

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

¹Э.П.Станько, ²С.А.Игумнов, ³А.П.Гелда

¹ Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь

² Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета, г. Минск, Республика Беларусь

³ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

В современной наркологии все большим признанием пользуется мнение о сложном биопсихосоциальном феномене болезней, связанных с зависимостью, представляющих собой результат воздействия социальных, культуральных, психологических, семейных, биологических и других факторов, которые, в свою очередь, являются недостаточно изученными при инъекционном употреблении наркотиков, что приводит на практике к низкому охвату потребителей инъекционных наркотиков лечебными и реабилитационными мероприятиями, психосоциальной помощью и невысокой эффективности известных видов лечения зависимости от наркотиков. В обзоре представлены и обобщены основные биопсихосоциальные факторы, причинно-следственно связанные с дезадаптацией потребителей инъекционных наркотиков, которые следует учитывать при целенаправленном планировании лечебных и реабилитационных мероприятий среди данной категории потребителей наркологической помощи.

Ключевые слова: инъекционное потребление наркотиков; потребители инъекционных наркотиков; дезадаптация наркологических пациентов; биопсихосоциальные факторы дезадаптации.

Наркотическая зависимость и ее последствия являются комплексной биопсихосоциальной проблемой, объектом изучения различных научных дисциплин: медицины, психологии, социологии, философии, юриспруденции и др. К важным аспектам изучения этой проблемы относятся асоциальное поведение, противоправная активность и дезадаптация (социальная, трудовая, семейная, психическая, личностная) наркологических пациентов. Большое значение имеет исследование взаимосвязей между асоциальным поведением наркопотребителей и проявлениями клинической картины наркозависимости, ее фазными состояниями (острая и хроническая интоксикация, состояние отмены, патологическое влечение и др.) [1].

Общеизвестно, что поведение, которое укладывается в рамки социальной нормы, отражает наиболее часто встречающиеся социальные отношения, характерные для большинства представителей данной социальной группы населения. Норма отражает реализуемое в объективной действительности поведение, а не только желаемое или предписываемое. При социальной дезадаптации потребители инъекционных наркотиков (ПИН) нередко совершают поступки, которые не согласуются с общепринятыми в обществе правилами поведения. Поступки, противоречащие признанным в обществе нормам, являются проявлением асоциального или антиобщественного поведения [1].

Асоциальное поведение включает поступки, связанные с невыполнением и/или непризнанием нравственных норм поведения, злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ), отказ от трудовой деятельности, беспорядочные и извращенные сексуальные контакты, бродяжничество, вызывающие манера поведения, форма одежды, прическа и т.д. Асоциальность определяется совокупностью черт, свидетельствующих о безразличном отношении к общественной жизни, а также совокупностью средств и способов удовлетворения возникающих потребностей, интересов и склонностей, устойчивых стереотипов антиобщественного поведения [1].

Злоупотребление наркотиками, алкоголем и другими ПАВ, криминальная активность, проституция – действия, которые не соответствуют официально установленным или фактически сложившимся в обществе нормам, приводят к изоляции, лечению, исправлению или наказанию и определяют девиантное поведение. Тесно взаимосвязанным со злоупотреблением ПАВ считается делинквентное поведение – совершение правонарушений, не достигающих степени преступного действия, наказуемого в судебном порядке. Следствием общественно опасного развития личности на почве злоупотребления наркотиками является антиобщественное и противоправное поведение. Факт систематического употребления

наркотиков воспринимается как проявление поведения, отклоняющегося от общественной нормы, приводящего к деформации личности [2].

Существуют социальные условия, способствующие повышенной готовности личности к различным формам девиантного поведения, в том числе к злоупотреблению наркотиками. Среди них необходимо выделить особенности воспитания: отсутствие контроля со стороны родителей, напряженные межличностные отношения, негативный психологический климат в семье, неспособность и нежелание родителей привить детям нравственно-этические ценности и выработать положительные социальные ориентиры. К неблагоприятным для воспитания факторам также относят: неполную семью (отсутствие одного или обоих родителей), ослабление родительского контроля, проживание вне дома, отрыв от семьи, наличие семейного алкоголизма, нарушение взаимоотношений между родителями и пробандами, низкую культурно-нравственную атмосферу в семье, воспитание в семье с наличием «множества жизненных проблем», неблагоприятные материально-бытовые условия и негативное влияние средств массовой информации, проповедующих соответствующий образ жизни.

В наркологии определенное внимание уделяют теории семейных систем, которая признает, что употребление ПАВ является не только личной проблемой потребителя, но и проблемой его семьи. Употребление ПАВ рассматривается как продукт семейных взаимоотношений и взаимодействий, равно как и неспособность семьи к выполнению задач, которые ставит каждая стадия жизненного цикла семьи [3]. По мнению П.И.Сидорова, функция семьи или характер воспитания в семье имеют социально-детерминирующее и всеохватывающее значение. Нарушение семейной функции происходит при нарушении ее структуры и, наоборот, нарушенная функция семьи может вызвать структурный распад семьи, то есть развод родителей [4].

Нарушение структуры и функции семьи, конфликтность и жестокость, асоциальное поведение родителей по отношению к детям, неправильное воспитание и связанная с этим социальная и педагогическая запущенность, обстановка безнадзорности способствуют сближению подростков с асоциальной компанией, формированию «криминальных установок», делинквентному стилю жизни и нарушению психосоциальной адаптации. Следовательно, психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ – проявление «болезни» семьи, что подтверждается вы-

соким уровнем наследственной отягощенности при алкогольной и наркотической зависимостях, а также высокой степенью дезорганизации семейной жизни в родительских семьях потребителей ПАВ [5].

Особенности семейных взаимоотношений влияют на формирование социальной и трудовой адаптации потребителей инъекционных наркотиков. Значение имеет не только состав семьи, но и качество взаимоотношений между родителями и ребенком - потребителем ПАВ. Наличие в семье определенных правил поведения и разумного родительского контроля может служить защитным фактором в отношении развития подростковой наркозависимости [6]. Неполная семья, равнодушное, пассивное отношение родственников к проблемам ПИН нередко коррелируют с выраженной социально-трудовой дезадаптацией ПИН. Насилие, доступность наркотиков и злоупотребление ими кем-либо из членов семьи, дистантные взаимоотношения родителей с ребенком, нарушения его поведения являются факторами риска употребления детьми сильных наркотиков. Значительное влияние на развитие тяжелой наркомании у детей оказывает антисоциальное поведение родителей и соответствующие изменения личности у них [7].

Причиной конфликтной и психологически напряженной ситуации в семье нередко являются сами ПИН. Неадекватная самооценка и эгоцентризм, недовольство по поводу материальной зависимости от родителей, неприятие и непонимание системы ценностей окружающих могут приводить ПИН к конфликту. В итоге часть времени ПИН проводят среди малознакомых людей, домой приходят лишь ночевать. Следовательно, формирование социально-нравственных позиций и поведенческих стереотипов у ПИН происходит под влиянием внесемейного окружения. В данном случае роль социально-нравственных установок и внутрисемейных традиций незначительна.

Среди ПИН нередко наблюдается высокая степень наследственной отягощенности алкогольной и/или наркотической зависимостью [5]. Родители наркозависимых пациентов значительно чаще страдают алкогольной зависимостью, нежели наркотической, в то время как среди братьев чаще встречается наркотическая зависимость. В семьях наркозависимых пациентов отмечается высокая частота употребления алкоголя и алкогольной зависимости [8]. По сравнению с показателями общей популяции, в семьях пациентов с наркоманией частота встречаемости опийной наркомании выше [9]. Зависимость от ПАВ при наличии наркозависимого члена семьи прослеживается в не-

скольких поколениях семей [9]. Однако между предрасполагающими генетическими факторами и тяжестью химической зависимости не всегда выявляется достоверная связь [10].

Социально-психологический анализ микросоциального окружения и выявление нарушений в сфере межличностного общения ПИН позволяют характеризовать особенности поведения ПИН. Однако изучения только этих факторов недостаточно для понимания механизмов мотивации наркотического поведения. В каждом случае индивид сам выбирает форму поведения, при этом социальные факторы являются лишь предпосылкой для начала употребления наркотиков.

Немаловажное значение для развития наркозависимости имеет возраст приобщения к злоупотреблению ПАВ, поскольку раннее начало приема наркотических веществ обуславливает более прогрессивный характер течения зависимости [11]. Происходит задержка развития социальных и трудовых навыков, представлений о моральных и социальных требованиях, которые остаются недоразвитыми и стереотипными. Изменяется самооценка ПИН, укрепляется отношение к себе как к особому существу, на которое правила поведения в обществе не распространяются. У подростков формируются личностные черты, предрасполагающие к появлению низкой самооценки, враждебности, импульсивности и уязвимости, раннему табакокурению и употреблению алкоголя, раннему началу половой жизни и склонности к промискуитету, антисоциальному поведению и к появлению значительного числа наркоманов среди ближайшего окружения [2, 12].

Нередко наблюдается сочетание различных видов зависимости от ПАВ с девиантными формами поведения в анамнезе. Девиантное поведение представляет собой нежелательные различные отклонения поведения от принятых в обществе социальных норм. Чаще всего делинквентность наблюдается при расстройстве личности или акцентуации характера неустойчивого типа, провоцируется недостатками воспитания, безнадзорностью, беспорядочным образом жизни, злоупотреблением алкоголем и наркотиками и т.д. Наиболее частыми вариантами асоциального поведения потребителей ПАВ являются агрессивное поведение с общественно опасными действиями, противоправное и самоповреждающее поведение [13].

Многие исследователи указывают на наличие у потребителей ПАВ различных психических расстройств (аффективных, тревожных, панических), предшествующих развитию зависимости от ПАВ [14]. Так, начиная с подросткового возраста, у ряда наркозависимых пациентов наблюдались суб-

депрессивные колебания настроения циклотимического уровня [1]. Если у женщин депрессивные расстройства предшествуют развитию зависимости от наркотиков, то у мужчин они присоединяются по мере развития зависимости [15]. Большое внимание в зарубежной литературе уделяется физическому и сексуальному насилию, предшествующему наркозависимости, наличию посттравматических стрессовых расстройств. До 95,0% случаев семейного насилия женщин, употребляющих наркотики, связывают с сексуальным партнером, который также нередко является потребителем наркотиков [15].

Проблема дезадаптации, социального снижения при наркозависимости обусловлена не только лишь сочетанием зависимости и расстройства личности, а многообразием биологических, социальных, клинических и социально-психологических противоречий. Десоциализация вследствие злоупотребления наркотиками является результатом взаимодействия многих факторов: биологических и психопатологических характеристик пробанда, социальных условий развития, темпа развертывания наркозависимости, выраженности приобретенных изменений личности и др. В каждом случае эти факторы формируют поведенческую модель социального снижения ПИН, тенденции которой можно выявить с помощью эпидемиологических и клинико-описательных методов исследования, подтвержденных математическими статистическими способами.

Выделяют ряд факторов (психологических, клинических, социально детерминированных), которые способствуют возникновению и развитию десоциализации потребителей ПАВ. Например, нарастающую асоциальность и антисоциальность лиц, зависимых от алкоголя, связывают с патологическим влечением и развивающейся энцефалопатией, ведущей к снижению высших этических мотивов [16]. Однако есть исследования, в частности, П.И.Сидорова (2001), указывающие на отсутствие абсолютной связи аддиктивного поведения с факторами социальной среды [4]. По мнению автора, социальные факторы в развитии зависимости играют ведущую роль лишь на донологическом этапе злоупотребления. Факторы, которые искажают психологическое развитие и нравственное становление личности в условиях деструкции социальной среды, независимо от природы, приводят к развитию полиморфного аддиктивного поведения и социальной дезадаптации. В социогенезе наркозависимости П.И.Сидоров выделяет три уровня причинных комплексов: 1) макросоциальный (социальная политика, социально-экономическое положение в стране); 2) микросо-

циальный (стиль жизни семьи, трудового или учебного коллектива, молодежных групп); 3) социально-психологический или личностный (особенности нравственно-ценностной или мотивационно-установочной сфер).

Эти факторы являются неспецифическими маркерами социально-психологической несостоятельности личности, индикаторами порочности макро- и микросреды, показателями невключенности человека в сферу общественно-полезной деятельности и основными характеристиками «группы риска» – ведущего субъекта социогенеза наркозависимости. Важным с клинической точки зрения представляется преморбидный характер личности. Наряду с биологической предпосылкой существует и социальная, содержащая фрустрационные и невротизирующие компоненты, включающие в себя социально-бытовые трудности, дефицит смысловых и нравственных ориентиров [4].

Одними из важнейших показателей социально-трудовой дезадаптации являются низкий образовательный и профессиональный уровни ПИН. Наблюдается прямая корреляция между низким уровнем образования и профессиональной занятостью ПИН. Эти лица не удерживаются длительное время на одном и том же месте работы, часто его меняют, получают административные взыскания, увольняются за грубые и повторные нарушения трудовой дисциплины, уклоняются от общественно-полезного труда. В процессе наркотизации заметно снижается социальный статус ПИН: они бросают учебу, прекращают работать, становятся членами преступных групп; около 70,0% ПИН нигде не учатся и не числятся на рабочем месте. Результатом систематической наркотизации у 85,7–92,5% пациентов является выраженное социальное снижение: потеря работы, прерывание учебы, разрыв семейных отношений и проблемы с правоохранительными органами [1, 11].

Распространение и доступность наркотических веществ в сочетании с ростом их потребления способствуют увеличению численности потребителей наркотиков, наркозависимых лиц и приводят к негативным медико-социальным последствиям наркозависимости [11, 17]. Возрастает число ПИН с коморбидной патологией (инфекционными, соматоневрологическими, психическими расстройствами), которая снижает адаптационные возможности ПИН и затрудняет их функционирование в семье и обществе [14, 17]. Коморбидные с наркозависимостью инфекционные и хронические соматические заболевания, расстройства психики и поведения способствуют развитию социальной дезадаптации ПИН [11–14]. Меняется со-

циальная ориентация личности ПИН, что приводит к их социально-трудовой дезадаптации и криминальному поведению [1, 12]. Особая социальная опасность и тяжелые последствия инъекционного потребления наркотиков при присоединении ВИЧ-инфекции обуславливают постоянное внимание исследователей к этой проблеме. Присоединение ВИЧ-инфекции ускоряет формирование у ПИН социальной дезадаптации, увеличивает риск суицидального и антисоциального поведения, стигматизации и самостигматизации [11, 17, 18].

Многие исследователи, занимавшиеся изучением наркоманий, описывали личностные нарушения наркозависимых пациентов и медико-социальные последствия их наркотизации. Одни авторы указывают, что личность наркомана изменяется под влиянием ряда социальных факторов [19], в то время как другие подчеркивают токсическое влияние наркотика [9, 20]. Существенным фактором, который определяет формирование «наркоманической» личности, является присутствие личностных девиаций в преморбиде. По мнению ряда авторов, личность наркомана изначально не может считаться здоровой, она претерпевает изменения не только преморбидно, но и в процессе заболевания [21]. Существуют факторы, приводящие к ранней дезадаптации ПИН, среди которых выделяют расстройства личности, интеллектуальную недостаточность и социально-педагогическую запущенность. Наркотизация нарушает отношения ПИН с обществом, осуждающим прием наркотиков, и затрудняет необходимую ресоциализацию. Изменения личности потребителя наркотиков имеют антиобщественную направленность [21].

Изменения личности, возникающие при злоупотреблении наркотиками, наряду с признаками зависимости, усилением аффективных и волевых расстройств, нарастанием асоциальных черт характера (грубости, злобности, эгоцентризма, агрессивности, цинизма, лживости и т.д.), являются признаками социальной дезадаптации ПИН и следствием наркозависимости. Динамике десоциализации характерна закономерность, согласно которой первоначально нарушаются межличностные отношения ПИН с членами семьи и родными, затем с ближайшим окружением, после чего страдает сфера производственных отношений. С изменением характера межличностных отношений меняется и социальное поведение ПИН: от семейных конфликтов и скандалов к нарушению существующих правил общественного поведения, к открытой оппозиции обществу и существующим в обществе взглядам на моральные устои. Вместе с тем, суще-

ствуется иная точка зрения, согласно которой в динамике развития дезадаптации зависимых от наркотиков лиц вначале снижается социальный статус, затем уровень трудовой адаптации и, в последнюю очередь, уровень семейно-бытовой адаптации [17]. Наркозависимые пациенты стремятся сохранить свой социальный статус на прежнем уровне, однако однажды нарушенные семейные отношения не восстанавливаются даже у тех, кто в течение нескольких лет находится в ремиссии.

В процессе наркотизации усиливаются имевшиеся изначально или приобретаются такие личностные черты, как отсутствие чувства долга, лживость и самообман, социальная апатия, неспособность или нежелание преодолевать трудности, полное равнодушие к семье, работе, отсутствие родительских чувств, ограничение интересов только добычей наркотиков, жестокость, существенное ослабление сдерживающих и контролирующих механизмов [21]. Формирование деградации при злоупотреблении наркотиками наступает в 15–20 раз быстрее, чем вследствие алкогольной зависимости [11]. У подавляющего большинства наркозависимых пациентов (93,8%) выявляются признаки морально-этического снижения. Значимость неблагоприятных прогностических факторов, которые определяют скорость формирования и выраженность медико-социальных последствий наркозависимости, в порядке убывания можно расположить следующим образом: перинатальная патология, личностные девиации в преморбиде, ранний возраст начала употребления наркотиков, наследственная отягощенность алкоголизмом, наркоманиями и другими психическими расстройствами, условия воспитания, злоупотребление алкоголем до начала наркотизации, давность наркотизации и вид наркотика [11, 14, 19, 21].

Некоторые авторы связывают выраженные нарушения социального приспособления наркозависимых пациентов с состоянием их психической дезадаптации, в большей мере представленной у лиц с психопатоподобными проявлениями. В современной психиатрии асоциальное и противоправное поведение ПИН рассматривается как одно из возможных проявлений психического расстройства. М.Л.Рохлина и А.А.Козлов (2001) отмечают у потребителей наркотиков выраженное социальное снижение, а приобретаемые особенности характера определяют как «специфическую наркоманическую личность» [11]. В соответствии с критериями МКБ-10, нарушение норм и правил общественной жизни в отдельных случаях рассматривают как специфическое расстройство личности. В зарубежной литературе антисоциальное расстрой-

ство нередко является «вторым диагнозом» по отношению к зависимости от ПАВ [22]. По данным Национального института психического здоровья США, более 50,0% пациентов с зависимостью от наркотиков имеют еще одно психическое расстройство, а 18,0% – антисоциальное изменение личности [14]. Антисоциальное поведение потребителей ПАВ нередко рассматривается как непосредственное следствие злоупотребления ПАВ [1].

В МКБ-10 симптомы, свидетельствующие о дезадаптации ПИН, отражены в подрубрике F11.71 (расстройство личности и поведения со специфическими личностными изменениями и социальной дезадаптацией, морально-этическим снижением, деградацией).

Под дезадаптацией (лат. de(s) + adaptatio – приспособление) понимают нарушение приспособления организма к меняющимся условиям среды, взаимодействия со средой, несоответствие потребностей личности требованиям социальной среды, приводящее к изменению и/или прекращению усвоения норм и ценностей среды, нарушению физиологического функционирования, изменению форм поведения и развитию патологических процессов. Это несоответствие между социопсихологическим и психофизиологическим статусом ПИН и требованиями жизнедеятельности, которое затрудняет их адаптацию в условиях среды существования. По структуре дезадаптации можно судить о векторе движения заболевания – аддиктивном, социальном или нравственно-этическом снижении.

Социальная дезадаптация присуща всем пациентам с зависимостью от ПАВ. Согласно МКБ-10, расстройства адаптации как состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие социальному функционированию, возникают в период адаптации к жизненному стрессовому событию или значительно изменению жизни, начинаются в течение месяца после стрессового события и продолжаются не более 6 месяцев. Следовательно, двойной диагноз «синдром зависимости от ПАВ» и «расстройства адаптации» ограничен временными рамками 6 месяцев или 2 лет (продолжительная депрессивная реакция). Поэтому при решении проблем, связанных с зависимостью от ПАВ, необходима более широкая трактовка адаптации – дезадаптации наркологических пациентов [12].

Более широкое толкование социальной дезадаптации включает нарушение взаимодействия потребителя ПАВ со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной роли, несоответствием его возможностей и запросов.

Нарушение социальной адаптации включает потерю социально направленных чувств, недоверие к ближайшему окружению, социальную неконтактность, негативное отношение к требованиям общепризнанных норм, конфликтность, неадекватность оценки собственных возможностей и т.д.

Среди признаков, характеризующих социальную дезадаптацию, можно выделить: эмоционально-волевые нарушения, огрубение и отгороженность личности, пренебрежение к общепринятым морально-этическим ценностям и отсутствие значимых для общества установок; нарушение межличностных отношений и социальных связей, снижение механизмов контроля и неадекватность оценок собственных действий и поступков, формирование криминального мировоззрения и девиантное поведение с неспособностью оценивать и предвидеть последствия, уклонение от общественно-полезной деятельности и направленность ее на потребление ПАВ [11].

Другие авторы выделяют такие признаки социальной дезадаптации наркозависимых пациентов, как потеря привязанности к близким, разрыв семейных связей, изоляция от среды воспитания, негативный настрой, положение «изгоя», разрушение сферы неформального межличностного общения, утрата референтной группы, отсутствие досуга, не занятого наркотизацией, патологические формы поведения (делинквентность, бродяжничество, аутоагрессивность и асоциальность). По степени выраженности выделяют полную, неустойчивую и сохранную социальную дезадаптацию [18].

Н.Я.Оруджев (2002) в своих исследованиях показывает три уровня дезадаптации лиц с наркологическими заболеваниями [12]:

1. Первый уровень дезадаптации характеризуется снижением морально-этических норм поведения, неотягощенной наследственностью, отсутствием патологических личностных особенностей, эпизодическим употреблением ПАВ.

2. Второй уровень дезадаптации определяется при совокупности таких признаков, как снижение успеваемости (подростки) или эпизодичность работы (взрослые), конфликты в семье и с законом, относительная регулярность употребления ПАВ или зависимость от них, соответствующий круг общения.

3. Третьему уровню дезадаптации свойственны асоциальный образ жизни, неоднократные судимости, отсутствие каких-либо побуждений, кроме употребления ПАВ, высокая наследственная отягощенность, длительная зависимость от ПАВ.

В определение дезадаптации Н.Я.Оруджев включает клинические признаки прогрессивно-

сти наркологического заболевания, характеристики ближайшего социального окружения, наличие или отсутствие противоправных действий [12].

Ряд авторов, используя критерии уровней дезадаптации, определяют значимость некоторых факторов для сохранения или нарушения адаптации наркологических пациентов. При этом к факторам с более дезадаптирующим воздействием относятся: ранний возраст начала употребления ПАВ, наличие в анамнезе соматических заболеваний (чаще гепатит) и черепно-мозговых травм, длительный период злоупотребления ПАВ, измененные формы алкогольного опьянения, личностные расстройства в преморбиде, отягощенная алкоголизмом наследственность, неудовлетворительные бытовые условия, патологическое воспитание, асоциальность, правонарушения [11, 18, 21].

Важным звеном адаптации является способность субъекта адекватно и успешно реагировать на изменяющиеся условия внешней среды – чем выше уровень психической адаптации, тем более независим индивид от условий среды. При таком подходе повышение уровня адаптации является целью лечения и критерием качества ремиссий [18]. Потребление наркотиков меняет социальную ориентацию личности ПИН с формированием социально-трудовой дезадаптации и криминализации [1, 12]. У ПИН постепенно развиваются психопатизация личности, морально-этическое снижение, деградация с утратой трудоспособности и антисоциальным поведением [19, 21]. При многолетнем длительном инъекционном потреблении наркотиков часто формируется необратимый органический дефект, который нивелирует личность ПИН, стирает компенсаторные возможности организма, углубляет социальную дезадаптацию ПИН, делая их нетрудоспособными, а в случае присоединения ВИЧ-инфекции – изгоями общества [19].

Существующая система организации помощи ПИН требует нового подхода к вопросам лечения и реабилитации пациентов с позиции биопсихосоциальной модели заболевания, основанной на взаимозависимости, взаимообусловленности и взаимовлиянии биологических, клинических, социальных и психологических факторов [1, 11, 18]. Поэтому конечным результатом лечения болезни определяют не просто купирование клинических симптомов, а восстановление качества жизни, удовлетворяющего пациента. При этом объем и характер лечебно-реабилитационных мероприятий определяется степенью социально-психологической дезадаптации и десоциализации потребителей инъекционных наркотиков, к которой привела болезнь [12, 14, 23].

Литература

1. Игонин, А.Л. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение (обзор литературы) / А.Л.Игонин, Ю.Б.Тузикова, Д.А.Иришкин // Наркология. – 2004. – №3. – С.50–58.
2. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия / Г.И.Каплан, Б.Дж.Седок. – М.: Медицина, 1994. – Т.1. – 761 с.
3. Vokalahi, H.F. Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: A literature review / H.F.Vokalahi // J. Drug Educ. – 2001. – Vol.31, No.1. – P.29–46.
4. Сидоров, П.И. Социальные факторы и зависимость от психоактивных веществ / П.И.Сидоров // Руководство по социальной психиатрии; под ред. Т.Б.Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С.219–232.
5. Jang, K.L. Intra- and extra-familial influences on alcohol and drug misuse: a twin study of gene-environment correlation / K.L.Jang [et al.] // Addiction. – 2001. – Vol.96, No.9. – P.1307–1318.
6. Stewart, Ch. Family factors of low-income African-American youth associated with substance abuse: an exploratory analysis / Ch.Stewart // J. Ethnicity in Substance Abuse. – 2002. – Vol.1, No.1. – P.97–111.
7. Brook, J.S. Adolescent illegal drug use: The impact of personality, family and environmental factors / J.S.Brook [et al.] // J. Behav. Med. – 2001. – Vol.24, No.2. – P.183–203.
8. Staines, G.L. Polysubstance use among alcoholics / G.L.Staines [et al.] // J. Addict. Dis. – 2001. – Vol.20. – P.53–69.
9. Найденова, Н.Г. Алкоголизм и неалкогольные токсикомании / Н.Г.Найденова. – М., 1992. – С.50–57.
10. Merikangas, K.R. The etiology and genetic epidemiology of psychiatric and drug disorders among women / K.R.Merikangas // NIDA NIH Publication. – 1998. – No.98 (4289). – P.66–74.
11. Рохлина, М.Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение / М.Л.Рохлина, А.А.Козлов. – М.: Анахарсис, 2001. – 208 с.
12. Оруджев, Н.Я. Медико-социальная характеристика и адаптация лиц, употребляющих наркотики / Н.Я.Оруджев // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2002. – №3. – С.59–64.
13. Пятницкая, И.Н. Девиантное поведение подростков. Наркотизм, криминальность, экстремизм / И.Н.Пятницкая, А.И.Шаталов; под ред. В.Е.Пелипас. – М.: Анахарсис, 2004. – 112 с.
14. Коэн, Ш.Т. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания / Ш.Т.Коэн, Р.Вейсс // Наркология / Л.С.Фридман [и др.]. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: Бином, Невский диалект, 2000. – С.275–280.
15. Jarwis, T.J. Child Sexual Abuse as a Predictor of Psychiatric Comorbidity and Its Implications for Drug and Alcohol Treatment / T.J.Jarwis, J.Copeland // Drug Alcohol Depend. – 1997. – Vol.49, No.1. – P.61–69.
16. Висс, Р. Клиника алкоголизма / Р.Висс // Клиническая психиатрия. – М., 1967. – С.166–191.
17. Кошкина, Е.А. Медико-социальные последствия инъекционного употребления наркотиков и возможные пути их предотвращения / Е.А.Кошкина [и др.] // Demography.narod.ru [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: http://www.demography.ru/xednay/demography/di/2005/Kirzhanova_4www.pdf. – Дата доступа: 10.04.2014.
18. Бойко, Е.О. Качество жизни и социальное функционирование как критерий эффективности терапии / Е.О.Бойко // Вопросы наркологии. – 2008. – №5. – С.58–65.
19. Бориневич, В.В. Наркомании / В.В.Бориневич. – М., 1963. – 275 с.
20. Изаровский, Б.В. Условно специфические признаки множественного поражения внутренних органов у потребителей инъекционных наркотиков / Б.В.Изаровский, В.Б.Патрушева // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2009. – №20 (153). – С.106–110.
21. Романова, Л.И. Личность наркомана / Л.И.Романова // Клиника, диагностика, профилактика наркоманий, алкоголизма, табакокурения. – Владивосток, 1998. – С.78–84.
22. Kokkevi, A. Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention / A.Kokkevi [et al.] // Addict. Behav. – 1998. – No.23. – P.841–853.
23. Станько, Э.П. Качество жизни пациентов с опиоидной зависимостью и различным ВИЧ-статусом / Э.П.Станько, С.А.Игумнов // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – №3. – С.32–33.

BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS OF DISADAPTATION AMONG INJECTING DRUG USERS

¹ E.P.Stan'ko, ² S.A.Igumnov, ³ A.P.Gelda

¹ Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

² State Institution of Management and Social Technologies of Belarusian State University, Minsk, Republic of Belarus

³ Republican Scientific and Practical Centre for Mental Health, Minsk, Republic of Belarus

The conception on the complicated biopsychosocial nature of drug dependence disorders, representing the combined effect of social, cultural, psychological, familial, biological and other factors is widely recognized in the current addiction medicine. These factors have been insufficiently investigated among injecting drug use. In practice, it results in a low coverage of injecting drug users with therapeutic and rehabilitation activities, psychosocial support and low efficacy of the existing treatment methods of drug addiction. Basic causal biopsychosocial factors, determining the disadaptation among injecting drug users have been presented. They should be taken into account when planning therapeutic and rehabilitation activities in this category of patients.

Keywords: injecting drug use, injecting drug users, disadaptation of abuse patients, biopsychosocial factors of disadaptation.

Поступила 21.04.2014 г.