характер проявилась тенденция снижения уровня отрицательных оценок при прогнозировании своего будущего, в переходах от стадии острого абстинентного синдрома в стадии реабилитации. Данные по данной шкале представлены в табл.7 и в табл. 8,

Табл.7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 1 Среднее значение | Контрольная группа Среднее значение | Значимое различие p |
| Безнадежность | 5,12 | 0,9 | 0,000 |

Табл.8

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ПоказательГруппа 2 Среднее значениеКонтрольная группа Среднее значениеЗначимое различие p |  |  |  |
| Безнадежность | 2,7 | 0,9 | 0,004 |

Табл.9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 1 Среднее значение | Группа 2 Среднее значение | Значимое различие p |
| Безнадежность | 5,12 | 2,7 | 0,000 |

**Вывод:** Данная методика содержала открытые вопросы и использовалась в самом начале исследования. Как показал дальнейший ход исследования, ответы не соотносились с действительными переживаниями наркозависимого и его умению прогнозировать будущее. Поэтому хоть и проявились значимые различия, они не отвечают реальному мироощущению наркозависимых.

**3.4 Анализ результатов и различий между группами по методике Опросник Леонгарда - Шмишека**

При оценке результатов по данной методике, как уже отмечалось выше, я посчитал интересным и необходимым ввести следующие шкалы: «оценка жизни» и «суицидальные тенденции». Оценку жизни характеризовал вопрос «Считаете ли Вы жизнь трудной?». Суицидальные тенденции определялись вопросом «Бывает ли, что вы остерегаетесь того, что броситесь полд колеса проходящего поезда, или, стоя у окна многоэтажного дома, остерегаетесь того, что можете выпасть из окна?».

Если значимые различия суицидальных тенденций выявлены только при сравнении второй и контрольных групп. То значимые различия по шкале «оценка жизни» сохраняются как при сравнении первой и контрольной группы, так и второй и контрольной.

Также выявлены значимые различия по характеристике - «акцентуация характера». Для первой и второй группы характерны более высокие средние значения по шкалам акцентуаций, но значимые различия обнаружены в следующих шкалах: «застревающий», «аффективно - лабильный», «аффективно - экзальтированный».

Данные представлены в табл. 10, 11

Табл.10

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 1 Среднее значение | Контрольная группа Среднее значение | Значимое различие p |
| Аффективно-лабильный | 60,19 | 50,96 | 0,005 |
| Застревающий | 55,96 | 46,50 | 0,003 |
| Оценка жизни | 2,62 | 1,85 | 0,034 |

Табл.11

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Группа 2 Среднее значение | Контрольная группа Среднее значение | Значимое различие p |
| Аффективно- экзальтированный | 61,00 | 51,39 | 0,016 |
| Застревающий | 53,75 | 46,50 | 0,025 |
| Оценка жизни | 3,10 | 1,85 | 0,000 |
| Суицидальные тенденции | 2,40 | 1,30 | 0,016 |

**Вывод:** Акцентуации характера по типу «застревающий» и «аффективно - лабильный» относятся к более склонным в проявлении суицидального поведения. Их отличают повышенная эмоциональность и неуравновешенность. Акцентуации характера по типу «аффективно - экзальтированный» характеризует отсутствие полутонов. В данном исследовании удалось установить более выраженную степень проявления этих акцентуаций в группах наркозависимых по сравнению с контрольной группой.

**3.5** **Корреляционный анализ**

При корреляционном анализе в **первой группе** обнаружены следующие положительные и отрицательные корреляции:

Акцентуация характера по «возбудимому типу» отрицательно коррелирует с состоянием и выраженностью депрессии (r=0.6008 при p<0,05). Можно говорить о том, что чем выше показатели по «возбудимому» типу акцентуации характера , тем ниже состояние депрессии.

Акцентуация характера по «аффективно - лабильному» типу отрицательно коррелируют (r=0.524 при p<0.05) с эмоциональной сферой. Таким образом, чем выше показатели по аффективно - лабильному типу акцентуации, тем менее устойчивей эмоциональная сфера.

Акцентуация характера по «демонстративному» типу отрицательно коррелирует с состоянием депрессии (r=0.667 при p<0.05) и чувством вины (r=0.593 при p<0.05). Таким образом, чем выше демонстративные черты личности, тем слабее выражено состояние депрессии и осознание собственной вины.

Положительная корреляция по данному типу акцентуации получена в отношении «семейного статуса» (r=0.583 при p<0,05)и «чувством наказания» (r=0.608 при p<0.05). Можно отметить, что люди с выраженными демонстративными чертами более нуждаются в семейных отношениях. Желая показать открытость, в отношениях демонстрируют отсутствие страха перед наказанием, что соотносится с пониженным чувством вины.

Отмечены также положительные корреляции «суицидальных намерений» с «чувством вины» (r=0.565 при p<0,05) и «суицидальными мыслями» (r=0.612 при p<0,05). Это лишь подтверждает теоретические аспекты суицидологи: чем выше чувство вины, тем выше риск суицидального поведения.

В дополнении стоит сказать, что по параметру «состояние депрессии» имеются положительные корреллянты с «чувством вины» (r=0.629 при p<0.05) и «суицидальными мыслями» (r=0.585 при p<0.05).

В этой же группе стоит отметить положительную корреляцию акцентуации характера по «тревожно - боязливому» типу с «суицидальными мыслями» (r=0.555 при p<0,05).

**Во второй группе** отмечены следующие значимые корреляции:

Параметр «состояние депрессии» имеет положительную корреляцию с «чувством наказания» (r=0.744 при p<0,05). Можно сказать, что при высокой выраженности депрессионных состояний, в данной группе, мысли наркозависимых больше связаны с осознанием своих поступков, совершенных ими при наркотизации и ожиданием наказания.

Шкала «Побеги из дома» положительно коррелирует с параметрами, связанными с акцентуацией характера по «аффективно - лабильному» (r=0.657 при p<0.05) и «застревающему» (r=0.649 при p<0.05) типам. Можно сделать вывод о том, что чем выше будут выражены данные черты личности, тем большая вероятность прогнозирования их действий в кризисной ситуации. Мотивация будет направлена не на решение проблемы, а скорее на избегание и уход от нее.

В этой же группе отмечены положительная корреляция параметров акцентуаций характера по «аффективно- лабильному» (r=0.750 при p<0.05) и «застревающему» (r=0.772 при p<0.05) типам по отношению к «суицидальным мыслям».

Во второй группе также как и в первой наблюдается сохранность положительных корреляций, соответствующих теоретической модели суицидального поведения между: «чувством наказания» и «суицидом среди родственников» (r=0.667 при p<0.05), между «»суицидом среди родственников» и «количеством попыток» (r=0.745 при p<0.05).

**В третьей группе отмечены** следующие результаты:

В отличие от первой и второй группы в контрольной не обнаружено значимых значений корреляции.

Единственное, что было уже отмечено в контрольной группе наблюдаются положительные коррелянты между параметром - «суицидальные мысли» и «семейным статусом» (r=0.579 при p<0.05), а также между «суицидальные мысли» и «эмоциональная сфера» (r=0.500 при p<0.05). Данные подчеркивают важность семейных отношений на возникновение суицидальных тенденций.

**Вывод:** Стоит отметить, что как и при анализе статистических различий, при корреляционном анализе обнаружена связь между группами акцентуаций: по «застревающему» и «аффективно - лабильному» в отношении шкалы «суицидальные мысли». Преобладание данных черт способствует возникновению суицидального повеления.

**3.6 Результаты анализа случаев по итогам бесед и консультирования наркозависимых**

По итогам бесед и консультирования констатировано, что большинство исследуемых живут в неполных семьях, а там где присутствуют оба родителя, наблюдается отсутствие эмоционального контакта между членами семьи. В основном отношения носят формальный характер. В детстве преобладали крайние формы воспитания, такие как гиперопека и гипоопека. Контакт с отцом либо потерян полностью, либо носит характер полного непринятия роли отца в сегодняшней жизни наркозависимого. При ответе на вопрос, об отношении родителей к наркозависимому в детстве, большинство указывали на чувство обиды, которое присутствует до сих пор.

На просьбу «Перечислите значимых людей на данный момент в вашей жизни?». Наркозависимые указывали на родителей, но через какое - то время дополняли, что «они все равно не смогут на меня повлиять и не способны меня изменить».

Половина всех зарегистрированных попыток суицида произошло, когда наркозависмый находился в стадии острого абстинентного синдрома. Но суицидальные мысли и намерения возникают не импульсивно, а носят сознательный характер. Состояние абстинентного синдрома или в некоторых случаях, состояние употребления наркотика после длительной ремиссии, служит лишь катализатором к совершению суицида. Действие практически всегда носит осознанный характер.

**Выводы**

В данном исследовании мы выявили следующие суицидальные тенденции и особенности суицидального поведения, характерные для наркозависимых:

) Совершение суицидальных попыток носит осознанный характер и практически никогда не происходит импульсивно и спонтанно.

) Риск совершения повторных суицидальных попыток сохраняется независимо от стадии заболевания

) Виды реакций происходят по типу «избегания» и «отказа»

) Факторами, влияющими на возникновение суицидальных тенденций помимо ухудшающего физического состояния. Являются нарушения в психоэмоциональной сфере, отягощенные чувством вины и ожидания наказания

) Суицидальный риск наркозависимых выше по отношению к группе неупотребляющих наркотики, в два раза.

) Суицидальный риск не имеет значимых различий в зависимости от стадии заболевания

**Заключение**

Несмотря на незначительность выборки в проведенном исследовании, можно выявить значимые суицидальные тенденции в поведении наркозависимых.

Необходимо и в дальнейшем продолжить изучение суицидального поведения наркозависимых на разных стадиях заболевания. Необходимо при купировании острого абстинентного синдрома уделить повышенное внимание для выявления суицидального поведения наркозависимых, для проведения своевременных действий по превенции.

**Список и использованная литература**

1) М.В. Зотов Суицидальное поведение: механизмы, развитие и диагностика. Речь 2005

2) Э. Шнейдман Душа самоубийцы Смысл 2001

) А. Мустафа 165 дней за или против зависимости

) Р. Комер Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики Санкт - Петербург, 2002

) А.Е. Личко и В.С. Битенский Подростковая наркология Л.,1991

) П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация Санкт - Петербург «Лань» 2001

) К. Леонгард Акцентуации характера человека

) А.Е. Личко Психопатии и акцентуации характера у подростков Л., 1983

) К. Меннингер Война против самих себя

)О. Кольцова Психология работы с наркозависимыми 2006

) Г.В. Старшенбаум Аддиктология. Психология и психотерапия зависимостей 2004

) Г.В. Старшенбаум Суицидология и кризисная психотерапия Москва, 2005

) А. Бек, Раш Когнитивная психотерапия депрессии Санкт - Петербург, 2003

) Л.С. Фридман, Н.Ф. Флеминг Наркология Санкт - Петербург , 1998

) Вопросы психологии 2007

) Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский Наркотики: проблемы и их решение М., 2001

) И.Н. Пятницкая Наркомании: Руководство для врачей М., 1994

) В.Н. Дружинин «Экспериментальная психология» Питер, 2000

) О.П. Елисеев Практикум по психологии личности Питер. 2001

**Приложение**

**Любые сведения этой анкеты строго конфиденциальны и не могут быть разглашены третьим лицам. Сведения будут обобщены в рамках проводимого исследования с вашего разрешения.**

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение (подчеркнуть): не женат/ незамужем разведен (а)

В браке вдова/вдовец в браке (без регистрации)

Образование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Работа в настоящее время (нужное подчеркнуть) есть /нет

Наркотик , употребляемый до лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сколько дней находитесь в клинике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сколько лет употребляли наркотики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как часто вы употребляли наркотики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Был ли опыт употребления других наркотиков (если да, укажите какие)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Участвовали ли Вы в программах лечения от наркозависимости (если да, укажите программу, в которой принимали участие)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сколько раз находились на лечении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Максимальное количество дней нахождения в клинике \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Случались ли самоубийства в вашей семье (среди ближайших родственников) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Были ли у вас попытки совершить самоубийство (если да, укажите количество попыток и по возможности причину вашего решения) \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приходилось ли Вам быть свидетелем самоубийства знакомых, употреблявших наркотики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Были ли Вы свидетелем «золотого укола» (сознательного введения увеличенной дозы наркотика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Существуют ли у вас на данный момент намерения совершить самоубийство (если да, укажите причину вашего намерения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2008

**Благодарим Вас за участие и вашу искренность при проведении исследования**