



**ОСОБЕННОСТИ
ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ
НАРКОЗАВИСИМЫХ И ИХ РОЛЬ
В ПРЕКРАЩЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ
ВЕЩЕСТВ**


Пособие для врачей

**Санкт-Петербург
2009**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ
И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ**

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ им. В.М. БЕХТЕРЕВА**

«УТВЕРЖДАЮ»
Председатель научного совета по
Наркологии № 36 РАМН
Директор ФГУ
НИИ наркологии Росздрава
член-корр. РАМН, профессор
Н.Н. Иванец
2008 г.



**ОСОБЕННОСТИ
ЭМОЦИОНАЛЬНО-МОТИВАЦИОННОЙ
СФЕРЫ НАРКОЗАВИСИМЫХ И ИХ РОЛЬ
В ПРЕКРАЩЕНИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Пособие для врачей

Санкт-Петербург
2009

УДК: (616.89-008.441.13 + 159.947) - 07

Аннотация

В пособии представлены основные виды и особенности формирования мотивации потребления психоактивных средств (ПАВ). Рассмотрены биологические, психофизиологические, личностные и социальные факторы, способствующие потреблению и отказу от ПАВ. Изложены особенности мотивационной и эмоциональной сферы пациентов с наркотической и алкогольной зависимостью. Показана взаимосвязь между особенностями течения наркологических расстройств, эмоциональными нарушениями, смысложизненными ориентациями и формированием мотивации к отказу от ПАВ.

Комплексная оценка эмоционально-мотивационной сферы пациентов способствует повышению эффективности диагностики, лечения и реабилитации наркологических заболеваний.

Пособие предназначено для психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, социальных работников.

Настоящее пособие составлено в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева.

Авторы: Р.Д. Илюк, к. м. н., руководитель отделения терапии больных с аддиктивной патологией; Д.И. Громыко, к. м. н., научный сотрудник отделения терапии больных с аддиктивной патологией; И.В. Берно-Беллекур, к. м. н., к. пс. н., научный сотрудник отделения терапии больных с аддиктивной патологией.

Рецензенты: Н.Н. Петрова, д. м. н., профессор, заведующая кафедрой неврологии и психиатрии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета.

С.Ю. Калишевич, д. м. н., доцент кафедры наркологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

ISBN 978-5-94651-044-8

© Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2009

Список сокращений

АЗ — алкогольная зависимость

ГМ — головной мозг

ПАВ — психоактивное вещество

МОПАВ — мотивированные к отказу от потребления ПАВ

НОПАВ — не мотивированные к отказу от потребления ПАВ

АС — абстинентный синдром

ВВЕДЕНИЕ

Изучение роли эмоционально-мотивационной сферы личности в формировании зависимости и отказе от приема психоактивных веществ (ПАВ) является актуальной задачей научной и практической наркологии. Оказание медицинской помощи пациентам с зависимостью от ПАВ сопровождается рядом трудностей, которые связаны с низким уровнем мотивации, неадекватным отношением к заболеванию и терапевтическому процессу. Установка на лечение часто является кратковременной, что обусловлено неблагоприятным психосоматическим состоянием и социальными проблемами.

При проведении терапевтических мероприятий у зависимых от ПАВ основное внимание уделяется устранению симптомов интоксикации, явлений абстинентного синдрома, стабилизации соматического состояния, при этом коррекции нарушениям эмоционально-мотивационной сферы уделяется недостаточное внимание. В то же время эмоциональные расстройства являются препятствием в стабилизации ремиссий, приводят к рецидиву заболевания.

Развитие зависимости от ПАВ сопровождается мотивационной деформацией с формированием наркотической доминанты. Дефицит основополагающих потребностей и интересов в жизни, неспособность к упорядоченности в своей деятельности приводят к быстрой трансформации ведущих мотивов, при этом потребление ПАВ становится смыслообразующим фактором в поведении. Сохраняемые звенья в иерархии здоровых потребностей являются значимыми обстоятельствами, способными противодействовать аддиктивному потенциалу.

Для достижения положительных изменений в поведении больных с зависимостью от ПАВ необходимо проводить комплексную оценку эмоционально-мотивационной сферы пациентов и коррекцию выявляемых нарушений.

В данной работе рассмотрены подходы оценки эмоциональной и мотивационной сфер у зависимых от психоактивных веществ различных нозологических групп с целью совершенствования профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Опросник оценки мотивации к отказу от потребления ПАВ (Приложение 1).
2. Дифференциальная шкала эмоций К.Э. Изарда.
3. Тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФАКТОРОВ МОТИВАЦИИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Мотив — внутреннее состояние человека (нужда, идея или эмоция), которое побуждает к деятельности. Под мотивацией понимается динамический процесс развития, формирования и реализации имеющихся мотивов [9]. Чаще всего мотивационная деятельность направлена на удовлетворение актуальных потребностей. А.Х. Маслоу [14] создал одну из наиболее известных моделей иерархии потребностей, в которой выделил 5 основных уровней: 1) физиологические потребности, 2) потребность в безопасности, 3) потребность в любви, привязанности и принадлежности к определенной социальной группе, 4) потребность в уважении и признании, 5) потребность в самоактуализации, которая представляет собой высший уровень иерархии мотивов. При этом считается, что потребности более высокого уровня не могут быть удовлетворены, если предварительно не удовлетворены потребности ниже лежащих уровней.

Деятельность человека характеризуется полимотивированностью, то есть побуждается несколькими потребностями одновременно. При этом один мотив является основным, ведущим, а другие — подчиненными, играющими роль дополнительной стимуляции. Ведущий мотив придает осмысленность человеческой деятельности. Окончательное решение «что и как делать?» человек принимает, как правило, на основе внутренней системы ценностей (ценностные ориентации). Побуждающая функция мотива вызывает мобилизацию энергии, которая не исчезает до тех пор, пока не будет удовлетворена потребность. Сила мотива определяется сопровождающей его эмоциональной реакцией, в ряде случаев приобретающей аффективный характер. Выполнение поставленной цели, достижение запланированного результата приводит к угасанию актуальности мотива. При этом мотив и его компоненты (потребности, цели и т. д.), пути их достижения фиксируются в памяти как опыт. В зависимости от эмоциональной оценки пережитая потребность может стать ценностью или антиценностью для личности. В мотивационном процессе значительную роль играют факторы-«мотиваторы», которые обуславливают принятие человеком решения.

Мотивы и мотиваторы потребления ПАВ

В основе современной парадигмы формирования наркологических заболеваний лежит биопсихосоциальная теория, которая гласит, что зависимость от ПАВ формируется при определенном сочетании биологических, психологических и социальных обстоятельств, которые являются мотиваторами употребления ПАВ.

В докладе Всемирной организации здравоохранения «Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимости от них» [3]

проведен анализ индивидуальных, культурных, биологических, социальных причин и факторов окружающей среды, влияющих на вероятность потребления ПАВ. К обстоятельствам, способствующим употреблению ПАВ, отнесены: факторы окружающей среды — доступность психоактивных веществ, бедность, социальные изменения, уровень и нормы культуры окружающих людей, занятость, политика государства в отношении наркотических средств; индивидуальные факторы — генетическая предрасположенность, изменения личности, депрессия и суицидальное поведение, семейные проблемы, последствия жестокого обращения, слабая успеваемость в школе, низкий социальный статус.

Употребление наркотиков связано с комплексом мотивов. При этом характер ведущего мотива определяется стадией наркотизации, особенностями характера и другими факторами.

В.Ю. Завьялов [7] выделил следующие группы мотивов потребления ПАВ:

1. Социально-психологические мотивы (мотивы, обусловленные традициями и культурой; субмиссивные мотивы, отражающие подчинение давлению других людей или референтной группы; псевдокультурные, как стремление приспособиться к «наркотическим ценностям» наркогруппы).
2. Потребность в изменении собственного состояния (гедонистические мотивы; атарактические мотивы; мотивы гиперактивации поведения).
3. Патологическая мотивация, связанная с наличием абстинентного синдрома и патологического влечения к наркотику.

Культурально-религиозные, социальные, климатические факторы играют важную роль в предпочтении того или иного вида ПАВ.

Мотивы, обусловленные культурой и традициями. Культуральные отношения к употреблению ПАВ могут прямо и в значительной степени влиять на риск развития зависимости. К примеру, культуральная приемлемость употребления алкоголя в христианской культуре ассоциируется с высокими уровнями злоупотребления этим веществом, между тем у народов, проповедующих ислам, этот вид зависимости встречается гораздо реже, но может преобладать потребление других ПАВ (опий, каннабис и др.).

Культура влияет на характер употребления ПАВ, оказание помощи, также на успех или неудачу определенных видов лечения. Например, пьянство среди мужчин — уроженцев из Латинской Америки воспринимается как символ «мужественности», поэтому в таком сообществе терпимо относятся к злоупотреблению алкоголем и за врачебной помощью обращаются только в случае, когда мужчина уже не может содержать семью [22].

Климатические условия. Экстремальные экологические, климатические факторы оказывают влияние на потребление ПАВ. Например, в условиях Севера отмечается употребление крепких алкогольных напитков. Этанол, являясь высокоэффективным энергоносителем, вступает в конкуренцию с угле-

водами, липидами в организме в качестве источника энергии и тепла. Токсичность алкоголя на фоне нехватки витаминов и других биоактивных веществ, а также действие на организм температурных и иных стрессовых факторов среды возрастает в 1,5–2,2 раза. Все в совокупности способствует формированию алкогольной зависимости в 1,8–2,2 раза быстрее, чем, к примеру, в регионах с умеренным климатом. Данный феномен получил название северного типа алкоголизма [10].

К социальным факторам, побуждающих к употреблению ПАВ, можно отнести экономическое расслоение общества и безработицу. Серьезным мотиватором потребления ПАВ являются, с одной стороны, активная пропаганда, реклама в средствах массовой информации пива, табака и направления молодежной субкультуры, связанные с употреблением ПАВ, а с другой — доступность этих веществ. Необходимо отметить, что проводимая средствами массовой информации «антинаркотическая пропаганда» отличается недифференцированностью, мозаичностью и непоследовательностью. Это формирует у молодежи противоречивость представлений о наркотиках, под влиянием, с одной стороны, пропагандируемого образа «наркомана», а с другой — интереса к употреблению психоактивных веществ. Расхождение законов и традиций молодежной субкультуры приводит к когнитивному диссонансу в отношении мотивов употребления ПАВ. Уменьшение мотивации к образованию, культивация ценностей, в которых присутствуют элементы немедленного получения удовольствия и исполнения желаний, становятся важными ингредиентами аддиктивного стиля жизни. Технократизация и высокий ритм современной жизни вызывают серьезные психоэмоциональные перегрузки. ПАВ часто выступают в роли адаптогена, повышают неспецифическую устойчивость организма к действию стрессовых факторов среды и приводят к быстрому формированию зависимостей.

Семья и характер взаимоотношений в семье. Приобщение к наркотикам и характер злоупотребления ПАВ в значительной степени связаны с характером внутрисемейных отношений. Употребления ПАВ родителями, дезорганизация семьи, эмоциональное, физическое или сексуальное насилие, негативные коммуникации между родителями и детьми способствуют формированию зависимости от ПАВ, воздействуют на течение заболевания. В семьях, испытывающих материальные затруднения, риск возникновения зависимости от ПАВ в 2,5 раза выше, чем в семьях с материальным достатком.

Псевдокультуральная форма мотивации связана с мировоззренческими установками и пристрастиями личности. Интерес к ПАВ обусловлен стремлением быть сопричастным к кругу избранных, мнимой способностью понимать и воспринимать ПАВ более утонченно по сравнению с другими людьми.

Субмиссивная мотивация отмечается при стремлении личности соответствовать правилам поведения референтной группы.

Гедонистическая мотивация связана с потребностью в получении удовольствия, наслаждения, эйфории от потребления ПАВ. В состоянии опьяне-

ния мироощущение становится более ярким, красочным, благодушным. Такой тип мотивации часто преобладает при растормаживании влечений у пациентов с психоорганическим синдромом, для которых основным стимулом поведения является реализация пищевых, сексуальных и других «гедонических» переживаний.

Атарактическая мотивация обуславливает потребление ПАВ с целью облегчения эмоционального состояния. Наличие психического дискомфорта различного регистра (тревога, раздражительность, страх, расстройства настроения и другое) стимулирует желание использовать ПАВ.

Мотивация с гиперактивацией поведения под действием ПАВ. Основной потребностью при этом является стремление избавиться от состояния апатии, пассивности, безразличия. Потребление наркотика вызывает прилив энергии, субъективное ощущение расширения возможностей, облегчение контактов с окружающими. Следует особо отметить часто встречающуюся потребность в повышении сексуальной активности, что является причиной совместного потребления ПАВ сексуальными партнерами.

Личностные характеристики, влияющие на мотивацию потребления ПАВ

Н.А. Сирота [22] считает, что для возникновения наркоманий важную роль играют такие преморбидные характерологические особенности, как преобладание торможения в психических процессах, аффективные, астенические и вегетативные расстройства.

По данным М.Л. Рохлиной и А.А. Козлова [21], около 60% больных наркоманиями характеризуются преморбидными личностными девиациями. Более половины данных девиаций представлены признаками психического инфантилизма, повышенной возбудимостью, неврастенией, психоастеническими, истероформными и шизоидными чертами характера.

Выявлена связь между личностными особенностями и потребностью в эйфории опийного типа [8]. При этом показано, что чем больше у больных проявляются черты возбудимости, аффективной неустойчивости, истероидности, агрессивности, тем выраженнее у них стремление к опийной эйфории.

Формированию зависимости способствуют преморбидные отклонения личности. По мнению В.Д. Менделевича [15], выделяются три варианта аномалий:

- при аморфной личностной структуре со слабо выраженными иерархическими отношениями в системе потребностей и мотивов любая сколько-нибудь значимая потребность быстро становится доминирующей;
- при недостаточности внутреннего контроля неполная интернализация групповых норм не позволяет выработать внутренние формы контроля;

- при аномалии микросреды искаженные групповые нормы формируют аномальные установки на употребление веществ, изменяющих психическое состояние.

Нездоровый образ жизни, алкоголизация, употребление наркотиков и токсических веществ, делинквентное поведение, включая сексуальные девиации, уход от социально-конструктивной деятельности, праздное времяпрепровождение — все это дает основания для формирования концепции саморазрушающего поведения как проявления дисфункционального состояния личности [18].

К факторам, оказывающим влияние на злоупотребление наркотическими веществами, относятся расстройства личности. У пациентов, потребляющих ПАВ, наиболее часто встречаются: диссоциальные, неустойчивые, истерические, шизоидные и смешанные расстройства личности.

При *диссоциальном* расстройстве потребление ПАВ начинается в раннем возрасте. Первичные мотивы наркотизации — гедонизм и гиперактивация сенсомоторной сферы. В случае достижения воздержания от одного наркотика высока вероятность развития зависимости от других ПАВ. *Неустойчивый* тип акцентуации и психопатии, по мнению А.Е. Личко, стоит на первом месте по риску аддиктивного поведения и наркомании. Основным мотивом потребления является облегчение контакта с окружающими. При *истероидном* расстройстве личности аддиктивное поведение в самом начале окрашено демонстративностью, первичные мотивы употребления ПАВ — гиперактивация поведения с демонстративностью. Особенностью аддиктивного поведения у лиц с *шизоидным* расстройством является предпочтение потребления галлюциногенов, каннабиноидов, опиатов; типичен бессистемный прием ПАВ. Мотивом потребления ПАВ при *тревожном расстройстве личности* часто является снятие напряжения, тревоги. ПАВ помогают преодолеть представление о социальной недееспособности и личностной непривлекательности, что повышает уверенность в себе и способность к коммуникации.

Психофизиологические механизмы формирования мотивации потребления ПАВ

Основным мотивом поведения зависимых от ПАВ является активное стремление к изменению неудовлетворяющего психического состояния, которое представляется скучным, однообразным и монотонным. Окружающие события не вызывают интереса и не являются источником приятных эмоциональных переживаний. Употребление психоактивных препаратов приводит к изменениям в эмоциональной сфере.

Формирование наркомании связано с влиянием ПАВ на эмоционально-позитивные центры головного мозга. При этом, согласно теории И.П. Павлова, вырабатывается рефлекс цели, который вызывает поиск после-

дующего позитивного подкрепления поведения. Согласно исследованиям Н.П. Бехтеревой [1], под воздействием последующего позитивного подкрепления возникающая функциональная система в головном мозге становится все более устойчивой и вызывает развитие патологического состояния.

Научные исследования позволили получить представления о сложной структурно-функциональной организации эмоционального поведения. Показано, что в основе такого поведения лежат представления о наличии мотивационных и подкрепляющих компонентов, среди которых главную роль играет система удовольствия и неудовольствия, а также эмоционального положительного или отрицательного подкрепления. Результаты психофармакологического исследования позволили сделать предположение о том, что влечение к наркотическому опьянению и эйфория вследствие этого опьянения обусловлены воздействием наркотиков на центры положительных эмоций, активация которых подкрепляет систему удовольствия [2].

При наличии зависимости ПАВ постоянно возбуждают мотивационные системы мозга, которые обычно активизируются такими важными раздражителями, как пища, вода, опасность. Головной мозг переключается на употребление ПАВ как на биологически необходимые. После неоднократного воздействия ассоциативная связь становится все крепче, вызывая более выраженную поведенческую и нейрохимическую реакцию. Это явление известно как побудительная сенсбилизация, посредством которой ПАВ и связанные с их употреблением раздражители получают все возрастающую мотивационную и поведенческую значимость.

В основе биологической модели формирования мотивации к употреблению ПАВ лежит дисфункция нейромедиаторных систем головного мозга. В первую очередь это относится к опиоидной, дофаминергической, серотонинергической, норадренергической, ГАМК- и глутаматергической нейротрансмиссиям.

Употребление препаратов опиоидного ряда нарушает работу опиоидных рецепторов и эндогенных опиоидных пептидов, вызывает изменения нейротрансмиссии. Опиоидные рецепторы (μ , κ и δ) и эндогенные опиоидные пептиды выполняют значимую роль в работе ЦНС. Эндогенные пептиды вовлечены в регуляцию целого ряда функций: памяти, обучения, реакции на стресс, эмоционального ответа, настроения и т. д. Таким образом, постоянная активация опиоидных рецепторов приводит к изменениям на клеточном уровне, которые проявляют себя такими клиническими феноменами, как рост толерантности, зависимость, абстиненция и влечение, психопатологические расстройства [3]. Мотивы потребления опиатов: снижение напряжения, облегчение социальных контактов, купирование физической боли, отвлечение от стоящих насущных вопросов, желание испытать релаксацию и эйфорию, устранение тревоги и страхов.

Кокаин вызывает активацию D_1 - и D_2 -дофаминовых рецепторов головного мозга, что определяет изменения в эмоциональной сфере и поведении.

Это является пусковым механизмом мотивации потребления кокаина. Поведенческие реакции сопровождаются возбуждением симпатической нервной системы (тахикардия, гипертензия и т. д.). В ЦНС кокаин действует как моноаминный транспортный блокатор дофамина, серотонина и норэпинефрина. При хроническом потреблении отмечается снижение уровня активности дофамин- D_2 -рецепторов в стриатуме [3]. Амфетамины способствуют высвобождению дофамина из нервных окончаний, в отличие от кокаина, который блокирует обратный захват моноаминов в нервных окончаниях. Амфетамин также активизирует катехоламиновые рецепторы, вызывая моноаминергическую активность. Мотивы потребления кокаина и амфетаминов: повышение ощущений бодрости и уверенности в себе, снижение чувства усталости, повышение психофизической выносливости, стимуляция сексуального возбуждения, снижение веса.

MDMA («экстази») вызывает изменение уровней биохимических показателей нейротрансмитеров: серотонина, дофамина, норэпинефрина. Серотонин играет главную роль в медиаторных эффектах «экстази». MDMA инициирует высвобождение серотонина и блокирует его обратный захват в нервных окончаниях. «Экстази» также способствует высвобождению дофамина. Хроническое употребление MDMA вызывает снижение уровня серотонина и деструкцию нейронов головного мозга [3]. Мотив для употребления «экстази»: желание испытать хорошее настроение, радость, удовольствие от танцев и музыки.

Диэтиловый амид лизергиновой кислоты (ЛСД) и родственные ему препараты имеют структуру, сходную с серотонином. Неоднократное потребление ЛСД приводит к снижению количества рецепторов серотонинергической системы, что является причиной поведенческих и эмоциональных нарушений [3]. Мотивы для потребления ЛСД: психоделические путешествия, экспериментальное изменение восприятия, «расширение сознания», рождение новых идей.

Каннабиноиды посредством дельта-9-тетрагидроканнабинола воздействуют на СВ-1-каннабиноидные рецепторы, широко представленные в ЦНС, что приводит к нарушениям в эмоциональной сфере у зависимых. СВ-1-каннабиноидные рецепторы, располагаясь на нервных окончаниях, подавляют функционирование целого ряда нейротрансмитеров: ацетилхолина, норадреналина, дофамина, 5-гидрокситриптамина, ГАМК и других. Под воздействием дельта-9-тетрагидроканнабинола происходит увеличение активности дофамина в мезолимбических структурах головного мозга, что вызывает эйфорию, позитивное эмоциональное состояние, а также является причиной формирования зависимости [3]. Мотивы потребления каннабиноидов: повышение настроения, улучшение социальных контактов, экспериментальное изменение восприятия и мышления, активизация творческой активности.

Механизм действия ингалянтов сходен с действием классических депрессирующих лекарств (барбитураты, бензодиазепины и алкоголь). Считается, что

ингалянты воздействуют на головной мозг через ГАМК-ергическую систему. Летучие органические вещества оказывают влияние на дофаминергическую нейромедиаторную систему, вызывая увеличение внеклеточного дофамина. Хроническая ингаляция толуолом приводит к локомоторной гиперактивности из-за увеличения дофамин- D_2 -рецепторов и блокады антагонистов D_2 -рецепторов [3]. Мотивы потребления ингалянтов: состояние опьянения, получение удовольствия, изменение восприятия, сексуальное возбуждение.

Воздействие этанола на головной мозг осуществляется через ГАМК-ергические системы. Алкоголь, реагируя с ГАМК-чувствительными рецепторами, изменяет состояние главной тормозной нейромедиаторной системы мозга. Изучено двухфазное влияние этанола на серотонинергическую активность. На первом этапе отмечается временное увеличение концентрации серотонина, а затем его снижение в головном мозге. Доказано, что эффекты алкоголя могут быть реализованы системой глутаминовой кислоты и рецепторами N-метил-D-аспартата (NMDA) [3]. Мотивы потребления алкоголя: повышение настроения, состояние опьянения, получение удовольствия.

МОТИВАЦИЯ ОТКАЗА ОТ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

Формирование мотивации на отказ от потребления ПАВ зависит от целого ряда факторов: социальных, психологических, биологических, терапевтических.

Социальные факторы являются важным звеном в формировании мотивации к отказу от ПАВ. Наличие в обществе здоровых обычаев и традиций, просвещение в вопросах негативного влияния ПАВ на здоровье позволяют достигать усвоению трезвеннических позиций. Общество имеет возможность осуществлять давление на индивида в виде санкций. При этом санкции могут быть формальными — в виде законодательно оформленных способов борьбы государства с потреблением ПАВ. Неформальные санкции представляют собой морально-этические способы давления общества на личность. Все они направлены на коррекцию отношения личности к ПАВ.

Большое значение при отказе от ПАВ играют снижение доступности и рекламы ПАВ, формирование досуга и занятости, эффективность работы правоохранительных органов и таможенных служб, наличие доступного лечения.

Важная роль в мотивации к отказу от ПАВ принадлежит *семейному фактору*. Способность членов семьи давать адекватную оценку состоянию здоровья больного родственника, готовность принимать участие в судьбе зависимых от ПАВ и оказывать им поддержку — все это часто позволяет больным обрести уверенность в своих силах и выработать установку на отказ от ПАВ.

Биологические факторы. Хроническое потребление ПАВ может приводить к органическому поражению головного мозга, изменению восприятия ПАВ и, как следствие, к полному прекращению его потребления. Биологиче-

ский фактор может влиять на формирование мотивации к отказу от ПАВ. Например, известно о наличии аверсивной реакции на алкоголь у монголоидов. Выявлено, что у них существуют низкая активность изозима ацетальдегидрогеназы-2 (АцДГ-2) и высокая активность алкогольдегидрогеназы-1 (АДГ-1), которая выше, чем у европеоидов, в 50–100 раз. Вследствие этого при контакте с алкоголем у монголоидов идет быстрое накопление ацетальдегида с дальнейшим медленным его разрушением, что резко снижает переносимость этанола и увеличивает мотивацию на отказ от потребления данного ПАВ.

Терапевтические факторы. При любом терапевтическом воздействии врач направляет свои усилия на коррекцию мотивационной системы больного. Программы терапии наркологических заболеваний, направленные на прекращение потребления ПАВ и мотивацию к отказу от ПАВ, включают в качестве основного элемента применение лекарственных средств. Среди многочисленных фармакологических препаратов можно выделить препараты, применение которых приводит к полному отказу от употребления ПАВ (аверсивные препараты — дисульфирам, цианамид), и средства, которые снижают потребление ПАВ (антиконвульсанты, антидепрессанты, агонисты-антагонисты опиатных рецепторов и т. д.). Психотерапия является важнейшим фактором формирования мотивации на отказ от употребления ПАВ. При зависимости от ПАВ психотерапия проводится со следующими целями: изменение поведения, связанного с употреблением наркотиков и риском распространения ВИЧ-инфекции; коррекция эмоциональных расстройств; формирование позитивных потребностей и навыков саморегуляции; реконструкция и восстановление нарушенных семейных взаимоотношений. Одной из основных задач при этом является поэтапный перевод мотивировки отказа от ПАВ (установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т. д.) в истинный мотив отказа от ПАВ как полноценную потребность в трезвой жизни.

Мотивационное взаимодействие не ограничено во времени и, соответственно, может условно подразделяться на следующие этапы: этап формирования мотивации к первой встрече с терапевтом, этап поддержания мотивации к участию в следующих психотерапевтических встречах и, наконец, формирование мотивации к освобождению от зависимости от терапевта.

Основой современных психотерапевтических интервенций являются техника мотивационного интервью (МИ) и когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

Специфичность собственно мотивационной психотерапии определяется феноменом анозогнозии, которая является обязательным проявлением зависимости от психоактивных веществ. Применяемые психосоциальные и терапевтические мотивационные интервенции должны способствовать трансформации мотивов из внешних во внутренние, иметь эмоциональную насыщенность для пациентов, оставлять в их памяти значимые воспоминания.

Психологические факторы. Психологические мотиваторы отказа от ПАВ выделяются в следующие группы [14]: нравственный контроль (наличие нравственных принципов), предпочтения (интересы, склонности), внешняя ситуация, собственные возможности (знания, умения, навыки), собственное состояние в данный момент, условия достижения цели (затраты усилий и времени), последствия собственных поступков.

И.Н. Коновалов и В.И. Мельник считают, что психологическая мотивация отказа от употребления наркотиков сводится к двум ведущим мотивам: страху и чувству вины. Главными страхами для подростков являются страх тяжелой болезни и собственной ранней смерти. Чувство вины у таких подростков чаще всего возникает перед родителями.

В 1985 году В.В. Гульданоном проведен сравнительный психосемантический анализ мотивов приема и отказа от наркотиков у подростков асоциального и аддитивного поведения (30 человек) и учащихся одной из московских школ (контрольная группа из 30 человек). Все испытуемые в качестве ведущих мотивов отказа от приема наркотиков указали опасения за здоровье («разрушение организма», «привычка», «боязнь стать психически неполноценными»). Наказание со стороны родителей, как и исключение из учебного заведения, единодушно всеми испытуемыми признано несущественным в решении вопроса об отказе от наркотиков. Страх смерти одинаково нейтрален для всех испытуемых этого возраста. В группе подростков с отклоняющимся от нормы поведением установлена бóльшая подверженность давлению группы в отношении приема наркотиков, более формальный подход к выбору мотивов отказа.

Психологически значимыми факторами для формирования мотивации к отказу от потребления ПАВ являются: преодоление анозогнозии, адекватное отношение к себе, гармонизация межличностных отношений, преодоление кризиса морально-этических ценностей и здоровый образ жизни [4].

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ

Из клинических факторов эмоциональные расстройства являются частой причиной возобновления потребления ПАВ.

По мнению И.Н. Пятницкой и Н.Г. Найденовой [20], формирование установки на воздержание у больных наркоманиями во многом зависит от состояния эмоциональной сферы в постабстинентный период. Показано, что такие аффективные расстройства, как депрессия, дисфория, раздражительность, гневливость, возникающие на данном этапе заболевания, являются наиболее опасными для провоцирования рецидивов.

При *опиоидной зависимости* в постабстинентном состоянии отмечается синдром ангедонии с симптомами пониженного настроения, внутреннего

напряжения, раздражительности, дисфории, апатии. По данным исследования, проведенного в 2002 году Е.М. Крупицким с соавторами [12], у всех испытуемых (69 больных героиновой наркоманией) диагностирован синдром ангедонии. И.И. Пятницкая [19] сообщает о том, что в постабстинентном периоде у опийных зависимых преобладает астеническое состояние с высокой утомляемостью, затруднением концентрации внимания, эмоциональной лабильностью.

При зависимости от стимуляторов в постабстинентном состоянии доминируют эмоциональная неустойчивость, гиперестезия, дисфория в сочетании с депрессивной симптоматикой, чаще протекающей с апатическим оттенком. Такие состояния, как правило, носят затяжной характер и требуют длительной терапии [18, 26].

У зависимых от галлюциногенов постабстинентное состояние проявляется апатией, астенией, снижением энергетического потенциала. Для больных характерны вялость, отсутствие интереса к жизни, нежелание контактировать с окружающими, периодически отмечаются приступы тревоги, страха [22, 23].

Исследование последствий злоупотребления «экстази» в постабстинентный период у 430 регулярных потребителей показывало снижение настроения у 83% испытуемых. В дальнейшем у 37% из них диагностировались депрессивные расстройства. Постабстинентный синдром характеризуется картиной тревожно-ажитированной депрессии с тоскливо-злобным настроением, идеями самообвинения, суицидальной настроенностью. В некоторых случаях отмечено психомоторное возбуждение с многоречивостью и ипохондрическими переживаниями [28]. Наиболее тяжелыми расстройствами, часто требующими медицинского вмешательства, являются психотические состояния («flashback»), сопровождающиеся выраженными аффективными расстройствами, возникающими без потребления галлюциногенов [27].

При зависимости от каннабиноидов в постабстинентном состоянии отмечается эмоциональная лабильность. Больные могут демонстрировать нетерпимость, раздражительность, неустойчивый характер отношений с окружающими. Из последствий хронического потребления каннабиноидов выделяют амотивационный синдром, включающий пониженный фон настроения, астению, безынициативность, отсутствие интереса к жизни [23].

При зависимости от ингалянтов эмоциональные расстройства в постабстинентном состоянии обусловлены развитием психоорганического синдрома. Нарушения в эмоциональной сфере протекают в основном по психопатоподобному типу и сопровождаются дисфорией, раздражительностью, гиперестезией, эмоциональной лабильностью. В поведении отмечаются затруднения в установлении контактов с окружающими, частые конфликты с проявлениями агрессии, асоциальными поступками, астения [17]. При наличии астении преобладают нарастающая пассивность, вялость, медлительность, склонность держаться в стороне от сверстников [13]. Нарушения в

аффективной сфере сочетаются с поведенческими расстройствами. По данным исследования, проведенного у 41 больного в 2006 году, были выявлены затруднения в осуществлении целенаправленной деятельности. В поведении испытуемых отмечены высокая конфликтность, неустойчивость интересов. Данные пациенты, как правило, ориентированы на удовлетворение примитивных потребностей, для них была характерна утрата моральных и социальных норм [8].

При зависимости от алкоголя в постабстинентный период нарушения эмоциональной сферы характеризуются астеническими проявлениями, колебаниями настроения, раздражительностью. Аффективные расстройства часто проявляются очерченными синдромами: депрессивным, тревожно-депрессивным, астено-депрессивным, депрессивно-ипохондрическим, дисфорическим. Эмоциональная патология сохраняется до 4–6 месяцев. По мере стабилизации ремиссий аффективные и астенические проявления становятся менее выраженными и короткими по продолжительности [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ И МОТИВАЦИОННОЙ СФЕР У ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

Цель исследования: выявление характерных особенностей эмоционально-мотивационной сферы потребителей ПАВ.

Объект исследования: всего обследовано 189 человек, 139 (72,2%) мужчин и 50 (27,8%) женщин. 30,7% пациентов (58 человек) имеют зависимость от опиатов, 22% (42 человека) — зависимость от стимуляторов, 27,1% (51 человек) — полинаркотическую зависимость и 20,1% (38 человек) — алкогольную зависимость.

Средний возраст пациентов с алкогольной зависимостью составил $33,71 \pm 0,90$ года, полинаркотической зависимостью — $26,12 \pm 0,74$ года, опиоидной зависимостью — $24,62 \pm 0,67$ года, зависимостью от стимуляторов — $21,74 \pm 0,79$ года.

Пациенты с критичностью к заболеванию, отрицанием возможности потребления ПАВ по всем вопросам «Опросника оценки мотивации на отказ от потребления ПАВ» включались в группу с мотивацией к отказу от ПАВ. В случае отсутствия критичности, наличия позитивного ответа на вопрос о возможности потребления ПАВ испытуемый зачислялся в группу без мотивации к отказу от ПАВ.

Место исследования. Исследование проводилось на отделении терапии больных с аддиктивной патологией и отделении лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Таблица 1

Клинико-демографические показатели зависимых от ПАВ

	Алкогольная зависимость	Зависимость от опиоидов	Зависимость от стимуляторов	Полинаркотич. зависимость
Число обследованных	38 (20,1%)	58 (30,7%)	42 (22%)	51 (27,1%)
Средний возраст	33,71 ± 0,90	24,62 ± 0,67	21,74 ± 0,79	26,12 ± 0,74
Мужчины	33 (24%)	36 (25,7%)	32 (23%)	38 (27,3%)
Женщины	5 (10%)	22 (44%)	10 (20%)	13 (26%)
С мотивацией на отказ от ПАВ	23 (26,4%)	30 (36,1%)	16 (18,4%)	18 (20,1%)
Без мотивации на отказ от ПАВ	15 (14,7%)	28 (27,5%)	26 (25,5%)	33 (32,3%)
Средняя продолжительность заболевания (годы)	6,18 ± 0,60*	4,98 ± 0,32	3,10 ± 0,42*	5,76 ± 0,50
Средний возраст начала заболевания (годы)	27,79 ± 0,31	19,66 ± 0,50	18,62 ± 0,52	20,92 ± 0,63
Средняя длительность синдрома отмены (дни)	3,79 ± 0,24*	4,17 ± 0,31	6,64 ± 0,27*	6,00 ± 0,34*
Средняя длительность спонтанных ремиссий (месяц)	5,89 ± 1,39	5,29 ± 1,91	6,24 ± 2,27	4,43 ± 1,12
Среднее число обращений за медицинской помощью	0,99 ± 0,32	0,89 ± 0,03	1,27 ± 0,27	1,31 ± 0,28
Средняя длительность абстиненции после лечения (месяц)	10,26 ± 2,04	6,4 ± 0,32	6,36 ± 1,18	6,75 ± 1,56
Отношение длительности ремиссий к длительности заболевания	0,22 ± 0,03*	0,12 ± 0,02*	0,11 ± 0,03*	0,10 ± 0,02*

* Значимые отличия пациентов с алкогольной зависимостью от пациентов других групп (p < 0,05)

Критерии включения: зависимость от опиатов (F11.20; F11.21), зависимость от стимуляторов (F15.20; F15.21), полинаркотическая зависимость (F19.20; F19.21), зависимость от алкоголя (F10.21), со сроком воздержания от алкоголя и наркотиков более 7 суток до начала исследования; возраст от 18 лет.

Критерии исключения: в исследование не включались больные с шизофренией, биполярными аффективными расстройствами, эпилепсией, выраженной неврологической симптоматикой, с тяжелой соматической патологией.

Методы исследования. Для оценки тяжести заболевания и наличия эмоциональных расстройств применялся разработанный авторами «Клинический опросник». Эмоциональные характеристики обследуемых оценивались с помощью Дифференциальной шкалы эмоций К.Э. Изарда. Оценка осмысленности жизни и способности управлять ею проводилась с использованием Теста смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева.

Для исследования уровня мотивации к отказу от потребления ПАВ на отделении терапии больных с аддиктивной патологией НИПНИ им. В.М. Бехтерева был разработан «Опросник оценки мотивации на отказ от потребления ПАВ» (Приложение 1), построенный по принципу семантического дифференциала, включающий следующие вопросы:

- наличие критики к заболеванию;
- установка на лечение с целью прекратить потребление ПАВ;
- возможность в будущем употребления малых доз ПАВ;
- вероятность в дальнейшем повторения опыта потребления ПАВ;
- уверенность в том, что в будущем потребление ПАВ не будет происходить.

Методы математической обработки. Для статистической обработки использовался пакет SPSS-12. Статистическая достоверность различий оценивалась при помощи t-критерия Стьюдента и критерия Манна–Уитни. Корреляционный анализ проводился с вычислением коэффициентов Пирсона и Спирмена.

Результаты исследования. Наибольшая продолжительность заболевания отмечалась в группе пациентов с алкогольной зависимостью ($6,18 \pm 0,60$ года), несколько меньшая — у обследованных с полинаркотической зависимостью — $5,76 \pm 0,50$ года, при опиийной зависимости — $4,98 \pm 0,32$, а наименьшая наблюдалась в группе зависимых от стимуляторов — $3,10 \pm 0,42$ года. Длительность заболевания была достоверно больше у пациентов с алкогольной зависимостью по сравнению с зависимыми от стимуляторов (табл. 1). Максимальная длительность синдрома отмены выявлена у пациентов с зависимостью от стимуляторов ($6,64 \pm 0,27$ дня), при полинаркотической зависимости она составила $6,00 \pm 0,34$ дня, при опиийной зависимости — $4,17 \pm 0,31$ дня, наименьшая наблюдалась у зависимых от алкоголя ($3,79 \pm 0,24$ дня). Длительность синдрома отмены значительно меньше ($p < 0,05$) у больных алкоголизмом по сравнению с группами полинаркотической и стимуляторной зависимости.

Средняя продолжительность воздержания от потребления ПАВ после лечения достоверно выше ($p < 0,05$) у пациентов с алкогольной зависимостью

(10,26 ± 2,04) по сравнению с потребителями опиатов (6,4 ± 0,32), стимуляторов (6,75 ± 1,56) и пациентов с полинаркотической зависимостью (6,36 ± 1,18).

Отмечено значимое повышение ($p < 0,05$) показателя отношения длительности ремиссий к длительности заболевания у больных алкоголизмом (0,22 ± 0,03) по сравнению с пациентами из опиной (0,12 ± 0,02), стимуляторной (0,11 ± 0,03) и полинаркоманической (0,10 ± 0,02) групп.

В группе обследуемых МОПАВ (по сравнению с группой НОПАВ) спонтанные ремиссии в анамнезе были достоверно продолжительнее ($p < 0,05$) при опиатной (10,47 ± 2,08 и 3,79 ± 1,09 месяца) и полинаркотической зависимости (6,94 ± 2,41 и 3,06 ± 1,02 месяца). В этой же группе показатель отношения длительности ремиссии к длительности заболевания, свидетельствующий об относительно благополучном течении заболевания, был значимо выше в группах с опиатной (0,28 ± 0,41 и 0,12 ± 0,03 месяца, $p < 0,05$), стимуляторной (0,16 ± 0,05 и 0,09 ± 0,03 месяца, $p < 0,05$) и полинаркоманической зависимостью (0,20 ± 0,04 и 0,11 ± 0,02 месяца, $p < 0,05$) (табл. 2).

Средняя продолжительность трезвости после лечения была достоверно выше ($p < 0,05$) у больных МОПАВ, чем у зависимых НОПАВ в группах с опиатной зависимостью и полинаркотической зависимостью.

Таблица 2

Сравнительная характеристика клинических показателей больных, зависимых от ПАВ, с различным отношением к отказу от ПАВ

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ
Отношение длительности ремиссий к длительности заболевания	0,28 ± 0,41*	0,12 ± 0,03*	0,16 ± 0,05*	0,09 ± 0,03*	0,20 ± 0,04*	0,11 ± 0,02*	0,25 ± 0,04	0,18 ± 0,04
Спонтанные ремиссии (месяц)	10,47 ± 2,08	3,79 ± 1,09*	9,88 ± 4,72	2,46 ± 0,74	6,94 ± 2,41*	3,06 ± 1,02*	6,17 ± 1,65	5,47 ± 2,51
Трезвость после лечения (мес.)	8,67 ± 1,89*	3,89 ± 1,23*	1,38 ± 0,81	0,19 ± 0,11	9,06 ± 2,96*	5,48 ± 1,80*	10,83 ± 2,96	9,40 ± 2,57

* Достоверность различий между группами МОПАВ и НОПАВ $p \leq 0,05$

В группах с МОПАВ по сравнению с пациентами НОПАВ достоверно чаще отмечались (табл. 3):

1. Критичность и выраженная значимость мнения окружающих о себе — у пациентов всех подгрупп.
2. Высокий уровень образования и рабочей квалификации — в опийной и стимуляторной подгруппах.
3. Серьезное отношение к своему будущему — в подгруппах зависимых от опиоидов и алкоголя.

Таблица 3

Социально-психологические показатели больных, зависимых от ПАВ, с различной мотивацией к отказу от ПАВ

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ
Образование	25,79*	34,42*	20,38*	26,43*	24,09	26,43	20,42	22,33
Семейное положение	26,53	30,35	22,57	21,72	23,82	29,63	21,68	25,17
Рабочая квалификация	27,16*	36,82*	21,59*	28,39*	25,31	29,14	23,92	26,21
Серьезное отношение к своему будущему	24,57*	33,58*	23,74	26,23	28,85	32,62	22,47*	29,54*
Значимость мнения окружающих о себе	26,54*	37,41*	24,75*	29,41*	26,51*	35,73*	20,41*	30,05*
Наличие критики к болезни	23,95*	39,64*	25,63*	37,86*	24,32*	34,92*	22,87*	31,37*

* Достоверность различий между группами МОПАВ и НОПАВ $p \leq 0,05$

При использовании дифференциальной шкалы эмоций К.Э. Изарда (табл. 4 и 5) было выявлено, что во всех группах испытуемых МОПАВ и имевших ремиссии более 6 месяцев отмечают достоверно ($p \leq 0,05$) более высокие показатели эмоции вины. Вина, по мнению К.Э. Изарда, обязательно сопровождается осуждением своего поступка и самого себя. Формирование чувства вины у потребителей ПАВ сопровождается формированием реакции раскаяния в отношении потребления.

В группе НОПАВ значимо выше ($p \leq 0,05$) регистрировалась эмоция радости у пациентов с опиоидной, стимуляторной и полинаркотической зависимостями.

В группе с ремиссиями менее 6 месяцев также выявлен достоверно более высокий уровень ($p \leq 0,05$) эмоции радости у пациентов с алкогольной, опиоидной и полинаркотической зависимостями.

Радость — положительный эмоциональный фон и связанная с ним эйфория по случаю удовлетворения от производимого действия (по К.Э. Изарду). Понятие радости у зависимых ассоциируется с удовольствием, наслаждением, достигаемым за счет потребления ПАВ. Наличие эмоции радости препятствует формированию мотивации на отказ от потребления ПАВ.

Таблица 4

Показатели эмоциональных особенностей больных, зависимых от ПАВ, с различной мотивацией к отказу от ПАВ (дифференциальная шкала эмоций К.Э. Изарда)

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ
Интерес	11,70 ± 0,43	10,80 ± 0,56	10,50 ± 0,36	10,50 ± 0,32	9,63 ± 0,48	9,31 ± 0,41	10,78 ± 0,49	9,88 ± 0,36
Радость	9,13 ± 0,51	9,87 ± 0,45	9,43 ± 0,40*	10,86 ± 0,30*	8,69 ± 0,44*	10,77 ± 0,56*	7,22 ± 0,61*	10,34 ± 0,38*
Удивление	7,09 ± 0,44	7,67 ± 0,50	7,17 ± 0,35	7,46 ± 0,28	7,75 ± 0,57	7,62 ± 0,44	8,39 ± 0,28	7,69 ± 0,30
Горе	6,87 ± 0,48	7,93 ± 0,57	7,27 ± 0,32	7,71 ± 0,45	7,56 ± 0,49	7,62 ± 0,41	8,50 ± 0,60	7,28 ± 0,36
Гнев	5,04 ± 0,43	5,87 ± 0,55	6,07 ± 0,45	7,11 ± 0,54	7,56 ± 0,61	7,65 ± 0,56	7,28 ± 0,58	7,69 ± 0,57
Отвращение	5,52 ± 0,51	5,67 ± 0,43	6,20 ± 0,35	6,79 ± 0,40	7,13 ± 0,47	7,85 ± 0,51	6,83 ± 0,58	7,50 ± 0,30
Презрение	5,87 ± 0,46	5,07 ± 0,43	6,27 ± 0,35	7,11 ± 0,39	6,81 ± 0,58	7,12 ± 0,41	6,94 ± 0,63	7,22 ± 0,25
Страх	6,30 ± 0,47	7,07 ± 0,53	6,70 ± 0,36	7,43 ± 0,54	7,31 ± 0,57	6,73 ± 0,55	8,00 ± 0,57	6,66 ± 0,46
Стыд	7,91 ± 0,64	8,53 ± 0,60	7,40 ± 0,45	7,89 ± 0,36	8,00 ± 0,54	6,96 ± 0,57	8,67 ± 0,55	6,94 ± 0,46
Вина	9,70 ± 0,47*	8,40 ± 0,36*	10,00 ± 0,41*	8,07 ± 0,35*	7,63 ± 0,35*	6,38 ± 0,37*	11,28 ± 0,52*	8,75 ± 0,48*

* Достоверность различий между группами МОПАВ и НОПАВ $p \leq 0,05$

Таблица 5

**Показатели эмоциональных особенностей больных,
зависимых от ПАВ, с различной длительностью ремиссий
(дифференциальная шкала эмоций К.Э. Изарда)**

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	Р > 6 м	Р < 6 м	Р > 6 м	Р < 6 м	Р > 6 м	Р < 6 м	Р > 6 м	Р < 6 м
Интерес	11,44 ± 0,43	11,75 ± 0,51	10,13 ± 0,44	10,64 ± 0,35	9,62 ± 0,54	10,00 ± 0,48	11,17 ± 0,45	9,77 ± 0,39
Радость	8,84 ± 0,44*	11,25 ± 0,45*	8,80 ± 0,54*	10,96 ± 0,34*	9,54 ± 0,58	9,89 ± 0,74	7,92 ± 0,47 *	10,00 ± 0,49*
Удивление	7,48 ± 0,37	6,75 ± 0,52	7,60 ± 0,36	7,04 ± 0,30	8,85 ± 0,55	6,89 ± 0,43	8,17 ± 0,45	7,81 ± 0,30
Горе	7,48 ± 0,40	5,25 ± 0,50	7,60 ± 0,42	7,57 ± 0,44	7,62 ± 0,59	7,42 ± 0,51	7,33 ± 0,61	7,62 ± 0,54
Гнев	5,32 ± 0,46	6,50 ± 0,28	6,73 ± 0,65	6,25 ± 0,49	7,69 ± 0,76	6,84 ± 0,54	7,33 ± 0,51	7,65 ± 0,35
Отвращение	3,84 ± 0,40	3,50 ± 0,47	6,47 ± 0,54	6,29 ± 0,34	7,31 ± 0,51	6,47 ± 0,55	6,92 ± 0,62	7,35 ± 0,39
Презрение	5,60 ± 0,42	4,25 ± 0,30	6,40 ± 0,48	6,54 ± 0,38	7,31 ± 0,59	6,47 ± 0,49	6,83 ± 0,64	7,31 ± 0,54
Страх	5,72 ± 0,54	4,00 ± 0,61	6,87 ± 0,49	7,18 ± 0,52	7,62 ± 0,67	6,95 ± 0,69	7,33 ± 0,66	7,04 ± 0,55
Стыд	8,56 ± 0,42	7,00 ± 0,53	7,80 ± 0,60	7,79 ± 0,45	7,54 ± 0,68	5,95 ± 0,60	7,33 ± 0,67	7,35 ± 0,56
Вина	9,36 ± 0,41*	6,00 ± 0,53*	9,87 ± 0,60*	7,54 ± 0,45*	9,46 ± 0,71*	6,63 ± 0,53*	10,92 ± 0,63*	8,96 ± 0,56*

Р < 6 м — ремиссия более 6 месяцев; Р > 6 м — ремиссия менее 6 месяцев

* Достоверность различий между группами $p \leq 0,05$

Оценка смысловых ориентаций (тест Д.А. Леонтьева) проводилась с учетом гендерных различий. Результаты сравнительного анализа (табл. 6) показали, что у мужчин МОПАВ (по сравнению с НОПАВ) достоверно более высокие баллы ($p \leq 0,05$) по всем субшкалам.

1. Субшкала «цели в жизни» у МОПАВ свидетельствует о наличии более высокого уровня целей в будущем, осмысленности существования, временной перспективы, чем у НОПАВ — во всех нозологических группах.
2. По субшкале «процесс жизни» мужчины с МОПАВ демонстрируют более позитивную оценку процесса жизни, ее насыщенности и напол-

- ненности по сравнению с мужчинами с НОПАВ — в группах алкогольной, опиоидной и стимуляторной зависимости.
3. Субшкала «результативность жизни» показывает, что МОПАВ мужского пола более позитивно оценивают прожитую часть своей жизни, чем НОПАВ — в группе опиоидной зависимости.
 4. Субшкала «локус-контроль-Я» свидетельствует о более высокой самооценке и наличии уверенности в своих силах, представления о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, чтобы построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о ее смысле, у больных с МОПАВ по сравнению с НОПАВ — в группах с алкогольной и опиоидной зависимостью.
 5. По субшкале «локус-контроль-жизнь» пациенты с МОПАВ чаще демонстрировали убеждение о том, что человеку дана свобода выбора и возможности контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и воплощать их в жизнь, по сравнению с НОПАВ — во всех нозологических группах.
 6. Более высокий уровень общего показателя «осмысленности жизни» также отмечается у мужчин с МОПАВ ($94,52 \pm 2,24$) по сравнению с мужчинами НОПАВ — в группах с алкогольной, опиоидной и стимуляторной зависимостью.

Таблица 6

Данные исследования смысложизненных ориентаций у мужчин, зависимых от ПАВ, с различной мотивацией к отказу от ПАВ (тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева)

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Цели в жизни	27,43 ±0,78*	34,74 ± 0,63*	19,44 ±0,35*	26,80 ±0,62*	25,85 ±0,72*	29,79 ± 0,54*	21,27 ±0,33*	28,50 ±0,52*
Процесс жизни	25,00 ±0,58*	31,37 ± 0,72*	16,88 ±0,37*	25,85 ±0,83*	23,92 ±0,46*	28,21 ± 0,58*	23,58 ±0,63	24,75 ±0,71
Результативность жизни	23,93 ±0,62	27,47 ± 0,43	15,44 ±0,44*	20,95 ±0,37*	22,23 ±0,62	24,05 ± 0,46	20,08 ±0,48	20,58 ±0,39
Локус-контроль-Я	17,29 ±0,49*	23,53 ± 0,52*	14,56 ±0,63*	18,70 ±0,45*	18,85 ±0,34	20,16 ± 0,42	17,08 ±0,62	18,25 ±0,45

Таблица 6 (продолжение)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Локус-контроль-жизнь	26,36 ±0,71*	31,05 ± 0,59*	19,94 ±0,49*	24,85 ±0,62*	23,62 ±0,64*	26,68 ± 0,78*	19,73 ±0,32*	25,17 ±0,66*
Осмысленность жизни (общий показатель)	92,29 ±1,43*	108,32 ±0,98*	73,25 ±0,88*	87,80 ±0,92*	85,69 ±1,65*	93,37 ± 0,99*	85,50 ±1,69	89,08 ± 1,55

* Достоверность различий между группами МОПАВ и НОПАВ $p \leq 0,05$.

Таблица 7

Данные исследования смысложизненных ориентаций у женщин, зависимых от ПАВ, с различной мотивацией к отказу от ПАВ (тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева)

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ
Цели в жизни	24,00 ±0,34	28,25 ± 0,72	20,57 ± 0,47*	27,60 ± 0,73*	27,33 ± 0,36	27,71 ± 0,57	19,00 ±0,62*	27,67 ± 0,48*
Процесс жизни	24,00 ±0,61	24,25 ± 0,73	20,08 ± 0,65*	27,90 ± 0,72	25,33 ± 0,43	27,71 ± 0,51	20,00 ± 0,33	24,17 ± 0,63
Результативность жизни	19,75 ±0,46	23,00 ± 0,72	17,58 ± 0,48	21,70 ± 0,91	18,71 ± 0,62	19,00 ± 0,49	17,00 ± 0,46	19,00 ± 0,51
Локус-контроль-Я	17,00 ±0,55	18,75 ± 0,63	14,58 ± 0,34*	17,80 ± 0,51*	21,33 ± 0,52	21,71 ± 0,44	14,50 ± 0,26	18,83 ± 0,38
Локус-контроль-жизнь	22,00 ±0,35	24,50 ± 0,61	17,75 ± 0,63*	25,70 ± 0,52*	21,67 ± 0,53	24,43 ± 0,63	18,67 ± 0,63	22,83 ± 0,72
Осмысленность жизни (общий показатель)	86,00 ±1,72*	95,25 ± 1,83*	75,33 ± 0,45*	87,90 ± 0,72*	89,14 ± 0,95	97,33 ± 1,44	66,00 ±0,57*	84,50 ± 0,74*

* Достоверность различий между группами МОПАВ и НОПАВ $p \leq 0,05$

Результаты сравнительного анализа (табл. 7) показали, что у женщин с МОПАВ (по сравнению с НОПАВ) достоверно более высокие баллы ($p \leq 0,05$) по общему показателю осмысленности жизни и субшкалам:

1. «Цели в жизни», «процесс жизни», «локус-контроль-Я», «локус-контроль-жизнь» — у пациенток с опиоидной зависимостью.
2. «Цели в жизни» — у пациенток с полинаркотической зависимостью.
3. По общему показателю осмысленности жизни — у пациенток с алкогольной зависимостью.

Оценка смысложизненных ориентаций у мужчин с ремиссиями более 6 месяцев по субшкале «локус-контроль-Я» выявила более высокие баллы ($p \leq 0,05$) по сравнению с мужчинами, имеющими ремиссии менее 6 месяцев (табл. 8), с алкогольной, опиоидной, стимуляторной зависимостями.

Таблица 8

Данные исследования смысложизненных ориентаций у мужчин, зависимых от ПАВ, с различной длительностью ремиссий (тест смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева)

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	$P > 6$ м	$P < 6$ м	$P > 6$ м	$P < 6$ м	$P > 6$ м	$P < 6$ м	$P > 6$ м	$P < 6$ м
Цели в жизни	31,20 ± 0,82	31,75 ± 0,59	23,89 ± 0,35	23,28 ± 0,52	28,40 ± 0,41	29,31 ± 0,45	28,63 ± 0,73	23,70 ± 0,45
Процесс жизни	31,25 ± 0,64	27,65 ± 0,55	22,56 ± 0,38	20,50 ± 0,47	28,80 ± 0,29	25,13 ± 0,51	25,38 ± 0,32	23,91 ± 0,71
Результативность жизни	28,00 ± 0,31	25,10 ± 0,34	20,11 ± 0,29	17,78 ± 0,52	25,40 ± 0,39	22,50 ± 0,55	19,50 ± 0,84	20,00 ± 0,59
Локус-контроль-Я	28,40 ± 0,64*	19,00 ± 0,47*	20,78 ± 0,34*	16,83 ± 0,53*	28,10 ± 0,73*	19,00 ± 0,46*	18,75 ± 0,55	17,04 ± 0,45
Локус-контроль-жизнь	33,50 ± 0,66	26,25 ± 0,71	23,00 ± 0,44	22,00 ± 0,52	25,90 ± 0,31	25,50 ± 0,54	23,50 ± 0,31	22,35 ± 0,42
Осмысленность жизни (общий показатель)	106,50 ± 2,05	99,30 ± 1,86	83,50 ± 0,98	75,11 ± 1,23	97,30 ± 1,63	89,81 ± 0,257	87,50 ± 1,73	87,00 ± 2,46

* Достоверность различий между группами $P < 6$ м и $P > 6$ м — $p \leq 0,05$ ($P > 6$ м — ремиссия более 6 месяцев; $P < 6$ м — ремиссия менее 6 месяцев)

У женщин с ремиссиями более 6 месяцев (табл. 9) по сравнению с женщинами, имеющими ремиссии менее 6 месяцев, отмечены достоверно ($p \leq 0,05$) более высокие показатели по следующим субшкалам:

1. «Локус-контроль-Я» — у пациенток с алкогольной, опиоидной и полинаркотической зависимостями.
2. «Локус-контроль-жизнь» — у больных с опиоидной, стимуляторной и полинаркотической зависимостями.
3. «Осмысленность жизни» — у пациенток с алкогольной, опиоидной и полинаркоманической зависимостями.
4. «Цели в жизни» — у исследуемых с опиоидной и полинаркотической зависимостями.

Таблица 9

**Данные исследования смысложизненных ориентаций
у женщин, зависимых от ПАВ, с различной длительностью ремиссий
(тест смысложизненных ориентаций
Д.А. Леонтьева)**

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	P > 6 м	P < 6 м	P > 6 м	P < 6 м	P > 6 м	P < 6 м	P > 6 м	P < 6 м
Цели в жизни	27,60 ± 0,54	24,39± 0,82	30,00 ±0,93*	22,80 ±0,77*	30,33 ± 0,58	25,00 ± 0,42	29,25 ±0,80*	21,33 ± 0,79*
Процесс жизни	24,20 ± 0,70	22,26± 0,46	26,17 ± 0,61	22,90 ± 0,74	27,33 ± 0,47	26,33 ± 0,66	25,75 ± 0,84	21,67 ± 0,62
Результативность жизни	20,40 ± 0,63	19,52± 0,71	22,17 ± 0,49	19,00 ± 0,32	20,00 ± 0,60	18,67 ± 0,33	22,50 ± 0,44	19,00 ± 0,38
Локус-контроль-Я	22,05 ±0,37*	16,87± 0,52*	19,33 ±0,52*	15,30 ±0,38*	21,67 ± 0,42	20,67 ± 0,73	25,75 ±0,77*	16,67 ± 0,60*
Локус-контроль-жизнь	24,00 ± 0,23	18,38± 0,29	27,67 ±0,76*	19,00 ±0,44*	26,33 ±0,65*	20,67 ± 0,82*	26,27 ±0,75*	19,00 ± 0,47*
Осмысленность жизни (общий показатель)	90,20 ±1,45*	73,31± 1,89*	95,17 ±2,43*	76,40 ±1,87*	92,67 ± 2,23	84,67 ± 1,67	94,25 ±2,33*	74,00 ± 2,14*

* Достоверность различий между группами P < 6 м и P > 6 м — $p \leq 0,05$
(P > 6 м — ремиссия более 6 месяцев; P < 6 м — ремиссия менее 6 месяцев)

В результате исследования эмоциональной сферы установлено (табл. 10), что в группе НОПАВ достоверно чаще ($p \leq 0,05$) отмечались:

1. Легкое депрессивное расстройство и апатия — при зависимости от алкоголя.
2. Легкое депрессивное расстройство, апатия и тревога — при зависимости от опиоидов.
3. Психическая гиперестезия, эмоциональная лабильность и раздражительность — при зависимости от стимуляторов.
4. Дисфория, эмоциональная лабильность и раздражительность — при полинаркотической зависимости.

Таблица 10

Сравнительная характеристика эмоциональных нарушений у пациентов, имеющих различную мотивацию к отказу от ПАВ

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ	МОПАВ	НОПАВ
Дистимия	25,23	29,61	22,56	23,85	25,42	27,77	18,70	20,02
Легкое депрессивное расстройство	24,87*	33,39*	20,77	22,69	24,67	26,73	17,26*	25,87*
Умеренное депрессивное расстройство	29,46	29,53	21,50	21,50	26,50	25,73	19,50	19,50
Дисфория	27,96	30,93	20,23	21,54	26,58*	33,68*	19,17	19,72
Психическая гиперестезия	29,04	29,93	18,36*	25,19*	25,91	26,17	18,90	19,89
Тревога	25,65*	33,12*	21,13	21,73	24,00	27,09	19,24	23,90
Эмоциональная лабильность	29,43	29,57	18,36*	25,18*	25,58*	32,23*	19,40	19,57
Раздражительность	27,46	29,40	17,23*	25,19*	24,23*	34,42*	18,63	20,07
Апатия	23,26*	32,62*	21,83	23,40	25,23	27,42	15,44*	24,64*

*Достоверность различий между группами МОПАВ и НОПАВ $p \leq 0,05$ (U-критерий Манна–Уитни)

Сравнительный анализ эмоциональных нарушений (табл. 11) в зависимости от длительности ремиссий показал, что у пациентов с ремиссиями менее 6 месяцев по сравнению с испытуемыми, имеющими ремиссию более 6 месяцев, достоверно чаще ($p \leq 0,05$) регистрировались:

1. Легкое депрессивное состояние и апатия — у больных с алкогольной зависимостью.
2. Депрессивное состояние и апатия — у пациентов с опиоидной зависимостью.
3. Эмоциональная лабильность и раздражительность — у пациентов, употребляющих стимуляторы
4. Дисфория и раздражительность — у исследуемых, страдающих полинаркотической зависимостью.

Таблица 11

**Сравнительная характеристика
эмоциональных нарушений у пациентов,
имеющих различную длительность ремиссий**

	Алкогольная зависимость		Зависимость от опиоидов		Зависимость от стимуляторов		Полинаркотическая зависимость	
	$P > 6$ м	$P < 6$ м	$P > 6$ м	$P < 6$ м	$P > 6$ м	$P < 6$ м	$P > 6$ м	$P < 6$ м
Дистимия	21,77	25,13	15,45	18,04	19,50	20,22	14,68	17,00
Легкое депрессивное состояния	15,52*	24,76*	16,32	16,77	19,38	20,28	11,22*	18,50*
Умеренное депрессивное состояния	21,07	22,54	16,50	16,50	20,00	20,00	15,00	15,00
Дисфория	21,75	22,47	14,92	17,58	15,78*	25,00*	14,70	18,00
Психическая гиперестезия	20,53	22,79	16,05	17,15	19,83	20,38	14,17	16,88
Тревога	21,23	24,41	15,85	16,95	19,50	20,28	14,04	21,00
Эмоциональная лабильность	20,97	23,55	10,42*	17,55*	18,33	23,75	16,20	20,00
Раздражительность	21,97	22,02	11,65*	18,08*	16,25*	23,33*	14,62	17,38
Апатия	18,45*	26,71*	15,42	17,65	19,00	22,25	12,04*	22,57*

*Достоверность различий между группами $P < 6$ м и $P > 6$ м — $p \leq 0,05$ (U-критерий Манна–Уитни; $P > 6$ м — ремиссия более 6 месяцев, $P < 6$ м — ремиссия менее 6 месяцев)

Данные корреляционного анализа. В группе МОПАВ отрицательная корреляция отмечалась между: возрастом начала заболевания и наличием легкого депрессивного состояния (коэффициент корреляции $-0,283$; $p \leq 0,05$);

показателем отношения длительности ремиссий к длительности заболевания и апатией (коэффициент корреляции $-0,218$; $p \leq 0,05$); возрастом начала потребления ПАВ и эмоцией гнева (коэффициент корреляции $-0,331$; $p \leq 0,05$). Наличие корреляционных связей между эмоциональными нарушениями и клиническими симптомами зависимости свидетельствует о том, что расстройства в эмоциональной сфере способствуют более раннему началу формирования зависимости от ПАВ, утяжеляют симптоматику заболевания. Развитие зависимости в более позднем возрасте сопровождается меньшими эмоциональными нарушениями и более легким течением зависимости, что является благоприятным фактором формирования мотивации к отказу от потребления ПАВ. Установленная обратная корреляция у зависимых МОПАВ (коэффициент корреляции $-0,251$; $p \leq 0,05$) между уровнем образования и наличием дисфории может указывать на то, что высокий уровень образования позволяет развивать компенсаторные возможности личности и лучше контролировать эмоциональное состояние.

По данным клинических наблюдений, у зависимых от ПАВ, при любой продолжительности ремиссий, более позднее начало заболевания сопровождается меньшей частотой встречаемости легких депрессивных состояний. В группе пациентов с ремиссиями более 6 месяцев с увеличением возраста начала заболевания реже наблюдается дисфория. У зависимых от ПАВ с ремиссиями менее 6 месяцев, имевших длительные ремиссии в анамнезе, во время обследования реже отмечалась тревога. Это подтверждается результатами корреляционного анализа, согласно которым у зависимых от ПАВ с ремиссиями более 6 месяцев выявлена отрицательная корреляция между возрастом начала заболевания и наличием легкого депрессивного состояния (коэффициент корреляции $-0,376$; $p \leq 0,05$), а также между возрастом начала заболевания и дисфорией (коэффициент корреляции $-0,308$; $p \leq 0,05$). У зависимых с ремиссиями менее 6 месяцев обнаружена отрицательная корреляция между тревогой и длительностью ремиссии после лечения (коэффициент корреляции $-0,305$; $p \leq 0,05$), это свидетельствует о том, что тревога у больных с зависимостью от ПАВ препятствует достижению продолжительных ремиссий после лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Употребление ПАВ и отказ от их употребления зависят от биологических, психологических и социальных факторов. Мотивация потребления ПАВ связана, главным образом, с фиксацией в памяти позитивного эмоционального переживания состояния наркотического опьянения. В иерархии мотивов начинает доминировать потребление ПАВ. Происходит «деформация» эмоциональной сферы, в которой начинают преобладать эмоциональные расстройства. Они характеризуются различной структурой и степенью выраженности в зависимости от типа психоактивных веществ и тяжести заболевания. Вместе с тем некоторые формы зависимостей имеют сходные нарушения эмоциональной сферы.

Для больных с зависимостью от опиоидов наиболее характерными являются легкие депрессивные состояния, апатия, тревога. Легкое депрессивное состояние и апатия также выявляются и у больных алкоголизмом. У зависимых от стимуляторов и с полинаркотической зависимостью наиболее часто диагностируются раздражительность, дисфория, психическая гиперестезия и эмоциональная лабильность.

Зависимые различных нозологических групп, имеющие мотивацию к отказу от потребления ПАВ, обладают ресурсом адаптации, который реализуется в зависимости от личностных особенностей и, прежде всего, эмоциональной стабильности. У мотивированных пациентов эмоциональные расстройства встречаются значительно реже по сравнению с больными без мотивации к отказу от ПАВ.

У больных с различными видами зависимостей, достигающих длительных ремиссий, эмоциональные расстройства диагностируются реже, чем у больных с короткими ремиссиями. Стабильность ремиссий у зависимых от ПАВ коррелирует с устойчивостью эмоциональной сферы. Выраженные эмоциональные нарушения служат неблагоприятным прогностическим фактором в достижении терапевтических ремиссий.

Формирование мотивации в отказе от потребления ПАВ связано с характером течения заболевания. Позднее начало заболевания, наличие спонтанных и терапевтических ремиссий в анамнезе, высокий показатель отношения длительности ремиссий к длительности заболевания являются важными предпосылками возникновения мотивации к отказу от потребления ПАВ.

Мотивация к трезвости у зависимых от ПАВ тесно коррелирует с социально-психологическими показателями. Наличие семьи, высокий уровень образования, квалифицированная работа, забота о своем будущем, потребность в сохранении позитивного отношения к себе со стороны окружающих, критичность к наркотизации являются важными предикатами становления трезвости.

Позитивное восприятие трезвости чаще отмечается у пациентов, способных проявлять высокий уровень интереса, что способствует приобретению

новых знаний, умений и навыков, благоприятствует личностному росту и эффективной социализации.

Пациенты, имеющие цели в будущем, позитивно воспринимающие жизнь, способные взять ответственность и инициативу в решении жизненных проблем на себя, чаще демонстрируют мотивацию на трезвость.

Таким образом, эмоциональные нарушения препятствуют формированию мотивации к отказу от ПАВ, усугубляют течение заболевания и затрудняют проведение лечебных и реабилитационных мероприятий. Адекватная диагностика эмоциональных расстройств у зависимых от ПАВ является важнейшим фактором, способствующим дифференцированной фармакологической и психотерапевтической помощи.

Формированию мотивации к отказу от ПАВ способствуют меньшая тяжесть зависимости, благоприятное течение заболевания, критичность к наркотизации, сохраненный уровень социального функционирования и адаптации, наличие целей в жизни и ее осмысленности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бехтерева Н.Н. Здоровый и больной мозг человека. — Л.: Наука, 1988. — 223 с.
2. Вальдман А.В., Бабаян Э.А., Звартау Э.Э. Психофармакологические и медико-правовые аспекты токсикоманий. — М.: Медицина, 1988. — 288 с.
3. Всемирная организация здравоохранения. Доклад. Нейронаучные основы употребления психоактивных веществ и зависимости от них. — 2004. — 40 с.
4. Гузиков Б.М., Мейроян А.А. Алкоголизм у женщин. — Л.: Медицина, 1988. — 224 с.
5. Гульдман В.В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — М., 1985. — 48 с.
6. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. — СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1996. — 190 с.
7. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск: Наука, 1988. — 195 с.
8. Илюк Р.Д., Громько Д.И., Ермаков Ю.М., Зейналова Г.А. Потребление буторфанолола у зависимых от летучих растворителей // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова, 2006. — Т. 12. — № 1. — С. 108–109.
9. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. — СПб.: Питер, 2000. — 512 с.
10. Кершенгольц Б.М. Биологические аспекты алкогольных патологий и наркоманий: Учеб. пособие для студентов биол. и мед. специальностей. — Якутск: Изд-во ЯГУ, 1998. — 150 с.
11. Коновалов И.Н., Мельник В.И. Наркотизм и наркомания в школьной среде: меры противодействия (опыт исследования проблемы в школах Саратовской области) // Преступность и уголовное законодательство: реалии, тенденции, взаимовлияние. Сборник научных трудов. — Саратов, 2004. — С. 510–525.
12. Крупицкий Е.М., Бураков А.М., Романова Т.М. и др. Применение антидепрессанта коаксила для лечения постабстинентных расстройств (синдрома ангедонии) у больных героиновой наркоманией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — № 4. — С. 147–150.
13. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
14. Маслоу А.Х. Мотивация и личность. — СПб.: Евразия, 1999. — 478 с.
15. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: «МЕДпресс-информ», 2002. — 592 с.

16. Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. Клиническая диагностика опийной интоксикации // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии. — М.–Томск–Краснодар, 1992. — С. 76–79.
17. Погосов А.В., Козырева А.В. Зависимость от летучих растворителей у детей и подростков: вопросы клиники и терапии. — Курск: Изд-во Курского гос. мед. ун-та, 2002. — 251 с.
18. Попов Ю.В. Современная клиническая психиатрия. — СПб: Речь, 2000. — 402 с.
19. Пятницкая И.И. Наркомания. — М.: Медицина, 1994. — 544 с.
20. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология. — М.: Медицина, 2002. — 256 с.
21. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. — М.: Изд-во «Анахарсис», 2001. — 208 с.
22. Сирота Н.А. Динамика психопатологических расстройств у наркотицизирующихся подростков // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы респ. совещания наркологов 24–25 апреля 1989 года. — Ашхабад, 1989. — С. 45–46.
23. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. — М., СПб.: БИНОМ-Невский Диалект. — 1998. — 318 с.
24. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. — СПб.: Лань, 1999. — 352 с.
25. McCance-Katz E.F., Carroll K.M., Rounsaville B.J. Gender differences in treatment-seeking cocaine abusers: Implications for treatment and prognosis // *American Journal on Addictions*, 1999. — Vol. 8. — P. 300–311.
26. McCardle K., Luebbers S., Carter J.D., Croft R.J., Stough C. Chronic MDMA (ecstasy) use, cognition and mood // *Psychopharmacology (Berl.)*. — 2004. — Vol. 173 (3–4). — P. 434–439.
27. Markel H., Lee A., Holmes R.D., Domino E.F. LSD flashback syndrome exacerbated by selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants in adolescents // *J. Pediatr.* — 1994. — Vol. 125 (5Pt1). — P. 817–819.
28. Verheyden S.L., Henry J.A., Curran H.V. Acute, sub-acute and long-term subjective consequences of 'ecstasy' (MDMA) consumption in 430 regular users // *Hum. Psychopharmacol.* — 2003. — Vol. 18 (7). — P. 507–517.

Приложение 1

Опросник оценки мотивации на отказ от потребления ПАВ

1.	Считает себя больным	3 2 1 0 1 2 3	Не считает себя больным
2.	Твердые установки на лечение	3 2 1 0 1 2 3	Нет твердых установок на лечение
3.	Желание прекратить потребление	3 2 1 0 1 2 3	Нет желания прекратить
4.	Малое потребление невозможно	3 2 1 0 1 2 3	Малое потребление возможно
5.	Невозможен возврат к болезни	3 2 1 0 1 2 3	Возможен возврат к болезни
6.	Уверен, что не будет потреблять	3 2 1 0 1 2 3	Не уверен, что не будет потреблять

Для подсчета баллов необходимо перевести отмеченные испытуемым позиции на симметричной шкале 3 2 1 0 1 2 3 в оценки по нисходящей асимметричной 7 6 5 4 3 2 1.

В случае набора испытуемым менее 4 баллов по любому из вопросов — он причисляется к пациентам НОПАВ.

При наборе испытуемым 4 баллов и более — он относится к группе с МОПАВ.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Материально-техническое обеспечение	4
Характеристика факторов мотивации потребления психоактивных веществ..	5
Мотивация отказа от потребления ПАВ	12
Особенности эмоциональных нарушений, вызванных потреблением ПАВ...	14
Результаты исследования эмоциональной и мотивационной сфер у зависимых от ПАВ	16
Список литературы.....	32
Приложения	34