

Р. Д. Илюк, Д. И. Громыко, И. В. Берно-Беллекур

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

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

Эмоциональные нарушения характерны для всех видов наркотической зависимости, они связаны с деструктивным воздействием наркотических веществ на психику пациентов в целом и на эмоциональную сферу в частности. В связи с этим изучение роли эмоциональных расстройств в формировании синдромов зависимости является важнейшей задачей наркологии.

Структура эмоциональных нарушений зависит от вида потребляемого наркотика. У больных с зависимостью от наркотических веществ при интоксикации, в клинической картине синдрома отмены, *постабстинентный период* широко представлены эмоциональные нарушения и расстройства.

Нарушения в эмоциональной сфере являются составной частью *патологического влечения* к психоактивному веществу. В рамках синдрома патологического влечения данные расстройства могут проявляться с различной интенсивностью, вызывать обострение заболевания, затруднять проведение терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Нарушения в эмоциональной сфере, вызванные потреблением наркотических веществ, препятствуют формированию стойких ремиссий и приводят к рецидиву заболевания.

Зависимость от опиоидов

Опиоидные рецепторы (μ , κ и δ) и эндогенные опиоидные пептиды выполняют значимую роль в работе ЦНС. Эндогенные пептиды вовлечены в регуляцию целого ряда функций, таких как память, обучение, реакции на стресс, эмоции, настроение и т. д. Потребление препаратов опиоидного ряда нарушает работу опиоидных рецепторов и эндогенных опиоидных пептидов, вызывая психопатологическую симптоматику.

Эмоциональное состояние в *состоянии интоксикации* препаратами опиоидного ряда характеризуется эйфорией с чувством физического наслаждения и комфорта, благодушной истомы, удовольствия, в дальнейшем переходящее в сон. С течением заболевания интенсивность и длительность позитивного эмоционального эффекта снижается, и потребление наркотического вещества происходит с целью устранения психосоматического дискомфорта.

Абстинентный синдром. Пониженный фон настроения в период синдрома отмены рассматривается как «сквозной» симптом. Аффективная патология характеризуется отсутствием четкой дискретности между компонентами эмоционального статуса, воспринимается как нечто целостное, лишенное различных составляющих, и объясняется стремительностью «разворачивания» симптомов, сложным их переплетением.

Депрессивные состояния у наркозависимых представлены, как правило, чувством уныния, отчаяния, идеями несостоятельности, раздражительностью, тревожностью,

склонностью к дисфорическим реакциям, а также диссомническими расстройствами. Проведенное в 2003 году исследование показало, что из 729 опиоидзависимых у 95% имелись депрессивные расстройства [1]. В случаях тяжелой депрессии гипотимия сопровождается в основном анергическими расстройствами, чувством тоски, безнадежности, явлениями общей слабости, потерей активности и повышенной утомляемостью. У большинства больных депрессия сочетается с другими эмоциональными симптомами. В результате исследования 92 наркозависимых в абстинентный период выявлена следующая структура депрессии: дисфорическая форма в 51% случаев, тоскливая — в 16%, апатическая — в 23% [2]. Среди проявлений ипохондрической депрессии доминирует стойкая фиксация на телесных ощущениях, реакция на малейшие изменения текущего состояния, критическое отношение к результатам терапии. Истерическая депрессия характеризуется многообразием драматизированных жалоб, часто необычными телесными ощущениями. Аффективные нарушения у опийных зависимых могут протекать с доминированием тревожной симптоматики. Исследование 80 больных в возрасте 16–45 лет в период абстинентного синдрома показало сочетание депрессивных расстройств с высоким уровнем тревоги, беспокойства, астении. Большинство больных демонстрировали опасения по поводу своего состояния, возможных осложнений, сопряженные с чувством безнадежности [3].

Постабстинентный синдром. На данном этапе заболевания часто выделяется синдром ангедонии с симптомами пониженного настроения, внутреннего напряжения, раздражительности, дисфории. В постабстинентном периоде для опийных наркозависимых характерно астеническое состояние с высокой утомляемостью, затруднением концентрации внимания, неспособностью к длительному труду, а также эмоциональная лабильность. При опийной наркомании в постабстинентный период отсутствует способность к напряженным аффектам и агрессивные действия маловероятны.

Зависимость от стимуляторов

Эффект воздействия кокаина обусловлен активизацией D1 и D2 дофаминовых рецепторов головного мозга, что определяет изменения в эмоциональной сфере и поведении. Поведенческие реакции сопровождаются возбуждением симпатической нервной системы (тахикардия, гипертензия и т. д.). В ЦНС кокаин действует как моноаминный транспортный блокатор дофамина, серотонина и норпинефрина. При хроническом потреблении отмечается снижение уровня активности дофамин-D2 рецепторов в стриатуме. 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.

Прием стимуляторов (кокаин, амфетамин, метамфетамин и другие) вызывает состояние эйфории с ощущением резкого эмоционального подъема, легкости тела, чувством полета, благодушным фоном настроения, «обострением ясности сознания», потребностью в деятельности. Продолжительное злоупотребление стимуляторами приводит к сокращению длительности эйфории, снижению яркости эмоциональных переживаний.

Абстинентный синдром. Эмоциональные нарушения в абстинентный период у зависимых от стимуляторов формируются в два этапа. Первый этап характеризуется состоянием психического напряжения, гиперестезией. С течением времени внутреннее напряжение увеличивается: тревога полностью охватывает больного, ощущение стра-

ха часто приводит к паническому состоянию. Длительность периода возбуждения составляет 2–3 дня. Второй этап характеризуется снижением психического напряжения. В эмоциональных расстройствах преобладают депрессивные состояния с признаками меланхолии. Подавленное настроение, сопровождающееся гиперестезией, эмоциональной лабильностью, суицидальными мыслями, может сочетаться с апатией, слабостью, сонливостью и отсутствием полноценного сна. У части больных острое возбуждение первых суток абстинентного синдрома переходит в острый делирий. В период абстинентного синдрома у зависимых от кокаина выявляются высокий уровень гневливости, дисфории, агрессии, что вызвано нарушением метаболизма фронтальных отделов головного мозга. Синдром отмены при амфетаминовой зависимости предполагает наличие расстройств настроения, тревоги, нарушений сна. В качестве осложнения могут развиваться психотические нарушения.

Постабстинентный синдром. На начальном этапе постабстинентного синдрома, вызванного стимуляторами, эмоциональная патология представлена гиперестезией, дисфорией, эмоциональной лабильностью в сочетании с депрессивной симптоматикой, чаще протекающей с апатическим оттенком. Такие состояния, как правило, носят затяжной характер и требуют длительной терапии. Исследования аффективных расстройств на данном этапе у зависимых от кокаина выявляют высокий уровень депрессии, более значимо выраженный у женщин. По мере получения терапевтической помощи острота аффективных нарушений у мужчин и женщин снижается в равной степени, а после 6 месяцев гендерные различия уровня депрессивных расстройств нивелируются.

Исследования уровня депрессивной симптоматики при потреблении разных видов наркотиков было проведено у 145 наркозависимых. Полученные результаты показали наличие депрессивных расстройств у 83% испытуемых: из них 23% имели выраженную степень нарушений, 39% — умеренный уровень, 21% — незначительный уровень депрессивной симптоматики. Выраженная депрессивная симптоматика чаще отмечалась у потребителей кокаина, в меньшей степени у пациентов с полинаркоманией (потреблением кокаина и героина), а в наименьшей степени — у опиоидзависимых больных [4].

Зависимость от галлюциногенов

«Экстази» (3,4-метилендиоксиметамфетамин) обладает способностью воздействовать на ряд нейротрансмитеров: серотонин, дофамин, норпинефрин. 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 злоупотребление MDMA вызывает снижение уровня серотонина и деструкцию нейронов головного мозга. ЛСД и родственные ему препараты имеют структуру, сходную с серотонином. Неоднократное потребление ЛСД приводит к снижению количества рецепторов серотонинэргической системы, что является причиной поведенческих и аффективных нарушений.

При приеме галлюциногенов состояние опьянения характеризуется приподнятым настроением, обостренным чувством восприятия окружающего, эффектом озарения, иногда эйфорией. На фоне нарушения процесса мышления, искажения восприятия окружающей обстановки возможны психопатологические реакции, требующие срочной психиатрической помощи (психомоторное возбуждение, приступы паники, импульсивность, агрессивность, суицидные мысли и попытки).

Абстинентный синдром. В большинстве случаев абстинентное состояние сопровождается эмоциональными нарушениями в виде тревожной, ипохондрической симптоматики. Расстройства сна бывают различной длительности — от суток до нескольких недель, чаще в форме ранней и средней бессонницы, вплоть до тотальной инсомнии. В самоотчетах 30 потребителей «экстази» и 30 пациентов с полинаркоманией в равной степени выявляются высокие показатели депрессии по шкале Бека по сравнению с контрольной здоровой группой [5]. При хроническом потреблении ЛСД в период отмены часто отмечаются панические атаки в сочетании с чувством страха, напряжения, психомоторного возбуждения. Для потребителей ЛСД и мескалина характерен повышенный уровень депрессивных нарушений, дисфории и агрессии.

Постабстинентный синдром. В постабстинентный период поведение наркозависимых характеризуется апатией, астенией, отсутствием энергетического потенциала. Больные проявляют вялость, отсутствие интереса к жизни, нежелание контактировать с окружающими, периодически отмечаются приступы тревоги, страха. Исследование последствий злоупотребления «экстази» в постабстинентный период у 430 регулярных потребителей показало снижение настроения у 83% испытуемых. В дальнейшем у 37% из них диагностировались депрессивные расстройства [6]. Постабстинентный синдром характеризуется картиной тревожно-ажитированной депрессии с тоскливо-злобным настроением, идеями самообвинения, суицидальной настроенностью. Отмечается психомоторное возбуждение с многоречивостью и ипохондрическими переживаниями. Женщины, потребляющие галлюциногены, характеризуются более высоким уровнем тревоги и депрессивных расстройств по сравнению с мужчинами. В условиях длительной абстиненции наиболее тяжелыми расстройствами, часто требующими медицинского вмешательства, являются психотические состояния («flashback»), сопровождающиеся выраженными эмоциональными расстройствами, возникающие без потребления галлюциногенов. По различным источникам, эти нарушения наблюдаются в 15–77% случаев и могут быть вызваны потреблением марихуаны, состоянием тревоги, усталости, медитацией, а также антипсихотиками фенотиазиновой группы. Данные расстройства могут интермиттировать в течение нескольких лет после последнего приема галлюциногена. Аффективные расстройства вследствие злоупотребления галлюциногенов являются предикторами биполярных расстройств, а также суицидальных попыток.

Зависимость от каннабиноидов

Нарушения в эмоциональной сфере у зависимых от каннабиноидов обусловлены воздействием дельта-9-тетрагидроканнабинола на СВ-1 каннабиноидные рецепторы, которые широко представлены в ЦНС. СВ-1 каннабиноидные рецепторы, располагаясь на нервных окончаниях, подавляют функционирование целого ряда нейротрансмиттеров: ацетилхолина, норадреналина, дофамина, 5-гидрокси-триптамина, ГАМК и т.д. Под воздействием дельта-9-тетрагидроканнабинола происходит увеличение активности дофамина в мезолимбических структурах головного мозга, что вызывает достижение позитивного эмоционального состояния и эйфории и является причиной формирования зависимости.

Интоксикация каннабиноидами может вызывать приступообразные всплески радости, релаксацию, склонность к «эмоциональному заражению», а в некоторых случаях эйфорию. Негативные эмоции (тревога, напряжение, дисфория) носят транзиторный характер, но могут наблюдаться и длительные периоды, повторяющиеся в случаях

продолжительной интоксикации. В случаях тяжелого опьянения нередко отмечаются дисфории с немотивированной агрессией.

Абстинентный синдром. В абстинентном состоянии ведущим является астеническое состояние: слабость, вялость, неспособность к концентрации внимания, снижение работоспособности, эмоциональная лабильность. Пациенты предъявляют жалобы на головную боль, шум, неприятное чувство давления на голову. Возможны кратковременные приступы дисфории, вспыльчивости, раздражительности. Депрессивные состояния характеризуются пониженным фоном настроения, отсутствием психологического комфорта. В Новой Зеландии по результатам опроса лиц 18–25 лет, потребляющих каннабиноиды, 22% отметили наличие тревоги или панических атак. Данные симптомы у женщин отмечались в два раза чаще, чем у мужчин [7]. Изучение негативных эффектов наркотизации было осуществлено у 268 потребителей каннабиноидов со стажем не менее 10 лет и двукратным курением в день. Наиболее общими аффективными нарушениями были тревога и депрессия (21%), астения и низкая мотивация к деятельности (21%) [8]. В Италии проведено исследование 133 мужчин, потреблявших только каннабиноиды. Пониженное настроение было выявлено в 16% случаев, депрессивные состояния — у 14%, дистимия — у 10,5%. Выявлена корреляция выраженности симптоматики и интенсивности потребления наркотика [9]. Среди лиц, злоупотребляющих и зависимых от каннабиноидов, 16% осуществляли реальные попытки суицида, в то время как в контроле только 1,9% [10].

Постабстинентный синдром. В постабстинентный период, как правило, 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.

Зависимость от ингалянтов

Механизм действия ингалянтов имеет сходство с действием классических депрессирующих лекарств (барбитураты, бензодиазепины и алкоголь). По аналогии с алкоголем считается, что ингалянты воздействуют на головной мозг через ГАМК-эргическую систему. Летучие органические вещества оказывают влияние на дофаминергическую нейромедиаторную систему, вызывая увеличение внеклеточного дофамина (стриатум). Хроническая ингаляция толуолом приводит к локомоторной гиперактивности из-за увеличения дофамин-D2 рецепторов и блокады антагонистов D2 рецепторов.

Потребление ингалянтов свойственно лицам подросткового возраста. Эйфория, вызванная летучими растворителями, включает наличие повышенного настроения, чувства блаженства, легкости, смеха. Возникновение галлюцинаторных образов может изменять аффективное состояние. При этом у больных часто наблюдается резкий переход от аффекта экстаза до состояния психомоторного возбуждения с неудержимой злобой, дисфорией, агрессивными поступками.

Абстинентный синдром. Вопрос о наличии абстинентного синдрома у потребителей летучих органических веществ до сих пор остается открытым. Вместе с тем ряд авторов склоняется к признанию наличия абстинентного синдрома, выделяя в нем эмоциональные и поведенческие расстройства. Наиболее частыми эмоциональными нарушениями являются раздражительность, вспыльчивость, астения. В отдельных

случаях могут наблюдаться ипохондрические жалобы. Сравнительный анализ данных исследования 94 лиц трех групп (зависимых от летучих растворителей, злоупотребляющих и контрольной) дал следующие результаты. Наиболее высокий уровень аффективных расстройств отмечался в группе зависимых. В этой же группе достоверно выше наблюдалась эмоционально позитивная оценка эйфории опьянения по сравнению с группой злоупотребляющих [11].

Постабстинентный синдром. Эмоциональные расстройства в постабстинентном состоянии как правило обусловлены наличием 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. В ряде случаев отмечается превалирование астенической симптоматики. При этом преобладают нарастающая пассивность, вялость, медлительность, склонность держаться в стороне от сверстников. Часто предъявляются жалобы на слабость, снижение работоспособности, головные боли. Интеллектуальное снижение, аффективные нарушения приводят к социальной дезадаптации. Нарушения в эмоциональной сфере сочетаются с поведенческими расстройствами. В поведении испытуемых отмечается высокая конфликтность, неустойчивость интересов, характерна направленность на удовлетворение примитивных потребностей, сопровождающаяся утратой моральных и социальных норм. У больных отмечается формальное отношение к лечебному процессу, снижены возможности к длительной и целенаправленной интеллектуальной деятельности. Вместе с тем реабилитационные мероприятия могут давать положительную динамику в результате длительной медикаментозной поддержки и психотерапевтической коррекционной работы.

Эмоциональные нарушения и коморбидные расстройства при зависимости от психоактивных веществ

Наследственная отягощенность алкоголизмом, наркоманиями, психическими расстройствами (биполярное аффективное расстройство, личностные расстройства, эпилепсия, шизофрения и другие) составляет 169 случаев на 1000 больных. Наиболее часто отмечается отягощенность алкоголизмом, преимущественно по отцовской линии. По результатам исследований 49 из 100 обследованных наркозависимых имели отцов с алкогольной зависимостью [12].

Акцентуации характера и личностные расстройства усугубляют аффективные расстройства у больных с наркотической зависимостью. Расстройства личности выявляются у каждого десятого зависимого, а акцентуации — у подавляющего большинства пациентов.

Наличие органического поражения головного мозга оказывает негативное влияние на клинику наркотической зависимости. Перинатальная патология (патологическое протекание беременности у матери, патология родов, патология раннего и позднего постнатального периода) выявляется у большинства больных наркоманиями. Травматическое поражение головного мозга может быть причиной усугубления симптоматики аффективных расстройств в постабстинентном периоде.

Алекситимические нарушения являются характерными для пациентов с аддиктивными заболеваниями, отмечаются у половины больных, являются причиной низких результатов терапевтической помощи, часто сочетаются с тревожностью, депрессивной симптоматикой. Выраженность алекситимии имеет гендерные различия и чаще наблюдается у женщин. Наличие у наркозависимых тревожно-депрессивных расстройств способствует формированию алекситимии.

Сопутствующие инфекционные заболевания (ВИЧ, СПИД) приводят к обострению психопатологической симптоматики. Проведенное в 2002 году исследование (1803 наркозависимых, из них 1047 ВИЧ-позитивных) показало, что у инфицированных больных достоверно выше уровень депрессивных расстройств. В данной группе исследуемых чаще выявляется более выраженная симптоматика аддиктивных расстройств, сочетанное потребление наркотиков и алкоголя [13]. Сравнительная характеристика ВИЧ-инфицированных и неинфицированных наркозависимых женщин (соответственно 93 и 62) показала, что депрессивные расстройства по шкале Гамильтона в четыре раза выше среди ВИЧ-серопозитивных (19,4%) по сравнению с ВИЧ-серонегативными пациентами (4,8%) [14].

Больные часто демонстрируют импульсивность, отвлекаемость, непредсказуемость, агрессивность, что в целом предопределяет рискованную форму поведения и является причиной распространения ВИЧ-инфекции, гепатитов, других инфекционных заболеваний, а также насилия, криминальных действий, несчастных случаев.

Поведение, связанное с высоким риском ВИЧ-инфицирования, имеет значимую корреляцию с выраженностью психопатологических расстройств (агрессивное поведение, нарушения в эмоциональной сфере) наркозависимых. Как у мужчин, так и у женщин выявляются множественные факторы риска, влияющие на поведение, связанное с риском ВИЧ-инфицирования, однако у женщин таких факторов больше.

Особенности эмоциональных нарушений у потребителей ПАВ в зависимости от длительности ремиссий

Отрицательные эмоции, к которым относятся разнообразные переживания, в том числе гнев, тревога, раздражительность, депрессивные состояния могут быть предикатами возможного срыва. Анализ эмоциональных состояний в период воздержания от потребления ПАВ является важной частью стратегии предотвращения рецидива. Структура эмоциональных нарушений различается в зависимости от вида потребляемого ПАВ и может меняться как от особенностей аддикции, так и от длительности ремиссии.

В отделении терапии больных с аддиктивной патологией СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева проведено исследование, основной целью, которого являлась оценка характерных особенностей эмоциональной сферы у зависимых от ПАВ в зависимости от длительности ремиссий. Всего было обследовано 189 человек, 139 (72,2%) мужчин и 50 (27,8%) женщин. 30,7% пациентов (58 человек) имели зависимость от опиоидов, 22% (42 человека) — зависимость от стимуляторов, 27,1% (51 человек) — полинаркотическую зависимость и 20,1% (38 человек) — алкогольную зависимость. Показано, что у пациентов с ремиссиями менее 6 месяцев по сравнению с испытуемыми, имеющими ремиссию более 6 месяцев, достоверно чаще ($p \leq 0,05$) регистрировались: легкое депрессивное состояние и апатия — у больных с алкогольной зависимостью; легкое

депрессивное состояние и апатия — у пациентов с опиоидной зависимостью; эмоциональная лабильность и раздражительность — у пациентов, употребляющих стимуляторы; дисфория и раздражительность — у исследуемых, страдающих полинаркотической зависимостью.

Установлено, 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.

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 подтвердилось 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, а также между возрастом начала заболевания и дисфорией. У зависимых с ремиссиями менее 6 месяцев, обнаружена отрицательная корреляция между тревогой и длительностью ремиссии после лечения, это свидетельствует о том, что тревога у больных с зависимостью от ПАВ препятствует достижению продолжительных ремиссий после лечения [15].

Заключение

Нарушения в эмоциональной сфере при зависимости ПАВ носят динамический характер, связаны с видом потребляемого вещества, фазой заболевания, длительностью ремиссий, а также наличием психических и соматических коморбидных расстройств.

Эмоциональные нарушения усугубляют течение заболевания, влияют на формирование мотивации к отказу от ПАВ, препятствуют удержанию зависимых в терапевтических программах, существенно затрудняют проведение лечебных и реабилитационных мероприятий.

Проведение точной диагностики эмоциональных расстройств позволяет получить более целостную картину заболевания, способствует назначению адекватной фармакологической и психотерапевтической помощи.

Литература

1. Tobin K. E., Latkin C. A. The relationship between depressive symptoms and nonfatal overdose among a sample of drug users in Baltimore, Maryland // *J. Urban. Health*, 2003. Vol. 80 (2). P. 220–229.
2. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Психоорганический синдром у больных наркоманиями // *Вопр. наркол.* 2000. № 3. С. 29–35.
3. Araujo L., Goldberg P., Eyma J. et al. The effect of anxiety and depression on completion / withdrawal status in patients admitted to substance abuse detoxification program // *J. Subst. Abuse Treat.*, 1996. Vol. 13, N 1. P. 61–66.
4. Joe G. W., Knezek L., Watson D., Simpson D. D. Depression and decision-making among intravenous drug users // *Psychol. Rep.*, 1991. № 68 (1). P. 339–347.
5. Roiser J. P., Sahakian B. J. Relationship between ecstasy use and depression: a study controlling for poly-drug use // *Psychopharmacol. (Berl.)*, 2004. Vol. 173 (3–4). P. 411–417.

6. 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.
7. Thomas H. A community survey of adverse effect of cannabis use // *Drug and alcohol dependence.* 1996. Vol. 42. P.201–207.
8. Reilly D., Didcott R., Swift W. et al. Long-term cannabis use: characteristics of users in Australian rural areas // *Addiction.* 1998. Vol. 93. P.837–846.
9. Troisi A., Pasini A., Saracco M. et al. Psychiatric symptoms in male cannabis users not using other illicit drugs // *Addiction.* 1998. Vol. 93. P.487–492.
10. Beautrais A.L., Joyce P.R., Mulder R. T. Cannabis abuse and serious suicide attempts // *Addiction.* 1999. Vol. 94. P.1155–1164.
11. Morita N., Satoh S., Oda S. et al. A study of relationships among solvent inhalation, personality and expectancy; especially on affinity to hallucination, sensation seeking and neurotic tendency // *Arukoku Kenkyuto Yakubutsu Ison.* 1994. N 29 (5). P.445–468.
12. Фридман Л. С., Флеминг Н. Ф., Робертс Д. Х., Хайман С. Е. Наркология. М.: BINOM; СПб.: Невский Диалект, 2000. 319 с.
13. Justice A. C., McGinnis K. A., Atkinson J. H. et al. Psychiatric and neurocognitive disorders among HIV-positive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort Five-Site Study // *AIDS.* 2004. N 1. S.49–59.
14. Morrison M. F., Petitto J. M., Ten H. T. et al. Depressive and anxiety disorder in women with HIV infection // *Am. J. Psychiatry.* 2002. N 159 (5). P.789–796.
15. Особенности эмоционально-мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ: пособие для врачей / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, И.В. Берно-Беллекур. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 33 с.

Статья поступила в редакцию 15 апреля 2011 г.