

УДК 159.922.73-053.6-056.49

**ПРОБЛЕМА АНОЗОГНОЗІ НАРКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ ЯК
ФАКТОР ВИЯВЛЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ПРОЦЕСІВ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ**

Литвинчук Л. М.,

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,
старший науковий співробітник лабораторії психології соціально
дезадаптованих неповнолітніх Інституту психології імені Г.С.Костюка
НАПН України, м. Київ

Стаття присвячена висвітленню проблеми психологічних особливостей в генезі наркотичної залежності. Розкривається проблема анозогнозії наркологічних хворих, яка розглядається в трьох основних аспектах – біологічному, психологічному та соціальному. При систематичному вживанні наркотичних засобів відбуваються біологічні зміни в організмі, коли психоактивна речовина, ставши звичною, активно бере участь у фізіологічних процесах. Ми вважаємо, що серйозних якісних змін у розумінні природи наркотизму та підвищення ефективності ресоціалізації можна буде досягти за умови, що наркоманія буде розглядатися як складне явище, що має специфічну представленість на фізіологічному, психологічному, соціально-психологічному і соціальному рівнях. Стаття розкриває питання психологічних та особистісних змін наркозалежної особистості як наслідок хронічної інтоксикації та психологічної адаптації.

Ключові слова: анозогнозія, хронічна інтоксикація, психічний розлад, соматоневрологічні порушення, реабілітація, наркотична залежність, психоактивна речовина, психологічна структура.

Постановка проблеми. Дана стаття присвячена висвітленню проблеми психологічних особливостей в генезі наркотичної залежності. Висвітлення досліджень зловживання наркотичними засобами продиктована поширенням цього явища в Україні, а також важкими медичними і соціальними наслідками, викликаними немедичним споживанням наркотиків. На рубежі століть ситуація зі споживанням наркотиків в Україні стала однією з центральних проблем охорони здоров'я. Змінилася структура споживання наркотиків. В обіг увійшли нові, що мають більш потужний наркогенний потенціал, опійні похідні. Якщо кілька років тому в основному використовувалися наркотики, що готувалися кустарно або напівкустарно з рослинної сировини (маку, коноплі), то в останні роки зростає споживання нелегально імпортованих засобів: героїну, кокаїну і синтетичних засобів, вироблених в підпільних лабораторіях, що незвичайно згубно впливає як на психологічну так і на психофізіологічну складову особистості. Більшість дослідників вважають, що в розвитку наркоманії, характері її перебігу та прогнозі

результатів лікування важливу роль відіграють преморбідні риси особистості, які детермінують характер і стаж наркотичної залежності. Тому тематика нашої статті присвячена висвітленню питання психологічних та особистісних змін наркозалежної особистості як наслідок хронічної інтоксикації та психологічної адаптації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За 2015 рік кількість споживачів героїну збільшилася в 2,6 рази, склавши 28,5% від загального числа зареєстрованих наркоманів, а сумарна частка осіб, що споживають наркотики опійної групи, досягла 65,2%. Більшість дослідників вважають, що в розвитку наркоманії, характері її перебігу та прогнозі результатів лікування важливу роль відіграють преморбідні риси особистості, які детермінують характер і стаж наркотичної залежності (Личко А. Е., 1977; Смулевич А. Б., 1983; Морозов Р. В., Боголепов Н.Н., 1984; Лисенко В. П., Ревенок А. Д., 1988; Рохлина М. Л., Козлов А. А., 2001; Чирко Ст. Ст., 2001; Дудко Т. Н., 2002 та ін).

Сучасний рівень розвитку медичної і зокрема наркологічної науки дозволяють досить ефективно знімати первинні компоненти фізичної залежності від наркотиків. Однак психологічні компоненти цієї залежності досить стійкі і обумовлюють виникнення рецидивів і швидке повернення до наркотиків, що висуває проблему психологічної реабілітації наркоманів.

Таким чином, проблема впливає з неузгодженості спрямованості наявних засобів реабілітації і запитів практики. Наявні реабілітаційні засоби засновані переважно на формуванні нових моделей поведінки або навіюванні нових смислових установок (гіпноз, кодування тощо). Дані підходи не передбачають свідомої активності наркоманів до самозміни. Практика роботи з наркоманами, в свою чергу, виявляє необхідність опори на усвідомлення ними свого соціально-психологічного потенціалу і його використання для зміни. Недостатньо вивченими залишаються особливості свідомості наркозалежної особистості. Ми вважаємо, що серйозних якісних змін у розумінні природи наркотизму та підвищення ефективності профілактики можна буде досягти за умови, що наркоманія буде розглядатися як складне явище, що має специфічну представленість на фізіологічному, психологічному, соціально-психологічному і соціальному рівнях.

Формулювання мети статті (постановка завдання). Спроби лікування завжди базуються на моделі розладу, його характеристиках та реакціях на специфічні втручання. Сучасні моделі лікування наркоманії спираються на ту логіку, що проблема неправильного використання наркотиків, зловживання ними є проблемою окремої особистості, її фізіологічних та психічних характеристик, тому **метою**

даної статті є висвітлення проблеми анозогнозії наркологічних хворих з метою виявлення у подальшому закономірностей процесів їх реабілітації та ресоціалізації.

Виклад основного матеріалу дослідження. За визначенням у тлумачному словнику «наркоманія є станом періодичної або хронічної інтоксикації, що шкодить людині та суспільству, викликана шкідливим вживанням наркотика».

Умови, за яких особу слід вважати наркоманом:

- Непереборний потяг до наркотичного засобу
- Зростаюча толерантність

➤ Неможливість стриматися, так як психічно та фізично людина настільки залежить від данної отрути та її впливу, що раптове припинення (абстиненція) викликає фізично важкі і психологічно непереборні стани.

Вживання наркотиків є захисною активністю особистості перед обличчям труднощів, що відкриваються у просторі буття підростаючої особистості. Схильність до наркотиків виникає після пробного вживання як переживання надлишкових можливостей подолання зовнішніх і внутрішніх обставин, що перешкоджають задоволенню індивідом найбільш значущих для нього потреб. У поведінці кожного наркомана може бути виявлений його унікальний патерн взаємодії з життям, який разом з типовими для наркоманів рисами утворює його «наркоманський» спосіб життя.

Клінічний перебіг наркоманії умовно можна розділити на три стадії, в процесі формування яких взаємопов'язані синдроми перетерплюють відому динаміку [5].

Преморбідні особливості особистості наркозалежних, часто в літературі оцінюються як психопатичні. Наприклад, за матеріалами І.Н. Пятницької, серед наркозалежних психопатія діагностується в 28,9 % випадків. Дослідження цілої низки авторів, таких як Christian, Poling, Schwartz et al показали, що ще до зловживання наркотиками 36,8 % чоловіків та 68,8% жінок мали ознаки психопатій, акцентуації характеру 34,8% та 25,8% відповідно, органічного ураження мозку 10,4% чоловіків, алкоголізму 1,9% чоловіків, шизофренії 1,9% чоловіків.

Р.А. Лурія виділяючи та обґрунтовуючи поняття «внутрішня картина хвороби», підкреслював, що уявлення про неї не відповідає розумінню скарг хворого, а її структура – як в сенситивній так і в інтелектуальній частині – знаходиться в більшій залежності від особистості хворого, загального культурного рівня, соціального оточення та освіти [8].

В.Н. Мясіщев розглядав виділення поняття внутрішньої картини хвороби як практичний та теоретичний доказ ролі усвідомлення

хвороби в її протіканні. Хворий не тільки виступає об'єктом клінічного спостереження, але й суб'єктом, який так чи інакше усвідомлює себе, свою хворобу, своє місце в системі суспільних відносин.

Відношення до хвороби інтегрує всі психологічні категорії, в рамках яких аналізується поняття «внутрішня картина хвороби». Це і знання про хворобу і усвідомлення особистістю, розуміння ролі та впливу хвороби на соціальне функціонування, емоційні та поведінкові реакції, пов'язані з хворобою.

Набуття тверезості, тобто утримання від вживання наркотичних засобів наркологічним хворим – довготривалий процес, затьмарений некритичністю хворого до свого захворювання.

Проблема анозогнозії наркологічних хворих повинна розглядатися в трьох основних аспектах – біологічному, психологічному та соціальному [4].

Все це викликано тим, що при систематичному вживання наркотичних засобів відбуваються біологічні зміни в організмі, коли психоактивна речовина, ставши звичною, активно бере участь у фізіологічних процесах. Окрім того, відбуваються особистісні зміни як наслідок хронічної інтоксикації та психологічної адаптації індивіда, а також порушення соціального функціонування хворого наркоманією, на якого суспільство впливає репресивними методами.

Намагаючись зберегти свої уявлення про світ і самого себе, хворий наркоманією будує систему психологічного захисту. При цьому власний досвід спотворюється, або ігнорується повністю, а структура особистості стає більш ригідною [7].

Актуальним постає питання *психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин.*

До цієї групи входять розлади, важкість яких варіює від неускладненого сп'яніння до виражених психотичних розладів і деменції, але при цьому всі вони можуть бути пояснені уживанням одного або декількох психоактивних речовин. Конкретне вживане речовина часто визначає всю клініку, наприклад картину інтоксикації, психозу, хоча деменції в результаті вживання різних речовин можуть бути схожі. Виділяють розлади внаслідок вживання алкоголю (F10), опадів (F11), каннабіоїдів (F12), седативних і снодійних речовин (F13), кокаїну (F14), інших стимуляторів, включаючи кофеїн (F15), галюциногенів (F16), тютюну (F17), летючих розчинників (F18), поєднаного вживання наркотиків і інших психоактивних речовин (F19), останнє передбачає хаотичне вживання наркотиків.

З'ясувати характер уживаної психоактивної речовини можна на основі заяви самого пацієнта, лабораторних аналізів, об'єктивних даних клінічного дослідження, наявності у пацієнта наркотиків, повідомлень третіх осіб. Бажано отримати дані з декількох джерел.

При вживанні більш ніж одного типу психоактивних речовин діагноз повинен бути встановлений відповідно по найбільш важливим з використовуваних речовин або найбільш часто вживаним.

Патогенез залежності від психоактивних речовин має клінічну, біохімічну та соціальну складову. До клінічної складової входить особливість ейфорії, яка відрізняється в залежності від виду вживаної речовини, чим можна пояснити фіксацію на конкретній речовині і перевагу наркотику, регулярність вживання, згасання першого ефекту і зміну толерантності, зміну форм споживання (наприклад, від таблеток до ін'єкцій), зникнення захисних реакцій, все це обумовлене зміною форм сп'яніння і фізичною залежністю. Біохімічна складова визначається генетичними причинами, кількістю конкретних рецепторів, на які діє певна речовина, рівнем нейрорегуляторів. Соціальна складова пов'язана з роллю сім'ї, групи, соціальної та економічної організацією, з особливостями середовища існування.

Що ж відбувається після прийому психоактивних речовин?

Гостра інтоксикація – стан, що виникає слідом за прийомом психоактивної речовини, що приводить до розладу свідомості, когнітивних функцій, сприйняття, емоцій або інших психофізіологічних функцій і реакцій.

Діагноз інтоксикації є основним лише тоді, коли інтоксикація не супроводжується більш стійкими розладами.

Рівень і ступінь вираженості інтоксикації залежать від дози, супутнього органічного захворювання, соціальних обставин а також часу, який пройшов після вживання речовини.

Симптоми інтоксикації можуть залежати від типу речовини. Так, дію каннабіса і галюциногенів важко передбачити, а от вплив алкоголю в малих дозах набуває стимулюючої дії, у великих – седативної.

Для визначення наявності ускладнень при гострій інтоксикації вказується, чи є ускладнення і чи залежать симптоми від дози, зокрема, вказується, чи була додаткова травма або тілесне ушкодження, яке впливає на ступінь гострої інтоксикації, а також чи були інші медичні ускладнення, наприклад, кривава блювота, аспірація блювотних мас, делірій, розлади сприйняття, кома або судоми. Всі ускладнення значно впливають на клініку інтоксикації і міняють терапевтичну тактику, вони ускладнюють визначення глибини сп'яніння. При інтоксикації малими дозами алкоголю можливий розвиток патологічного сп'яніння, при якому виникає порушення орієнтування з неадекватними діями, в тому числі агресивними.

Отже, гостра інтоксикація – типова патологічна реакція, яка виникає в наслідок вживання ПАР. За своєю структурою є складним

синдромом, який складається з психічних, неврологічних, вегетосудинних та соматичних симптомів, вираженість та співвідношення яких змінюються залежно від етапу інтоксикації (початок, максимальна інтенсивність, редукція). У МКХ -10 діагноз загальних проявів гострої інтоксикації внаслідок вживання ПАР базується на наступних критеріях:

Наявність точних відомостей про вживання однієї або кількох ПАР у дозі, достатній для спричинення стану інтоксикації;

Наявність характерної для даної речовини симптомів сп'яніння, що проявляється у порушеннях свідомості, когнітивних функцій, сприймання, афекту або поведінки;

Дані симптоми неможливо пояснити наявною, незалежно від вживання ПАР, соматичною патологією або іншим психічним розладом.

Гостра інтоксикація корелює з рівнем дози вжитої ПАР. Виняток становлять лише особи з органічними внутрішніми захворюваннями, наприклад, з печінковою та нирковою недостатністю, де невелика доза психоактивної речовини може викликати непропорційно виражений інтоксикаційний ефект. Інтенсивність гострої інтоксикації з часом зменшується, а за відсутності подальшого вживання ПАР дія її припиняється.

Психічний компонент гострої інтоксикації.

1. Афективні розлади. Наркоманія будь-якого виду неодмінно порушує емоційно-афективну сферу життєдіяльності людини. Виникнення та становлення наркоманії на самих перших етапах її розвитку пов'язане з дією наркотика на емоційно-позитивні центри головного мозку людини. В свою чергу, емоційні порушення, обумовлені дією наркотичного засобу, формують рефлекс цілі за І.П. Павловим, що полягає в пошуку чергового емоційно-позитивного підкріплення поведінки індивіда.

З кожним новим підкріпленням, утворююча в головному мозку людини функціональна система все більше стабілізується, призводячи до розвитку стійкого паталогічного стану [3].

Одним з найважливіших центрів регуляції емоційної поведінки є гіпоталамус. Емоційні функції гіпоталамуса регулюються переднім мозком. Емоційні реакції можуть проявлятися тільки в тому випадку, коли збережені нервові зв'язки. Експериментальні та клінічні дослідження підтвердили уявлення про складну структуру функціональної організації емоційної поведінки. Проте, і в людини і в тварини в емоційній поведінці слід виділяти мотиваційні та підкріплюючі компоненти, тобто, системи задоволення та незадоволення та емоційно позитивного чи негативного підкріплення.

Ейфорія внаслідок гострої інтоксикації ПАР є складним феноменом, який складається не тільки з власне піднесеного настрою, а й має своєрідні соматовегетативні прояви, за рахунок яких досягається позитивний емоційний зсув. В якісному відношенні даний стан різниться залежно від виду ПАР. Відмінності в баретері ейфорії при сп'янінні, спричиненими різними психоактивними сполуками, не вичерпуються тільки структурними особливостями останніх, а й пов'язані з певними динамічними закономірностями. У своєму становленні ейфорія проходить дві стадії (власне ейфорична та стадія післядії), які мають свої особливості відповідно до виду психоактивного середовища. Гіпотимічні розлади (страх, жах, паніка) виникають у наслідок вживання речовин з атропопіноподібним ефектом та психодизлептиків. При прийманні останніх велике значення має вихідний настрій, тобто зазначені емоційні прояви виникають лише при зниженому емоційному фоні, а для досягнення ейфоризуючої дії необхідний як мінімум нейтральний афективний стан. Пригнічений ейфоричний настрій, який мало залежить від вихідного, може спостерігатися в разі алкогольної інтоксикації. У інтоксикації гашишем в окремих випадках можуть бути напливи тривоги, агресивність, а при сп'янінні седативними препаратами – апатія, яка змінює ейфорію. Окрім цього, на етапі деградації особистості можливе виникнення таких дисфоричних спалахів з агресією, що характерно для вживання седативних та снодійних препаратів, інгалєнтів та гашишу.

2. Розлади відчуття та приймання. Порушення відчуття може проявлятися його посиленням (при прийманні стимуляторів) або послабленням (у разі приймання седативних препаратів). Паталогічні зміни сприйняття представлені численними ілюзіями та психосенсорними розладами, що особливо характерні для інтоксикації психодизлептиками, хоча ці явища можуть спостерігатися й при сп'янінні, спричиненими седативними препаратами. Для опійного сп'яніння більш характерна візуалізація уявлень, ейдетизм. Практично для всіх видів наркоманій характерні сенестопатії, які в стані сп'яніння можуть мати приємний, бажаний характер. Різноманітні галюцинації частіше спостерігаються в разі вживання психодизлептиків, канабіноїдів та препаратів побутової хімії. Характерною для всіх видів інтоксикації є дисоціація психічної функцій; навіть при загостренні сприйняття зовнішніх та внутрішніх стимулів багато подій амнезується, залишаючи по собі лише деякі фрагментарні спогади про пережитий стан.

3. Розлади мислення при інтоксикації ПАР залежать від виду речовини та вживаної дози. У наслідок вживання препаратів із седативною дією спостерігається сповільнення мислення і поява

персеверацій, тоді як при використанні стимуляторів і психодизлептиків на початкових етапах інтоксикації має місце прискорення темпу мислення. У разі приймання будь-якої ПАР знижується здатність до правильного осмислення, що пов'язане з емоційними порушеннями та викривленням здатності керувати активною увагою. За умови використання психодизлептиків виникає своєрідний ментизм (наплив думок, спогадів, образ), можуть спостерігатися несистематизовані маячні ідеї.

4. Розлади свідомості. Незалежно від виду ПАР виникають порушення свідомості від звуження, зниження її рівня до виключення або затьмарення.

Детально зупинимось на наслідках хронічної інтоксикації ПАР. Розвивається на пізніх етапах формування наркоманії, включаючи наступні розлади психіки та соматоневрологічні порушення.

➤ *Розлади психіки:* Практично всі автори, що описують особливості особистості наркозалежних, відзначають їх інфантилізм. Психіка людей, залежних від наркотичних речовин, зберігає риси, якості та особливості, властиві дитячому віку, для якого характерні незрілість емоційно-вольової сфери, що знаходить своє відображення в несамостійності рішень і дій, почутті незахищеності, зниженій критичності по відношенню до себе, підвищеної вимогливості до турботи інших про себе і т. д. Цей факт неодноразово був підтверджений даними емпіричних досліджень (А.В. Сухарєв, С. В. Кривцова, С. В. Березін, К. С. Лисецький, М.Ю. Самыкина, Е. В. Литягина, Д. Д. Козлов, М. Е. Серебрякова, А.В. Соболева та ін) Таким чином, профілактика наркотизму необхідно повинна бути пов'язана з проблемою дорослішання особистості, як основний у подоланні залежності. Прогресуюча деменція, яка в своєму розвитку проходить етапи зниження особистості, психопатизації та деменції. На етапі зниження особистості відбувається зменшення психічної активності, звуження кола інтересів та мотиваційної сфери, спрощується спектр емоцій та спонукань. Порушення інтелектуальної сфери проявляються зниженням функції пам'яті у вигляді послаблення фіксації та ретенції, порушенням активної концентрації уваги, втратою інтересу до інтелектуальних занять, до оцінки та аналізу ситуації. На етапі психопатизації подальше викривлення індивідуальних особливостей залежить від типу ПАР та преморбідного радикалу особистості. В наслідок наркотизації опіатами та стимуляторами найчастіше спостерігаються істеричний та астенічний типи психопатизації, при зловживанні седативними та снодійними препаратами – експлозивний, у разі гашишизму та вживання психодизлептиків –

апатичний. При цьому поглиблюються та частішають афективні розлади переважно дистимічного та дисфоричного регістру. На етапі деменції психоорганічний синдром досягає максимального ступеня вираженості. Змінюється зовнішній вигляд хворих, з'являються неадекватні мімічні реакції, диспластичні рухи, дискордантна хода з пропульсією або похитуванням, згасає рухова активність. У разі вживання седативних та снодійних засобів розвивається брадифренія, емоційна сфера стає зuboжілою (оліготимія). Набувають вираженого характеру розлади уваги у вигляді втрати здатності до концентрації, крайнього ступеня відволікання та виснажливості. Суттєво зниженими є також інтелектуальні функції, такі як розуміння, здатність до абстрагування та критики. Все це відображає глобальну мозкову дисфункцію та має прогресивний перебіг.

➤ *Психотичні розлади.* Виникають або на високому рівні інтоксикації або в період абстиненції, що залежить від виду вживаної ПАР. За своєю структурою психози перебігають за типом екзогенних реакцій. При всіх видах залежності від ПАР психози характеризуються швидкою зміною форм порушення свідомості, динамічністю, афективною нестійкістю та насиченістю. Найпоширенішими психотичними розладами є делірій та агенція (при вживанні алкоголю, транквілізаторів, снодійних та седативних препаратів). Крім цього виникають гострі галюцинози, гострі параноїки, сутінкові затьмарення свідомості, онейроїдні психози. Залежно від виду ПАР відзначаються специфічні розлади, які мають діагностичну цінність. Так, при гашишних психозах виникають сенесто-іпохондричні маячні переживання, дерматозоїне маячення, вісцеральні галюцинації. У разі вживання кокаїну – виникають зооморфні галюцинації, при параноїді внаслідок вживання стимуляторів ЦНС спостерігається сенсорна збудливість, яка торкається всіх аналізаторів, а параноїдні переживання при цьому (так само як і при вживанні психодизлептиків) можуть набувати парафреного, експансивного характеру.

➤ *Соматоневрологічні порушення.* Неврологічні розлади розвиваються за дизрегуляторними, токсичними та патоімунними механізмами. Поряд із загальними розладами спостерігаються достатньо специфічні порушення – гостра марганцева енцефалопатія при зловживанні похідними ефедрину, паркінсонізм при використанні кустарно виготовлених препаратів кокаїну та опіатів. До менш специфічних змін належить ністагм внаслідок інтоксикації гашишем та ефедрином, тремор, атаксія. Крупнорозмашистий тремор має місце в разі зловживанням седативними препаратами, інгаляційними засобами. Дрібний тремор виникає при поєднанні інтоксикації

опіатами, стимуляторами та психодизлептиками. Часто спостерігається естрапірамідна симптоматика. Порушення ходи з обмеженням частотою рухів рук неявне і випадках зловживання холінолітиками.

➤ *Гастоінтестинальні розлади та ураження печінки.* Це є провідні порушення у клініці соматичних порушень. З токсичним впливом ПАР, особливо при їх внутрішньовенному введенні, пов'язують гепатити, жирову інфільтрацію та цироз печінки. Найвизначніша гепатотоксична дія спостерігається у барбітуратів, стимуляторів, психодизлептиків та інгаляційних препаратів. Поряд з ураженням печінки відзначаються дискінезії травного каналу, оклюзії та субоклюзії кишок.

➤ *Серцево-судинні розлади.* Проявляються міокардіострофією, високою ймовірністю виникнення інфаркту міокарда при вживанні стимуляторів. Практично при всіх формах залежності від ПАР спостерігаються слабкість міокарда та різноманітні порушення ритму.

➤ *Сексуальні розлади* (порушення ерекції, еяколяції тощо) пов'язані як з пригніченням лібідо, так і з периферичними неврологічними та мікроциркуляторними порушеннями.

Ураження шкіри та слизових оболонок проявляються гнояками в місцях введення ПАР, атрофією слизових оболонок, хрящів та перфорацією носової перегородки у кокаїністів. У наслідок зловживання інгалянтами (препаратами побутової хімії, органічними розчинниками) спостерігається гнійне ураження шкіри в поєднанні з утри карним висипом.

У разі вживання наркотичних сполук змінюється пігментація шкіри, яка набуває жовтуватого відтінку.

Ефективна система реабілітації в стаціонарі повинна включати соціально-психологічні відновлювальні заходи, що впливають на всі уражені рівні особистості. Комплексний підхід до корекції особистості і середовища її існування найбільш адекватний психологічній структурі залежного від наркотичних речовин.

Висновки. Спроби лікування завжди базуються на моделі розладу, його характеристиках та реакціях на специфічні втручання. Сучасні моделі лікування наркоманії спираються на ту логіку, що проблема неправильного використання наркотиків, зловживання ними є проблемою окремої особистості, її фізіологічних та психічних характеристик. В особистісній структурі залежного від наркотичних речовин відбувається: в пізнавальній сфері зниження рівня пам'яті й мислення на загальному тлі збереження інших пізнавальних процесів; вольовій сфері порушення процесів індивідуальної саморегуляції; руйнування емоційної сфери.

Список використаних джерел:

1. Андреев А. С. Общая наркология / А. С. Андреев, А. О. Бухановский – Ростов-на Дону : Феникс, 1998. – 361с.
2. Баскакова Е. Б. Особенности эмоциональной сферы у больных опиоидной и эфедроновой наркоманией / Е. Б. Баскакова, О. Г. Валаева // Медицинские аспекты проблемы наркоманий : тезисы докладов республиканского совещания врачей психиатров-наркологов (22-23 мая 1991 года). – М., 1991. – С. 13-15.
3. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры / Э. Берн. – СПб. : Рима, 1995. – 279 с.
4. Бухановский А. О. Общая психопатология / А.О.Бухановский, Ю. А. Кутявин. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1998. – 269 с.
5. Кулаков С. А. Руководство по реабилитации наркозависимых / С. А. Кулаков, С. Б. Вайсов. – СПб. : Речь, 2006. – 240 с.
6. Шабанов П. Д. Руководство по наркологии / П. Д. Шабанов. – СПб. : Мига, 1998. – 349 с.
7. Boyle M. H. Smoking, drinking and use of illicit drug among adolescents in Ontario : prevalence, pattern of use and sociodemographic correlates / M. H. Boyle, D. R. Offord. – Canad : Med. Ass, 1986. – 135 p.
8. Bratfos O. The course of narcomanie in adolescence. A comparison of psychiatric inpatients with and without drug abuse / O. Bratfos. – Acta psychiat : Scand, 1980. – 161 p.

REFERENCES:

1. Andreev, A.S. & Buhanovskii, A.O (1998). *Obschaya narkologiya [Total addiction]*. Rostov-na Donu: Feniks. [in Russian].
2. Baskakova, E.B. & Valaeva, O.H. (1991). Osobennosti emotsionalnoi sfery u bolnykh opiinoi i efedronovoi narkomaniei [Features of the emotional sphere of patients with opiate and ephedron drug addiction]. Processing from Medical aspects of the problem of drug addiction '91: *Respublikanskoe soveshchanie vrachei psikhiatrov-narkolohov (22-23 maia 1991 hoda) – The Republican meeting of psychiatrists and narcologists (pp. 13-15)*. Moscow [in Russian].
3. Bern, E. (1995). *The games that people play. People who play games*. Saint Petersburg: Rima.
4. Buhanovskii, A.O. & Kutiavin, Yu.A (1998). *Obschaia psikhopatolohiia [General psychopathology]*. Rostov-na-Donu: Feniks. [in Russian].
5. Kulakov, S.A.(2006). *Rukovodstvo po reabilitatsii narkozavisimykh [Guide to drug rehabilitation]*. Saint Petersburg: Rech [in Russian].
6. Shabanov, P.D.(1998). *Rukovodstvo po narkolohii [Manual in narcology]*. Saint Petersburg: Miha [in Russian].
7. Boyle, M.H. (1986). *Smoking, drinking and use of illicit drug among adolescents in Ontario: prevalence, pattern of use and sociodemographic correlates*. Canad: Med. Ass.
8. Bratfos, O. (1980). *The course of narcomanie in adolescence. A comparison of psychiatric inpatients with and without drug abuse*. Acta psychiat: Scand.

Литвинчук Л. М. Проблема анозогнозии наркологических больных как фактор выявления закономерностей процессов реабилитации и ресоциализации. В статье раскрывается проблема анозогнозии наркологических больных, которая рассматривается в трех основных аспектах – биологическом, психологическом и социальном. При систематическом употреблении наркотических средств происходят биологические изменения в организме, когда психоактивное вещество, став привычным, активно участвует в физиологических процессах. Мы считаем, что серьезных качественных изменений в понимании природы наркотизма и повышения эффективности ресоциализации можно будет достичь при условии, что наркомания будет рассматриваться как сложное явление, имеет специфическую представленность на физиологическом, психологическом, социально-психологическом и социальном уровнях. Статья раскрывает вопросы психологических и личностных изменений наркозависимой личности как следствие хронической интоксикации и психологической адаптации.

Ключевые слова: анозогнозия, хроническая интоксикация, психическое расстройство, соматоневрологические нарушения, реабилитация, наркотическая зависимость, психоактивное вещество, психологическая структура.

Lytvynchuk L. M. The problem of anosognosia the patient as a factor in identifying patterns of rehabilitation and resocialization. The article reveals the problem of drug abuse patients anosognosia, which is regarded in three main aspects – biological, psychological and social. With the purpose of revealing of regularities of processes of socio-psychological rehabilitation and resocialization of dependent drugs is needed to explore the socio-psychological characteristics of drug addicts in the hospital. In the article we stress that the problem stems from inconsistency of available funds to rehabilitation and the demands of practice. Available rehabilitation funds based mainly on the formation of new behaviors or the suggestion of new semantic units (hypnosis, coding, etc). These approaches do not involve the conscious activity of addicts to self-change. The practice of working with addicts, in turn, reveals the need to build on their awareness of their socio-psychological potential and its use to change. The systematic drug taking of biological changes happen in the body when psychoactive substance, becoming familiar, is actively involved in physiological processes. We believe that serious qualitative changes in understanding the nature of drug addiction and increase the efficiency of resocialization can be achieved, provided that the addiction will be considered as a complex phenomenon, which has a specific representation of the physiological, psychological, socio-psychological, and social levels. The article reveals the psychological and personality changes of drug-dependent person as a consequence of chronic intoxication and psychological adaptation.

Key words: anosognosia, chronic intoxication, mental disorder, somatoneurological disorders, rehabilitation, drug dependence, psychoactive substance, psychological structure.