
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том XII № 2

2012

Павлодар

Редакционная коллегия:

профессор, д.м.н. А.Л. Катков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н.М. Абдиров; к.м.н. Т.В. Пак (заместитель главного редактора); Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); Л.Н. Маркина (редактор); профессор Н.А. Бохан; профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; д.м.н. Ю.А. Россинский; к.м.н. А.А. Кусайнов; д.м.н. С.А. Нурмагамбетова; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; д.м.н. А.Ю. Толстикова; профессор А.А. Чуркин; д.м.н. П.Д. Шабанов; О.Г. Юсупов

Редакционный совет:

С.А. Алтынбеков (Алматы); А.А. Аканов (Алматы); С.З. Каирбекова (Астана); А.Т. Ескалиева (Павлодар); В.Ю. Завьялов (Новосибирск); Н.Н. Иванец (Москва); Р.Б. Исаева (Алматы); Г.М. Кудьярова (Алматы); И.Е. Куприянова (Томск); В.Н. Михайлов (Москва); А.В. Нерсесов (Астана); Л.А. Степанова (Томск); М.К. Телеуов (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1943-Ж выдано
Министерством культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы наркологии Казахстана”
решением коллегии ВАК от 20.02.2004 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 2001 году
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
телефон (факс): 8(7182) 60-50-93.
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

Мусабекова Ж.К.

Взаимосвязь уровня психологического здоровья и наличия психологических зависимостей у лиц с химической зависимостью 7-12

Нургазина А.З., Алина К.Ж., Кервенов Е.Е., Бугаенко С.Н.
Психологический фактор риска вовлечения в нехимическую форму аддиктивного поведения среди студенческой молодежи 13-15

Фесенко Н.Ф.
Тематический апперцептивный тест в психологической диагностике при работе с зависимыми лицами в пени-тенциарных учреждениях 15-19

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Хорунжая О.М.

Трансперсональная психотерапия в реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией 20-24

**РГКП
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНЫХ
ПРОБЛЕМ
НАРКОМАНИИ»**

КЛИНИКА

Жолдыбаева Ж.С.

Проблема депрессивных расстройств и боли у лиц с зависимостью от психоактивных веществ (психологический, нейробиологический, клинико-психопатологический аспекты) 25-29

Кожухметова Г.К.

Клиническая характеристика пограничных расстройств невротического спектра в структуре химических зависимостей (на примере ипохондрического синдрома) 29-32

Кожухметова Г.К.

Расстройства сна в клинике химических зависимостей 33-35

Котин А.В.

Психические и соматоневрологические расстройства, возникающие вследствие длительного употребления каннабиноидов 36-38

Кулунбаева А.А.

Алекситимия: феноменология, теория формирования, место в общей психопатологии, прикладное практическое значение в наркологической практике 39-41

Матвиевская Л.И.

Клинический профиль абстинентного синдрома у алкозависимых женщин, получивших лечение в условиях анонимного наркологического кабинета 42-47

Назарова С.П.

Использование комплексной клинической оценки в диагностике и планировании лечения химических зависимостей 47-49

**Том XII
№ 2
2012 год**

**выходит
4 раза в год**

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Кокумбеков Д.Б.</i> Проблемные вопросы, возникающие при реализации медицинских мер принудительного характера	50-53
<i>Кульджанов Е.Е.</i> Особенности междисциплинарного взаимодействия при ведении urgentных наркологических состояний (на при- мере постинтоксикационного делирия)	53-55
<i>Матвиевская Л.И.</i> Клинико-демографический анализ случаев депрессивных расстройств в рамках алкогольного абстинентного синдро- ма у пациентов, получавших лечение в условиях ано- нимного наркологического кабинета	56-60

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

<i>Барболова К.Ш.</i> Современные подходы к превенции и психотерапии ауто- агрессивного поведения у лиц с алкогольной зависимос- тью по данным литературы (теоретический аспект)	61-65
<i>Бисеналиев С.Б.</i> Диагностическая структура континуума «вменяемость – невменяемость»	66-68
<i>Болсамбекова А.А.</i> Гашиш. Краткий исторический обзор	68-70
<i>Кервенов Е.Е.</i> Основные принципы лечения наркологических забо- леваний	70-72
<i>Лисовик А.П., Нурғалиева Н.Т., Кокумбеков Д.Б.</i> К вопросу о подростковом алкоголизме	72-74
<i>Матвиевская Л.И., Саидов Т.У.</i> Клиническая оценка психопатоподобного синдрома в наркологической практике (литературный обзор)	75-77
<i>Назарова С.П.</i> Прикладное значение астенического синдрома в оценке клинического профиля химических зависимостей (лите- ратурный обзор)	78-80
<i>Резюме</i>	81-88

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

CONTENTS

FOUNDERS:

SOCIAL EPIDEMIC

Musabekova Zh.K.

The relationship of psychological health and the availability of psychological dependence in people with chemical dependency 7-12

Nurgazina A.Z., Alina K.Zh., Kervenov E.E., Bugaenko S.N.

Psychological risk factor for engaging in non-chemical form of addictive behavior among students 13-15

Fesenko N.F.

Thematic Apperception Test in psychological diagnosis with dependent people in prisons 15-19

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

PREVENTION

AND REHABILITATION

Horuzhnaya O.M.

Transpersonal Psychotherapy in the rehabilitation of patients with alcohol and drug addiction 20-24

RPE “REPUBLICAN SCIENTIFIC-AND- PRACTICAL CENTER OF MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF ADDICTION”

CLINIC

Zholdybaeva Zh.S.

The problem of depression and pain in individuals with substance abuse (psychological, neurobiological, clinical and psychopathological aspects) 25-29

Kozhakhmetova G.K.

Clinical characteristics of borderline neurotic disorder in the structure of the spectrum of chemical dependency (for example, the hypochondriac syndrome) 29-32

Kozhakhmetova G.K.

Sleep disorders in clinical chemical dependency 33-35

Kotin A.V.

Mental and somatic and neurological disorders that occur as a result of long-term use of cannabinoids 36-38

Kulunbaeva A.A.

Alexithymia: phenomenology, theory formation, in the overall psychopathology, applied practical importance in the practice of drug dependence 39-41

Matviyevskaya L.I.

Clinical profile of an abstinent syndrome at the alcohol-addicted women who have received treatment in the conditions of an anonymous narcological office 42-47

Nazarova S.P.

Use of a complex clinical assessment in diagnostics and planning of treatment of chemical dependences 47-49

Volume XII

№ 2

2012

**Published
4 times in a year**

SUBSTANCE ABUSE TREATMENT

<i>Kokumbekov D.B.</i> The problem questions arising at realization of medical measures of compulsory character	50-53
<i>Kuldzhanov E.E.</i> Features of interdisciplinary interaction when maintaining urgentny narcological conditions	53-55
<i>Matviyevskaya L.I.</i> The Clinic-demografical analysis of cases of depressive disorders within an alcohol abstinent syndrome at the patients receiving treatment in the conditions of an anonymous narcological office	56-60

INFORMATION AND REVIEWS

<i>Barbolova K.Sh.</i> Modern approaches to a prevent and a psychotherapy of autoaggressive behavior at persons with an alcohol addiction according to literature (theoretical aspect)	61-65
<i>Bisenaliev S.B.</i> The diagnostic structure of the continuum «sanity – insanity»	66-68
<i>Bolsambekova A.A.</i> Hashish. Short historical review	68-70
<i>Kervenov E.E.</i> Basic principles of treatment of narcological diseases	70-72
<i>Lisovik A.P., Nurgaliyeva N.T., Kokumbekov D.B.</i> The problem of teenage alcoholism	72-74
<i>Matviyevskaya L.I., Saidov T.U.</i> Clinical evaluation of psychopathic syndrome in drug treatment practice (literature review)	75-77
<i>Nazarova S.P.</i> Applied value of an asthenic syndrome in an assessment of a clinical profile of chemical dependences (the literary review)	78-80
<i>Summary</i>	81-88

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И НАЛИЧИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ У ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ж.К. Мусабекова

руководитель отдела биостатистики РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

Данное исследование направлено на изучение взаимосвязи дефицитов психологического здоровья с рисками вовлечения в социальные эпидемии (психологические зависимости) у лиц с химической зависимостью и включает в себя обнаружение корреляционных взаимосвязей между обозначенными дефинициями. Научная гипотеза заключалась в предположении о том, что лица с верифицированной химической зависимостью имеют риски вовлечения в нехимические (психологические) зависимости. Исследование проходило на добровольной и конфиденциальной основе, то есть субъект исследования имел право отказаться от участия в исследовании, и исследование не предусматривало какой-либо сбор информации, идентифицирующей субъекта исследования. В исследовании также не были предусмотрены какие-либо интервенции в отношении субъектов исследования. Настоящее исследование проводилось в соответствии с утвержденным протоколом, требованиями стандарта Надлежащей клинической практики и с соблюдением законодательства Республики Казахстан. В исследовании принимали участие клиенты с верифицированным диагнозом химической зависимости (F10-19, МКБ-10, 1994), проходящие лечение в отделении психотерапии и реабилитации Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН). Общий размер выборки в исследуемой популяции составил 52 человека.

Существуют различные взгляды на этиологические (причинные) модели химических и психологических зависимостей. Исторически исследована и более подробно описана зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), закономерной представляется попытка отнесения знаний о химической зависимости на зависимость психологическую. Важно рассматривать индивида с позиции «аддиктивной уязвимости», которая понимается как совокупность врождённых и/или приобретённых (наследственных, биологических, психологических, и психопатологических факторов), способствующих низкой сопротивляемости и облегчённому формированию той или иной формы зависимого поведения у индивида. Проблема взаимопроникновения, взаимовлияния и «перекрестного» вовлечения в зависимости разно-

го вида – будь то химическая или психологическая – является темой обсуждения существующей действительности (Катков А.Л., 2011). Общеизвестно, что при прекращении одного поведенческого паттерна зависимого поведения, например во время воздержания от употребления ПАВ, клиент с лёгкостью приобщается к другому виду зависимости: игровой, азартной, религиозной, вплоть до вовлечения в сектантство, террористические группировки и т.п.

В настоящее время описан ряд расстройств, привычек и влечений, пока не включенных в рубрику F63.0. К ним отнесены: дромомания, патологическое коллекционирование, патологическая любовь, влечение к риску, зависимость от культов, трудоголизм и другие психологические зависимости. Некоторые исследователи предлагают объединять расстройства аддиктологического уровня в единый раздел. В частности Ворошилин С.И., (2008) считает, что «...вероятнее всего расстройства целесообразно объединить в один класс *расстройств влечений* с явлениями зависимости, который должен быть представлен расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F1), злоупотребления веществами, не вызывающими зависимости (F55), расстройствами привычек и влечений (F63), расстройствами половой идентификации (F64).

Целью исследования является исследование взаимосвязи дефицитов психологического здоровья с рисками вовлечения в социальные эпидемии (психологические зависимости) у лиц с химической зависимостью. Математический анализ осуществлялся с помощью программы Agstat, входящей в экспертную систему ESAG, которая используется для проведения научных исследований в РГКП «РНПЦ МСПН». В исследовании вычислялись средние, коэффициенты корреляции, линейная и нелинейная регрессия. Эти вычисления производились в соответствии с руководствами Г.Ф. Лакина (1980) и М.В. Славина (1989).

Описание группы

От общего количества исследуемых лиц мужчины составили 78,8% ($\pm 11,1\%$), женщины – 21,2% ($\pm 11,1\%$). Средний возраст участников группы равнялся 37,5 года ($\pm 2,5$).

Характеристика состава исследуемой группы по полу и возрасту (n=52)

Характеризуемые параметры	Абсолютное число (чел.)	Значения среднего	Доверительный интервал среднего
Количество лиц мужского пола	41	78,8%	$\pm 11,1\%$
Количество лиц женского пола	11	21,2%	$\pm 11,1\%$
Возраст		37,5 года	$\pm 2,5$

Национальный состав исследуемых лиц

При анализе параметра «Национальность» получены следующие результаты (таблица 2, рисунок 1). Казахи составили группу из 29 человек (55,8%), лица русские по национальности составили около трети от общего количества группы (28,8% или 16 человек), по 1 представителю присутствовали в выборке армяне, башкиры, немцы и уйгуры.

Образование пациентов на момент обследования

Среднее, средне-специальное и высшее образование имели приблизительно по трети участников группы (28,8%, 34,6; и 32,7% участников группы, соответственно). Данные по образовательному уровню лиц, участвующих в исследовании, представлены в таблице 3 и на рисунке 2.

Сфера профессиональной деятельности

При анализе профессиональной деятельности участников исследования выявлены следующие особенности. В сфере промышленности занят примерно каждый пятый респондент ($19,2\% \pm 10,7\%$), в сфере торговли и бытового обслуживания каждый шестой участник ($15,4\% \pm 9,8\%$) (таблица 4).

Результаты психологической диагностики

Психологическая диагностика участников исследуемой группы была проведена с применением опросника уровня психологического здоровья (авторский коллектив РНПЦ МСПН, 2010 г.) и методики диагностики склонности к различным зависимостям (автор Лозовая Г.В.).

Таблица 2

Характеристика состава исследуемой группы по национальному признаку (n=52)

Национальность	Абсолютное число (чел.)	Значения среднего	Доверительный интервал среднего
Казахи	29	55,8%	$\pm 13,5\%$
Русские	16	28,8%	$\pm 12,3\%$
Армяне	1	1,9%	$0,6 \diamond 9,8\%$
Башкиры	1	1,9%	$0,6 \diamond 9,8\%$
Немцы	1	1,9%	$0,6 \diamond 9,8\%$
Татары	3	5,8%	$1,8 \diamond 15,5\%$
Уйгуры, дунгане	1	1,9%	$0,6 \diamond 9,8\%$

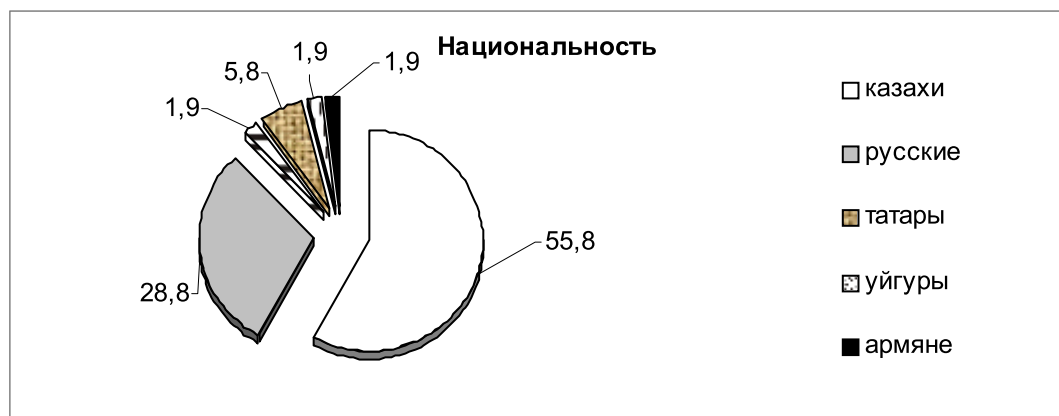


Рисунок 1. Характеристика состава исследуемой группы по национальному признаку

Таблица 3

Характеристика уровня образования состава исследуемой группы (n=52)

Образование на момент обследования	Абсолютное число (чел.)	Значения среднего	Доверительный интервал среднего
Среднее	15	28,8%	$\pm 12,3\%$
Неполное среднее	1	1,9%	$0,6 \langle \rangle 9,8\%$
Среднее специальное	18	34,6%	$\pm 12,9\%$
Незаконченное высшее	1	1,9%	$0,6 \langle \rangle 9,8\%$
Высшее	17	32,7%	$\pm 12,7\%$

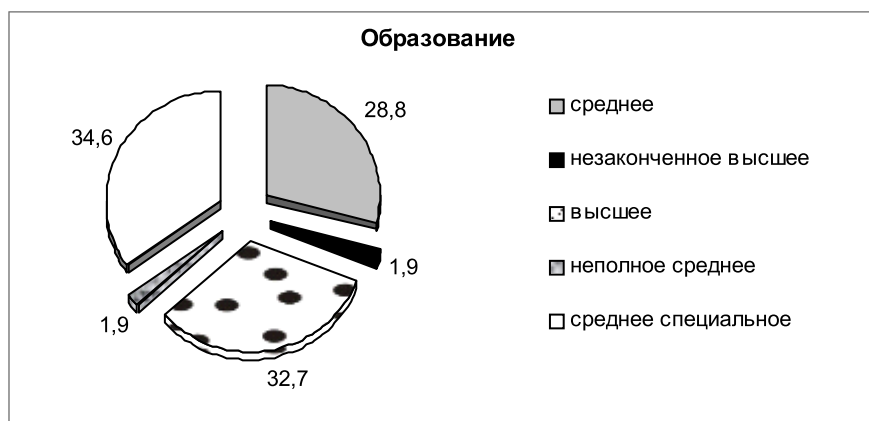


Рисунок 2. Характеристика состава исследуемой группы по уровню образования

Таблица 4

Характеристика состава исследуемой группы по сферам профессиональной деятельности (n=52)

Сфера профессиональной деятельности	Абсолютное число (чел.)	Значения среднего	Доверительный интервал среднего
Промышленность	10	19,2%	$\pm 10,7\%$
Сельское хозяйство	4	7,7%	$2,4 \langle \rangle 18,4\%$
Финансы	3	5,8%	$1,8 \langle \rangle 15,5\%$
Частный бизнес	2	3,8%	$1,2 \langle \rangle 12,6\%$
Образование	4	7,7%	$2,4 \langle \rangle 18,4\%$
Транспорт	6	11,5%	$\pm 8,7\%$
Торговля, бытовое обслуживание	8	15,4%	$\pm 9,8\%$
Безработный	9	17,3%	$\pm 10,3\%$
Не имеет	2	3,8%	$1,2 \langle \rangle 12,6\%$
Иная	4	7,7%	$2,4 \langle \rangle 18,4\%$

Рассмотрим результаты исследования пациентов, полученные в процессе работы с опросником склонности к психологическим зависимостям.

Опросник содержит 70 вопросов. Интерпретация данных по степени склонности к зависимостям такова:

а) 5-11 баллов – низкая степень склонности к зависимостям;

б) 12-18 – средняя степень склонности к зависимостям;

в) 19-25 – высокая степень склонности к зависимостям.

В таблице 5 представлены данные относительно средних значений по видам зависимостей.

Показатели средних значений по видам зависимостей

Наименование зависимости	Значения среднего	Доверительный интервал среднего
Алкогольная зависимость	18,3	±1,2
Телевизионная зависимость	17,2	±1,3
Любовная зависимость	19,7	±1,2
Игровая зависимость	11,8	±1,5
Сексуальная зависимость	16,5	±1,2
Пищевая зависимость	14,8	±1,3
Религиозная зависимость	11,7	±1,3
Лекарственная зависимость	10,8	±1,2
Компьютерная зависимость	9,3	±1,2
Табачная зависимость	17,6	±1,7
Наркотическая зависимость	13,4	±2
Общая склонность к зависимостям	16,4	±1,1

По данным, полученным в результате применения методики склонности к вовлечению в психологические зависимости видно, что общая склонность к зависимостям участников исследования в выборке интерпретируется как «средняя», при этом по отдельным видам зависимостей распределение выглядело следующим образом. По таким видам зависимостей, как алкогольная, телевизионная, любовная, сексуальная, пищевая, трудовая, табачная, от здорового образа жизни и наркотическая) среднее арифметическое значение интерпретируется как «средняя склонность к вовлечению в психологические зависимости», только по двум видам психологических зависимостей (ком-

пьютерная, игровая зависимость склонность низкая, что возможно объяснить следующими фактами того, что средний возраст исследуемых в среднем составил 37,5 года, тогда как данные виды аддикций более присущи людям молодого возраста.

Опросник психологического здоровья (вариант для взрослых, 106 вопросов, авторский коллектив РНПЦ МСПН)

Опросник психологического здоровья состоит из 106 вопросов. В проводимом нами исследовании был применён вариант для лиц старше 19 лет – это позво-

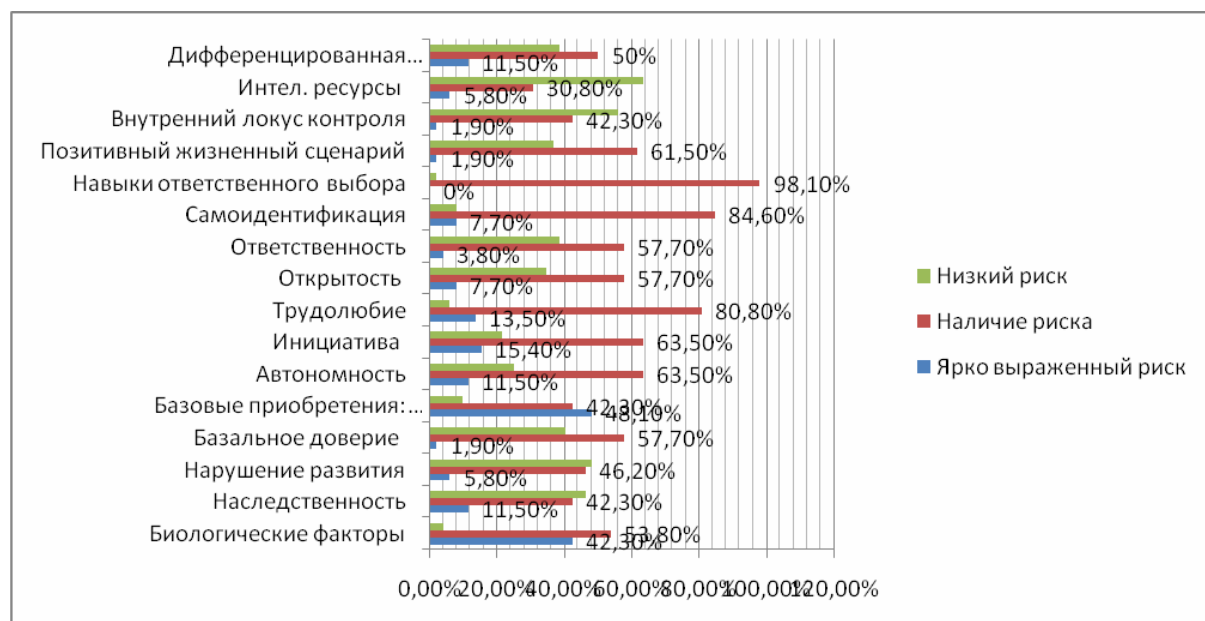


Рисунок 3. Данные опросника психологического здоровья

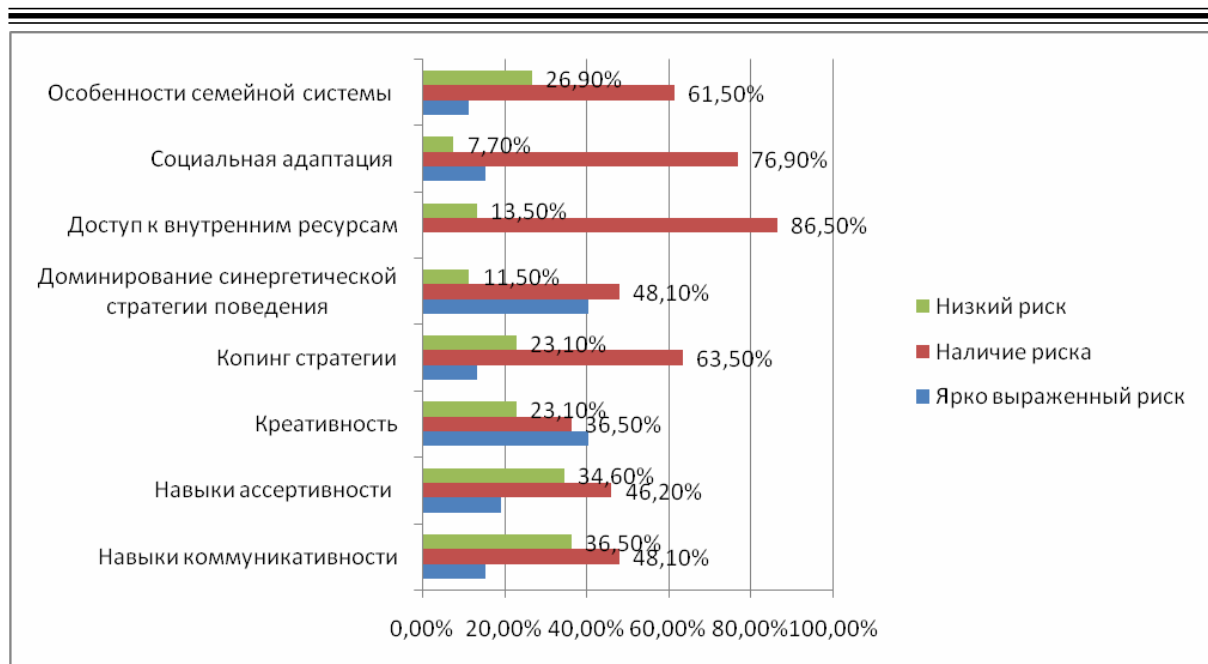


Рисунок 4. Данные опросника психологического здоровья (продолжение)

ляет выявить дефициты психологического здоровья. В формат настоящей работы нет необходимости подробной интерпретации полученных данных, так как это не входило в задачи исследования.

Хотелось бы остановиться на взаимосвязи отдельных видов психологических зависимостей и базовых приобретений/новообразований, являющихся параметрами психологического здоровья (Катков А.Л.,

2007, 2011). Был проведен корреляционный анализ данных параметров, его результаты представлены в таблице 6.

Анализ корреляционных взаимосвязей выявил следующее: наличие или склонность к развитию алкогольного и телевизионного видов зависимости имеет обратную корреляционную связь с такими параметрами психологического здоровья, как дос-

Таблица 6

Корреляционный анализ уровня психологического здоровья и наличия психологических зависимостей

Уровень психологического здоровья	Значение к Пирсона	Доверительный интервал значения к Пирсона
<i>Доступ к внутренним ресурсам</i>		
Алкогольная зависимость	-0,5	-0,7<>-0,3
Телевизионная зависимость	-0,5	-0,7<>-0,3
Пищевая зависимость	-0,5	-0,7<>-0,3
Религиозная зависимость	-0,3	-0,5<>-0,03
Лекарственная зависимость	-0,3	-0,6<>-0,1
Табачная зависимость	-0,3	-0,5<>-0,04
<i>Самоидентификация</i>		
Алкогольная зависимость	-0,6	-0,7<>-0,3
Телевизионная зависимость	-0,4	-0,6<>-0,1
Общая склонность к зависимостям	-0,3	-0,5<>-0,01
<i>Навыки ответственного выбора</i>		
Табачная зависимость	-0,3	-0,5<>-0,01
Общая склонность к зависимостям	-0,3	-0,5<>-0,01

Уровень психологического здоровья	Значение к Пирсона	Доверительный интервал значения к Пирсона
<i>Позитивный жизненный сценарий</i>		
Алкогольная зависимость	-0,3	-0,6<>-0,1
Телевизионная зависимость	-0,3	-0,5<>-0,01
Игровая зависимость	-0,4	-0,6<>-0,1
Сексуальная зависимость	-0,4	-0,6<>-0,2
Табачная зависимость	-0,4	-0,6<>-0,1
Зависимость от здорового образа жизни	0,4	0,1<>0,6
Наркотическая зависимость	-0,5	-0,7<>-0,3
Общая склонность к зависимостям	-0,4	-0,6<>-0,2
<i>Внутренний локус контроля</i>		
Алкогольная зависимость	-0,4	-0,6<>-0,2
Телевизионная зависимость	-0,3	-0,6<>-0,1
Религиозная зависимость	-0,3	-0,5<>0
Общая склонность к зависимостям	-0,4	-0,5<>-0,01

туп к внутренним ресурсам, самоидентификация, позитивный жизненный сценарий, внутренний локус контроля. Развитие табачной зависимости коррелирует с недостаточно развитым навыком ответственного выбора и доступом к внутренним ресурсам. Отсутствие сформированного позитивного жизненного сценария приводит к риску развития следующих видов зависимости: помимо алкогольного и телевизионного видов, – это игровой, сексуальный, табачный, наркотический виды. При этом примечателен факт, требующий более полномерного изучения, как то, что зависимость от здорового образа жизни и параметры психологического здоровья имеют прямую корреляционную связь.

Список использованной литературы:

1. Ворошилин С.И. Вопросы классификации патологических импульсивных поведенческих зависимостей. Вторая всероссийская конференция с международным участием. Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. Под научной редакцией академика РАМН В.Я. Семке. Томск. 4-6 марта 2008 года. - С. 55-56.
2. Катков А.Л. Наркологическое консультирование на этапах медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 7-11.
3. Катков А.Л. Аддиктологическое консультирование лиц с начальными признаками вовлечения в игру на этапе первично-профилактической помощи. // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2011. – Т. XI, № 4. – С. 28-29.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА ВОВЛЕЧЕНИЯ
В НЕХИМИЧЕСКУЮ ФОРМУ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ
СРЕДИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

А.З. Нургазина	руководитель отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар
К.Ж. Алина	эксперт по психологии отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар
Е.Е. Кервенов	заведующий ЦВАД, г. Аксу (РК)
С.Н. Бугаенко	участковый врач – психиатр диспансерного отделения ГУ «Рудненская городская психиатрическая больница»

Социальное влияние и давление преступного мира на общество, распространение его морали, психологическое заражение наименее устойчивой части населения (особенно молодёжи) – тревожная реальность наших дней. Происходящая деформация ценностных ориентаций у молодых людей создаёт предпосылки для воспроизводства закона непослушания, утверждения своеволия, права сильного и жестокого.

Сегодня борьба с преступностью превратилась в острейшую самостоятельную проблему, решение которой требует комплексного подхода. Это значит, что все предпосылки, пограничные с преступлением, явления, связанные с состоянием общественного организма, должны учитываться, ибо грань между аморальностью и преступностью весьма подвижна. Более того, именно отрицание моральных норм лежит в основе многих преступлений.

Сегодня борьба с преступностью превратилась в острейшую самостоятельную проблему, решение которой требует комплексного подхода. Это значит, что все предпосылки, пограничные с преступлением, явления, связанные с состоянием общественного организма, должны учитываться, ибо грань между аморальностью и преступностью весьма подвижна. Более того, именно отрицание моральных норм лежит в основе многих преступлений.

Чтобы «продуктивно» жить в обществе, человек должен не просто принять и усвоить свои формальные нормы этого общества, но и выбрать свои собственные, которые будут помогать (или мешать) ему реализовываться и самоактуализироваться, не вступая при этом в конфликт с обществом, т.е. человек должен уметь достигать равновесия между собственными потребностями и общественными требованиями.

Личностная идентификация – это одна из основных интегративных личностных характеристик психологического здоровья. Основные положения концепции психологического здоровья были разработаны коллективом научных сотрудников Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) (Катков А.Л., Россинский Ю.А., Алтынбеков С.А.) в 2001-2005 гг.

Концепция психологического здоровья представляет собой качественную составляющую категории психического здоровья, обеспечивающую возможность адекватной адаптации и свободного развития индивида в агрессивной среде. Таким образом, понятие «психологическое здоровье» отнюдь не сводимо к набору базисных характеристик психических процессов (сознание, память, внимание, мышление, поверхностная рациональность и пр.), обеспечивающих возможность появления субъектности как таковой. Уровень организации психического, имеющий непосредственное отношение к феномену психологического здоровья, в данной концепции обозначен как индивидуально-пластический (Катков А.Л., 2004). Названный структурный уровень включает возрастные, индивидуальные и адаптационные различия, представленные определёнными характеристиками психических процессов, комбинациями личностных черт и параметров адаптации, с общей функцией формирования уникальных субъектно-объектных отношений. Характеристики данных отношений, в конечном итоге, и определяют степень свободы или степень зависимости индивида от агрессивной среды.

Коллективом научных сотрудников РНПЦ МСПН проводились исследования генеральной совокупности психологических свойств рассматриваемого уровня с целью определения функционально значимой группы, имеющей прямое отношение к феномену психологического здоровья.

При идентификации названных психологических параметров авторы руководствовались (Катков А.Л., Россинский Ю.А., Алтынбеков С.А., 2004) следующими критериями: *дифференциации* (каждое из исследуемых психологических свойств имеет чёткое определение и учитываемые признаки, по которым названное свойство можно отличить от любого другого);

– *измеряемость* (динамику каждого из исследуемых свойств можно отследить по соответствующим количественным и атрибутивным признакам с использованием репрезентативных диагностических систем – опросников, тестов, специальных диагностических программ и т.д.);

– *наличие статистически достоверной и явно выраженной антогонистической взаимозависимости с индикативными признаками вовлечения или предрасположения к вовлечению в основные социальные эпидемии* (зависимость от психоактивных веществ, сочувствие террористическим акциям;

– *вовлечение или сочувствие* по отношению к деятельности преступных и религиозно-экстремистских группировок; равнодушие или одобрение по отношению к экологически опасной деятельности и другие).

Наиболее уязвимым периодом в жизни человека вовлечения или предрасположения к вовлечению в основные социальные эпидемии является период юности. В настоящее время в психологии преобладает традиция объединения отрочества и юности в возрастной период, называемый периодом взросления, и границы которого могут простираются от 12-14 до 25 лет.

Юность определяется в границах 14-18 лет и рассматривается как самостоятельный период развития человека, его личности и индивидуальности. Это период жизни человека между подростковым возрастом и взрослостью. Особенности психического развития в раннем юношеском возрасте, во многом, связаны со спецификой социальной ситуации развития. Суть ситуации развития сегодня состоит в том, что общество ставит перед молодым человеком такую настоятельную, жизненно важную задачу, как осуществить именно в этот период профессиональное самоопределение. Причём сделать это не только во внутреннем плане – в виде мечты, намерения кем-то стать в будущем, а в плане реального выбора.

Проблема идентификации в юношеском возрасте исследовалась в трудах отечественных (Кон И.С., 1967; Дубовская Р.Л., 1984; и др.) и зарубежных (Эриксон Э. 1996, Райе Ф. 2000 и др.) учёных, но применительно к условиям социальной стабильности. В работах последних лет процесс идентификации рассматривается в ситуации нестабильности, но в качестве объекта фигурируют либо коллективы взрослых (Ядов В.А., 1994; Андреева Г.М., 1998; и др.), либо целые этносы (Резников Е.Н., 2002; Лебедева Н.М., 1999; и др.).

На сегодняшний день вопрос о ведущей деятельности в период ранней юности остается открытым и дискуссионным.

Перед молодёжью стоит задача выбора будущей профессии, профессионального самоопределения, которое принципиально не может быть успешно решено без решения и вне решения более широкой задачи личностного самоопределения. Личностное самоопределение включает в себя построение целостного замысла жизни, самопроектирование себя в будущее.

Л.И. Божович (1995) считала обращенность в будущее, построение жизненных планов и перспектив аффективным центром жизни старшего школьника [2]. Сам переход от подросткового к раннему юношескому возрасту ею связывался с изменением отношения к будущему. По утверждению Л.И. Божович (1995), подросток смотрит на будущее с позиции настоящего, а юноша или девушка смотрят на настоящее с позиции будущего.

В этом возрасте умственные способности уже сформированы, однако на протяжении раннего

юношеского возраста они продолжают совершенствоваться. Юноши и девушки овладевают сложными интеллектуальными операциями, обогащают свой понятийный аппарат, их умственная деятельность становится более устойчивой и эффективной, приближаясь в этом отношении к деятельности взрослых. Решение этих центральных для данного возраста задач сказывается на всём процессе психического развития, включая развитие не только мотивационной сферы, но и развитие познавательных процессов.

Спецификой юношеского возраста является быстрое развитие специальных способностей, нередко напрямую связанных с выбираемой профессиональной областью.

В юношеском возрасте продолжается процесс развития самосознания. В юности открытие себя как неповторимой индивидуальности неразрывно связано с открытием социального мира, в котором предстоит жить. Обращенные к себе в процессе самоанализа, рефлексии вопросы у юноши в отличие от подростка чаще носят мировоззренческий характер, становясь элементом социально-нравственного или личностного самоопределения.

Именно *самоопределение* психологи рассматривают как основное *новообразование* данного возраста.

И.В. Дубровина отмечает, что в ранней юности завершается процесс личностного развития, и что процессы личностного и жизненного самоопределения осуществляются в последующих возрастах и главным новообразованием ранней юности является готовность (способность) к личностному и жизненному самоопределению» [11].

Личностная идентификация, наиболее подробно описанная известнейший американский психолог Э. Эриксоном, который ввёл в обиход это понятие, – понимает идентичность как тождественность человека самому себе и целостность. Идентичность – это чувство обретения, адекватности и владения личностью собственным «Я» независимо от изменения ситуации. Процесс полноценного формирования данного свойства начинается с младенчества и раннего детства и обретает структурированные формы в возрастном диапазоне 12-18 лет. К 18 годам, по Э. Эриксону, процесс идентификации должен завершаться. С этого времени индивид чётко формулирует ответы на вопрос – кто он и чего хочет в жизни. Эти ответы исходят из идентифицированного личностного ядра, осознающего собственную уникальность, а не повторяют навязанные извне сценарии – стереотипы (пусть и социально-позитивные).

В ВУЗах г. Павлодара в рамках развития концепции психологического здоровья по исследованию характеристик личностной идентификации проводится исследование среди обучающейся молодежи в возрасте 19-24 лет.

Для определения уровня психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные со-

циальные эпидемии была использована компьютерная программа как инструмент, используемый для скрининга и для индивидуальной диагностики. Данная программа представляет собой программный продукт, созданный на основе способа (алгоритма) оценки степени устойчивости и, соответственно, предрасположенности к формированию химической, деструктивной, психологической зависимости молодежи 19-24 лет.

Получая статус студента (изучаемая возрастная группа состоит, в основном, из лиц, обучающихся в ВУЗах), юноши и девушки вместе с ним приобретают и статус взрослого человека. Но поскольку у молодых людей ещё нет опыта «взрослой» жизни, то ситуация становится кризисной. Молодой человек старается всячески подчеркнуть свою самостоятельность в выборе и принятии решения, однако сам этот выбор нередко осуществляет импульсивно, под влиянием обстоятельств.

Перед человеком, полноценно завершившим этап личностной идентификации, появляется завораживающая перспектива собственного жизненно-

го пути, по которой его будет вести энергия желаний, а не только сознание социального долга. Следовательно, в процесс достижения целей включаются более мощные мотивационные ресурсы, обеспечивающие эффективное удовлетворение потребностного цикла. Отсюда – перспективы более высокого качества жизни.

Таким образом, юность является чрезвычайно важным периодом для становления развития жизненного пути. Вступив в юность подростком, молодой человек завершает этот период истинной взрослостью, когда он действительно сам определяет свою судьбу: путь своего духовного развития и земного существования.

Поскольку любое исследование имеет тенденцию устаревать в связи с быстрым темпом развития научно-технического прогресса, постоянными социальными изменениями и потрясениями, то изучение всех возрастных периодов, и юности в частности, всегда остается актуальным направлением в науке, в том числе в психологии жизненного пути личности.

Список использованной литературы:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений. – М.: Аспект-Пресс, 1998. – 376 с.
2. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. Избранные психологические труды. – М.: Международ, педагог, академия, 1995. – 352 с.
3. Дубовская Е.М. Влияние лидера на сверстников в юношеских группах: дисс... канд. психол. наук. – М., 1984. – 170 с.
4. Катков А.Л., Россинский Ю. А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья. – Павлодар, 2002. – 24 с.
5. Козлова Т.З. Самоидентификация некоторых социальных групп по тесту «Кто Я?» // Социс. – 1995. – № 5. – С. 102-110.
6. Кон И.С. Социология личности. – М.: Полит, издат., 1967. – 383 с.
7. Лебедева Н.М. Социальная идентичность на постсоветском пространстве: от поисков самоуважения к поискам смысла // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20. – № 3. – С. 48-58.
8. Райе Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 624 с.
9. Резников Е.Н., Бутринова Ю. Проявление индивидуализма - коллективизма среди русских (на выборах студентов и их родителей) // Современная психология: состояние и перспективы. – М.: Ин-т психологии РАН, 2002. – С. 211-213.
10. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Пер. с англ. / Общ. ред. А.В. Толстых. – М.: Прогресс, 1996. – 344 с.
11. Ядов В.А. Социальная идентичность личности. – М., 1994. – 209 с.

УДК 159.96: 343.8

ТЕМАТИЧЕСКИЙ АППЕРЦЕПТИВНЫЙ ТЕСТ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ РАБОТЕ С ЗАВИСИМЫМИ ЛИЦАМИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Н.Ф. Фесенко

эксперт по психологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

Проективные методики или техники относятся к особому классу психодиагностических методик. Проекция (*от лат.* – бросание вперед) – это поня-

тие для обозначения методик впервые ввёл Л. Франк (1939), оно закрепилось и является общепринятым в психологической диагностике.

Отличительный признак и главная особенность проективных методик: использование в них неопределенных, неоднозначных слабоструктурированных стимулов, которые испытуемый должен интерпретировать, развивать и дополнять. Именно это допускает практически неограниченное разнообразие возможных ответов. Через механизм проекции на эти процессы оказывают влияние личностные черты и мотивы испытуемого. Предполагается, что способ восприятия и интерпретации испытуемым тестового материала или «структур» ситуации отражает фундаментальные аспекты функционирования его психики. Иначе говоря, предполагается, что тестовый материал – это своеобразный экран, на котором отвечающий «проецирует» свойственные ему мыслительные процессы, конфликты, потребности и тревожность.

Проективные методики являются также методиками замаскированного тестирования, так как обследуемый редко подозревает о типе психологической интерпретации, которая будет дана его ответам, что уменьшает его возможность произвести желательное для него впечатление о себе.

Проективные методики характеризуются глобальным подходом к оценке личности. Внимание фокусируется не на измерении отдельных её свойств личности, а на общей картине личности как таковой. Проективные методики рассматриваются, как высокоэффективные процедуры для обнаружения скрытых, неосознаваемых сторон личности. Считается, что чем менее структурирован тест, тем он более чувствителен к скрытому материалу и чем меньше структурированы и однозначны стимулы, тем меньше вероятности, что они вызовут у испытуемого защитные реакции. А так же, что стимулы имеют смысл не столько в их содержании, сколько в личностном значении накладываемым на них испытуемым. Характерная особенность – отсутствие оценки как правильных и неправильных ответов-реакций, ограничений в их выборе.

В проективных методиках выявляются не только эмоциональные, мотивационные и межличностные характеристики личности, но также и некоторые интеллектуальные аспекты поведения (общий интеллектуальный уровень, оригинальность и стиль решения проблемных ситуаций). Некоторые адаптации проективных методик специально предназначены для измерения установок, и тем самым они как бы дополняют методики.

Г. Мюррей впервые описал процесс проекции в ситуации со стимулами, где допускалась их различная интерпретация. Он рассмотрел проекцию как естественную свойство людей действовать под влиянием своих потребностей, интересов, всей психической организации. Он пришел к выводу, что защитные механизмы в таких случаях могут проявляться, а могут и не проявляться [2].

Полный комплект Тематического апперцептивного теста (ТАТ) включает в себя 31 таблицу, одна из

которых - чистое белое поле. Все остальные таблицы содержат чёрно-белые изображения с той или иной степенью неопределённости, причём во многих случаях неопределённость касается не только смысла ситуации, но и того, что, собственно, изображено. Набор, предъявляемый для обследования, включает 20 таблиц, их выбор определяется полом и возрастом обследуемого.

ТАТ можно применять, начиная с 14 лет, однако при работе с людьми в возрасте от 14 до 18 лет набор таблиц будет несколько отличаться от обычного набора для работы с людьми старше 18 лет – из него исключаются и заменяются другими таблицы, наиболее прямо актуализирующие темы агрессии и секса. Различение «мужских» и «женских» картин восходит к понятию идентификации, на которое опирался Г. Мюррей. Он считал, что сходство обследуемого с персонажем картины (рассказа) по полу, возрасту и другим параметрам является условием эффективности проекции. Хотя это положение не нашло экспериментального подтверждения, разделение сохранилось. По-видимому, типично мужские или женские ситуации лучше актуализируют типичные для мужчин либо женщин мотивационные тенденции (в терминах объяснительной модели Д. Макклеланда – Дж. Аткинсона), а также лучше репрезентируют типичные для мужчин, либо для женщин жизненные отношения (в терминах деятельностно-смысловой объяснительной модели). Символами ВМ обозначены картины, используемые при работе с мужчинами от 14 лет, символами GF – с девушками и женщинами от 14 лет, символами BG – с подростками от 14 до 18 лет обоего пола, MF – с мужчинами и женщинами старше 18 лет. Остальные картины годятся для всех обследуемых. Номер картины фиксирует её порядковое место в наборе [3].

Последовательность предъявления очень важна. Таблицы различаются:

- 1) по конкретной сфере жизненных отношений, которую каждая из них затрагивает (первые картины – более универсальные, привычные, обыденные сферы; последние картины – более специфические, индивидуально значимые сферы);
- 2) по эмоциональному тону, который задается расположением, позами и лицами людей, светотенью, контрастами самих изображений и т.п.;
- 3) по степени реалистичности.

Первые картины весьма реалистичны, в картинах 8-10 возникает проблема соотнесения между собой частей изображения и связывания их в одно целое, в картине 11 персонажа нет, что вызывает затруднения в выполнении инструкции, картина 12 является фантастической, картины 13-15 затрагивают глубоко запрятанные конфликты, картина 16 представляет собой чистое белое поле, картины 17-20 тоже достаточно необычны. Г. Мюррей считал, что поскольку первые 10 картин затрагивают более обы-

денные темы, а вторые 10 – более фантастические, рассказы по первым 10 картинам должны отражать потребности, реализуемые в повседневном поведении, а по вторым 10 картинам – вытесненные или сублимированные желания. Экспериментального подтверждения этому, однако, получено не было. Тем не менее, один и тот же признак может иметь разное значение при появлении его в первых или в последних рассказах. Это, а также, то обстоятельство, что одни картины актуализируют определённые конфликты и аффекты, а другие их «гасят», обосновывает необходимость строго соблюдать последовательность предъявления картин. Использование неполного набора также нежелательно. Оно может явиться следствием дефицита времени, однако при этом велик риск получения односторонних результатов, в которых одни стороны личности обследуемого проявятся непропорционально ярко, а другие не проявятся вовсе. С другой стороны, есть и авторитетные мнения в пользу сужения набора картин. А. Хартман проводил специальный опрос 90 профессионалов, которые ранжировали таблицы ТАТ по степени их полезности для диагностики. Согласованность оценок оказалась весьма высокой. На основании этих оценок он выделил базовый набор, в который входят 8 таблиц: 1, 2, 3ВМ, 4, 6ВМ, 7ВМ, 13МФ, 8ВМ. Л. Беллак на основании своего личного опыта также считает, что для индивидуального обследования достаточно ограничиться 10-12 таблицами. Этот объём, с его точки зрения, оптимален, и позволяет провести всё обследование за одну сессию. Необходимые при обследовании любого мужчины таблицы – 1, 2, 3ВМ, 4, 6ВМ, 7ВМ, 11, 12М, 13МФ; для женщин в базовый набор входят – 1, 2, 3ВМ, 4, 6GF, 7GF, 9GF, 11, 13МФ. К ним Л. Беллак рекомендует добавлять несколько других таблиц в зависимости от тех личностных проблем, проявление которых может предвидеть диагност. Мы видим, во-первых, что наборы, предлагаемые А. Хартманом и Л. Беллаком, очень похожи; Л. Беллак, оценивая данные А. Хартмана, склонен согласиться с ним в том, что таблицы 8ВМ и 10 действительно важны, а 11 – не очень, продолжая, однако, настаивать на важности таблицы 12М (там же). Во-вторых, в них доминируют таблицы из первой десятки, а «мужские» таблицы преобладают над «женскими» [1].

Г. Линдзи выделяет ряд базовых допущений, на которых строится интерпретация ТАТ. Они носят достаточно общий характер и практически не зависят от используемой схемы интерпретации. Первичное допущение состоит в том, что завершая или структурируя незавершённую или неструктурированную ситуацию, индивид проявляет в этом свои стремления, диспозиции и конфликты. Следующие 5 допущений связаны с определением наиболее диагностически информативных рассказов или их фрагментов.

1. Сочиняя историю, рассказчик обычно идентифицируется с одним из действующих лиц,

и желания, стремления и конфликты этого персонажа могут отражать желания, стремления и конфликты рассказчика.

2. Иногда диспозиции, стремления и конфликты рассказчика представлены в неявной или символической форме.
3. Рассказы обладают неодинаковой значимостью для диагностики импульсов и конфликтов. В одних может содержаться много важного диагностического материала, а в других – очень мало, или он может вообще отсутствовать.
4. Темы, которые прямо вытекают из стимульного материала, скорее всего, менее значимы, чем темы, прямо не обусловленные стимульным материалом.
5. Повторяющиеся темы с наибольшей вероятностью отражают импульсы и конфликты рассказчика.

И, наконец, ещё 4 допущения связаны с выводами из проективного содержания рассказов, касающимися других аспектов поведения:

- 1) рассказы могут отражать не только устойчивые диспозиции и конфликты, но и актуальные, связанные с текущей ситуацией;
- 2) рассказы могут отражать события из прошлого опыта субъекта, в которых он не участвовал, но был их свидетелем, читал о них и т.п.; вместе с тем сам выбор этих событий для рассказа связан с его импульсами и конфликтами;
- 3) в рассказах могут отражаться, наряду с индивидуальными, групповые и социокультурные установки;
- 4) диспозиции и конфликты, которые могут быть выведены из рассказов, не обязательно проявляются в поведении или отражаются в сознании рассказчика.

В подавляющем большинстве схем обработки и интерпретации результатов ТАТ интерпретации предшествует вычленение и систематизация диагностически значимых показателей на основании формализованных критериев. В.Э. Рэнге называет эту стадию обработки симптомологическим анализом. На основе данных симптомологического анализа делается следующий шаг – синдромологический анализ по В. Рэнге, который заключается в выделении устойчивых сочетаний диагностических показателей и позволяет перейти к формулировке диагностических выводов, которая представляет собой третий этап интерпретации результатов. Синдромологический анализ, в отличие от симптомологического, в очень слабой мере поддаётся какой-либо формализации. Вместе с тем он неизбежно опирается на формализованные данные симптомологического анализа [5].

В своей модификации мюрреевского ТАТа Х. Хекхаузен ограничил поиск психологических феноменов мотивационной сферой. Он считает, что исследование мотивации должно быть ориентировано на изучение активности человека с точки зрения воп-

роса «Зачем?» Речь идёт о произвольной активности, которая направлена на достижение определённой цели. Это активность, при которой преследуемая цель осознана и которая контролируется по ходу разворачивающихся событий. Она протекает на фоне более или менее отчётливых ожиданий предполагаемого результата деятельности. Наиболее явно эти ожидания выступают в волевых действиях, но они могут прослеживаться и в импульсивных реакциях. «Даже когда волевые действия автоматизируются до уровня навыков, ожидания продолжают имплицитно играть свою роль в регуляции активности, что сразу же становится очевидным при нарушении протекания автоматизма» (Х. Хекхаузен). Категория «мотив» в толковании Хекхаузена включает в себя такие понятия, как потребность, побуждение, влечение, склонность, стремление. Каждое из этих понятий указывает на динамический момент направленности активности, на ценностное отношение, на цель, к которой стремится индивид, и на используемые им средства достижения этой цели. В процессе разработки мотивационного теста Х. Хекхаузен опирался на концепцию Дж. Аткинсона и Д. Макклелланда, согласно которой всё сложное многообразие мотивационной сферы можно свести к двум основным структурным компонентам: мотивация, направленная на достижение успеха, и мотивация, связанная с избеганием неудачи.

Модификации этого метода, предложенные Е.А. Калининым и В.Г. Норакидзе, с 1972 г. используются как при индивидуальном, так и при групповом тестировании. Каждому обследуемому выдаётся листок с напечатанными вопросами:

1. Что здесь происходит и кто эти люди?
2. Как возникла эта ситуация, что произошло перед этим?
3. О чём думает каждый изображённый на картинке человек, чего каждый из них хочет?
4. Что произойдет дальше, чем всё закончится? [4].

Психологические защиты проявляются во всех тех, достаточно многочисленных случаях, когда логика рассказа подразумевает обращение к определённому материалу, болезненному для обследуемого, несовместимому с его представлением о себе или каким-то иным образом порождающему у обследуемого состояние внутреннего напряжения или конфликта. Действие механизмов психологической защиты направлено на то, чтобы либо трансформировать конфликтный материал приемлемым образом, либо вообще избежать выхода на этот материал. Поскольку, однако, картины ТАТ подобраны так, что они затрагивают целый ряд сфер, в которых лежат типичные для многих людей интрапсихические конфликты, стремление уйти от болезненной темы оказывается, как правило, хорошо заметно. Так, например, отсутствие темы секса в рассказе по 13 картине или темы агрессии по 18 картине гораздо больше говорит о значимости этих тем, чем их наличие. Тен-

денции избегания определённых содержательных областей проявляются не только в их полном блокировании, но и в разновидностях уходов, в прерывании сюжетной линии, в нарушении логики сюжета, например, в присовокуплении счастливого конца к рассказу, в котором ничто не предвещает благополучного исхода, в избирательном «выпадении» прошлого или будущего, а также в использовании отрицательных грамматических конструкций следующего типа: «Мужчина и женщина, красивые. Это не муж с женой...» (картина 4), «Обнажённая женщина неподвижно лежит на кровати. Нет, она не мертва, просто спит» (картина 13). Использование конструкций такого рода свидетельствует о личностной значимости как раз того, что отрицается.

Ещё одной формой проявления защитных тенденций можно считать различные способы дистанцирования обследуемого от содержания рассказов. Это такие способы дистанцирования, как локализация описываемых событий в пространственном или временном удалении от актуальной ситуации – в другой стране, в далёком прошлом, иногда в будущем, возможно в сказочной, выдуманной стране. Соответственно, в рассказе появляются исторические подробности, даты, иностранные имена, географические названия или же подчеркнута сказочные или фантастические реквизиты. Наконец, возможен перенос всего рассказа или его части в условный план – подача его как описания фильма, картины, спектакля или рассказанной кем-то истории. Все эти приемы служат увеличению личностной дистанции между рассказчиком и описываемыми им событиями, эстетическое оформление которых понижает их конфликтность для него и делает возможным включение их в рассказы.

Наконец, ещё одной формой защитного «отчуждения» рассказов является символизация в рассказах личностных проблем обследуемого. Пути символической интерпретации содержания рассказов ТАТ детально разработаны в психоаналитической традиции. Однако если в одних случаях использование правил символической интерпретации может привести к ценным находкам, то в других случаях оно легко уведёт по ложному пути. Поэтому применительно к символической интерпретации лучше недоинтерпретировать, чем переинтерпретировать [3].

Согласно Г. Мюррею, латентные потребности не осознаются и не выводимы из открыто наблюдаемого поведения, а проявляются только в фантазиях и фантазийно подобной активности типа ТАТ. Эксперименты уточнили эту гипотезу: если потребность – явная или латентная – не имеет «моторной разрядки», фрустрируется в открытом социальном поведении, то она находит компенсаторное удовлетворение в рассказах ТАТ.

Между тем, лица, уже совершившие особо тяжкие преступления, могут продуцировать нейтраль-

ные или подчеркнута просоциальные темы. Существенной детерминантой ответа оказывается и сама ситуация обследования. Если она воспринимается как экспертная, то проявления агрессии строго контролируются. Из изложенного следует, что прогноз реального поведения на основе прямого отождествления «героя» и обследуемого осуществим только для ограниченного круга личностных черт и тенденций.

Поощрение и понимание, как наилучшая позиция, позволяют уменьшить вероятность таких рассказов, которые иногда индуцируются холодным равнодушием или агрессивным-критическим отношением психолога к сочинениям испытуемого. Можно пожертвовать данными, полученными из такого рода реакций, для более общих целей: стандартизация позиции в целом не стимулирует творческий процесс [6].

Список использованной литературы:

1. Беллак Л., Абт Л., Оллпорт Г. и др. *Проективная психология*. - Эксмо-Пресс, Апрель-Пресс, 2000. – 528 с.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. *Словарь-справочник по психодиагностике*. – 2-е изд. - СПб.: Питер, 2005. – 520 с.
3. Леонтьев Д.А. *Тематический апперцептивный тест*. 2-е изд. - Москва: Смысл, 2000. – 254 с.
4. Собчик Л.Н. *Мотивационный тест Хекхаузена*. - СПб.: Речь, 2002. – 16 с.
5. Соколова Е.Т. *Психологическое исследование личности: проективные методики*. - Москва, ТЕИС, 2002. – 150 с.
6. Шапарь В.Б., Шапарь О.В. *Практическая психология. Проективные методики*. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – 480 с.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

УДК 613.816:616.89-008.441.33

X-827

ТРАНСПЕРСОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ

О.М. Хорунжая

врач-нарколог отделения медикаментозной коррекции ГКП на ПХВ «Костанайский областной наркологический диспансер», г. Костанай

Трансперсональная психотерапия (ТП) представляет собой современное направление психотерапии, использующее изменённые состояния сознания с целью изменения отношения больного к проблеме, самому себе, психотравмирующим факторам и устранения патологических симптомов и выработке новых стереотипов поведения и мироощущения.

Цель и методы исследования

Целью настоящего исследования являлось наблюдение и изучение феноменологической структуры изменённых состояний сознания, индуцируемых в процессе проведения сеансов трансперсональной психотерапии (ТП) с помощью следующих методов:

- 1) наблюдения за вегетативной, эмоциональной, моторной реакциями больных во время и после сеанса ТП;
- 2) наблюдения за больными после устранения блоков и освобождения подавленного аффекта во время сеанса ТП;
- 3) наблюдения за реакцией больных на изменение музыкального сопровождения;
- 4) анализ рассказов участников сеанса во время завершающего собеседования;
- 5) изучение творческих работ больных (рисунки, рассказы), созданных ими после окончания сеанса ТП и отражавших их переживания во время сеанса;
- 6) индивидуальная психотерапия.

Критерии включения больных в исследование:

- наличие психических и поведенческих расстройств у больных в результате употребления алкоголя;
- наличие психических и поведенческих расстройств у больных в результате употребления опиоидов;
- постоянная форма употребления алкоголя и опиоидов (героин);
- высокая толерантность организма к алкоголю и опиоидам (героин);
- в полном объёме сформированный алкогольный и опиный абстинентный синдромы;

- отсутствие терапевтических и спонтанных ремиссий в прошлом;
- наличие установки на лечение и проведение сеансов ТП;
- доверие врачу и желание сотрудничать с ним;
- возраст до 45 лет.

Критерии исключения больных из исследования:

- а) некупированный алкогольный и опиный абстинентный синдромы;
- б) положительный результат анализа мочи на наличие опиатов у больных с наркотической зависимостью;
- в) неврологические и/или соматические заболевания в стадии обострения;
- г) острое психотическое расстройство;
- д) формальное отношение к лечению;
- е) отсутствие четкой мотивации на здоровый образ жизни.

Обязательным условием до начала сеансов трансперсональной психотерапии было проведение детоксикации с полным купированием абстинентного синдрома, коррекцией сопутствующей терапевтической и неврологической патологии, медикаментозной сенсibilизации в течение 1 месяца больных алкоголизмом препаратом Алкосон в дозе 500 мг однократно утром и препаратом Антаксон по схеме 150 мг, 100 мг, 100 мг через день для больных наркоманией.

Клиническая характеристика исследуемых больных

Обследуемая группа состояла из 10 человек. Занятия проводились 3 раза в неделю, длительность терапии занимала 2 недели.

Распределение по заболеванию:

- больные алкоголизмом – 8 человек;
- больные наркоманией – 2 человека.

Распределение по половой принадлежности:

- мужчины – 6 человек (с алкоголизмом – 5 чел.; с наркоманией – 1 чел.);
- женщины – 4 человека (с алкоголизмом – 3 чел.; с наркоманией – 1 чел.).

Распределение по возрастным группам:

- а) возраст от 20 до 30 лет – 2 человека (с наркотической зависимостью: 1 мужчина, 1 женщина);
- б) возраст от 30 до 40 лет – 5 человек (с алкогольной зависимостью: 3 мужчины, 2 женщины);
- в) возраст до 45 лет – 3 человека (с алкогольной зависимостью: 2 мужчины, 1 женщина)

Длительность заболевания:

- больные наркоманией – 3-5 лет;
- больные алкоголизмом – 10-15 лет.

Сущность методики

Для индуцирования измененных состояний сознания (ИСС) в методике ТП использовалось глубокое интенсивное дыхание (гипервентиляция). Исследования гипервентиляционной цепочки гомеостаза показывают, что биохимические изменения в мозге напоминают те, которые возникают под действием психоделиков. А это означает, что интенсивное дыхание может быть неспецифическим катализатором глубинных психических процессов, наряду с психоделическими веществами. Глубокое дыхание, совершаемое в быстром темпе в течение длительного времени, сопровождаемое специально подобранной музыкой, способно вызвать глубокие трансформирующие переживания.

Кардинальной особенностью ТП является то, что в ней в первую очередь активируются переживания, которые, с эмоциональной точки зрения, являются наиболее важными. Как будто в психике существует радар, сканирующий всё пространство и обнаруживающий то место, где имеется проблема. Другими словами, проблема автоматически проявляется, если она готова для проявления и разрешения. Многие возникающие проблемы совершенно неожиданны, но выбор, вероятно, осуществляется безошибочно.

Сеанс ТП характеризуется следующими особенностями. *Гипервентиляция* вызывает сдвиг гомеостатического равновесия, и организм отвечает на изменение биохимизма внутренней среды, в частности, вынесением на «поверхность» различных старых, глубоко укоренившихся эмоциональных напряжений, избавляясь от них разрядкой на мышечном уровне. Эта разрядка происходит в двух формах – либо в форме катарсиса, отреагирования с драматическими движениями тела, криком, тремором, подергиваниями, кашлем, а иногда даже рвотой, либо в форме поверхностного напряжения и спазмов мышц. При этом в конечностях развиваются характерные временные контрактуры, которые, с традиционной точки зрения, являются типичным физиологическим ответом на гипервентиляцию и защелачивание крови (судорожное мышечное напряжение и карпопедальные спазмы – спазмы кистей и стоп). Однако по мере продолжения дыхания это состояние значительно ослабляется, или даже совсем про-

ходит, что нельзя объяснить чисто биохимически, так как гипервентиляция продолжается.

Указанные явления имеют сложную психосоматическую структуру и особый психологический смысл для каждого конкретного человека. В большинстве случаев можно найти специфические биографические, перинатальные (периода рождения) или трансперсональные источники этого психосоматического дискомфорта, возникающего во время сеанса ТП. Например, когда в кистях и стопах развиваются спазмы, они обычно отражают глубокий конфликт между сильными побуждениями и тормозящими, сдерживающими влияниями. В таких случаях часто выявляется наличие подавленной агрессии, невыраженных сексуальных тенденций или других неосуществленных импульсов по отношению к другим людям. Периферический разряд этих эмоциональных проблем в форме мышечных спазмов во время дыхательного сеанса собственно и отражает это динамическое равновесие, включающее одновременную активацию сгибателей и разгибателей сравнимой интенсивности.

Иногда болезненное мышечное напряжение может отражать «заблокированный» творческий импульс. Например, нереализованное некогда стремление играть на музыкальном инструменте, танцевать, заниматься ремеслом. Человек явственно ощущает устранение блока и освобождение подавленного аффекта, что нередко практически подтверждается в дальнейшем его успехами, кажущимися многим близким ему людям неожиданными, в живописи, танцах, литературной деятельности, ремесле и проч.

В типичном дыхательном сеансе ТП напряжение и блокады должны быть усилены и проявлены. Продолжение интенсивного дыхания доводит их до кульминации, разрешения и снятия. В этих условиях участники сеанса зачастую принимают необычные позы, издают странные звуки, делают неожиданные движения, что способствует интеграции бессознательного материала, разрешению внутренних конфликтов.

Результаты исследования

Основные виды измененных состояний сознания, наблюдаемые у исследуемых больных, представлены в таблице 1.

Все ИИС, возникающие в процессе проведения сеансов ТП, условно можно разделить на варианты:

1. *Дремотоподобный вариант* встречался в равной степени как у больных алкоголизмом, так и больных наркоманией. По выявленным субъективным и объективным признакам напоминал состояние лёгкой оглушённости, сопровождающееся единичными (45%) или обильными (55%) иллюзорными и реже непсихотическими галлюцинаторными образами в зрительном анализаторе; тактильными

Непатологические психические изменения, возникающие во время сеанса

Вид изменений	Больные алкоголизмом		Больные наркоманией	
	Мужчины (чел.)	Женщины (чел.)	Мужчины (чел.)	Женщины (чел.)
Психосенсорные:				
- фонопсии (видение ярких, четких пятен различной цветовой гаммы в соответствии со слуховым восприятием музыки)	5	3	1	1
- синпсихалгии (появление или усиление болевых ощущений в мышцах спины, конечностях, области сердца, животе, головных болей при усилении тревоги)	1	3	1	1
Гиперестезия (повышение порога восприятия музыкального звучания, восприятия внешних звуков, тактильных прикосновений)	1	2	1	1
Изменение восприятия схемы тела (ощущение увеличения в размерах всего тела или отдельных его частей)	2	2	-	1
Изменение течения времени:				
- тахихрония (ускоренное течение времени)	1	2	-	1
- брадихрония (замедленное течение времени)	4	1	1	-
Изменение процессов памяти:				
- гипермнезия (вспоминание давно забытых событий своей жизни)	5	3	1	1
Изменение процессов мышления (переход к образному и абстрактно-логическому видам)	5	3	1	1
Изменения в эмоциональной сфере (негативные, положительные эмоции, чередование их)	2	3	1	1
Изменение влечений:				
- булемия	5	2	1	-
- жажда	3	1	-	1
- гиперсексуальность	3	3	-	-
Вегетативные реакции:				
- парасимпатический тип	2	2	-	-
- симпатический тип	3	1	1	1
Сохранность критического отношения к содержанию переживаний	4	3	-	1
Контроль над своими переживаниями:				
- полный	2	1	-	-
- частичный	3	2	1	1

иллюзиями; явлениями непатологической соматопсихической деперсонализации и дереализации; изменением течения времени; изменением эмоциональной сферы; возникновением вегетативной реакции (чаще по парасимпатическому типу).

Зрительные иллюзии описывались больными как видение ярких пятен (фотопсии), геометрических фигур, витражных окон, мозаики, орнамента («визуализация»), воспоминаний отдыха на море, даче, путешествий по другим городам (эйдетические образы). Явления соматопсихической деперсонализации проявлялись ощущением лёгкости или тяжести в теле, больные говорили, что «не чувствуют рук, ног», «ощущают лёгкость во всем теле». Эмоциональное состояние на протяжении всего сеанса ха-

рактеризовалось ими как чувство умиротворенности, покоя.

Внешне больные лежали спокойно, изредка меняя позу (переворачивались с боку на бок, ложились на живот) и напоминали спящего человека. Кожные покровы были теплыми, розовой окраски, дыхание поверхностное. Больные могли легко контролировать своё состояние. Сохранялась ориентация в окружающем пространстве. При наличии зрительных иллюзий или непсихотических галлюцинаторных образов отмечалось движение глазных яблок. Данное дремотоподобное состояние легко переходило в сон, из которого больные легко выходили спонтанно («легко проснулась») или вследствие окончания сеанса. После сеанса больные испыты-

вали чувство отдыха, умиротворенности, уменьшения тревоги и болевых ощущений, некоторое улучшение настроения.

Развитие этого состояния в 50% проходило в два этапа. На первом этапе у больных отмечалось чувство расслабления с явлениями непатологической деперсонализации (тяжести или легкости в теле), а на втором – появление зрительных иллюзий или галлюцинаторных образов, изменение течения времени, гипермнезия, изменение эмоциональной сферы позитивного характера, вегетативная реакция по парасимпатическому типу. В большинстве случаев у больных развивался поверхностный сон.

2. *Истероподобный вариант* встречался чаще у больных с героиновой наркоманией, чем у больных алкоголизмом, и в 80% – у женщин. При данном варианте наблюдались карпопедальные спазмы, сопровождающиеся алгическими ощущениями, парестезиями; активизация двигательной сферы; эмоциональные разряды; явления непатологической деперсонализации; изменение течения времени; изменение влечений; гиперестезии; вегетативные реакции (чаще по парасимпатическому типу).

Карпопедальные спазмы проявлялись напряжением рук, ног, лица, спины, таза. Это мышечное напряжение сопровождалось алгическими ощущениями в различных частях тела, ощущения «скручивания» рук, ног, парестезиями: «онемением», «ознобом», «холодом», ощущением давления на тело. Тетанические ощущения сопровождалось моторными движениями: больные начинали размахивать руками, совершали движения ногами, принимали демонстративные позы: изгибались, переворачивались с боку на бок, начинали совершать танцевальные движения в ритм музыке. Часто истероподобные состояния сопровождалось выраженной аффективной реакцией в виде эмоциональных разрядов плача или смеха. В этом варианте ИСС могли наблюдаться явления аллопсихической и аутопсихической деперсонализации. Больные во время сеанса на короткое время открывали глаза, следили за происходящим вокруг. Изменялось течение времени, ослабление контроля. Часто испытывали гиперсексуальность. В процессе сеанса у этой группы больных уменьшалось эмоциональное напряжение, но после сеанса они отмечали чувство усталости.

3. *Катартический вариант* более выражен у больных алкоголизмом, чем наркоманией. Характеризовался выраженным аффектом; аффективными психогенными галлюцинациями и ментальной переработкой обстоятельств психотравм; вегетативными проявлениями по симпатическому и парасимпатическому типу. У больных при этом сохранялось чувство защищённости и чувство, что данное переживание происходило с ними в прошлом. Больные вспоминали текущие, и, казалось бы, забытые пси-

хотравмирующие ситуации. Сопровождались данные воспоминания яркой эмоциональной реакцией (больные плакали, искали помощи, сочувствия).

После бурного эмоционального отреагирования уменьшалось внутреннее напряжение, происходило переосмысление обстоятельств и изменение отношений к ним.

4. *Трансперсональный вариант* наблюдался чаще и ярче протекал у больных наркоманией. В данной работе рассматривались трансперсональные переживания как комплекс вегетопсихических проявлений, ведущим компонентом которых являлись зрительные и, в меньшей степени, тактильные и слуховые непсихотические галлюцинаторные образы (нередко наблюдались аллопсихические галлюцинации, когда больные видели, как «душа покидала тело, и это тело оставалось лежащим на матрасе»), сопровождающиеся эмоциональной и вегетативной реакциями, сомато-, алло- и аутопсихическая деперсонализации.

Непсихотические галлюцинаторные образы носили символический характер и необычный, подчас мистический, сюжет. Больные переживали перевоплощение в животных, птиц, насекомых и неодушевленные предметы, испытывали чувство полёта, видели и принимали участие в религиозных сюжетах, сценах из сказок, путешествовали на другие планеты, встречались с другими цивилизациями, наблюдали зарождение жизни на Земле, перемещались в другие страны и века, участвовали в древних (языческих) обрядах и т. д. Больные испытывали эмоциональную включённость в данные переживания, хотя нередко осознавали всю их нереальность, необычность и сказочность. Одновременно они осознавали важность информации, которая скрывалась под «маской» этих переживаний, например, более терпимого отношения к психотравмирующим обстоятельствам, прощение обид на своих близких, необходимость самореализации и т.д.

Трансперсональные переживания были эмоционально окрашены: аффект носил экстатический характер с чувством восторга, радости, счастья и реже был негативным. При трансперсональном варианте ИСС наблюдалась гипостезия (вследствие ощущений «ползания мурашек», озноба, покалываний, вибраций в теле), которые быстро трансформировались в непсихотические тактильные галлюцинации, например, руки «превращались в крылья», ноги становились «ветвями деревьев» и т.д.

При трансперсональном варианте ИСС регистрировалась наибольшая выраженность изменений восприятия времени: тахи- и брадихрония, что было обусловлено эмоциональным состоянием во время сеанса и развивающимся сюжетом.

Деперсонализация (сомато-, алло- и аутопсихическая) в виде наделённости «сверхсилами и сверхвозможностями», перевоплощение в животных, когда

больные перенимали повадки этих зверей (нападали на других животных, лазили по деревьям, парили в воздухе, ощущали царственность), превращались в лиц другой национальности, испытывали ощущение легкости в теле, «воздушности».

Вегетативные реакции протекали чаще по парасимпатическому типу: кожные покровы были теплыми на ощупь, розовыми, дыхание медленное и поверхностное, а временами отмечались задержки дыхания.

У больных начинало преобладать образное или абстрактно-логическое мышление.

Моторные реакции чаще характеризовались полной обездвиженностью, выражением восторга или мучений на лице (заострялись черты лица, текли по щекам слезы).

Больные не реагировали на происходящее вокруг, но сохраняли контроль над своими переживаниями и критическое отношение к ним (могли открыть глаза, осматриваться вокруг, чтобы убедиться в их нереальности и лишь затем позволяли переживаниям полностью поглотить их внимание).

По общесоматическому и психическому состоянию пациентов, уже после 2-х сеансов, отмечалась положительная динамика: нормализовался сон (ус-

корился процесс засыпания, глубина и длительность сна), перестали беспокоить головные боли, улучшилось настроение, стабилизировались цифры артериального давления, отмечался вегетостабилизирующий эффект. После 4 занятия 80% больных чувствовали себя практически здоровыми людьми, исчезали все те жалобы на здоровье, которые они предъявляли до лечения, включая жалобы на психическую зависимость от алкоголя и наркотиков. У 100% больных изменилось отношение к алкоголю и наркотикам, все они строили реальные планы на будущее, критически оценивали сложившуюся ситуацию.

Таким образом, трансперсональная психотерапия – это достаточно эффективный, сочетающий в себе интенсивное дыхание, специально подобранную музыку и физические воздействия психотерапевтический метод, который в измененном состоянии сознания активирует самые глубокие пласты личности, использует потенциал психики к самоисцелению. Участник сеанса за короткое время получает о себе обширные новые знания, а главное – развивает у себя чувство уверенности и контроля, он начинает понимать, что единственный человек, который ему действительно может помочь – это он сам.

Список использованной литературы:

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. – М., 1993.
2. Белкин А.И., Вяткина В.А., Литвинов А.В., Заставный В.Д. *Холотропное дыхание: показания и техника. / Пособие для врачей*. – М.: Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РФ, 1998.
3. Белов В.П. *Содержание и факторы расстройства сознания // Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии*. – М., 1984.
4. Греченко Т.Н. *Введение в психофизиологию*. – М.: Институт психологии РАН, 1999.
5. Гроф С. *Путешествие в поисках себя. Измерения сознания. Новые перспективы психотерапии и исследование внутреннего мира*. – М.: Издательство К. Кравчука, 2008. – ISBN 978-517-054421-9.
6. Гроф С. *Холотропное сознание*. – М., 1996.
7. Демьянов Ю. Г. *Диагностика психических нарушений*. – С.-П., 1999.
8. Козлов В.В., Майков В.В. *Холотропное дыхание. Теория, практика, исследования, клиническое применение*. – М.: Институт трансперсональной психологии, 2001. – 156 с.
9. Фильм «Счастье на базе трансперсональной психологии». - www.psychologos.ru.
10. *Холотропное дыхание – материалы из Википедии*.

УДК 615.851

ПРОБЛЕМА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И БОЛИ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (психологический, нейробиологический, клинико-психопатологический аспекты)

Ж.С. Жолдыбаева

врач – нарколог Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г. Алматы)

Депрессивные состояния различного генеза наряду с острыми аффективными реакциями являются, как правило, преобладающим фоном суицидального поведения.

Эпидемиологические работы последних лет показывают, что высокая частота суицидов при депрессиях выходит за рамки чисто клинической проблемы, оказывая существенное влияние на показатели частоты суицидального поведения в общей популяции [1]. Это последнее обстоятельство имеет непосредственное отношение к профилактике суицидов: раннее выявление признаков депрессивных расстройств, их адекватная терапия и профилактика рассматриваются как один из эффективных путей предупреждения самоубийств.

Депрессия и боль являются взаимосвязанными состояниями, хотя известно, что боль не является эмоцией, но болевые ощущения могут вызывать сильную эмоциональную реакцию. Боль, болезнь человека становятся не только явлением его индивидуальной жизни, но и феноменом социальным, затрагивающим отношения с другими людьми. Боль заставляет переживать границы собственного тела как существующие и таким образом реагировать в качестве живого агента на то воздействие, которое мы получаем благодаря свойствам своего организма [2].

Каким образом ощущается боль? Сенсорные сигналы, которые поступают в мозг и приводят к болевым ощущениям, являются ноцицептивными. Самый простой ответ на болезненный стимул возникает рефлекторно: импульс доходит до спинного мозга, в результате чего возникает ответная реакция. Другие ветви сенсорных нервных волокон, идущие от болевых рецепторов через синапсы со вставочными нейронами – интернейронами – передают информацию по восходящим путям в мозг для её обработки. Сообщения о боли идут в мозг по двум различным путям. Один из этих путей – система миелинизированных, быстро проводящих тонких волокон, именно их активация даёт ощущение острой боли. Другой путь – это система безмиелиновых медленно проводящих волокон, при возбуждении которых возникает разлитая ноющая боль. Волокна быстрого пути направляются прямо в таламус, там об-

разуются синаптические соединения с волокнами, идущими к сенсорным и двигательным областям коры. Предполагается, что именно эта система позволяет точно различать, где находится повреждение, насколько оно серьёзно и в какой момент произошло. Волокна медленного пути идут к ретикулярной формации, продолговатому мозгу, среднему мосту, серому веществу около сильвиевого водопровода, гипоталамусу и таламусу.

Одни волокна образуют синапсы на нейронах, связанных с гипоталамусом и миндалинами, в лимбической системе, другие – на клетках диффузных нервных путей, соединённых со многими частями мозга. Наличие большого числа синапсов, отсутствие миелиновой оболочки, меньшая толщина волокон замедляют прохождение импульсов по этому пути.

Быстрая система свободна от эмоций, чувства по поводу этой боли не возникают, возникает мгновенное реагирование. Тогда как функционирование более медлительной системы позволяет человеку, получившему травму, приписать своим ощущениям те или иные качества; к эмоциональной окраске боли имеет отношение как лимбическая система, так и префронтальная кора [3].

Моноаминовая теория объединяет проблему существования боли и депрессии. Так, моноаминовая теория постулирует, что серотонин и норадреналин играют основную роль в развитии депрессивных и болевых проявлений. К основным эффектам серотонина относятся: возникновение агрессии, аппетита, сексуального поведения. К основным эффектам норадреналина относятся: способность концентрировать и удерживать внимание, интерес к какой-либо деятельности, мотивацию. Совокупные эффекты серотонина и норадреналина при их сниженном количестве: депрессия, боль, тревога, снижение энергии, когнитивные расстройства.

Нарушение регуляции серотонина и норадреналина в головном мозге напрямую связано с развитием депрессии. Болевой сигнал, поступающий в мозг, может быть усилен из-за дисбаланса серотонина и норадреналина в спинном мозге. Этот факт может служить объяснением, почему физические симптомы часто являются основной жалобой пациентов с

депрессией, поступающих в отделения первой помощи (скрытая, «ларвированная», «маскированная» депрессия) [4].

Современные изучения стресса и депрессий (других эмоционально окрашенных состояний) показывают, что данные переживания могут приводить к нейрохимическим изменениям. Изучение функции эндорфинов в нервной системе показало, что они влияют на восприятие боли, на предупреждение опасности, грозящей мягким тканям и костям. Постоянная сильная боль выводит человека из строя, а эндорфины регулируют ощущаемую человеком боль, уровень этой боли, дают возможность принять решение о прерывании контакта с источником боли. Подобную роль эндорфины играют и в осуществлении эмоций [5].

Для того, чтобы проанализировать боль как психологическое понятие, необходимо рассмотреть содержание боли, прежде всего, с точки зрения того человека, у которого она существует. Это значит, что боль нужно анализировать как состояние человека, выделяя в ней устойчивые и изменчивые признаки, как проявление адаптивного синдрома, отражающего взаимодействие человека с окружающей действительностью.

Психологическое содержание боли может быть оценено как осознание границ психической и физической реальности человека. Боль – это форма, в которой происходит обозначение этих границ. Психологическое содержание боли позволяет человеку пережить наличие в себе источника собственного напряжения, то есть приблизиться к переживанию силы собственного «Я», возможности реализации этой силы.

Признаки боли:

- наличие её присутствия («Я болею», «У меня болит»);
- изменение напряжения;
- боль почти всегда можно локализовать с той или иной степенью точности («где болит и что болит»);
- боль ограничена во времени – она возникает, длится и исчезает, то есть, обладает определённой динамикой;
- боль может быть выражена для другого человека как содержание болевого переживания, как жалоба и таким образом осознана;
- боль может существовать для самого человека как момент осознания «Я», и это возможно, если сила боли не превышает верхние пороги чувствительности, то есть не разрушает организм в целом или его органы.

Признаки депрессии:

- стресс и депрессию человек может не ощущать и не осознавать долгое время;
- депрессия – это относительно постоянное, имеющее свою внутреннюю динамику, эмоциональное состояние человека;

- в состоянии депрессии человек не может определить его локализацию в организме – это своеобразное разлитое состояние;
- стресс и депрессия могут стать хроническими, так как их источников очень много, в том числе и сам человек для самого себя, его «Я» может стать источником стресса и депрессии;
- стресс и депрессия почти никогда не выражаются в языке прямо, а проявляются в функциональном психофизическом состоянии человека, которое вербализуется, представляется в словах, опосредованно, в виде системы символов, метафор («выжатый», «эмоционально опустошенный», «напряжённый», «погасший», «нервный» и т.д.);
- состояние стресса и депрессии может быть осознано и пережито чаще всего с помощью другого человека, который выступает в роли психотерапевта, организуя или стимулируя содержание внутреннего диалога человека.

Анализ сходства и различия депрессии и боли позволяет говорить о том, что у человека есть возможность проявлять отношение к симптомам боли, то есть дистанцироваться по отношению к боли. В результате этого человек может сопротивляться боли за счёт создания механизмов психологической защиты, сам факт существования которых говорит о возможности влияния показателей психологического здоровья человека на соматические показатели, и наоборот.

Нами было обследовано 73 человека мужского пола, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), обнаруживающих депрессивные расстройства и суицидальное поведение (суицидальные мысли, суицидальные попытки), а также, находящихся в состоянии абстинентного синдрома с болевыми ощущениями в различных частях тела (маскированная постабстинентная депрессия).

Проанализирована степень тяжести депрессивных расстройств. Она оценивалась по всем шкалам до начала терапии антидепрессантами, в процессе самого лечения (регистрировалась еженедельно), а также по окончании основного курса терапии.

Случаи, при которых суммарная оценка баллов по шкале Гамильтона не превышала 16 баллов, были отнесены к депрессии «лёгкой» степени выраженности. При суммарной оценке не выше 27 баллов регистрировалась депрессия «средней» степени выраженности, при суммарной оценке выше 27 баллов отмечалась «тяжёлая» депрессия.

При использовании шкалы депрессии Цунга: если сумма баллов не превышала 59 – состояние расценивалось как «лёгкая» депрессия, не выше 69 баллов – «умеренная» депрессия, 70 и выше баллов – «выраженная» депрессия.

При обработке клинической шкалы оценки тревоги отмечались следующие нормативы: от 25 – 35

баллов – «лёгкая» тревога, до 47 баллов – «средней» степени выраженности, 48 – 58 баллов – «выраженная» тревога.

Распределение пациентов по степени тяжести депрессивного расстройства приведено в таблице 1.

Таблица 1
Распределение пациентов по степени тяжести депрессивного расстройства

Степень тяжести депрессивного состояния	Количество наблюдений (n=73)	
	Абсолютное число	Процентное выражение
Лёгкая степень	0	0%
Среднетяжёлая степень	54	73,9%
Тяжёлая степень	19	26,0%

Нами при обследовании пациентов были выделены синдромы депрессивных расстройств с учётом степени их выраженности и глубины (тоска, тревога, анергия).

Клинический опыт и оценка состояния в целом позволили условно выделить ведущий (основной) депрессивный компонент.

Оговоримся, что такое деление весьма условно, так как проявления депрессии не ограничиваются чётко установленными рамками, а включают в себя палитру проявлений депрессивного регистра.

В нашей работе условно были выделены 3 основных синдрома:

- тревожно-депрессивный;
- апато-анергический (адинамический);
- сенесто-ипохондрический.

Тревожно-депрессивный синдром наблюдался у 43 больных основной группы в возрасте от 20 до 50 лет. В клинической картине такого депрессивного состояния наряду со сниженным фоном настроения обязательным было присутствие тревоги. Тревога присутствовала постоянно или возникала периодически. У ряда больных отмечалась необъяснимая изменённость окружающего, что вызывало у них ещё большую тревогу – «тревожная дереализация». В некоторых случаях сочетание депрессивного компонента с тревогой было менее выраженным, отмечалась «стёртая» тревожная симптоматика. Темп мышления больных приближался к обычному темпу или был замедленным. Содержание идеаторного компонента включало в себя тревожные проявления и концентрировалось на состоянии своего здоровья, отмечалось предчувствие надвигающейся, необъяснимой беды, катастрофы. Идеи виновности, возникающие в рамках тревожно-депрессивного аффекта, чаще всего были направлены в свой адрес и ассоциировались с невозможностью выполнять какую-либо деятельность. У пациентов с чувством тревоги выявлялись однообразные жалобы на никчемность

существования, плохое самочувствие, невозможность заставить себя что-либо делать. У всех пациентов данной группы в картине депрессивного состояния с тревожным компонентом присутствовали суицидальные мысли и тенденции: «специально резал себе вены, чтобы не ощущать тревоги, вины и тоски».

Всем пациентам были свойственны соматические и вегетативные признаки депрессии: снижение аппетита, похудание, головная боль, инсомния, склонность к запорам.

Апато-анергический (адинамический) синдром обнаружен у 26 больных в возрастных категориях от 25 до 65 лет. У этой группы обследуемых лиц при выраженности апато-адинамических проявлений состояние характеризовалось повышенной утомляемостью, апатией, снижением фона настроения. Отмечались чёткие суточные колебания настроения у ряда больных, хотя некоторые пациенты из этой группы затруднялись чётко отдифференцировать колебания аффекта в течение суток, а оценивали своё состояние как одинаково плохое в течение всего дня. Мысли о нежелании жить высказывало большинство пациентов. У этой группы больных присутствовали проявления выраженной двигательной заторможенности. Клиническая картина характеризовалась также невозможностью сконцентрировать внимание на чём-либо в течение длительного времени, безучастностью к окружающему, имели место «вялость», потеря интереса к жизни. Эти пациенты много времени проводили в постели, ссылаясь на выраженную слабость, отсутствие сил. Состояние определялось больными в виде отсутствия настроения и «моральных сил». Внешне больные выглядели с обеднённой мимикой, подавленными, малоподвижными. В некоторых случаях отмечалась страдальческая маска на лице, скорбная поза, застывший взгляд, устремлённый в одну точку. Некоторые пациенты жаловались на слабость, нежелание чем-либо заниматься, высказывали опасения, что в будущем не справятся с работой.

Сенесто-ипохондрический синдром отмечался у 4 пациентов возрастной категории от 30 до 45 лет. В этой группе пациентов на фоне достаточно актуализированных по интенсивности тревоги и тоски присутствовала значительная фиксация на соматических ощущениях. Выраженность ипохондрических идей, как правило, ограничивались особой озабоченностью своим здоровьем, фиксацией на соматовегетативных депрессивных проявлениях. Идеи виновности были не резко выражены. Идеи малоценности чаще всего касались семейных взаимоотношений, ощущения «собственной несостоятельности и малоценности». Суицидальные высказывания отмечались у всех пациентов данной группы.

По степени тяжести тревоги все пациенты распределены следующим образом (таблица 2).

Таблица 2

*Распределение пациентов
по степени тяжести тревоги*

Степень тяжести тревоги	Количество наблюдений (n=73)
Лёгкая степень	23
Среднетяжёлая степень	47
Тяжёлая степень	3

Суицидальное поведение было свойственно всем пациентам данной группы и включало в себя наличие суицидальных мыслей в 29 случаях, наличие суицидальных мыслей и попыток в 44 случаях. Кроме того, у всех пациентов отмечался болевой синдром различной степени выраженности в рамках депрессивных проявлений (психалгии, «маскированные» депрессивные проявления) и постабстинентных состояний.

В последнее время в клинической наркологической практике, в ракурсе изучения механизмов возникновения боли, используются препараты, относящиеся к группе несинтетических анальгетиков, оказывающих действие на центральную нервную систему (ЦНС). Это обусловлено уникальным механизмом действия и антиноцицептивных и антигипералгических свойств этой группы препаратов [6]. К группе несинтетических анальгетиков относится препарат *нефопам (аупан)*, который обладает антигипералгическими свойствами, предотвращает и уменьшает проявления абстинентного синдрома. Характерной особенностью нефопама (акупана) является тот факт, что он одновременно действует на супраспинальном и спинальном уровнях. Антиноцицептивное действие препарата передаётся посредством активации моноаминергических нисходящих путей, ингибирующих боль. Данная активация возникает вследствие ингибирования пресинаптического моноаминного обратного поглощения (дофамин, серотонин) нефопамом [7].

Помимо обезболивающего действия нефопам оказывает и антигипералгетическое действие. Болевой сигнал передаётся посредством открытия ионных каналов; приток кальция активирует глутамат, который затем и стимулирует постсинаптические N-метил-D аспартат рецепторы. Блокируя пресинаптические ионные каналы кальция и натрия, нефопам высвобождает глутамат, снижая стимуляцию постсинаптических N-метил-D аспартат рецепторов. Это позволяет снизить возбудимость нейронов и ведёт к гипераналгезии [8]. Ключевая роль нефопама в процессе комбинированной анальгезии может объясняться одновременным антиноцицептивным и антигипералгетическим действием. В многочисленных рандомизированных исследованиях было показано, что действие нефопама не ведёт к угнетению дыхания, ухудшению перистальтики кишечника, к психологическому и физическому пристрастию [9]. Уникальный механизм действия, широкий спектр тера-

певтических показаний и взаимодействие с другими обезболивающими препаратами подтверждает необходимость присутствия нефопама в процессе анальгезии в наркологической практике.

Ещё один механизм влияния на терапию наркологических расстройств – нейроиммунологический. Поскольку мессенджеры регуляторных механизмов нервной и иммунной систем, формирующих единую сеть, способны к эффективному контролю и регуляции многообразной деятельности организма, то необходимость оценки параметров цитокинового профиля при психической патологии очевидна не только с позиций определения патогенетической роли иммунных механизмов повреждения, но, и в целях определения методов иммунокорректирующих мероприятий, способствующих восстановлению нейроиммунного гомеостаза.

В качестве иммуностропного средства мы применяли синтетический иммуномодулятор нового поколения *полиоксидоний* (НПО «Петровакс Фарм», Россия), который явился препаратом первого выбора в связи с его выраженными детоксикационными, антиоксидантными, мембраностабилизирующими и модулирующими свойствами. Препарат вводили внутримышечно по 6 мг через 2-3 суток, всего 5 инъекций. Обследование проводили двукратно: при поступлении и перед выпиской. С целью определения иммуномодулирующей эффективности полиоксидония в отношении регуляторных параметров все больные были рандомизированы на две группы по возрасту, тяжести заболевания и проводимому лечению. В основную группу были включены больные, которым на фоне психотерапии применяли иммуномодулятор, группу сравнения составили больные, которым проводили только психотерапию. Концентрации г-интерферона (ИФН), интерлейкина (Ил) Ил-1в, Ил-2, Ил-10, Ил-4, Ил-6 в крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Уровень цитокинов у 30 обследованных здоровых лиц составил для Ил-1в – $1,6 \pm 0,22$ пг/мл, г-ИНФ – $2,22 \pm 0,27$ пг/мл, Ил-2 – $2,21 \pm 0,21$ пг/мл, Ил-4 – $1,28 \pm 0,23$ пг/мл, Ил-10 – $2,21 \pm 0,21$ пг/мл и Ил-6 – $2,42 \pm 0,22$ пг/мл.

Снижение концентраций Ил-1в выявлено у 80,0% и 86,7% больных основной и группы сравнения. Включение в терапевтические мероприятия полиоксидония способствовало получению более выраженного иммуностимулирующего эффекта в отношении данного цитокина: повышение уровня до $1,67 \pm 0,29$ пг/мл и $1,44 \pm 0,10$ пг/мл у 53,3% и 13,3% больных основной группы и группы сравнения соответственно. Об активизации механизмов иммуностимуляции свидетельствовали данные по повышению концентрации Ил-1в до $6,01 \pm 0,52$ пг/мл у 6,7% больных основной группы с показателями в пределах нормы при поступлении. Проведённые психотерапевтические мероприятия способствовали устранению дисбаланса между про- и противовоспалительными цитокина-

ми: повышение концентраций Ил-2 до $1,46 \pm 0,46$ пг/мл и г-ИФН до $2,14 \pm 0,22$ пг/мл у 26,7% и 33,3% больных группы сравнения соответственно наблюдалось на фоне снижения высоких показателей Ил-4 и Ил-10 у 26,7% и 33,3% до $6,69 \pm 1,29$ пг/мл и $6,55 \pm 0,86$ пг/мл соответственно. При очевидном иммунокорригирующем влиянии нейротрансмиттерных систем, необходимо отметить, что включение полиоксидония в комплексные психотерапевтические мероприятия позволило достигнуть более выраженного иммуномодулирующего эффекта: концентрации Ил-2 и г-ИФН повышались до $1,56 \pm 0,27$ пг/мл и $2,05 \pm 0,31$ пг/мл у 60,0% и 66,7% больных, соответственно. Снижение секреторной активности Th-2 цитокинов: Ил-4 – до $5,51 \pm 1,69$ и Ил-10 до $3,43 \pm 0,95$ пг/мл у 53,3% и 46,7% больных, соответственно, способствовало восстановлению иммунорегуляторного баланса. При обследовании больных до проведения психотерапии выявлены неоднозначные изменения уровня Ил-6: повышение до $13,47 \pm 2,57$ пг/мл в 68,3% случаев и снижение до $0,45 \pm 0,19$ пг/мл у 31,7% больных, что связано с реципрокными свойствами данного цитокина.

У 53,3% больных, после традиционной психотерапии высокий уровень сохранялся в течение всего периода обследования. Более того, отмечалось и дальнейшее повышение высоких показателей Ил-6 у 3,3% больных до $13,18 \pm 0,01$ пг/мл. Снижение высокого содержания Ил-6, но не до уровня у здоровых лиц ($4,73 \pm 1,68$ пг/мл), наблюдалось только у 20,0% больных. После применения полиоксидония в комплексном лечении больных уровень цитокинов нормализовался у 33,4% обследованных больных. Таким образом, выявленный дисбаланс иммунорегуляторных цитокиновых механизмов корригировался после проведения психотерапии, что доказывало взаимную функциональную связь нейротрансмиттерных и цитокиновых механизмов регуляции. Применение иммуномодулятора полиоксидония в комплексе психотерапевтических мероприятий и биологической терапии нефопамом (акупаном) позволило достигнуть более выраженный эффект по восстановлению иммунного гомеостаза и улучшению эмоционального фона лиц с зависимостью от психоактивных веществ.

Список использованной литературы:

1. Hopkins S.J. et al. *Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system // Alcohol clin. Exp. Res.* – 2008. – Vol. 22, № 5. – P. 998-1025.
2. Brion P. *Isozyme specific drug oxidation: Genetic polymorphism and drug-drug interaction // Nord. G. Psychiat.* – 2001. – Vol. 47 (Suppl.). – P. 21–26.
3. Акмаев И.Г., Гриневич В.В. *От нейроэндокринологии к нейроиммуноэндокринологии // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.* – 2001. – № 1. – С. 22-32.
4. Дельгадо Х. *Мозг и сознание.* – М., 1971. – 358 с.
5. Claghorn G.L. *The safety and efficacy of paroxetine compared with placebo in double – blind trial of depressed out patients // G. Clin. Psychiatry.* – 1992. – Vol. 53. – P. 33–55.
6. Vong F. *Deindividuation and antinormative behavior: A meta-analysis // Psychological Bulletin.* – 2008. – Vol. 123. – P. 238-258.
7. Hole S. et al. *Treatment of anxiety disorders with Clomipramine.* - Ciba-Glidy, Basel, 1999. – 63 p.
8. Reynolds I., Momenan R., Rawlings R.R. et al. *Hippocampal volume in patients with alcohol dependence // Arch Gen Psychiat.* – 2000. – Vol. 56, № 4. – P. 356-363.
9. Turk D.C., Rudy T.E. *Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's box // Cogn. Ther. Res.* – 1992. – Vol. 16. – № 2. – P. 99-122.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

**КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ
НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В СТРУКТУРЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ
(на примере ипохондрического синдрома)**

Г.К. Кожаметова

участковый врач-психиатр ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана

Общая синдромология болезней зависимости может быть рассмотрена с позиций канонов классической психиатрии. Согласно данным позициям, весь круг синдромов принято делить на продуктив-

ные и негативные. Первые в свою очередь по тяжести симптоматики подразделяются на пограничные (псевдоневротические и психопатоподобные) и психотические.

Пограничные синдромы, формально уступая по тяжести психотическому уровню, клинически преобладают по масштабу и распространенности в общей структуре психических расстройств [6].

Экстраполируя данный тезис на область наркологической мысли, следует отметить, что пограничные синдромы обуславливают структуру наркологической симптоматики на всём протяжении химической зависимости. Они обеспечивают этапность патологического процесса, что клинически выражается в невротической, психопатической и органической стадиях.

По своему генезу пограничная симптоматика обусловлена биологическим субстратом зависимости, по клиническому профилю – во многом соответствует классическим невротическому и психопатическому синдрому.

В настоящее время в литературе можно найти значительное количество публикаций, посвящённых изучению корреляций между синдромами зависимости и расстройствами личности с определением первичности этиологического агента [1, 2].

Кроме того, круг личностных расстройств рассматривается в контексте эмоционально-волевого снижения. Так, в работе Кусаинова А.А. (2011) отмечено, что в ходе опиоидной зависимости происходит снижение личности: снижение общей и психической активности, мотивации, утрата чувства эмпатии, уплощение аффекта, утрата способности к преодолению препятствий, нарастающее снижение прогностической функции [3].

Реже в литературе описаны особенности развития невротической / псевдоневротической симптоматики.

Согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) невротические расстройства относятся к рубрикам F40 - F48. Данные диагностические единицы соответствуют традиционным:

- неврозу навязчивых состояний (F40, F41, F42);
- психологическим стрессовым реакциям, кратковременным невротическим реакциям (F43);
- истерическому неврозу (F44);
- ипохондрическому синдрому (F45);
- неврастении (F48.0).

Согласно временному критерию пограничные состояния делятся:

- а) на невротические реакции – до 14 суток;
- б) на невротические состояния – до 3 месяцев;
- в) на затяжные невротические состояния – свыше 3 месяцев до 2 лет;
- г) на невротическое развитие личности – более 2 лет.

Ю.А. Александровским (1995) выделяется класс социально-стрессовых расстройств, которые, в отличие от посттравматических стрессовых расстройств, затрагивают не отдельных лиц, переживших конкретные жизнеопасные ситуации, а значи-

тельное число людей с макросоциальными общегрупповыми психогениями [4]. Выделение такого типа расстройств представляет собой интерес с позиций экстраполяции данного феномена на зависимых лиц с химическими и поведенческими аддикциями. В частности перечисленные условия (причины) возникновения таких расстройств мы можем чётко отследить в группе аддиктов:

- 1) коренное изменение общественных отношений, выходящих за рамки обычного опыта;
- 2) резкая смена системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении длительного периода жизни;
- 3) изменение привычных социальных связей и жизненных планов;
- 4) нестабильность и неопределённость жизненного положения.

Таким образом, формирование зависимости может служить сложным пусковым механизмом для социально-стрессовых расстройств, которые клинически проявляются:

- заострением личностно-типологических черт характера;
- развитием гиперстении, гипостении, панических реакций, депрессивных, истерических и других психических нарушений;
- утратой способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях;
- появлением цинизма, склонности к антисоциальным действиям.

В свою очередь данные симптомы могут включаться в общую клиническую канву зависимости и ее наркоманических синдромов.

Невротические расстройства, непосредственно встречающиеся в клинике химических зависимостей сводятся [5]:

- а) к тревожным и фобическим расстройствам;
- б) к ипохондрическим расстройствам;
- в) к расстройствам сна;
- г) к вегетативным расстройствам;
- д) к астеническим расстройствам.

Расстройства невротического регистра в данном случае соответствуют как симптоматическому, так и психогенному уровню (реакция на факт наличия данного заболевания и переживание сомато-вегетативных симптомов). Так, в фазе отмены главными невротическими симптомами являются проявления тревоги и стойкие опасения, связанные с ожиданием развития абстинентного состояния. Фобия отмены, антиципация боли являются одной из узловых мишеней в коррекции состояния отмены. Среди всех образований абстинентного синдрома данный феномен обладает наибольшей устойчивостью и зачастую обеспечивает рецидивирующий характер заболевания. Рассматривая тревогу в контексте невро-

тических нарушений, можно определить, что она является психопатологическим фоном для развития более сложных аффективных нарушений, пронизывая все эмоциональные нарушения. То есть невротический синдром формирует истоки синдромов более сложных и высоких регистров: аффективного, психопатоподобного. Значительное повышение тревоги предвещает и возникновение острых психозов, развивающихся в рамках отмены психоактивных веществ (ПАВ). Таким образом, усиление тревоги выступает в роли основного и неспецифического психопатологического маркера общего ухудшения психического состояния.

Повышение уровня тревоги «запускает» развитие ипохондрических расстройств у больных. Ипохондрическая симптоматика характеризуется выраженным полиморфизмом, при этом в основе лежит феномен психической рефлексии, проявляющийся постоянным анализом собственного психофизического состояния и поиском доказательств его неблагополучия.

Таким образом, происходит соматизация болезни – *проявление патоморфоза некоторых психических заболеваний, вследствие которого соматовегетативный компонент болезни получает преобладание в клинической картине.*

Ипохондрия – это состояние чрезмерного внимания к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями (например, канцерофобия, кардиофобия и т.п.). В соответствии со степенью выраженности проявлений (от мнительности до бредовой убежденности) выделяют различные виды ипохондрии (обсессивная, депрессивная и бредовая).

Применительно к категории болезней зависимости ипохондрия отражает чаще всего психологические защиты, срабатывающие при течении основного болезненного процесса, а также участвует в формировании внутренней картины болезни.

Ипохондрический тип реакции на болезнь – неадекватно преувеличенное представление о тяжести болезни с фиксацией на болезненных ощущениях, «уходом в болезнь», с пессимистической оценкой прогноза, возможностей терапии.

Ипохондрические реакции возникают у людей с особыми чертами характера (мнительность, боязливость, тревожность и т.п.), либо в особой ситуации, когда предъявление ипохондрических жалоб дает больному мнимые или истинные выводы.

Ипохондрические реакции у больных алкоголизмом и наркоманиями наблюдаются, как правило, на поздних стадиях заболевания. Парадоксальным образом при отсутствии осознания истинных причин своего страдания (анозогнозии к основному заболеванию) они распространяются, главным образом, на абстинентные состояния, происхождение которых может приписываться совершенно другим причинам, а также на различные свойственные алкоголизму и наркомании соматические осложнения.

Степень выраженности ипохондрии может быть различной – от лёгкой (невротической) озабоченности своим состоянием до психопатологических ипохондрических реакций у психопатов, сопровождающихся подчас грубыми поведенческими нарушениями. Ипохондрическая реакция на абстинентные состояния может, в частности, побуждать алкоголика или наркомана к симулятивному поведению, нанесению себе телесных повреждений, другим эксцессам, преследующим цель получить очередную дозу наркотика или спиртного.

Ипохондрическое расстройство может быть инициальным в развитии зависимости. Так, некоторые лица, имеющие ипохондрическую настроенность, прибегают к различным методам самолечения, основанным на использовании спиртосодержащих препаратов, транквилизаторов, снотворных и других лекарственных средств, что тоже со временем может привести к формированию наркоманической зависимости. То же самое можно сказать и о тяжёлых соматических больных с выраженным болевым синдромом, стойкими нарушениями сна.

К понятию ипохондричности близко стоит аггравация, которая является сознательным преувеличением имеющихся болезненных расстройств и преследует субъективно значимые для больного цели. Иногда разграничение ипохондрических и аггравационных реакций провести довольно трудно.

Аггравационное поведение может наблюдаться у больных алкоголизмом, когда с целью реализации рентных тенденций пациенты сознательно преувеличивают имеющееся соматическое неблагополучие, чтобы госпитализироваться в стационар, отсрочить намеченную выписку и накопить таким способом деньги для продолжения пьянства. Подобное поведение может наблюдаться и у наркомана в тех случаях, когда, в частности, возникает угроза уголовного наказания.

При симулятивном поведении объективное содержание клинической картины практически отсутствует. Характер действий больных определяется установками, за которыми обычно усматривается корыстная заинтересованность (уклонение от службы в армии, уголовной ответственности и т.п.), поэтому симуляция имеет не столько медицинское, сколько этическое и юридическое значение. Симулятивное поведение алкоголиков и наркоманов часто является предметом экспертных оценок.

Согласно данным Сиволапа Ю.П. (2005), тревожно-ипохондрические синдромы в период опийного абстинентного синдрома и в ранний постабстинентный период констатированы в 98,4% случаев клинических наблюдений, тогда как преморбидные ипохондрические черты отмечались в 16% случаев [5].

Отклонение соотношения в пользу высокой частоты ипохондрических нарушений в сравнении с

преморбидными ипохондрическими чертами позволяет заключить, что опиоидная зависимость способствует формированию ипохондрического развития личности самого по себе, даже без индивидуального предрасположения к данному типу психических расстройств. Ипохондрическая симптоматика может рассматриваться как облигатный феномен и отражать один из предпочтительных типов психопатологического реагирования у больных опиоидной наркоманией.

Одним из проявлений ипохондрического синдрома может служить феномен аддиктивного опережения. Клинически он проявляется в преувеличении пациентами тяжести собственного состояния с целью проведения упреждающих лечебных мероприятий.

Данный феномен наблюдается при намеренном повышении дозы наркотика, опережающем патофизиологический подъем толерантности к психоактивным веществам.

Особую категорию больных, с которыми сталкиваются практикующие врачи-наркологи, составляют так называемые ипохондрические личности. Присутствие в клинике заболевания гипертрофированных форм депрессивной и бредовой ипохондриии (до паранойального уровня) обуславливает безремиссионное, высокопрогредиентное течение заболевания.

Чаще всего индикаторами таких расстройств являются:

- 1) низкий болевой порог;
- 2) быстрое нарастание толерантности к ПАВ, в том числе с феноменом сверхопережения;
- 3) затяжные тревожно-фобические и дистимические расстройства;

Список использованной литературы:

1. Бобров В.Е. *Психофизиологические и личностные особенности подростков, употребляющих летучие растворители в условиях европейского Севера: автореферат на соискание ученой степени кандидата биологических наук.* – Архангельск, 2009.
2. Галактионова Т.Е. *Клинические варианты героиновой наркомании в аспекте дифференцированной терапии: автореферат на соискание ученой степени кандидата биологических наук.* – М., 2009.
3. Кусаинов А.А. *Негативные психопатологические синдромы в клинике героиновой наркомании.* – Павлодар, 2011.
4. Рохлина М.Л., Козлов А.А. *Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение.* – М.: Анахарсис, 2001. – 208 с.
5. Сиволоп Ю.П. *Расстройства невротического спектра у больных опиоидной наркоманией // Наркология.* – 2005. – № 8. – С. 60-63.
6. Смулевич А.Б. *Пограничные психические нарушения / Руководство по психиатрии в 2-х томах под ред. Тиганова А.С.* – М.: Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 527-606.

- 4) стойкая фиксация на телесных ощущениях, собственный анализ психофизического состояния со стабильно низкой самооценкой;
- 5) крайняя степень непереносимости любых проявлений дискомфорта;
- 6) выраженные вторичные аддиктивные расстройства и трансформация в полизависимость;
- 7) практически безремиссионный тип течения.

Таким образом, формирование и развитие в клинике болезней зависимости расстройств невротического регистра не противоречит законам классической психиатрии, «подчиняясь» синдромам более высокого регистра, т.е. собственно наркоманическим.

Итог выше изложенному может быть определён следующими выводами:

- ипохондриия является важной составляющей аддиктивного синдрома комплекса;
- клинико-динамический паттерн ипохондриического синдрома подчиняется синдромам более высокого регистра (синдрому зависимости, синдрому патологического влечения, психоорганическому синдрому);
- рассматривая присутствие ипохондриии в контексте фазности химической зависимости, следует отметить ее клинико-диагностическое и прогностическое значение;
- оценка ипохондриии в клинике химических аддикций не только ставит своей целью повышение комплаенса терапевтическому процессу (аспект внутренней картины болезни), но и определяет границы терапевтического коридора в коррекции психопродуктивных расстройств зависимостей.

РАССТРОЙСТВА СНА В КЛИНИКЕ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

Г.К. Кожаметова

участковый врач-психиатр ГККП «Медицинский центр проблем психического здоровья», г. Астана

Болезни зависимости представляют собой сложный комплекс биопсихосоциальных расстройств. Каждый из компонентов определяет индивидуальный профиль болезни.

В настоящее время в литературе в целом описаны лечебно-диагностические подходы, исходящие из вышеприведенного принципа. Однако определяется недостаток в детальном описании отдельных феноменов, встречающихся в рамках химических зависимостей и являющихся узловыми на протяжении всего длинника заболевания [1].

В частности, это относится к описанию, квалификации и диагностике расстройств сна, встречающихся в структуре химических зависимостей в 100% случаев. По сути, диссомнии относятся к облигатным симптомам, которые отражают особенности биологического базиса зависимостей, и напрямую коррелируют со степенью прогрессивности заболевания, обуславливают рецидивирующий характер заболевания, определяя хронификацию патологического процесса. Именно расстройства сна во многом роднят болезни химической зависимости и психические расстройства эндогенного уровня, отражая нейромедиаторные сдвиги в обоих случаях.

Для понимания специфики расстройств сна аддиктивной природы, важны определение и характеристика основных параметров сомнологии.

Сон (somnus) – функциональное состояние мозга и всего организма человека и животных, имеющее отличные от бодрствования специфические качественные особенности деятельности центральной нервной системы (ЦНС) и соматической сферы, характеризующиеся торможением активного взаимодействия организма с окружающей средой и неполным прекращением (у человека) сознаваемой психической деятельности [4, 5].

Выделяют две фазы сна – *медленного* (ФМС) и *быстрого* сна (ФБС); Иногда фазу быстрого сна называют парадоксальным сном. Эти названия обусловлены особенностями ритмики электроэнцефалограммы (ЭЭГ) во время сна – медленной активностью в ФМС и более быстрой в ФБС.

ФМС разделяется на 4 стадии, отличающиеся биоэлектрическими (электроэнцефалографическими) характеристиками и порогами пробуждения, являющимися объективными показателями глубины сна. Первая стадия (дремота) характеризуется отсутствием на ЭЭГ б-ритма, являющегося характерным признаком бодрствования здорового человека, со снижением амплитуды и появлением низкоампли-

тудной медленной активности с частотой 3-7 в 1 секунду (и- и д-ритмы). Могут регистрироваться ритмы и с более высокой частотой. На электроокулограмме возникают изменения биопотенциала, отражающие медленные движения глаз. Вторая стадия (сон средней глубины) характеризуется ритмом «сонных веретен» с частотой 13-16 в 1 секунду, то есть отдельные колебания биопотенциалов группируются в пачки, напоминающие форму веретена. В этой же стадии из фоновой активности четко выделяются 2-3-фазные высокоамплитудные потенциалы, носящие название К-комплексов, нередко связанные с «сонными веретенами». К-комплексы регистрируются затем во всех стадиях ФМС. Амплитуда фоновой ритмики ЭЭГ при этом растёт, а частота её уменьшается по сравнению с первой стадией. Для третьей стадии характерно появление на ЭЭГ медленной ритмики в д-диапазоне (то есть с частотой до 2 в 1 секунду). При этом продолжают достаточно часто возникать «сонные веретена». Четвёртая стадия (поведенчески наиболее глубокий сон) характеризуется доминированием на ЭЭГ высокоамплитудного медленного д-ритма.

Третья и четвертая стадии ФМС составляют так называемый д-сон.

Фаза быстрого сна отличается низкоамплитудной ритмикой ЭЭГ, а по частотному диапазону наличию как медленных, так и более высокочастотных ритмов (б-ритмов и в-ритмов). Характерными признаками этой фазы сна являются и так называемые пилообразные разряды с частотой 4-6 в 1 секунду, быстрые движения глаз на электроокулограмме, в связи с чем, эту фазу часто называют сном с быстрым движением глаз, а также резкое снижение амплитуды электромиограммы или полное падение тонуса мышц диафрагмы рта и шейных мышц [5].

Сон человека и животных циклически организован. У человека длительность одного цикла сна составляет в среднем 1,5-2 часа (за ночь наблюдается от 3 до 5 циклов). Каждый из циклов состоит из отдельных стадий ФМС и ФБС. Первое появление ФБС происходит через 1-1,5 часа после засыпания вслед за стадиями ФМС. Для первых двух циклов сна характерен д-сон, длительность же ФБС максимальна на протяжении III и IV циклов (обычно это ранние утренние часы). В среднем у человека в молодом и среднем возрасте ФМС составляет 75-80% деятельности всего сна, при этом первая стадия – около 10%, вторая стадия – 45-50% и д-сон – около 20%. ФБС занимает соответственно 20-25% длительности сна. Эти значения значительно отличаются от аналогич-

ных показателей у новорожденных детей, а также в пожилом и старческом возрасте [4].

Состояния сна и бодрствование у плода можно различать, начиная с 28-й недели гестационного возраста. В первые месяцы жизни контроль циклов сна и бодрствования определяется в основном внутренними механизмами, с постепенной адаптацией к смене дня и ночи. Начальная стадия сна у новорождённых и младенцев обычно представлена ФБС, которая занимает около 50% общего времени сна. По достижении 4 месяцев циклы сна всё больше походят на циклы у взрослых. К тому времени ФМС уже предшествует ФБС. Новорождённые и младенцы спят долго. Относительная доля ФБС сна у них выше, чем у более старших детей и взрослых. Новорождённые проводят во сне около 16 часов с долей ФБС в 50%. У взрослых ФБС занимает около 20-25%. После 50 лет сон сокращается, составляя в среднем 5,5-6 часов, при этом ФБС занимает всего около 15%.

Для сна характерно существенное изменение состояния вегетативно-висцеральной сферы организма. Мозговой кровоток в ФМС существенно не изменяется по сравнению с бодрствованием, а лишь усиливается в некоторых структурах. В ФБС он значительно увеличивается, превосходя показатели спокойного бодрствования, и одновременно повышается температура мозга. Эти данные, как и характеристики нейронной активности, указывают на высокую функциональную активность мозга во время сна [4].

Известен целый ряд образований головного мозга, активная деятельность которых обеспечивает возникновение и протекание сна как физиологического процесса. В области продолговатого мозга и варолиева моста расположены группы клеток, деятельность которых вызывает поведенческий сон и возникновение соответствующей биоэлектрической активности на ЭЭГ. Активность этой зоны тормозит деятельность ретикулярной формации среднего мозга, обеспечивающей состояние бодрствования. Другим важным звеном синхронизирующей системы мозга является преоптическая область гипоталамуса. Она функционирует синергично с бульбарной ингибиторной зоной и также тормозит деятельность ретикулярной формации, оказывая влияние и на другие мозговые структуры. Снижение активности ретикулярной формации вызывает усиление функционирования ядер зрительных бугров, в которых генерируются «сонные веретена» и включает в действие таламокортикальную синхронизирующую систему; прогрессирующее снижение уровня функционирования ретикулярной формации ствола мозга и обуславливает углубление сна.

Ключевой структурой, деятельность которой вызывает изменения характерные для ФБС, является варолиев мост, его отдельные ретикулярные ядра.

Большое значение в регуляции сна имеют и структуры новой и старой коры головного мозга,

тесно связанные со стволом мозга и промежуточным мозгом.

Серотонинергические нейроны, обеспечивающие возникновение и протекание ФМС и ФБС, локализованы в ядрах шва варолиева моста. Неясно, является ли серотонин специальным «гипногенным» медиатором мозга или служит антипробуждающим агентом, не вызывающим собственно сна, а тормозящим деятельность неспецифической активирующей системы. В формировании ФБС наряду с серотонинергическими структурами участвуют норадренергические ядра каудального отдела ствола мозга, а также холинергическая медиаторная система. Смена бодрствования и отдельных фаз сна и взаимодействие медиаторных систем в этом процессе обеспечивается наличием морфологических связей между ними [3].

Определённую роль в регуляции цикла «бодрствование – сон» играют эндорфины, другие полипептиды.

Под нарушениями сна подразумевают две группы: нарушения состояния бодрствования или гиперсомнии, и нарушения сна или инсомнии. В основе расстройств сна первой группы лежат церебральные нарушения, сопровождающиеся недостаточностью восходящих активирующих систем ретикулярной формации ствола мозга. Нарушения сна, то есть инсомнии, могут явиться следствием избыточной активации восходящих систем ретикулярной формации, а также нарушения деятельности синхронизирующих систем мозга (бульбарные центры ствола мозга, ядра варолиева моста, преоптическая зона гипоталамуса и зрительные бугры, обеспечивающие возникновение и течение ФМС, а также ретикулярное каудальное ядро варолиева моста и голубое ядро, реализующее течение ФБС).

Расстройство сна в части случаев можно рассматривать как нарушение механизмов возникновения усталости. И.П. Павлов доказал, что сон возникает в результате отсутствия недостаточного или монотонного поступления афферентных импульсов в головной мозг.

По данным ряда исследователей нарушениями сна страдают до 45% взрослого населения. При этом с возрастом увеличивается число людей с малой продолжительностью сна (менее 6 часов). Исследование, проведенное в Калифорнии, показало, что среди лиц, длительность сна которых 6 и менее часов в сутки, уровень смертности был выше, чем среди тех, кто спал 7–8 часов.

Инсомния входит в число диагностических критериев или клинических признаков целого ряда психических расстройств. В результате масштабного обобщающего анализа исследований нарушений сна, характерных для психических расстройств, установлено, что существует высокая распространённость инсомнии при аффективных расстройствах, алкоголизме, тревожных расстройствах, пограничном личностном расстройстве, шизофрении и деменции. Среди

различных расстройств сна наиболее часто встречается нарушение непрерывности сна.

Результаты эпидемиологических, кросс-секционных и длительных проспективных исследований свидетельствуют о высоком уровне коморбидности расстройств сна и психопатологических нарушений, прежде всего сочетание инсомнии с депрессией и тревогой. Несмотря на положительные корреляции между тяжестью нарушений сна и выраженностью сопутствующей психической патологии, окончательных доказательств причинных связей пока не получено [2].

Важнейшими клиническими признаками инсомнии являются:

- жалобы на плохое засыпание и плохое качество сна;
- нарушения сна не меньше трех раз в неделю в течение месяца;
- озабоченность бессонницей и её последствиями (как ночью, так и в течение дня);
- вызванное неудовлетворительной продолжительностью и/или качеством сна тяжелое недомогание либо нарушение социального и профессионального функционирования.

В настоящее время используются три классификации расстройств сна: пересмотренное издание международной классификации расстройств сна (International Classification of Sleep Disorders – ICSD), раздел расстройств сна в DSM-IV и раздел в МКБ-10, в котором описаны расстройства сна неорганической этиологии [6].

Согласно современной классификации выделяют ситуационную инсомнию (продолжительность – до 1 недели), острую инсомнию (длительность менее 3 недель) и хроническую инсомнию (длительность более 3 недель). Хронизации инсомнии способствует персистирование стресса, депрессия, тревога, продолженное течение заболевания, вызвавшего инсомнию, употребление психоактивных веществ (ПАВ).

В клинической картине инсомнии выделяют пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства, которые в полном объеме встречаются в наркологической практике [3].

1. Пресомнические расстройства:
 - трудности начала сна;

Список использованной литературы:

1. Даренский И.Д. Расширенная клиническая оценка состояния наркологических больных // *Наркология*. – 2003. – № 8.
2. Ковров Г.В., Левин Я.М. Инсомния и ее лечение. *Качество жизни*. – *Медицина*, 2004. – № 4 (7). – С. 54–57.
3. Левин Я.И. Инсомния / *Избранные лекции по неврологии*; под ред. проф. В.Л. Голубева. – М.: *Эйдос Медиа*, 2006. – С. 338–356.
4. Soldatos C.R., Dikeos D.G., Paparrigopoulos T.J. The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J Psychosom Res* 2003; 55: 263–267.
5. Waldemar Szelenberger u Constantin Soldatos Sleep disorders in psychiatric practice // *World Psychiatry* 2005; 4: 3, pp. 186–190.
6. World Health Organization. *The ICD–10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.

- процесс засыпания может затягиваться до 2 часов и более (в норме в среднем 10 минут);
- при длительном течении могут формироваться патологические «ритуалы отхода ко сну», а также «боязнь постели» и страх «ненаступления сна»;
- нередко засыпание больными игнорируется, и все это время представляется им как сплошное бодрствование.

2. Интрасомнические расстройства:

- частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущения «поверхностного» сна;
- пробуждения обусловлены как внешними (например, шум), так и внутренними факторами (страшные сновидения, повышенная двигательная активность, позывы к мочеиспусканию);
- резко снижен порог пробуждения и затруднен процесс засыпания после эпизода пробуждения.

3. Постсомнические расстройства:

- расстройства, возникающие в ближайший период после пробуждения;
- пациенты не удовлетворены сном;
- чувство «разбитости», неимперативной дневной сонливости;
- иногда больные предъявляют жалобы на полное отсутствие сна в течение многих ночей (при этом соотношения между субъективными оценками сна и его объективными характеристиками неоднозначны).

Перечисленные выше расстройства сна чаще всего образуют фасад заболевания, определяя тяжесть общего состояния зависимого лица на разных стадиях зависимости. Формируясь на инициальных этапах болезни, эти симптомы подвергаются обратной редукции в последнюю очередь на фоне комплексной медикаментозной терапии [3, 4].

Таким образом, всесторонняя и детальная оценка расстройств сна на синдромальном уровне с использованием современных подходов и классификаций необходима для представления о специфике биологического субстрата зависимости у каждого конкретного больного и подбора адекватной терапии.

ПСИХИЧЕСКИЕ И СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ

А.В. Котин

заместитель главного врача по лечебной работе Учреждения «Наркологический психотерапевтический центр доктора Лукьяненко Ю.В.», г. Тараз

Использование опьяняющего действия конопли среди народов Азии и Африки известно с XV века, в Европе первое научное описание гашишной интоксикации принадлежит французскому психиатру Торо де Туру (1845 год). В странах Европы, Америки и постсоветского пространства эпидемия гашишизма началась в 70-80 годы XX столетия. Регионы, где растёт конопля, являются неблагополучными в отношении злоупотреблением гашишем.

Учитывая природное произрастание конопли в нашей Жамбылской области и её достаточно свободную доступность, проблема гашишизма стоит достаточно остро. В некоторых южных государствах (Афганистан, Пакистан) гашишизмом поражено до 60% мужчин в возрасте 20-40 лет. По числу пораженных им лиц – гашишизм это наиболее распространённый вид наркотизма в мире после алкоголизма.

Проявления опьянения весьма разнообразны и зависят от дозы попавшего в организм человека тетрагидроканнабинола, индивидуальных особенностей человеческого организма, способа введения наркотического вещества. Вдыхание дыма и курение наиболее распространённый способ употребления гашиша. При курении в кровоток попадает около 50% поглощаемого тетрагидроканнабинола, который легко проникает через гематоэнцефалический барьер, вызывая эйфоричность и другие изменения центральной нервной системы (ЦНС) (расстройство восприятия, времени, объема, цвета).

И.Н. Пятницкая выделила 4 стадии гашишного опьянения:

I стадия - очень короткая по продолжительности – 5-10 минут. Сопровождается тревогой, иногда чувством немотивированного страха, подозрительностью.

II стадия включает эйфорию, нарастающие психосенсорные расстройства, постепенное нарушение сознания от его сужения до оглушения или сумеречного состояния. Расстройства восприятия разнообразны – нарушается восприятие пространства, размеров, цвета, меняется оценка текущих событий, возникает стремление к движению. Сознание вначале остается ясным, но по мере углубления опьянения возникает сужение сознания, развивается жажда, чувство голода (за счёт гипогликемии).

III стадия характеризуется парадоксальностью восприятия, хаотичностью переживаемых чувств. С углублением интоксикации мышление приобретает черты бессвязности, возникают отрывочные бредовые представления. В третьей фазе наркотического

опьянения поднимается артериальное давление, нарастает тахикардия, температура тела понижается, кожные покровы бледные, холодный пот. Возможны коллаптоидные состояния. Двигательная активность сменяется вялостью.

В *IV фазе* опьянения выход из состояния проявляется сочетанием астении с сильным чувством голода и жажды. Вскоре наступает беспокойный сон.

Формирование наркотической зависимости происходит постепенно. Употребление чаще всего начинается в подростковом возрасте. Эпизодичное курение даже в течение 1-2 лет может не сопровождаться формированием психической зависимости, однако, при ежедневном или почти ежедневном курении первые симптомы заболевания могут появиться через 1-2 месяца.

В *первой стадии* заболевания исчезает фаза сна, снижаются физиологические эффекты наркотика, что требует повышения дозы и увеличения кратности приема. Потребление становится систематическим, исчезают защитные реакции на передозировку (тошнота, рвота). Синдром психической зависимости представлен обсессивным влечением к наркотику. Длительность этой стадии составляет 2-5 лет.

Вторая стадия отличается от предыдущей появлением синдрома физической зависимости, первая и четвертая фаза наркотического опьянения исчезают, вторая и третья фазы сливаются как бы в одну. Опьянение длится 1,5-2 часа, возрастает толерантность к наркотику, способность к физической нагрузке вне опьянения падает. Длительность второй стадии 5-10 лет.

Третья стадия развивается через 9-10 лет постоянной наркотизации. Снижается толерантность, наркотик оказывает лишь тонизирующий эффект. Психическая зависимость подавляется симптомом физической, синдром отмены носит затяжной характер.

Последствия гашишизма и осложнения наркотизации достигают наибольшего выражения. Результатом являются прогрессирующее снижение энергетических ресурсов, физическое и психическое истощение, нарастание вялости, потеря социальных связей, появление затяжных психозов. У пациентов часто встречаются неврозоподобные состояния с общей слабостью, ипохондричностью, психопатическое развитие личности с характерным сужением интересов и повышенной аффективностью.

У гашишистов так же описан и псевдопаралитический синдром. В литературе для характеристики больных гашишизмом принят термин «амотиваци-

онный синдром». В происхождении психоорганического синдрома при употреблении каннабиноидов существенную роль играют сосудистые нарушения, происходит диффузное поражение нервных клеток. Эти явления особенно выражены в коре головного мозга, в его подкорковых узлах, мозжечке. Патологический процесс в мозге носит характер токсикодистрофической энцефалопатии с сосудистыми нарушениями, что выражается в нарушении координации движения, развитии парезов в дистальных отделах, ослаблении глазодвигательных функций, нарушения глубины зрения и цветовосприятия. Возможна ангионейропатия сетчатки и зрительных нервов. Формируется также разнообразная соматическая патология. Известен кардиотоксический эффект каннабиноидов с частыми развитиями стенокардии и миокардиодистрофии.

Поскольку доминирующим способом употребления наркотика является курение, больные часто страдают от патологии верхних дыхательных путей – хронический назофарингит, частые инфекции – бронхиты, пневмонии, неспецифические заболевания легких и повышенный риск развития рака легкого.

Со стороны эндокринных нарушений часто наблюдаются снижение либидо, у мужчин за счёт снижения синтеза тестостерона снижается потенция и развивается синикомастия. У женщин происходит нарушение менструального цикла, возникает нарушение репродуктивной функции вплоть до бесплодия. Кроме того часты неспецифические гепатиты, приводящие к атрофии печени, почечная недостаточность. Высока частота инфекционных заболеваний, обусловленная угнетением клеточного иммунитета.

Смертность при употреблении каннабиноидов определяется нарушением сердечной регуляции и лёгочными заболеваниями, в частности инфекцион-

ными. Скорость формирования и степень прогрессивности течения соматоневрологических проявлений зависит от ряда факторов. Высокая прогрессивность наблюдается при раннем и интенсивном злоупотреблении наркотика. Спонтанные ремиссии, как правило, не наблюдаются. Перерывы в наркотизации обычно вынужденные (госпитализации, отсутствие наркотика). При лечении ремиссии зависят от стадии развития, сроков употребления и доз наркотического вещества, мотивационной базы отказа от наркотика самого пациента и соблюдение реабилитационных мер.

За период 2009 - 2010 - 2011 г. в стационаре Наркологического психотерапевтического центра (НПЦ) находилось 174 пациента с гашишной наркоманией.

Распределение количества пациентов по годам представлено в таблице 1.

Данные таблицы 1 показывают снижение количества пациентов, что можно объяснить, с одной стороны - переходом наркозависимых лиц на более тяжёлые наркотики, а с другой - общим оздоровление общества.

В таблице 2 представлены данные относительно возраста и половой принадлежности пациентов стационара НПЦ.

Данные таблицы 2 показывают, что количество мужчин, употребляющих каннабиноиды, значительно превалирует над количеством женщин в соотношении 172:2; пик потребления гашиша приходится на возрастную категорию от 19 до 35 лет. Исходя из данных наблюдения, можно говорить о стойком снижении количества пациентов старше 50 лет.

Данные о формировании наркотической зависимости представлены в таблице 3.

Исходя из данных таблицы 3, можно говорить о преобладании I стадии заболевания гашишной нар-

Таблица 1

Распределение количества пациентов в стационаре НПЦ по годам

Количество больных, прошедших лечение в стационаре	2009 год	2010 год	2011 год
	67 чел.	59 чел.	48 чел.

Таблица 2

Распределение пациентов стационара НПЦ по полу и возрасту

Пол	Возрастные категории				
	12-18 лет	19-25 лет	26-35 лет	36-50 лет	Старше 50 лет
Мужской	25 чел.	57 чел.	54 чел.	25 чел.	11 чел.
Женский	1 чел.	1 чел.	-	-	-

Таблица 3

Распределение пациентов стационара НПЦ по стадиям заболевания

Стадия заболевания	Возрастные категории					Всего
	12-18 лет	19-25 лет	26-35 лет	36-50 лет	Старше 50 лет	
I стадия	21 чел.	39 чел.	8 чел.	4 чел.	-	72 чел.
II стадия	5 чел.	17 чел.	27 чел.	15 чел.	3 чел.	67 чел.
III стадия	-	2 чел.	19 чел.	6 чел.	9 чел.	36 чел.
Всего	26 чел.	58 чел.	54 чел.	25 чел.	12 чел.	175

компанией в возрастной группе 12 – 18 лет. По мере взросления пациентов возрастает количество больных со II стадией и III стадиями заболевания гашишной наркоманией. На этих стадиях заболевания преобладают лица в возрасте 26-35 лет.

Длительное употребление гашиша приводит к возникновению у наркозависимых лиц заболеваний, имеющих психосоматическое происхождение. Данные о заболеваниях, возникающих вследствие употребления каннабиноидов, представлены в таблице 4.

Анализ данных, представленных в таблице 4, показал, что патологии верхних дыхательных путей, сопутствующие I-III стадиям гашишной наркомании, составляют 38,5% от всего числа пациентов, прошедших лечение в стационаре НПЦ. Неврозоподобные состояния у больных гашишной наркоманией составляют 29,89% от всего числа исследованных больных. Затяжные психозы выявлены у 13 чел., что составило 7,47% от числа исследованного контингента пациентов. У 17,82% обследованных больных нами наблюдался психорганический синдром.

Полученные в ходе исследования данные показывают, что патологии верхних дыхательных путей явля-

ются преобладающими среди сопутствующих заболеваний у наркозависимых больных. Это говорит о высоком уровне поражения препаратами каннабиса верхних дыхательных путей. Неврозоподобные состояния встречаются почти у 1/3 наркозависимых лиц, проходивших лечение в стационаре НПЦ, то есть эти расстройства также имеют достаточно высокий уровень поражения организма человека. Затяжные психозы выявлены у наименьшего числа больных, что позволяет говорить об их нешироком распространении у больных, страдающих гашишной наркоманией.

По мере прогрессирования болезни и перехода её от I стадии ко II и III стадиям увеличивается частота встречаемости и количество осложнений, как со стороны центральной нервной системы, так и внутренних органов.

Длительность приёма психоактивных веществ (ПАВ) каннобиноидного ряда также влияет на частоту встречаемости психосоматических осложнений у исследованных пациентов НПЦ (таблица 5).

С увеличением длительности срока наркотизации и ростом кратности приёма ПАВ частота возникновения осложнений у наркозависимых лиц становится

Таблица 4

Заболевания, возникающие у наркозависимых лиц вследствие употребления каннабиноидов

Виды заболеваний	I стадия	II стадия	III стадия	%
Патология верхних дыхательных путей (бронхиты, пневмонии, рак легких)	17 чел.	24 чел.	26 чел.	38,5
Неврозоподобные состояния	5 чел.	25 чел.	22 чел.	29,89
Затяжные психозы	-	2 чел.	11 чел.	7,47
Психоорганический синдром	-	10 чел.	21 чел.	17,82
Всего	22 чел.	61 чел.	80 чел.	

Таблица 5

Частота встречаемости психосоматических осложнений в зависимости от длительности приёма ПАВ у исследованных пациентов НПЦ

Длительность приёма ПАВ каннобиноидного ряда	До 3 лет употребления	От 5 до 10 лет	От 10 до 15 лет	Свыше 15 лет	Всего
Количество случаев	11	31	47	54	143

ся более частой. Практически у 100% пациентов (проходивших лечение в НПЦ), которые употребляют наркотические вещества от 10 до 15 лет, нами отмечено наличие различных психосоматических осложнений, часто взаимосочетающихся.

Таким образом, данные исследования пациентов, прошедших лечение в стационаре Наркологического психотерапевтического центра доктора Лукьяненко Ю.В., показали, что в Жамбылской области от злоупотребления гашишем страдают, в основном, молодые люди и лица трудоспособного возраста. Вследствие этого гашишизм, как для нашего региона, так и для Республики Казахстан в целом, является весьма острой проблемой. Это связано, с одной стороны, с лёгкой доступностью ПАВ – конопля в нашем регионе имеет природное произрастание, а с другой –

недостаточной осведомленностью молодёжи о губных последствиях употребления наркотических веществ из конопли.

Для течения заболевания гашишной наркоманией характерно развитие психосоматических осложнений, приводящих к физическому и психическому истощению, деградации личности и потере социальных связей.

Список использованной литературы:

1. Личко А.Я., Битенский В.С. *Подростковая наркология*. – М., 1991 – С. 237-241, 245-246.
2. Нинко А.И., Линский И.В. *Наркология, новейший справочник*. – М., 2004. – С. 446-457.
3. Шобанов П.Д., Штагильберг О.Ю. *Наркомания*. – СПб., 2000. – С. 192-199.

**АЛЕКСИТИМИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, ТЕОРИЯ ФОРМИРОВАНИЯ,
МЕСТО В ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ, ПРИКЛАДНОЕ ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ
В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

А.А. Кулунбаева

заведующая отделением Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана

Клиника заболеваний зависимости многолика и пестра. Она складывается из двух крупных синдромальных кластеров. В целом, использование такого деления условно и основывается на обобщённом рассмотрении всей симптоматики.

Первый кластер объединяет собственно наркологические синдромы. Второй – универсальные синдромы, которые характеризуют общее реагирование психики в рамках формирования болезней зависимости. Преломляясь через нозологические рамки, универсальные синдромы и симптомокомплексы, приобретают собственные закономерности течения и патопластики. То есть формируется феномен двусторонней связи.

Наименее изученным симптомом в этом кластере является алекситимия, которая в рамках наркологии изучается преимущественно с психологических позиций, не получая комплексного клинико-психопатологического рассмотрения.

Термин «алекситимия» ввёл в литературу Р.Е. Siineos в 1972 году. В своей работе, опубликованной ещё в 1968 г., он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в утилитарном способе мышления, в тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, в обеднённой фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Алекситимия буквально обозначает: «без слов для чувств» (или в близком переводе – «нет слов для названия чувств»). Термин подвергался критике, в том числе за отсутствие релевантности, однако прочно занял своё место в литературе, посвящённой психосоматическим заболеваниям, а связанная с ним концепция алекситимии приобретает всё большую популярность, что отражается в постоянно возрастающем числе публикаций в разных странах.

Разработке концепции алекситимии предшествовали более ранние наблюдения J. Ruesch (1948), установившего, что многие пациенты, страдающие классическими психосоматическими болезнями и характеризующиеся описанной им «инфантильной личностью», проявляют трудности в вербальном и символическом выражении эмоций.

Близкие особенности психосоматических пациентов были описаны также в 1963 г. P. Marty и de M. Müzan.

Выделяют несколько групп черт, характерных для страдающих алекситимией: расстройства аффектив-

ных функций, когнитивных функций, нарушения самосознания и особое миропредставление [2].

Алекситимия является психологической характеристикой, определяемой следующими когнитивно-аффективными особенностями:

- 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств;
- 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;
- 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других внешних событиях.

Концепция алекситимии, в том виде, в каком она была сформулирована Р.Е. Siineos, породила интерес к изучению соотношения между уровнями идентификации и описания собственных эмоций и подверженностью психосоматическим расстройствам.

В обширном списке литературных источников, где используется это понятие, иногда высказывается мнение, что речь идёт о проявлении первичного нейроанатомического дефекта, другие, однако, указывают на различные психологические проблемы, как первичные, так и вторичные. Mc Dougall (1996) и соавторы полагают, что, с психоаналитической точки зрения, феномен алекситимии следует рассматривать как группу защитных механизмов, возникающих при развитии и тесно связанных с отрицанием и расщеплением. Сходная группа защит, описанная в 1963 году Марти и его французскими соавторами, было ими названа «la pensee operatoire».

Выделяются две модели, объясняющие синдром алекситимии и её роль в формировании психосоматических расстройств. Модель «отрицания» предполагает глобальное торможение аффектов. Тогда можно допустить обратимость синдрома алекситимии. Однако у многих больных алекситимические проявления необратимы даже при длительной интенсивной психотерапии. Они остаются неспособными к осознанию эмоций и фантазированию. Наиболее действенной и практически выверенной представляется «модель дефицита», в соответствии с которой имеет место не торможение, а отсутствие некоторых психических функций, ведущее к снижению (необратимому) способности символизировать инстинктивные потребности и фантазировать [3].

Была выдвинута гипотеза, согласно которой ограниченность осознания эмоций и когнитивной переработки аффекта ведёт к фокусированию на соматическом компоненте эмоционального возбуждения и его усилению (Barsky A.J., Klerman G.L., 1983;

Schwartz G.R., 1987). Этим, вероятно, и объясняется установленная рядом авторов тенденция алекситимических индивидов к развитию ипохондрических и соматических расстройств (Taylor G.J., 1987). Было высказано предположение, что неспособность алекситимических индивидов регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции на неокортикальном уровне, может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний. Действует как бы своеобразный «закон сохранения» в отношении эмоций: когда человек не может выразить свои чувства словами, он выражает их телом.

Алекситимия рассматривается также как следствие недостаточной связи левого (сознательного, речевого, малоэмоционального) и правого (подсознательного, невербального, эмоционального) полушарий. Этот феномен имеет свою органическую основу в виде дефектов мозолистого тела, которые нередко отмечаются у пациентов с психосоматическими расстройствами, обследованных с помощью компьютерной томографии. Эти морфологические дефекты незначительны и не вызывают существенного неврологического дефицита, не нарушают жизненно важных функций организма, проявляясь лишь на уровне его психической организации [1].

В.В. Николаева подробно рассматривает связь феномена алекситимии с особенностями психологической саморегуляции. При этом она опирается на концепцию смысловых образований личности (Братусь Б.С., Василюк Ф.Е.), в которой конкретизируются идеи Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева. Важный источник устойчивости, свободы и саморазвития личности – это рефлексия, которая позволяет осознать смысл собственной жизни и деятельности. Именно рефлексия является частным механизмом личностно-мотивационного уровня саморегуляции. В то же время, дефицит рефлексии относится к важному признаку алекситимии. «Алекситимик» не может управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их. В процессе онтогенетического развития по каким-то причинам потребность в саморегуляции может оказаться не сформированной. В результате невозможность реализации актуальных потребностей ведёт к хронизации эмоций и, как следствие, к стойким соматическим изменениям. У алекситимического человека отсутствует видение собственной жизни в широкой временной перспективе. «Линия времени» чаще дискретна, затруднено соотношение настоящего, прошлого и будущего. Как следствие затруднена адаптация к изменяющимся условиям среды. В этом контексте интересны данные по корреляции алекситимии

и отдельных показателей ригидности как отдельного психологического феномена. Так, выявлена корреляция между алекситимией и сенситивной ригидностью (тенденция человека испытывать одну и ту же эмоциональную реакцию при встрече с любыми новыми ситуациями). В таких случаях алекситимический радикал обуславливает клишированное воспроизведение страха и тревоги с ожиданием негативного будущего – «ригидизирование негативных эмоций».

В работе Богомаза С.А. и Филоненко А.Л. (2005) установлено, что люди с признаками алекситимии субъективно расценивают свою жизнь как неинтересную, бесполезную и бессмысленную. Они считают себя «заложниками» обстоятельств, у которых нет возможности свободно выбирать способ поведения и контроля над событиями жизни. Чаще всего в таких случаях наблюдается сниженная ответственность за события собственной жизни, уверенность и склонность концентрировать внимание на неудачах. Неудовлетворённость самореализацией может способствовать формированию у лиц с признаками алекситимии устойчивых представлений о невозможности достижения собственных целей и бессмысленности будущей жизни. По профилю установочной ригидности корреляция с алекситимией не выявлена, что может свидетельствовать о точке приложения психотерапевтических интервенций. По показателю психической ригидности определяется прямая корреляция, что свидетельствует о невозможности личностей с алекситимическими чертами выйти за пределы конкретной ситуации и обеспечить самореализацию.

Типичной для алекситимии является плохая дифференциация и вербализация аффектов, утрачивающих свои сигнальные функции (неэффективность коммуникации). Например, психосоматические пациенты зачастую игнорируют сигналы о соматическом либо психическом неблагополучии, что внешне проявляется в стоицизме, иногда сопровождающемся застывшими позами и «деревянным» выражением лица. Аддиктивные больные особенно боятся соматических симптомов и стараются блокировать их с помощью химических веществ.

Лицам с проявлениями алекситимии свойственно в высшей степени конкретное мышление, и они могут казаться приспособленными к требованиям реальности. Однако во время психотерапии когнитивные нарушения становятся очевидными: пациенты монотонно и подробно излагают тривиальные, хронологически упорядоченные поступки, реакции, события обыденной жизни. В целом им недостаёт воображения, интуиции, эмпатии и направленной на удовлетворение влечений фантазии, в особенно-

сти, соотносимой с объектом. Они ориентируются, прежде всего, на вещественный мир, а к себе относятся как к роботам. Указанные особенности являются серьёзным препятствием для проведения психоаналитической психотерапии. Вместе с тем частые обострения психосоматического недуга или злоупотребления лекарственными веществами заставляет таких пациентов прибегать к психотерапии.

Личностный профиль такого расстройства характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью, недостаточностью функции рефлексии. Совокупность перечисленных качеств у человека приводит к его чрезмерному прагматизму, невозможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также к трудностям и конфликтам в межличностных отношениях.

Вероятно, существует связь алекситимии с феноменом «поиска ощущений», так как можно предположить, что неспособность алекситимиков рефлексировать свои проблемы и эмоциональные состояния ведёт к их отреагированию в действиях, в частности, к рискованному поведению и брутальности.

Алекситимия не обладает нозоспецифичностью.

Принимая во внимание, что в основе формирования зависимости принимают участие в основном низшие протопатические эмоции, которые не имеют конкретной очерченности и когнитивной завершенности, можно предположить широкую эксплуатацию феномена «алекситимии» в репрезентативной системе химического аддикта. Все это «вызывает» на фоне аффективной незавершенности с массой соматических масок [4, 5].

Смещаются функциональные векторы эмоций. Так, например, зависимый фиксирован на неприятном эмоциональном ощущении, при этом затрудняется в его обозначении, номинации. Жалобы в таком случае сводятся к формулировкам: «депрессия у меня», «стены давят», «плохо мне», «просто всё раздражает». При этом учитывая фазы течения бо-

лезни, можно заметить некоторое сглаживание остроты предъявляемых жалоб на телесном уровне, с их постепенным инкапсулированием. Так, на практике в ранний и отсроченный постабстинентный период пациенты предъявляют всё более диффузные жалобы – «места себе найти не могу», «теряю интерес к происходящему», «словно перестаю понимать, что вокруг происходит» – то есть алекситимия усиливается за счёт анестетического компонента. Мечты и фантазии подобных лиц отличает простое содержание, бедность красок, отсутствие оригинальности. Имеется дефицит символической продукции: сновидений, фантазий, чувств, образов [5].

Может обращать на себя внимание и другая сторона алекситимии – механическая сухость в изложении жалоб и описании собственного состояния. На практике специалист встречается с контингентом так называемых «рационализированных» или, при повторных прохождениях программ медико-социальной реабилитации, «психологизированных» пациентов, которые закрывают сферу чувственных переживаний от проработки не столько путём неконструктивных защит в виде интеллектуализации, но главным образом посредством дефицитарности осознания эмоций. При этом внешне «нормальная» социальная конформность механизирована, монотонна, блекла.

Многочисленные исследования в области алекситимии зависимых лиц доказывают её ключевую роль в определении как прогноза заболевания в целом, так и терапевтического комплаенса, как конкретного индикатора в цепи достигнутых изменений (Доддс Лэнс М., 2004; Кристалл Г., 2004; Лукьянов В.В., 2007). Отсюда следует, что учёт практикующим врачом данного симптома должен проводиться не только при вхождении пациента в психотерапевтический процесс, но и при первоначальной, так называемой статусной диагностике, на правах универсального симптома, определяющего как вектор аффективного реагирования, так и вектор самосознания болезни.

Список использованной литературы:

1. Богомаз С.А., Филоненко А.Л. Взаимосвязь алекситимии как фактора, препятствующего развитию личности, с параметрами смысловой сферы и проявлениями ригидности // *Сибирский психологический журнал*. – 2005. – № 22. – С. 124-128.
2. Ересько Д.Б., Исурина Г.Л. и соавт. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах / *Пособие для психологов и врачей*. – С-Пб., 2005 – 25 с.
3. Кристалл Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // *Психология и лечение зависимого поведения*. – М.: Класс, 2004. – С. 80–118.
4. Лукьянов В.В. Роль алекситимического радикала в структуре личности больных с алкогольной зависимостью // *Психосоматическая медицина*. – С-Пб.: Реноме, 2007 – 352 с.
5. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // *Наркология*. – 2009. – № 10. – С. 85-93.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У АЛКОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ АНОНИМНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Л.И. Матвиевская

врач-нарколог Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана

Патоморфоз алкоголизма, как один из ключевых составляющих компонентов болезней зависимости, в течение последнего десятилетия значительно выражен. На этот процесс оказывают влияние комплекс разносторонних факторов: биологических, экономических, макро-, микросоциальных, психологических. Изменение клинического паттерна заболевания проявляется в ускорении динамики основных психопатологических синдромов, появлении новых осложнений, стиранию границ между унитарными формами зависимости, искажению спектра коморбидной патологии, изменению поло-ролевых, гендерных характеристик.

С точки зрения психологов, пол – это физиологическое и юридическое (паспортное) понятие, связанное с первичными половыми признаками, то есть с биологическими выражениями половой идентичности.

Гендер – психологическое понятие, лишь частично связанное с половой идентичностью, то есть с субъективными переживаниями половой роли (Серов Н.В., 2003). Наиболее удачное определение понятия гендер (социальный пол) – это социальное поведение мужчин и женщин, которое определяет выбор образования, профессиональной деятельности, доступа к власти, сексуальности и семейных ролей (Lorber S., Farrel S., 1991). В разных обществах усвоенные (интериоризованные) гендерные стереотипы действуют как социальные нормы, определяя поведение мужчин и женщин [1].

По данным Егорова В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А. и др. (1997) в 80-е годы XX столетия соотношение мужчин и женщин, больных алкоголизмом, составляло 10:1, в 1996 году оно изменилось до 6:1. На начало 1997 года в России насчитывалось 334 тысячи женщин, больных алкоголизмом и состоящих на учёте в наркологических диспансерах, что составляло 430,3 на 100 тысяч женского населения. По данным Е.А. Кошкиной (2009) это соотношение в 2008 году уже составило 4,2:1.

В Казахстане статистические показатели относительно распространённости зависимостей среди женщин составляют: по общей заболеваемости в 2010 году – 76,3, в 2011 году – 67,2, из них по заболеваемости алкоголизмом в 2010 году – 68,9, в 2011 году – 61,7 на 100 тысяч населения [2].

Несмотря на некоторое динамическое снижение показателей заболеваемости женщин судить об улучшении наркоситуации среди данного контингента нельзя. Показатели заболеваемости (количество заболевших, обратившихся за медицинской помощью)

включают в себе двойную информацию и судят о реальной ситуации косвенно.

В рамках растущей актуальности данной темы проводится достаточное количество научных исследований, которые имеют как общетеоретическое, методологическое, так и прикладное, практическое значение [4, 5].

Однако на территории Республики Казахстан гендерные особенности алкоголизма не получили детального описания. Ряд работ посвящен описанию поло-ролевых особенностей в рамках других целей исследования и носят вспомогательный характер, либо касаются болезней наркотической зависимости (Садвакасова Г.А., 2010).

В связи с этим интерес представляет описание паттерна течения различных фаз болезней зависимости (алкоголизма) у женщин. В рамках этого проведено клиническое описание алкогольного абстинентного синдрома (ААС) у женщин, обратившихся за наркологической помощью в анонимный кабинет в 2011 году.

Цель работы

Провести описание клинического профиля алкогольного абстинентного синдрома у женщин, обратившихся за медикаментозной терапией в анонимный кабинет.

Материалы и методы исследования

Проведена кроссекционная ретроспективная оценка 157 клинических случаев обращения за наркологической помощью женщин, страдающих алкогольной зависимостью за период 2011 года в анонимный наркологический кабинет Центра медико-социальной реабилитации (ЦМСР) г. Астаны. Во всех случаях ААС являлся основным, определял тяжесть состояния пациенток и служил поводом для обращения за наркологической помощью.

Основными методами исследования являлись клиничко-психопатологический и статистический. Статистическая обработка показателей проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и их обсуждение

По возрастному составу группа распределилась следующим образом (таблица 1).

Данные, приведённые в таблице 1, показывают, что в исследуемой группе преобладали лица, относящиеся к возрастной категории от 26 до 45 лет. Исходя из этого, можно говорить, что ААС страдают женщины, репродуктивного трудоспособного возраста.

Возрастная структура исследуемой группы пациенток, обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП

Возрастной период	Количество женщин (n=157)		Средний возраст подгруппы
	Абсолютное число	%	
18-25 лет	38 чел.	24,2	20,6±2,63
26-45 лет	76 чел.	48,4	37,2±3,1
Свыше 45 лет	43 чел.	27,4	53,9±5,3
Средний возраст группы (n=157)	36,2±6,8		

На рисунке 1 представлены данные о семейном статусе исследуемой группы пациенток.

Представленные на рисунке 1 данные показывают, что среди исследуемых пациенток преобладают женщины, расторгнувшие законный брак. Кроме того сумма «уязвимых» статусов (развод, вдовство, одиночество, неопределенное семейное положение) во многом превосходит количество пациенток в браке.

Наряду с этим, обращает на себя факт, что среди 50 замужних пациенток удовлетворенность браком высказали 16 пациенток (32%). В 46% случаев присутству-

ют алкогользависимые или наркозависимые супруги.

После определения основных демографических показателей реализовывалась главная часть анализа.

Первоначально проводилась оценка анамнестических данных, в формате клинического интервью были определены основные мотивировки к систематическому употреблению алкоголя.

Субъективные мотивы потребления распределились по следующим группам (таблица 2). Клиенткам предлагалось выбрать из предложенных ответов один наиболее подходящий.

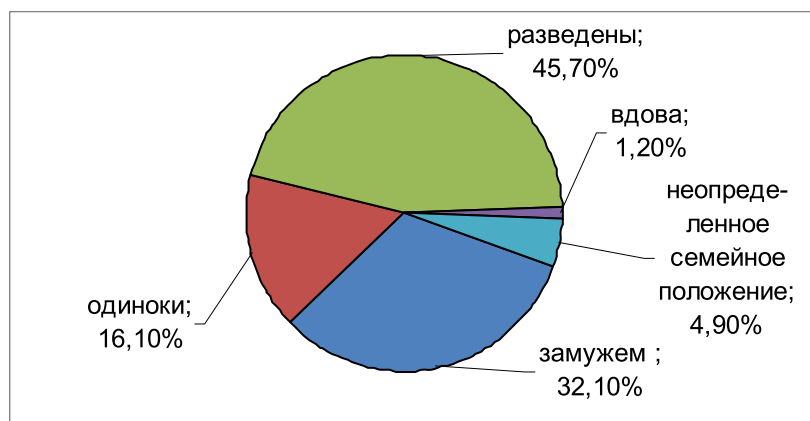


Рисунок 1. Семейный статус исследуемой группы пациенток, обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП

Таблица 2

Субъективные мотивы потребления алкоголя в исследуемой группе пациенток, обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП (n=157)

Субъективные мотивы потребления	Абсолютное число	Процентное соотношение
Индивидуальное потребление для релаксации, для устранения усталости, вызванной напряженным трудом на производстве и дома	29 чел.	18,5%
Для установления контактов с мужчинами	16 чел.	10,2%
Избавление от робости, нерешительности, чувств физической неполноценности	19 чел.	12,1%
Устранение чувства неудовлетворенности работой, семейным положением и взаимоотношениями в семье	26 чел.	16,6%
Преодоление тягостного чувства одиночества и порождаемого одиночеством пониженного настроения	18 чел.	11,5%
Улучшение состояния здоровья	17 чел.	10,8%
Следование традициям, которые предписывают обязательное совместное потребление спиртного в гостях, необходимость поддержать компанию, пить вместе с мужем или сексуальным партнером	28 чел.	17,8%
Стремление в результате совместного с мужчиной потребления алкоголя повысить его сексуальные возможности	4 чел.	2,5%

В дальнейшем все клинические случаи специалистом сгруппированы по вариантам формирования алкогольной зависимости в зависимости от типов мотивационных установок (Шайдукова Л.К., 1996).

Адаптационный вариант – злоупотребление алкоголем, вызванное необходимостью приспособления к алкогольной среде (к пьянству мужа, к пьянству членов коллектива) – 59 человек (37,6%).

Субмиссивный вариант подразумевает формирование алкоголизма в результате спаивания женщин партнерами (мужьями, любовниками) – 16 человек (10,2%).

Фрустрационный вариант включает пьянство в результате различных психотравмирующих воздействий (развод, недобровольное увольнение с места работы, тюремное заключение мужа или детей, соматическое неблагополучие, материальные потери) – 44 человека (28%).

Депривационный вариант формируется в результате воздействия одиночества – 29 человек (18,5%).

Аутохтонно-доминирующий вариант – невозможно проследить никакого влияния психической травматизации – 9 человек (5,7%).

В 157 случаях диагностирована алкогольная зависимость согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), что феноменологически соответствовало констатации сформированного синдрома зависимости.

Из анализа данных анамнеза, определены основные динамические характеристики данного синдрома (таблица 3).

Подавляющее большинство наблюдений относится к сформированной второй стадии алкоголизма. Оценивая средние показатели всей анализируемой группы, можно сделать заключение о наличии среднепрогредиентного темпа течения алкогольной зависимости с относительно ранним возрастом приобщения к алкоголизации (до 25 лет), с отсроченным периодом систематической алкоголизации и формирования ААС (не менее 5 лет). Преобладает периодический тип злоупотребления алкоголя.

Основная часть аналитического исследования составила клиническая оценка ААС, как «фасадного» синдрома, обуславливающего степень тяжести текущего состояния во всех 157 случаях (таблица 4).

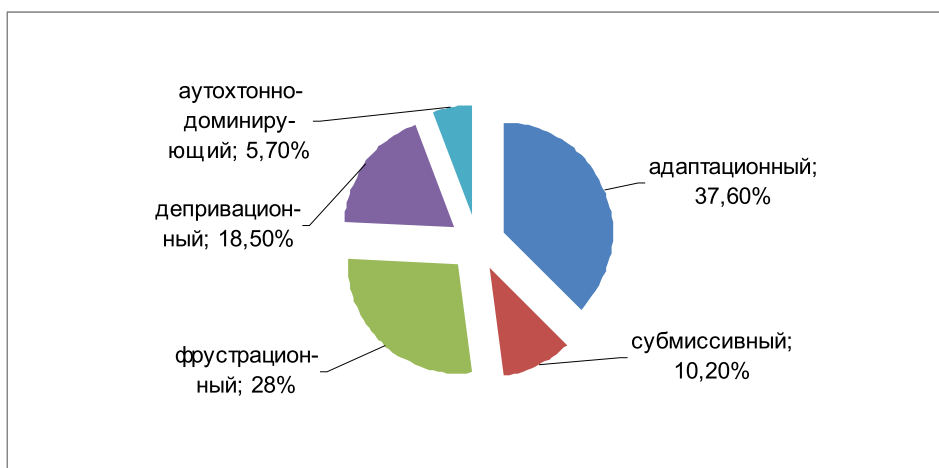


Рисунок 2. Варианты формирования алкогольной зависимости в исследуемой группе пациентов, обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП (n=157)

Таблица 3

Клинико-динамические особенности основных «нарколологических» синдромов в исследуемой группе пациентов, обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП (n=157)

Клинико-динамические параметры	Абсолютное число	Процентное соотношение
Возраст начала алкоголизации (в годах)	23,4±5,27	
Возраст начала систематической алкоголизации (в годах)	32,6±4,39	
Сроки появления ААС после начала алкоголизации (в годах)	6,3±1,267	
Переход первой стадии алкоголизма во вторую	48 чел.	30,6%
Вторая стадия алкоголизма	103 чел.	65,6%
Третья стадия алкоголизма	6 чел.	3,8%
Средняя продолжительность ААС (дни)	8,4±3,35	
Наличие в анамнезе метаболитического психоза	3 чел.	1,9%
Тип злоупотребления алкоголя	Постоянный	23 чел. 14,6%
	Периодический	102 чел. 64,9%
	Смешанный	32 чел. 20,5%

*Клинические варианты алкогольного абстинентного синдрома
(по соотношению с патологическим влечением) синдромов в исследуемой группе пациенток,
обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП (n=157)*

Варианты ААС	Абсолютное число	Процентное соотношение
Неполный ААС без осознания влечения	18 чел.	11,5%
Неполный ААС с осознанием влечения	30 чел.	19,1%
Развернутый ААС	109 чел.	69,4%

Первоначально клиническая оценка ААС проводилась с привлечением амнестических данных. При этом учитывалась острота субъективного «переживания» патологического влечения к алкоголю (Гофман А.Г. и др., 1991) [3].

Большинство клинических случаев представлено завершённой клинической картиной ААС с чётко очерченным патологическим влечением (ПВ).

Затем для клинической оценки ААС использовалась «Шкала клинических вариантов (типов) абстинентного синдрома наркологического заболевания» (Чирко В.В., Демина М.В., 2009), позволяющая в рамках клинико-психопатологического метода проводить детальное статусное описание, в том числе динамически.

Использование данной шкалы видится удобным с точки зрения анализа целостной группы по отдельным структурным симптомам ААС (таблица 5).

Таким образом, из данных, представленных на рисунке 3, наглядно видно, что структура ААС у женщин представлена почти всеми симптомами. Исключение составили urgentные состояния – нарушения сознания, психозы, судорожные пароксизмы. Экст-

ренные состояния «выпадают» из анализа, так как являются противопоказаниями для получения помощи в анонимном наркологическом кабинете.

По представленности клинических вариантов (типов) у женщин с ААС преобладают астенический, соматовегетативный и аффективный варианты. Согласно литературным данным ААС у женщин характеризуется акцентом на аффективных расстройствах [5].

Преобладание в случае настоящей оценки астенического и соматовегетативного варианта может быть объяснено спектром пациенток, обратившихся за помощью в анонимный кабинет. При этом наличие аффективных расстройств, а тем более отнесение ААС к аффективному варианту, позволяло специалисту стратифицировать большую тяжесть абстиненции и рекомендовать лечение в условиях наркологического стационара и исключать из оценки.

На заключительном этапе проводилась клиническая оценка патологического влечения в рамках ААС (таблица 6) с помощью «Шкалы определения тяжести патологического влечения к алкоголю» (Альшутлер В.Б., 1994).

Таблица 5

*Клиническая оценка ААС по Шкале клинических вариантов (типов)
абстинентного синдрома наркологического заболевания (Чирко В.В., Демина М.В., 2009)
в исследуемой группе пациенток, обратившихся в 2011 году
в анонимный наркологический кабинет ЦМСП (n=157)*

Тип	Ведущие расстройства	Количество наблюдений	Процентное соотношение
Астенический	Астения	113	71,9%
	Диссомния	62	39,5%
	Тревога	93	59,2%
	Эмоциональная лабильность	134	85,4%
Соматовегетативный	Диспептические нарушения	86	54,8%
	Вегетативно-сосудистые нарушения	115	73,2%
	Алгии	42	26,8%
Аффективный (тимопатический)	Ипохондрическая фиксация	37	23,6%
	Депрессия	93	59,2%
	Дистимия	64	40,8%
	Дисфория	53	33,8%
Энцефалопатический	Нарушения поведения	45	28,7%
	Соматопсихическая деперсонализация	21	13,4%
	Деменция (обратимая и необратимая)	16	10,2%
	Нарушения сознания	-	-
	Дисмнезии	32	20,4%
	Психозы (экзоформные)	-	-
Судорожные пароксизмы	-	-	

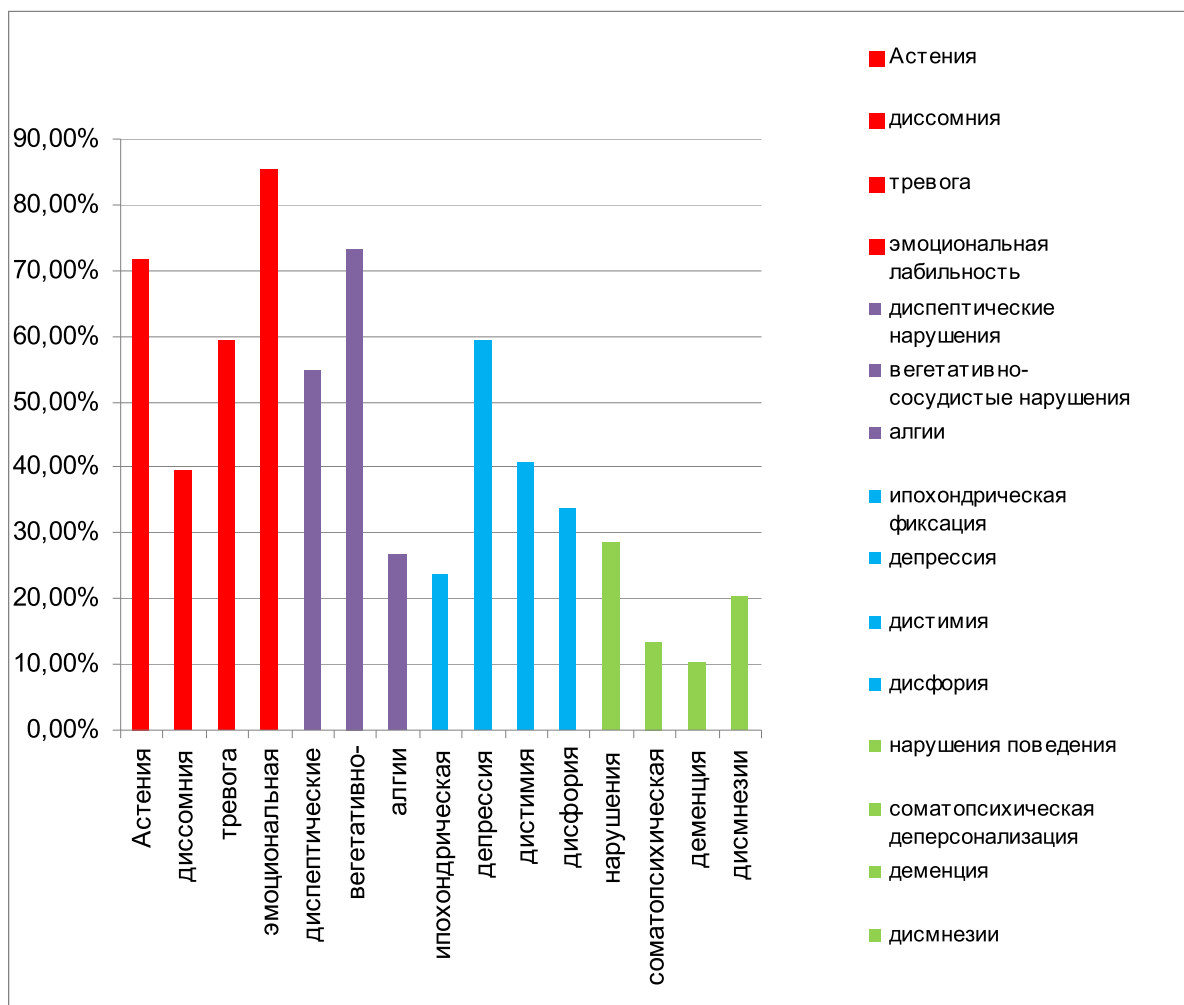


Рисунок 3. Клиническая структура ААС в исследуемой группе пациенток, обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП (n=157)

Таблица 6

Клиническая структура патологического влечения в рамках ААС в исследуемой группе пациенток, обратившихся в 2011 году в анонимный наркологический кабинет ЦМСП (n=157)

Аффективный вариант	Компоненты ПВ	Средний балл группы
	Депрессия	
Аффективный вариант	Тревога	2,4±0,2
	Эмоциональная лабильность	2,6±0,6
	Дисфория	1,56±0,43
Вегетативный		2,4±0,36
Идеаторный		1,2±0,5
Поведенческий		1,65±0,7
Общий балл		13,91±0,52

Количественная оценка компонентов ПВ выявила преобладание аффективного варианта патологического влечения в структуре алкогольного абстинентного синдрома, что соответствует литературным данным. Так, Субханбердина А.С. (1990) указывает, что первичное патологическое влечение к алкоголю во второй стадии проявляется в начале в виде «пассивного непротивления», а затем психопатологией, преимущественно с аф-

фективной симптоматикой в следующих вариантах: депрессивном, астено-депрессивном, дисфорическом [3].

Средний балл патологического влечения соответствует средней степени выраженности.

Заключение

Таким образом, при клинической оценке 157 случаев женского алкоголизма, пролеченных в услови-

ях анонимного кабинета, были выявлены следующие характеристики.

1. Социально-демографический портрет женщин, обратившихся за помощью в анонимный кабинет, характеризуют следующие показатели: возраст от 26 до 45 лет, дезадаптационный семейный статус (развод, одиночество). 32% зависимых женщин не удовлетворены своим браком, у 46% имеются зависимые супруги.

2. По типам мотивационных установок, инициирующих формирование алкогольной зависимости, преобладают: адаптационный, фрустрационный и депривационные варианты, что свидетельствует о высокой роли психологических факторов формирования зависимости.

3. Подавляющее большинство наблюдений относится к сформированной второй стадии алкоголизма со среднепрогредиентным темпом течения алкогольной зависимости, с относительно ранним возрастом приобщения к алкоголизации (до 25 лет), отсрочен-

ным периодом систематической алкоголизации, формирования ААС (не менее 5 лет) и преобладанием периодического типа злоупотребления алкоголем.

4. Подавляющее большинство случаев относится к завершённой картине ААС, что может косвенно судить об относительно позднем обращении женщин за наркологической помощью.

5. Структура ААС у женщин представлена широким спектром симптомов с преобладанием астенического, соматовегетативного и аффективного вариантов. Смещение вектора симптоматики в сторону более «лёгких» вариантов (астенического и соматовегетативного) объясняется спецификой контингента пациенток, получающих лечение в условиях анонимного кабинета.

6. На фоне алкогольного абстинентного синдрома патологическое влечение характеризуется преобладанием аффективного компонента. В целом патологическое влечение проявляется средней степенью тяжести.

Список использованной литературы:

1. Кузнецов В.Н. Гендерные особенности алкоголизма в Томской области: автореф. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – М., 2010.
2. Наркологическая помощь населению Республики Казахстан 30 2010-2011 годы. Статистический сборник. – Павлодар, 2012.
3. Субханбердина А.С. Наркология / Учебник. – Алматы, 2009. – С. 63-64.
4. Шайдукова Л.К. Особенности формирования и течения алкоголизма у женщин: автореф. дисс... доктора мед. наук. – М., 1996.
5. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике // Казанский медицинский журнал. – 2005. – № 1. – С. 55-58.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПЛАНИРОВАНИИ ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ

С.П. Назарова

врач-нарколог Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана

Планирование и организация качественного лечения химических зависимостей невозможна без интеграции с диагностическим процессом, который предполагает расширенную клиническую оценку целостного профиля заболевания. Из этого следует, что чем больше симптомов исследуется при анализе состояния наркологического больного, тем точнее диагностика.

Классификация состояния наркологических больных обычно осуществляется с привлечением специфических симптомов в отношении другого типа патологии. Так, в частности «заимствуются» формулировки, используемые в психиатрии, неврологии, токсикологии. Однако в наркологической специаль-

ности они остаются «за пределами» основных наркологических синдромов и симптомокомплексов, оставаясь размытыми.

Практика доказывает, тонкость и ажурность, с которыми эти смежные симптомы представлены в клинике зависимости, не уменьшает их диагностической важности [3].

Так, в настоящее время соматовегетативные расстройства у наркологических больных встречаются в стёртой форме, они полиморфны, подвижны, протекают с незначительной выраженностью в течение короткого времени. Примат психофармакотерапии в наркологии оставляет вне фокуса соматовегетативные расстройства.

При лечении больных в период лишения психоактивных веществ (ПАВ), когда их состояние не позволяет привлекать различные психиатрические симптомы, специалисты сталкиваются с проблемой верификации и квалификации состояния. При отсутствии точного совпадения с существующими синдромами и их фазами возникает клиническое затруднение в подборе лечения.

При оценке таких «пограничных» - между нормальной и патологической физиологией - симптомов используют формулировки патопсихологических симптомокомплексов, которые определяются с помощью экспериментально-психологических исследований, батарей функциональных проб.

В литературе имеются указания (Даренский И.Д., 2003), согласно которым патопсихологические исследования имеют факультативный характер в виду следующих причин:

- организационные и экономические препятствия для сплошного обследования больных;
- недоступность для наркологических больных при острых состояниях;
- преждевременность психологической оценки состояния больного, не достигшего клинической компенсации, необходимости ее достижения и выбора фармакотерапии по клиническим признакам [1].

Повышение дифференцированности лечения наркологических больных возможно при расширении круга анализируемых симптомов, выделении специфических симптомов и внутригрупповом их уточнении. Чаще всего такая полиморфность обусловлена как стадийным, так и фазным течением процесса.

Зачастую в практике врача-нарколога назревает необходимость определять клинический профиль таких сборных понятий как «патологическое влечение», «расстройства аффективной сферы». Эти понятия включают целый ряд разнородных синдромов и не могут привлекаться для тонкой квалификации состояния больных [4].

Так, при преобладании того или иного компонента в структуре абстиненции судят об его клинико-динамическом варианте: соматоневрологическом или психическом. А.А. Портнов определяет, что в структуре феномена дисфории, который часто встречается при химических зависимостях, присутствуют расстройства, казалось бы, других регистров: расстройства сна, расстройства восприятия в виде гиперстезий, симпатоадреналовый комплекс [2].

В целом нарушения и симптомы в рамках наркологических расстройств относятся ко всем сферам психической деятельности в виде изменений сознания, мышления, речедвигательной активности, волевых изменений, эмоций, памяти, внимания.

Вся симптоматология зависимостей спекулятивно может быть разделена:

- а) на первичные, вторичные синдромы;
- б) на негативные, позитивные синдромы.

Круг позитивных синдромов включает нарастающие по глубине поражения:

- 1) астенические;
- 2) аффективные;
- 3) психопатоподобные;
- 4) галлюцинаторно-бредовые;
- 5) синдромы помраченного сознания;
- 6) органический психосиндром.

В круг негативных психопатологических синдромов входят выпадения, которые различаются по нарастанию наносимого ущерба:

- астенизация;
- дисгармония личности;
- регресс личности;
- острая/хроническая деменция.

Состояние наркологических больных занимает смежное положение и по определению требует решения как психиатрических, так и токсикологических проблем. Случаи наркологических заболеваний с отчетливой психиатрической симптоматикой относятся к двойным заболеваниям с наличием прекоморбидного или коморбидного психиатрического заболевания [5].

Психиатрические симптомы у наркологических больных свидетельствуют о наличии интеркуррентного психического заболевания (процессуального, пограничного, острого, подострого). Состояния наркологических больных по клиническому содержанию расстройств преимущественно относятся к экзогенному типу реакций в рамках проявлений токсической церебрастении.

В период лишения ПАВ состояние определяется пограничным симптомокомплексом:

- а) астенический синдром;
- б) синдром редукции энергетического потенциала;
- в) психоорганический синдром.

Одними из наиболее рельефных нарушений в рамках абстиненции оказываются идеаторные расстройства. Они выступают в виде кататимности мышления (зависимое лицо поглощено мыслями о необходимости употребить ПАВ). Речь пациентов становится отрывочной, примитивной, со значительным ограничением словарного запаса. Увеличивается латентный период речевых реакций, появляются примитивные эхологические ответы, наблюдается тугоподвижность и застреваемость мышления, частые персеверации.

Память также подчинена кататимному мышлению. В зависимости от тяжести абстиненции расстройства памяти бывают то чрезвычайно тяжёлыми и выразительными, то едва намечаются в психическом статусе пациента. То есть имеет место завершённое расстройство мнестических функций в рамках абстиненции.

Клиническая картина наркологических заболеваний в ранний постабстинентный период преимущественно определяется динамикой астенического синдрома, с разными вариантами астенических расстройств. Астено-депрессивные и апатические состояния, явления раздражительной слабости наблюдаются в фазы абстиненции, ранней постинтоксикации и предрецидива. С этих позиций могут быть про-

ведены типология и описание клинических форм отдельных фаз течения наркологического заболевания как вариантов астенического синдрома с учётом преморбидного характерологического радикала. Наличие в клинической картине заболевания более грубых, чем астенические, расстройств, таких как психотические, аффективные, свидетельствуют о тяжёлом, чаще осложнённом течении зависимости или наличии интеркуррентного заболевания.

Планирование качества и объёма наркологической помощи, уточнение перечня лекарственных средств нуждаются в ясном представлении о спектре пациентов или клиническом содержании расстройств, с которыми поступят больные. Поэтому уточнение клинических критериев оценки состояния с выделением и использованием описанных симптомов при изучении наркологических больных имеет большое научное и практическое значение – особенно в диагностике, прогнозе, выборе лечения и оценке его результатов. Необходимость расширения круга учитываемых типичных симптомов актуальна, в частности, в подборе и оценке терапии больных.

Проводя детальную клиническую оценку по психопатологическим составляющим, специалист получает инструмент индикации результативности лечебного процесса. В данном случае цель лечения наркологических больных состоит в клинической компенсации и устранении психопатологических расстройств.

Кроме того такая оценка допустима в ситуациях, когда распознаны не все имеющиеся симптомы или они отсутствуют у отдельных больных, хотя типичны для таких состояний в целом. В этом случае сохраняется целостный – синдромальный подход.

В рамках целостного алгоритма оценки обязательным является и рассмотрение одного из важнейших синдромов, имеющего прикладное значение, – *синдрома анозогнозии*. Его нельзя рассматривать как проявление «психологических защит», поскольку он тесно вплетается в доминантную сверхценную структуру синдрома патологического влечения и в своей эволюции полностью коррелирует с её динамикой. Угасание сверхценной доминанты ведёт к восстановлению сознания болезни, а актуализация – к нарушению. Это означает, что возможности психологической трактовки самооценки потребителя ПАВ и отношения к ним ограничиваются лишь доклиническим этапом. В стадии болезни отношение к психотропным веществам проявляется в качественно новых клинических закономерностях, которые могут быть адекватно оценены лишь со стороны клинико-психопатологического анализа.

Активность сверхценной доминанты обуславливает недостаточность идеаторных процессов, в частности когнитивного компонента. Ведущая роль в формировании внутренней картины болезни принадлежит аффективным расстройствам тревожно-депрессивного спектра. По своим патогенетическим механизмам нарушение сознания болезни близко к явлениям деперсонализации и синдрому отчужде-

ния. Кроме аддиктивных и процессуальных психических болезней, симптом отрицания отмечается как типичный в клинике онкологических заболеваний, тяжёлых кардиологических нарушений, при последствиях острых мозговых нарушений и других соматических болезней.

Ключевым в инверсии сознания болезни выступает не когнитивный, а эмоциональный и сенсорный компоненты. Из чего следует, что возможность коррекции нарушенного сознания в рамках анозогнозии появляется через чувственный компонент. При этом примат аффективности принадлежит протопатической стимуляции и афферентации, которая лежит в основе деперсонализационных нарушений.

Деперсонализация возникает в тесной связи с тревогой под воздействием внешних и внутренних причин в ответ на внезапно возникающую угрозу. При протрагированном течении она имеет патологический характер.

Современное состояние клинической наркологии показывает насущную необходимость разработки и внедрения системы объективных квантифицированных оценок осевых психопатологических синдромов. Без объективной и достоверной оценки изменений осевых синдромов аддикции дифференцированная патогенетическая терапия не возможна. Поэтому деятельное освещение различных клинических проявлений синдрома патологического влечения и форм отношения больных алкоголизмом и наркоманией к болезни и их количественная оценка приобретают особую практическую важность [1].

Кроме того, при детальной клинической оценке состояния необходимо учитывать возможность патоморфоза химических зависимостей, в частности терапевтического. Изменения касаются инициирования ремиссий, происходит смещение в сторону эндогенных «воздержаний».

Таким образом, при клинической оценке симптомокомплексов, в практической деятельности врача важен дедуктивный подход, с одной стороны, и детальная оценка отдельных составляющих каждого конкретного синдрома – с другой.

Список использованной литературы:

1. Демина М.В. Структура и динамика отношения наркологических больных к болезни и лечению // *Наркология*. – 2004. – № 2. – С. 59-62.
2. Демина М.В. Закономерности и факторы нарушения сознания (переживания) наркологической болезни // *Наркология*. – 2004. – № 2. – С. 59-62.
3. Чирко В.В., Демина М.В. Закономерности течения наркологических заболеваний. Основные варианты и стадии течения аддикций // *Наркология*. – 2009. – № 8. – С. 80-86.
4. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний // *Наркология*. – 2009. – № 5. – С. 67-73.
5. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада // *Наркология*. – 2009. – № 7. – С. 77-85.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ МЕР ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА

Д.Б. Кокумбеков

заведующий отделением принудительного лечения ГККП «Областной наркологический диспансер», г. Талдыкорган

Алкоголизм, наркомания и токсикомания являются заболеваниями, наносящими вред здоровью граждан, генофонду страны и способствующими росту преступности.

Больные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, уклоняющиеся от добровольного лечения, получают лечение в принудительном порядке согласно действующим законодательным актам.

Необходимо отметить, что в последние годы обновилась законодательная база в области применения медицинских мер принудительного характера. При этом не совсем понятным осталось нововведение, рекомендуемое оформление на принудительное лечение медицинскими организациями.

Основные законодательные акты регламентирующие деятельность наркологических организаций представлены ниже:

– Указ Президента Республики Казахстан, имеющий силу Закона «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» от 7.04.1995 г. № 2184;

– Закон Республики Казахстан от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией (с изменениями, внесенными Законом РК от 2010 г.);

– Закон Республики Казахстан от 29.12.2010 № 375-IV «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам закрепления оснований, порядка и условий содержания лиц в учреждениях, обеспечивающих временную изоляцию от общества»;

– Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 июня 2011 года № 725 «Об утверждении перечня медицинских противопоказаний, имеющих у больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в отношении которых не применяется направление в наркологические организации для принудительного лечения»;

– Закон РК от 20.01.2010 № 240-4 «О судебной экспертной деятельности в РК»;

– Приказ Министерства здравоохранения РК № 165 «Инструкция по производству судебно-наркологической экспертизы», утвержденная приказом Министра здравоохранения РК от 12.03.2010 г.

Данный вопрос активно обсуждается в странах постсоветского пространства, в частности – в Рос-

сийской Федерации. В качестве одного из способов улучшения наркологической ситуации в российском обществе в последнее время активно обсуждается недобровольное или альтернативное лечение лиц, зависимых от психоактивных веществ (далее – ПАВ) [1-13]. Необходимость и целесообразность его внедрения анализируется как в профессиональных, научных, государственных кругах, так и в обществе [11, 13]. Сторонники восстановления отменённой в начале 90-х годов XX века системы принудительного лечения не приводят в своих публикациях подробные характеристики, возможные принципы и структуру новой модели недобровольного лечения, констатируя лишь её необходимость. Однако можно сделать вывод о том, что принудительное лечение пациентов с зависимостью от ПАВ в идеале рассматривается ими как направленное не только на больных, совершивших преступления, но и на тех пациентов, кто ведёт асоциальный образ жизни и представляет потенциальную опасность для окружающих. Указывается, что для подобной терапии должны быть созданы новые медицинские структуры, не копирующие существовавшие ранее лечебно-трудовые профилактории, и применены иные медико-психосоциальные подходы [1, 3].

Принудительное лечение больных алкоголизмом широко применялось в СССР, через сеть так называемых лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП), находящихся в ведении МВД. Организаторы не слишком утруждали себя изысками, а поэтому скопировали условия и стиль означенных профилакториев с уже имеющихся в их ведении мест лишения свободы. По той же причине, в этих учреждениях основной акцент делался на физический труд, который должен был способствовать лечению пациентов, страдающих алкоголизмом. Лечение находилось на последнем месте. Единственным отличием от мест заключения было то, что время пребывания в ЛТП не считалось осуждением.

Больные алкоголизмом помещались в ЛТП по решению суда по заявлению других близких родственников, а также участковых милиционеров, общественных и партийных организаций, комиссий по борьбе с пьянством в трудовых коллективах и врачей-наркологов. Курс лечения составлял от одного до трёх лет. Если больной продолжал пьянство, то он

мог быть направлен в ЛТП повторно и даже несколько раз. Эффект такого лечения был, разумеется, незначительным. Вместе с тем важно отметить и плюсы этих организаций.

Во-первых, семья получала передышку от пьющего члена семьи на некоторое время. Сам больной имел возможность поправить своё соматическое здоровье, находясь под медицинским наблюдением.

Во-вторых, за работу в ЛТП пациентам платили деньги, которые можно было получить после освобождения.

В-третьих, в ЛТП направлялись в первую очередь лица трудоспособные, следовательно, приносилась экономическая польза государству.

Сами же ЛТП находились на самоокупаемости за счёт труда помещенных туда людей. Несмотря на то, что и тогда считалось, что насильственное лечение от алкоголизма неэффективно, лечение в ЛТП было рассчитано на то, что там посредством внушения и привлечения к труду удастся переубедить человека и настроить его на трезвый образ жизни.

В современной наркологии считается, что пациент сам должен выразить свое желание лечиться от алкоголизма, притом, зачастую, выбирая врача, способы условия (стационар или поликлиника) лечения. Поэтому такого рода принудительное лечение алкоголизма в современных условиях должно отличаться возможностью получения медицинской, психологической и социальной помощи. Ещё одним плюсом должна быть возможность трудиться с дальнейшей перспективой трудоустройства после выписки, а также возможность самообразования внутри лечебного учреждения.

В городе Талдыкоргане специализированное лечебно-профилактическое отделение (СЛПО) для принудительного лечения лиц, больных алкоголизмом, на 60 коек было организовано на базе Областного наркологического диспансера 27.04.1995 года по Указу Президента Республики Казахстан от 07.04.1995 года. После оптимизации СЛПО в городе Капшагае, было развернуто дополнительно 30 коек в целях создания комплекса медицинских правовых и организационных мер, направленных на излечение от алкоголизма, наркомании и токсикомании и последующую адаптацию больных к здоровому образу жизни.

Основные функции и задачи СЛПО г. Талдыкорган представлены ниже.

1. Осуществление приёма, лечения и содержания наркологических больных по определению суда с применением к ним медицинских мер принудительного характера.

2. Оказание специализированной квалифицированной лечебно-диагностической и социально-реабилитационной помощи в условиях стационара лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

3. Освоение и внедрение в практику новых организационных форм, современных средств и мето-

дов диагностики, лечения и социально-трудовой реабилитации наркологических больных.

4. Обеспечение преемственности с наркологическими и психоневрологическими диспансерами в вопросах лечения, социально-трудовой реабилитации наркологических больных.

В отделении имеется 16 палат для больных, изолятор, столовая, буфет раздаточная, процедурный кабинет, 3 санитарных узла, кабинет старшей медицинской сестры, кабинет медицинского персонала, кабинет сестры хозяйки, ординаторская.

В настоящее время в отделении работают квалифицированные врачи, обученный средний и младший медицинский персонал. Практически сотрудники отделения имеют квалификационные категории и сертификаты по занимаемым должностям:

- заведующий отделением;
- психолог;
- социальный работник;
- средний медицинский персонал (21 человек), из них – 7 медицинских сестер имеют 1 квалификационную категорию, 1 медицинская сестра имеет – 2-ю категорию;
- младший медицинский персонал (21 человек).

В отделении ведётся на постоянной основе работа по улучшению качества оказываемых услуг и лечения. Идёт накопление опыта по осуществлению принудительного лечения, усвоению специфики данного раздела наркологии, унификации документации.

На принудительное лечение направляются больные алкоголизмом по инициативе родственников, трудовых коллективов, общественных организаций, органов внутренних дел, прокуратуры, органов опеки и попечительства.

После проведения судебной наркологической экспертизы установление срока и вопрос о направлении в СЛПО рассматривается судом. Распорядок, лечение и организация труда, режим содержания больных в СЛПО регламентируется Положением, утвержденным Правительством Республики Казахстан.

В отделении большое внимание уделяется решению социально-бытовых вопросов.

В отделении с больными проводится лечебно-диагностическая, коррекционная, психотерапевтическая работа, работа по социальной реабилитации и формированию здорового образа жизни. Наряду с медикаментозными методами лечения (дезинтоксикация, общеукрепляющее, психотропные сенсibilизирующие, симптоматическое лечение), используются не медикаментозные методы лечения (рациональная терапия, индивидуальные и групповые психотерапевтические беседы).

Одним из важных методов лечения в СЛПО является трудотерапия. Больные СЛПО привлекаются для работы по благоустройству города, на строительные работы.

В отделении создан совет самоуправления из лица больных, находящихся на лечении, не нарушавших

режим отделения. В отделении проводятся культурно-массовые и спортивные мероприятия, организовываются турниры среди больных по игре в шашки, шахматы, нарды, настольному теннису. Организована комната отдыха для просмотра телевизионных передач, видеофильмов, направленных на профилактику алкоголизма.

В СЛПО соблюдается право на досрочную выписку пациентов, получивших установку на трезвый образ жизни, соблюдавших режим отделения. Предварительно проводится беседа с родственниками пациента и на основании их ходатайства о сокращении срока лечения, по решению суда производится досрочная выписка.

После выписки по истечению срока принудительного лечения пациентов наблюдают на диспансерном учете по месту жительства.

Вместе с тем имеются и проблемные вопросы. Практика показывает – 20% от общего числа пациентов, состоящих на учете с зависимостью от алкоголя, нуждаются в медицинских мерах принудительного характера. И хотя СЛПО, рассчитано на 90 коек, на сегодняшний день здание стационара переполнено и в связи с этим происходит отказ в госпитализации пациентам имеющим решение суда.

По данным, приведённым в таблице 1, становится очевидным рост количества пролеченных больных, а так же усиление работы койки.

Таблица 1

Характеристики стационарной помощи для пациентов наркологического профиля в условиях принудительного лечения

Основные характеристики	2009 год	2010 год	2011 год
Поступило больных	166 чел.	144 чел.	191 чел.
Выписано больных	177 чел.	98 чел.	192 чел.
Длительность пребывания	164,4	164,4	162,1
Оборот койки	2,0	1,8	2,1
Работа койки	323,4	320,9	345,8
Койко-дни	29105	17970	31120

Таким образом, проблема очередей на госпитализацию в отделения принудительного лечения на сегодняшний день чрезвычайно актуальна и, по нашему мнению, требует незамедлительного решения.

В качестве предложений представлены следующие мероприятия:

- 1) укрепление материально-технической базы в наркологических диспансерах;

- 2) подготовка высококвалифицированных кадровых ресурсов;
- 3) открытие дополнительных коек для больных принудительного отделения;
- 4) активное функционирование организаций, оказывающих психологическую поддержку больным, с зависимостью от ПАВ.

Список использованной литературы:

1. Гофман А.Г. Иллюзии заместительной терапии // *Независимый психиатрический журнал*. – 2006. – № 1. – С.69-72.
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л. Место медицинских мероприятий в общей системе мер по противодействию злоупотреблению алкоголем в России // *Наркология*. – 2006. – № 12. – С.2-5.
3. Дьяченко А.П., Цымбал Е.И. Принудительные меры медицинского характера в системе социального контроля над злоупотреблением наркотиками // *Материалы XIII съезда психиатров России*. – М., 2000. – С.239.
4. Зыков О.В. О негативных последствиях возврата к принудительному лечению больных наркоманиями // *Вопросы наркологии*. – 1998. – № 1. – С.72-74.
5. Иванец Н.Н. О целесообразности принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманиями. – http://www.narkotiki.ru/expert_272.html
6. Макушкин Е.В., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Трифонов О.И. Недобровольные медицинские меры, применяемые к осужденным наркологическим больным: Пособие для врачей / Под ред. А.С. Кононец. – Минюст, ГУИН, ГНЦССП им. В.П. Сербского. – М., 2004. – 60 с.
7. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика (издание 3-е переработанное и дополненное). – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 528 с.
8. Менделевич В.Д. Проблема наркомании в России: столкновение интересов специалистов, пациентов, общества и власти. – Казань: Школа, 2004. – 240 с.
9. Надеждин А. Антинаркотическая работа: взгляд участников конференции // *Антинарк*. – 2003. – № 2. – С. 5.
10. Пелипас В.Е., Соломоницина И.О., Цетлин М.Г. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля. Опыт и перспективы / Пособие для врачей. – М., 2005. – 52 с.

11. Смирнов О.Г. Социально-медицинские аспекты наркологической помощи – иные принципы // *Материалы XIII съезда психиатров России.* – М., 2000. – С. 268.

12. Цымбал Е.И. Правовое регулирование оказания наркологической помощи: проблемы и пути их решения. Ч.2. // *Наркология.* – 2005. – № 6. – С. 8-15.

13. Цымбал Е.И., Дьяченко А.П. Правовые основания оказания наркологической помощи // *Материалы XIII съезда психиатров России.* – М., 2000. – С. 275.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ОСОБЕННОСТИ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ВЕДЕНИИ УРГЕНТНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ (на примере постинтоксикационного делирия)

Е.Е. Кульджанов

врач-реаниматолог отделения психотерапии и медикаментозной коррекции
РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных
проблем наркомании», г. Павлодар

В настоящее время наркологическая помощь представлена комплексом медицинских услуг, которые направлены на обеспечение потребностей пациента в непосредственном улучшении физического состояния и на создание основ для устойчивых качественных ремиссий. В формировании и укреплении ремиссий задействованы преимущественно специалисты-реабилитологи (психотерапевты, психологи, социальные работники). Коррекция физиологических функций расширяет привлечение интернистов с вероятностью, напрямую зависящей от увеличения степени тяжести общего состояния пациента. Не вызывает сомнения, что «первой скрипкой» в этом оркестре является врач-нарколог. Однако непосредственно в случае возникновения ургентной наркологической патологии правомерна организация интенсивных мероприятий с участием врачей-реаниматологов [2].

В связи с этим вопросы диагностики и лечения неотложных наркологических состояний являются важным элементом подготовки врача-лечебника. В любой области практической медицины существуют состояния, требующие оказания неотложной помощи. Практически все неотложные состояния являются междисциплинарными, так как в критической ситуации в патологический процесс вовлекаются все системы организма человека, и клинические проявления бывают исключительно многообразными.

Принимая во внимание практическую сторону данного вопроса, следует указать на две типичные ситуации, в которых «проигрывается» алгоритм такого междисциплинарного взаимодействия. Первая ситуация – это, когда неотложное наркологическое состояние разворачивается в пределах профильного стационара. При этом врачи-реаниматологи осуществляют динамический контроль состояния пациен-

та на фоне перманентной наркологической терапии. Вторая ситуация не менее редкая – ургентная наркологическая патология возникает в «соматическом» стационаре на фоне первичного физического неблагополучия, обусловившего обращение пациента в терапевтический или хирургический стационар. При таком варианте врач-нарколог привлекается для спецификации проводимой терапии.

Таким образом, непосредственное оказание неотложной помощи и постановка синдромального диагноза психического расстройства является обязанностью лечащего (дежурного) врача соматического стационара. Врач-нарколог присоединяется к оказанию неотложной помощи лишь в дальнейшем. Он отвечает за постановку нозологического диагноза и определение места лечения больного. В случае если пациент продолжает лечение в соматическом стационаре, то консультирующий врач-нарколог назначает лечение и контролирует его проведение. Решение о переводе или госпитализации пациента в наркологический стационар может быть принято только врачом-наркологом [4].

Понятие «неотложные наркологические состояния» весьма относительно в той части, что такой огромный диапазон проблем не может быть разрешён в рамках одной лишь наркологической службы. Здесь требуется дифференцированное участие других клинических дисциплин. В настоящее время эмпирически и научно обоснованная формирующаяся «междисциплинарная миграция» контингента больных наркологического профиля получает организационное оформление в первую очередь за счёт взаимодействия наркологии с реаниматологией, анестезиологией, токсикологией, медицинской службой скорой помощи, являющимися для наркологии фактически смежными клиническими дисциплинами.

Одним из трудных аспектов проблемы является поиск методов комплексной купирующей терапии, которые были бы междисциплинарно адаптированы и совместимы. Наиболее результативными оказались методы эфферентной медицины (сорбционные методы детоксикации и иммунокоррекции, экстракорпоральная электрохимическая детоксикация, гипербарическая оксигенация, методы лазерной терапии и др.).

Данная стратегия оказания медицинской помощи имеет достаточные экономические и клинические основания:

– организация полноценных отделений интенсивной терапии и реанимации в учреждениях по оказанию специализированной медицинской помощи весьма затруднительна, так как оснащение их оборудованием для осуществления концентрированной диагностики требует значительных финансовых затрат;

– такие отделения лишены своевременного круглосуточного консультативного обеспечения со стороны узких специалистов (хирурга, невролога, эндокринолога, травматолога и так далее);

– отсутствует возможность организации ургентной хирургической, эндоскопической, урологической, акушерско-гинекологической и другой помощи.

Касаясь феноменологии ургентной патологии, следует определить границы понятия «неотложных состояний» и «неотложных состояний в психиатрии и наркологии» [3].

Неотложное состояние – это состояние, которое представляет угрозу для жизни пациента и поэтому требует проведения безотлагательных мер по диагностике, лечению и определению дальнейшей тактики ведения больного.

Данное определение неотложного состояния подразумевает лишь непосредственно угрожающие жизни больного состояния. В клинической практике понятие «неотложное» трактуется шире и включает так же многие патологические процессы, которые непосредственной угрозы жизни не несут, но могут быстро приводить к значительному ухудшению состояния или являются крайне тягостными для пациента, а также ситуации, требующие проведения срочных диагностических манипуляций для исключения тяжёлой острой патологии.

Понятие «неотложные состояния в психиатрии и наркологии» является условным, так как нет практически ни одного неотложного состояния, которое сопровождалось бы нарушением лишь психических функций и не вовлекало бы других систем организма.

В практической медицине применяется более широкая трактовка данного понятия, согласно которой следует относить к «неотложным состояниям в психиатрии» все неотложные состояния, независимо от их нозологической принадлежности, сопровождающиеся выраженными психическими нарушениями.

Неотложная наркология имеет предметом своей деятельности состояния, в которых «психиатричес-

кая неотложность» усугубляется наличием выраженного соматического неблагополучия. Высокая степень отягощенности соматической и неврологической патологией лиц с длительным течением наркологического заболевания не вызывает сомнения, так как значительная часть психоактивных веществ (ПАВ), используемая с целью одурманивания, обладает выраженной органной токсичностью.

Согласно канонам классической наркологии все ургентные состояния принято делить на 9 групп:

- 1) выраженная интоксикация различной этиологии (алкоголем, наркотиками и другими ПАВ);
- 2) интоксикационные психозы вследствие злоупотребления различными психоактивными веществами;
- 3) тяжёлый абстинентный синдром;
- 4) острые алкогольные и другие психозы, осложняющие соответствующий абстинентный синдром;
- 5) наркологические заболевания, протекающие на фоне выраженной сопутствующей соматической патологии;
- 6) выраженное патологическое влечение к ПАВ;
- 7) побочные явления и осложнения при проводимой терапии (нейролептический синдром), здесь также рассматривается резистентность к проводимой терапии;
- 8) судорожные состояния у больных хроническим алкоголизмом, токсикоманиями и наркоманиями;
- 9) смешанные состояния.

Универсальным симптомокомплексом, лежащим в основе большинства наркологических ургентных состояний, является психомоторное возбуждение. В общемедицинской практике наиболее часто встречается галлюцинаторное возбуждение в рамках делирия – при различных тяжёлых соматических и инфекционных заболеваниях, алкоголизме.

Психомоторное возбуждение может сопровождать ряд тяжёлых соматических состояний:

- а) гипертонический криз;
- б) алкогольный и героиновый абстинентный синдром;
- в) небольшие ишемические инсульты лобной локализации (часто протекают без параличей, что затрудняет диагностику);
- г) заболевания, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью I-II степени (начальные стадии гипоксии ЦНС);
- д) заболевания и травмы, сопровождающиеся выраженным болевым синдромом;
- е) острый инфаркт миокарда;
- ж) некоторые инфекционные заболевания (бешенство, столбняк и др.);
- з) некоторые отравления (психостимуляторы).

Эти тяжёлые соматические состояния нельзя однозначно отнести к вышеперечисленным видам возбуждения.

Основным наркологическим ургентным состоянием, с которым встречаются врачи-интернисты в пределах реанимационных отделений и палат интенсивной терапии, является постинтоксикационный делирий.

Делириозный синдром представляет собой универсальный симптомокомплекс. Поэтому в практике врачу-интернисту следует учитывать следующие его особенности [5].

Соматическое заболевание, приводящее к делирию, обычно бывает тяжёлым или среднетяжёлым. Соматогенному делирию не предшествуют алкоголизация, употребление наркотиков или абстинентный синдром. Соматогенный делирий чаще возникает у больных пожилого возраста и пациентов с исходным органическим поражением головного мозга (сосудистого, травматического, воспалительного, токсического генеза и др.), развивается более чем у четверти пациентов, госпитализированных в реанимационные отделения и отделения интенсивной терапии по различным причинам, часто развивается в послеоперационном периоде после полостных операций, особенно у пожилых и соматически ослабленных больных. Соматогенный делирий обычно бывает связан с интоксикацией, высокой лихорадкой, ухудшением показателей системной гемодинамики, дыхательной недостаточностью. Развитие делирия указывает на неблагоприятное течение соматического заболевания и высокий риск неблагоприятного исхода (переход в оглушение, сопор и кому). Значительную роль в развитии делирия может сыграть неосторожное применение многих лекарственных препаратов, особенно препаратов с холинолитическими свойствами (димедрол, атропин, платифиллин, тиоридазин, аминазин). Нередко причиной соматогенного делирия является неоправданная полипрагмазия [1].

В отличие от алкогольного делирия для соматогенного делирия характерны:

- относительная бедность галлюцинаторных расстройств;
- отсутствие четкой стадийности развития (по Либермайстеру);
- часто делирий носит фрагментарный или ундулирующий характер (делириозные эпизоды);
- доминирует дезориентировка и растерянность больного (так называемая «спутанность»);
- психомоторное возбуждение обычно выражено не резко.

При проведении терапии делириозного синдрома необходимо принимать во внимание следующие основные принципы.

1. Перевод пациента в отделение интенсивной терапии (реанимации) при наличии возможности или лечение в палате с постоянным наблюдением – лечение соматогенного делирия проводится только в соматическом стационаре, перевод в наркологический стационар противопоказан.

2. Тщательное обследование для выявления нераспознанных сопутствующих состояний, которые могли привести к нарастающему ухудшению состояния и развитию делирия; обследование проводится параллельно с лечебными мероприятиями.

3. Тщательная динамическая оценка состояния больного (включая контроль основных физиологических функций и ключевых лабораторных показателей).

4. Интенсивная терапия основного заболевания (включая поддержание гемодинамики, контроль газового состава крови, коррекция кислотно-щелочного состояния и электролитов крови, адекватная инфузионная терапия).

5. Дезинтоксикационная терапия по показаниям, включая методы экстракорпоральной детоксикации при необходимости.

6. Применение витаминов, антигипоксантов, ноотропов и нейропротекторов (витамины группы В (в первую очередь тиамин), пирацетам, мафусол, глиагиллин, милдронат).

7. Исключение применения высоких разовых доз транквилизаторов, так как это может привести к затяжному выключению сознания, что, в свою очередь, затрудняет оценку состояния больного, увеличивает риск осложнений (нарушения дыхания, аспирация, развитие пневмонии и тромбоэмболических осложнений) и значительно замедляет восстановление функций ЦНС.

8. Недопущение подмены интенсивной терапии основного заболевания медикаментозной седацией и фиксацией больного.

9. Ограничение применения нейролептиков, так как в большинстве случаев их использование сопряжено с высоким риском осложнений и ухудшает прогноз.

Таким образом, ургентные наркологические состояния, возникающие в условиях соматических стационаров, необходимо рассматривать как соматоневрологическое неблагополучие. Врачи-интернисты, в том числе реаниматологи, должны обеспечить неотложную терапевтическую поддержку и провести общеклиническую лабораторную диагностику до прибытия врача-нарколога, что позволит выстраивать нозологическую верификацию экстренного состояния.

Список использованной литературы:

1. Асеев В.А., Киссин М.Я. Неотложные состояния в психиатрии и наркологии / Пособие для студентов лечебного факультета. – СПб., 2011.
 2. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. – М.: Медицина, 1979.
 3. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. – М.: Медпрактика, 2002. – том 2.
 4. Нитруца М.И., Нагнибеда А.Н. Скорая психиатрическая помощь на догоспитальном этапе. – СПб.: Специальная литература, 2000.
 5. Цыганков Б.Д. Неотложные состояния в наркологии. – М.: Медпрактика, 2002.
-
-

**КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В РАМКАХ АЛКОГОЛЬНОГО
АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ
В УСЛОВИЯХ АНОНИМНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА**

Л.И. Матвиевская

врач-нарколог Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана

Аффективные расстройства занимают ключевое место в клинической структуре химических зависимостей. При этом разнообразные эмоциональные нарушения образуют фасад заболевания, обладая патогномичным клиническим значением [4, 5, 6].

Соответственно планирование и проведение адекватного лечения аффективных расстройств должно выстраиваться с особой тщательностью на всех этапах медико-социальной реабилитации. Одной из возможностей проведения терапевтических мероприятий у лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) является оказание помощи в порядке анонимных наркологических кабинетов. В этом случае выдерживается основной принцип – анонимности и конфиденциальности. Оказание медицинских услуг строится в порядке стационаророзамещающей помощи и в рамках амбулаторно-поликлинического звена.

Анонимный наркологический кабинет призван обеспечить потребности клиента – пациента в рамках преемственного оказания наркологической помощи, начиная с первичного звена.

Решая универсальные клинические задачи, в условиях анонимного кабинета необходимо достигать ряда конкретных результатов в более сжатые сроки, а также минимизировать отрицательное влияние применения психотропных препаратов, влияющих на качество жизни, в особенности в так называемый период «второй половины дня».

Основным клиническим показанием при получении лечения в условиях анонимных кабинетов в большинстве случаев является синдром отмены, который сопряжен с многочисленными психопатологическими образованиями, обуславливающими индивидуальный клинический профиль состояния.

В связи с этим, наше внимание привлекла проблема курации аффективной патологии в период алкогольного абстинентного синдрома (ААС) в условиях анонимного кабинета: скрининг, диагностика, клинические особенности, подбор лечения, порядок назначения дифференцированной психотропной терапии.

Цель исследования

Изучить результаты работы анонимного наркологического кабинета ЦМСР г. Астаны по оказанию помощи лицам, зависимым от алкоголя с симптомами депрессии, в структуре ААС.

Материалы и методы исследования

Для изучения работы и предварительного формулирования особенностей курации депрессивных расстройств был проведен анализ результатов лечения 135 пациентов, прошедших терапию в анонимной кабине за период 6 месяцев 2012 года.

Первоначально группа анализировалась по частоте встречаемости депрессивных расстройств в рамках алкогольного абстинентного синдрома.

Затем анализу подвергались лица, которые обнаруживали симптомы депрессивных расстройств.

В указанной целевой подгруппе: определялись демографические показатели, определялись основные показатели анамнеза заболевания, по которым можно было косвенно судить о течении основного заболевания (алкогольной зависимости), проводилась градация по степени выраженности симптомов ААС, затем определялся клинико-психопатологический профиль депрессивных расстройств. Данный раздел определялся нами как «диагностический анализ» [2].

Другой раздел объединил в себе анализ «терапевтических подходов»: оценивалась частота применения медикаментозной коррекции депрессивных состояний в целевой подгруппе, структурная характеристика применяемых методик.

Использовались: клинико-психологический, клинико-психопатологический и статистический методы исследования. Статистическая обработка показателей проводилась с помощью программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение

Для первичной оценки психического статуса и скрининга на наличие депрессивных расстройств нами применялся перечень диагностических признаков, депрессивного синдрома [3].

Выявление 3 и более признаков говорило о наличии расстройств депрессивного круга:

- 1) длительное подавленное настроение и состояние раздражительности, что идентифицируется самим субъектом или замечается окружающими;
- 2) заметное снижение или полная утрата интереса и удовлетворения от обычных видов деятельности;
- 3) расстройства аппетита (снижение или увеличение), влекущее изменение массы тела (потерю или увеличение);

- 4) нарушение сна (бессонница или сонливость);
- 5) объективная психомоторная заторможенность или возбуждение, субъективное «беспочвенное» ощущение беспокойства или общей заторможенности;
- 6) чрезмерная утомляемость, утрата «жизненной энергии», работоспособности, тягостные чувства при общении с близкими людьми;
- 7) постоянное ощущение неудовлетворения, чрезмерной виновности, утрата ощущений красочности жизни и его перспективы;
- 8) пониженная способность мышления и концентрации, сниженная мотивация к реализации новых действий, невозможность принятия решений;
- 9) повторяющиеся мысли о смерти, самоубийстве, суицидальные попытки.

Из 135 пациентов в состоянии алкогольной отмены депрессивные расстройства (3 и более признаков) констатированы в 48 случаях (35,56%). Данные цифры могут объясняться особенностью контингента пациентов анонимного кабинета:

- а) относительно малый стаж алкоголизации;
- б) социальная сохранность;

- в) картина алкогольной абстиненции, не превышающая средней степени тяжести;
- г) акцент на соматических и неврологических жалобах в общей структуре абстиненции;
- д) приём во внимание клинических случаев с четко очерченными симптомами депрессии (не менее 3 признаков).

Наши данные соответствуют показателям, полученным в исследованиях ряда авторов. Так, по данным Марута Н.А. и Минко А.И. (2003) алкогольная депрессия синдрома отмены встречалась в 35% данного контингента, причем в 19% из них – средней и тяжелой степени выраженности (рисунок 1).

Таким образом, 48 пациентов, у которых клинически выявлено 3 и более признаков депрессивного расстройства, составили целевую группу для анализа.

По социально-демографическим показателям целевая группа распределилась следующим образом:

- мужчины – 36 человек (75%);
- женщины – 12 человек (35%).

По возрастным категориям группа распределилась следующим образом (рисунок 2):

- 18-25 лет – 13 человек (27,1%), средний возраст – $21,69 \pm 2,10$ года;

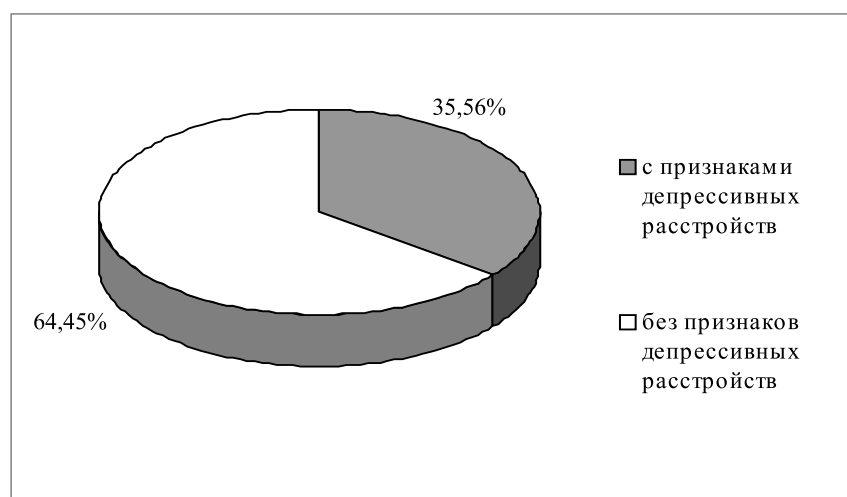


Рисунок 1. Распространенность депрессивных расстройств среди пациентов с алкогольным абстинентным синдромом

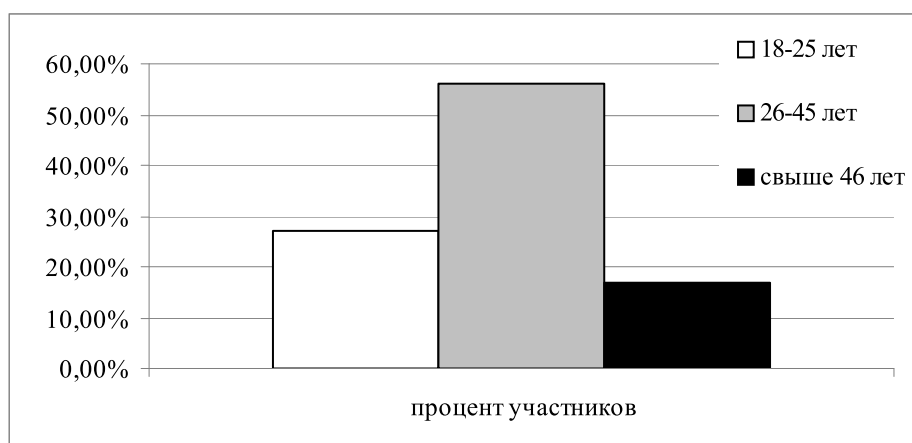


Рисунок 2. Структура возрастных категорий пациентов с депрессивными расстройствами

- 26-45 лет – 27 человек (56,2%), средний возраст – 36,85±5,32 года;
- старше 46 лет – 8 человек (16,7%), средний возраст – 55±6 года.

В таблице 1 представлены данные, касающиеся клинико-динамических особенностей основных «наркологических» синдромов.

Таким образом, можно говорить, что в анализируемой группе преобладают относительно ранний возраст знакомства с алкоголем – 20,88±4,27 года, относительно быстрый переход к систематическому пьянству – 24,23±5,39 года и динамичное развёртывание ААС (2,31±0,97).

При этом в структуре клинико-динамических особенностей основных «наркологических» синдромов преобладают пациенты со второй стадией алкогольной зависимости, что соответствует общей статистике обращаемости пациентов за медицинской помощью. ААС имеет средние продолжительные сроки течения (5,79±2,35).

В продолжение этого проведено определение основных характеристик ААС (таблица 2).

Из статистических показателей, представленных в таблице 2, определяется преобладание среди кури-

руемых больных средней степени ААС, с акцентом на психопатологический вариант – 31 человек (64%).

Градации степени тяжести депрессивного синдрома в структуре алкогольной абстиненции проводилась с помощью Шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) (Шкала).

Стратификация по шкале:

- от 7 до 16 баллов - депрессия «легкой» степени выраженности;
- от 17 до 27 баллов регистрировалась депрессия «средней» степени выраженности;
- выше 27 баллов отмечалась «тяжелая» депрессия.

По данной Шкале получены следующие результаты, представленные в таблице 3.

При клинической оценке депрессивной симптоматики обязательно определялись показатели, наиболее «рельефно» представленные в психическом статусе пациентов (рисунок 4).

Таким образом, среди конгруентных симптомов депрессии в структуре ААС представлены все образования, из них лидирующие места занимают – эмоциональная лабильность, тоска, тревога, ипохондрия, дисфория.

Таблица 1

Клинико-динамические особенности основных «наркологических» синдромов

Клинико-динамические параметры	Абсолютные показатели (n=48)
Возраст начала алкоголизации	20,88±4,27
Возраст начала систематической алкоголизации	24,23±5,39
Сроки появления ААС после начала алкоголизации	2,31±0,97
Переход первой стадии алкоголизма во вторую	8 человек (16,6%)
Вторая стадия алкоголизма	38 человек (79,2%)
Третья стадия алкоголизма	2 человека (4,2%)
Средняя продолжительность ААС (дни)	5,79±2,35
Наличие в анамнезе металкогольного психоза	2 человека (4,2%)

Таблица 2

Клиническая структура алкогольного абстинентного синдрома

Структурные характеристики абстиненции		Абсолютные показатели (n=48)
Степень тяжести ААС*	Лёгкая степень (менее 10 баллов)	8 человек (16,7%)
	Средняя степень (от 10 до 57 баллов)	39 человек (81,2%)
	Тяжелая степень (от 57 до 67 баллов)	1 человек (2,1%)
Клинические варианты ААС (по Альтшулеру В.Б., 1999)	Нейровегетативный	7 человек (14,6%)
	Церебральный	5 человек (10,4%)
	Висцеральный	5 человек (10,4%)
	Психопатологический	31 человек (64,6%)

*Определение и градация степени тяжести ААС проводилось с помощью Шкалы оценки состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследований зависимостей (CIVA-Ar).

Таблица 3

Структура пациентов по степени тяжести депрессивного синдрома

Степень тяжести депрессивного синдрома	Абсолютные показатели (n=48)
Лёгкая степень	7 человек (14,5%)
Средняя степень	39 человек (81,3)
Тяжелая степень	2 человека (4,2%)

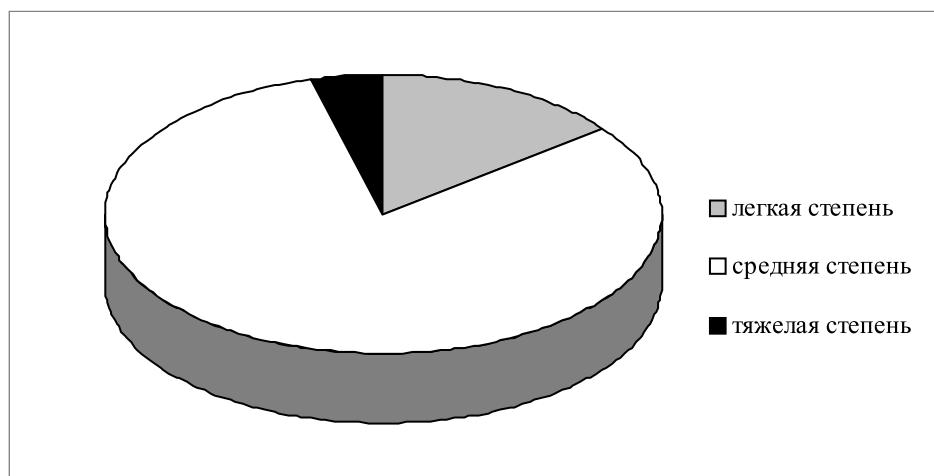


Рисунок 3. Структура пациентов по степени тяжести депрессивного синдрома



Рисунок 4. Частота встречаемости отдельных симптомов в структуре депрессивного синдрома

Во второй части анализировались показатели терапевтических подходов в коррекции депрессивных абстинентных расстройств.

Терапия, осуществляемая в рамках анонимного кабинета, выстраивается по следующим принципам:

- 1) дифференцирование в назначении препаратов;
- 2) ограничение по времени;
- 3) прицельность (монотерапия);
- 4) акцент на пероральном приеме препаратов;
- 5) минимизация влияния психотропных эффектов медикаментов на качество жизни пациентов.

Основополагающим принципом является дифференцирование применяемых подходов внутри группы пациентов с алкогольными депрессиями [1]. Первоначально объём терапии оценивался, исходя из тяжести аффективных расстройств.

Наличие выраженной тоскливой депрессии, на фоне относительно «сглаженных» соматических стигм абстиненции, давало возможность с первых дней назначать инъекционные формы трициклических антидепрессантов короткими курсами с постепенным «введением в схему» таблетированных форм. Такая схема терапии проводилась у 6 пациен-

тов (12,5%). Однако в большинстве случаев, учитывая вышеназванные принципы, а также широкий спектр клинических проявлений депрессивных расстройств, предпочтение отдаётся антидепрессантам группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Теоретически, их применение позволяет «перекрыть» большинство симптомов за короткий срок с минимальной поведенческой токсичностью (слабость, сонливость, вегетативная лабильность, тошнота).

Нами назначались антидепрессанты сбалансированного действия (сертралин, венлафаксин, дулоксетин) с акцентом на утренние часы, чтобы пациенты имели возможность приёма препаратов в условиях анонимного кабинета. Суточные дозировки подбирались индивидуально, при этом в расчёт брались конституциональные характеристики, показатели прогрессивности основного заболевания и тяжести депрессивной картины.

Раннее начало алкоголизма, средняя степень и преобладание психопатологического профиля ААС коррелировало с назначением средних терапевтических доз СИОЗС. Такая схема проводилась у 27 пациентов (56,3%).

Акцент тревожной симптоматики смещал вектор терапии в сторону применения «седативной группы» СИОЗС (миртазапин, флувоксамин). В этом случае в условиях анонимного кабинета – прием препаратов имел свою специфику: суточная доза принималась двукратно – $\frac{1}{3}$ утром при посещении кабинета и в вечернее время, продолжительностью 2 недели, с перекрёстным замещением на «сбалансированные» СИОЗС ещё в течение 5 дней. Данная схема применялась нами в отношении 8 пациентов (16,6%).

Дисфорические наслоения, как правило, приводили к сочетанию антидепрессантов с нормотимиками (вальпроаты, карбамазепин, ламотриджин). Тимостабилизаторы назначались короткими курсами (7-10 дней) в среднетерапевтической дозировке на фоне средних доз антидепрессантов – 7 пациентов (14,6%).

Заключение

Таким образом, в ходе проведённого анализа выявлены следующие показатели среди пациентов с депрессивными расстройствами в период ААС, проходящих лечение в анонимном кабинете:

1. В общей структуре пациентов в состоянии ААС, обратившихся за помощью в анонимный кабинет ЦМСП г. Астана, группа пациентов с отчетли-

выми признаками сформированного депрессивного синдрома составила 35,56%.

2. По поло-возрастному составу в указанной группе преобладали мужчины от 26 до 45 лет.

3. В анализируемой группе преобладали достаточно ранний возраст знакомства с алкоголем, относительно быстрый переход к систематическому пьянству и динамичное развертывание АСС. При этом, в структуре преобладали пациенты со второй стадией алкогольной зависимости.

4. Алкогольный абстинентный синдром в указанной группе протекал по психопатологическому варианту и определялся в рамках средней степени тяжести.

5. Общая стратификация тяжести депрессивного синдрома выявила преобладание средних степеней аффективных расстройств с представленностью сразу нескольких симптомов (эмоциональная лабильность, тоска, тревога, ипохондрия, дисфория).

6. Выстраивание терапии депрессивных расстройств в условиях анонимного кабинета имело свои особенности: временная завершенность, акцент на утреннем приеме препаратов, монотерапия СИОЗС.

7. В зависимости от мишеней терапии не исключалась возможность кратковременных курсов инъекционных форм трициклических антидепрессантов (при тоскливой депрессии), а также прием нормотимических препаратов (при дисфорическом акценте).

Список использованной литературы:

1. Бараненко А.В. *Современные взгляды на лечение коморбидных аффективных расстройств при синдроме алкогольной зависимости. Электронный ресурс // Новости украинской психиатрии. – Харьков, 2001. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper013.htm>*
2. Малин Д.И., Янкин Е.В., Медведев В.М., Ковалев А.В. *Депрессию у больных алкоголизмом // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Том VI, № 5.*
3. Сайков Д.В., Сосин И.К. *Алкогольная депрессия: Монография. – Харьков: Коллегиум, 2004. – 336 с.*
4. Сквиря И.М. *Влияние рецидивоопасных клинических ситуаций ремиссионного периода на выбор цветовосьмицветного теста Люшера у лиц с алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. – Киев–Харьков, 2010. – Т. 5. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper097.htm>*
5. Смирнова Е.Ю. *Алкоголь и самоубийства: проблема взаимосвязи // Вестник ИГЭУ. – 2008. – Вып. 1. – С. 1-4.*
6. Туктаров П.В. *Алкоголизм и депрессия: этиологические факторы коморбидности // Медицинская психология в России. – 2010. – Том III, № 2.*

УДК 615.832.9

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРЕВЕНЦИИ И ПСИХОТЕРАПИИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ (теоретический аспект)

К.Ш. Барболова

врач – нарколог городского центра медико-социальной реабилитации, г. Астана

В мировой литературе на сегодняшний день рассматриваются три уровня превенции суицидального поведения: первичный уровень, включающий профилактику аутоагрессии в семье, в школе и обществе; вторичный – лечебная, кризисная интервенция в пре- и ранний постсуицидальный период; третичный уровень, или, поственция, который заключается в помощи выжившим, членам семей и друзьям умерших суицидентов, в преодолении «стигматизации» парасуицидентов [1]. Некоторые авторы считают [2], что государственная общественная программа профилактики суицидов должна включать 8 пунктов:

1) школьные обучающие программы, в соответствии с которыми персонал учится выявлять учеников с повышенным суицидальным риском, а также осуществлять кризисное вмешательство в случае суицидальных смертей;

2) «общественные оберегающие обучающие программы», по которым полицейские и другие общественные служащие получают навыки распознавания лиц с суицидальным риском;

3) «общее антисуицидальное образование», которое обеспечивает суицидологические знания у населения;

4) «скрининговые программы», в соответствии с которыми превентивные антисуицидальные меры «назначаются» в административном порядке служащим с высоким суицидальным риском;

5) «программы поддержки», которые реализуются школами и общественными организациями для прояснения и осознания суицидального риска, а также для оказания всесторонней поддержки лицам, решившим расстаться с жизнью;

6) кризисные центры и телефоны доверия, осуществляющие кризисную интервенцию;

7) программы ограничения доступа к огнестрельному оружию, наркотикам и другим средствам осуществления суицида;

8) программы поственции по оказанию помощи выжившим лицам в плане навыков совладания с ситуацией (социально-поведенческий тренинг, копинг-стратегии) и ухода от суицидального поведенческого стереотипа.

С точки зрения помощи суицидальным пациентам психотерапевты в современных западных

кризисных стационарах используют следующие принципы:

- работа должна соответствовать призванию психотерапевта;
- решение проблемы более важно, чем диагноз;
- необходимо работать только с тем, что имеет непосредственное отношение к кризису;
- терапевт должен работать активно и минимально директивно - пассивность и нейтральность в кризисном центре недопустимы;
- терапевт должен быть гибким, должен предоставлять информацию, поддержку, контактировать со смежными организациями;
- внешняя цель вмешательства – вернуть человека на тот уровень функционирования, который был свойственен ему до кризиса [3].

Методологические подходы кризисной терапии в странах СНГ слагаются из следующих составляющих:

а) кризисная поддержка (установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизация личностной защиты, заключение терапевтического договора);

б) кризисное вмешательство (рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы, выявление блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса неадаптивных установок, коррекция неадаптивных установок, активизация терапевтической установки);

в) повышение уровня адаптации (тренинг неопробованных способов адаптации, выработка навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок, введение новых «значимых других» для поддержки и помощи в продолжение тренинга навыков адаптации после окончания лечения).

Специфические методы психотерапии аутоагрессивных тенденций при алкоголизме

Возможности психотерапевтической помощи, касающиеся темы смерти и выбора жизни, разработаны в рамках различных терапевтических школ: экзистенциальной [4], лично-ориентированной [5], аналитической [6], трансперсональной [7], опирающихся на философскую [8] и клинко-экспериментальную [9] базы.

С точки зрения возможностей психотерапевтической помощи больным с алкогольной зависимостью, в среде профессионалов укрепляется мнение о первостепенной ценности проблемы качества жизни больных алкоголизмом в состоянии ремиссии [10]. В связи с этим цель терапии – освободить личность от негативных сценарных аспектов, обращаясь к прошлому пациента, и актуальных невротических переживаний «скорой смерти», адресуясь к настоящему пациента, - феноменов, казалось бы, не связанных напрямую с патологическим влечением к алкоголю. С другой стороны, существует теория континуальной психотерапии [11], основной целью которой является развитие «нормативного Я» как носителя родительских, семейных, профессиональных и дружеских установок.

Алгоритм психотерапии в этой связи строится в четырёх направлениях:

1. Терапия соприкосновения с темой смерти, направленная на осознание негативных моментов жизненного пути, на прояснение аспектов бессмертия.
2. Сценарный анализ «Не живи!», направленный на смену «детского негативного решения» путём методики «перерешения».
3. Психотерапия актуальных невротических переживаний, направленная на редукцию психогении, связанной с темой смерти.
4. Психотерапия с интервенцией в духовную сферу, направленная на стабилизацию основных духовных конструкторов, связанных с «иллюзией бессмертия», перевод «комплекса напряжения» в «комплекс релаксации».

Выбор определяющего направления зависит от соответствующих показаний [12]. В процессе терапии каждого пациента направления интервенции могут пересекаться и дополняться в зависимости от клинической необходимости.

Наиболее подробно тема соприкосновения со смертью разработана в экзистенциальной психотерапии [4].

Основная цель работы – повышение мотивации лечения путём разъяснения ответственности за исход лечения.

Вариант терапии «Не живи» включает рациональную и аффективную части. Рациональная часть, направленная на осознание негативного жизненного сценария, условий предписания «Не живи!», ориентирована на достижение интеллектуального озарения («инсайта») и заключения анти-суицидального контракта. В ряде случаев терапия этим и исчерпывается. При необходимости более глубокой переработки негативного предписания проводится терапия «перерешением» в соответствии с классической схемой («заключение контракта, прояснение тупика, повторное принятие позитивного решения»). Выбор конкретной терапевтической тактики обусловлен видом суицидального психологического сценария:

- 1) прямые приказания «Не живи!»;
- 2) маскирование «Не живи!» под механизм условной успешности;
- 3) повторение инфантильного поведения («ретрофлексия») и фиксация детской вины;
- 4) грех поколений или «горячая картошка».

Актуальные невротические переживания, достаточно часто диагностируемые у больных алкоголизмом, в рассматриваемом аутоагрессивном контексте, имеют особую значимость [13]. Например, хорошо известно позитивное антисуицидальное значение ипохондрической структуры личности и ипохондрических невротических и сверхценных переживаний. Многие психотерапевты используют ипохондрический страх, гиперболизируя его соматические основания, формируя «терапевтическую» ятрогенную ситуацию.

Напротив, дисморфофобические переживания, онтогенетически вытекающие из детской и подростковых идей о своей физической неполноценности, по нашим данным, тесно ассоциированы с алкогольными импульсивными самоповреждениями [14].

В связи с данными, изложенными в литературе в отношении суицидального поведения, возникает вопрос профилактических мероприятий больных алкоголизмом.

Осуществление профилактики суицидального поведения больных алкоголизмом предпочтительно включать в общую программу антиалкогольных мероприятий: так, больные алкоголизмом со склонностью к суицидам и повторным самоповреждениям должны быть выделены в особую группу наблюдения с активным патронажем по истечении трех дней после выписки из наркологического стационара [15]. Как констатируют некоторые авторы [16, 17], парасуициденты – алкоголики только в 17,2% – 24,5% случаев госпитализируются, так что основная превентивная нагрузка ложится на амбулаторное звено. В этой связи, по мнению некоторых авторов [18, 19], необходима диспансеризация алкогольных аутоагрессантов на основе 3-этапной структуры наркологического сектора (амбулаторное, стационарное звено и психотерапевтический клуб). Автор также рекомендует различные схемы психотропного лечения аутоагрессантов в зависимости от ведущей клинической симптоматики, приводящей к аутоагрессивному акту. Среди рекомендуемых психотерапевтических мероприятий автор выделяет методы, направленные на выработку устойчивой, антиалкогольной и антисуицидальной позиции, ценностную переориентацию личности суицидентов в рамках групповой, семейной психотерапии и аутотренинга.

Существующие методики лечения алкоголизма игнорируют подход к алкоголизму как к потенциально-смертельному заболеванию [20], что, возможно, связано с культурально-психологическим феноменом отрицания смерти вообще [21]. С учётом данного факта, профилактические подходы к больным

алкоголизмом как к потенциальным аутоагрессантам нивелированы и активизируются лишь во время активного аутоагрессивного акта. Этот факт наблюдается даже, несмотря на признание того, что больные алкоголизмом и их родственники, обращающиеся за помощью в наркологический диспансер, уже находятся в состоянии психологического кризиса [22], а после купирования абстинентного синдрома испытывают депрессию, чувство вины и «опустошенности жизни». Несмотря на это, большинство методик терапии и психотерапии алкоголизма основаны на использовании страха смерти, умирания или физического разрушения: методики тетурамо-терапии, имплантация препарата «Эспераль», эмоционально-стрессовые методики, в том числе «кодирование», варианты общения с пациентом, направленные на повышение мотивации, убеждающие его в разрушительном действии алкоголя на организм или создающие «психотерапевтическую ятрогению» [23]. Данные методики адресуются в основном к эмоционально-инстинктивной сфере пациентов без прояснения уже существующей аутоагрессивной модели поведения. Будучи применены неумело или некалфицировано, например, без учёта противовеса смертельному запрету в виде «раскодирования», сами по себе могут стимулировать употребление спиртного как символический суицидальный акт.

Основная задача традиционного антиалкогольного лечения – подавление различными способами (психофармакологическими и психотерапевтическими) патологического влечения к алкоголю с формированием стойкой ремиссии [24], т.е. существование вне токсического действия этанола, пусть даже сама ремиссия рассматривается как «форма проявления

болезни в отсутствие интоксикации» [25]. Некоторые авторы [26], сравнивая отдалённые последствия лечения больных алкоголизмом, совершивших суицидальную попытку в анамнезе, приходят к выводу, что продолжение злоупотребления этанолом и наркотиками парасуицидентами является фактором риска завершённой суицидальной попытки в будущем. В силу этого очевидно, что эффективная превенция аутоагрессивного поведения у больных алкоголизмом немислима без адекватной терапии основного заболевания. С другой стороны, терапия, имеющая целью подавление влечения к алкоголю, должна учитывать и общую аутоагрессивную направленность больных алкоголизмом, проявляющуюся в неожиданном фатальном суициде как без клинических признаков суицидального поведения [27], так и без активных или терапевт-индуцированных высказываний желания умереть [28]. Понимание данной тенденции особенно актуально, поскольку пользователи наиболее распространённых психотерапевтических методик для лечения больных алкоголизмом настроены на манипулирование темой смерти или тяжёлого физического расстройства в результате употребления алкоголя на фоне терапевтического (внушенного или фармакологического) запрета.

В последнее время, особенно в западных психотерапевтических направлениях, используется формат мотивационного тренинга. В основу концепции мотивационного тренинга положено представление о том, что тренинг должен быть мотивирующим (таблица 1). После тренинга его участники должны не только уметь использовать то новое, что получили в тренинге, но и стремиться использовать новое знание и новый опыт [29].

Таблица 1

Принципы мотивационного тренинга

Наименование принципа	Формы реализации принципа	Эффект действия принципа
1. Метафорическая биологизация	Экспериментирование с двигателями поведения животных, растений, бактерий	Концентрация на проблеме использования живой энергии природных мотивов
2. Мотивирующая сила	Работа с новым и необычным материалом. Ролевые игры и упражнения, вызывающие реальную активацию мотивов	Повышение мотивации к участию в тренинге
3. Парадоксальность	Экспериментирование с парадоксальными закономерностями мотивации. Создание атмосферы карнавала, игры	Переживание игры природных сил в самом себе и других людях. Испытание участниками на самих себе силы territorизма и различных видов таксисов. Прояснение условий эффективности парадоксальных мотивационных механизмов.
4. Образность	Создание, использование и развитие образов, метафор, схем, символов	Более глубокое понимание, усвоение и запоминание материала. Постигание внутренней гармонии изучаемых феноменов. Открытие нового благодаря особой проницательности образов.

Наименование принципа	Формы реализации принципа	Эффект действия принципа
5. Баланс комфорта и дискомфорта	Создание благоприятной психологической атмосферы взаимодействия в группе плюс отказ от попыток облегчить деятельность участников плюс внесение дополнительных затруднений в деятельность участников.	Отказ от традиционного «лабораторного» знания о связи между удовлетворенностью и эффективностью работы. Обретение нового инструмента саморегуляции: «Мне дискомфортно? Отлично! Используем великую мотивирующую силу дискомфорта!»
6. Направленность на применение результатов на практике	Предъявление жизнеутверждающих задач, ситуаций. Ссылки на данные, полученные в науке. Ссылки на прошлый опыт ведения тренинга.	

Обращение к двигателям поведения у животных и растений играет роль открывателя нового мира, неожиданного и привлекательного. Это притягивает внимание, даёт толчок к исследованию, к попыткам понять и научиться использовать то, что ранее было за пределами привычного поля зрения.

Обращение к мотив-зоологии и мотив-ботаники само по себе мотивирует, в этом реализуется второй принцип тренинг-мотивирующая сила.

Принцип парадоксальности: парадоксальна изменчивость мотивационной стихии, ее противоречивость, её капризы и бури, её способность преобразовываться в целесообразную, упорядоченную, а главное, - в продуктивную деятельность только потому, что вовремя и в нужном направлении были повернуты парус или крыло мельницы.

Образность – 4-й принцип. Явления, изучаемые и испытываемые в тренинге, должны быть обязательно отражены в рисунках и схемах, метафорах и символах. Это помогает не только понять, усвоить и запомнить, но и почувствовать внутреннюю гармонию феномена или объясняющего его принципа, развить его, открыть новое. Например, когда участнику предлагается нарисовать свиту паразитов собственного окружения, он может вдруг осознать, что «деревом», производящим «плоды», является кто-то другой, а он сам паразитирует на этом человеке, хотя за полчаса до этого ему казалось, что на нём паразитируют другие.

В мотивационном тренинге «безумные» вопросы тренера содержат не только нелепые формулировки, но прежде всего, нелепые образы, нуждающиеся в объяснении, так как самому «автору» этих образов непонятно, что имеется в виду. Например: «Вот у меня в тетради нарисовано растение с ножками, которые идут за лидером. А что это значит, я уже не помню...». Участники долж-

ны расшифровать и объяснить образы или «непонятные записи».

Баланс комфорта и дискомфорта - 5-й принцип. Суть его состоит в том, что атмосфера в целом в группе должна быть комфортной, удобной, безопасной и даже весёлой. Таким образом, стратегический принцип в тренинге – комфортность. Однако, тактически, в отдельные моменты тренинга, у участников должен возникать дискомфорт. Причинами его могут стать неуспешные попытки решить задачу, выполнить инструкцию, добиться позитивного результата любого рода или получить от тренера «правильный» ответ. Этот могут быть и еще большие трудности, например, необходимость записывать что-то в неудобных условиях, прямо на коленях; писать левой рукой; выполнять задание в шумном помещении и т.д. Назначение всех этих трудностей в том, чтобы помочь участникам почувствовать «великую мотивирующую силу дискомфорта».

Направленность тренинга на применение результатов на практике – это 6-й принцип. Этот принцип призван помочь участникам перенести полученный опыт на практику. Для людей всегда важен «сухой остаток».

Задача тренера – создать такие условия, чтобы участники смогли испытать на себе действие мотивационных сил, затем научиться управлять ими, а после этого – научиться позволять этим силам свободно проявляться и специально вызывать их, когда это помогает добиться максимального результата [30].

Таким образом, исходя из теоретических позиций, использование в клинической наркологической практике вышеописанных моделей помощи лицам, страдающих алкогольной зависимостью, поможет обеспечить им качественно новую жизнь, в результате чего, вероятность выхода из орбиты наркотизма станет более реалистична.

Список использованной литературы:

- 1 Heinz A., Goldman D. *Genotype effects on neurodegeneration and neuroadaptation in monoaminergic neurotransmitter systems // Neurochem Int. - 2001. – Vol. 37, № 5-6. – P. 425-432.*
- 2 Mendels G., Stinnett I. et al. *Amine Precursors and Depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 1999. – Vol. 32, № 1. – P. 22–30.*

-
-
- 3 Толстикова А.Ю. Опыт лечения постабстинентных депрессивных состояний циклическими антидепрессантами // *Матер. II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – Астана, 2002. – Т. I. – С. 22-29.*
- 4 Komori T., Fujiwara R., Tanida M. Et al. Effects of citrus fragrans on immune function and depressive states // *Neuroimmunomodulation. – 2005. – № 2 (3). – P. 174-180.*
- 5 Wurmser L. Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use // *J. Amer. Psychoanal. Assn. – 2004. – Vol. 22. – P. 820-843.*
- 6 Blum K., Trachtenberg M. Negative outcome: treatment of depressive disorders // *Archs. gen. Psychiatr. – 2000. – Vol. 35. – P. 1410-1415.*
- 7 Barsky A.J., Coeytaux R.R., Sarnie M.K. et al. Hypochondriacal patients beliefs about good health // *Am J. Psychiatr. – 2003. – Vol. 150. – № 7. – P. 1085-1089.*
- 8 Пантелеева Т.П., Абрамова Л.И., Корнев А.Н. Ингибиторы обратного захвата серотонина в лечении разных типов эндогенных депрессий // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 3. – С. 36-41.*
- 9 Бондарь В.В., Брусов О.С., Злобина Г.П. и др. Клинико-биологическое исследование серотониновой системы тромбоцитов у больных резистентными и малокурабельными эндогенными депрессиями // *Материалы 12 съезда психиатров России. – М., 1995. – С. 639-640.*
- 10 Natelson B.H. Poisoning emergenies. – *St. Louis-Toronto-London, 2000. – P. 1223-1225.*
- 11 Olf M. The biochemistry of affective disorders // *Brit. G. Psychiatr. – 2007. – Vol. 113. – P. 1237-1264.*
- 12 Irwin M., Patterson T. et al. Long-term administration of Tianeptine in depressed patients after alcohol withdrawal // *Brit J. Psychiatr. – 2002. – Vol. 160, № 15 (Suppl.). – P. 66-71.*
- 13 Корнетов Н.А. Депрессивные расстройства: систематика, диагностика, семиотика, терапия. – *Издательство Томского университета, 2000. – С. 16-36.*
- 14 Dunner D.L., Dunfar G.C. Managing the patient with depression and anxiety // *Eur. Psychiatry. – 1993. – № 8 (Suppl.). – P. 9-12.*
- 15 Ланда А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами // *Сборник научных трудов: Некоторые проблемы наркоманий. – М., 1989. – С. 103-110.*
- 16 Дельгадо Х. Мозг и сознание. – *М., 1971. – 358 с.*
- 17 Leonard B.E. Antidepressants: Current concepts of mode of action. – *L'Encephale, 1999. – Vol. 17. – P. 127-131.*
- 18 Angst G. The course of affective disorders // *Psychopathology. – 1986. – Vol. 19, № 2 (Suppl.). – P. 47-52.*
- 19 Zaharia M.D., Ravindran O.K. et al. Neuroimmunology. – 2003. – 139 p.
- 20 Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом // *Журн. практ. психологии и психоанализа. – 2003. – № 1. – С. 23-36.*
- 21 Гальцев Е.В. Критерии серьезности суицидальной попытки в плане прогнозирования суицидального риска // *Матер. 14 съезда психиатров России – 2005. – С. 436-437.*
- 22 Блох Э. Принципы надежды // *Утопия и утопическое мышление / Под ред. Чаликовой В.А. – М., 1991. – С. 49-78.*
- 23 Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения // *В сб.: Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С. 8-24.*
- 24 Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // *Моск. Психотерапевт. Журн. – 2001. – № 4. – С. 18-49.*
- 25 Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // *Социальная и клиническая психиатрия. – 1996. – № 4. – С. 14-20.*
- 26 Зейгарник Б.Ф. Патопсихология. – *М., 1986. – 286 с.*
- 27 Камю А. Абсурд и самоубийство // *Бунтующий человек. – М., 1990. – 415 с.*
- 28 Толстикова А.Ю., Айбасова Г.Х. и др. Формирование реакций дезадаптации у больных депрессией в рамках зависимости от психоактивных веществ // *Психиатрия, психотерапия және наркология. – 2004. – № 2 (2). – С. 64-66.*
- 29 Короленко Ц.П., Белоносова О.П., Бочкарева Н.Л. К вопросу о выделении больных с повышенным суицидальным риском по психологическим критериям // *Жур. невроп. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78, Вып. 3. – С. 426-430.*
- 30 Adam K., Oswald I. Effects of repeated Ritanserin on middle – aged poor sleepers // *Psychopharmacology. – 1999. – Vol. 99. – P. 219-221.*
-
-

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА КОНТИНУУМА «ВМЕНЯЕМОСТЬ – НЕВМЕНЯЕМОСТЬ»

С.Б. Бисеналиев

судебный эксперт психиатр ГККП «МЦППЗ» г. Астана

Главным методологическим подходом, лежащим в основе судебной наркологии, является метод экспертной оценки. Процедура диагностического поиска путем принятия решения специалистами в целом присуща всей наркологической науке. Однако именно в судебной сфере выстраивание работы таким способом гарантирует обеспечение следующих принципов [5]:

- законности;
- прозрачности;
- преемственности;
- адекватности;
- точности;
- комплексности.

Каждый из указанных принципов универсален и даёт возможность проводить оценку путём дифференциально-диагностического поиска с максимальной возможной долей вероятности.

Одним из важнейших вопросов судебной наркологии, решаемых вышеуказанным способом, является континуум «вменяемость – невменяемость», на полюсах которого расположены взаимоисключающие понятия.

Решение вопроса о невменяемости является ключевым в экспертной судебно-психиатрической и судебно-наркологической практике и является ярким примером интеграции медицины и различных областей права.

Традиционный теоретический взгляд предполагает статусную оценку с феноменологической квалификацией, классификацией и определением причинно-следственных связей уровня вменяемости при той или иной наркологической патологии.

Понятие вменяемости складывается из двух критериев: медицинского (биологического) и юридического (психологического), одновременное присутствие каждого из них является необходимым [2].

Биологический критерий формулы невменяемости является, с юридической точки зрения, является нейтральным. Он охватывает все варианты психической патологии, в том числе и те, которые могут наблюдаться при состояниях, не исключающих вменяемости. В тоже время наличие этого критерия в формуле невменяемости является обязательным.

Согласно Уголовному Кодексу Республики Казахстан от 16.07.1997 г. № 167 – I статья 16 «Невменяемость» определяется как невозможность осознания лицом фактического характера и общественной опасности своих действий (бездействия) или невозможность руководства ими вследствие хронического психического заболевания, временного психического

расстройства, слабоумия или иного болезненного состояния психики.

В уголовно-процессуальном Кодексе прописаны права лица, в отношении которого ведётся дело о применении принудительных мер медицинского характера (статья 511 часть 1): «Лицо, в отношении которого ведётся дело о применении принудительных мер медицинского характера, вправе, если этому по заключению судебно-психиатрической экспертизы не препятствует характер и степень тяжести его заболевания: знать, в совершении какого деяния его уличают; давать объяснения; представлять доказательства; заявлять ходатайства и отводы; объясняться на своем родном языке или языке, которым владеет; пользоваться бесплатной помощью переводчика; иметь защитника и встречаться с ним наедине и конфиденциально; участвовать с разрешения следователя в следственных действиях, проводимых по его ходатайству или ходатайству его защитника; знакомиться с протоколами этих действий и подавать на них замечания; знакомиться с постановлением о назначении экспертизы и заключением эксперта; знакомиться по окончании предварительного следствия со всеми материалами дела и выписывать из него любые сведения в любом объеме; приносить жалобы на действия и решения следователя, прокурора и суда; получить копию постановления о направлении дела в суд для применения принудительных мер медицинского характера. В судебном разбирательстве дела, кроме того, указанное лицо имеет право участвовать в исследовании доказательств и судебных прениях; знакомиться с протоколом судебного заседания и подавать на него замечания; обжаловать постановления суда и получать копии обжалуемых решений; знать о принесенных по делу жалобах и протестах и подавать на них возражения; участвовать в судебном рассмотрении заявленных жалоб и протестов».

Основная смысловая нагрузка формулы невменяемости заключена в психологическом критерии, отсутствие которого, даже при констатации биологического критерия, исключает возможность решения вопроса в сторону невменяемости. При вынесении экспертного заключения в сторону вменяемости подразумевается способность лица к правильному пониманию значения своих поступков, а также наличие способности к пониманию противоправности своих поступков и наказуемости за содеянное, способности сопоставлять совершаемые деяния с правовыми и морально-этическими нормами.

Все эти психические функции реализуются посредством критических способностей, способности

прогнозирования, связанных с ними уровня интеллекта и памяти, запаса знаний, функции мышления.

Принципиальным является и тот факт, что психологический критерий касается психического состояния лица в целом, а не отдельных его психических функций. Представляя собой обобщённую характеристику психической деятельности, этот критерий не может определяться каким-либо отдельным клиническим признаком.

Судебно-наркологическая экспертиза также основывается на общих клинических признаках и экспертных подходах и включает в себя сопоставление особенностей психического состояния подэкспертных лиц с медицинским и юридическим критерием невменяемости. Экспертное заключение в этих случаях определяется степенью выраженности клинических составляющих наркологического заболевания и особенностями его течения. При этом имеющиеся психопатологические расстройства должны быть соотнесены с категориями «хронического психического расстройства», «временного психического расстройства» и «слабоумия», являющимися вариантами медицинского критерия невменяемости.

В отношении больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) показателем глубины психических изменений, соответствующих медицинскому критерию невменяемости, обычно является стойкое деструктивное поражение головного мозга с грубым психоорганическим дефектом в виде выраженного снижения функций внимания, мышления, памяти, способности к прогнозированию, распада механизмов регулирования когнитивной деятельности, вследствие чего нарушается целостная структура интеллектуальных процессов, разлагается сочетанное функционирование актов восприятия, переработки и фиксации новой информации, сопоставление её с предшествующим опытом [1].

Когнитивная недостаточность может выражаться в трудностях восприятия, нарушении активного внимания, слабости запоминания. Определённое значение придаётся неадекватности аффектов переживаемым событиям, недостаточности инициативы и побуждений. В этих случаях часто имеют место эгоцентризм и консерватизм мышления, связанные с когнитивным дефицитом. Следует учитывать и повышенную внушаемость, расстройства критических способностей, трудность принятия самостоятельного решения в усложнённых ситуациях, выраженную зависимость поведения от ситуации.

Важным в связи с этим является и нарушение адаптивного поведения, показателем дефицита которого является и нарушение адаптивного поведения, показателем дефицита которого является нарушение приспособляемости в данной культуральной группе и в таких сферах, как профессиональная деятельность, социальная и гражданская ответственность, коммуникативность, исполнение ежедневных обязанностей, личная независимость и самоудовлетворение.

Медицинский критерий вменяемости предполагает наличие одного из четырёх болезненных расстройств психической деятельности:

- а) хроническое психическое заболевание;
- б) временное психическое расстройство;
- в) слабоумие;
- г) иное болезненное состояние психики.

Согласно статье 16 Уголовного Кодекса Республики Казахстан юридический (психологический) критерий включает в себя два признака:

- 1) интеллектуальный;
- 2) волевой.

Интеллектуальный компонент находит юридическую диспозицию в следующей формулировке: «Лицо не могло осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия)». Интеллектуальный признак отражает расстройство сознания, вызванного психическим заболеванием. Невозможность осознавать фактический характер своего действия и бездействия означает отсутствие у лица понимания фактической стороны совершенного им деяния, непонимание им причинной связи между совершенным деянием и наступившими за ним последствиями. Основное содержание интеллектуального признака состоит в непонимании лицом общественного (социального) смысла своего действия (бездействия), то есть в отсутствии понимания его общественно опасного характера.

Волевой признак юридического критерия состоит в неспособности лица руководить своими действиями, *de iure* выражаясь в «невозможности руководить собственным деянием». Интеграция волевой деятельности в сознание, обуславливает её обязательное нарушение при расстройствах последнего. В таком случае прослеживается интеграция обоих критериев: интеллектуального и волевого. Однако иметь место и парциальное выполнение волевого критерия. Это касается изолированных нарушений волевой сферы и расстройств влечений. Сюда же практически можно отнести и расстройства наркологического спектра, в частности сформированный синдром зависимости, протекающий под маской актуализированного патологического влечения – компульсии [3].

Компульсивное патологическое влечение отражает неодолимую потребность в совершении определённого действия, связанного с употреблением одурманивающего средства, имевшего когда-то целесообразный характер (психологически понятная мотивация), но потерявшего адекватную мотивационную актуальность. При этом качество неодолимости затрагивает двигательную сферу и сферу побуждений при относительной интактности ассоциативных и интеллектуальных процессов. В данном случае объект влечения, как правило, противопоставляется личности, не отождествляется с ней, а снижение интеллектуального контроля в большей степени связано с искажением морально-нравственных и соци-

ально-ограничительных представлений, чем с интеллектуальным снижением. Все это не позволяет подвести понятие юридического критерия невменяемости к лицам с указанной патологией [4].

Однако в структуре компульсивного патологического влечения доминирующими являются эмоционально-волевые и аффективные нарушения - вплоть до аффективно суженного сознания. Всем лицам с синдромом зависимости свойственна парциальная интеллектуальная слабость в вопросах, связанных с употреблением ПАВ, что не позволяет им в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность совершаемых противоправных действий (интеллектуальный признак) или руководить ими в силу имеющихся расстройств психической деятельности в виде неодолимости влечения (волевой признак).

При наличии обсессивного варианта влечения в клинической картине зависимости и при выявлении его в период, относящийся к совершению правонарушения, судебно-психиатрические и судебно-наркологические подходы должны быть иными [6].

О сохранности критического осмысления ситуации в целом и о сохранении возможности прогно-

за медицинских и социальных последствий своих действий говорит наблюдаемый в этих случаях более или менее выраженный процесс борьбы мотивов с критическим анализом всех доводов «За» и «Против», адекватное ситуации поведение, когда эти лица проявляют определённую осторожность при употреблении ПАВ и принимают при необходимости меры к сокрытию своего противоправного поведения. Данный факт связан с тем, что на этапе обсессивного влечения к ПАВ эти лица гораздо реже привлекаются к уголовной ответственности за противоправность действий, связанных с манипуляциями ПАВ, нежели на этапе формирования компульсивного влечения [7].

Таким образом, при судебно-наркологической экспертизе лиц с зависимостью от ПАВ следует принимать во внимание, что стержневые наркологические синдромы выступают в сложной многомерной системе. При вынесении экспертного заключения в таких случаях должен применяться системный подход с изучением всех факторов клинко-социального портрета, который напрямую определяет эксплуатацию континуума «Вменяемость – Невменяемость».

Список использованной литературы:

1. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состояниях острой интоксикации (опьянения) психоактивными веществами // Наркология. – 2003. – № 3. – С. 12-17.
2. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших правонарушения в состояниях, вызываемых зависимостью от психоактивных веществ // Наркология. – 2003. – № 4. – С. 31-36.
3. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-наркологическая экспертиза в уголовном процессе (назначение наркологическим больным принудительного лечения) // Наркология. – 2003. – № 8. – С. 30-34.
4. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Пищикова Л.Е., Кулагина Н.Е. Судебно-психиатрическая и судебно-наркологическая экспертиза лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами в гражданском процессе // Наркология. – 2003. – № 9. – С. 10-14.
5. Соснина В.С., Букин В.Н., Калинин А.В., Тихонова И.Л., Летягина В.В. Диагностика потребителей новых групп психоактивных веществ в практике работы отделения наркологических экспертиз // Медицина и образование в Сибири. – 2012. – № 2.
6. Спасенников Б.А. Судебная психология и судебная психиатрия. Общая часть / Учебное пособие для вузов. – Архангельск, 2002. – 288 с.
7. Шишков С.Н. Невменяемость. – М.: Медицина, 2010.

УДК 61-61383

ГАШИШ. КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

А.А. Болсамбекова

врач нарколог ГККП «Областной наркологический диспансер», г. Талдыкорган

Невинное, на первый взгляд, растение - конопля - служит исходным сырьём для производства одного из самых коварных наркотиков - cannabis sativa, бо-

лее известный как гашиш или марихуана, распространён практически по всему миру.

С давних времён разновидность конопли, не со-

держашей наркотических веществ, культивируется из-за её весьма ценного масла, а также прочного волокна, используемого в производстве одежды, мешковины и корабельных канатов.

В истории наркотизма ни один наркотик не вызывал столько мифов, легенд и домыслов, как гашиш. До сих пор по его поводу существует масса заблуждений. Это более чем странно - этот наркотик известен своими эффектами очень давно.

Название наркотического средства «гашиш» принято в Европе. В Северной и Южной Америке чаще используется такое название наркотика, как «марихуана» (от португальского – пьянящий). Наркотическое средство *cannabis* в разных странах называется по-разному: гашиш, марихуана, анаша, банг, гуаза, хуррус, гунья, черес, кафур, чиф, чарс и т. д.

До сегодняшнего дня гашиш остаётся самым распространённым психоактивным веществом (ПАВ) после алкоголя (по числу пораженных лиц).

Чаще всего гашиш курят как чистую смолу (в кальянах, наргиле, джоза, килимах), так и в смеси с табаком. Кроме того, его жуют, глотают в специальных пилюлях, добавляют в различные блюда, заваривают как кофе, принимают в виде жидкого экстракта с пряностями, смешивают с беленой и дурманом. Такие формы приёма были распространены в арабских и азиатских странах. В странах Европы гашиш курили в смеси с табаком, получая смешанное гашишно-никотиновое отравление.

В несколько последних десятилетий специалисты почему-то стали относить гашиш к так называемым «лёгким» наркотикам. Подобное несерьёзное и благодушное отношение к одному из самых страшных наркотиков, как показывает история, чревато большой бедой для общества.

Ещё более 10000 лет назад конопля использовалась человеком. В третьем веке до нашей эры китайский император Шеен - Нунг пытался лечить «кашель и понос» у своих подданных гашишем. А ещё до этого целители Древнего Китая и Индии применяли гашиш в большой дозировке в качестве наркоза при хирургических операциях. По свидетельству одного из древних письменных памятников индуизма - Атхарва Веда, конопля входила в список пяти самых секретных растений, используемых в религиозных и культовых обрядах. Индусы называли гашиш «небесным проводником», он использовался при приготовлении «сома» - священного напитка жрецов.

Из Китая и Индии конопля и получаемый из неё гашиш быстро распространились по соседним азиатским странам.

Во времена крестовых походов европейцы столкнулись с террористической мусульманской сектой исмаилитов, которые действовали в состоянии гашишной интоксикации. К этому периоду относится легенда о «старце с гор» - Хасане ибн ас - Саббахе. Члены его секты получили название гашишинов (по арабски «хашишин-травоед»). Крестоносцы, кото-

рые несли весьма чувствительные потери от гашишинов, трансформировали этот термин в «ассасин». Позднее это слово стало нарицательным и вошло во французский язык и другие европейские языки, обозначая коварного убийцу - «ассасин, ассасино».

Персидский шейх Хасан ибн ас - Саббах использовал гашиш для зомбирования будущих убийц, которых он набирал из сильных юношей, выходцев из беднейших слоёв населения. Низшую ступень в иерархической лестнице секты Хасана занимали «федави» - жертвующие за веру. Федави выполняли в секте только одну роль - убийц-смертников. Их зомбирование проводилось в несколько этапов. Сначала за счёт массивной обработки молодой человек превращался в религиозного фанатика. Затем юношу одурманивали гашишем до бессознательного состояния. После этого его переносили в потайной сад, оборудованный в соответствии с мусульманскими представлениями о рае. Очнувшись, федави, подготавливаемый к подвигу, блаженствовал короткое время в объятиях прекрасных гурий и наслаждался всевозможными удовольствиями. Затем его усыпляли снова и возвращали в прежнюю обстановку. Юношу уверяли, что молитвами шейха его душа только что побывала в раю, и он вернется туда, если отдаст жизнь, выполняя поручения шейха Хасана Федави.

В начале прошлого XX века гашиш начали употреблять в Европе.

Как и многие другие наркотики, гашиш обязан своей популярностью медикам.

В 1845 году во Франции врач Moreau de Tours предложил использовать гашиш при лечении психических заболеваний и для изучения психических функций. А в Англии инициатором гашишной эпидемии стал врач Вильям Ошаннеси. Ещё один врач – Жако Мориа привез из Алжира печенье с гашишем (дамамеску) и предложил попробовать своим друзьям-литераторам, среди которых был Шарль Бодлер и Теофил Готье. Эффект ошеломил представителей литературной богемы и вскоре был организован первый «Клуб любителей гашиша». Клуб быстро стал популярным, в него входили и такие известные писатели, поэты, как Поль Верлен, Артюр Рембо и другие. Они достаточно подробно описали эффекты наркотика. Эти рассказы были отталкивающими, неприглядными, видимо, благодаря этому широкого распространения наркотик не получил. Его массовое употребление прекратилось лет в Европе более чем на сто и возобновилось в начале второй половины XX века, когда марихуану (гашиш) заново завезли из США с движением хиппи.

В начале XIX века американские медики начинают использовать препараты из конопли в медицине в качестве «общего лекарства широкого применения». Из Восточной Бенгалии в США поступает «Экстракт Тилдена Каннабис Индика». В 1850 году марихуана входит в официальную фармакопею Соеди-

ненных Штатов Америки. Её официальное применение продолжалось до 1942 года. Правительство и прогрессивная общественность пытались бороться с распространением марихуаны. Так, директор Федерального бюро по наркотикам Гарри Дж. Анслингер в 1932 году назвал марихуану главной угрозой безопасности и благосостоянию страны. Благодаря Анслингеру в ряде штатов было запрещено выращивание и употребление марихуаны. В памфлете Федерального бюро по наркотикам «Марихуана или индийская конопля и её употребление», выпущенном в 1936 году, говорилось: «Из-за продолжительного употребления марихуаны развивается агрессивность, подобная симптомам белой горячки, что часто приводит к тяжёлым преступлениям - изнасилованиям, убийствам. Поэтому марихуану назвали наркотиком-убийцей» Вошедшее в привычку употребление марихуаны всегда вызывает явные повреждения мозга и приводит к сумасшествию».

В нашей стране, к сожалению, гашишизм был признан наркоманией в конце 50-х годов XX века. В подходе к проблеме гашишизма мы повторяем ошибки других стран.

На территории бывшего Советского Союза гашиш употребляли в основном в азиатских республиках и крупных городах европейской части Союза.

Молодые люди могли познакомиться с наркотиком в местах заключения, а также во время службы в армии. Весьма значительный процент роста числа наркозависимых лиц дало участие в военных действиях в Афганистане советских военнослужащих в 70-90 годы XX века.

Чингиз Айтматов в своем знаменитом романе «Плаха» описал Чуйскую долину, заполненную дурманом. Для Красноярского края (РФ) «Чуйская долина» находилась в Хакасии. Во время локальных военных конфликтов на территории бывшего Союза, и особенно во время Чеченской войны - наркотики были доступны для военнослужащих. Сколько из них стало наркоманами? Беспорядочная миграция населения вносит лепту в рост наркотизма. Но самый главный фактор – гашиш рентабелен для наркомафии. История гашишизма в Казахстане только начинается. Правительством принимаются меры по пресечению распространения этого наркотического вещества на территории Республики Казахстан.

Список использованной литературы:

1. Иванова Е.Б. Как помочь наркоману. – С-Пб.: Невский диалект, 2001. – 144 с.
2. Исаев М.Ю. Выход из наркотического тупика. – Новосибирск: ЮКЭА, 2000. – 120 с.

УДК 178.8:615.214

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.Е. Кервенов

заведующий Центрального врачебно-амбулаторного диспансера (ЦВАД), г. Аксу Павлодарской области

В настоящее время много работ в медицинской литературе посвящено лечению зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Медикаментозное лечение наркоманий в основном симптоматично. При этом всегда должна быть чётко определено для чего, и с какой целью применяется тот или иной лекарственный препарат (симптом, синдром-мишень). Применение лекарственных средств направленно на купирование собственно наркологической симптоматики:

- а) острой интоксикации (наркотического опьянения);
- б) психического влечения к наркотику;
- в) купирование состояния отмены, лечение физической зависимости;
- г) лечение последствий интоксикации.

В соответствии с этим все лекарственные препараты, используемые для лечения, можно разбить на группы, в зависимости от цели их применения:

– средства дезинтоксикации и антидоты.

Психотропные препараты, которые в свою очередь используются для купирования:

- 1) влечения к наркотику;
- 2) аффективных нарушений;
- 3) психопатоподобных нарушений;
- 4) психотических нарушений.

Препараты, используемые для купирования абстинентного синдрома и других проявлений физической зависимости.

Лекарственные средства различных групп, используемые для лечения последствий интоксикации.

Неспецифические средства дезинтоксикации применяются при острой интоксикации практически всеми психотропными веществами, цель их применения – ускорить выведение из организма веществ.

При острой интоксикации в ряде случаев целесообразно устранение соматовегетативных эффектов психотропных препаратов, таких как тахикардия

и повышение артериального давления при употреблении психостимуляторов, либо наоборот - при употреблении седативных препаратов, снижения артериального давления, брадикардии, угнетения дыхания.

При интоксикации некоторыми видами психотропных препаратов используются специфические антидоты:

- а) при интоксикации опиатами используется для протрезвления и при передозировках налоксона гидрохлорид в дозе 0,4 мг внутривенно или внутримышечно;
- б) при интоксикации транквилизаторами бензодиазепинового ряда используется флумазенил;
- в) при интоксикации барбитуратами используется бемеград.

Хотелось бы также отметить, что для большинства психотропных препаратов, которые употребляются лицами с лекарственной зависимостью, специфических антидотов не существует.

При этом широкое использование и применение психотропных препаратов в лечении, безусловно, оправдано для лечения психотических нарушений как при острой интоксикации различными психотропными препаратами, так и при отсроченных психозах (прежде всего нейролептики с седативным и антипсихотическим действием: аминазин, тизерцин, азалептин, клопиксол, галоперидол, трифтазин, рисполепт).

Не менее важно применение при декомпенсации личностных и поведенческих расстройств, коррекции аффективных нарушений при обостряющемся влечении к наркотику:

- *нейролептиков*: сонапакс, эглонил, хлорпроксен, тизерцин, неупелтил;
- *антидепрессантов с седативным и сбалансированным действием*: амитриптилин, пипразидол, ципрамил, миансерин, людиомил;
- *нормотимиков*: финлепсин, препараты вальпроевой кислоты;
- *транквилизаторов*: мебикар, мепробамат, гидазепам, диазепам).

Купирование состояния отмены (абстинентного синдрома) и преодоление физической зависимости зависит от вида потребляемого наркотика.

В настоящее время существует множество различных схем и подходов к купированию абстинентного синдрома. Для купирования астенических явлений, как проявления физической зависимости, широко используются ноотропы (пирацетам, аминалон, пиридитол, пантогам, фенибут, глицин, глутаминовая кислота), рациональная витаминотерапия (прежде всего группы В, С), и конечно с большой осторожностью используются психостимуляторы (сиднокарб), из-за возможности развития зависимости. При наличии в клинической картине дисфорических расстройств, немотивированного страха, беспокойства, сниженного фона настроения - хорошие резуль-

таты даёт применение финлепсина в дозе до 600-800 мг/сутки. По данным некоторых отечественных и зарубежных авторов, наибольший эффект получен при сочетании финлепсина с нейролептиками (сонопакс) и амитриптипином. Использование финлепсина при этом позволяет значительно снизить дозировку указанных групп препаратов без ослабления терапевтического эффекта.

Необходимым дополнением в лечении постабстинентных проявлений героиновой наркомании является назначение ноотропных препаратов, адаптогенов, витаминотерапия.

Последствия хронической интоксикации существенно зависят от вида психоактивного вещества, которым злоупотребляет больной с лекарственной зависимостью, примесей, содержащихся в наркотическом (токсикоманическом) препарате, которым злоупотребляет больной, сопутствующим инъекционному потреблению психоактивных веществ инфекционным и септическим осложнениям (инфекционный гепатит, ВИЧ-инфекция, сепсис, абсцессы и другие).

С учётом и наличием у больных различных сопутствующих патологий часто используется индивидуальная фармакотерапия направлена на лечение токсической энцефалопатии и нормализацию сердечнососудистой деятельности, на лечение токсических поражений печени и полиорганной недостаточности. Наиболее часто существенной проблемой является лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа у инъекционных наркоманов – это связано с дороговизной лекарственных средств и низкой их эффективностью (зидовудин, азидотимидин, ретровир, тимозид).

Важным принципом лечения лиц с психическими нарушениями, вызванными употреблением психоактивных веществ, является его этапность:

I этап – детоксикация (дезинтоксикация и/или купирование абстинентного синдрома);

II этап – коррекция соматоневрологических, психических нарушений и первичная противорецидивная терапия;

III этап – поддерживающая, противорецидивная терапия. Основу этапа составляют немедикаментозные методы, прежде всего психотерапия.

В настоящее время имеется широкий арсенал немедикаментозных методов лечения (различные варианты рефлексотерапии, лазеротерапия, внутривенное лазерное облучение крови, ультрафиолетовое облучение крови, гипербарическая оксигенация, поверхностная управляемая краниocereбральная гипотермия, сорбционные методы лечения: малая и большая гемосорбция, энтеросорбция и др.), которые используются на всех этапах лечения лекарственной зависимости.

Несомненно, медикаментозное лечение на этапе поддерживающей противорецидивной терапии должно сочетаться с различными вариантами психотерапии, участием пациента в психотерапевти-

ческих сообществах. Спорным остаётся принцип субституции в лечении пациентов с зависимостью от психоактивных веществ. Единственная оправданная цель длительного применения психоактивных

веществ, вызывающих зависимость у наркологических больных, – это уменьшение вреда от наркотизации для каждого пациента в отдельности и общества в целом.

Список использованной литературы:

1. Линский И.В. *Фармакотерапия при синдроме лишения опиоидов у больных с различной прогрессивностью опиомании.*
2. Линский И.В., Самойлова Е.С., Первомайский Э.Б., Голощапов В.В. *Традиционные и перспективные сферы применения налоксона в клинической практике (обзор).*
3. Линский И.В., Минко А.И., Кузьминов В.Н. и др. *От налоксона до вивитрола: блокаторы опиатных рецепторов в клинической практике.*
4. Кузьминов В.Н., Абрисимов А.С. *Наркомании, токсикомании: фармакотерапия наркологических заболеваний // Лекарственные средства в наркопсихофармакологии / Под ред. В.А. Шаповаловой, В.В. Шаповалова. – Харьков: Прапор, 2002. – С. 68-107.*

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851; 316.334:61

К ВОПРОСУ О ПОДРОСТКОВОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

А.П. Лисовик
Н.Т. Нурғалиева

директор ГККП «Областной наркологический диспансер», г. Талдыкорган
и.о. заведующего наркологическим отделением ГККП «Областной наркологический диспансер», г. Талдыкорган
заведующий отделением для принудительного лечения ГККП «Областной наркологический диспансер», г. Талдыкорган

Д.Б. Кокумбеков

На сегодня проблема алкоголизма касается не только взрослых, но и подростков. В последнее десятилетие произошло явное омоложение алкоголизма.

Причины подросткового алкоголизма

Физиологическими причинами развития алкоголизма могут быть особенности строения и развития организма. К примеру, причины могут крыться в особенностях внутриутробного развития плода, в формировании ребёнка в детстве или могут зависеть от особенностей обмена веществ в организме и перенесённых заболеваний. Свою роль при этом играет возраст и пол подростка [1].

Немаловажным фактором приобщения детей и подростков к алкоголю являются специфические особенности поведения, характерные для данного возраста, в частности потребность к группированию со сверстниками из потребности идентификации с ними. Употребление спиртного становится характерным занятием для определённой группы лиц, поэтому подросток, который хочет стать членом такой компании, также начинает пить.

Желание не отстать от сверстников и стремление к приобретению популярности среди них играет важную роль в развитии пристрастия к наркотикам и алкоголю среди этой категории населения. В конце

концов, многие из этих подростков начинают нуждаться в квалифицированной помощи и в соответствующем лечении [2].

Наследственная предрасположенность является ещё одной причиной формирования алкоголизма у детей и подростков. При этом вероятность развития болезненного пристрастия у детей в 5 раз выше в случаях, когда оба родителя страдают алкоголизмом. Но с уверенностью можно утверждать, что наследственная предрасположенность к алкоголизму это лишь фон, на котором действуют психологические и социальные факторы, подталкивая организм человека к более быстрому развитию алкогольной зависимостью.

Социальные причины развития алкогольной зависимости многогранны, и касаются нашей жизни в обществе с его порой жёсткими законами и правилами.

Большую роль в приучении подростков к алкоголю оказывают телевидение, реклама и другие средства массовой информации. Реклама показывает алкогольные напитки как непреходящий атрибут любого отдыха и развлечений, призывая к весёлому образу жизни [3].

Бесконтрольная продажа спиртных напитков является ещё одним фактором, способствующим формированию алкогольной зависимости у де-

тей. В большинстве случаев киоски располагаются рядом с детскими садами и учебными заведениями. Пиво отнесено к категории слабоалкогольных напитков и стало вполне доступным для детей и подростков.

Школа (учителя, психологи, социальные педагоги) занимают порой позицию невмешательства в процесс алкоголизации и криминализации детей и подростков, перекладывая эти функции на плечи родителей и правоохранительных органов.

К одной из причин социального характера относятся семейные взаимоотношения. В большинстве случаев употребление алкоголя имеет место у детей и подростков из социально неблагополучных семей. Однако имеются тенденции к появлению пациентов наркологического профиля из благополучных, на первый взгляд, семей. Так, у части подростков родители – это материально обеспеченные успешные люди. Это объясняет постоянную занятость служебной деятельностью, из-за чего для духовного воспитания своих детей не остаётся времени. Дети из таких семей забрасывают учебу, приобщаются к азартным играм, ведут праздный образ жизни.

Питейные традиции, поддерживаемые из поколения в поколение, так же играют большую роль в формировании зависимости. Причинами употребления спиртного могут быть любопытство, подражание родителям, другим значимым людям. Приобщение к алкоголю в семье является одной из основных проблем. Дети, наблюдая за взрослыми на праздниках, начинают думать, что употребление алкоголя является нормой и обязательной составляющей семейных застолий.

Ещё одной причиной развития подросткового алкоголизма можно считать дисфункциональные взаимоотношения в семье ребёнка. Подтолкнуть подростка к алкоголизму могут:

- негативные межличностные отношения внутри семьи;
- чрезмерная опека со стороны родителей; семейное насилие;
- поклонение и вседозволенность, потакание всем слабостям и желаниям ребенка и т.д.

У подростков, впервые попробовавших алкоголь, устойчивость к алкоголю очень низка (50-100 мл водки), при этом, чем меньше возраст, в котором впервые произошло опьянение, тем устойчивость ниже. При постоянном приёме алкоголя (до 2-3 раз в течение месяца) устойчивость к воздействию алкоголя у подростка увеличивается. Образ жизни, характерный для «алкогольной» компании, ошибочно воспринимается подростком как нормальный и естественный. Естественным считается приём алкогольных напитков в выходные дни, перед танцами и во время отдыха с друзьями. Вместо активной социальной жизни круг интересов сужается до проблем, обсуждаемых в «алкогольной» компании.

Статистика показывает, что подростки тратят своё свободное время на примитивные, бесцельные занятия:

- а) игры в карты, не редко на деньги;
- б) прослушивание музыки;
- в) бесцельные прогулки по улицам;
- г) просиживание в барах или кинотеатрах.

Приём спиртных напитков принимает регулярный характер и становится неременным атрибутом времяпрепровождения, увеличивается число поводов и мотивов для пьянства: «пью для улучшения настроения», чтобы «расслабиться», «потому что нравится пить» и другие. В результате этого употребление спиртного незаметно становится практически главным смыслом жизни.

В городе Талдыкорган в апреле 2012 года проведено анонимное анкетирование, в котором участвовали 301 школьник 8-11 классов общеобразовательных школ города.

Целями исследования являлись:

- 1) выявление лиц из «группы риска», склонных к злоупотреблению алкоголя;
- 2) расширение знаний подростков о вреде, причинах и опасности употребления алкоголя;
- 3) привитие навыков, способствующих формированию здорового образа жизни.

Задачи исследования:

- проведение анонимного анкетирования в средней школе города Талдыкоргана среди учеников 8-11 классов городских школ;
- уточнение основных предикторов, влияющих на формирование алкоголизма у подростков;
- выведение основных направлений профилактической работы с несовершеннолетними.

Результаты опросов показали, что большая часть учащихся 8-11 классов уже не только попробовали табачные изделия, но и покупали различные спиртные напитки.

Причинами первого употребления алкоголя дети называли:

- а) любопытство – 56%;
- б) употребление за компанию – 34%;
- в) подражание – 7,3%;
- г) дань моде на выпивку – 2,7%.

Опрошенные школьники, которые пробовали спиртные напитки, указали, что первая реакция на пробу алкоголя у 30% из них была негативная (отмечают плохое самочувствие), 50% из числа опрошенных лиц алкоголь не понравился и только 20% опрошенных детей употребление спиртного понравилось.

Тревожным является ответ учащихся о лицах, способствовавших первому употреблению спиртного. Так из ответов детей установлено, что «угощал» алкоголем отец, дедушка или кто-то из родственников.

При анкетировании было установлено, что 17% из 354 опрошенных учащихся принимали алкоголь. Это является серьёзным поводом для беспокойства,

поскольку употребление алкогольных напитков в таком возрасте может вызывать алкоголизм.

По результатам анкетирования выявлено, что в нашем городе девочки реже, по сравнению с мальчиками, пробуют спиртное в раннем возрасте. Для девочек было характерно приобщение к спиртным напиткам в возрасте от 15 до 17 лет. Так, из 354 опрошенных детей попробовали спиртные напитки только 26 девочек: 1 чел. – «Понравилось», 19 чел. – «Не понравилось», 6 чел. отмечают плохое самочувствие.

Интересным является исследование занятости детей в течение дня. Так, более 38% подростков, имевших опыт употребления алкогольных напитков, не читают художественную литературу, 41% - не занимаются спортом.

Так по результатам анкетирования употребление спиртных напитков встречается 2 раза чаще в неполных семьях.

Последствия регулярного употребления алкоголя подростками гораздо серьезнее и опаснее, чем в зрелом возрасте. Это связано с продолжающимися физиологическими процессами роста и развития всех жизненно важных систем и функций организма.

Отметим лишь некоторые из этих последствий:

- раннее начало половой жизни, алкоголизация приводят к дисфункциям растущего организма, что может повлечь риски к снижению либидо, потенции;
- возникновение опасности заражения венерическими болезнями или инфекциями, передаваемыми половым путем, гепатитами В или С, ВИЧ-инфекцией;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- заболевания печени;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- заболевания почек и мочевыводящих путей;
- заболевания дыхательных путей;
- снижение иммунитета;
- заболевания эндокринной системы;
- изменение состава крови, анемия и т.д.;
- изменение в психической сфере ребёнка (расстройства, преимущественно в эмоциональной и волевой сфере, падает общественная активность, угасают трудовые навыки, страдают здоровое честолюбие и нравственные качества).

Профилактика подросткового алкоголизма

Личность формируется с детства. Поэтому профилактика алкоголизма должна начинаться, прежде всего, в детском и подростковом возрасте с формирования здоровой в психическом и физическом плане личности.

Профилактика детского и подросткового алкоголизма должна проводиться одновременно в нескольких направлениях.

Целью профилактики алкоголизма на уровне семьи является включение соблюдения здорового образа жизни, отказ от злоупотребления алкоголем в семье, рациональное питание, соблюдение режима дня и сна, антиалкогольное воспитание в семье и т.п.

Профилактика алкоголизма на уровне школы предполагает: педагогический такт, установление контакта учителя с учащимися, приобщение к активному занятию физкультурой и спортом, организованная работа школьного врача по профилактике алкоголизма, осуществление санитарно-просветительской работы и т.п.

В качестве профилактических мер со стороны государства должны быть:

- а) запрет продажи алкогольной продукции лицам моложе 18 лет;
- б) запрет рекламирования пива по телевидению до 21:00;
- в) привлечение к ответственности за вовлечение несовершеннолетних в пьянство, доведение до состояния алкогольного опьянения;
- г) запрет приёма несовершеннолетних на работу, связанную с производством, хранением и торговлей спиртными напитками и т.п.

Проблеме подросткового алкоголизма нужно уделять особое внимание, не пускать всё на самотек. Дети – наше будущее, и если не обратить на это внимание сегодня, завтра, возможно, будет уже поздно!

Список использованной литературы:

1. Еникеева Д.Д. *Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков.* – М., 1999.
2. Мартыненко Н.В., Валентик Ю.В., Полеской В.А. и др. *Формирование здорового образа жизни молодежи.* – М., 1998.
3. Сирота Н.А. *Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма.* – М., 2003.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПСИХОПАТОПОДОБНОГО СИНДРОМА В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (литературный обзор)

Л.И. Матвиевская
Т.У. Саидов

врач-нарколог Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана
врач-нарколог ГКП на ПХВ «Павлодарский областной центр профилактики
и лечения зависимых заболеваний», г. Павлодар

Клинический анализ болезней химических зависимостей должен строиться на основе нескольких принципов:

- учёт синдромальной структуры;
- определение патогенетических связей основных ее компонентов;
- прикладная спецификация в форме мишеней, позволяющих планировать конкретные лечебно-реабилитационные мероприятия.

В связи с этим практическое значение имеет дедуктивный метод диагностического поиска: от общего – к частному.

Верификация наркологического диагноза требует анализа на синдромальном уровне с выявлением психопатологических мишеней. «Сырьём» для определения клинического профиля заболевания каждого конкретного пациента являются как данные анамнеза, так и показатели объективного состояния. Последние определяются, по сути, методом поперечных срезов. При реализации лечебно-диагностических мероприятий специалист имеет дело с множеством таких «срезов», порой различающихся по их структурным составляющим [5]. Поэтому очень важным является учёт и опора на ключевые показатели статусного состояния больного. В частности, это может относиться к системе координат по сферам психической деятельности: эмоциональной, перцептивной, поведенческой, сферы сознания (К.Н. Букашов).

Среди всех компонентов психической деятельности самым объективным показателем является поведение пациента.

Поведение человека трактуется как имеющая природные предпосылки, но в своей основе социально обусловленная, опосредствованная языком и другими знаково-смысловыми системами деятельность, типичной формой которой является труд, а атрибутом – общение. Своеобразие поведения индивида зависит от характера его взаимоотношений с группами, членом которых он является, от групповых норм, ценностных ориентации, ролевых предписаний. В основе поведения лежат потребности животного организма, над которыми надстраиваются исполнительные действия, служащие их удовлетворению. Генезис форм поведения обусловлен усложнением условий среды обитания, в частности переходом из гомогенной среды в предметную, а затем социальную среду.

Любой поведенческий паттерн или устойчивый динамический стереотип зависит от трёх составляющих: собственно личности, ситуации, вызывающей прорыв барьера психической адаптации, и следующих за ним психопатологических проявлений, складывающихся в психопатологическую единицу – синдром.

Применительно к наркологической практике в качестве отклоняющихся форм поведения встречаются асоциальная, агрессивная формы поведения.

Под асоциальным поведением понимаются поступки индивидуума, противоречащие признанным в обществе нормам. В качестве социальной нормы выступает такое поведение, которое отражает типичные социальные связи и отношения, характерные для большинства представителей социальной группы, одобряемые ими и встречающиеся наиболее часто. Норма отражает не только желаемое или предписываемое, но и, прежде всего, реализуемое в объективной действительности [3].

К асоциальному (антиобщественному) поведению относятся:

- поступки, связанные с невыполнением или непризнанием нравственных норм поведения;
- отказ от трудовой деятельности;
- бродяжничество;
- беспорядочные и извращённые половые отношения (исключая уголовно наказуемые);
- вызывающая манера поведения, одежда, причёска.

Тесно связанным со злоупотреблением психоактивных веществ (ПАВ) считается также делинквентное поведение. Делинквентность – это синдром патохарактерологической реакции у подростков, заключающийся в совершении правонарушений, не достигающих степени преступного действия, наказуемого в судебном порядке. Чаще всего делинквентность наблюдается при психопатиях и акцентуациях личности неустойчивого типа, провоцируется недостатками воспитания, безнадзорностью, беспорядочным образом жизни, злоупотреблением ПАВ [1].

Девiantное поведение – это любое отклонение от установленных поведенческих норм. Когда отклоняющееся поведение включает в себя прямые или косвенные разрушительные тенденции с элементами и без элементов враждебного отношения к обществу, говорят об асоциальном или антисоциальном поведении. Антисоциальное поведение направ-

лено непосредственно прямо против общества, асоциальное – вступает в противоречие с общепринятыми нормами и опосредованным образом наносит вред обществу. Делинквентное поведение соответствует противоправному действию, применяемому по отношению к взрослым.

Согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ – 10) нарушение норм общественной жизни может быть рассмотрено в рамках отдельной рубрики – «Диссоциальное расстройство личности». Использование данной диагностической формулировки правомерно лишь при наличии эталонных критериев психопатии – устойчивость, тотальность, социальная дезадаптация [2].

Анализируя поведение зависимых людей, необходимо отметить, что между зависимым и асоциальным поведением нельзя ставить знак тождества. Химические аддикты вступают в противоречие с нормами морали только в определённых случаях. При реализации отклоняющего поведения должны взаимодействовать две группы факторов:

- 1) измененный уровень личностного реагирования – конституциональные (ядерные), краевые психопатии, органические изменения личности;
- 2) позитивные расстройства, «двигатели» асоциального поведения – психопатические реакции, фазы, состояния декомпенсации, обострение патологического влечения к ПАВ [6].

Примечательны данные, которые приводит в своей статье А.Л. Игонин (2004). Он описывает динамику социальной дезадаптации и становления асоциального поведения применительно к этиологии зависимости. Так, при алкогольной болезни происходит определённая закономерность: первоначально нарушаются межличностные отношения больного с членами семьи и родными, затем эти нарушения распространяются на ближайшее окружение и, наконец, захватывают сферу производственных отношений. Соответственно характеру межличностных нарушений меняется и поведение больного – от семейных конфликтов и скандалов к нарушению существующих правил общежития и открытой оппозиции обществу и существующим в нем взглядам на мораль. Этот процесс происходит параллельно посталкогольным изменениям личности. Для наркозависимых лиц преимущественно характерен обратный вектор динамики. Первоначально страдает социальный статус зависимого лица, его производственные отношения, внутрисемейные связи же длительное время могут оставаться внешне сохранными. Это может быть обусловлено как линией поведения наркомана, так и характером его созависимого окружения [4].

При квалификации поведения наркологических пациентов важно также определить уровень отклонения от социальных норм. Согласно этому принципу может быть использован подход А.К. Качаева и И.Г. Уракова (1979). Они разделяют проблему десоциализации на два понятия: асоциальность поведения и социальное снижение.

Асоциальное поведение объединяет в себе как конфликты в семье, нарушение существующих норм общежития, так и открытую оппозицию существующим нормам морали, законности, права. Социальное снижение более глубоко и определяет снижение и утрату прежнего социального статуса, изменение прежней социальной ориентации больного, несоответствие индивидуального поведения больного потребностям общества.

Используя данный дихотомический подход при рассмотрении социального статуса зависимых пациентов, можно констатировать, что по мере продвижения от этапа к этапу медико-социальной реабилитации (МСР) происходит «отсеивание» пациентов с выраженными формами десоциализации – в частности с социальным снижением. Кроме того, выявляется другая закономерность – сам феномен «десоциализации» является фактором, снижающим комплаенс пациентов программе МСР.

Практикующему специалисту очень важно определить таксономию феномена диссоциального поведения в рамках зависимости.

Так, асоциальное поведение зависимых лиц напрямую не относится к сфере патологических изменений, чаще всего остается в сфере – девиантологии, то есть, по сути, соответствует поведению, отклоняющемуся от общепризнанных норм поведения.

Социальное снижение сопровождается проявлениями психопатоподобного синдрома, а также личностного изменения, что приводит к глубоким переменам в личностной и социальной жизни больного.

Круг психопатоподобной симптоматики коррелирует с низким уровнем образования, преморбидной лабильностью, неуравновешенностью, экстравертированностью, низкой адаптивностью, ранним началом приёма ПАВ, высокой прогрессивностью зависимости.

Психологический профиль психопатоподобного поведения вычерчивается через следующие признаки:

- а) недостаточная социализация влечений, пренебрежительное отношение к моральным и этическим ценностям;
- б) аффективная ригидность, подозрительность, недоверчивое, враждебное отношение к окружающим людям;
- в) напряженность, неудовлетворенность ситуацией, ощущением собственной дезадаптации;

- г) неадекватно завышенная самооценка, стремление отрицать какие-либо трудности, прогрессирующее снижение критики к своему состоянию;
- д) стремление обратить внимание окружающих на неблагоприятное состояние своего здоровья в сочетании с вытеснением из сознания нежелательных и неприятных фактов.

Каждый из выше перечисленных психологических признаков может при своем доминировании окрашивать общий психопатоподобный синдром определенными «тонами»: истероформным, возбудимым, паранойяльным, дистимическим.

Для истинных психопатий характерна собственная патогномичная динамика в виде психопатических фаз, реакций, декомпенсаций.

В отличие от психопатического синдрома, психопатоподобная симптоматика подчиняется динамике ведущего симптомокомплекса и общей нозологии. Однако провести дифференциальную диагностику между двумя однокоренными синдромами чаще всего бывает сложно, особенно если учитывается лишь статусные характеристики.

Таким образом, ключевыми в диагностике и оценке психопатоподобного синдрома являются его динамические характеристики.

Во-первых, необходимо определить в рамках какого клинического образования актуализируется психопатоподобная симптоматика. В группе болезней зависимости таким «иницирующим» фактором может быть:

- патологическое влечение к ПАВ;
- церебральное органическое неблагополучие на уровне резидуальной или текущей органики (психоорганический синдром);
- первичный «эндогенный» диагноз.

Список использованной литературы:

1. Благоев Л.Н. *Опиоидная зависимость: клинико-психопатологический аспект*. – М.: Гениус, 2005. – 316 с.
2. Бехтель Э.Е. *К вопросу о глубине терапевтической ремиссии и возможности полного выздоровления при хроническом алкоголизме* // В кн.: *Вопросы психиатрии*. – Вологда, 1968. – С. 185-188.
3. Ережесов Н.Б., Катков А.Л. *Динамика редукции основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, получающих противорецидивную и поддерживающую терапию после стандартной детоксикации* // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2010. – Том X, № 2. – С. 7-13.
4. Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б., Иришкин Д.А. *Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение (обзор литературы)* // *Наркология*. – 2004. – № 3. – С. 50-58.
5. Марилов В.В. *Частная психопатология*. – М.: Академия, 2004 – С. 7-9.
6. *Наркология. Национальное руководство / под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой*. – М.: Геотар-Медиа, 2008. – С. 175-195.

Во-вторых, необходимо идентифицировать факторы, обостряющие психопатоподобную симптоматику:

- ситуации психологической фрустрации;
- конфликты;
- соматическое неблагополучие.

В-третьих, учитывается ось личностных особенностей, в том числе на уровне акцентуаций.

В-четвертых, следует определить конкретные составляющие психопатоподобного синдрома. При этом следует учитывать, что «первичными» нарушениями в структуре психопатического синдрома являются расстройства эмоционально-волевой сферы. Для психопатоподобного синдрома характерны преимущественно поведенческие расстройства.

Соответственно в динамике психопатоподобного синдрома можно ожидать волнообразного течения в виде обострения или послабления отдельной группы симптомов. В данном утверждении отражен пятый критерий, по которому анализируется феномен психопатоподобного синдрома.

Таким образом, можно констатировать, что существует ряд «фасадных» синдромов, определяющих внешнюю – клиническую сторону химической зависимости. Одним из таких симптомокомплексов является психопатоподобный синдром. Его клиническая оценка важна для выстраивания терапевтической тактики, даёт возможность влиять на комплаенс пациента психотерапевтическому процессу, позволяет судить о компенсаторных возможностях в каждом конкретном случае. Кроме того, психопатоподобный синдром дает клиницисту косвенную информацию о степени снижения его социального функционирования (дезадаптации). Актуальность такого подхода обусловлена главной целью реабилитационного процесса – формирование у реабилитанта способности адекватного и успешного реагирования на изменения условий внешней среды.

**ПРИКЛАДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
В ОЦЕНКЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ
(литературный обзор)**

С.П. Назарова

врач-нарколог Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана

Синдром – это комплекс симптомов. Психопатологический синдром – более или менее типичная совокупность внутренне (патогенетически) связанных между собой психопатологических симптомов, в особенностях клинических проявлений которой находит своё выражение объём и глубина поражения психических функций, острота и массивность действия на мозг патогенной вредности [5]

Психопатологические синдромы – это клиническое выражение различных видов психической патологии, которые включают психические заболевания психотического (психозы) и непсихотического (неврозы, пограничные) типов, кратковременные реакции и стойкие психопатологические состояния [3, 4].

Существует общепринятая классификация синдромов с определением позитивного и негативного кругов.

Единый взгляд на понятие позитивные, а соответственно и негативные, синдромы в настоящее время практически отсутствует. Позитивными считают синдромы, которые представляют собой качественно новые, отсутствующие в норме, симптомокомплексы (их ещё называют патологические позитивные, «плюс» – расстройства, явления «раздражения»), свидетельствующие о прогрессировании психического заболевания, качественно меняющие психическую деятельность и поведение пациента. Негативные синдромы – это выпадение из созревшей психической деятельности тех или иных присущих ей качеств и свойств, «минус» - симптомы, появление симптомов ущерба, изъяна, недостаточности психической деятельности на различных её уровнях, то есть возникновение психического дефекта.

В наркологической практике встречается подавляющее большинство психопатологических синдромов. Сохраняется общая закономерность – частота представленности синдрома обратно пропорциональна тяжести этого синдрома.

В связи с этим наиболее ожидаемым симптомокомплексом является астенический синдром.

Астенический синдром – состояние нервно-психической слабости – наиболее распространённый в психиатрии, неврологии и общей медицине, и в то же время простой синдром преимущественно количественных расстройств психики. Ведущее проявление – собственно психическая астения. Выделяют два основных варианта астенического синдрома – эмоционально-гиперестетическая слабость (гиперстенический и гипостенический) [4].

Согласно данным Даренского И.Д. (2003) при эмоционально-гиперестетической слабости легко и быстро возникают кратковременные эмоциональные реакции недовольства, раздражительности, гневливости по незначительным поводам (симптом «спички»), эмоциональная лабильность, слабодушие; больные капризны, мрачны, недовольны. Также лабильны влечения: аппетит, жажда, пищевые привязанности, снижение либидо и потенции. Характерны гиперестезия к громкому звуку, яркому свету, прикосновению, запахам и тому подобное, нетерпимость и плохая переносимость ожидания. Сменяемая истощаемостью произвольного внимания и его концентрации, нарастает отвлекаемость, рассеянность, затрудняется сосредоточение, появляется снижение объема запоминания и активного воспоминания, что сочетается с затруднениями осмысления, скорости и оригинальности решения логических и профессиональных задач. Всё это затрудняет и нервно-психическую работоспособность, появляется усталость, вялость, пассивность, стремление к отдыху [3].

Типично обилие соматовегетативных расстройств: головные боли, гипергидроз, акроцианоз, лабильность деятельности сердечно-сосудистой системы, нарушения сна, преимущественно поверхностный сон с обилием бытовых сновидений, частыми пробуждениями вплоть до устойчивой бессонницы. Нередка зависимость соматовегетативных проявлений от метеорологических факторов, переутомления.

При гипостеническом варианте на первый план выступают преимущественно физическая астения, вялость, усталость, разбитость, быстрая утомляемость, пессимистическое настроение с падением работоспособности, повышенной сонливостью с отсутствием удовлетворения от сна и ощущением разбитости, тяжести в голове утром.

Астенический синдром встречается при соматических (инфекционных и неинфекционных) заболеваниях, интоксикациях, органических и эндогенных психических заболеваниях, неврозах. Он составляет сущность неврастения (астенический невроз), протекая в три этапа: гиперстенический, раздражительной слабости, гипостенический [1].

Хотя больные и описывают астению как повышенную утомляемость, научное определение астенического состояния требует отграничения его от простой утомляемости. В отличие от утомляемости (обозначаемой иногда как донозологическая астения – физиологическое состояние, которое следует за интенсивной и продолжительной мобилизацией

организма, как правило, возникает быстро и исчезает после отдыха, не требует медицинской помощи), астеническое состояние представляет собой патологию, появляется постепенно и не связано с необходимостью мобилизации организма, длится месяцы и годы, не восстанавливается после отдыха и требует медицинского вмешательства. Донозологическая астения часто возникает после чрезмерных физических, психических или умственных нагрузок, при неправильном чередовании работы и отдыха, систематическом недосыпании, адаптации к новым климатическим условиям и др. В литературе обозначается как информационный невроз, синдром менеджера, синдром «белых воротничков», синдром руководящих кадров, астения у иностранцев, астения при смене часовых поясов, астения у спортсменов, ятрогенная астения. В отличие от этого появление астенических расстройств обусловлено более разнообразными и часто связанными с другой имеющейся патологией причинами.

Сам симптомокомплекс астенического состояния как патологического истощения после нормальной активности, снижения энергии при решении задач, требующих усилия и внимания, или генерализованного снижения способности к действию, состоит из трех составляющих:

- проявления собственно астении;
- расстройства, обусловленные лежащим в основе астении патологическим состоянием;
- нарушения, вызванные реакцией личности на болезнь.

Вторая составляющая астенического расстройства, а именно лежащие в её основе патологические состояния, и является тем главным признаком, с учё-

том которого предлагается современная классификация астенических состояний. Органическая астения, доля которой во всех астенических состояниях оценивается в 45%, развивается на фоне хронических, часто прогрессирующих органических (неврологических), психических и соматических заболеваний. К ним относятся инфекционные, эндокринные, гематологические, неопластические, гепатологические, неврологические, психические (прежде всего шизофрения, злоупотребление психоактивными веществами) и другие болезни [2].

В отличие от органической функциональная (реактивная) астения, составляющая 55% в общей структуре астений, характеризуется, прежде всего, принципиальной обратимостью, так как возникает вслед или в качестве компонента ограниченных во времени или курабельных патологических состояний. К их числу относятся острая астения, возникающая как реакция на острый стресс или значительные перегрузки на работе; хроническая астения, появляющаяся после родов (послеродовая астения), перенесённых инфекций (постинфекционная астения) или в структуре синдрома отмены, кахексии.

Отдельно в связи с чрезвычайной значимостью проблемы выделяется психиатрическая астения, при которой в структуре функциональных пограничных психических расстройств (тревога, депрессия, инсомния) выявляется астенический симптомокомплекс.

Астенический синдром образует континуум различных по этиологии и патогенезу состояний (рисунок 1):

- а) состояния истощения (реакции психики на стрессы, психоэмоциональные и физические перегрузки, например неврастения);

Астенические синдромы



Рисунок 1. Систематика астенических синдромов (Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н., 2010) [1]

-
-
- б) состояния выгорания (расстройства, связанные с длительной деятельностью во фрустрирующих условиях);
 - в) соматогенные астении (принято различать астенические состояния, сопровождающиеся повышенной температурой, и астенические состояния метаболического, эндокринного, гематологического, опухолевого происхождения);
 - г) органические астении (церебрастении) – состояния, связанные с метаболическими, дисциркуляторными, атрофическими мозговыми нарушениями;
 - д) стенодепрессивный синдром (различают резидуальные депрессии и депрессии истощения Киелхольца);
 - е) эндогенная витальная астения (юношеская астеническая несостоятельность, процессуальная астения при шизофрении) [4].

Клиническая картина астении определяется не только глубиной существующих расстройств, но и такими двумя важными факторами, как конституциональные особенности больного и этиологический фактор. Очень часто оба эти фактора тесно переплетаются. Можно видеть и обратное влияние: развившаяся астения постоянно усиливает многие свойственные больному характерологические черты. Особенно это свойственно тем больным, в характере которых в явной или в скрытой форме существует склонность к астеническому реагированию – «астеническое жало» (Kretschmer E., 1920).

Астения при наркологических заболеваниях не относится к специфическим симптомокомплексам, однако большинство наркологических синдромов «впитывают» в себя часть симптомов астенического круга.

Астенические расстройства формируются уже на начальных этапах зависимостей, постепенно нарастают по мере прогрессивной динамики и со временем становятся стойкими и необратимыми. Динамика астенических расстройств по мере увеличения стажа наркотической зависимости характеризуется трансформацией её гиперстенического варианта в гипостенический со снижением способности к обратному развитию и нивелированию [1].

Список использованной литературы:

1. Бохан Н.А., Буторина Н.Е., Кривулин Е.Н. *Общая психопатология в клинической наркологии: Учебное пособие.* – Челябинск, 2010.
2. Гаспер И.Б. *Динамика героиновой наркомании при присоединении соматогенной психопатологии: автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н.* – М., 2008. – 142 с.
3. Даренский И.Д. *Расширенная клиническая оценка состояния наркологических больных // Наркология.* – 2003. – № 8. – С. 34-37.
4. Кусаинов А.А. *Негативные психопатологические синдромы в клинике героиновой наркомании.* – Павлодар, 2011. – С. 113.
5. Чирко В.В., Демина М.В. *Симптомы и синдромы аддитивных заболеваний // Наркология.* – 2009. – № 5. – С. 67-73.

Астенические состояния чрезвычайно полиморфны, но типичными и постоянными являются: повышенная утомляемость, трудность концентрации внимания, замедление восприятия. Характерными являются: эмоциональная лабильность, повышенная ранимость и обидчивость, быстрая отвлекаемость. На астеническом фоне часто имеет место непроизвольное возникновение различных, ярких, образных воспоминаний, фантазирование.

Помимо астении в чистом виде довольно часты её сочетания с депрессией, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондричностью.

В структуре болезней зависимости астеническая симптоматика зачастую является «фасадной», формируя клинический профиль заболевания – в том числе «надводную часть айсберга патологического влечения». Клинически это имеет важное значение по ряду причин [5].

Таким образом, можно подвести итоги, применительно к клинике болезней зависимости.

Во-первых, практическая оценка астенического синдрома составляет важную часть инициации терапевтического процесса. Пациенты зачастую вербализируют именно данные симптомы. От понимания и оценки данных жалоб зависит судьба будущего терапевтического комплаенса.

Во-вторых, астенический синдром появляется «на заре» таких периодических состояний как патологическое влечение, абстиненция, депрессивные состояния, психопатические фазы.

В-третьих, клиника астенического синдрома зачастую служит для индикации состояний качества ремиссии.

Таким образом, при планировании лечения и определении прогноза заболевания важным является учет «классических» синдромов, которые позволяют выстраивать патогенетическую терапию в рамках концепции целостных патологических реакций организма.

В связи с этим, коррекция астенических состояний направлена на универсальное звено патогенеза зависимости и касается рассмотрения энергетической составляющей болезнью зависимости.

ТҮЙІНДЕМЕ

ХИМИЯЛЫ• ТӘУЕЛДІ АДАМДАРДЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫ• ДЕНСАУЛЫ• ДЕҢГЕЙІ МЕН ПСИХОЛОГИЯЛЫ• ТӘУЕЛДІЛІКТЕРІ БАРЫНЫҢ ӨЗАРА • АТЫНАСЫ

Ж.К. Мұсабекова

Наша•орлы•тың медициналы•әлеуметтік проблемаларының Республикалы• ғылыми-практикалы• Орталығында (•аза•стан, Павлодар •аласы) стационарлы• емделуден өтіп жағ•ан химиялы• тәуелді 52 адамды психологиялы• денсаулы• деңгейінің сұра•намасын (НМЭП Р•ПО авторлы• ұжым) және түрлі тәуелділікке бейімділік диагностикасының әдісін (автор Лозовая Г.В.) •олданумен таңдап зерттеу нәтижелері химиялы• тәуелді адамдардың химиялы• емес (психологиялы•) тәуелділікке тарту •ауіптерімен психологиялы• денсаулы• тапшылығының болуы өзара байланысты екенін көрсетеді.

СТУДЕНТТІК ЖАСТАР АРАСЫНДА•Ы АДДИКТИВТІ ТӘРТІПТІҢ ХИМИЯЛЫ• ЕМЕС ТҮРІНЕ ӨУЕСТЕНУДІҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫ• •АУІП ФАКТОРЫ

А.З. Нұрғазина, К.Ж. Алина, Е.Е. Кервенов, С.Н. Бугаенко

Ма•алада психологиялы• денсаулы•тың сипаттамасы – жеке бастың ұ•састығы толы• суреттеледі. Жасөспірімдік жаста жеке бастың өзіндік ұ•састығының •алыптасуына назар аударылады.

Кілттік сөздер: жеке басты• ұ•састығы, психологиялы• денсаулы•тың тұжырымдамасы, жасөспірімдік жас. Өзіндік тау өзі билеу.

ПЕНИТЕНЦИАРЛЫ• МЕКЕМЕЛЕРДЕ ТӘУЕЛДІ АДАМДАРДЫ ПСИХОЛОГИЯЛЫ• ДИАГНОСТИКАЛАУ КЕЗІНДЕГІ ТА•ЫРЫПТЫ• АППЕРЦЕПТИВТІК ТЕСТ

Н.Ф. Фесенко

Ма•алада пенитенциарлы• жүйе жағдайларында тәуелді адамдармен та•ырыпты• апперцептивтік тест жөнінде диагностиканың мәнісі ұсынылған. Сондай-а•, ма•алада ынталандыру материалы мен нәтижелерді түсіндіру жөнінде ұсыныстарды таңдаудағы жеке тәсіл •арастырылады. Бұл жобалы• әдіс, пенитенциарлы• мекемелерді жұмыс істейтін психологтарға сотталған тәуелді адамдармен жұмыс жасаудағы тереңдетілген және бұрмаланбаған диагностикалы• материал алуларына мүмкіндік береді.

АЛКОГОЛИЗММЕН ЖӘНЕ НАША•ОРЛЫ•ПЕН АУЫРАТЫНДАРДЫ ОҢАЛТУДА•Ы ТРАНСПЕРСОНАЛДЫ• ПСИХОТЕРАПИЯ

О.М. Хорунжая

Ма•алада алкоголизммен және наша•орлы•пен ауыратындарды оңалтуда •олданатын психотерапияның заманауи әдістерінің бірі - трансперсоналды• психотерапия •аралған. Тексерілуші аурулардың емдеу барысында пайда болатын санасының өзгеру күйлерінің негізгі түрлері және олардың соматикалы• күйінің динамикасы әдісінің мәні суреттелген.

Кілттік сөздер: трансперсоналды• психотерапия, алкоголизм, наша•орлы•, сананың өзгерген күйлері.

ПСИХИКАЛЫ• БЕЛСЕНДІ ЗАТТАР•А ТӘУЕЛДІ АУРУЛАРДЫҢ КҮЙЗЕЛІС БҰЗЫЛЫМДАРЫНАН БОЛАТЫН АУЫРУЫ МЕН ПРОБЛЕМАЛАРЫ (психологиялы•, нейробиологиялы•, клиничко-психопатологиялы• мәнісі)

Ж.С. Жолдыбаева

Ма•алада ауру мен күйзеліс бұзылымдарының өзара байланыс феномені •аралады. Ауру мен күйзеліс бұзылымдарының проблемалары түрлі клиникалы•-патологиялы• және имуннологиялы• тұрғыдан •аралған және бұл бұзылымдарды түзету жолдары ұсынылған.

**ХИМИЯЛЫ• ТӘУЕЛДІЛІК• ҰРЫЛЫМЫНДА НЕВРОТИКАЛЫ• СПЕКТРДІҢ ШЕКТІК
БҰЗЫЛЫМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫ• СИПАТТАМАСЫ
(ипохондриялы• белгі мысалында)**

Г.К. •ожахметова

Ма•алада химиялы• тәуелділіктердің ұрылымындағы шектік бұзылымдардың жалпы сипаттамасы келтірілген. Ипохондриялы• белгі мысалында тәуелділіктің белгілік спектрінің патоопластикасының талдамасы өткізіледі. Ауруды болжауды аны•тау және сайма-сай терапияны сайлап алу үшін осылау бөлу мағынасы атап көрсетілген.

ХИМИЯЛЫ• ТӘУЕЛДІЛІК КЛИНИКАСЫНДА ҰЙ•ЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ

Г.К. •ожахметова

Ма•алада ұй•ының бұзылуы химиялы• тәуелділіктің облигатты• түрі ретінде бағаланатыны талданады. Ұй•ының физиологиялы• сипатының аны•тамасы және инсомнидің патогенетикалы• негіздеріне аны•тама берілген, осы белгіге ішкібелгілік көз жеткізуге мүмкіндік беретін классификация келтіріледі.

**КАННАБИНОИДТАРДЫ ҰЗА• ПАЙДАЛАНУ САЛДАРЫНАН ПАЙДА БОЛАТЫН
ПСИХИКАЛЫ• ЖӘНЕ СОМАТОНЕВРОЛОГИЯЛЫ• БҰЗЫЛЫМДАР**

А.В. Котин

Психикалы• және сомато-неврологиялы• ауыт•ылар кезінде пайдаланылатын каннабиодтар ерекшеліктері жазылған.

**АЛЕКСИТИМИЯ: ФЕНОМЕНОЛОГИЯ, •АЛЫПТАСУ ТЕОРИЯСЫ, ЖАЛПЫ
ПСИХОПАТОЛОГИЯДА•Ы ОРНЫ ЖӘНЕ НАРКОЛОГИЯЛЫ• ПРАКТИКАДА•Ы
• ОЛДАНБАЛЫ ПРАКТИКАЛЫ• МА•ЫНАСЫ**

А.А. •ұлынбаева

Ма•алада алекситимия сия•ты клиникалы• феноменге атысты мәселелер шеңбері аны•талған. Бұл ұбылыстың жеке жа•тары тезистік түрде көрініс тап•ан: феноменология, алыптасу теориясы, жалпы психопатологиядағы орны, наркологиялы• практикадағы орданбалы практикалы• маңызы.

**•ҰПИЯ НАРКОЛОГИЯЛЫ• КАБИНЕТ ЖА•ДАЙЫНДА ЕМ •АБЫЛДА•АН, ІШІМДІККЕ
ТӘУЕЛДІ ӘЙЕЛДЕРДЕ АБСТИНЕНТТІК БЕЛГІНІҢ КЛИНИКАЛЫ• БА•ЫТЫ**

Л.И. Матвиевская

Ма•алада ұпия наркологиялы• кабинет жағдайында алкогольдік абстиненция себебі бойынша ем алған әйелдердің басты әлеуметтік-демографиялы• сипаттамасы келтіріледі. Клиникалы•-психопатологиялы• әдіс негізінде тәуелділіктің уәждемелік ұрастырушысының талдауы жасалады, сондай-а• аурулардың осы санатының «тәуелділіктің асбеттік белгісі» алкогольдік абстиненциясының клиникалы• бағыты аны•талады.

**ДИАГНОСТИКАДА•Ы КЕШЕНДІ КЛИНИКАЛЫ• БА•АЛАУДЫ ПАЙДАЛАНУ ЖӘНЕ
ХИМИЯЛЫ• ТӘУЕЛДІЛІКТЕРДІ ЕМДЕУДІ ЖОСПАРЛАУ**

С.П. Назарова

Ма•алада химиялы• тәуелділіктердің клиникалы• көрінісін көпжа•ты сапалы бағалау ажеттілігіне атысты деректер баяндалған. Факультативтік белгілер диагностикасының принциптері мен кейінгі тұратын терапиялы• сұлбалар арасында паралелдер жүргізілген.

МЕДИЦИНАЛЫ• ШАРАЛАРДЫҢ МӘЖБҮРЛЕУ ТҮРІН ЖҮЗЕГЕ АСЫРУДА ШЫ•АТЫН ПРОБЛЕМАЛЫ• МӘСЕЛЕЛЕР

Д.Б. •о•ымбеков

Алкогольге тәуелді адамдардың 20% жа•ыны оларға медициналы• шаралардың мәжбүрлеу түрін •олдану-ын •ажет етеді. Дегенмен, көмектің бұл түріне сұраныстың артуына және төсектік •ордың жетіспеушілігіне байланысты мәжбүрлеп емдеу бөлімшесіне орналастыру мүмкіндігі ылғи да болып тұрмайды.

Кілттік сөздер: мәжбүрлеп емдеу, алкоголизм.

УРГЕНТТІ• НАША•ОРЛЫ• ЖА•ДАЙДЫ ЖҮРГІЗУДЕ ТӘРТІПАРА ЛЫ• ӨЗАРА ІС-ӘРЕКЕТТЕР ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (интексикацияға дейінгі сандра• мысалында)

Е.Е. Кұлжанов

Ма•ала тәртіпаралы• өзара іс-әрекеттер аспектіде уыттануға дейінгі сандра• мысалында ургентты• наша-•орлы• жағдайды емдеу мен алгоритмдер диагностикасын сипаттауға арналған. Бұнда дифференциалды• диагностика және нозологиялы• верификация жағдайы процесінде интерн –дәрігерлер басшылы••а алулары-на •ажет негізгі принциптер көрсетілген.

АНОНИМДІК НАРКОЛОГИЯЛЫ• КАБИНЕТ ЖА•ДАЙЫНДА ЕМ АЛАТЫН ПАЦИЕНТТЕРДЕ МАСКҮНЕМДІКТІ ТО • ТАТУ СИНДРОМ ШЕҢБЕРІНДЕ КӨҢІЛСІЗ КҮЙГЕ ШАЛДЫ•У ЖА•ДАЙЫНА КЛИНИКАЛЫ•–ДЕМОГРАФИЯЛЫ• ТАЛДАУ ЖАСАУ

Л.И. Матвиевская

Ма•алада маскүнемдікті то•тату синдром көңілсіз күй симптоматикасымен ұштас жағдайларға талдау жа-салды. Анонимдік наркологиялы• кабинет жағдайында ем алған клиникалы• ерекшелігін сипаттайтын бейінді патологиясы белгіленген пациенттердің деректері берілген.

ӘДЕБИЕТ ДЕРЕКТЕРІ БОЙЫНША МАСКҮНЕМДІККЕ ТӘУЕЛДІ АДАМДАРДА АУТОАГРЕССИЯЛЫ• ТӘРТІПТІҢ ПСИХОТЕРАПИЯСЫ ЖӘНЕ ПРЕВЕНЦИЯ•А •АЗІРГІ КЕЗДЕГІ ӘДІСТЕМЕЛЕРІ (теориялы• аспект)

К.Ш. Барболова

Ма•алада маскүнемдікке тәуелді адамдардың және суицидтердің превенция мәселелері суицидальды• тәртіптің психотерапевтикалы• стратегиясы теориялы• көз•арас ар•ылы •аралады.

«ЕСІ ДҰРЫС – ЕСІ ДҰРЫС ЕМЕСТІК» КОНТИНУУМНЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫ• •ҰРЫЛЫМЫ

С.Б. Бисеналиев

Ма•алада есі дұрыс – есі дұрыс еместік жағдайды тұжырымдау және диагностика мәселесі игерілген. Осы медициналы•–•ұчы•ты• санаттың біртекті еместігі, атап айт•анда өтпелі жағдай салдарынан диагностикалы• мәселелерге акцент жасалды. •ұрылымды• талдау әдісі медициналы• және •ұчы•ты• критерийлерді •олдану жолымен игерілген.

ГАШИШ. •ЫС•А ТАРИХИ ШОЛУ

А.А. Болсамбекова

Ма•алада ең бір таралымды есірткі заттардың - каннабистың (гашиш, марихуана) пайдалануына тарихи шолу берілді. Гашиш (марихуаның) бірінші тұтыну жағдайына ара-тұра болса да ізіне түсу және әлем рыногында оның таралу дерктері келтірілген.

НАША•ОРЛЫ• АУРУЛАДЫ ЕМДЕУДЕ НЕГІЗГІ ПРИНЦИПТЕРІ

Е.Е. Кервенов

Емдеу схемасын таңдауда клиникалы• симптоматикалы• суреттемеде (көңілсіз күйге шалдығу, тәртіптік немесе диссомниялы• бұзылулар) және басты синдром тәуелділігіне бағытталған -есірткіге патологиялы• ұштарлы• үстемділік жағдайды белгілеуі •ажет. •азіргі кездегі •ұралдарды және әдістерді алып •олдану дереу және толы• есірткіден айырды •арастырады.

Кілттік сөздер: есірткілер, фармакологиялы• емдеу, психобелсенді заттар, психотропты• препараттар.

ЖАСӨСПІРІМДІК МАСКҮНЕМДІК ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕГЕ

А.П. Лисовик, Н.Т. Нұрғалиева, Д.Б. •о•ұмбеков

Балалар мен жасөспірімдер арасында ішімдікті тұтыну проблемасы бұрынғыдай өзекті проблема. Ма•алада Талды•орған •аласының білім беру ұйымдары 8 сынып о•ушылары арасында зерттеулер деректері келтірілген.

Кілттік сөздер: балалар, жасөспірімдер, маскүнемдік.

НАРКОЛОГИЯЛЫ• ПРАКТИКАДА ПСИХОПАТ ТӘРІЗДІ СИНДРОМДЫ КЛИНИКАЛЫ• БА•АЛАУ (әдебиеттік шолу)

Л.И. Матвиевская, Т.У. Саидов

Ма•ала химиялы• тәуелділік •ұрылымында психопат тәрізді синдромды клиникалы• бағалау мәселелеріне арналған. Аурудың «тәртіптік •асбетін» •алыптастырушы синдромды жан–жа•ты сипаттау маңыздылығы аталған. Осы симптом кешеннің •ұрастырушы компоненттерінің негізі келтірілген, оның ішінде психопат тәрізді тәртіптің шекарасы белгіленген

Кілттік сөздер: психопат тәрізді тәртіп, девиантты• тәртіп, делинквенттік.

ХИМИЯЛЫ• ТӘУЕЛДІЛІК БЕЙІННІҢ КЛИНИКАЛЫ• БА•АЛАУЫНДА АСТЕНИЯЛЫ• СИНДРОМНЫҢ •ОЛДАНБАЛЫ МАҢЫЗЫ (әдебиеттік шолу)

С.П. Назарова

Ма•алада астениялы• синдромның клиникалы• маңызы белгіленген. Оның жалпы заңдылығы, сондай–а• химиялы• тәуелділік шеңберінде жеке паттернах дамуы туралы деректер келтірілген.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL HEALTH AND THE AVAILABILITY OF PSYCHOLOGICAL DEPENDENCE IN PEOPLE WITH CHEMICAL DEPENDENCY

Zh.K. Musabekova

Results of sampling 52 individuals with chemical dependency, receiving inpatient treatment at the National Scientific Centre on Medico-social problems of Drug Addiction (Kazakhstan, Pavlodar), using a questionnaire of psychological health (authors, National Scientific Centre on Medico-social problems of Drug Addiction) and diagnostic techniques for different inclinations dependencies (author Lozovaya G.V.) indicate the presence of deficits in the relationship of mental health and risk involvement in non-chemical (psychological) dependence in individuals with chemical dependency.

PSYCHOLOGICAL RISK FACTOR FOR ENGAGING IN NON-CHEMICAL FORM OF ADDICTIVE BEHAVIOR AMONG STUDENTS

A.Z. Nurgazina, K.Zh. Alina, E.E. Kervenov, S.N. Bugaenko

The article details the characteristics of mental health - personal identification. Attention is drawn to the formation of personal identity in adolescence.

Keywords: personal identification, the concept of mental health, adolescence. Self-determination.

THEMATIC APPERCEPTION TEST IN PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS WHEN DEALING WITH DEPENDENT PERSONS IN PRISONS

N.F. Fesenko

The paper presents aspects of the diagnosis of Thematic Apperception Test with dependent persons in the prison system. Also in the article deals with an individual approach in the choice of stimulus material and advice on the interpretation of results. This projective technique will allow psychologists working in penal institutions, to obtain more in-depth and undistorted diagnostic material to work with inmates addicted persons.

TRANSPERSONAL PSYCHOTHERAPY IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH ALCOHOL AND DRUG ADDICTION

O.M. Horuzhnaya

One of the modern methods of psychotherapy, used in rehabilitation of patients with alcohol and drug addiction – a transpersonal psychotherapy – is investigated in this article. The essence of method, basic types of altered state of consciousness, occurring in the examined patients during their treatment and dynamic of their somatic state are described.

Key words: transpersonal psychotherapy, alcoholism, drug addiction, altered state of consciousness.

THE PROBLEM OF DEPRESSION AND PAIN IN INDIVIDUALS WITH SUBSTANCE ABUSE (psychological, neurobiological, clinical and psychopathological aspects)

Zh.S. Zholdybaeva

Phenomenon intercoupling depressions frustration and pains is considered in article. With different clinic-pathological and immunology position are considered problem to pains and depressions frustration, is offered way to correction data frustration.

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF BORDERLINE NEUROTIC DISORDER
IN THE STRUCTURE OF THE SPECTRUM OF CHEMICAL DEPENDENCY
(for example, the hypochondriac syndrome)**

G.K. Kozhakhmetova

The article provides a general description of the borderline disorder in the structure of chemical dependency. Stressed the importance of the selection for the selection of appropriate therapy and prognosis of the disease.

**MENTAL AND SOMATIC AND NEUROLOGICAL DISORDERS THAT OCCUR AS A RESULT OF
LONG-TERM USE OF CANNABINOIDS**

A.V. Kotin

It represents peculiarity of mental and somatic neurological disorders for use of cannabioibs.

DREAM DISORDERS IN CLINIC OF CHEMICAL DEPENDENCES

G.K. Kozhakhmetova

In article disorders of a dream which are regarded as an obligate sign of chemical dependence are analyzed. Definition of physiological characteristics of a dream and pathogenetic bases of insomnia is made, the classification, allowing carrying out intra syndromal verification of this symptom is given.

**ALEXITIMIYA: PHENOMENOLOGY, THE FORMATION THEORY, A PLACE IN THE GENERAL
PSYCHOPATHOLOGY, APPLIED PRACTICAL VALUE IN NARCOLOGICAL PRACTICE**

A.A. Kulunbayeva

In article the circle of the questions concerning such clinical phenomenon, as an alexitimiya is defined. In a thesis form the separate parties of this phenomenon are reflected: phenomenology, the formation theory, a place in the general psychopathology, applied practical value in narcological practice.

**CLINICAL PROFILE OF AN ABSTINENT SYNDROME AT THE ALCOHOL-ADDICTED WOMEN
WHO HAVE RECEIVED TREATMENT IN THE CONDITIONS OF AN ANONYMOUS
NARCOLOGICAL OFFICE**

L.I. Matviyevskaya

The description of the main social and demographic characteristics of the women who have received treatment concerning an alcoholic abstinence in the conditions of an anonymous narcological office is provided in article. On the basis of a clinic-psychopathologic method the analysis of a motivational component of dependence is carried out, and also the clinical profile of «a front syndrome of dependence» - an alcoholic abstinence at this category of patients is defined.

**USE OF A COMPLEX CLINICAL ASSESSMENT IN DIAGNOSTICS AND PLANNING OF
TREATMENT OF CHEMICAL DEPENDENCES**

S.P. Nazarova

In article are stated given concerning need for a quality multidimensional standard of a clinical picture of chemical dependences. Parallels between principles of diagnostics of facultative symptoms and the therapeutic schemes built in subsequent are drawn.

THE PROBLEM QUESTIONS ARISING AT REALIZATION OF MEDICAL MEASURES OF COMPULSORY CHARACTER

D.B. Kokumbekov

About 20% of persons with dependence on alcohol need application to them medical measures of compulsory character. However not always there is a hospitalization possibility in units of a compulsory treatment in connection with excess of demand for this type of the help and a failure of beds fund.

Keywords: compulsory treatment, alcoholism.

FEATURES OF INTERDISCIPLINARY INTERACTION WHEN MAINTAINING URGENTNY NARCOLOGICAL CONDITIONS

E.E. Kuldzhanov

Article is devoted to the description of algorithms of diagnostics and treatment of urgentny narcological conditions in aspect of interdisciplinary interaction on an example of a postintoxicated delirium. In it the basic principles by which doctors-interns in the course of differential diagnostics and nosological verification of a condition should be guided are reflected.

THE CLINIC-DEMOGRAFICAL ANALYSIS OF CASES OF DEPRESSIVE DISORDERS WITHIN AN ALCOHOL ABSTINENT SYNDROME AT THE PATIENTS RECEIVING TREATMENT IN THE CONDITIONS OF AN ANONYMOUS NARCOLOGICAL OFFICE

L.I. Matviyevskaya

In article the analysis of cases of the alcoholic abstinent syndrome interfaced to a depressive symptomatology is carried out. Are submitted data, characterizing features of a clinical profile of patients with the specified pathology, passing treatment in the conditions of an anonymous narcological office.

MODERN APPROACHES TO A PREVENT AND A PSYCHOTHERAPY OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR AT PERSONS WITH AN ALCOHOL ADDICTION ACCORDING TO LITERATURE (theoretical aspect)

K.Sh. Barbolova

In article with theoretical standpoint are considered psychotherapeutic strategies suicide behaviours of the persons with dependency from alcohol and questions prevention suicide.

THE DIAGNOSTIC STRUCTURE OF THE CONTINUUM «SANITY - INSANITY»

S.B. Bisenaliyev

In article the question of diagnostics and a formulation of a condition of a sanity and an insanity is consecrated. It is emphasized questions of diagnostic heterogeneity of this medicolegal category at the expense of so-called transitional conditions. The method of the structural analysis is consecrated with a way of application of medical and legal criteria.

HASHISH. SHORT HISTORICAL REVIEW

A.A. Bolsambekova

In article the historical review of application of one of the most widespread drugs – cannabis (a hashish, marihuana) is presented. The data, allowing to track cases of the first use of a hashish (marihuana) and its diffusion on the world market are provided.

BASIC PRINCIPLES OF TREATMENT OF NARCOLOGICAL DISEASES

E.E. Kervenov

The choice of the scheme of treatment should be defined by a symptomatology dominating in a clinical picture (depressive disorders, behavioural or dissomnicheskyy disturbances) and to be referred on a rod syndrome of dependence – a pathological inclination to a drug. Application of modern agents and methods of cupping provides complete and immediate deprivation of drugs.

Keywords: drugs, pharmacological treatment, psychoactive substances, psychotropic preparations.

THE PROBLEM OF TEENAGE ALCOHOLISM

A.P. Lisovik, N.T. Nurgaliyeva, D.B. Kokumbekov

The problem of the use of alcohol drinks among children and teenagers is still actual. These researches are given in article among students of the 8th classes of the educational organizations of Taldykorgan.

Keywords: children, teenagers, alcoholism.

CLINICAL EVALUATION OF PSYCHOPATHIC SYNDROME IN DRUG TREATMENT PRACTICE (literature review)

L.I. Matviyevskaya, T.U. Saidov

Article is devoted to questions of a clinical assessment of a psychopathic syndrome in structure of chemical dependences. Importance of the all-round characteristic of the syndrome forming «a behavioural facade» diseases is underlined. The main making components of this symptom-complex, including with delimitation of psychopathic behavior are given.

Keywords: psychopathic behavior, deviant behavior.

APPLIED VALUE OF AN ASTHENIC SYNDROME IN AN ASSESSMENT OF A CLINICAL PROFILE OF CHEMICAL DEPENDENCES (the literary review)

S.P. Nazarova

In article clinical value of an asthenic syndrome is designated. Data, both on its general patterns, and on private patterns of development within chemical dependences are provided.