

**Киселева Лилия Тимофеевна,**

кандидат медицинских наук, доцент кафедры логопедии и детской речи  
Института детства ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный пе-  
дагогический университет», г. Новосибирск

[Kiseleva37@mail.ru](mailto:Kiseleva37@mail.ru)



### Клинико-психологические аспекты героиновой интоксикации

**Аннотация.** В работе подробно рассматривается клинико-психологическое содержание состояния героиновой интоксикации – эйфории, возможность изменения психического состояния в привлекательном для потребителей направлении. Отмечается, что в последующем учащение приемов наркотика, вызванное поначалу стремлением к эйфории, обуславливается тем, что эйфория «разрешает» любые связанные с приемом наркотика проблемы – формируется психологическая зависимость. При присоединении симптомов физической зависимости прием наркотика ещё более интенсифицируется, и от отрицания аддиктивной идентичности (психологической зависимости) формируется принятие аддиктивной идентичности. Поведение становится дезинтегрированным – аддиктивным, когда не признаются идеалы и порядки социума. Аддиктивное поведение вызывает грубые нарушения приспособления к социуму носителей этого поведения.

**Ключевые слова:** героиновая интоксикация, эйфория, аддикт, психологическая зависимость, аддиктивная идентичность, аддиктивное поведение.

**Раздел:** (02) комплексное изучение человека; психология; социальные проблемы медицины и экологии человека.

Наркотическая зависимость – это не только биофизиологический процесс, возникающий при попадании в организм любого психоактивного вещества, вызывающего зависимость, это, в том числе, а, может быть и прежде всего психологический процесс.

Многие годы при изучении наркоманий основное внимание уделялось изменению толерантности, механизмам ее обуславливающим, абстинентному синдрому, соматическим, неврологическим нарушениям, развивающимся в результате хронического злоупотребления наркотическими препаратами. Это, безусловно, важные признаки наркотической зависимости, но уже развившейся болезни – наркомании. Состояние наркотической интоксикации, которое прежде всего и определяет содержание болезни – наркотической зависимости, как правило, протекает вне психиатрического или наркологического стационара.

Наиболее частыми причинами первого употребления препарата (в наших наблюдениях героина) было любопытство, желание приобщиться к группе героиновых аддиктов, образ жизни которых был для начинающих привлекателен. Привлекала возможность изменить свое психическое состояние, прежде всего эмоциональное, испытать приятное состояние, о котором слышали от лиц, злоупотреблявших им. Пациенты стремились к состоянию, которое являлось эффектом действия принимавшегося препарата. Не было лиц, начавших прием, а затем и злоупотребление препаратами опийно-морфийного ряда для снятия болей, при тяжелых соматических заболеваниях, после их врачебного назначения. Препарат принимался только внутривенно. Первое введение препарата происходило в компании лиц, уже злоупотреблявших героином и принимавших его систематически. Во всех случаях развивалась эйфория. В то же время в литературе есть указания на то, что не всегда первое введение может

приводить к развитию эйфории [1]. В этих микрогруппах доза вводимого препарата определялась опытным лицом, а её участники «направляли», в определенной степени, переживания новичка во время интоксикации.

Клиническая структура героиновой эйфории сложна. [2]. Изменения настроения никогда не протекают изолированно, не затрагивая других сфер психической деятельности.

В героиновой эйфории выделяется три стадии.

**Первая стадия** характеризуется своеобразным субъективно приятным комплексом соматовегетативных явлений, возникающих в момент внутривенного введения препарата. Ощущалось прохождение волн тепла по телу, которые распространялись сверху вниз, от груди или от головы до кончиков пальцев ног, постепенно «заливая все внутри». Эти волны тепла сопровождалось легким покалыванием и приятным зудом, похожим на щекотание. Зуд преобладал в области спины, ягодиц, ладоней и подошв. Выраженность этих явлений при введении различных препаратов опийно-морфийного ряда была различной. Так больные, которые имели возможность однократно или недолгое время экспериментировать с введением раствора опия-сырца, морфия, отмечали большую интенсивность этих проявлений при введении героина. Длительность соматовегетативных была индивидуальной от 1 до 2–3 минут. Если у некоторых больных до начала приема героина имелось какое-либо соматическое заболевание (например, гастрит, панариций и т. п.), то и при первом введении препарата, и в последующем в течении нескольких секунд обострялись неприятные ощущения в больном органе, но они не устраняли комплекса субъективно приятных соматовегетативных явлений.

Через несколько инъекций героина пациенты обнаруживали, что интенсивность и длительность соматовегетативных явлений зависела от скорости введения препарата в организм. В тех случаях, когда предпочитались более резкие и более выраженные соматовегетативные явления препарат вводился быстро, но время проявления их укорачивалось. В случаях, когда предпочитались более «мягкие» проявления, препарат вводился медленно и время проявления их удлинялось. В редких случаях препарат вводился дробно по 1/2 – 1/3 дозы с небольшими остановками и, таким образом, нерезко выраженный комплекс соматовегетативных явлений ощущался 2–3 раза.

После комплекса соматовегетативных явлений, а точнее, как правило, уже на фоне этих проявлений развивалась **вторая фаза** эйфории.

Возникало чувство радости, счастья, удовлетворенности, успокоения. Все больные говорили об улучшении настроения, но затруднялись в характеристике его, так как это было не обычным весельем, а «каким-то наслаждением», чувством праздничности, радости.

Если до введения препарата был отрицательный эмоциональный фон, то после введения препарата он полностью устранялся, или, реже, видоизменялся, превращаясь в «радостное грустное настроение».

Изменение настроения никогда не протекало изолированно, а всегда сочеталось с изменениями в других сферах психической деятельности.

В любом случае и тогда, когда препарат вводился на фоне хорошего физического самочувствия, и тогда, когда до введения было физическое переутомление или какое-либо заболевание (грипп, катар) появлялось ощущение физической бодрости, «прилива сил», абсолютного физического здоровья. Собственное тело воспринималось гибким, пластичным, «абсолютно послушным». Это состояние сопровождалось повышением двигательной активности, появлялось желание что-либо делать. Боль-

ные или гуляли, или чаще выполняли простые виды работ. Делали это с удовольствием. В выполнении привычных действий отмечалась повышенная продуктивность. При выполнении непривычных и нежеланных действий в «действиях не было сноровки», а наряду с тщательностью, аккуратностью их выполнения отмечались ошибки. Какая бы работа ни выполнялась, в том числе и тяжелая физическая, не отмечалось утомляемости.

В этот период эйфории облегчались ассоциативные процессы. Мышление, по выражению больных, становилось «четким» и «глубоким». Появлялось желание говорить на различные темы и, «говорилось легко и умно».

Возникало позитивное отношение к окружающим, которые воспринимались «добрыми», «хорошими», даже те, к кому раньше была неприязнь. Появлялось желание общаться с ними. Для многих больных общество людей, даже незнакомых, было желанно, так как усиливалось чувство радости, праздничности. Больные отмечали, что исчезало чувство злости, не появлялось аффектов раздражения и тогда, когда они обычно реагировали подобным образом. Агрессивные тенденции устранились. Больные активно уходили от конфликтных ситуаций, и эти ситуации вызывали у них внутренний протест, неудовольствие. Они считали, что в состоянии эйфории становились «лучше», «добрее», «чище».

Неприятности, неразрешенные проблемы в этом состоянии воспринимались мелкими, преходящими, потерявшими свою актуальность, не требующими никаких усилий на их устранение или разрешение, о них не хотелось говорить и вспоминать. Любое приятное известие усиливало чувство радости, восторга.

Многие больные отмечали обострение восприятия. Цвета становились более яркими, насыщенными. Предметы, контуры их воспринимались более четкими, а сами предметы и лица окружающих «как бы более красивыми».

Под влиянием созерцания природы, бесед, прослушивания музыки у больных возникало состояние, которое характеризовалось повышением эмоционально-эстетического отклика. Они начинали видеть, слышать, чувствовать прекрасное там, где раньше его не замечали. Положительные эмоции еще более усиливались от ощущения гармонии и целесообразности окружающего мира. Все происходящее наполнялось новым смыслом, гармонией, не ощущавшимися раньше. Листва на деревьях не просто шевелилась, а «красиво шевелилась», рисунок серой пластмассовой пепельницы воспринимался оригинальным, своеобразным рисунком и т. д. Больным приятно было рассуждать на эту тему, задавая себе вопросы о назначении предмета, вещи и, отвечая на них самому себе, или лучше, ведя с кем-нибудь дискуссию.

Вторая стадия продолжалась индивидуально от 3 до 5 часов и сменялась затем безмятежным пассивным покоем – развивалась третья стадия эйфории.

**В третьей стадии эйфории** – в безмятежном пассивном покое – исчезало стремление к деятельности, чувство физической бодрости, прилива сил, но это состояние не напоминало усталости. В теле ощущалась приятная «разбитость», «нега», «истома», и эти ощущения доставляли удовольствие. Развивалась гипокинезия. Появлялось желание сидеть, не двигаясь, или лежать, реже – совершать медленные бесцельные прогулки. Предпочиталось одиночество или общество, в котором ни с чем к больному не обращались. Приятным фоном была тихая музыка, тишина, сумерки или спокойная негромкая беседа окружающих, которые не включали его в свой разговор.

Облегчался процесс воспоминания. Он разворачивался без четкой направленности, произвольно. Если вспоминалось что-то неприятное, то оно «отбрасывалось», и больные переключались на приятные для себя события прошлого. Представления о

прошлых событиях, фактах были яркими, четкими, подробными, отмечалась их визуализация. Отмечался легкий переход воспоминаний в грёзы, столь яркие, что больные говорили – «почти виделось и слышалось то, что вспоминалось, о чем мечталось».

Отмечалось усиление воображения. Грёзы сменяли одна другую, смешиваясь с приятными воспоминаниями. Процесс воображения разворачивался без четкой направленности, сочетание образов, представлений происходило относительно бессистемно. Воображение направлялось в первую очередь эмоциональной заинтересованностью больных. Содержание грёз носило обыденный характер и, когда оно «вытекало» из воспоминаний, потом утрачивало связь с ними. Воспоминания и грёзы часто возникали в связи с каким-либо раздражителем, например, музыкой, но содержание их часто не соответствовало тематике раздражителя.

Не всегда эмоциональная «окрашенность» воспоминаний и грёз была таковой. В редких случаях воспоминания и грёзы носили иной характер. Вспоминались обиды, неудачи. Воображение «рисовало» картины, ситуации, когда их не так понимают, обижают, даже оскорбляют, не уделяют должного внимания. Больные жалели себя. Становилось грустно, В этой грусти не было злобности, тоскливости, раздражения, мстительности. Больные не могли предугадать, когда возникнет такая грусть. Иногда это было какое-то неприятное известие или событие, которые не имели существенной значимости для больных и не могли иметь каких-либо нежелательных последствий для больного. Иногда в приятных воспоминаниях и грёзах возникала какая-нибудь пустяковая деталь, например, – «красивая девушка на меня не посмотрела», мысли принимали иное направление, становилось «жалко самого себя» и развивалась грусть.

По миновании такого состояния больные о нем вспоминали с удовольствием, считали, что от наркотика и в этом случае получили должный эффект. Они не опасались того, что и в следующий раз может развиваться такое же состояние грусти. Такая грусть была им приятна, после неё оставалось чувство удовлетворения и «самоочищения».

Стремления к познанию в состоянии интоксикации отсутствовали. Даже такое времяпровождение, как чтение книг или просмотр телепередач не привлекали больных. Если они в третьей стадии героиновой эйфории брали в руки книгу, то чаще всего для того, чтобы окружающие не мешали им предаваться воспоминаниям и грёзам. Содержание «читаемого» не усваивали, так как думали, грезили о своём. Иногда какое-то отдельное слово из текста книги вызывало целую цепь воспоминаний, ассоциаций, и больные непроизвольно отвлекались в мир своих грёз и воспоминаний. Иногда такое слово могло вызвать цепь бесплодных размышлений и рассуждений – «где это слово я встречал?», «где слышал?», или «по какому поводу оно употреблялось?», «в каких случаях его можно употреблять?» и так далее. У немногих больных появлялась потребность в чтении художественной литературы. Если содержание увлекало, то при чтении у них возникали яркие представления о читаемом. В этот момент у них утрачивалось критическое отношение к представляемым образам. Они «видели» героя, если описание его внешности, характера импонировало им. Воображали себя на его месте. Становились «участниками» или «свидетелями» описываемых сцен. Это настолько захватывало больных, что окружающее ими не замечалось, внешние раздражители, за исключением сильных, не воспринимались, или, если воспринимались, то, как дополняющие представляемое. Такие эпизоды запоминались больными очень подробно. Книга не запоминалась цельным произведением, а только отдельными эпизодами, и, даже спустя годы, эти эпизоды подробно ими воспроизводились.

В этом состоянии оставалась «ясность» ума, ориентировка в окружающем, собственной личности и состоянии. Они сознавали, что с ними происходит. Это состояние ни в какой мере не напоминало легкое алкогольное или другого генеза опьянение.

Воображение больных в состоянии наркотической интоксикации не было творческим, воссоздающим воображением. Образы и идеи его были связаны с эмоциональным состоянием и отражали их приятное эмоциональное состояние. По миновании наркотической интоксикации больные не предпринимали попыток к реализации того, о чем грезили. Воображение больных было пассивным. Их грёзы оставались внешне непродуктивным действием.

В состоянии героиновой эйфории время для больных проходило быстро и незаметно, было интересным по содержанию, а реальное время представлялось им текущим быстрее обычного. В какой-то степени это напоминает восприятие времени маниакальными больными, у которых субъективное время течет быстрее истинного. Чувство времени связано с ритмом психической жизни человека, который убыстряется у маниакального больного. Причину этого видят в перенесении свойств, присущих больному, на окружающий его мир [3]. Состояние безмятежного пассивного покоя продолжалось также индивидуально – от 1,5-2 часов до 2-3 часов постепенно переходя без сна в обычное состояние, или сменяясь неглубоким и непродолжительным сном.

В начальный период развития заболевания – героиновой зависимости – исчезали чувство голода, жажда, позывы к мочеиспусканию, дефекации, сексуальное влечение.

В дальнейшем, с течением болезни, при появлении физической зависимости к препарату, клиническая картина эйфории несколько менялась. Комплекс субъективно приятных соматовегетативных явлений (первая фаза эйфории) проявлялся слабее. Вторая фаза эйфории, сопровождающаяся чувством прилива сил, облегчения ассоциативного процесса, рече-двигательной активностью, общительностью и пр., укорачивалась, а третья фаза – период пассивности, покоя с грёзоподобными переживаниями – удлинялась до 5–6 часов, становясь, в ряде случаев, исчерпывающим содержанием героиновой интоксикации. С течением развития аддиктивной зависимости от героина проявления эйфории ослабевали, менялась кратность введения препарата. У всех отмечалось стремление к эйфории, потому, что вне интоксикации происходящее вокруг и с ними воспринималось «неинтересным», «унылым» и т. п. От несистематического введения препарата от 1 до 3 раза в неделю в самом начале становления зависимости больные переходили к ежедневному введению. По мере формирования физической зависимости переходили к индивидуально неоднократному введению препарата в течение дня. Ослабевающий эйфоризирующий эффект начальной дозы «восстанавливали» увеличением дозы на 1/2 – 1/3 от начальной.

Достаточно часто у героиновых аддиктов наблюдалось непостоянство принимаемых доз препарата вне связи с закономерностями течения болезненного процесса, например, изменением толерантности, или в силу каких-то обстоятельств, прерывающих прием препарата. В условиях благоприятных, когда никакие причины не могли помешать приему препарата, больные сознательно шли на кратковременное прекращение введения препарата. Эти перерывы были разной продолжительности – от 2–3 дней до 1,5 недель. Те больные, которые не могли справиться с абстинентными явлениями в домашних условиях, поступали в стационары. Они не проходили полный рекомендуемый курс лечения, а чаще за отказ от лечения, или грубое нарушение режима выписывались из стационаров. Такие перерывы позволяли им продолжать злоупотребление наркотиков на меньших, чем до перерыва, дозах и вновь также остро переживать эйфорию в желаемых для них проявлениях.

По мере увеличения сроков злоупотребления героином менялось субъективное отношение больных к различным фазам эйфории. Одни из них предпочитали вторую

фазу, большинство предпочитало третью фазу эйфории с безмятежным пассивным покоем. Реже предпочиталась первая фаза, выражающаяся соматовегетативными явлениями, эти больные говорили: «Приход – это все, это то, ради чего я колюсь», «Наркотик ласкает каждую клетку тела».

В период сформировавшейся физической зависимости от героина восстанавливался ритм сна, нормализовался аппетит, диурез и стул. У большинства появлялась избирательность к пище, предпочиталась пища жидкая и сладкая. Сам акт потребления пищи начинал доставлять удовольствие, несвойственной ранее. Сексуальное влечение притуплялось, или исчезало, если оно имело место до введения препарата, то после введения препарата воспоминания и грёзы имели сексуальную окраску, не сопровождались возбуждением и оргазмом. Больные не стремились к поискам полового партнера, и интимная близость носила характер взаимных ласк, если бывал коитус, то он был затяжным, без прежней остроты ощущений и часто без оргазма.

У некоторых больных структура эйфории отличалась от описанной. В этих случаях не наблюдалось последовательности фаз, наблюдавшейся у большинства больных, иной была их продолжительность. У небольшой части больных с явлениями физической зависимости от препарата после комплекса соматовегетативных явлений (1-я фаза эйфории) сразу развивалось состояние пассивного покоя с грёзоподобными переживаниями (3-я фаза эйфории). У двух больных сразу по миновании первой фазы эйфории в течение 20-30 минут наблюдалась вялость, приятная «разбитость». Затем спонтанно, «изнутри» появлялась бодрость, прилив сил и т. д. (как у нас описано – 2 фаза эйфории) и это состояние определяло у них содержание, переживаемой ими, эйфории [4].

Различные психогенные воздействия в некоторых случаях могли менять клинические проявления эйфории. Если в состоянии героиновой эйфории больные получали очень неприятные для себя известия, например, вызов в милицию, сообщение о санкции прокурора на его арест и т. п., то эйфория обычно исчезала, появлялось чувство тревожности, беспокойства. К изменению состояния больные относились по-разному. Одни устраняли его дополнительным введением наркотического препарата, другие считали, что это необязательно, так как по прошествии некоторого времени возникало безразличное к неприятностям отношение и восстанавливалось прежнее состояние и настроение.

Субъективное восприятие состояния героиновой интоксикации у подростков было размытым, менее дифференцированным, причем, чем младше возраст, тем больше это было заметно. Отмечались явления алексетимии. Подростки, особенно 12–13-летние, испытывали выраженные затруднения в описании состояния интоксикации, её этапов, клинических проявлений наиболее привлекательных и значимых для них. Наркотик оживлял базисное чувство удовольствия и «стирал» социально обусловленные чувства.

Известно, что для нормально протекающего подросткового периода характерно стремление к познанию. В то же время, всем, наблюдавшимся нами подросткам, преморбидно при первично сохранном интеллекте, было присуще снижение интересов к познанию. При приобщении их к приему наркотика это явление усугублялось. Они как бы «застывали» на предыдущей стадии развития познавательной деятельности в части накопления каких-то знаний, навыков, но очень легко приобретали асоциальный опыт наркотизации и образа жизни при ней от лиц, зависимых от наркотика. Подростками приобретались ценности, противостоящие традиционным социальным ценностям [5].

Причины приобщения к героину в разных возрастных группах были различными. У пациентов-юношей старше 19 лет в большинстве случаев после «знакомства» с

наркотиком было выражено стремление к приобщению к группе героиновых аддиктов: «они интересно живут», «чем я хуже» и т. п. Они проявляли активность в поисках источников наркотика и были пассивными в других жизненных сферах. Гедонистическая мотивация была ведущей в их стремлении к приему героина. Им было свойственно принятие аддиктивной идентичности [6].

В подростковой группе и в младшей (12–13 лет) и старшей (15–16 лет) также наличествовала гедонистическая мотивация – прежде всего, жажда развлечения, получения удовольствия.

Представлена была и атарактическая мотивация к приему наркотика. Подросткам из дисфункциональных семей, в большей или меньшей степени переживающим чувство отверженности, незащищенности, ненужности, эмоционального напряжения, то есть, эмоционально депримированным подросткам, приобщение к приему наркотика давало ощущение самостоятельности, независимости. Это можно считать своеобразным поиском «защиты» от неприятных субъективных эмоциональных переживаний со стороны сверстников и взрослых, принимающих наркотик. Выраженным было стремление к независимости. Приобретение с такой «помощью», и «защитой» «самостоятельности», «независимости», «взросления» приводило к тому, что приемам героина отдавалось предпочтение из всех групп психоактивных веществ, с которыми были знакомы ранее. Подростки начинали видеть некий смысл в таком образе жизни, и этот «смысл» становился фактором развития психологической зависимости от героина. Вопреки объективным фактам эти пациенты отрицали формирующееся у них стремление к предпочтительности и учащению приемов героина. Упрекали окружающих, особенно родителей в непонимании. Они отрицали наличие у них, по крайней мере, формирования, а в ряде случаев сформировавшейся психологической зависимости (отрицание аддиктивной идентичности).

Наблюдалась также и субмиссивная мотивация. Она выражалась в конформистском следовании своим сверстникам, в повышенной подчиняемости им. У этих подростков выраженным было отсутствие каких-либо интересов, стремлений к какой-либо деятельности. Они «не видели» себя ни в настоящем, ни в будущем. Самостоятельных поисков наркотика не проявляли, но тяготели к общению с теми, кто принимал наркотик и мог предложить «дозу». В отсутствии наркотика испытывали психический дискомфорт.

В начале становления и развития героиновой зависимости больные пытаются скрыть и скрывают от окружающих свою зависимость. Они еще сохраняют, пусть формальные, связи с родителями, сверстниками, ограничивают свою деятельность только тем, что им вменяется в обязанность, например, – продолжение учебы в школе или другом учебном заведении, или на производстве. В последующем, по мере формирования выраженной психологической зависимости от героина и, особенно при появлении физической зависимости их поведение менялось. Развивались нарушения поведения, которые выражались в том, что оно становилось дезинтегрирующим, безусловно, деликвентным – аддиктивным. В определенных ситуациях они уже не скрывали своей зависимости, аргументируя это таким образом: «это моя жизнь, мое дело», «кому это мешает», «что хочу, то и делаю» и т. п. Появлялась склонность к манипулированию и обману окружающих, не признанию идеалов и порядков социума, активных видов социальной жизни. Круг общения ограничивался употребляющими наркотическими препаратами только в пределах своей субкультуры [6].

В итоге необходимо отметить, что после первого «знакомства» с действием героина, у больных во всех возрастных группах, независимо от «причин», приведших к

первому приему, последующие введения препарата были вызваны желанием больных заново пережить эйфорию, то есть состояние, которое являлось эффектом действия препарата [7].

В дальнейшем, обычно во время 10–15 инъекции, больные обнаруживали, что героин повышает настроение и тогда, когда вводится на фоне сниженного настроения, психогенно обусловленного. В состоянии интоксикации менялось отношение к ситуационно обусловленным переживаниям. Независимо от содержания психогений они воспринимались менее значимыми, «исчезала» необходимость устранения возникших проблем и препятствий. Отсутствие наркотика уже в этот период болезни для большинства больных означало потерю уверенности, приводило к развитию своеобразной дезадаптации. С течением срока злоупотребления эти явления ещё более закреплялись.

В состоянии эйфории больные воспринимали себя умнее, независимее, самостоятельнее, обнаруживали какое-то глубокое содержание в своих психологических особенностях и «благоприятное» влияние героина на развитие личности.

Прием наркотика приводил к снижению активных подходов к различным сторонам жизни, развитию пассивности, созерцательному отношению. Субъективно это оценивалось больными как «улучшение» характера, устранение конфликтности, уравновешенность. Они считали, что «созревали» как личность.

Через небольшой промежуток времени появлялись различные патологические психологические мотивации для продолжения приема препарата.

Психотравмирующие факторы не являлись основными причинами в продолжении злоупотребления. Они появлялись уже в процессе развивающегося злоупотребления и были с ним связаны. Эйфория «разрешала» все эти, связанные и с самим процессом злоупотребления, проблемы. Любые неприятности приводили к стремлению к приему наркотика, для получения эйфории, заменяя этим реальные методы и пути преодоления затруднений.

Формировалась психологическая зависимость, которая, в свою очередь, являлась основным движущим механизмом в продолжении злоупотребления [8].

Аддиктивное поведение подростков и юношей – это фактор, подрывающий их психическое здоровье, искажающий развитие личности, препятствующий формированию нравственно полноценного человека. Риск развития аддиктивного поведения и его динамики не могут быть объяснены при использовании какого-либо одного подхода, то есть с позиции изучения только личностных особенностей, или социальных, или биологических факторов. Все они оказывают сочетанное влияние. Совпадение отрицательных влияний этих факторов приводит к нарушению приспособления, поэтому профилактика героинового аддиктивного поведения должна быть направлена, в первую очередь, на коррекцию нарушений приспособления.

### Ссылки на источники

1. Голанд Я. Г. Особенности клинических проявлений опийной токсикомании при внутривенном способе введения препарата. Алкоголизм и токсикомании. – М., 1968. – С. 182–186.
2. Киселева Л. Т. Клиника эйфории при интоксикационных психозах // Актуальные вопросы современной медицины: тез. докл. науч. конф. – Новосибирск: НМИ, 1972. – С. 182–184.
3. Mezex A. G., Khiger E. J. Time sense in hippomanic illness // Arch. Gen.Psichiat. – 1965. – № 2. – Р. 184–186.
4. К вопросу об изменении клиники опийной наркомании // Л. Т. Киселева, Е. Н. Калинина, И. Г. Сухова, Д. О. Камалдинов // Тез. докл. науч.-практ. конф. «Социально-медицинская профилактика зависимых состояний». – Новосибирск, 1998. – С. 27.
5. Камалдинов Д. О. Кризис идентичности и проблема употребления наркотических веществ в подростково-молодежной среде. «Мы выбираем здоровье» // Тез. докл. конф. недели планирования семьи 22–26 мая 2000 г. – Новосибирск, 2000. – С. 8–9.

6. Влияние социума и статус «моратория на идентичность» при формировании аддикции / Д. О. Камалдинов, Л. Т. Киселева, А. А. Овчинников // Тез. докл. девятой науч.-практ. конф. врачей 9–10 июня 1999 года «Актуальные вопросы современной медицины». – Новосибирск, 1999. – С. 396–397.
7. Киселева Л. Т. Значение эйфории в возникновении и развитии психологической зависимости при употреблении опийных препаратов. Материалы 1-ой Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Человек в современном мире: традиции и инновации» 19–21 ноября 2014 года. – Новосибирск, 2014. – С. 8–11.
8. Короленко Ц.П., Киселева Л.Т. Эйфория в генезе психологической зависимости к наркотическим препаратам. Эмоции и воображение (некоторые вопросы психологии и психопатологии) // Тез. симпозиума Всероссийского и Новосибирского обществ невропатологов и психиатров. – М., 1975. – С. 77–82.

**Liliya Kiseleva,**

*Candidate of Medical Sciences, Professor of Logopedics and Infant Speech Department, Novosibirsk State Pedagogical University*

[Kiseleva37@mail.ru](mailto:Kiseleva37@mail.ru)

### **Clinical and Psychological Aspects of Heroin Intoxication**

**Abstract.** It's a detailed exposition of clinical and psychological aspects of heroin intoxication – euphoria, the possibility of changing mental state in attractive for users trend. Besides, increasing use of drugs caused at first by the desire for euphoria is governed by the fact that euphoria “solves” any drug-related problems – psychological dependence is formed. When the symptoms of physical dependence are added, the use of drugs is further intensified and from the negation of addictive identity (psychological dependence), the acceptance of addictive identity is formed. Behavior becomes disintegrated – addictive, when the ideals and orders of society are not admitted. Addictive behavior causes great violations of adaptation to the society.

**Key words:** heroin intoxication – euphoria, addict, psychological dependence, addictive identity, addictive behavior.

### **Рекомендовано к публикации:**

*Горевым П. М., кандидатом педагогических наук,*

*главным редактором журнала «Концепт»*

Поступила в редакцию <i>Received</i>	07.08.17	Получена положительная рецензия <i>Received a positive review</i>	18.08.17
Принята к публикации <i>Accepted for publication</i>	18.08.17	Опубликована <i>Published</i>	21.08.17



[www.e-koncept.ru](http://www.e-koncept.ru)

© Концепт, научно-методический электронный журнал, 2017

© Киселева Л. Т., 2017