
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том VI № 2

2006

Павлодар

Редакционная коллегия:

д.м.н. С. А. Алтынбеков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н. М. Абдиров; к.м.н. Г. Х. Айбасова; д.м.н. Ю. А. Россинский (заместитель главного редактора); А. Н. Рамм (ответственный секретарь); к.м.н. Е. В. Денисова (редактор); профессор Н. А. Бохан; профессор О. Т. Жужанов; профессор Н. Т. Исмаилова; профессор, д.м.н. А. Л. Катков; д.м.н. С. А. Нурмагамбетова; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; к.м.н. А. Ю. Толстикова; профессор А. А. Чуркин

Редакционный совет:

А. А. Аканов (Астана); Ю. В. Валентик (Москва); Е. А. Досаев (Астана); Ж. А. Доскалиев (Астана); В. Ю. Завьялов (Новосибирск); Н. Н. Иванец (Москва); Р. Г. Илешева (Алматы); Г. М. Кудьярова (Алматы); И. Е. Куприянова (Томск); В. Н. Михайлов (Москва); А. В. Нерсесов (Астана); Х. А. Сагын (Астана); В. В. Соложенкин (Бишкек); Л. А. Степанова (Томск); М. З. Таргакова (Алматы); Н. К. Хамзина (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(3182) 57-29-40.
E-mail: press@rncenter.kz**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

*Грузман А. В., Садвакасова Г. А., Тулегенова Б. Е., Ку-
саинов А. А.*

Комбинированная медикаментозная коррекция пове-
денческих и психических расстройств в раннем постаб-
стинентном периоде опийной наркомании

7-11

Грузман А. В., Султанова К. Е.

Уровень реабилитационного потенциала у пациентов
с зависимостью от опиоидов как предиктор эффектив-
ности реабилитационных программ

11-19

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

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

*Алтынбекова Г. И., Ахметова Т. М., Кульшарипова З. К.,
Хусаинова Т.*

Актуальные проблемы сохранения здоровья у быв-
шего наркозависимого человека в постреабилитаци-
онный период в условиях взаимодействия в семье и
обществе

20-22

Грузман А. В.

Социально-клинические параметры, имеющие корреляционные связи с длительностью пребывания в стационарных реабилитационных программах пациентов с зависимостью от опиоидов

23-24

Жолдасова Ж. А.

Динамика эмоционально-чувственной сферы у больных с опийной зависимостью при применении телесной психотерапии

25-29

Загребельный Н. Ф.

Некоторые особенности развития групповой динамики в условиях отделения принудительного лечения

29-30

Кульшарипова З. К., Ахметова Т. М., Сыздыкова А. К.

Социальные отношения выздоравливающего наркозависимого индивида и обмен идеалами, ценностями и установками в условиях социальной реадaptации в обществе

30-32

Пак Т. В.

Особенности медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом

32-39

Пак Т. В.

Противорецидивная и поддерживающая психотерапии лиц, зависимых от психоактивных веществ

39-42

Том VI
№ 2
2006 год

КЛИНИКА

выходит
4 раза в год

Абдикаримов Е., Колесникова О. А., Шакеева Л. Г.

Сопутствующие патологии среди наркозависимых больных отделения принудительного лечения

43-45

<i>Азанова Б. А., Ешиматова А. К.</i> Особенности клинической динамики формирования ремиссий у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности	45-56
<i>Азанова Б. А., Абеева А. Г.</i> Динамика формирования ремиссий у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности	56-61
<i>Деревянко О. И., Симбинов Д. Ш., Карибаева А. К., Нурпеисова А. К., Заикин О. А.</i> Особенности генеза, клинических проявлений и основные принципы лечения женского алкоголизма	62-64
<i>Джолдыгулов Г. А.</i> Некоторые особенности формирования зависимости от компьютерных игр	65-66
<i>Жолдасова Ж. А.</i> Динамика клинико-психопатологического статуса больных опийной наркоманией в результате применения телесно-ориентированного тренинга	66-68
<i>Кожяхметова Б. А., Ескалиева А. Т., Симбинов Д. Ш., Нурпеисова А. К., Деревянко О. И.</i> Опыт применения эглонила и коаксила в лечении героиновой наркомании	69-70
<i>Медетова М. М., Кажгалиева Ж. Т.</i> Никотинизм (табачная зависимость)	70-74

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Кузнецов А. П., Евтушенко Т. Р.</i> Некоторые аспекты наркологической службы Костанайской области по предупреждению, профилактике наркомании и токсикомании, снижения спроса на наркотики	75-76
---	-------

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

<i>Азанова Б. А.</i> Опиоидная зависимость и коморбидные личностные расстройства (литературный обзор)	77-99
<i>Кузембаева Л. Б., Жумашева А. В.</i> Воздействие психоактивных веществ на плод	99-101
<i>Резюме</i>	102-109

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

BASIC RESEARCHES

FOUNDERS:

*Gruzman A. V., Sadvakasova G. A., Tulegenova B. E.,
Kusainov A. A.*

The combined medicamentous correction of behavioral
and mental disorders in early post- abstinent period at
opioid addiction 7-11

Gruzman A. V., Sultanova K. E.

Rehabilitation potential level at patients with
dependence from opioids as predicator of efficiency of
rehabilitation programs 11-19

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

PREVENTION AND REHABILITATION

*Altynbekova G. I., Ahmetova T. M., Kulsharipova Z. K.,
Khusainova T.*

Urgent problems of preservation of health at ex-users
during the post rehabilitation period in conditions of
interaction in family and society 20-22

Gruzman A. V.

The social-clinical parameters having correlation with
duration of stay in stationary rehabilitation programs
of patients with dependence from opioids 23-24

Zholdasova Z. A.

Dynamics of emotional-sensual sphere at patients with
opioids dependence at application of corporal
psychotherapy 25-29

Zagrebelnyi N. F.

Some features of development of group dynamics in
conditions of compulsory treatment department 29-30

Kulsharipova Z. K., Ahmetova T. M., Syzdykova A. K.

Social relations of recovering drug addicts and
exchange of ideals, values and installations in
conditions of social adaptation in a society 30-32

Pak T. V.

Features of medico-social rehabilitation of patients with
alcoholism 32-39

Pak T. V.

Relapse prevention and supporting psychotherapy of
the persons dependent from psychoactive substances 39-42

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

CLINIC

Volume VI

№ 2

2006

Published
4 times in a year

Abdikarimov E., Kolesnikova O. A., Shakeeva L. G.

Accompanying pathologies among drug addicts in
compulsory treatment department 43-45

Azanova B. A., Eshmatova A. K.

Features of clinical dynamics of formation of remissions
at patients with opioid dependence with personality
disorders 45-56

<i>Azanova B. A., Abeeveva A. G.</i> Dynamics of formation of remissions at patients with opioid dependence with personality disorders	56-61
<i>Derevyanko O. I., Simbinov D. S., Karibaeva A. K., Nurpeisova A. K., Zaikin O. A.</i> Features of genesis, clinical displays and main principles of treatment female alcoholism	62-64
<i>Dzholdygulov G. A.</i> Some features of formation of dependence from computer games	65-66
<i>Zholdasova Z. A.</i> Dynamics of the clinical-psychopathological status of patients with opioids addiction as a result of application corporal training	66-68
<i>Kozhahmetova B. A., Eskalieva A. T., Simbinov D. S., Nurpeisova A. K., Derevyanko O. I.</i> Experience of application of some medication in treatment of opioids addiction	69-70
<i>Medetova M. M., Kazhgalieva Z. T.</i> Tobacco dependence	70-74

ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL SERVICE

<i>Kuznetsova A. P., Evtushenko T. R.</i> Some aspects of narcological service of Kostanay region on prevention of drug addiction and demand reduction	75-76
--	-------

INFORMATION, REVIEWS

<i>Azanova B. A.</i> Opioid dependence and co-occurring disorders (the literary review)	77-99
<i>Kuzembaeva L. B., Zhumasheva A. V.</i> Influence of psychoactive substances on fetus	99-101
<i>Summeries</i>	102-109

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

КОМБИНИРОВАННАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

А. В. Грузман, Г. А. Садвакасова, Б. Е. Тулегенова, А. А. Кусаинов

г. Павлодар

Актуальность проблемы. Основной задачей медикаментозной терапии в постабстинентном периоде является предупреждение возврата к приёму наркотиков. Ранний постабстинентный период длится до 4 недель, а поздний до 15 месяцев после завершения абстинентных расстройств. Общепринятым считается мнение, что причиной столь длительных постабстинентных расстройств является нарушение нейромедиаторного обмена в ЦНС (2). В постабстинентном периоде отмечаются колебания уровня таких нейромедиаторов, как дофамин, серотонин, норадреналин и опиатов с тенденцией к их снижению. Эти изменения лежат в основе симптомов, тягостные ощущения от которых провоцируют рецидив заболевания. Такими симптомами являются:

- патологическое влечение к наркотику, сопровождающееся поведенческими нарушениями психопатоподобного характера;
- аффективные нарушения в регистре от дистимии до выраженных депрессивных состояний;
- волевые нарушения в виде апатии, безразличия;
- астенодинамические нарушения в виде расстройств астенического характера ведущих к быстрому истощению, как в интеллектуальной, так и в физической деятельности.

На сегодняшний день не существует психотропных препаратов, которые в виде монотерапии могут купировать весь спектр описанных нарушений (5).

Поэтому задачей данного исследования был отбор конкретных медикаментозных препаратов для терапевтической комбинации с целью проведения медикаментозной противорецидивной терапии в раннем постабстинентном периоде у больных страдающих злоупотреблением опиоидов, а также выявление предикторов эффективности данной терапевтической комбинации. В терапевтическую комбинацию были включены следующие группы препаратов:

- **Нейролептики.** С целью подавления патологического влечения, особенно его компульсивной составляющей. Профилактика психопатоподобных поведенческих и волевых расстройств.
- **Антидепрессанты.** С целью коррекции аффективных и астенических расстройств и для подавления патологического влечения, особенно его обсессивной составляющей.
- **Антиконвульсанты.** С нормотимической, антидисфорической, вегетостабилизирующей целью и

для профилактики параксизмальной активности, которая может возникнуть как проявления побочного действия на фоне длительного приёма антидепрессантов и нейролептиков.

Материал и методы исследования. Основным материалом исследования являлись пациенты с зависимостью от опиоидов, проходившие лечение в отделениях медикаментозной коррекции, психотерапии и реабилитации Республиканского научно-практического Центра Медико-социальных проблем наркологии (Центр). Все они соответствовали критериям, нижеприведенных шифров по МКБ - 10.

- F11.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости;
- F11.21 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление;
- F11.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, абстинентное состояние.

Всего в исследование было введено 123 пациента. Они были разделены на 2 группы: исследуемую и контрольную.

Исследуемая группа (n=70) состояла из пациентов поступавших в отделения центра как в абстинентном состоянии, сразу после одномоментного прекращения приёма опиоидов, так и в состоянии воздержания в течение определённого времени, т.е. в период постабстинентных расстройств.

Контрольная группа пациентов (n=53) по основным критериям (пол, возраст, длительность заболевания, степень тяжести поведенческих и психических расстройств) была сопоставима с исследуемой группой. Пациенты этой группы лечились по стандартной схеме (4) и не получали противорецидивную терапевтическую комбинацию.

Из исследования были исключены пациенты:

- с алкогольной, табачной, каннабиноидной зависимостью и токсикоманиями;
- с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения;
- с острыми психотическими состояниями;
- с активно текущим туберкулёзом;
- инфицированные ВИЧ и проходящие в связи с этим медикаментозное лечение.

Клинический метод. На всех больных заполнялась исследовательская карта, в которой отражались длительность пребывания пациентов в программе, динамика основных симптомов, тяжесть клинических проявлений наркомании (степень патологического влечения к наркотику, степень поведенческих нарушений и астенодинамических расстройств) по критериям адаптированной шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS (8).

Психологический метод. Определение личностных акцентуаций (Опросник Шмишека), определение уровня невротизации и психопатизации (УНП), многофакторный личностный опросник Р. Кэттелла.

Клинико-биохимический метод. Всем больным 2 -кратно, при поступлении и выписке проводились клинико-биохимические исследования согласно существующим стандартам для исследования больных злоупотребляющих опиоидами (общий анализ мочи, общий анализ, крови, биохимические анализы крови: общий белок; билирубин общий и прямой; АЛТ; АСТ; тимоловая проба, мочевины, сахар крови).

Нейрофизиологический метод. Всем больным в ходе исследования 2 -кратно проводились ЭЭГ, РЭГ, ЭХО-ЭГ, с целью выявления влияния терапевтической комбинации на «параксизмальную» активность ЦНС и выявления признаков органического поражения ЦНС. Обработка результатов проводилась с использованием программного обеспечения фирмы «МБН».

Материалы исследования подверглись статистической обработке при помощи программного пакета для статистической обработки статистической обработки данных «AG-STAT», входящих в экспертную систему «ESAG».

Препараты, использовавшиеся в терапевтической комбинации. Из группы нейролептиков использовался рисперидон (Рисполепт в форме раствора), препарат, относящийся к группе атипичных нейролептиков. Рисполепту присущ малый спектр побочных действий, и он оказывает воздействие на стержневой синдром постабстинентного периода в виде патологического влечения к наркотическому веществу (3, 4).

Из группы антидепрессантов был отобран сертралин. Он обладает сбалансированным действием на аффективную симптоматику, малым разрывом в наступлении стимулирующего и собственно тимолептического действия, мало влияет на концентрацию других препаратов, входящих в терапевтическую комбинацию. В исследовании из-за экономической приемлемости использовался препарат Зосерт (6, 7).

Из группы антиконвульсантов использовался карбамазепин. Он обладает выраженной вегетостабилизирующим действием, оказывает влияние на патологическое влечение к наркотику, является нормотимиком и *обладает* достаточно широким спектром антипараксизмальной активности. В исследовании использовался Зептол.

Методика по использованию терапевтической комбинации (рисполепт, зосерт, зептол) в постабстинентном периоде в условиях стационара.

Первым назначается Карбамазепин (зептол) в дозе от 100 до 300 мг в сутки. Так как он используется в стандартной схеме детоксикации, то при отсутствии противопоказаний назначается всем больным, поступившим в стационар в состоянии абстиненции. После купирования абстинентных расстройств карбамазепин не отменяют, а снижают до уровня указанных выше дозировок.

Вторым назначается Рисперидон (рисполепт - раствор) в дозе от 1 мг до 4 мг. Следует отметить, что рисполепт должен назначаться в дозах не вызывающих нейролептических расстройств. В противном случае энцефалопатические проявления, возникающие при лечении, будут препятствовать стабилизации ремиссии.

Последним назначается Сертралин (зосерт) в дозе от 50 до 100 мг в сутки.

Лечение указанной терапевтической комбинацией начиналось с 10 - 14 дня пребывания в стационаре, сразу после купирования острых проявлений синдрома отмены и длилось до выписки из стационара. Максимальная длительность лечения составляла 8 недель.

Если больной получал полную терапевтическую комбинацию в полном объеме (рисполепт - раствор, зосерт и зептол) в течение 4 недель, то он должен быть уведомлен о профилактике «синдрома отмены». Для того чтобы эти больные резко не отказывались от приема лекарств.

Профилактика синдрома отмены. Дозы лекарств следует снижать поэтапно и постепенно. Длительность отмены должна ориентировочно составлять не менее 25% от всего срока приема терапевтической комбинации. Схема отмены комбинации при 60 дневном курсе лечения, когда пациенты получали терапевтическую комбинацию, длится не менее 4 недель. На 50 день пребывания в отделениях центра или за 10 дней до выписки нужно начать снижение дозировок препаратов. В первую очередь отменяется зептол по 50 мг через день. Затем отменяют зосерт по 12,5 мг через день. Последним отменяют рисполепт по 0,25 мг ежедневно.

Результаты исследования. С целью исследования эффективности терапевтической комбинации было проведено сравнение длительности пребывания пациентов в стационаре из исследуемой и контрольной группы. При этом при подсчете койко-дней учитывались как больные, завершившие курс лечения, так и больные прервавшие его раньше времени из-за активного нежелания продолжать лечение (см. таблицу № 1).

В таблице показано, что больные из исследуемой группы, пребывали в стационаре дольше, чем больные из контрольной группы и эти различия носили статистически достоверный характер.

Количество койко-дней проведенных, пациентами исследуемой и контрольной групп, в стационаре

Количество койко-дней, проведенных пациентами, в стационаре	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
	Среднее значение	Доверительный интервал	Среднее значение	Доверительный интервал	
	48,4	±3,4	40,2	±2,7	

С целью определения эффективности также исследовалась глубина редукции основных клинических синдромов. Имеется в виду степень патологического влечения к наркотику, степень поведенческих нарушений препятствующих продолжению ле-

чения и степень астенодинамических расстройств, вызывающих тягостные субъективные ощущения. В качестве критериев использовалась динамика выраженности этих симптомов баллах до и после лечения (см. таблицу № 2).

Таблица № 2

Динамика глубины редукции основных синдромов у пациентов, завершивших курс лечения

Наименование синдромов	Динамика глубины редукции основных синдромов после завершения курса лечения (среднее значение в баллах)	Доверительный интервал (среднее значение)	P
Астенодинамический синдром	-0,6	±0,2	<0,01
Патологическое влечение к наркотику	-0,6	±0,2	<0,01
Поведенческие расстройства, препятствующие продолжению лечения	-0,4	±0,1	<0,05

Данные в таблице № 2 показывают, что основные синдромы подверглись редукции и эти изменения носили статистически достоверный характер. Наиболее выраженной редукции подверглись астенодинамический синдром и патологическое влечение к наркотику. Поведенческие расстройства тоже подверглись редукции, хотя и несколько в меньшей степени. Это обусловлено, тем, что больные чаще всего входили в программу на 10 - 14 день пребывания в стационаре, после купирования синдрома отмены. При лечении абстинентных расстройств акцент делался на купирование поведенческих расстройств. Так как их значительная интенсивность препятствует продолжению лечения. В связи с этим к моменту вхождения в программу поведенческие расстройства подверглись большей редукции, чем другие патологические синдромы и в дальнейшем их динамика в цифровых показателях была не столь значительной.

Исследовалась эффективность с учётом интенсивности редукции основных клинических синдромов.

С этой целью изучалось количество дней, в течение которых у больных, получающих терапевтическую комбинацию, выраженность основных синдро-

мов редуцировалась до «0» баллов. Эти данные отражены в таблице № 3.

Приведённые в таблице № 3 данные показывают, что наиболее интенсивно редуцировались поведенческие расстройства. Как уже было сказано выше, это было связано с тем, что к моменту вхождения в программу их абсолютное значение было ниже, чем у других симптомов (0,8 и 1,2 балла соответственно). Статистически дольше, чем другие, подвергалось редукции патологическое влечение к наркотику. В целом, это соответствовало ожиданиям, так как для устранения патологического влечения необходима нормализация всего нарушенного нейромедиаторного баланса ЦНС.

В целом редукция симптоматики по основным симптомам в исследуемой группе проходила быстрее, чем в контрольной группе. Динамика отражена в таблице № 4.

В целом, эффект от назначаемой терапевтической комбинации характеризовался стабилизацией эмоционального фона; снижением аффективных колебания лабильного и циклотимического характера; снижением уровня тревожных переживаний; редукцией астенических и апатических проявлений. Время, требующееся для полу-

Интенсивность редукции тяжести основных синдромов у больных, завершивших курс лечения

Наименование синдромов	Интенсивность редукции синдрома до «0» баллов (в днях) – среднее значение	Доверительный интервал (среднее значение)	P
Поведенческие расстройства, препятствующие продолжению лечения.	11	±3,2	<0,05*
Астенодинамический синдром	15,2	±2,8	<0,05*
Патологическое влечение к наркотику	23,6	±4,3	

* Статистически достоверные отличия от синдрома патологического влечения.

Таблица № 4

Количество дней, необходимое для полной редукции симптомов в исследуемой и контрольной группах

Признак	Исследуемая группа	Контрольная группа	Достоверность отличий
Количество дней, необходимых для полной редукции симптомов	23,6±4,3	31,6 ±5,6	P<0,05

чения стабильного эффекта, как правило, составляло 3,5 - 4 недели.

Анализ достоверных отличий в группах пациентов с благоприятным эффектом и неблагоприятным эффектом от лечения терапевтической комбинацией позволил выделить положительные и отрицательные предикторы эффективности лечения.

Предикторы, предшествующие положительному эффекту от лечения:

Клиническая симптоматика

- наличие сохранной критики к заболеванию и проявление собственной инициативы для начала лечения;
- начало лечения в период воздержания от наркотиков сроком не менее 4 недель;
- наличие выраженных астенодинамических проявлений в структуре абстинентных расстройств и постабстинентном периоде, которые обостряют влечение к наркотику;
- наличие таких клинических симптомов как: гиперактивность, тревожность и импульсивность

Личностные особенности

- наличие акцентуации характера по циклотимическому и экзальтированному типу.

Прогностически неблагоприятными предикторами в отношении эффективности лечения в социальной сфере были:

- наличие судимостей, связанных со злоупотреблением наркотиками.

Клиническая симптоматика

- наличие выраженного влечения в период ремиссии;
- срывы ремиссии, связанные со стремлением к получению непосредственно эйфорического эффекта, а не со стремлением нивелировать неприятные соматические проявления.

Нейрофизиологическая диагностика

- ширина 3 желудочка более 6,1 мм;
- величина среднеселярного индекса 3,7 и ниже.

Личностные особенности

- склонность к экстранаправленным агрессивным реакциям.

Побочное действие на фоне проводимого лечения отмечалось редко, и было представлено лишь у 4% пациентов. Это были, в основном, нейролептические расстройства и аллергические реакции.

Было проведено сравнение нейрофизиологических показателей в исследуемой группе в начале и в конце курса лечения. Достоверных различий выявлено не было. Однако отмечалась тенденция к снижению (в среднем на 40%) амплитуды, имевшейся у ряда больных параксизмальной тэта - активности. Это отражает вегетативно-стабилизирующие свойства комбинации. У 5 больных отмечалось появление единичных комплексов «пик-медленная волна», без тенденции к генерализации и клинических проявлений. Тем не менее, по нашему мнению, наличие у больных эпилептических параксизмов будет

являться противопоказанием для назначения данной комбинации.

Было проведено сравнение клинико-биохимических показателей (согласно стандартам диагностики при опийной наркомании) в исследуемой группе в начале и в конце курса лечения. Достоверных различий указывающих на наличие клинических осложнений выявлено не было.

Выводы. В работе представлена методика по медикаментозной коррекции поведенческих и психи-

ческих расстройств в раннем постабстинентном периоде у больных с зависимостью от опиоидов. В основе лежит терапевтическая медикаментозная комбинация, состоящая из рисперидона (рисполепт), сертралина (зосерт), карбамазепина (зептола). Представлены положительные и отрицательные предикторы эффективности для использования данной медикаментозной методики, что позволит индивидуализировать фармакологические подходы, для данного контингента больных.

Литература:

1. Грузман А. В. Протоколы фармакологического лечения психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении опиоидами. // *Вопросы наркологии Казахстана*. - 2005. - Т. 5, № 2. - С.24-27.
2. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания. - М.: Медпрактика, 2001. - 121 с.
3. Коцегулова Р. М., Грузман А. В. Сравнительная терапевтическая активность нейролептиков (рисперидон, галоперидол) в отношении клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина / // *Вопросы наркологии Казахстана*. - 2004. - Т. 4. - С. 111-115.
4. Коцегулова Р. М., Грузман А. В. Применение рисполепта в лечении больных опийной (героиновой) наркоманией. // *Методические рекомендации*. - Павлодар, 2005. - 31 с.
5. Сиволап Ю. П. Оценка роли разных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости. // *Ж. Неврологии и Психиатрии*. - 2004. - 1. - С. 31 - 36.
6. Софронов А. Г. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам. // *Под. ред. проф. Иванца Н. Н.* - М.: «Инкофонт», 1997. - С. 9-26.
7. Jankegt R., Hое M., Ноутанс Р. М., Meijer J., Noten J. Антидепрессанты. Выбор препарата с помощью метода СОА (SOJA). // *Ж.; Психиатрия и психофармакотерапия*. - М., 2005. - т 5, № 1. - с. 41.
8. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. / *Schizophr. Bull.*, 1987, vol. 13, p. 261-276.

УРОВЕНЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ КАК ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ

к.м.н. А. В. Грузман, К. Е. Султанова

г. Павлодар

Актуальность проблемы

Определение предикторов эффективности реабилитационных программ, особенно на догоспитальном этапе имеет большое практическое значение в работе с наркозависимыми. Так как позволяет выделить тот контингент пациентов, которым будет показано участие в долгосрочных, в том числе и стационарных, программах медико-социальной реабилитации наркозависимых.

При определении предикторов эффективности реабилитационных программ важное значение имеет уровень реабилитационный потенциала, ибо он суммирует основные клинические, личностные и социальные предпосылки, отражающие реабилитационные возможности конкретного пациента.

Материал и методы исследования

Основным материалом исследования являлись пациенты с зависимостью от опиоидов, проходив-

шие лечение в отделениях медикаментозной коррекции, психотерапии и реабилитации и социальной коррекции республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркологии (Центр). Все они соответствовали критериям ниже приведенных шифров по МКБ - 10.

- F11.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости;

- F11.21 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление;

- F11.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, абстинентное состояние.

Всего в исследование были включены 300 пациентов.

В основу методики, с помощью которой определялся уровень реабилитационного потенциала, и

проводилась его количественная оценка, был предложен адаптированный вариант опросника, опубликованного в протоколах ведения больных наркоманией Министерства здравоохранения РФ. Приложение 1, 2003 г. (1).

Адаптированный вариант опросника и комментарии к нему разработанные в Центре прилагаются к статье (Приложение 1 и 2).

В качестве критериев эффективности реабилитационных программ использовалось длительность непрерывного лечения в стационарах Центра и глубина редукции основных клинико-патологических симптомов присущих для больных с зависимостью от психоактивных веществ. Имеется в виду патологическое влечение к наркотическому веществу, поведенческие и волевые расстройства, нарушающие адаптацию пациентов и препятствующие их участию в реабилитационных программах. Для этих целей использовались критерии адаптированной шкалы позитивных и негативных синдромов PANSS (6).

Полученные результаты

Следует отметить, что в исследуемой группе преобладали пациенты со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (55,8% и 40% соответственно). Больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала были представлены в незначительном количестве (4,2%). Такое соотношение может быть обусловлено тем, что пациенты с высоким уровнем реабилитационного потенциала избегают длительного лечения в стационаре, которое часто связано с социальной оглаской. В ходе исследования установлено, что пациенты со средним уровнем реабилитационного потенциала и его количественной оценкой не менее 70 баллов достоверно чаще встречались в группе больных с благоприятным эффектом от лечения (см. таб. № 1).

Имеется в виду, что пациенты с благоприятным эффектом от лечения полностью завершили 8 недельный курс лечения в Центре, и у них отмечалось статистически достоверная редукция выраженности основных клинико-патологических синдромов.

Таблица №1

Уровень и оценка реабилитационного потенциала в группе с благоприятным эффектом от лечения

№ п/п	Признаки	Уровень реабилитационного потенциала	Оценка реабилитационного потенциала (среднее значение)	Степень достоверности
1	Реабилитационный потенциал	Средний	70,6±4	P<0,05

Заключение

Нам представляется целесообразным проведение на госпитальном этапе оценки реабилитационного потенциала у больных зависимостью от опиоидов с целью отбора контингента пациентов для участия в

долгосрочных и дорогостоящих программах медико-социальной реабилитации. К предикторам эффективности лечения следует отнести средний уровень реабилитационного потенциала, количественная оценка которого составляет не менее 70 баллов.

Литература:

1. Протоколы ведения больных «Реабилитация больных наркоманией» Министерство здравоохранения РФ. Приложение 1, 2003 г.
2. Современные методы лечения наркомании (обзор фактических данных). Организация Объединенных Наций. - Нью-Йорк, 2003. – С. 1–17.
3. Christine E. Grella and others, Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS, Drug and Alcohol Dependence, vol. 57, No. 2 (1999), pp. 151-166.
4. Finney J. W., Hahn A. C. and Moos R H. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects, Addiction, No. 91, 1996, pp. 1773-1796.
5. Hubbard R. L. and others, Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness (Chapel Hill, North Carolina, University of North Carolina Press, 1989).
6. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. / Schizophr. Bull., 1987, vol. 13, p. 261-276.
7. Toumbourou J. W., Hamilton M. and Fallon B. Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment, Addiction, vol. 93, No. 7 (1998), pp. 1051-1064.

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией

1. Преморбид.

1.1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (сестра, брат):	
- наследственность неотягощена	5 баллов
- наследственность отягощена алкоголизмом (наркоманией)	-2 балла
- наследственность отягощена психическими заболеваниями	-2 балла
1.2. Наследственность по восходящей линии (бабушка, дедушка, родные дяди, тётки):	
- наследственность неотягощена	3 балла
- наследственность отягощена алкоголизмом (наркоманией)	-1 балл
- наследственность отягощена психическими заболеваниями	-1 балл
1.3. Условия воспитания:	
- в полной семье	5 баллов
- только мать	2 балла
- только отец	2 балла
- у родственников	1 балл
- в приёмной семье	-1 балл
- в детском доме	-2 балла
1.4. Материальное положение семьи:	
- обеспеченное	4 балла
- обеспеченное, но не в полной мере	3 балла
- малообеспеченное, нужда	1 балл
1.5. Отношения между родителями:	
- ровные отношения (хорошие, удовлетворительные)	4 балла
- неровные отношения (периодически конфликтные)	2 балла
- постоянно конфликтные отношения	-1 балл
1.6. Степень тяжести соматических заболеваний (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	
- лёгкая	4 балла
- средняя	2 балла
- тяжёлая	-1 балл
1.7. Психические девиации:	
- отсутствуют	4 балла
- акцентуация	0 баллов
- психопатия	-2 балла
1.8. Получил образование до начала употребления наркотиками:	
- ВУЗ	5 баллов
- среднюю школу	4 балла
- неполное среднее	3 балла
- 7 классов	2 балла
- 5 - 6 классов	1 балл
- 4 и менее классов	-1 балл
1.9. Успеваемость в школе:	
- отлично и хорошо	5 баллов
- хорошо	4 балла
- удовлетворительно	3 балла
- неудовлетворительно	-1 балл

1.10. Отношение к труду:	
- позитивное отношение	4 балла
- неустойчивое отношение	2 балла
- негативное отношение	-1 балл
1.11. Наличие профессии:	
- имеет профессию	4 балла
- профессия освоена частично	2 балла
- не имеет профессии	-1 балл
1.12. Антисоциальные поступки (правонарушения):	
- не имели места	4 балла
- имели место быть	-1 балл
1.13. Употребление алкоголя:	
- единичные случаи употребления	4 балла
- умеренное употребление	3 балла
- частое употребление (1 - 2 раза в неделю)	1 балл
- зависимость от алкоголя	-1 балл
2. Клинические особенности заболевания.	
2.1. Возраст начала употребления ПАВ (лет):	
- 20 лет и старше	4 балла
- 18 – 19 лет	3 балла
- 16 – 17 лет	1 балл
- 12 – 15 лет	-1 балл
2.2. Продолжительность заболевания:	
- до 6 месяцев	5 баллов
- 6 - 12 месяцев	4 балла
- 1- 3 года	0 баллов
- более 3 лет	-1 балл
2.3. Стадия синдрома зависимости:	
- первая (психическая зависимость)	-1 балл
- вторая (физическая зависимость)	-2 балла
- третья (снижение толерантности)	-3 балла
2.4. Способ введения наркотика:	
- интраназально, курением, перорально	-1 балл
- внутримышечно, подкожно	-2 балла
- внутривенно	-3 балла
2.5. Параллельное злоупотребление ПАВ:	
- практически отсутствует	4 балла
- алкоголь	-1 балл
- табак	-1 балл
- другие наркотические вещества	-2 балла
2.6. Вид влечения к психоактивным веществам в ремиссии (на этапе реабилитации):	
- влечение отсутствует	4 балла
- с попыткой противостоять влечению	-1 балл
- без попыток противостоять влечению	-3 балла
2.7. Степень выраженности синдрома отмены:	
- лёгкая степень	-1 балл
- средняя степень	-2 балла
- тяжёлая степень	-3 балла

2.8. Передозировка психоактивными веществами:	
- передозировка не имела места	4 балла
- имела место однократная передозировка	-1 балл
- имела место многократная передозировка	-2 балла
2.9. Суицидальные тенденции:	
- отсутствуют	4 балла
- возникают мысли	-1 балл
- действия (в т.ч. попытка умышленной передозировки)	- 2 балла
2.10. Ремиссии:	
- спонтанные	4 балла
- терапевтические	3 балла
- вынужденные	1 балл
- отсутствуют	-3 балла
2.11. Длительность максимальной ремиссии:	
- более 12 месяцев	4 балла
- 6-12 месяцев	3 балла
- 3-6 месяцев	1 балл
- 1-3 месяцев	-1 балл
- менее 1 месяца	-2 балла
2.12. Заболевания, приобретённые в период злоупотребления ПАВ:	
- отсутствуют	4 балла
- черепно-мозговая травма	0 баллов
- гепатит	-1 балл
- ВИЧ-инфекция	-3 балла
2.13. Критика к заболеванию:	
- сохранена	4 балла
- частично сохранена	1 балл
- отсутствует	-3 балла
2.14. Согласие на участие в лечении:	
- добровольное	4 балла
- под давлением обстоятельств	0 баллов
- принудительное	-3 балла
3. Особенности социального статуса и социальных последствий.	
3.1. Семейный статус:	
- женат/замужем	3 балла
- постоянно сожительствует	2 балла
- не женат/не замужем	1 балл
3.2. Проживает:	
- в семье родителей	3 балла
- в семье жены/мужа	2 балла
- в своей семье	1 балл
- один	-1 балл
3.3. Муж/жена (сожитель/сожительница):	
- не употребляет наркотики	4 балла
- болен (-льна) наркоманией, но в данный момент в ремиссии	-1 балл
- активно употребляет наркотики	-3 балла

3.4. Внутрисемейные отношения:	
- равные (хорошие, удовлетворительные)	4 балла
- умеренно конфликтные	1 балла
- средне конфликтные	-1 балл
- крайне конфликтные	-2 балл
3.5. Образование (на момент госпитализации):	
- высшее	5 баллов
- незаконченное высшее	4 балла
- средне-техническое	3 балла
- среднее	2 балла
- незаконченное среднее	1 балл
- начальное	-1 балл
3.6. Трудовой статус:	
- работает/учится	4 балла
- в академическом отпуске	0 баллов
- не работает/не учится	-3 балла
3.7. Правонарушения/судимости:	
- отсутствуют	4 балла
- привлекался (не направлялся в исправительно-трудовое учреждение)	-1 балл
- осужден 1 раз	-2 балла
- осужден 2 раза и более	-3 балла
3.8. Отношение родственников пациента к употреблению наркотиков:	
- активное противодействие	4 балла
- неодобрительное отношение	2 балла
- индифферентное отношение	0 баллов
- употребление поощряется	-3 балла
3.9. Профессиональные навыки:	
- навыки сохранены	4 балла
- навыки частично утрачены	1 балл
- навыки утрачены	-1 балл
3.10. Отношение к работе и учёбе:	
- творческое отношение	4 балла
- активное отношение	3 балла
- безразлично-пассивное отношение	-1 балл
- негативное отношение	-2 балла

4. Личностные изменения, приобретённые в процессе заболевания.

4.1. Морально этические нарушения

Нарушения практически отсутствуют	4 балла
Легкие нарушения - частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.	-1 балл
Средние нарушения - усугубление указанных в предыдущем пункте симптомов, приводящих к дезадаптации в 1 или двух социальных сферах: семья, учёба, профессиональная деятельность	-2 балла
Тяжёлые нарушения - грубые, порой необратимые нарушения ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, утрата материнского/отцовского инстинкта, антисоциальность погружение в наркоманическую субкультуру и принятие её идеологии	-3 балла

4.2. Интеллектуально-мнестические нарушения

Нарушения практически отсутствуют	4 балла
Легкие нарушения - некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на излечение связаны с позитивными личностными и социальными планами	-1 балл
Средние нарушения - усугубление указанных в предыдущем пункте симптомов, приводящих к дезадаптации в 1 или двух социальных сферах: семья, учёба, профессиональная деятельность, мотивы на излечение связаны с угрожающими социальными санкциями.	-2 балла
Тяжёлые нарушения - стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические)	-3 балла

4.3. Эмоциональные нарушения

Практически отсутствуют эмоциональные нарушения	4 балла
Легкие эмоциональные нарушения - несвойственная до употребления наркотиков эмоциональная лабильность, напряжённость, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и т.д.	-1 балл
Средние эмоциональные нарушения (аффективная несдержанность, холодность к родным и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и ремиссии и т.д.)	-2 балла
Тяжёлые эмоциональные нарушения - недержание аффектов, эмоциональное отупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и т.д.	-3 балла

4.4. Социофобия:

Отсутствие социофобии: 4 балла

Выраженность социофобии -1 балл

Шкала оценки уровней реабилитационного потенциала состоит из четырех блоков в виде конкретных вопросов. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбиды, физического, психического и социального развития больного и клинические признаки заболевания оценивать в баллах +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате четыре блока опросника получают суммарную цифровую оценку уровня реабилитационного потенциала каждого больного (высокий, средний, низкий). Для удобства фиксации результатов опроса прилагается специальная карта, полностью соответствующая информационным данным опросника обследования. В результате опроса больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала набирают более 87 баллов (при «идеале» 116 баллов), со средним уровнем реабилитационного потенциала – от 52 до 87 баллов, с низким уровнем реабилитационного потенциала – менее 52 баллов. Эта сумма образуется в результате вычитания из суммы баллов со знаком «+» суммы баллов со знаком «-».

Комментарии к шкале оценки уровней реабилитационного потенциала больных наркоманией

1.7. Психические девиации.

Определяется по методике Шмишека, после купирования абстинентных расстройств и перевода в отделение реабилитации.

1.8. Получение образования до начала злоупотребления наркотиками.

В том случае, если больной окончил вспомогательную школу, он не берётся в программу, так как олигофрены исключаются из проводимого исследования.

Средне – техническое образование приравнивается к среднему и оценивается в 4 балла.

1.10. Отношение к труду.

Позитивное отношение - на момент принятия решения о лечении от наркотической зависимости **работал**

Неустойчивое отношение – ранее работал, но на момент принятия решения о лечении от наркотической зависимости **не работал**.

Негативное отношение - **не работает** с момента начала наркотизации.

1.12. Антисоциальные поступки (правонарушения).

Имеется в виду такие поступки, за которые не привлекались к судебной ответственности (отказ от учёбы, работы, мелкие кражи без насилия).

1.13. Употребление алкоголя.

Умеренное употребление – не чаще одного раза в месяц.

2.10. Ремиссии.

При наличии разных типов ремиссий при их оценке выставляется наиболее высокий балл из всех имеющихся ремиссий. Например, у больного имеются в анамнезе терапевтические (3 балла) и спонтанные ремиссии (4 балла), то заносится более высокий балл «4» за спонтанные ремиссии.

2.7. Степень выраженности синдрома отмены.

Для постановки **диагноза синдрома отмены**, помимо общих для F1x.3 проявлений, состояние должно характеризоваться не менее чем тремя из следующих признаков:

- а) стремление к возобновлению приема наркотика,
- б) насморк или чихание,
- в) потливость,
- г) тошнота, рвота,
- д) тахикардия или гипертензия,
- е) психомоторное беспокойство,
- ж) головные боли,
- з) бессонница,
- и) общее недомогание, слабость,
- к) транзиторные зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии,
- л) большой судорожный припадок.

- **Легкая степень тяжести синдрома отмены.** Слабый синдром отмены проявляется зевотой и секреторными нарушениями (слезотечение, ринорея, потливость). Слабая выраженность соматоневрологических, алгических и психических проявлений синдрома отмены. Влечение к наркотику больше обсессивного характера. Социальная адаптация пациента может быть сохранена.

- **Средняя степень тяжести.** При средней тяжести синдрома отмены отмечаются мышечный тремор, расширение зрачков, «гусиная кожа», тошнота, диарея, тревога, дисфория, анорексия. Соматоневрологические, алгические и психопатологические проявления синдрома отмены представлены в умеренно выраженной степени. Клинико-психопатологические проявления абстиненции, включая патологическое влечение к наркотику, поддаются медикаментозной коррекции. Социальная адаптация нарушена, но пациент удерживается в условиях стационара.

- **Тяжелая степень тяжести.** Все клинико-психопатологические проявления синдрома отмены резко выражены («непереносимые боли», выраженный озноб, резкий гипергидроз, рвота, сочетание аффекта тревоги, тоскливо-злобного, выраженное возбуждение), влечение к опиоидам компульсивного характера. Пол-

ное нарушение социальной адаптации. Даже в условиях стационара, пациент удерживается с трудом и под разными предложениями пытается уйти из отделения.

2.13. Критика к заболеванию.

Критика сохранена - считает себя больным и нуждается в помощи.

Критика отсутствует – не считает себя больным, нуждается в помощи только для снятия абстинентных явлений и снижении дозы наркотиков.

Критика частично сохранена – все остальные случаи.

3.4. Внутрисемейные отношения.

Имеется в виду собственная семья, а если её нет, то описываются отношения в родительской семье.

Ровные (хорошие, удовлетворительные) – хорошие отношения со всеми членами семьи.

Умеренно конфликтные – сохраняет хорошие отношения с одним из членов семьи.

Средне конфликтные – отношения нарушены со всеми членами семьи, однако проживает вместе с семьёй.

Крайне конфликтные - активное нежелание проживать в семье.

3.10. Отношение к работе и учёбе.

Творческое отношение – предлагает новые решения производственных проблем.

Активное - старается выполнить производственные задания с хорошим качеством.

4.4. Социофобия.

Социальная фобия - состояние выражающееся, главным образом, в боязни оценки (критики, суждения) со стороны других людей в относительно малых группах (но не в толпе).

Диагностические критерии МКБ-10 для социальной фобии таковы:

- Эти страхи могут быть конкретными: прием пищи в присутствии других людей публичные выступления общение с лицами противоположного пола
- Либо генерализованными (диффузными): почти все внесемейные социальные ситуации
- Важным признаком может быть боязнь рвоты в присутствии других людей.
- Социальная фобия обычно связана с низкой самооценкой и боязнью критики.
- Психологические, поведенческие или вегетативные симптомы должны быть первичными проявлениями тревоги, а не вторичными по отношению к другим симптомам, например, бреду или навязчивым мыслям.
- Тревога должна преобладать при определенных социальных ситуациях или ограничиваться ими.
- По возможности, больные избегают фобической ситуации. Избегание часто выражено очень сильно, и в крайних проявлениях может приводить к почти полной социальной изоляции.
- Нередко имеются выраженные явления агорафобии и депрессии, причем и те, и другие могут усугублять состояние больных, приковывая их к дому. Если провести дифференциальный диагноз между социальной фобией и агорафобией очень трудно, предпочтение следует отдавать агорафобии. Диагноз депрессивного расстройства не следует ставить до четкого выявления развернутого депрессивного синдрома.

Наиболее частыми провоцирующими страх ситуациями бывают те, в которых больным приходится:

- знакомиться (быть представленным другим людям)
- общаться с вышестоящими лицами (начальством)
- говорить по телефону
- принимать посетителей
- что-то делать в присутствии (под наблюдением) других, в том числе и посещать туалет.
- чувствовать, что их поддразнивают
- есть дома с гостями
- есть дома с членами семьи
- что-нибудь писать в присутствии других
- публично выступать.

В ситуации, внушающей чувство страха, у них нередко возникают соматические симптомы тревоги. Такие, как сердцебиение, дрожь, потливость, напряжение мышц, чувство «сосания» под ложечкой, сухость во рту, чувство жара, холода и головная боль.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ У БЫВШЕГО НАРКОЗАВИСИМОГО ЧЕЛОВЕКА В ПОСТРЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД В УСЛОВИЯХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЕ И ОБЩЕСТВЕ

Г. И. Алтынбекова, Т. М. Ахметова, З. К. Кульшарипова, Хусаинова Т.

г. Павлодар

Государственная значимость внедрения уникальных инновационных технологий сохранения высокого уровня социального, психического, психологического здоровья детского и взрослого населения, высокой степени заинтересованности собственным здоровьем и качеством жизни является приоритетным в деятельности социальных педагогов Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании.

Главной целью нового направления в социальной работе является изучение проблем развития общего психического здоровья наркозависимого человека в аспекте теории и практики социальной педагогики. Данное направление решает задачи реализации научно-технической программы РНПЦ МСПН по распространению и тиражированию опыта отделения социальной реабилитации в практическом плане:

- распространение опыта работы инструкторов по зависимости для уменьшения проблем девиации в социальном обществе с формами распространения болезни наркомания, раннего алкоголизма и табакокурения в учреждениях образования (школы, детские интернаты, колледжи и высшие учебные заведения);

- распространение практического опыта терапевтического сообщества в аспекте проблем вытеснения аддиктивного поведения за счет наращивания качества «внутренней» ответственности, формирования позитивных жизненно – важных сценариев и повышения качества общего психологического здоровья у больных с зависимостью: табакокурение, алкоголизм, наркомания в условиях медико-социальной реабилитации;

- внедрение полноценной информации о положительных факторах развития социальной реабилитации в рамках основных положений концепции развития человека «Алтын Адам», научных проектов по социально-педагогической защите и педагогическому консультированию детского и взрослого населения с условиями развития психического здоровья как актива мыслительности;

- подготовка инструкторов - оздоровителей с мобильными образовательными программами социальной защиты и консультирования по предупреждению

дению предкризисного состояния и социальной запушенности созависимых людей;

- внедрение концепции и методологических оснований деятельности специалистов по социальной работе, социальных педагогов, социальных работников среднего звена в системе медико-социальной реабилитации;

- распространение местных образцов и эталонов социальной реабилитации выздоравливающего наркозависимого индивида и тиражирование опыта социальной и практической деятельности отделения социальной реабилитации РНПЦ МСПН в реабилитационных Центрах в регионах РК;

- разработка научного проекта «Качество образования и стандарты педагогической практики студентов психолого-педагогических факультетов педагогических Вузов РК» с прохождением практики на базе ОСР РНПЦ МСПН и консультированию будущих педагогов – психологов, социальных педагогов педагогических ВУЗов.

Глубокое изучение социальными педагогами теоретических основ и методологических оснований социальной педагогики в системе медико-социальной реабилитации выздоравливающего наркозависимого человека на базе отделения социальной реабилитации РНПЦ МСПН показало первостепенность задач исследования понятия «здоровье».

И поэтому, впервые экспериментальным путем определено новое понятие «здоровье наркозависимого *человека*» с точки зрения социальной педагогики. Считаем, что сама зависимость от ПАВ и наркотиков не определяет сути болезни, так как употребление является только следствием болезни наркомании как «заглушение» душевной боли.

Первая причина - понятие «здоровье наркозависимого человека» в системе здравоохранения рассматривается как болезнь, то есть только через негативную (патологическую) форму проявления болезни в социуме.

Вторая причина, когда дефиниция «здоровье», как правило, в официальной медицине, определяется так же через понятие «болезнь» (или её отсутствие). Тогда трактовка «здоровья» в «болезни» трудно дифференцируется.

История науки философии и педагогической логики показывает нам, что формальное определение

объекта или его понятия путем сравнения с другими имеет существенные ограничения, как в теоретическом плане, так и в практических изложениях.

Однако философские основы социальной педагогики дают четкий ориентир на логическую достоверность, что единственно верным, продуктивным является определение понятия на основе рассмотрения его комплексным подходом, который дает реальную возможность точно, надежно и достоверно определить понятие «здоровье наркозависимого человека». И тогда, говоря о здоровье со стороны социальной педагогики, мы можем сказать, что оно является качественным неотъемлемым свойством личности, которая работает в абсолютно новом режиме и подчиняется определенно новым законам сохранения здоровья – обучения организма наркозависимого человека жить и развиваться в условиях новых законов.

Первое условие есть состояние здоровья и устойчивость к табакокурению. Известно, что дым имеет такие же свойства поглощения и носителя информации, как вода и является невидимым проводником её негативной формы в реабилитационном пространстве и наносит глубокий урон в первую очередь общему психическому ЗДОРОВЬЮ человека. С этой целью в отделение социальной реабилитации (ОСР) на работу принимаются некурящие специалисты и запрещено курение в помещениях и на территории РНПЦ МСПН.

Второе условие - болезнь зависимости неразрывно связана с душевным состоянием.

Известно, что в практике нет техник работы *именно с душой человека*. Так как в официальной медицинской науке не дано понятия о душе, то считается, что ДУША - это категория философская. Такие понятия как «больная душа», «загнивающая душа», «человек без души» доказывает, что нами не достаточно изучены функциональные свойства ДУШИ, её формирование и развитие. Поэтому глубинные причины развития болезни наркомании не позволяют отбросить современные теории развития человека. Термин «душевное расстройство» в американской медицинской литературе позволяет объединить в общую клинико-динамическую группу нарконаправленный вариант аддиктивного поведения (донологические формы употребления различных ПАВ) и наркологическую патологию (результат трансформации аддиктивного поведения в болезнь).

Многие считают, что курение, алкоголизм и наркомания возникают как вторичный синдром по отношению к невротическим и аффективным расстройствам. Действительно, наблюдая и беседуя с выздоравливающими наркозависимыми в отделении социальной реабилитации социальные педагоги, тоже констатировали факт того, что наркомания и есть процесс выработки отрицательных навыков владения со стрессом, в котором ПАВ выполняют роль своеобразных транквилизаторов, купирующих тре-

вогу и позволяющих «уйти от реальности», обуславливая тем самым мотивацию их употребления.

Тревожно-депрессивное состояние, длительные переживания, жизнеопасная обстановка, общая тревожность населения, все эти показатели, так или иначе, связаны с душевным состоянием человека или с внутренним разрушением сознания, души и духа как составляющих здоровой части организма.

Следует, что *здоровье и есть здоровое сознание, здоровая душа и здоровый дух* – результат свободного психического состояния от скрытого психического насилия. Если появился термин скрытое «психологическое насилие», то и должен появиться, термин «психологическая защита» от скрытого нападения.

Скрытое нападение есть влияние отрицательной социальной информации как процесса обесточивания организма человека и обессиливания души и духа, а затем и опустошения СОЗНАНИЯ от сохранно - защитной информации или положительного фенакода развития человеческого сознания.

Таким образом, социальная педагогика в условиях МСР расширила понимание и возможность учета комплексных характеристик системы здоровья, в целом, и в положительном аспекте. И так здоровье человека не может сводиться лишь к констатации факта отсутствия болезней, недомоганий, дискомфорта; оно – состояние, которое позволяет человеку жить в условиях «жизнь в особой жизни», т.е. испытывать физическое, психоэмоциональное, нравственно- душевное и социальное благополучие. Именно так, с широких медико-социальных позиций определяет здоровье ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения). В преамбуле устава этой организации написано: «Здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов». Очевидно, что сделанное ВОЗ дополнение о необходимости наравне с отсутствием болезней и дефектов позволяет учитывать также и наличие некоторых «благополучий». Для дальнейшего развития полного физического, духовного и социального благополучия человека предлагается *новая концепция развития человека «Алтын Адам»*.

Следовательно, человека - специалиста с чистым сознанием и чистым сердцем надо готовить в системе определенных знаний – знаний о человеке, которые смогут помочь людям выйти из кризиса социальных болезней, в том числе и наркомании, и выйти на уровень социального здоровья и благополучия. Сейчас это уже не просто слова, а развивающая технология спасения от массовой наркотизации детского и взрослого населения Республики Казахстан.

Практическая часть научного исследования социальных педагогов предполагает разработку:

- *квалификационного стандарта духовно – развивающего образования*, который предполагает ввести квалификацию на здоровье инструкторов по зависимости и инструкторов оздоровителей (т.е. его

душевное и духовное здоровье), как признак выражения степени качества здоровья выздоравливающего наркозависимого человека;

- целью квалификационного стандарта духовно – развивающего образования инструкторов по зависимости и инструкторов оздоровителей является овладение знаниями, умениями и практическими навыками развития социального, психического и психологического здоровья окружающих.

Экспериментальная часть исследования показала, что нужны стабилизирующие программы общего фона социального, психического, психологического здоровья выздоравливающего наркозависимого человека. Для этого предлагается организовать исследования причины сохранения здоровья человека в целом и углубить практические направления исследования:

- включить в работу вспомогательные структуры (инструкторов – оздоровителей), с мобильными социально–образовательными программами, которые несут практическую информацию о сохранении общего психического здоровья для созависимых людей и здорового окружения наркозависимого больного;

- экспериментально-доказательно завершить прикладную часть исследования по определению шкалы показателей - норм душевного здоровья наркозависимого человека, не только с точки зрения на-

личия адекватно сформулированного, «собственно-го» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, но и с позиции новой концепции развития человека «Алтын Адам»;

- теоретически обосновать законы и закономерности совершенствования норм здоровья и введения теории «О душетворении человека» как программы развития качества здоровья и пополнение фонда человеческого капитала;

Считаем, что новая схема деятельности будет сопутствовать, в целом, общему стратегическому развитию концепции социального, психического и психологического здоровья населения РК.

Таким образом, предлагаемый план практических действий на местах в регионах рассматривается не только как ширококомасштабное воздействие на процесс массовой наркотизации, но и как глубокий уровень взаимодействия специалистов и выздоравливающих наркозависимых людей с целью сопровождения рука об руку выздоравливающего наркозависимого до полной остановки болезни и возврата их в семью и общество. Данная политика даст возможность не сомневаться выздоравливающему наркозависимому человеку в успехе завершения полной социальной реабилитации в пост-реабилитационный период и закрепит политику общей социальной поддержки его здоровым обществом.

Список литературы:

1. Алтынбекова Г. И., Кульшарипова З. К. Концепция кредитной системы психолого - педагогической реабилитации и социальной неадаптации бывших наркозависимых. // *Материалы II Съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов РК. - Павлодар, 2004г., 9-10 сентября, - С. 38.*

2. Кульшарипова З. К. Проблемы наркозависимости, с точки зрения науки самосознания // *Материалы II Съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов РК. - Павлодар, 9 -10 сентября 2004 г., - С. 196-197.*

3. Алтынбекова Г. И. Кульшарипова З. К. Концептуальные основы формирования кредитной системы социальной адаптации пациентов отделения социальной реабилитации при РНПЦМСПН. // *Вопросы наркологии Казахстана. - Павлодар, 2004 г., - том IV, № 3, - С. 139-141.*

4. Алтынбекова Г. И. Кульшарипова З. К. Нормативно-правовая документация по обеспечению жизнедеятельности отделения социальной реабилитации. - Павлодар, 2004.

5. Кульшарипова З. К. Инновационные основы организации психолого - педагогической практики студентов педагогических ВУЗов на базе учреждения здравоохранения. // *Материалы республиканской научно- практической конференции «Проблемы социальных и гуманитарных наук в современном образовательном пространстве», - Павлодар, 2004, 9 – 10 декабря, - С. 143-145 (в соавторстве с Сакеновой А.К., Хусаиновой Т.А.).*

6. Алтынбекова Г. И. Кульшарипова З. К. Особенности психологического консультирования зависимых семей. // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, № 1.(35), 2005г.*

СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ИМЕЮЩИЕ КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ

А. В. Грузман

г. Павлодар

Актуальность проблемы. Проблема отбора наркологических больных для участия в стационарных реабилитационных программах является важной и до сих пор нерешенной. Необоснованное направление больных на стационарное лечение для участия в высокопороговых и долгосрочных реабилитационных программах приводит к их досрочной выписке и неоправданным материальным затратам, в связи с отсутствием терапевтического результата. Предметом изучения данной работы стали социальные, клинические, психологические, соматические параметры, имеющие корреляционные связи с длительностью пребывания больных с зависимостью от опиоидов в стационарных реабилитационных программах.

Материал и методы исследования. Основным материалом исследования являлись пациенты с зависимостью от опиоидов, проходившие лечение в отделениях медикаментозной коррекции, психотерапии и реабилитации и социальной коррекции Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркологии (Центр). Все они соответствовали критериям ниже приведенных шифров по МКБ - 10.

F11.2 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости

F11.21 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление

F11.3 Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, абстинентное состояние

Всего в исследование были включены 200 пациентов с длительностью пребывания на стационарном лечении от 20 до 60 дней.

Для отбора параметров использовалась базисная информационная карта (БИК), заполняемая на пациентов, поступающих на стационарное лечение в Центр. Были отобраны такие параметры, определение которых доступно любому врачу-наркологу, производящему отбор для направления на долгосрочное стационарное лечение.

Для исследования корреляционных связей использовался коэффициент Пирсона. Показатели от 0 до 0,3 указывают на наличие слабых корреляционных связей. От 0,4 до 0,6 на выраженные корреляционные связи. От 0,7 до 1 на значительно выраженные корреляционные связи.

Полученные результаты. Все признаки были дифференцированы с учётом их отношения к социальной, клинической, психологической и соматической сфере и были ранжированы в зависимости от степени выраженности корреляционных связей. Были определены параметры, имеющие как положительные, так и отрицательные связи с длительностью пребывания больных на стационарном лечении и они были сгруппированы в соответствующие таблицы № 1 и № 2.

Таблица № 1

Положительные корреляционные связи с длительностью пребывания в стационарных реабилитационных программах пациентов, страдающих злоупотреблением опиоидов

№ п/п	Параметры (признаки)	Корреляционный коэффициент Пирсона
Социальная сфера		
1	Сохраненный трудовой и профессиональный статус (на момент госпитализации работает или учится)	0,4
2	Благоприятное семейное окружение (близкие родственники не употребляют наркотики)	0,4
3	Наличие сохраненной собственной семьи: женат/ замужем	0,4
4	Желание скрыть от окружающих употребление наркотиков.	0,4
Клинические особенности		
5	Начало употребления наркотиков было связано с желанием улучшить самочувствие и под воздействием окружающих.	0,5
6	Добровольное согласие на лечение	0,4
7	Способ употребления: наркотиков: курение	0,4
Психологические особенности		
8	Наличие уверенности в себе	0,4

Отрицательные корреляционные связи с длительностью пребывания в стационарных реабилитационных программах пациентов, страдающих злоупотреблением опиоидов

№ п/п	Признаки	Корреляционный коэффициент Пирсона
Социальная сфера		
1	Источник средств существования: находятся на иждивении других лиц	-0,9
2	Судимости, связанные со злоупотреблением наркотиков	-0,7
Клинические особенности		
3	Сочетанное употребление ПАВ: опиоиды, алкоголь, табак, анаша	-0,9
4	Основные мотивации начала употребления наркотиков: любопытство и желание усилить имеющиеся ощущения.	-0,6
5	Инъекционный способ употребления наркотиков	-0,5
6	Наличие гипомнезии	-0,4
Психологические особенности		
7	Наличие характерологической акцентуации по демонстративному типу (по Шмишеку).	-0,9
8	Наличие характерологической акцентуации по эмотивному типу (по Шмишеку).	-0,9
9	Наличие характерологической акцентуации по циклотимному типу (по Шмишеку).	-0,8
10	Наличие характерологической акцентуации по гипертимному типу (по Шмишеку).	-0,6
Соматические особенности		
11	Наличие текущих соматических заболеваний (гепатит, кардиопатии, нефрит и т. д.).	-0,5

Выводы. Полученные результаты позволят более качественно отбирать контингент больных для долгосрочных стационарных программ. Кроме того, выделенные психологические и соматические параметры, отрицательно коррелирующие с длительностью пребывания в стационаре, указывают на контингент больных, которые будут нуждаться в

предварительной подготовке перед направлением в стационар. Имеется в виду медикаментозная и психотерапевтическая коррекция характерологических расстройств и лечение хронических соматических заболеваний, тягостные ощущения от которых могут усугублять течение наркотической зависимости.

ДИНАМИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЧУВСТВЕННОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТЕЛЕСНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Ж. А. Жолдасова

Основная идея телесной терапии состоит в том, что тело является проявлением личности, и между ними существует функциональное единство. Основопологающим положением телесной терапии считается неотделимость тела от сознания, и что «тело» и «сома» (нечто, отделенное от сознания, объект) - различные обозначения. Основными целями телесно-ориентированной психотерапии, в отличие от других видов психотерапии, являются актуализация телесного «Я» и активизация позитивных витальных процессов. В телесно-ориентированной психотерапии акцент делается на знакомство с телом, подразумеваемом расширением сферы осознания индивидом глубоких организмических ощущений, исследование того, как потребности, желания и чувства кодируются в разных телесных состояниях, чем подчеркивают важность физических привычек как ключа к психологической диагностике. По литературным данным генетические возможности реализуются под воздействием окружающего мира - семьи, школы, друзей и др.; и наши мысли, эмоции, чувства являются строительным материалом для тела. Другими словами физический облик зависит от психического состояния. В современной культуре реальность человеческого тела - это запретная тема. Поэтому одной из задач телесно-ориентированной психотерапии является возврат и обретение собственного тела. По Баскакову, телесно-ориентированная психотерапия - это способ личностного роста и развития, связующий воедино чувства, разум и тело. Состояние тела, его структур и функций - это воплощенная история пережитых человеком эмоциональных и физических травм.

В психологии, философии и культурологии широкое распространение получило понятие телесности (corporeality, bodiness). Обсуждается феноменология и семиотика телесности, ее смысловое опосредование, «культурная» и «социальная» телесность, роль современных мифов тела, здоровья и болезни [Тищенко П. Д., 1993; Тхостов А. Ш., 1994; Тхостов А. Ш. 2002]. С феноменологической точки зрения опыт переживания собственного тела тесно связан с опытом чувств, влечений и сознания «Я», и невозможно представить индивида вне чувственного, телесного контекста [Jaspers K., 1997; Ильин И., 1996. Проявлениями телесности являются жесты, речь (интонация, ритм, тембр), письмо, голос [Кирсанова Л. И., 2003; Горовая Т. П., 2003; Курникова Н. В., 2003]. В целом, можно сказать, что телесный опыт (телесность) выполняют функцию объективирования тела в реальной действительности [Райзман Е. М., Семин И. Р., Мучник М. М., 2003].

Методы исследования

Для исследования изменений эмоционально-чувственной сферы у больных с героиновой зависимостью до и после применения телесно-ориентированной психотерапии (ТОП) были использованы: тест Кеттела (16-факторный опросник), тест САН предложенный В. А. Доскиным, модифицированная методика Гудинаф - Харриса «Нарисуй человека» с интерпретацией по Маховеру и Лоуэну; специально разработанные тесты, исследующие телесность: тест на субъективное ощущение времени, тест на удовлетворенность собственным телом, тест на определение образа собственного тела, оценка частей тела в денежном эквиваленте.

1. Удовлетворенность своим телом по 5-балльной шкале. Респондентам предлагается оценить себя (свое тело) по 5-балльной шкале. Эти данные дополняют вопрос по отношению к своему телу, способствуя более точному описанию самооценки.

2. Тест САН. В методике, предложенной В.А.Доскиным [3], используются 30 7-балльных биполярных шкал, сгруппированных в 3 фактора. В качестве обобщенных факторов, характеризующих различные аспекты актуального состояния, в тесте САН используются «самочувствие», в интегративной форме отражающее физиологическое состояние организма, «активность», характеризующая актуальный энергетический потенциал целостной (в том числе, психической) жизнедеятельности, и «настроение» - интегративный показатель отражаемого на эмоциональном уровне благополучия внутренних и внешних условий жизнедеятельности. Для каждой из этих шкал подобраны пары антонимов, обычно используемые людьми для характеристики меняющихся со временем свойств состояния. Каждая пара антонимов задает локальную шкалу (субшкалу). Испытуемому предлагается указать свое место на каждой субшкале.

3. Проективный рисуночный тест «Нарисуй человека».

Проективные рисуночные тесты используются для работы в рамках телесной терапии на основании гипотезы о том, что именно данные тесты позволяют наиболее полно и адекватно оценить невербальное, бессознательное отношение клиента к себе и к своему телу.

4. Субъективное ощущение времени.

Пациентам предлагалось засечь одну минуту. По знаку исследователя определяется начало минуты. Пациентов просят по ощущению сказать «стоп» при окончании минуты. Затем сверяют по секундомеру разницу субъективного ощущения времени и реального времени. Респонденты, ощущающие время

больше реального, обычно обладают большим количеством свободного времени, у них мало интересов, для них время «долго тянется». Люди, чувствующие время близко к реальному или меньше реального, обычно имеют разносторонние интересы, постоянно чем-то заняты.

5. Субъективный образ тела.

Исследуемым предлагалось изобразить с помощью исследователя свое зеркальное отображение на вертикальной поверхности с расстояния 1,5 метра. За основные точки фигуры взяты: макушка; подбородок; правый и левый плечевые суставы; пупок; правый и левый кончики средних пальцев на руках; верхние края правой и левой подвздошных костей; пах; колени; талия.

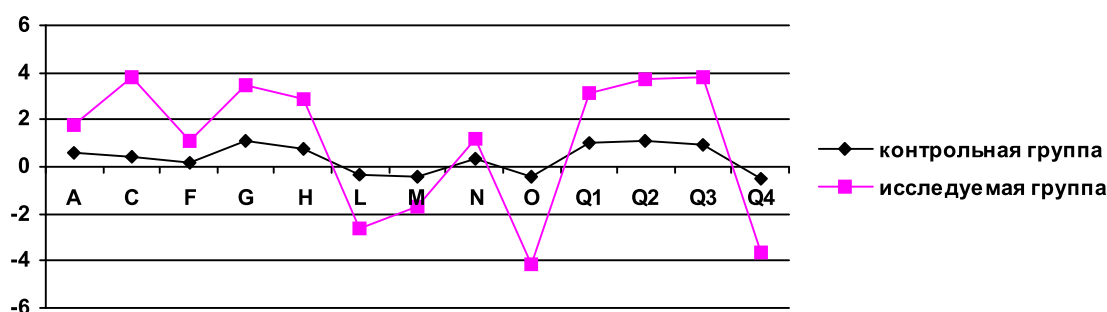
После изображения перечисленных точек, исследуемый подходит к своему «отражению» и определяется степень совпадения этих точек с истинными данными (телом).

Результаты исследования

В результате исследования определены достоверные отличия между исследуемой и контрольной группами в динамике показателей результатов исследования телесности по психологическим тестам. Результаты статистического анализа динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями по каждой шкале) 16-факторного теста Р. Кеттелла отражены в таблице 26 в соответствии с рисунком 1.

Рисунок 1

Динамика показателей 16-факторного теста Р. Кеттелла в исследуемой и контрольной группах



Фактор А – «замкнутость – общительность»; фактор С – «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость»; фактор F – «сдержанность – экспрессивность»; фактор G – «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения»; фактор H – «робость – смелость»; фактор L – «доверчивость – подозрительность»; фактор M – «практичность – развитое воображение»; фактор N – «прямолинейность – дипломатичность»; фактор O – «уверенность в себе – тревожность»; фактор Q1 – «консерватизм – радикализм»; Q2 – «самостоятельность – внушаемость»; Q3 – «высокий самоконтроль – низкий самоконтроль»; Q4 – «напряженность – релаксация»

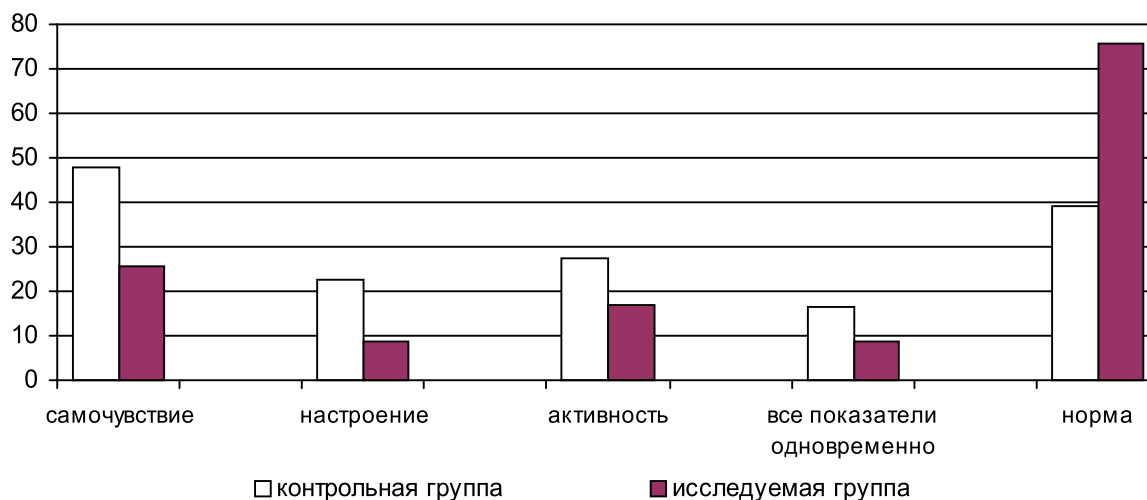
Значительные различия динамики показателей, характеризующих чувственную сферу (разницы между конечными и начальными показателями) 16-факторного теста Р. Кеттелла между исследуемой и контрольной группами выявились по следующим факторам. Фактор С – «эмоциональная неустойчивость - эмоциональная устойчивость» соответственно 3,8; 0,4 (в соотношении 9,5:1), полученные результаты отражают положительную динамику в развитии контроля на собственными эмоциями, умение адекватно оценивать жизненную ситуацию, избегать аффективных реакций по сравнению с контрольной группой. Фактор L – «доверчивость- подозрительность» в исследуемой группе и контрольной группе, соответственно, -2,6 и -0,3 (в соотношении 8,7:1), данные показатели интерпретируются нами как положительная динамика в развитии таких личностных характеристик, как откровенность, доверчивость, благожелательность по отношению к другим людям, терпимость, умение ладить в коллективе. Фактор O –

«уверенность в себе - тревожность» соответственно -4,1; -0,4 (в соотношении 10,3:1), положительная динамика данных показателей интерпретируется нами как развитие уверенности в себе, спокойствие, повышение самооценки, а также как снижение показателей тревожности, депрессивности в сравнении с контрольной группой. Фактор Q4 – «напряженность-релаксация» соответственно -3,6; -0,5 (в соотношении 7,2:1), положительная динамика интерпретируется как расслабление мышечного «панциря» по А. Лоуэну, восстановление энергетического баланса в теле в сравнении контрольной группой.

Динамика показателей по тесту САН представлена на рисунке 2.

Значительные различия динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) выявились по результатам теста САН между исследуемой и контрольной группой по следующим факторам: сниженный фактор настроения соответственно у 8,54% и 22,62% (в соотношении 1:2,7); по-

Динамика показателей по тесту САН после проведения ТОП в исследуемой и контрольной группах



вышение нормальных показателей одновременно соответственно у 75,61% и 39,29% (в соотношении 1:1,9); сниженный фактор самочувствия соответственно у 25,6% и 47,6% (в соотношении 1:1,9). Полученные данные выявили наибольшую разницу, что говорит о развитии позитивного эмоционального фона.

Значительные различия в динамике показателей исследуемой и контрольной групп выявились по опроснику на отношение к своему телу: 14,63% и 45,24% (в соотношении 1:3,1) опрошенных соответственно желали бы кое-что изменить в собственном теле. Таким образом, полученные данные интерпретированы нами как развитие позитивного восприятия собственного тела и как следствие, повышение самооценки больных с героиновой зависимостью в результате проводимой ТОП.

После проведения телесно-ориентированного тренинга определены достоверные отличия между исследуемой и контрольной группами по тесту на ощущение времени: ощущение времени больше реального (больше 70 секунд) 13,42% и 35,37% соответственно (в соотношении 1:2,6). Таким образом, определено, что в исследуемой группе после проведения ТОП в 2,6 раза меньше респондентов с ощущением времени больше 70 секунд, т.е. у больных с героиновой зависимостью развивается способность более реально воспринимать окружающую действительность, компенсируется функциональная недостаточность правого полушария, что может являться косвенным признаком компенсации алекситимии.

В результате оценки тела по 5-балльной шкале обнаружены достоверные отличия между исследуемой и контрольной группами: оценка 5 баллов у 14,63% и 3,57% респондентов соответственно (в соотношении 4,1:1); оценка 3 балла у 8,54% и 20,24%

респондентов соответственно (в соотношении 1:2,4). Полученные данные интерпретированы нами как развитие в личности самопринятия и повышение самооценки.

В результате исследования субъективного образа тела выявлены следующие достоверные отличия между исследуемой и контрольной группами:

- уменьшение образа головы на 9,11% и 7,32% соответственно (в соотношении 1,3:1);
- укорочение рук на 7,6% и 14,93% респондентов соответственно (в соотношении 1:1,9);
- удлинение ног на 2,34% и 15,4% опрошенных соответственно (в соотношении 1:6,6).

Данные субъективного образа тела подтверждаются результатами рисуночного теста, где выявились значимые различия между исследуемой и контрольной группой по следующим параметрам:

- блокирование или отсутствие течения внутренней энергии к нижним конечностям у 23,17% и 48,81% респондентов соответственно (в соотношении 1:2,1);
- нарушение течения энергии к рукам у 0% и 3,57% опрошенных соответственно;
- отсутствие (полное блокирование тока энергии) энергетической связи между головой и телом у 3,66% и 21,43% респондентов соответственно (в соотношении 1:5,9);
- в целом, нарушение течения энергии к нижней половине тела у 23,17% и 57,14% опрошенных соответственно (в соотношении 1:2,5).

Полученные результаты проинтерпретированы нами как развитие таких свойств здоровой телесности, как ощущение «заземленности», т.е. наличие ощущения опоры в жизни, ощущения свободы передвижения, желания и возможности действовать самостоятельно, целостности ментальной и физической сфер.

Выводы

Таким образом, выявлены достоверные различия между исследуемой группой пациентов, прошедших полноценный курс ТОП в программах медико-социальной реабилитации и контрольной группой, где использовались традиционные психотерапевтические методики, как в системе промежуточных, так и в системе конечных индикаторов, определяющих эффективность соответствующих реабилитационных программ. Общий вектор и объем данных различий однозначно указывает на существенно более высокую эффективность ТОП в сравнении с традиционными психотерапевтическими методами и позволяет рекомендовать данный метод в качестве обязательного компонента программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

Глубина и скорость изменений, отмечаемых по главному направлению ТОП – форсированному развитию свойств здоровой телесности, как фактора антинаркотической устойчивости в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, показывают очевидную перспективу использования данного метода (или его модификации) в программах МСР наркозависимых.

Разработанные практические рекомендации:

1. Телесно-ориентированную психотерапию целесообразно использовать в качестве развивающего метода стационарных программ медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ, существенно повышающего общую эффективность данных программ.

2. При использовании ТОП в программах реабилитации лиц, зависимых от ПАВ следует иметь в виду, что показаниями к применению данного метода является сам факт патологической зависимости субъекта от какого-либо психоактивного вещества; абсолютными противопоказаниями – состояние алкогольного или наркотического опьянения, психотические состояния или состояния тяжелой психопатологической декомпенсации, выраженные степени интеллектуальной недостаточности; относительными противопоказаниями – скрытый или явный отказ пациента от участия в реабилитационном процессе.

3. Общая конечная эффективность ТОП зависит от адекватного решения терапевтических задач по форсированному развитию свойств здоровой телесности, как составляющего фактора антинаркотической устойчивости, представленных в унифицированном алгоритме реализации данного метода:

Литература:

1. Баскаков Ю. В. Телесно-ориентированная психотерапия и психотехника: обобщение и сравнительный анализ существующих подходов // Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В. В., Тищенко П. Д. - М., 1993. - С. 58-65

2. Горвая Т. П. Голос как телесный феномен // Мир психологии. - № 2, апрель-июнь 2003. - М., Воронеж. - С. 217-222

- Полноценное завершение личностной идентификации

- Наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария

- Исключение сценария наркопотребления из всех возможных горизонтов, осознаваемых и неосознаваемых.

4. Селективная (промежуточная) эффективность ТОП зависит от адекватной направленности технических блоков методики на основные мишени телесно-ориентированной психотерапии:

- *Мишень № 1* – телесность, с учетом особенностей, характерных для больных с героиновой зависимостью. С конечным развитием свойств здоровой телесности, как одного из факторов в завершении личностной идентификации для формирования антинаркотической устойчивости;

- *Мишень № 2* – патологический соматический статус больных с героиновой зависимостью (включает: признаки отравления (передозировки) психоактивным веществом; интоксикацию ПАВ; синдром зависимости от ПАВ (соматический уровень); признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии). Из перечисленных состояний непосредственно психотерапевтической мишенью являются соматические проявления синдрома зависимости без признаков угрозы развития терминальных состояний и выраженных психопатологических проявлений (брёда, галлюцинаций, синдрома нарушения сознания). Критическая редукция соматического дискомфорта в ходе начальных этапов ТОГП резко повышает мотивацию пациента на дальнейшее лечение и укрепляет веру в возможности терапевтического процесса;

- *Мишень № 3* – собственно патологической влечение к психоактивному веществу (ПВ к ПАВ) во всех сферах непосредственного проявления данного феномена;

- *Мишень № 4* – патологический личностный статус зависимых от ПАВ (дефицит свойств психологического здоровья, характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости);

- *Мишень № 5* – необилитационный (развивающийся) личностный статус зависимых от ПАВ;

- *Мишень № 6* – дефицитарный социальный статус зависимых от ПАВ (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме);

- *Мишень № 7* – уровень мотивации на освобождение от химической зависимости.

-
-
3. Ильин И. Постструктурализм. Деконструктивизм. Постмодернизм. - М., 1996
 4. Кирсанова Л. И. Язык: жест, речь, письмо в жизни человека // Мир психологии. - № 2, апрель-июнь 2003. - М., Воронеж. - С. 214-217
 5. Курникова Н. В. Интонация как особая единица в смысловом и эмоциональном поле общения // Мир психологии. - № 2, апрель-июнь 2003. - М., Воронеж. - С. 222-225
 6. Райzman Е. М., Семин И. Р., Мучник М. М. Субъективный телесный опыт и терапия при соматоформных расстройствах // Журнал неврологии и психиатрии им С. С. Корсакова. - Т. 103. - № 9, 2003
 7. Тищенко П. Д. Психосоматическая проблема (объективный метод и культурологическая интерпретация) // В кн. Телесность человека: междисциплинарные исследования. Под ред. Николаева В. В., Тищенко П. Д. - М., 1993. - С. 35, 36-38
 8. Тхостов А. Ш. Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестник Московского Университета. - сер. 14, Психология, 1994. - № 2. - С. 2-14
 9. Тхостов А. Ш. Психология телесности. - М., 2002
 10. Jaspers К. Общая психопатология. - М., 1997

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ГРУППОВОЙ ДИНАМИКИ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Н. Ф. Загребельный

г. Павлодар

Групповая динамика во многом определяет успешность групповой психотерапии, так как является продуктом деятельности психотерапевтической группы, её условно упорядоченными движениями, приводящими, к определенному этим движением, результату. Условия, в которых работает и формируется группа, по-своему могут корректировать и трансформировать динамику группы. Предлагаю на рассмотрение некоторые особенности развития групповой динамики в условиях отделения принудительного лечения больных зависимыми заболеваниями.

Как известно групповая динамика условно делится на четыре стадии:

1. Формирование группы.
2. Фаза конфликта.
3. Рабочая фаза.
4. Терминальная фаза.

Формирование группы из пациентов разного плана и разного уровня по интеллектуальному и психологическому развитию порождает трудности в совместности членов группы. В то же время уже произошедшее расслоение больных на «подчиненных» и «начальников», с обязательной буферной прослойкой между нами и «вашим и нашим», и выделением незначительного количества обособленных, по различным обстоятельствам - «моя хата с краю», создают дополнительные трудности, определяя заведомо неприязненные, а то и враждебные, отношения между членами группы. По сути дела стадия формирования группы почти полностью проходит в отделении ещё до организации группы. Более того, в отделении же проходит и *стадия конфликта*, в результа-

те которой образуются все или почти все участники группового психотерапевтического сообщества, с обязательным выделением лидера и его окружения. Это - подстрекатель, обожатель, киллер, кликуша, законодатель, садист, клоун, мудрец - идеолог, финансист - кассир, шестерка, козел отпущения, наблюдатель и др.

Иными словами психотерапевтическая группа формируется из уже сложившейся социально-общественной группы людей с уже распределенными ролевыми нагрузками. Учитывая это и то, что пациенты идут на занятия групповой психотерапией с открытым нежеланием, *рабочая фаза*, в динамике развития группы, как правило, требует постоянного лидирования терапевта. Очень проблематично создание духа доверия в группе, чувства коллективизма. Временный антагонизм, конфронтация между членами группы, между терапевтом и членами группы, переходит в закрытость, недоверие, отгороженность членов группы и даже в страхе. Известно, что работа в группе, с целью достижения позитивных процессов в психическом состоянии человека и, как следствие, изменение поведенческих реакции, с последующим повышением значимости собственного «я», происходит после шести недель занятий в группе.

Специфика режима областного Центра по профилактике и лечению зависимых заболеваний, психосоциальное состояние осужденных больных на момент начала проведения групповой психотерапии высвечивает некоторые особенности:

1) Больной попадает на лечение без собственного на то желания, то есть с заранее негативной установкой на лечение.

2) Имеет место, порожденная насилием, психофизическая напряженность, эмоционально-аффективная лабильность, астеноневротический синдром и другие психические нарушения.

3) Поступающие больные несут с собой букет различных сомато-невротических заболеваний, что усугубляет их психический статус.

4) Почти сто процентов больных склонны к деструктивно-аддиктивному поведению и агрессивны.

5) Через месяц пребывания в областном Центре по профилактике и лечению зависимых заболеваний пациент имеет право выхода на работы, что пре-

рывает процесс занятий в группе, а больные всячески стараются выйти на работу.

6) Даются краткосрочные домашние отпуска до 7 суток – это так же нарушает процесс психотерапии.

Частая и кардинальная смена состава группы приводит к «пробуксовке» развития психотерапевтического процесса.

Заключение: Все эти факты говорят о том, что проведение групповой психотерапии в условиях принудительного лечения весьма затруднительно потому, что нарушается динамика развития групповой психотерапии. Рабочая фаза, не получив должного развития, переходит в *терминальную*.

СОЦИАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ ВЫЗДРАВЛИВАЮЩЕГО НАРКОЗАВИСИМОГО ИНДИВИДА И ОБМЕН ИДЕАЛАМИ, ЦЕННОСТЯМИ И УСТАНОВКАМИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАДАПТАЦИИ В ОБЩЕСТВЕ

З. К. Кульшарипова, Т. М. Ахметова, А. К. Сыздыкова

г. Павлодар

Очевидно, социальные взаимодействия наркозависимого индивида в условиях постреабилитационного периода осуществляются на различной основе. В настоящее время ряд видных социологов Г. Ласвелл, А. Кэплэн считают, что этой основой, придающей социальным взаимодействиям положительную окраску и содержание, и делающей из них положительные социальные отношения, являются *идеалы, ценности и установки*. Идеалы, ценности, установки, в принципе, можно определить как желаемый образец социальных отношений к выздоравливающему наркозависимому индивиду в период социальной адаптации в социуме.

В силу неравенства, существующих в обществе социальных отношений к людям, которые употребляли ПАВ, распределение ценностей в социуме (образование, работа, партнерство) в их дальнейшей судьбе соотносятся в меньшей степени.

Равное распределение ценностей в социальном обществе есть *ценностный образ* данного общества. Показателем ценностного образа должен явиться *некий распределительный индекс*. Чем выше этот индекс, тем выше показатель *ценностной позиции общества*. Личность или группа в социуме, имеющая какое – либо взаимоотношение к выздоравливающим наркозависимым людям, имеет низкую ценностную позицию. Следовательно, социальное общество пока не стремится в полной мере изменить существующее положение отношений к лицам, употреблявшим ПАВ.

Во многом считается, что наркозависимый индивид никогда не сможет изменить собственные ценностные ориентиры и стать на путь полного оздоровления.

Таким образом, нами предлагается концепция ценностного взгляда на негативный опыт социального проживания и проект выстраивания качественно новых систем взглядов на социальные проблемы общества. Объективная сложность состоит в том, что общество не готово менять устоявшие взгляды такую социальную болезнь, как наркомания, и тем более не готово принимать активное участие в преобразовании такого социального мнения, как помощь или социальная поддержка выздоравливающему наркозависимому человеку. Субъективная трудность заключается в том, что социальные органы власти и подвластные им структуры не видят основной причины возврата наркозависимого человека в прошлое. Хотя социальная политика государства направлена на помощь уязвимым слоям общества, но только в материальном плане - определенной денежной компенсацией за их, мягко говоря, «социальную ущербность». Но вопрос социальной поддержки должен носить не просто приободряющий характер, дескать, «мы вас помним и любим», а иметь социально - воспитывающую направленность: не шаблонное отношение, а нравственно - формирующее взаимодействие за счет выращивания **ценностного образца человека** в целом. Активность и ценностная позиция человека определяется двумя показателями:

- ценностной экспектацией;
- ценностными требованиями.

В социальном обществе у социально здорового человека показатель удовлетворенности ценностным образом человека не очень высок, так как он не принимает активных действий для занятия более высо-

ких позиций. Только сочетание ценностных ожиданий с повышенными ценностными требованиями может подвести здорового человека к активному взаимодействию с бывшими наркозависимыми людьми и помогать ему в постреабилитационном периоде.

Реальная возможность в достижении той или иной ценностной позиции общества называется *ценностным потенциалом общества*. Данный показатель будет подниматься только при развитии новых социальных взаимоотношений и новых взглядов на развитие общества. Вопрос состоит в том, как найти те механизмы, которые смогут преобразовать стереотипы мышления общества к проблеме наркозависимости. Общество должно понять, что эта болезнь опасна не только для больного, но и опасна для здорового человека. Каждый считает, что эта проблема не коснется лично его или его семьи и их равнодушное отношение в определенной мере способствует широкому распространению наркомании, как социальной болезни. Опасностью является не только факт распространения наркотиков, но и «безалаберное» отношение, превращающееся в «машину равнодушия», к судьбе выздоравливающего наркозависимого человека.

Следовательно, справедливые социальные отношения позволяют направить общие взаимодействия общества и «болезни» наркомания на:

- совершенствование идеала общества как экономической свободы по отношению к болезни наркомания;
- формирование нравственно-духовных ценностей человека в здоровом обществе как равенство в социальных отношениях друг с другом;
- развитие социальной установки как социальной справедливости на полноценную социальную жизнь в постреабилитационный период.

Здоровому социальному обществу необходимо поддержать выздоравливающего наркозависимого человека в постреабилитационный период и проявить к нему, то доверие, которое было утрачено, с формированием нового отношения, которое дает возможность развития положительного психосоциального фона для организма и дальнейшего развития его трудо - дее- жизнеспособности.

Анализ человеческих ценностей позволяет условно разделить их на две основные группы: ценности благосостояния и прочие ценности. Под *ценностями благосостояния* понимаются те ценности, которые являются необходимым условием для поддержания здоровья: физического, психоэмоционального, нравственно - духовного. В эту группу ценностей входят не только благополучие, богатство, мастерство (квалификация), просвещенность, но, прежде всего, социальное, психическое и психологическое здоровье. *Благополучие, богатство, мастерство должно* означать нравственно - духовное отношение к человеку, несмотря на сегодняшний соци-

альный статус. Социальная справедливость есть сформированность в, первую очередь, гражданского долга перед человеком, а не перед тем, что для него надо сделать. Выполняя под «козырек» свой социальный долг, и забывая о том, что решается судьба человека, мы несправедливо пренебрегаем такой простой истиной, что долг платежом красен. И возвращаем, и пожиная пороки социальных взаимоотношений, которые формируем сами.

Среди бесконечного разнообразия социальных отношений существуют такие, которые являются основой и, в той или иной форме, присутствуют во всех других отношениях. Это, прежде всего, отношения социальной зависимости от уже принятой догмы по отношению к чему-либо. Например: наркомания - это плохо и надо с ней бороться. Но борьба уже предполагает противостояние. И иногда очевидно, что мы сами попали в сеть социальной зависимости от социальных болезней и не можем найти нужные, нехитрые механизмы воздействия на болезнь. Если рассматривать социальные взаимоотношения с точки зрения противостояния, то категорию зависимости можно представить как в естественных науках через вид зависимости между явлениями *a* или множеством явлений *A* и явлением *b* или множеством явлений *B*.

То же самое можно сказать о дружбе, уважении, управлении и руководстве, где отношения зависимости и власти наиболее очевидны.

Социальная зависимость - это социальное отношение, при котором социальная система S_1 (может быть индивид, группа, общество или социальный институт) не может совершить для нее социальное действие d_1 , если социальная система S_2 не совершит действий d_2 . При этом система S_2 будет называться *доминирующей*, а система S_1 - *зависимой*.

Но мы предлагаем в своей концепции найти путь независимости и социально приемлемого взаимодействия людей в социуме.

На практике часто встречается ситуация, когда личность или социальная группа для достижения одной цели становится зависимой от другого индивида или социальной группы, а для достижения другой цели - доминирующей. Такие двойственные отношения называются *взаимозависимыми*. Можно сделать вывод, что отношения независимости расширяют некоторое множество ролей зависимой системы. Размеры этого расширения очевидно пропорциональны силе независимости. По мнению чехословацких ученых Ф. Хорвата и Я. Кучеры: «Независимость следует расценивать как силу экономической свободы к распределению определенных социальных ролей и добровольное согласие к выполнению этих ролей».

На практике отношения независимости далеко не всегда осознаются. Не зная о законах тяготения, ребенок, тем не менее, независим от них в своем «свободном» сознании. Осознание отношений незави-

симости индивида может значительно изменить характер этих отношений и привести к обоюдно выгодному и без ущерба друг для друга взаимодействию. Например, независимые индивиды свободно входят в разные виды социального соподчинения.

Социальную независимость в нашей концепции можно поделить по типам ее функционирования. Так, существует *устойчивая* независимость, которая означает независимость, основанную на справедливом отношении всех статусов в группе к общей деятельности с идеалами, ценностями и установками. Индивиды или группы, имеющие нормативный статус, будут независимы от индивидов или групп, имеющих более высокий статус, а их деятельность будет определяться нормативными требованиями без вмешательства «личностных окрасок» индивида. Таким образом, здоровое общество со здоровыми действиями по отношению к соци-

альным болезням общества не должны занимать доминирующее положение в социальных отношениях и уступать место скрытым и невидимым отношениям зависимости.

Большинство современных ученых-социологов, в самом общем виде, представляет социальную категорию *устойчивой* независимости, как способность общего соподчинения или социальное принятие.

Социальное принятие как тип независимых отношений от социального статуса понимается как часть межличностных или групповых отношений, с помощью которых преодолевается сопротивление индивидов или социальных групп.

Такой подход к пониманию социального принятия основан, прежде всего, на наличии личностных способностей для осуществления межличностного взаимодействия и успеха в организационном, сложном человеческом обществе.

Литература:

1. Алтынбеков С. А., Алтынбекова Г. И., Койшибаев Б. А., Кульшарипова З. К. *Нормативно-правовая документация по обеспечению жизнедеятельности отделения социальной реабилитации «АСАР»: Методические рекомендации.* - Павлодар, 2002. - 48 с.
2. Алтынбекова Г. И., Кульшарипова З. К. *Концептуальные основы формирования кредитной системы социальной адаптации пациентов отделения социальной реабилитации «АСАР» при РНПЦМСПН. / Ж. Вопросы наркологии Казахстана.* - Павлодар, 2004 г. - Том IV, № 3. - С. 24-25.
3. Алтынбекова Г. И., Кульшарипова З. К. *Концепция кредитной системы психолого-педагогической реабилитации и социальной неадаптации бывших наркозависимых. // Материалы II Съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов РК.* - Павлодар, 2004. - С. 155.
4. Алтынбекова Г. И., Кульшарипова З. К. *Особенности психологического консультирования зависимых семей. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* - Томск, 2005. - № 1 (35).
5. Кульшарипова З. К., Сакенова А. К., Хусаинова Т. А. *Инновационные основы организации психолого-педагогической практики студентов педагогических ВУЗов на базе учреждения здравоохранения. // Материалы республиканской научно-практической конференции «Проблемы социальных и гуманитарных наук в современном образовательном пространстве»,* - Павлодар, 2004. - С. 143-145.
6. Кульшарипова З. К. *Проблемы наркозависимости с точки зрения науки самосознания // Материалы II Съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов РК.* - Павлодар, 2004 г. - С. 212-213.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Т. В. Пак

г. Павлодар

Введение

В Республике Казахстан заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ с впервые в жизни установленным диагнозом, на 100 000 населения в 2003 году составила 424,7, а в 2004 году – 404,1 случая, в том числе вызванные употреблением алкоголя, соответственно, 363,6 и 347,7 случая по данным официальной статистики (Наркологическая помощь населению Рес-

публики Казахстан за 2003-2004 годы, статистический сборник).

По материалам многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в Республики Казахстан (2001 - 2003 г.г.) реальное число лиц, имеющих зависимость от алкоголя, составили 3% от всего населения как в 2001, так и в 2003 году. По данным 2003 года значительно возросла алкогольная зависимость у наркозависимых лиц опиоидной группы – 1% в 2001 и 8% в 2003 году.

Следовательно, необходима реорганизация системы наркологической помощи населению с целью создания и реализации доступных и привлекательных реабилитационных стационарных и амбулаторных программ для больных с зависимостью от ПАВ.

Континуальное использование комплексных реабилитационных технологий повышает общую эффективность медико-социальной реабилитации, снижает финансовые расходы на восстановление и ресоциализацию, способствует продуктивной реинтеграции в общество, повышает качество жизни больных с зависимостью от ПАВ.

Следовательно, стратегической целью медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом является достижение стойкой ремиссии и успешная ресоциализация, обеспечивающая высокий уровень социального функционирования.

Оценка медицинских, психологических и социальных проблем, предусматривающая углубленный и полный анализ преморбидных особенностей личности, социально-психологических факторов риска, анамнеза употребления спиртных напитков, консультирования (интервью) пациента и его ближайшего окружения, способствует выявлению и определению уровня мотивации больного алкоголизмом на полноценное участие в лечебно-реабилитационном процессе (ЛРП).

Лечебно-реабилитационный процесс в учреждениях наркологического профиля организуется в соответствии с принципами взаимодействия следующих компонентов: больные алкоголизмом (больной) - персонал реабилитационного учреждения (реабилитационная бригада) - реабилитационная среда (терапевтическое сообщество) с условным выделением основных периодов (этапов) и клинико-психологических мишеней - узлов формирования алкогольной зависимости.

Соблюдение основных принципов континуального подхода к комплексной медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом, правил преемственности на стационарном и амбулаторном этапах, эффективная реализация противорецидивных реабилитационных технологий обеспечивают высокую эффективность, доступность и привлекательность реабилитационных программ.

В случае срыва или рецидива заболевания, т.е. возобновления употребления алкоголя на одном из реабилитационных этапов, пациент направляется в наркологическое отделение (стационар) медикаментозной коррекции с целью проведения детоксикационной терапии абстинентного синдрома и постабстинентного состояния, в том числе патологического влечения к алкоголю и проведения необходимого комплекса психологических, психотерапевтических мероприятий.

Индекс Тяжести Зависимости

Рабочим инструментом, позволяющим индивидуально выявить и оценить проблемы пациента, оп-

ределить и реализовать план помощи (терапии) является Белорусская версия Индекса Тяжести Зависимости (The Belarus Addiction Severity Index) далее – BASI. Данный инструмент используется как достаточно удобный в практическом применении для планирования, проведения и оценки реабилитационного процесса.

Протокол BASI является структурированным интервью, к которому целесообразно возвращаться на последующих этапах реабилитации с целью оценки промежуточных и итоговых результатов совместной деятельности пациента и специалистов мультидисциплинарной команды.

Опросник имеет четыре стадии:

Стадия 1. Формулировка проблем

Стадия 2. Детализация проблем

Стадия 3. Формулирование целей реабилитации и плана помощи

Стадия 4. Оценка степени достижения целей терапии и удовлетворенности результатами лечения.

Стадия 1 - формулировка проблем

Целью интервью является проведение скрининга проблемных областей пациента и клинико-психологических мишеней каждого раздела:

- физическое здоровье (мишень № 1);
 - зависимости: алкоголь, наркотики и др. (мишень № 2, 6);
 - психическое здоровье (мишень № 2, 3);
 - семья и взаимоотношения с другими людьми (мишень № 5, 4);
 - закон (мишень № 3, 5, 4);
 - образование и обучение (мишень № 4);
 - работа и трудоустройство (мишень № 5, 4);
 - финансы (мишень № 4);
 - организация досуга (мишень № 5, 4);
 - жилье (мишень № 4);
 - отношение родных и близких (мишень № 3, 5, 4);
- (последний раздел заполняется, если возможна встреча с членами семьи или близкими родственниками).

По каждому разделу значимыми являются комментарии, где специалист в свободном стиле в процессе интервью уточняет ответы пациента для отбора проблемных зон, требующих более подробного анализа, выявления клинико-психологических мишеней для целенаправленного определения потребности в помощи/терапии и определения приоритетности проблем, требующих первоочередного решения.

Стадия 2 - детализация проблем

Основная цель данной стадии заключается в конкретном уточнении клинико-психологических мишеней и определении потребности пациента в помощи, что достигается в процессе совместного интервью, использования техник мотивационного консультирования при точном описании проблемы и потребности в помощи словами и выражениями пациента, данные регистрируются в соответствующей учетной форме детализации проблем пациента.

Таким образом, работа с опросником BASI по детализации проблем является реализацией специфической формы мотивационной работы специалистов мультидисциплинарной команды, осуществляемой в совместном творческом процессе и обеспечивающей начальную фазу изменений в мышлении, чувствах и поведении пациентов.

Стадия 3 - формулирование целей реабилитации и плана помощи

На этой стадии необходимо сформулировать и согласовать цели и план терапии в максимально конкретной форме, так чтобы они были реально достижимы, и динамику изменений можно было отследить и оценить.

В индивидуальный план терапии/реабилитации необходимо включить:

- обзор целей терапии/помощи, согласованный со специалистом (отдельно с психотерапевтом, психологом, социальным работником);
- собственно план реабилитационных/терапевтических мероприятий (конкретные задачи);
- отметку пациента о выполнении задач;
- сроки и частоту проведения терапевтических/реабилитационных мероприятий;
- совместную (пациента и специалиста) оценку степени достижения терапевтических целей;
- общую совместную (пациента и специалиста) оценку удовлетворенности результатами реабилитации;
- план последующих действий.

Таким образом, третья стадия работы по BASI является реабилитационным процессом по своей сути, в течение которого отслеживается динамика и оценка решения заявленных проблем пациента.

Стадия 4 - оценка степени достижения целей терапии и удовлетворенности результатами лечения

Совместная оценка (по мнению пациента и специалиста) достигнутых результатов терапии/помощи и общая оценка удовлетворенности результатами лечения проводятся неоднократно по завершению каждого этапа реабилитации и при постановке новых целей, показатели оценки регистрируются в форме индивидуального плана терапии.

Таким образом, опросник BASI является удобным в практическом применении инструментом для планирования, проведения и оценки ЛРП, а также для мониторинга клинических, психологических и социальных характеристик пациентов.

Организация медико-социальной помощи при реабилитации больных с алкогольной зависимостью

Особенностями медико-социальной помощи больным алкоголизмом являются *вспомогательные социальные требования* к организации реабилитации. Это создание условий для трудовой деятельности, профессионального обучения, постоянной заня-

тости с целью выработки трудовых навыков, а также организация и реализация вспомогательных социальных технологий, обеспечивающих состояние увлеченности и интереса, творческой активности, эмоциональной позитивной насыщенности зависимых от ПАВ, привлекая собственные и дополнительные возможности и ресурсы:

- производственные подразделения (столярные, слесарные, швейные мастерские и пр.) и мастер-классы;
- мастерские художественно-прикладного ремесла (по чеканке, художественной лепке, росписи, гончарные и др.);
- животноводческие подразделения (конное хозяйство, кролиководство, птицеферма и др.);
- помощь и сотрудничество с хосписом, детским домом для инвалидов);
- сельскохозяйственные подразделения (теплицы, садовое хозяйство, огородный участок и пр.)
- система самообеспечения и самообслуживания в условиях загородного поселения;
- занятия спортом, проведение спортивных соревнований и культурно - досуговых мероприятий.

Особенности выполнения медикаментозной помощи

Медикаментозная терапия проводится по показаниям с первых дней включения пациента в реабилитационную программу. Средства для лечения алкоголизма назначаются индивидуально с учетом особенностей клиники заболевания, а также основного перечня списка основных (жизненно важных лекарственных средств) и дополнительного перечня списка основных (жизненно важных лекарственных средств).

Нами приводятся примерные алгоритмы терапии основных синдромов и расстройств при алкогольной зависимости, а также алгоритмы назначения отдельных групп психофармакологических препаратов.

- Алгоритм терапии острой алкогольной интоксикации (алкогольного опьянения) тяжелой степени: промывание желудка; аналептики и психотоники (дигоксин, строфантин в инъекциях, кордиамин); детоксикация (полиионные смеси, физиологический раствор, 5% р-р глюкозы, тиосульфат натрия в/в); витамины (пиридоксин 5% - 10 мл в/м, никотиновая кислота в/м, аскорбиновая кислота в/в с глюкозой); ноотропы (пирацетам 20% раствор 5 - 15 мл внутримышечно или внутривенно); гепатопротекторы (эссенциале в растворе).

- Алгоритм терапии абстинентного алкогольного синдрома: детоксикация в течение 3 - 5, при необходимости 5 - 7 дней (полиионные смеси, физиологический раствор, 5% раствор глюкозы внутривенно, тиосульфат натрия внутривенно); витамины (пиридоксин 5% - 10 мл внутримышечно, никотиновая кислота внутримышечно, аскорбиновая кислота); транквилизаторы и снотворные (диазепам 30 - 50 мг/сутки, нитразепам 5 - 10 мг на ночь, 20% ра-

створ оксibuтирата натрия 10 мл/сутки); антиконвульсанты (карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сутки; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сутки); нейролептики (клозапин, рисперидон, галоперидол); антидепрессанты (амитриптилин, сертралин); глюкокортикоиды (преднизолон); дегидратирующие (фуросемид); ноотропы (пирацетам 20% раствор 5 - 15 мл внутримышечно или внутривенно); гепатопротекторы (эссенциале, холензим). Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм терапии синдрома патологического влечения к алкоголю: подавляющие патологическое влечение к алкоголю и связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства препараты: транквилизаторы (сибазон, транксен); нейролептики (галоперидол, пипотиазин, флуфеназин, тиоридазин, алимемазин и др.) 2 - 4 недели; антидепрессанты (амитриптилин, тразодон, миансерин и др.) 4 недели; антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроат натрия) 2 - 4 недели. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.). Продолжительность лечения определяется состоянием больного.

- Алгоритм терапии аффективных расстройств (субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории): для нормализации настроения, снижения тревожности, эмоциональной лабильности, апатии, тоскливости, обострения влечения к алкоголю препаратами выбора являются антидепрессанты (амитриптилин, тразодон, миансерин, кломипрамин, тианептин и др.) 4 недели; гипнотики (нитразепам, зопиклон и др.) до 7 - 10 дней; нейролептики (сульпирид до 4 недель, при стойкой бессоннице малые дозы клозапина 12,5 мг - 25 мг, левомепромазина 12,5 - 25 мг на ночь); антиконвульсанты (карбамазепин и др.) до 2 недель. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

- Алгоритм терапии поведенческих расстройств: для купирования поведенческих расстройств (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатий), снятия возбуждения и агрессии, исключения девиантного и делинквентного поведения препаратами выбора являются нейролептики - корректоры поведения (перициазин, тиоридазин, алимемазин) до 2 недель; нейролептики (хлорпромазин, левомепромазин, клозапин) до 2 недель; антиконвульсанты (карбамазепин и др.) до 2 недель. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

- Алгоритм терапии злоупотребления алкоголем с вредными последствиями для здоровья: витамины (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбиновая кислота внутримышечно или внутривенно, фолиевая кислота, ретинол); аминокислоты (эссенциале в капсулах, гамма - аминокислотная кислота); ноотропы (пирацетам); транквилизаторы и снотворные (диазепам 30 - 50 мг/сутки, нитразепам 5 - 10 мг на ночь). Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм лечения синдрома зависимости, в настоящее время под клиническим наблюдением на

поддерживающей терапии: средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю - нейролептики (клозапин 100 - 200 мг/сутки; рисперидон 1 - 4 мг/сутки в форме раствора); антидепрессанты (кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках); антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота); витамины (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота); ноотропы (пирацетам, гамма - аминокислотная кислота); гепатопротекторы (холензим, эссенциале); транквилизаторы и снотворные (нитразепам, феназепам). Физиотерапия: ИРТ, электросон, массаж.

- Алгоритм терапии синдрома зависимости, в настоящее время воздержание, но на лечении вызываемыми отвращение лекарствами: витамины (тиамин, пиридоксин, аскорбиновая кислота, фолиевая кислота); аминокислоты (церебролизин, эссенциале, холензим); ноотропы (пирацетам, гамма - аминокислотная кислота); сенсibiliзирующие к алкоголю средства (метронидазол, никотиновая кислота и др.); средства, подавляющие патологическое влечение к алкоголю - нейролептики (клозапин 100 - 200 мг/сут; рисперидон 1 - 4 мг/сут в форме раствора); антидепрессанты (кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках); антиконвульсанты (карбамазепин, вальпроевая кислота).

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора являются производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепема 4 - 6 мл/сутки, нитразепам) и снотворные третьего поколения - зопиклон (имован), золпидем (нитрест) в минимально эффективной дозе 7,5 мг курсом не более 5 дней, чередуя препараты, в случае отсутствия эффекта целесообразно препарат отменить и назначить нейролептики (клозапин в дозе до 50 мг на ночь).

- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются ноотропы (пирацетам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (В1, В6, В12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (акупунктура, электросон).

- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются имипрамин 25 - 150 мг/сутки, флуоксетин 20 - 40 мг/сутки, а также показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

- Алгоритм терапии нейролептиками: с целью купирования патологического влечения к алкоголю, снижения возбуждения и коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5 - 15 мг/сутки); клозапин (азалептин) 100 - 200 мг/сутки; рис-

перидон (рисполепт) 4-6 мг/сутки в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сутки.

- Алгоритм терапии антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках.

- Алгоритм терапии антиконвульсантами: противосудорожные, нормотимические, эмоциотропные свойства антиконвульсантов позволяют эффективно использовать их при лечении алкогольного абстинентного синдрома. Препаратами выбора являются карbamазепин в дозе 200 мг 3 раза в сутки, при начальной дозе 100 - 200 мг 1 - 2 раза в сутки. При необходимости доза препарата может быть увеличена до 400 мг 2-3 раза в сутки. Вальпроат натрия в суточной дозе из расчета 30 - 50 мг/кг массы тела, обычно она составляет 0,1 - 0,5 г, при необходимости дозы могут быть увеличены.

- Алгоритм терапии транквилизаторами: анксиолитическое, седативное, миорелаксирующее, противосудорожное фармакотерапевтическое действие, антидепрессивная активность и умеренный антипсихотический эффект позволяют эффективно использовать их для купирования психомоторного возбуждения, панических реакций в период абстинентного синдрома, агрессивных и аутоагрессивных наклонностей, а также профилактики эписиндрома. Подбор суточной дозы для редукции психопатологической симптоматики осуществляется в три первые дня. Продолжительность курса лечения индивидуальна - от 3 дней до 2 недель. Снижение дозы производится литически в течение 2 - 3 суток, начиная с дневных приемов. Критерии и принципы отмены препаратов: непереносимость, наличие побочных проявлений, отсутствие ожидаемого эффекта в течение 3 - 4 суток.

Особенности выполнения немедикаментозной помощи

Психотерапия (включая индивидуальное и групповое консультирование)

Особенности групповой психотерапии больных алкоголизмом в первую очередь определяются различиями между категориями пациентов. Формирование группы и включение ее в активную деятельность требует гораздо больше времени и усилий, отсюда отмечается менее интенсивная групповая динамика особенно на начальных стадиях групповой работы, большая зависимость пациентов от активности психотерапевта. Такие элементы работы, как инициативность, ответственность, контроль по соблюдению групповых правил и норм в течение рабочей стадии групповой динамики реализуются в большей степени терапевтом. Следовательно, положительные тера-

певтические результаты наблюдаются на более отдаленных стадиях групповой динамики.

Терапевтически эффективнее группы, состав которых определяется наличием нескольких пациентов с достаточно высоким уровнем развития нормативных личностных статусов (Я – мужчина/женщина, Я – муж/жена, Я - родитель, Я – профессионал/ член общества), например, пациенты, начавшие злоупотреблять алкоголем под влиянием психотравмирующих обстоятельств в зрелом возрасте.

Преодолению алкогольной анозогнозии в процессе групповой психотерапии способствует эффект «психотерапевтического зеркала»: пациент осознает и идентифицирует у себя наличие алкогольного заболевания и психосоциальных последствий, когда другие участники группы искренне рассказывают о своих жизненных кризисных ситуациях, их трагизме и последствиях.

В процессе психотерапии женщин, зависимых от алкоголизма, часто косвенно предьявляемыми проблемами являются социально-психологическая изолированность и деформация полоролевой идентификации (партнерской, супружеской, материнской роли). В таких случаях формат групповой психотерапии, предоставляющий возможности моделирования социальных и полоролевых взаимодействий в смешанной группе, является наиболее эффективным.

Терапевтическая эффективность выше, когда учитываются индивидуальные особенности и собственные потребности пациента, а также продолжение психотерапевтической работы после завершения стационарной программы реабилитации. Особое значение имеет интенсивность и качество терапевтических сессий, а также квалификационно-профессиональный уровень терапевта. При использовании интегративного подхода к организации психотерапевтического процесса, способствующего его многопрофильной функциональности, в течение рабочего дня групповая работа с определенным контингентом пациентов проводится разными специалистами: психотерапевтом - групповая психотерапия, психологом - групповое консультирование или социально- психологический тренинг, специалистом по социальной работе - социальный тренинг.

Психотерапия (включая индивидуальное и групповое консультирование) проводится на всех этапах реабилитации и направлена на реализацию следующих основных задач:

- формирование мотивации на вхождение, полноценное участие, успешное завершение реабилитационной программы и достижение стойкой ремиссии в процессе:
 - мотивационной психотерапии по Миллеру – Рольнику;
 - мотивационного консультирования;
 - мотивационного тренинга;
 - мотивационного интервью;

- развитие личностных и социальных свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья:

- полноценное завершение личностной идентификации;

- развитие навыков ответственного выбора;
- формирование внутреннего локуса контроля;
- развитие личностных ресурсов и доступ к ним;
- создание идентификационного жизненного сценария;

- профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе:

- противорецидивной психотерапии;
- противорецидивного консультирования;
- противорецидивных тренингов;

- преодоление созависимости и восстановление семейных отношений в процессе:

- семейной психотерапии;
- супружеской психотерапии;
- семейного консультирования;
- психотерапевтической групповой работы со значимыми другими лицами;

- тренингов со значимыми другими лицами;

- нормализация социального функционирования в процессе:

- поддерживающей и противорецидивной психотерапии на амбулаторном этапе;

- семейной психотерапии на амбулаторном этапе;

- тренингов социальной компетентности;

- закрепление достигнутых результатов реабилитации в процессе:

- психотерапевтической работы по развитию механизмов самовыражения и саморазвития;

- психотерапевтической работы по развитию адаптационных ресурсов устойчивости к воздействию внешней среды.

Вышеописанные основные задачи реализуются через техники индивидуального консультирования и индивидуальной психотерапии, техники группового консультирования и групповой психотерапии, интегративно-развивающей психотерапии, а также через адаптированные психотерапевтические методы мотивационной психотерапии, гештальт-терапии, транзактного анализа, нейролингвистического программирования, когнитивно-поведенческой психотерапии, клиентцентрированной терапии, телесно-ориентированной психотерапии, психодрамы, логотерапии, экзистенциальной терапии, семейной психотерапии, противорецидивной и поддерживающей терапии.

Выбор и продолжительность психотерапевтических методик определяются особенностями личностного и социального статусов пациента, специфичностью клинических проявлений основного заболевания и квалификационными характеристиками специалистов. Осуществление одного или нескольких адаптированных методов индивидуальной, групповой, семейной психотерапии является обязательным.

Противорецидивная и поддерживающая терапия

Противорецидивная и поддерживающая терапия включает следующий перечень услуг на стационарном и амбулаторном этапах реабилитации:

- консультационные технологии;
- тренинговые технологии;
- психотерапевтические технологии;
- технологии медикаментозной терапии;
- реабилитационные технологии;
- технологии социальной помощи и поддержки лицу, зависимому от ПАВ;
- технологии социальной помощи и поддержки ЗДЛ;
- вспомогательные социальные технологии.

Семейная терапия, семейное консультирование

Специфичность реабилитации больных алкоголизмом заключается в том, что необходимо дифференцировано привлекать семью для участия в лечебно-реабилитационном процессе на каждом этапе при согласии самого пациента. Предварительная работа заключается в проведении мотивационного консультирования с больными алкоголизмом и отдельно с членами их семей в отношении необходимости участия ближайшего окружения пациента в процессе реабилитации.

Работа с семьей включает следующие компоненты:

1. Диагностика реабилитационного потенциала семьи;

1. Повышение мотивации семьи на участие в реабилитации;

2. Определение функциональных задач семьи в процессе реабилитации;

3. Информационная работа с семьей (лекции, семинары, информационные тренинги и пр.);

4. Тренинги для созависимых, членов семей, других значимых лиц;

5. Семейное консультирование для созависимых и с участием самих зависимых от ПАВ;

6. Семейная психотерапия, в том числе супружеская терапия.

Основные мероприятия работы с семьей:

- консультации для членов семей перед встречей с пациентом (свидание, «родительские дни», отпуск домой);

- информационные практики (родительские конференции, семинары);

- тренинги (тренинг коммуникативности, противорецидивный тренинг, тренинг обучения самопомощи и др.);

- семейное консультирование по проблемам семьи;

- индивидуальная и групповая терапия с семьей;

- группы взаимопомощи АА, Аль-Анон, Аль-Атин и др.

Психотерапевтическая работа с родительской семьей направлена на диагностику и решение про-

блем членов семьи, выявление дисфункциональных семейных взаимоотношений, созависимости, патологической последовательности гомеостаза семейной системы и стимуляцию перехода на следующий этап развития семьи как системы. Результатами данной работы является реорганизация, формирование реабилитационной микросоциальной (семейной) среды нормативного функционирования, куда возвращается человек, зависимый от алкоголя после завершения стационарной программы.

Работа с нуклеарной семьей также начинается с диагностики семейного функционирования, уровня реабилитационного потенциала семьи, степени прохождения семейных циклов развития, а также способности и успешности разрешения возникающих проблем на данном этапе. В результате психотерапевтического воздействия формируется более конструктивная семейная система функционирования и взаимодействия.

В процессе семейной психотерапии на диагностическом её этапе терапевт может определить необходимость проведения психотерапевтической работы с отдельными членами семьи в индивидуальном формате и организовать реализацию такой модели терапии. Данный подход обеспечивает эксплуатацию технологий дублирующего психотерапевтического воздействия и повышает возможности терапевтических изменений и развития, как персонального для члена семьи, так и семьи в целом.

Групповая терапия с ЗДЛ – это психотерапевтический подход с преимущественным использованием техник транзактного анализа, интегративно-развивающей терапии, гештальт-терапии, психодрамы и др. В процессе эксплуатации универсальных механизмов групповой динамики и двухуровневой пси-

хотерапевтической коммуникации прорабатываются личностные проблемы членов семьи, усугубляющие дисфункциональные взаимоотношения и способствующие пролонгированию проявлений созависимости.

Эффективная работа с созависимостью проводится в условиях построения основы для полноценного нормативного семейного функционирования. Редукция симптоматики созависимости у ЗДЛ технически осуществляется через вскрытие (диагностику) каждого функционального механизма созависимости, совместный поиск альтернативных вариантов семейного функционирования, реализацию проекта терапии и мониторинг результатов внедрения терапевтических фрагментов (отношений, умений и др.) в реальные семейные взаимоотношения.

Заключение

В статье дан обзор особенностей реабилитации больных алкоголизмом, основанный на практическом опыте клинического блока Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, с целью использования теоретических и прикладных разработок в организации и реализации современных реабилитационных программ. Выявлены особенности психотерапии больных алкоголизмом и основные клинко-психологические мишени воздействия для оказания целенаправленной помощи/терапии лицам, зависимым от алкоголя и их ближайшему окружению. Данный обзорный материал, основанный на результатах апробации оригинальных технологий, может рассматриваться как методологическое обоснование для внедрения более эффективных реабилитационных программ в систему наркологической помощи.

Литература:

1. Батищев В. В., Негерши Н. В. *Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика.* – Москва, 2000. – 184 стр.
2. Белокрылов Н. В., Даренский И. Д., Ровенских И. Н. *Психотерапия наркологических больных / В кн.: Руководство по наркологии.* – Т. 2, под ред. Н. Н. Иванца, Медпрактика. – М., 2002. – С. 120-172.
3. Валентик Ю. В. *Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по клинической наркологии под ред. проф. Н. Н. Иванца.* – М.: «НАН», 2000. – С. 191-206.
4. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.* – Литера, 2000. – М.: 2002. – 254 стр.
5. Валентик Ю. В. *Реабилитационные центры «Casa Famiglia Rosetta» для больных наркоманиями (20-летний опыт работы).* – Москва, 2002. – 105 стр.
6. Воробьев П. А. *«Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения.* - 1999. - № 2.
7. Гузиков Б. М., Мейроян А. А. *Алкоголизм у женщин.* - Л.: «Медицина», Ленинградское отделение, 1988. - 223 стр.
8. Иванец Н. Н. *Руководство по наркологии. Под редакцией член-корр. РАМН М.* – 2002. - том 1, 2.
9. Иванец Н. Н. *Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (под редакцией проф. Н.Н.Иванца).* - М., 2000. - с. 80.
10. Катков А. Л., Россинский Ю. А. *Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана.* - Павлодар, 2002. - Т. 2, № 2. - С. 84-88.

-
-
11. Катков А. Л., Алтынбеков С. А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2002. - Т. 2, № 1. – С. 30-33.
12. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. - Павлодар, 2003. - 267 стр.
13. Негерши Н. В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // *Вопросы наркологии*. – 1999. - № 2. - С. 57-61.
14. Пак Т.В. Индивидуальная психотерапия, как компонента реабилитации наркозависимых // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2001. - Т. 1, № 1. – С. 71-74.
15. Рохлина М. Л., Мохначев С. О., Козлов А. А. Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании (сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией член-корр. РАМН, профессора Иванца Н. Н.). - М., 2001. - с. 70-85.
16. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. Реабилитация наркологических больных: концепция, программа. - Анахарсис, 2001. – 48 стр.
17. Ялтонский В. М., Сирота Н. А. Мотивационная терапия // *Наркология*. – 2003. - № 4. - С. 41-44.
18. Miller W. R. *Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach* // *Approaches to drug Abuse Counseling*. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.
19. Project MATCH Research Group *Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes* // *Journal of Studies on Alcohol*. 1997, N 58, p. 7-29.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНАЯ И ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Т. В. Пак

г. Павлодар

Проблема распространения зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в Республике Казахстан, Центральной Азии достигла глобальных масштабов и имеет многогранный характер, включая медицинский, социальный, правовой, экономический, воспитательный аспекты. В Республике Казахстан за последние 10 лет количество вновь выявленных лиц, употребляющих наркотики, увеличилось в 20 раз (показатель первичной заболеваемости).

Показатели эффективности существующей системы медико-социальной реабилитации (МСР) лиц, зависимых от ПАВ сегодня не достигли требуемого уровня. В связи с чем, вопросы разработки и внедрения эффективных профилактических, диагностических, лечебно-реабилитационных и противорецидивных технологий имеют особую актуальность.

Приоритетным сектором развития инновационных подходов в наркологии, в том числе противорецидивных, является теоретическая и практическая психотерапия. Данная дисциплина признается многими авторитетными исследователями одним из основных компонентов программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, как на стационарном, так и амбулаторном этапах.

Целевой группой для использования психотерапевтического противорецидивного подхода на стационарном и амбулаторном этапах МСР является контингент лиц, зависимых от психоактивных ве-

ществ, созависимые и/или ближайшее окружение наркологического больного.

Основная цель данного психотерапевтического подхода - существенное повышение эффективности наркологической помощи населению на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии; увеличение показателей длительности и стойкости ремиссий у наркологических больных; эффективная профилактика срывов и рецидивов наркологических заболеваний; повышение уровня полноценной ресоциализации, качества жизни и социального функционирования лиц, зависимых от ПАВ и их ближайшего окружения.

Основные задачи реабилитационных программ на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии:

- внедрение и реализация противорецидивных технологий и их достаточный ассортимент, обеспечивающий эффективную профилактику срывов и рецидивов наркологических заболеваний;
- обеспечение доступности и привлекательности противорецидивных технологий, как для лиц, зависимых от ПАВ, так и для их ближайшего окружения;
- реализация противорецидивных технологий, с соблюдением принципов континуальности на стационарном и амбулаторном этапах реабилитации;
- повышение уровня социального функционирования лиц, зависимых от ПАВ и их ближайшего

окружения за счет реализации противорецидивных технологий в структуре социальной реабилитации;

- проведение мониторинга эффективности противорецидивной работы и дальнейшее обогащение стандарта противорецидивных услуг.

Противорецидивная и поддерживающая психотерапия предусматривает следующий перечень услуг, оказываемых лицам, зависимым от ПАВ и их ближайшему окружению, как на стационарном, так и амбулаторном этапах программ медико-социальной реабилитации:

1. Консультационные технологии на стационарном и амбулаторном этапах МСР:

- противорецидивное психологическое консультирование лиц, зависимых от ПАВ (индивидуальное, групповое);

- противорецидивное психологическое консультирование ЗДЛ и/или созависимых (индивидуальное, групповое);

- противорецидивное семейное консультирование;

- противорецидивное супружеское консультирование;

- социальное консультирование (по социальным проблемам зависимого от ПАВ, ЗДЛ и/или созависимых);

- предтестовое и послетестовое (тест на выявление психоактивных веществ и их метаболитов в биологических жидкостях) консультирование лиц, зависимых от ПАВ и их ЗДЛ.

2. Тренинговые технологии на стационарном и амбулаторном этапах МСР:

- противорецидивный тренинг лиц, зависимых от ПАВ;

- ситуационно-ролевой тренинг лиц, зависимых от ПАВ;

- тренинг социальной компетенции лиц, зависимых от ПАВ;

- тренинг помощи и поддержки ЗДЛ и/или созависимых;

- тренинг сензитивности ЗДЛ и/или созависимых;

- тренинг коммуникативности ЗДЛ и/или созависимых;

- тренинг ассертивности ЗДЛ и/или созависимых;

- тренинг креативности ЗДЛ и/или созависимых.

3. Психотерапевтические технологии на стационарном и амбулаторном этапах МСР:

- противорецидивная психотерапия лиц, зависимых от ПАВ (индивидуальная, групповая);

- противорецидивная психотерапия ЗДЛ (индивидуальная, групповая);

- противорецидивная психотерапия созависимых (индивидуальная, групповая);

- семейная психотерапия с участием зависимого от ПАВ;

- супружеская психотерапия с участием зависимого от ПАВ;

- интегративно-развивающая психотерапия (индивидуальная, групповая);

- когнитивно-поведенческая психотерапия;

- проблемно-ориентированная психотерапия;

- психодрама;

- гештальт-терапия;

- транзактный анализ;

- логотерапия;

- экзистенциальная терапия;

- нейролингвистическое программирование/терапия (НЛП / НЛТ);

- духовно-ориентированная психотерапия.

4. Технологии медикаментозной терапии на стационарном и амбулаторном этапах МСР:

- психофармакотерапия (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, нормотимики);

- медикаментозная противорецидивная терапия;

- медикаментозная терапия, направленная на стимуляцию мозгового метаболизма (использование ноотропов, аминокислот, сосудистых препаратов);

- общеукрепляющая медикаментозная терапия.

5. Технологии немедикаментозной терапии на стационарном и амбулаторном этапах МСР:

- физиотерапия (электросон, латеральная субсенсорная электростимуляция, трансцеребральный электрофорез микроэлементов;

- краниocereбральная гипотермия;

- рефлексотерапия (акупунктура);

- оксигенотерапия;

- фитотерапия;

- комплекс оздоровительных мероприятий.

6. Технологии социальной работы с лицами, зависимыми от ПАВ, на стационарном и амбулаторном этапах МСР:

- юридические услуги;

- консультирование по социальным проблемам;

- жилищные программы;

- профессиональное и специальное обучение;

- предоставление рабочих мест, трудоустройство;

- предоставление материальной помощи;

- волонтерское движение;

- работа групп анонимных алкоголиков (АА), анонимных наркоманов (АН), Аль-Анон (для членов семей), Аль-Атин (для детей алкоголиков);

- клубы психологической поддержки;

- культурно-развлекательные программы;

- спортивно-оздоровительные программы;

- установление продуктивного сотрудничества с заинтересованными государственными учреждениями, общественными организациями, социальными службами.

7. Технологии социальной работы с ближайшим окружением зависимого от ПАВ на стационарном и амбулаторном этапах МСР:

- информационные тематические тренинги, семинары, лекции по проблемам срыва, рецидива наркологического заболевания;

- информационные консультации для ЗДЛ и созависимых: механизмы формирования и признаки созависимости; факторы внутрисемейной дисфункциональности, способствующие срыву, рецидиву наркологического заболевания;

- семейное консультирование с участием зависимого от ПАВ, направленное на сближение и улучшение взаимопонимания;

- «родительские группы», проводимые с целью обучения навыкам поведения по преодолению проявлений созависимости и предупреждению срыва, рецидива наркологического заболевания;

- группы взаимопомощи и поддержки для ближайшего окружения зависимого от ПАВ.

8. *Вспомогательные социальные технологии, обеспечивающие состояние увлеченности и интереса, творческой активности и эмоциональной позитивной насыщенности лиц, зависимых от ПАВ:*

- производственные подразделения (столярные, слесарные, швейные мастерские и пр.);

- мастерские художественно-прикладного ремесла (по чеканке, художественной лепке, росписи, гончарные и др.);

- животноводческие подразделения (конное хозяйство, кролиководство, птицеферма и др.);

- помощь и сотрудничество с хосписами, детскими домами для инвалидов);

- сельскохозяйственные подразделения (теплицы, садовое хозяйство, огородный участок и пр.);

- система самообеспечения и самообслуживания в условиях загородного поселения.

9. *Реабилитационные технологии стационарного и амбулаторного этапов МСР:*

- реабилитационные программы, включающие противорецидивную работу (комплексные);

- амбулаторные реабилитационные программы, включающие противорецидивную работу на этапе социальной реабилитации;

- амбулаторные реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии и включающие противорецидивную работу;

- реабилитационные программы, включающие противорецидивную работу, в условиях общины, ТС, домов на полпути.

Перечень квалифицированных специалистов, реализующих противорецидивные и поддерживаю-

щие технологии на стационарном и амбулаторном этапах программ МСР, включает:

а) врача нарколога;

б) врача психотерапевта;

в) медицинского психолога;

г) специалиста по социальной работе;

д) социального работника;

е) инструктора по труду;

ж) инструктора по спорту;

з) волонтера или консультанта по проблемам зависимости.

Планируемые результаты внедрения противорецидивных и поддерживающих технологий на стационарном и амбулаторном этапах реабилитации:

- обогащение системы наркологической помощи эффективными противорецидивными услугами для контингента зависимых от ПАВ и их ближайшего окружения;

- расширение ассортимента и доступности противорецидивных услуг;

- повышение качества противорецидивных услуг, реализуемых по данному направлению;

- повышение эффективности стационарных и амбулаторных программ медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ за счет противорецидивных и поддерживающих услуг;

- улучшение показателей ремиссий за счет профилактики срывов и рецидивов наркологических заболеваний;

- опосредованное повышение уровня социального функционирования и качества жизни лиц, зависимых от ПАВ и их ближайшего окружения.

Основными критериями оценки результатов внедрения противорецидивных и поддерживающих технологий на стационарном и амбулаторном этапах МСР являются разделы мониторинга, определяющие наличие ремиссии, этап ее формирования, показатели длительности и стойкости ремиссии. В качестве рабочих инструментов для оценки результатов реализации данного психотерапевтического подхода могут использоваться специальные анкеты и шкалы, например, анкета «Комплексные характеристики ремиссии»; шкала оценки качества жизни и социального функционирования; анкета, определяющая степень удовлетворенности ближайшего окружения зависимого от ПАВ качеством противорецидивных услуг.

Литература:

1. Битенский В. С. *Стойкость ремиссий при алкоголизме и наркоманиях как одна из важнейших проблем наркологии // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1992. – Т. 1. – С. 130-131.*

2. Валентик Ю. В., Мельников В. Ф., Волков А. В., Мальшакова М. С. *Российско-голландский проект реабилитации наркозависимых в амбулаторных условиях (ярославский опыт) // Наркология. - 2003. - № 3. – С. 21-24.*

3. Гузиков Б. М., Зобнев В. М. и др. *Терапевтическое сообщество в системе реабилитации психически больных. Пособие для врачей. - СПб., 2000.*

4. Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. *Дифференцированная система реабилитации в наркологии. // Методические рекомендации. – Москва, 2001. – 38 стр.*

-
-
5. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. - СПб., 1996.
 6. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Реабилитация больных алкоголизмом на разных этапах формирования ремиссии. // Метод. реком. - СПб., 1993.
 7. Ерышев О. Ф., Рыбакова Т. Г. Организация противорецидивного лечения больных алкоголизмом в реабилитационном наркологическом стационаре. // *Вопр. наркол.* - 1989; 2.
 8. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. - Павлодар, 2003. - 267 с.
 9. Пак Т. В. Новые психотерапевтические подходы в реабилитации наркозависимых. // *Вопросы ментальной медицины и экологии.* - Павлодар, 2003. - Том IX, № 3. - С. 34-43.
 10. Рыбакова Т. Г. Семейные отношения и семейная психотерапия больных алкоголизмом. // Автореф. дис. канд. мед. наук. - Л., 1980.
 11. Ремиссии при алкоголизме. Труды НИИ им. В.М. Бехтерева. - Л., 1987; 118.
 12. Траутманн Ф., Валентик Ю. В., Мельников В. Ф. и др. Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от наркотиков. // *Методическое руководство.* - Павлодар, 2004. - 254 с.
 13. Litten R. Z. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20 (suppl 8): 216A-218A.
 14. O'Malley S. S. *Alcohol* 1996; 3 (suppl 1): 77- 81.

КЛИНИКА

СОПУТСТВУЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Е. Абдикаримов, О. А. Колесникова, Л. Г. Шакеева

г. Костанай

В Костанайском областном наркологическом диспансере в 2002 году, выполняя Указ Президента РК, от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» и постановление Правительства РК от 19 апреля 1995 года № 514 «Вопросы принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения», выделено 25 коек для принудительного лечения указанной категории больных.

В связи с постоянным ростом числа больных с зависимостями от различных психоактивных веществ (ПАВ) в 2003 году число коек для принудительного лечения доведено до 60 и развернуто самостоятельное отделение. Однако в настоящее время, и оно не обеспечивает потребности области в наркологических койках данного профиля.

Основной задачей отделения принудительного лечения является предотвращение наиболее социально опасных последствий наркологических заболеваний, а также активное преодоление анозогнозии, помощь больным, не способным правильно оценить своё состояние и разрушающим собственное здоровье, злостно уклоняясь от добровольного лечения.

Принудительное лечение наркозависимых позволило несколько стабилизировать криминогенную обстановку среди данного контингента лиц, состоящих на наркологическом учёте и на учёте в правоохранительных органах, так как возможность их изоляции позволяет в какой-то мере воздействовать на обстановку в обществе.

Длительное потребление наркотических веществ оказывает разностороннее воздействие на организм таких больных, поражая не только головной мозг, но и вегетативную нервную систему, а также внутренние органы. Поражение внутренних органов чаще всего наблюдается во второй стадии наркомании, т.е. после многолетнего употребления наркотических веществ.

Такие больные, как правило, социально дезориентированные, не работающие, потерявшие семьи, зачастую имеющие солидное криминальное прошлое. Вследствие асоциального поведения, склонности к антиобщественным поступкам у них часто встречаются венерические заболевания, туберкулёз, различные травмы. Большинство из них злостно уклоняются от лечения не только основного заболевания, но и сопутствующей патологии.

Нами проанализировано структура сопутствующих заболеваний, установленных среди наркозависимых лиц, прошедших лечение в принудительном отделении Костанайского областного наркологического диспансера в 2004 - 2005 годах. Всего за это время прошли курс лечения 84 больных с наркотической зависимостью, у 25 из них выявлено та или иная сопутствующая патология, требовавшая вмешательства специалистов соответствующего профиля.

Всех больных, у которых выявлена сопутствующая основному заболеванию, патология мы подразделили по стажу наркотизации, по возрасту, по образованию и т.д. Эти данные отражены в нижеследующих таблицах.

Таблица № 1

Стаж наркотизации больных

№ п/п	Продолжительность наркотизации	Количество (чел.)
1	До 3 лет	3
2	От 3 до 5 лет	4
3	От 6 до 10 лет	9
4	Свыше 10 лет	9

Возраст больных

№ п/п	Возраст	Количество (чел.)
1	до 25 лет	4
2	от 25 до 30 лет	12
3	от 31 до 40 лет	7
4	свыше 40 лет	2

Таблица № 3

Уровень образования у больных

№ п/п	Образование	Количество (чел.)
1	с неполным средним	7
2	со средним	8
3	со специальным средним	10

Таблица № 4

Сопутствующая патология у больных Костанайского областного наркологического диспансера (КОНД)

№ п/п	Характер сопутствующей патологии	Кол-во (чел.)	Результат
1	Заболевания периферической нервной системы	1	Прошёл курс лечения в условиях КОНД
2	Заболевания бронхо-легочной системы	2	Прошли курс лечения в условиях КОНД
3	Венерические заболевания	2	Переведены в областной кожно-венерологический диспансер
4	Заболевания желудка и 12-перстной кишки	2	Прошли курс лечения в условиях КОНД
5	Токсические поражения печени В том числе: – изолированные – в сочетании с поражением почек	5	Прошли курс лечения в условиях КОНД Переведены для лечения в соматический стационар
		2	
		3	
6	Токсические поражения почек В том числе: – изолированные – в сочетании с поражением печени	6	Прошли курс лечения в условиях КОНД Переведены для лечения в соматический стационар
		3	
		3	
7	Травмы и их последствия	5	Переведены в травматологический стационар
8	Передозировка наркотических веществ	1	Переведен в реанимационное отделение

Таким образом, среди наркозависимых больных, поступающих в отделение принудительного лечения, почти у каждого третьего (29,9%) имеется та или иная сопутствующая патология, требующая лечения у специалистов соответствующего профиля.

В большинстве случаев (64%) после консультации специалистов общей лечебной сети соответствующего профиля, в результате проведенной комплексной терапии, направленной на восстановление нарушенных функций той или иной системы органов удалось провести успешное лечение, как основного, так и сопутствующе-

го заболевания и выдержать сроки принудительного лечения, определенного постановлением суда.

При сочетанных токсических поражениях печени и почек, при выявлении венерических заболеваний и травматологической патологии, как и в случае с передозировкой наркотических веществ, в силу

специфики лечебного учреждения, главным образом, из-за отсутствия квалифицированных специалистов соответствующего профиля и необходимого лечебно-диагностического оборудования принудительное лечение приходилось досрочно прекратить по медицинским показаниям.

Литература:

1. Шабанов В. Д. *Руководство по наркологии*. - СПб, 1998.
2. Иванец Н. Н. *Лекции по наркологии*. - М., 2000.
3. Струсов В. А. *Современное состояние принудительного лечения больных алкоголизмом и наркоманией // Вопросы клиники, диагностики и профилактики алкоголизма и наркомании*. - М., 1983.
4. Рудяков С. В. и др. *Опыт работы принудительного лечения в составе наркологического диспансера / Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. - Павлодар, 2001. - Том I, № 1. - с. 77-78.
5. Алимханов Ж. *Проблемы наркомании в Республике Казахстан. Мифы и реальность. // Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. - Павлодар, 2001. - Том I, № 1. - с. 29-30.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Б. А. Азанова, А. К. Ешматова

г. Павлодар

Исследование клинических особенностей абстинентного синдрома, различных постабстинентных нарушений у больных героиневой наркоманией с расстройствами личности

Нами исследовались этапы становления зависимости:

- период поискового наркотизма, возраст начала употребления героина, длительность эпизодического приема героина;
- длительность заболевания, формирование абстинентного синдрома, длительность абстинентного синдрома, длительность стадии «плато» (высокая толерантность + относительно удовлетворительное физическое состояние) наркотика, особенности абстинентного синдрома, аффективные нарушения депрессивного регистра в период абстиненции, динамика проявлений анозогнозии, постабстинентное состояние, влечение к наркотикам, преобладающие формы реагирования в стрессовых ситуациях;
- динамика формирования ремиссий у больных героиневой наркоманией (показатели ремиссии, частота и длительность ремиссии).

Период поискового наркотизма у больных героиневой наркоманией

Временной период поискового наркотизма при формировании синдрома зависимости при употреблении наркотиков имеет большое значение, как в плане профилактики, так и плане прогноза героиневой наркомании. С нашей точки зрения, период по-

искового наркотизма важен, так как он определяет время, когда различные факторы, оказывающие влияние на случай первого (иногда единственного) употребления наркотика, могут изменяться по мере того, как регулярное употребление наркотика приобретает характер аддикции, т.е. аддиктивного поведения. Аддиктивное поведение, в свою очередь, играет решающую роль в формировании физической зависимости. Период регулярного употребления наркотика важен так же по той причине, что именно на него приходится формирование психической зависимости, формирование аддикции. Период поискового наркотизма отражен в таблице 1.

В таблице № 1 показано, что в исследуемой группе и группе сравнения больных выявились отличия: у пациентов с расстройствами личности проявления девиантного поведения отмечались в возрасте 16 лет, а в группе сравнения в 17 лет. Полученные данные показали, что первым психоактивным веществом употребления является табак. Лица, имеющие сопутствующие личностные расстройства, впервые пробуют табак значительно раньше тех, кто имеет специфические личностные расстройства, в среднем, на 1 год и 3 месяца. Пациенты с расстройствами личности впервые пробуют табак, наоборот, гораздо позже. Вторым употребляемым психоактивным веществом, среди исследуемого контингента, является алкоголь. Средний возраст первого случая употребления алкоголя у больных героиневой наркоманией с расстройствами личности наступает раньше (14 лет

Период поискового наркотизма у больных героиновой наркоманией в группах (в годах)

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		Р
Возраст начала употребления табака	13,1	± 0,8	14,4	± 0,6	<0,05
Возраст начала употребления алкоголя	14,3	± 0,5	15,3	± 0,5	<0,05
Возраст начала употребления наркотиков (полных лет)	15,3	± 1,2	16,0	± 1,2	<0,05
Средний возраст начала употребления героина	15,6	± 1,2	16,8	± 1,2	<0,05
Проявление девиантного поведения, начиная с возраста.	16,4	± 0,1	17,3	± 0,1	<0,05

3 месяца), чем у пациентов без коморбидной личностной патологии (15 лет 3 месяца), разница составляет 1 год.

Третьим же, по порядку счета психоактивным веществом, которое впервые употребили исследуемые пациенты, соответственно, стал героин. Средний возраст первого случая употребления героина у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности составляет 15 с половиной лет. Это раньше на 1 год и пять месяцев, чем у пациентов с личностными расстройствами, у которых средний возраст

первой пробы психоактивных веществ составляет 16 лет 8 месяцев.

То есть, континуум регулярного употребления психоактивных веществ выглядит следующим образом: табак → алкоголь → наркотик. Этот континуум характерен для больных героиновой наркоманией с расстройствами личности и пациентов без коморбидной личностной патологии. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (таблица 2) средний возраст первого случая употребления героина на 1 год и 5 месяцев меньше.

Таблица 2.

Период поискового наркотизма у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (в годах)

Возрастные параметры	Пациенты возбужденного круга		Пациенты тормозимого круга		Р
Возраст начала употребления табака	14,5	±2,1	18	±1,8	<0,05
Возраст начала употребления алкоголя	15,8	±1,5	16,5	±1,1	<0,05
Возраст начала употребления героина	19,1	±1,3	20,8	±1,5	<0,05

Период поискового наркотизма внутри исследуемой группы (см. таб. 2) у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности выглядит следующим образом: впервые пробуют табак пациенты возбужденного круга в возрасте 14,5 лет, что, по сравнению с пациентами тормозимого круга, у которых это происходит в 18 лет, составляет значительную разницу, выраженную в годах. Средний возраст первого случая употребления алкоголя у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности возбужденного круга составляет 15,8 лет, у пациентов тормозимого круга этот возраст составляет 16,5 лет.

Первый случай употребления героина у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности происходит раньше, и приходится в среднем на 19,1 лет, а у пациентов тормозимого круга – на 20,8 лет. Разница между ними составляет 1 год и 7 месяцев.

Таким образом, в среднем на год и семь месяцев раньше происходит первый случай употребления

героина происходит у больных героиновой наркоманией возбужденного круга.

Первый случай употребления героина (таблица 3) у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (3,7%) в возрасте 13-14 лет преобладает, по сравнению с пациентами без расстройств личности (1,3%). Употребления героина в возрасте 15 - 16 лет преобладает у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (7,4%) над пациентами без расстройств личности (4%). Первый случай употребления героина у пациентов с личностными расстройствами в возрастном интервале от 17 до 18 лет составляет 17,3%, а у пациентов без расстройств личности - 18,7%. Пробное употребление героина в возрасте 19-20 лет преобладает у пациентов без расстройств личности (21,3%), по сравнению с пациентами с сопутствующими расстройствами личности (14,8%). Пробное употребление героина у пациентов старше 22 лет также преобладает у пациентов с расстройствами личности (50,6%), по сравнению с пациентами без расстройств личности (46,7%).

Возраст начала употребления героина у больных опиоидной наркоманией в группах

Возраст больных	Исследуемая группа (n=81)	Группа сравнения (n=75)	P
От 13 до 14 лет	3,7	1,3	<0,01
От 15 до 16 лет	7,4	4,0	<0,01
От 17 до 18 лет	17,3	18,7	<0,05
От 19 до 20 лет	14,8	21,3	<0,01
От 20 лет до 21 года	7,4	12,0	<0,01
Старше 22 лет	50,6	46,7	<0,05

Таким образом, нами установлено, что начало употребления героина в возрастном периоде 13 - 16 лет у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности происходит раньше, чем у пациентов без расстройств личности.

По результатам исследования установлено значительное увеличение числа лиц с относительно «поздней» манифестацией героиновой зависимости. Возрастная группа старше 22 лет имеет перевес у больных героиновой наркоманией пациентов с расстройствами личности.

В таблице 4 представлены данные, полученные нами в ходе исследования, которые дают представления о различиях этапов эпизодического употребления приёма героина больными героиновой наркоманией с расстройствами личности.

Различия в этапе эпизодического употребления (таблица 4) выявлены в промежутке от 2 недель до 1 месяца: у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (39,5%) преобладают над пациентами без расстройств личности (29,3%). Период эпизодического употребления от 1,5 до 3 месяцев у больных героиновой наркоманией без расстройств личности (26,7%) имеют перевес по сравнению с пациентами с расстройствами личности (16%). Период эпизодического употребле-

ния наркотика от 3,5 до 5 месяцев преобладают у больных героиновой наркоманией без расстройств личности (4%), по сравнению с пациентами с расстройствами личности (2,5%). Этап эпизодического употребления героина в промежутке времени от 5,5 до 6 месяцев имел перевес у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (27,2%) по сравнению с пациентами без расстройств личности - 20%. Длительный этап эпизодического употребления в промежутке времени от 6,5 до 12 месяцев превалировал у больных героиновой наркоманией без расстройств личности (14,7%), по сравнению с пациентами с расстройствами личности - 9,9%. Этап эпизодического употребления, составляющий более 12 месяцев (9,3%), преобладал у больных героиновой наркоманией без расстройств личности, над пациентами без расстройств личности (7,4%).

Проанализировав данные по эпизодическому употреблению героина можно говорить о том, что этап эпизодического употребления у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности занимал короткий период от 2 недель до 1 месяца, а у больных героиновой наркоманией без сопутствующих расстройств личности занимал период от 3 до 6 месяцев.

Таблица 4.

Длительность эпизодического приема героина у больных опиоидной наркоманией в группах

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		P
От 2 недель до 1 мес.	39,5%	±0,6%	29,3%	±0,3%	<0,05
От 1.5 до 3 месяцев	16%	±1,8%	26,7%	±1,2%	<0,05
От 3.5 до 5 месяцев.	2,5%	±1,7%	4%	±1,6%	<0,05
От 5.5 до 6 месяцев.	27,2%	±1,7%	20%	±1,1%	<0,05
От 6.5 до 12 месяцев	9,9%	±1,5%	14,7%	±1,8%	<0,05
Более 12 месяцев	7,4%	±1,7%	9,3%	±1,6%	<0,05
Средняя продолжительность (в месяцах).	3,8	±0,5	4,3	±0,6	

Длительность настоящего заболевания (см. таблицу 5) у больных героиновой наркоманией без расстройств личности (5,3%) в периоде от 6 до 12 месяцев, по сравнению с пациентами с личностными аномалиями (1,2%). У больных героиновой наркоманией без расстройств личности (12%) преобладал период регулярного употребления героина продолжительностью в 1 - 2 года, чего почти не было отмечено у пациентов с расстройствами личности (3,7%). Больные героиновой наркоманией с расстройствами личности (54,3%), имеющие длительность заболевания в 3 – 5 лет, превалировали над пациентами без расстройства личности (48%). Боль-

ные героиновой наркоманией с расстройствами личности (69,1%) с длительностью заболевания свыше 5 лет превалировали над пациентами без расстройств личности (64%).

Средняя длительность превалирует у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (6,4), по сравнению с пациентами без расстройств личности.

Опираясь на вышеизложенный анализ, мы можем утверждать, что длительность заболевания героиновой наркоманией свыше 5 лет имела существенный перевес у больных с расстройствами личности над пациентами без расстройств личности.

Таблица 5.

Длительность заболевания у больных героиновой наркоманией в группах (в годах)

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		P
От 6 до 12 месяцев	1,2%	±0,5%	5,3%	±1,1%	<0,01
1 год - 2 года	3,7%	±1,65%	12%	±1,4%	<0,01
3-5 лет	54,3%	±1,8%	48%	±1,3%	<0,01
Свыше 5 лет	69,1%	±1,1%	64%	±1,9%	<0,01
Средняя длительность (в годах)	6,4	±0,7	5,4	±0,6	<0,05

Абстинентные расстройства включают в себя 3 основные группы нарушений:

- полиморфные алгические;
- соматовегетативные;
- психопатологические.

По степени тяжести они располагаются именно в указанной последовательности. Их развитие было стремительным, начинаясь через считанные часы после обрыва приема наркотика и достигая максимальной тяжести в 1 - 2 сутки. Общая продолжительность острого периода абстинентного синдрома в условиях интенсивной терапии составляла около недели. Marc A. Schucit (1989) выделяет острый период отнятия героина, длительность которого составляет, в среднем, 7 - 10 дней. После купирования острой фазы героинового абстинентного синдрома следует фаза протрагированного абстинентного синдрома, которая в свою очередь подразделяется на два периода. Ранний период имеет длительность от 4 до 10 недель, поздний период до 30 недель.

Период от начала приема героина до появления признаков физической зависимости проходил также в сжатые сроки, и занимал, в среднем, от 1 до 1,5 месяцев (см. таблицу 6). Манифестные симптомы абстинентного синдрома проявлялись, в среднем, через 5- 6 часов. Абстинентный синдром формировался в промежутке от 2 недель до 1 месяца у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в 28,4%, а у пациентов без расстройств личности в 28%. Период от 1,5 до 3 месяцев наблюдался у

больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в 38,3% случаев, у пациентов без расстройств личности данный период наблюдался в 36% случаев. Период формирования физической зависимости продолжительностью от 3,5 до 5 месяцев наблюдался у 10,7% больных героиновой наркоманией без расстройств личности, по сравнению 3,7% пациентов с расстройствами личности.

По результатам проведенного исследования можно говорить о том, что формирование абстинентного синдрома происходит у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в более сжатые сроки – от 1,5 до 3 месяцев.

Апогей развития симптоматики абстинентного синдрома (см. таблицу 7) наблюдался, как правило, на 2 - 3 день в исследуемой группе у 21% больных и группе сравнения у 22,7% больных. Длительность абстинентного синдрома от 10 до 12 дней отмечена у 14,7% больных героиновой наркоманией без расстройств личности, по сравнению с 6,2% пациентов с расстройствами личности.

В результате проведенного исследования выяснилось, что абстинентный синдром продолжительнее протекает у больных героиновой наркоманией без расстройств личности.

Синдром измененной реактивности. Длительность стадии «плато» (высокая толерантность + относительно удовлетворительное физическое состояние) наркотика у больных героиновой наркоманией

**Формирование абстинентного синдрома у больных героиновой наркоманией в группах
(в месяцах)**

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		P
2 недели -1 месяц	28,4%	±1,8%	28%	±1,2%	
От 1,5 до 3 месяцев	38,3%	±1,6%	36%	±1,7%	<0,05
От 3,5 до 5 месяцев	3,7%	±1,6%	10,7%	±7%	<0,05
От 5,5 до 6 месяцев	24,7%	±1,4%	18,7%	±1,8%	<0,05

Таблица 7.

**Абстинентный синдром у больных героиновой наркоманией в группах.
Длительность в днях.**

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		P
От 7 до 10 дней	21%	±1,9%	22,7%	±11,5%	<0,05
От 10 до 12 дней	6,2%	±2,6%	14,7%	±1,2%	<0,05
От 12 до 14 дней	4,9%	±2,1%	29,3%	±11,3%	<0,01
От 14 до 20 дней	4,9%	±2,1%	21,3%	±12,3%	<0,01
От 20 до 30 дней	11,1%	±2,6%	36%	±11,9%	<0,01
Средняя длительность (в днях)	8,2	±1,3	9,7	±1,3	

Синдром измененной реактивности по результатам нашего исследования представлен состоянием адаптации к наркотическим веществам, характеризуется уменьшенной реакцией на введение того же самого количества героина. Для достижения большего эффекта требуется более высокая доза вещества. Рост толерантности сопровождается подавлением защитных реакций. На определенном этапе толерантность достигает своего максимума и на протяжении длительного отрезка времени остается постоянной. Больные в этот период принимают наивысшие для него дозы наркотика. Дальнейшее увеличение доз уже не вызывает эйфории, но может привести к передозировкам. В таблице № 8 показана длительность стадии «плато» (высокая толерантность + относительно удовлетворительное физическое состояние) наркотика.

В клинической картине (таблица 8) синдрома измененной реактивности по результатам проведенного исследования у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности преобладала длительность: 1 год от начала употребления (56,8%).

В клинической картине (таблица 8) синдрома измененной реактивности по результатам проведенного исследования у больных героиновой наркоманией без расстройств личности преобладала длительность: 2 года от начала употребления (31,1%); 3 года от начала употребления (15,6%).

Синдром измененной реактивности организма сформировался в сжатые сроки, выражался в исчезновении защитных реакций, достаточно быстром

росте толерантности, изменении действия наркотика и, связанного с этим, изменении способа введения, формировании систематического приема.

Из результатов, полученных в ходе исследования, следует, что у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности длительность стадии «плато» короче, чем у пациентов без расстройств личности.

Особенности абстинентного синдрома у больных героиновой наркоманией. На рисунке 3 в графическом виде представлены клинические особенности больных героиновой наркоманией с различными расстройствами.

Результатом проведенного исследования у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности стало выявление в клинической картине абстинентного синдрома (см. рис. 1) преобладающих, на фоне прочих, следующих особенностей: пониженное настроение (58,5%); дисфория (54,7%); выраженная астения (58,5%)

Расстройства сна продолжаются до 20 - 30 дней, иногда достигают степени полной бессонницы, изнуряют больных, усугубляя психопатологические проявления.

В структуре героинового абстинентного всё большее место занимают нарушения мышления, памяти, состояния отрешенности и дезориентировки во времени. Как известно, именно эти признаки К. Jaspers рассматривал в качестве неперенных и обязательных для синдромов расстроенного сознания. У 3,8% больных героиновой наркоманией с расстройствами личности абстинентный синдром с эпи-

**Длительность стадии «плато»
(высокая толерантность + относительно удовлетворительное физическое состояние)
наркотика у больных героиневой наркоманией в группах**

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		P
1 год от начала формирования	56,8%	±1,6%	51,1%	±1,4%	<0,05
2 года от начала формирования	29,7%	±1,4%	31,1%	±1,3%	<0,05
3 года от начала формирования	8,1%	±1,9%	15,6%	±1,6%	<0,01
4 года от начала формирования	2,7%	±0,6%	0%	±0,8%	<0,01
5 лет и выше от начала формирования	2,7%	±0,3%	2,2%	±0,6%	<0,01

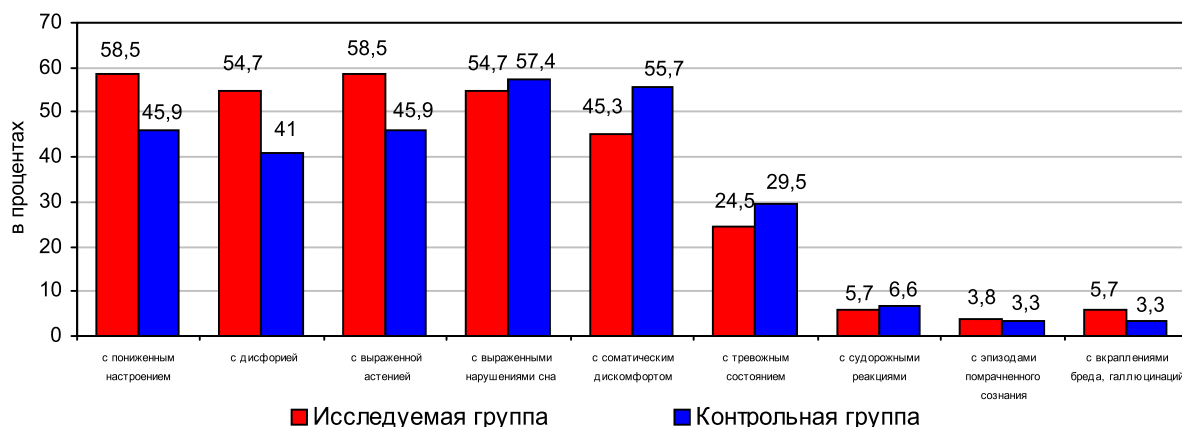
зодами помраченного сознания отмечен и у 3,3% пациентов без расстройств личности. У больных с расстройствами личности имели место элементы бредового поведения: сомнения, подозрительность, настороженность, недоверчивость к лечебным назначениям с частыми немотивированными и необъяснимыми отказами от лекарств, казалось бы, общеизвестных и совершенно не грозящих осложнениями, бессмысленная оппозиционность. Абстинентный синдром с вкраплением бреда, галлюцина-

ций наблюдался у 5,7% больных героиневой наркоманией с расстройствами личности. Этот же синдром наблюдался только у 3,3% пациентов без расстройств личности.

При героиневой наркомании вегетативные нарушения в структуре абстинентного синдрома, а именно потливость, слезотечение, расстройства моторики желудочно-кишечного тракта, менее выражены. Преобладают алгические и психопатологические нарушения.

Рисунок 1.

**Клиническая картина особенностей абстинентного синдрома
в исследуемой и контрольной группах**



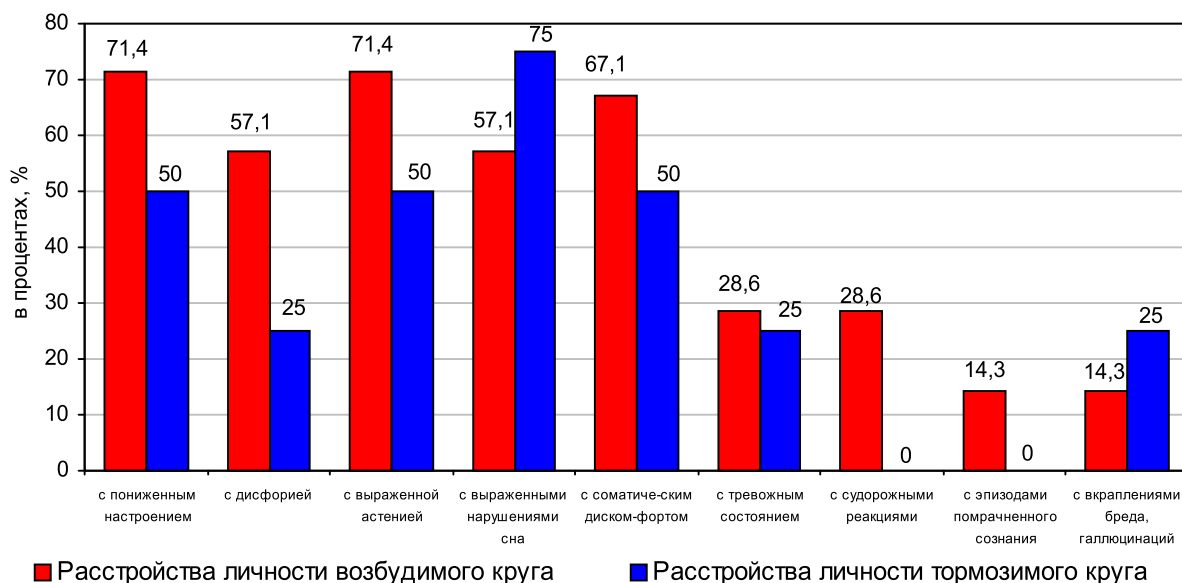
Исходя из вышеприведенных данных, можно говорить, что проведенное исследование выявило особенности в клинической картине абстинентного синдрома у больных героиневой наркоманией, имеющих и не имеющих расстройства личности.

В клинической картине (рисунок 2) абстинентного синдрома по результатам проведенного исследования у больных героиневой наркоманией с расстройствами личности возбудимого круга преобладали следующие особенности: пониженное настроение (71,4%); дисфория (57,1%); выраженная астения (71,4%); соматический дискомфорт (57,1%).

В клинической картине (рисунок 2) абстинентного синдрома по результатам проведенного исследования у больных героиневой наркоманией с расстройствами личности тормозимого круга преобладали следующие особенности: с нарушениями сна (75%), с вкраплениями бреда, галлюцинаций (25%).

Таким образом, по результатам проведенного исследования выявлены особенности абстинентного синдрома у больных героиневой наркоманией с расстройствами личности.

Особенности абстинентного синдрома внутри исследуемой группы



При анализе психопатологических расстройств в структуре героинового абстинентного синдрома очень важен учет аффективного состояния, на фоне которого развивается острая симптоматика лишения наркотика. Аффективные расстройства являются собственно манифестацией абстинентного синдрома. По мере того, как прекращалось психотропное действие введенного наркотика, больные отмечали, что их всё более и более охватывает ощущение общего внутреннего дискомфорта, на фоне которого появлялось неопределенно-тревожное ожидание чего-то неприятного, страшного, ужасного, с тягостным чувством неотвратимо надвигающейся угрозы, катастрофы. Характерна тревожная агитация. Резко нарастала острая тревога, страх, растерянность, предчувствие надвигающейся катастрофы, на фоне которых усиливалось двигательное беспокойство, возбуждение, суетливость.

Данные исследования позволяют сделать следующий вывод - у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности проявления депрессии на начало реабилитации имеют более четкую выраженность.

Наиболее выраженный симптом на начало исследования – «анозогнозия» - проявлялся у наблюдавшихся пациентов в недостаточном понимании своего психического состояния и сложившейся жизненной ситуации, что выражалось в недостаточной способности признать наличие заболевания или его симптомов, отрицании необходимости госпитализации или лечения.

Проявления анозогнозии (см. рис. 3) на начало реабилитации имели место у 75% больных героиновой наркоманией с расстройствами личности, про-

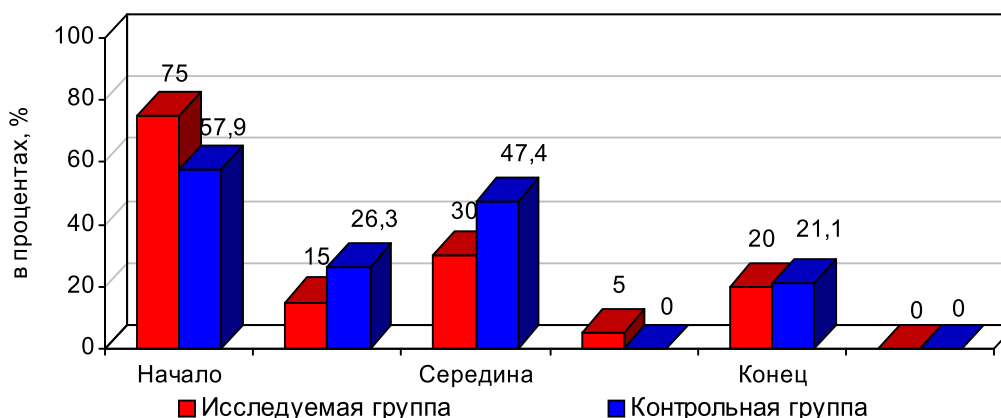
явления анозогнозии отмечены только у 57,9% пациентами без расстройств личности, что значительно меньше, чем в исследуемой группе. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности данный психопатологический симптом купировался быстрее, больные упорядочивались в поведении, становились спокойнее, доступнее для общения с окружающими, в том числе и с врачом.

Следовательно, у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности проявления анозогнозии имеют большую выраженность, чем у пациентов без расстройств личности.

Постабстинентное состояние

После купирования симптоматики абстинентного синдрома у пациентов с расстройствами личности и без коморбидных личностных аномалий наблюдалось внешне упорядоченное поведение, отсутствие жалоб, сравнительно благополучное соматическое состояние. Из психопатологических нарушений наиболее часто отмечались длительные тяжело купирующиеся расстройства сна. Больные предъявляли жалобы на поверхностный сон, частые пробуждения, затрудненное засыпание, наличие кошмарных сновидений. Медикаментозной коррекции эти нарушения поддавались с большим трудом. Нередко наблюдался такой феномен, как «отсутствие чувства сна». Субъективно своё настроение больные характеризовали как «нормальное» или «хорошее». Возобновление болевых ощущений у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности и без личностных аномалий не наблюдалось. Вегетативные расстройства были также стертыми, проявлялись в виде нерезкого повышения артериального давления, расширения глазных щелей и зрачка, склон-

Динамика проявлений анозогнозии у больных героиновой наркоманией в группах



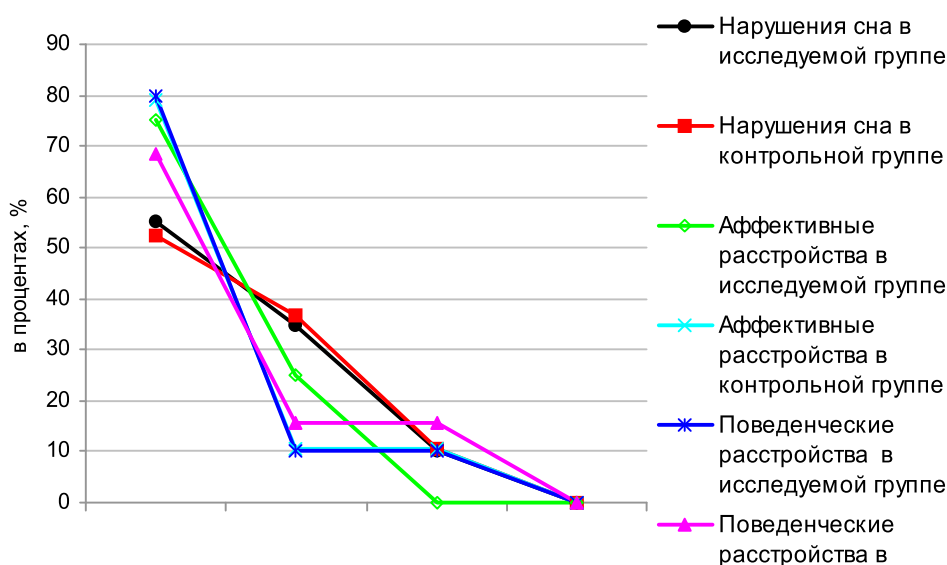
ностью к повышению температуры тела до субфебрильных цифр, лабильной тахикардии, учащению дыхания при негативных эмоциональных переживаниях. Патологическое влечение к наркотику проявлялось не только глубокими и длительными нарушениями сна, но и расстройствами эмоциональной сферы. В постабстинентный период на первый план выступали полиморфные психопатологические нарушения, сопровождавшиеся вегетативным симптомокомплексом, диссомническими и поведенческими расстройствами и качественно отличающиеся от тех, которые наблюдались в структуре героинового абстинентного синдрома. Указанные нарушения имели свои особенности и закономерности развития, были достаточно стойкими в течение 3 - 4 недель. В последующем наблюдалась заметная редукция психопатологической симптоматики и проявлений вегетативной дисфункции, что позволяло говорить о стабилизации состояния регуляторных систем организма. Для данного периода оказались характерными размытость и полиморфность симптомов, нестабильность и быстрая смена аффективных нарушений, неравномерность редукции различных групп расстройств, определяющих состояние больного и формирование затяжной резидуальной симптоматики. Отличительной чертой являлось преобладание так называемых «атипичных» депрессий с длительно существующими своеобразными тревожными состояниями, сопровождающимися вегетосоматическими и невротоподобными проявлениями. Следует отметить, что симптомы, типичные для классической меланхолической депрессии, обычно отсутствовали (не отмечалось идей самообвинения, самоуничтожения и некоторых др. симптомов, характерных для нее). Нередко наблюдалось чередование дисфории и тревоги. Суточные колебания носили обратный характер (к вечеру состояние было обычно хуже, чем утром). Наиболее характерной чертой динамики постабстинентного состояния являлась

волнообразность интенсивности его проявлений, которая выражалась в достаточно очерченных фазах обострения влечения к наркотику с последующим спадом и обратным развитием симптоматики.

Анализируя течение постабстинентного состояния (см. рисунок 4) следует отметить, что глубина диссомнических нарушений превалировала у 55 % больных героиновой наркоманией с расстройствами личности, глубина диссомнических нарушений имела место у 52,6% пациентов без расстройств личности. Для некоторых больных тема нарушения сна и сновторных приобретала масштабы сверхценности, выступала своего рода эквивалентом влечения к наркотику. Отличительной чертой постабстинентного состояния при героиновой наркомании является преобладание дисфорической депрессии с тревогой или анергией, астенией, апатией, сопровождающейся невротоподобными и вегетосоматическими проявлениями и инвертированными суточными колебаниями: к вечеру состояние хуже, чем утром. Вслед за выравниванием вегетативных расстройств наблюдается улучшение эмоционального фона и дезактуализация патологического влечения к наркотику. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в течении постабстинентного состояния превалировали следующие расстройства: диссомнические нарушения (55 %); поведенческие расстройства (80%). У больных героиновой наркоманией без расстройств личности в течении постабстинентного состояния преобладали аффективные расстройства (78,9%).

После редукции психопатологической симптоматики, нивелирования алгических и острых вегетативных расстройств на первый план выходили психопатоподобные реакции с эксплозивностью, имели место негативизм к получаемой терапии, психическое состояние характеризовалось, главным образом, поведенческими расстройствами. Облигатными признаками являлись напряженность аффекта, своеоб-

**Характеристика постабстинентного состояния
у больных героиновой наркоманией в группах**



разная двигательная активность, направленная на поиск наркотика. Такие больные часто становились так называемыми «негативными лидерами». Были резко выражены также дисфорические реакции: больные отличались ворчливостью, злобностью, раздражительностью и внешнеобвиняющей позицией. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности поведенческие расстройства имели место в 80% случаев, по сравнению 68,4% случаев у пациентов без расстройств личности.

Закономерной в достаточной степени была тенденция к снижению интенсивности патологического влечения к героину и, соответственно, поведенческих, депрессивных, диссомнических и вегетативных расстройств, которая наблюдалась на протяжении 3-4 недель после купирования острой симптоматики.

Синдром патологического влечения к наркотикам (рисунок 5) на начало реабилитации у больных героиновой наркоманией без коморбидных личностных аномалий 63,2%, по сравнению с пациентами с расстройствами личности (60%).

В середине программы реабилитации показатели снизились до 40% у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности, а у пациентов без расстройств личности до 57,9%. К завершению программы реабилитации зарегистрированы показатели 5% у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности, и нет влечения у пациентов без расстройств личности.

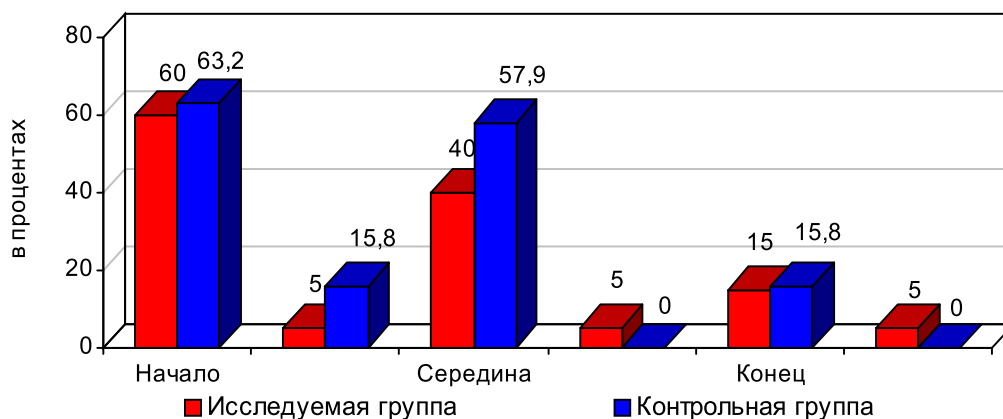
Таким образом, редукция синдрома патологического влечения к наркотикам происходит в более сжатые сроки у больных героиновой наркоманией без расстройств личности.

Осознаваемое влечение к наркотику характеризовалось наличием постоянно или периодически возникающих мыслей о наркотике, воспоминаний, представлений, которые сопровождалось поведенческими, аффективными и сомническими расстройствами. Выявление аффективных нарушений различной глубины, вегетативных расстройств, изменений сна и алгического синдрома в совокупности с поведенческими расстройствами позволяло говорить о наличии неосознаваемого влечения к наркотику.

Хронологическое сопоставление основных параметров преморбидной почвы больных героиновыми наркоманиями показало, что под влиянием внешних - отрицательных социально-средовых факторов произошло значительное видоизменение конституционально-личностного и биологического фона, обусловившее существенную трансформацию клинико-динамических характеристик указанных заболеваний. Это позволило рассматривать изменения преморбидной почвы героинового наркоманий как один из ведущих факторов их патоморфоза (В. В. Чирко, М. В. Демина).

Патоморфоз коснулся и клиники расстройств личности. Учитывать данное обстоятельство чрезвычайно важно для понимания происходящих изменений в структуре героиновой наркомании, поскольку расстройства личности являются особо «питательной» почвой для формирования зависимости (Иванец Н. Н.). Видоизменение психопатий, как правило, связано не с массивным лечением психотропными средствами, а вытекает из изменившихся условий внешней среды, изменения характера жизненных установок, условий воспитания. Поэтому такие из-

Влечение к наркотикам у больных героиновой наркоманией в группах



менения скорее следует называть постепенной трансформацией психопатии, изменением «функционального уровня психической патологии», видоизменением типов патологических характеров, - по сравнению с классическими описаниями Э. Кречмера, К. Юнга и П. Б. Ганнушкина.

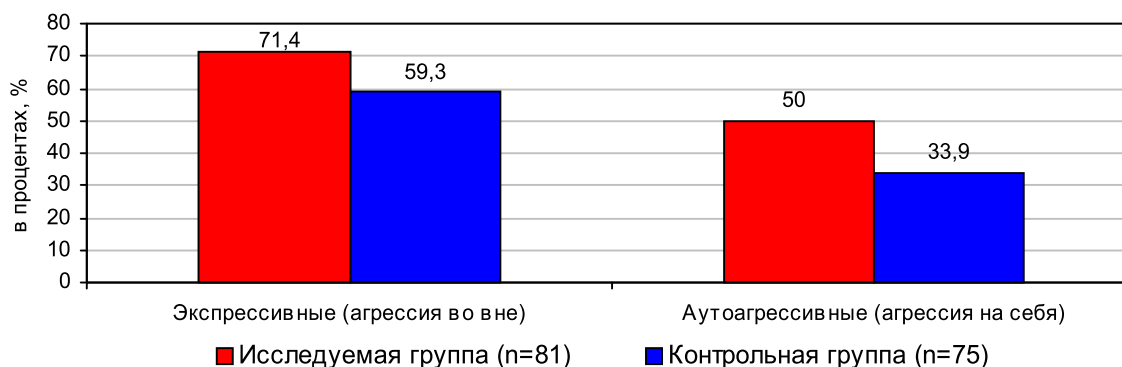
Формы реагирования в стрессовых ситуациях (рисунок 6) имели психопатический оттенок с возбудимостью, дисфоричностью, лабильностью аф-

фекта. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности преобладали и экспрессивные (агрессия вовне) и аутоагрессивные формы реагирования, по сравнению с пациентами без расстройств личности, в соотношении экспрессивные (71,4%:59,3%), и аутоагрессивные (50%:33,9%).

У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности преобладали и экспрессивные (агрессия вовне) и аутоагрессивные формы реагирования.

Рисунок 6.

Преобладающие формы реагирования в стрессовых ситуациях у больных героиновой наркоманией в группах



Формы реагирования в стрессовых ситуациях (рисунок 7) имели психопатический оттенок с возбудимостью, дисфоричностью, лабильностью аффекта. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности возбудимого круга преобладали и экспрессивные (агрессия вовне) и аутоагрессивные формы реагирования, по сравнению с пациентами с расстройствами личности тормозимого круга, в соотношении экспрессивные (71,4%:66,7%), и аутоагрессивные (57,10%:33,30%).

У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности возбудимого круга преобладали и экспрессивные (агрессия вовне) и аутоагрессивные формы реагирования.

В таблице 9 отражены показатели ремиссии. Длительность терапевтической ремиссии после прохождения МСР до первого срыва в исследуемой группе составила 7 месяцев, а в группе сравнения – 10 месяцев.

Преобладающие формы реагирования в стрессовых ситуациях у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности

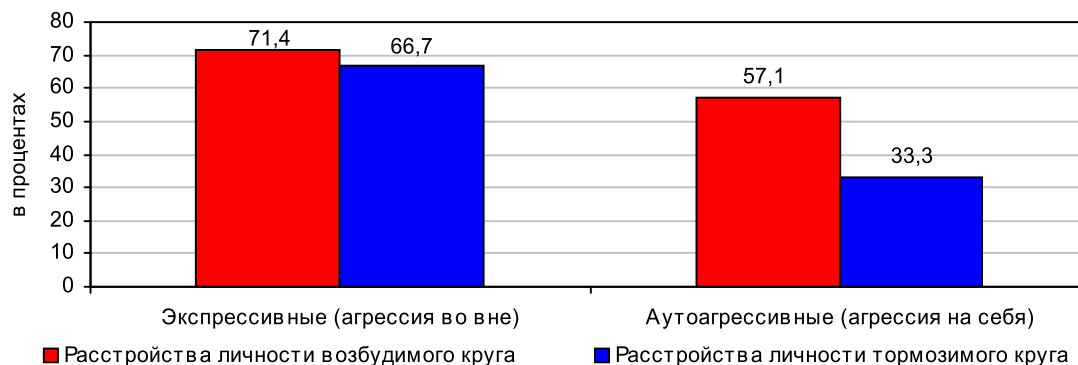


Таблица 9.

Показатели ремиссии

Параметры ремиссии	Исследуемая группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		P
	Частота (%)	SD	Частота (%)	SD	
Устойчивость ремиссии (срыв не наблюдался).	43,8%	±4,3	75,8%	±4,6	<0,05
Устойчивость ремиссии (наблюдался однократный срыв).	12,5%	±3,9	6,1%	±1,5	<0,05
Длительность терапевтической ремиссии после МСР до первого срыва (в месяцах).	7	±1,4	10	+/-1,7	<0,05
Отсутствие ремиссии	32,3%	±6,5	23,4%	±2,1	<0,05

В таблице 10 отражены показатели частоты и длительности ремиссии. В исследуемой группе до 6 месяцев ремиссия составила 49,4%, а в группе срав-

нения – 36%. Терапевтическая ремиссия 12 месяцев и свыше в исследуемой группе составили 19,8% случаев, а в группе сравнения – 27,3%.

Таблица 10.

Частота и длительность ремиссии в обеих группах

Сроки ремиссии	Основная группа (n=81)		Группа сравнения (n=75)		P
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	
До 6 месяцев	40	49,4	27	36	<0,05
От 6 до 12 месяцев	25	30,9	20	26,7	<0,05
12 месяцев и свыше	16	19,8	21	27,3	<0,05

У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности при исследовании особенностей формирования заболевания выявлены следующие отличия: первый случай употребления героина происходит раньше; дебют наркомании в молодом возрасте совпадает с кризовым пубертатным периодом и в самом начальном периоде отражает почти исключительно преморбидные ха-

рактеристики заболевшего и особенности его микросредового окружения. Установлена относительно «ранняя» манифестация героиновой зависимости, этап эпизодического употребления занимал более короткий период - от 2 недель до 1 месяца, длительность настоящего заболевания составляла, в среднем, 6 лет; формирование физической зависимости происходит в более сжатые сроки (1,5-

3 мес.); абстинентный синдром протекает в более короткие сроки.

У больных героиновой наркоманией без сопутствующих расстройств личности: первый случай употребления героина происходит позже; манифестация героиновой зависимости происходит позже; этап эпизодического употребления занимал более длительный период от 3 до 6 месяцев; длительность настоящего заболевания составляла в среднем 5 лет; формирование физической зависимости происходит в более длительные сроки (3,5-5 мес); абстинентный синдром протекает продолжительнее.

У больных героиновой наркоманией с сопутствующими расстройствами личности при изучении клинических проявлений героиновой наркомании выявлены значительные различия: синдром измененной реактивности организма сформировался в сжатые сроки, длительность стадии «плато» короче, чем у пациентов без расстройств личности. В клинической картине абстинентного синдрома преобладали следующие особенности: пониженное настроение, дисфория, выраженная астения, в течении постабстинентного состояния превалировали поведенческие расстройства, диссомнические нарушения.

У больных героиновой наркоманией без сопутствующих расстройств личности: более плавный рост толерантности; в клинической картине абстинентного синдрома преобладали следующие особенности: алгический, соматический дискомфорт, тревожное

состояние, судорожные реакции, нарушения сна, в течении постабстинентного состояния превалировали аффективные расстройства.

Синдром патологического влечения к наркотикам на начало реабилитации преобладал у больных героиновой наркоманией без коморбидных личностных аномалий (63,2%), по сравнению с пациентами с расстройствами личности (60%). Редукция синдрома патологического влечения к наркотикам происходит в более сжатые сроки у больных героиновой наркоманией без расстройств личности. К завершению программы реабилитации зарегистрированы показатели 5% у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности, и нет влечения у пациентов без расстройств личности.

У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности преобладали и экспрессивные (агрессия вовне) и аутоагрессивные формы реагирования, по сравнению с пациентами без расстройств личности. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности возбудимого круга превалировали и экспрессивные (агрессия вовне) и аутоагрессивные формы реагирования, по сравнению с пациентами с расстройствами личности тормозимого круга. Длительность терапевтической ремиссии после прохождения МСР до первого срыва в исследуемой группе составила 7 месяцев, а в группе сравнения – 10 месяцев. Терапевтическая ремиссия 12 месяцев и выше в исследуемой группе составила 19,8% случаев, а в группе сравнения – 27,3%.

ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Б. А. Азанова, А. Г. Абеева

Масштабы употребления наркотиков в мире в настоящее время составляют приблизительно 185 млн. человек или 3% всего населения, или 4,7% населения в возрасте от 15 до 64 лет. Новые оценочные данные подтверждают, что 15 млн. человек употребляют опиаты (героин, морфин, опий, синтетические опиаты), в том числе приблизительно 9 млн. человек употребляют героин. Актуальность исследования обусловлена значительными масштабами наркотизации населения Казахстана - 1,7% от его общего числа и растущими темпами распространения наркотической зависимости. В Республике Казахстан за последние 10 лет рост общей заболеваемости составил в 10,3 раза, а рост первичной заболеваемости наркозависимости в 19,7 раза.

В плане влияния на здоровье, измеряемое на уровне потребности в лечении, наиболее проблем-

ным наркотиком в мире по-прежнему остаются опиаты. По материалам ООН и Всемирного доклада о наркотиках за 2004 год на их долю приходится 67% общего объема лечения от наркомании в Азии, 61% - в Европе и 47% - в Океании.

К сожалению, по-прежнему в отечественной наркологии преобладает биологическая парадигма, тогда как психологическая составляющая представлена скудно. Из наиболее широко практикуемых в России методик многие не выдерживают критики с позиций научной обоснованности и индивидуализации. К ним, например, относится программа «12 шагов», в которой вопрос о дифференцированном подходе не ставится вообще. Традиционные методы психологической реабилитации опираются скорее на унификацию, чем на дифференциацию. Кроме того, отсутствуют серьезные научные исследования, по-

свящённые изучению индивидуализации лечебно-реабилитационного процесса, построенные на учете собственно индивидуальных свойств и качеств (личностных, характерологических, темпераментных). Пока принцип максимальной индивидуализации носит декларативный характер и не внедрен в практику в силу доминирования биологической парадигмы [Менделевич В. Д., 2005].

Подавляющее большинство отечественных специалистов - наркологов не изучает профиль личности пациента, не анализируют механизмы формирования наркозависимости у конкретного пациента [3, 4, 5]. В настоящее время возникла необходимость разработки не только новых методов лечения наркомании, но также и рекомендаций по стратегии и тактике проведения психокоррекционных мероприятий с учетом особенностей личности пациентов.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики формирования ремиссии у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности в программах медико-социальной реабилитации.

Задачами данной работы являются исследование особенностей клинической динамики формирования ремиссии у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности; исследование особенностей клинико-психологической динамики формирования ремиссии у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности.

Материал и методы исследования.

В исследуемую группу входили 81 больных героиновой наркоманией с расстройствами личности.

В контрольную группу вошли 76 больных героиновой наркоманией без коморбидной личностной патологии.

Объектом исследования явились больные героиновой наркоманией с расстройствами личности.

Предмет исследования: параметры свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчи-

вости у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности.

Методы исследования

1. Клинико-психопатологический метод.

Данный метод исследования использовался с целью оценки критериев диагностики наркологических заболеваний, психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) соответственно критериям МКБ - 10; с целью анализа глубины, длительности, психопатологического содержания психического, соматического состояний; при квалификации основного синдрома с указанием базисных аргументов.

2. Экспериментально-психологический метод.

Данным методом исследовалась динамика развития личностных свойств и качеств больных, определялась степень выраженности изменений в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

3. Статистический метод, использующий пакет статистических программ NARKOLOGY и специально разработанную программу для обработки "Базисной карты" - STAT. Статистический метод использовался для статистико - математического анализа динамики показателей по основным параметрам данного исследования.

Преобладающими в исследуемой группе (таблица № 1) оказались лица с диссоциальным расстройством личности (F60.2.) – 24,93%. Лица с циклотимией или циклоидная личность F 34.0 составили 17,89% больных героиновой наркоманией, имеющих данное расстройство личности. Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип F 60.30 составили 16,13% больных героиновой наркоманией, имеющих данное расстройство личности.

Таблица № 1

Распределение группы стационарных больных наркоманией с расстройствами личности. Нозология и шифр заболевания по МКБ 10

№ п/п	Наименование параметров	Среднее значение (n=81)
1	F11 и эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип F60.3.	16,13%
2	F11 и зависимое расстройство личности F 60.7.	2,64%
3	F11 и истерическое расстройство личности F60.4	6,74%
4	F11 и циклотимическое расстройство личности F34.0.	17,89%
5	F11 и диссоциальное расстройство личности F60.2.	24,93%
6	F11 и эмоционально-неустойчивое расстройство личности, пограничный тип F 60.31.	14,66%
7	F11 и тревожное расстройство личности F60.6	10,56%
8	F11 и ананкастное расстройство личности F60.5.	6,45%

Лица с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности F 60.6 составили 10,56% больных героиновой наркоманией, имеющих данное расстройство личности. Больные с ананкастным (обсессивно-компульсивным) расстройством личности F60.5 составляли 6,45% от численности этой группы. Лица с истерическим расстройством личности F 60.4 составили 6,74% больных героиновой наркоманией, имеющих данное расстройство личности. Лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности, пограничный тип F 60.31 составили 14,66% больных героиновой наркоманией, имеющих данное расстройство личности. Лица с зависимым расстройством личности F 60.7 составили 2,64% больных героиновой наркоманией, имеющих данное расстройство личности.

В клинической картине (см. диаграмму 1) абстинентного синдрома по результатам проведенного исследования у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности превалировали следующие особенности:

- пониженное настроение - 58,5%;
- дисфория - 54,7%;
- выраженная астения - 58,5%.

В клинической картине (см. диаграмму 1) абстинентного синдрома по результатам проведенного исследования у больных героиновой наркоманией без расстройств личности превалировали следующие особенности:

- алгический, соматический дискомфорт - 57,4%;
- тревожное состояние - 29,5%;
- судорожные реакции - 6,6%;
- нарушения сна - 57,4%.

В структуре героинового абстинентного синдрома всё больше удельный вес занимают нарушения

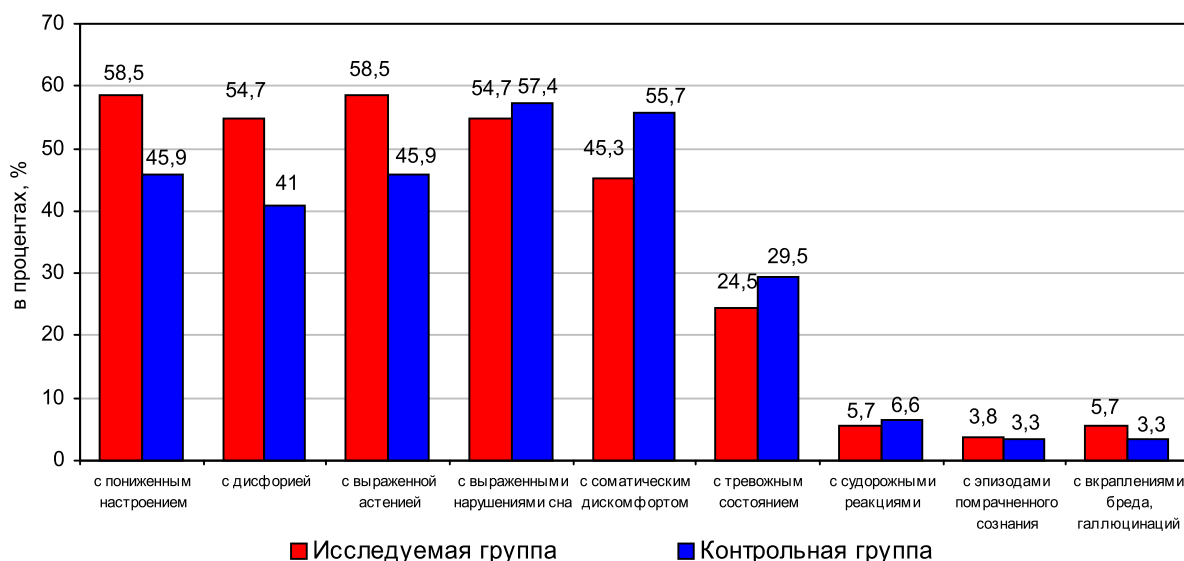
мышления, памяти, состояния отрешенности и дезориентации во времени. Как известно, именно эти признаки К. Jaspers рассматривал в качестве непременных и обязательных для синдромов расстроенного сознания. Абстинентный синдром с эпизодами помраченного сознания у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности составил 3,8%, а у пациентов без расстройств личности – 3,3%. У больных с расстройствами личности обнаруживались и элементы бредового поведения: сомнения, подозрительность, настороженность, недоверчивость к лечебным назначениям с частыми немотивированными и необъяснимыми отказами от лекарств, казалось бы, общеизвестных и совершенно не грозящих осложнениями, бессмысленная оппозиционность. Абстинентный синдром с вкраплением бреда, галлюцинаций превалировал у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности (5,7%), по сравнению с пациентами без расстройств личности (3,3%). Преобладают алгические и психопатологические нарушения.

Таким образом, по результатам проведенного исследования выявлены особенности абстинентного синдрома у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности и пациентов без расстройств личности.

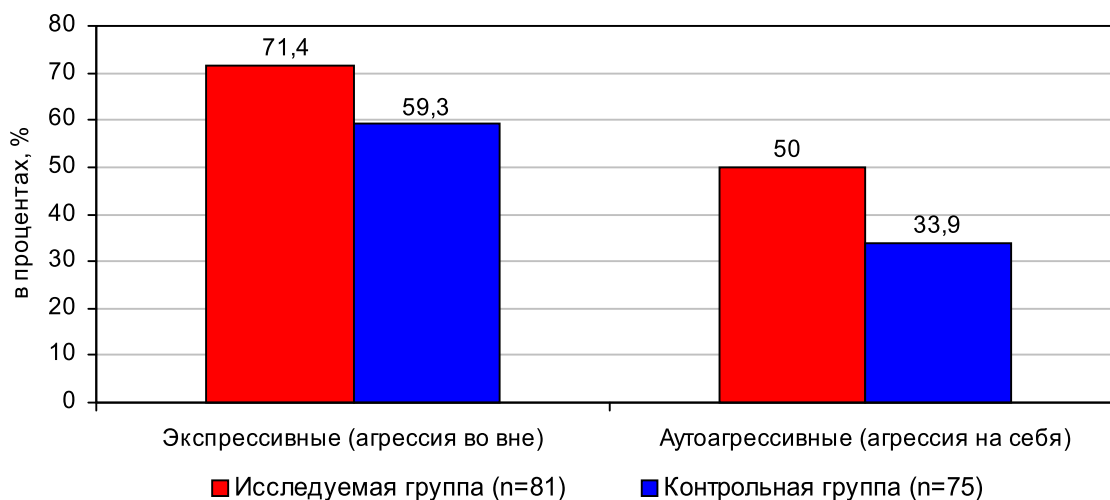
Формы реагирования в стрессовых ситуациях (см. диаграмму 2) имели психопатический оттенок с возбудимостью, дисфоричностью, лабильностью аффекта. У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности превалировали и экспрессивные (агрессия вовне) и аутоагрессивные формы реагирования, по сравнению с пациентами без расстройств личности, в соотношении экспрессивные (71,4% : 59,3%), и аутоагрессивные (50% : 33,9%).

Диаграмма 1

Особенности абстинентного синдрома



Преобладающие формы реагирования в стрессовых ситуациях



У больных героиновой наркоманией с расстройствами личности преобладали и экспрессивные (агрессия вовне), и аутоагрессивные формы реагирования.

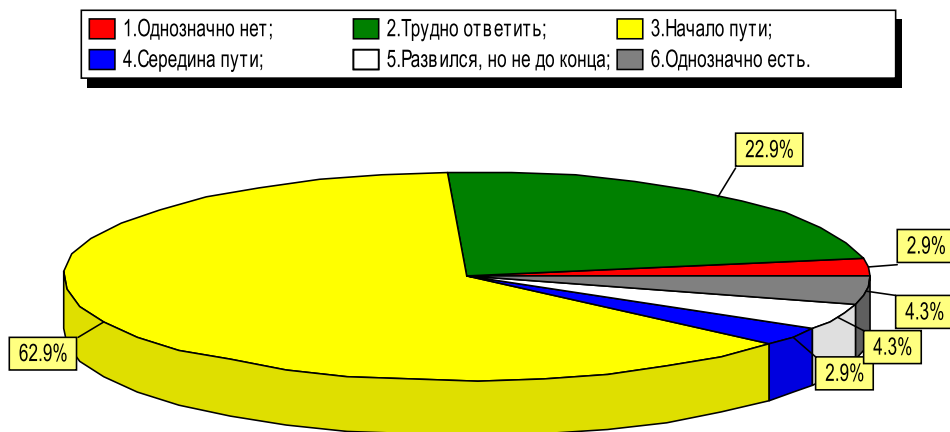
При статистическом анализе результатов по основным параметрам исследования нами получены следующие значительные различия между основной и контрольной группой. На диаграмме 3 отражены результаты статистического анализа динамики по 6-балльной шкале субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости. Показатели параметров по 6 балльной шкале имели следующее распределение:

- 1 балл - однозначно нет;
- 2 балла - трудно ответить;
- 3 балла - начало пути;
- 4 балла - середина пути;
- 5 баллов - развился, но не до конца;
- 6 баллов - однозначно есть.

При исследовании динамики степени развития свойств антинаркотической устойчивости в исследуемой группе получены следующие данные. Больные героиновой наркоманией с расстройствами личности в начале курса лечения и реабилитации находились на позиции «Начало пути» в 62,9%, и на позиции «Трудно ответить» в 22,9% случаев.

Диаграмма 3

Развитие свойств антинаркотической устойчивости по 6-балльной шкале субъективной оценки степени развития свойств психологического здоровья у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности на начало реабилитации



Развитие свойств антинаркотической устойчивости по 6-и балльной шкале субъективной оценки степени развития свойств психологического здоровья у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности на конец реабилитации

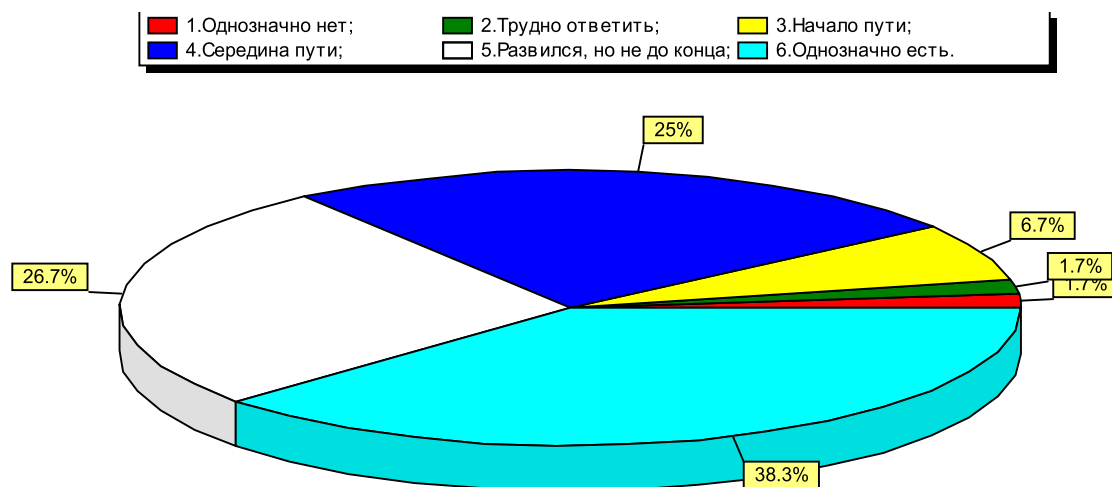
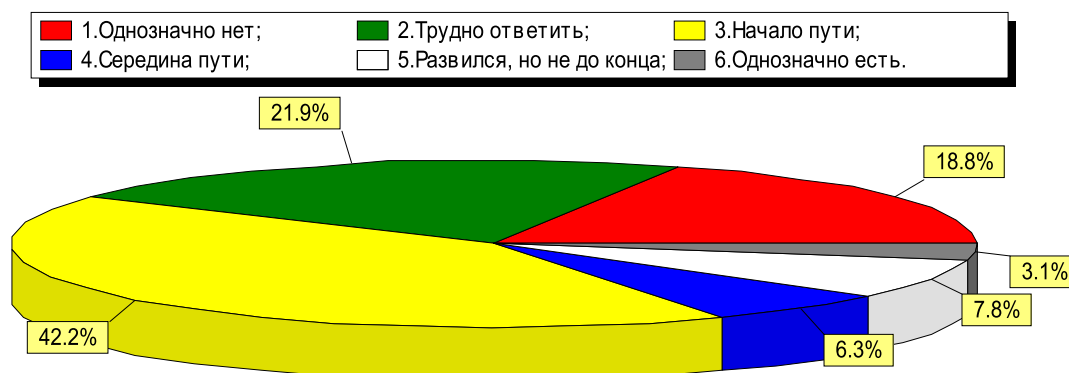


Диаграмма 5

Развитие свойств антинаркотической устойчивости по 6 - балльной шкале субъективной оценки степени развития свойств психологического здоровья у больных героиновой наркоманией без расстройств личности на начало МСР



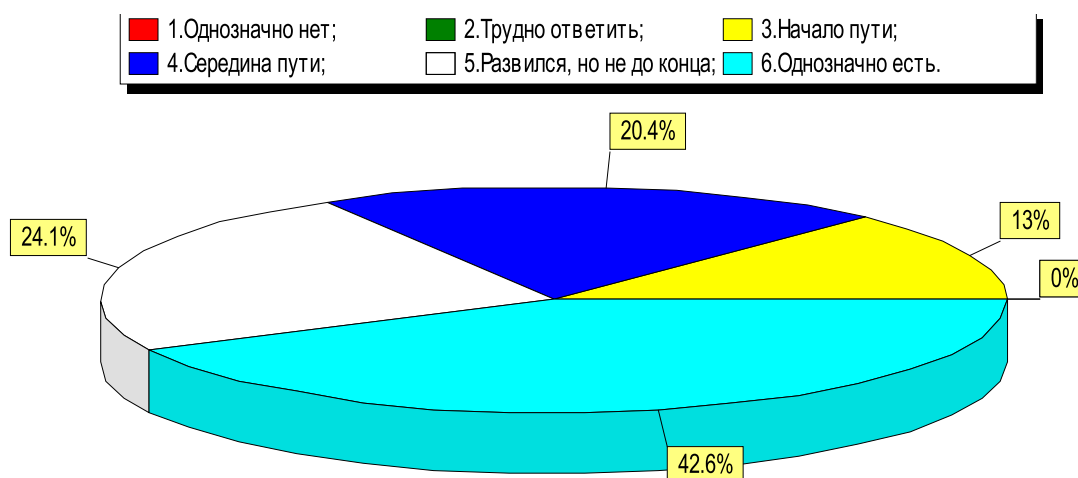
При исследовании динамики (см. диаграмму 4) степени развития свойств антинаркотической устойчивости в исследуемой группе получены следующие данные. Больные героиновой наркоманией с расстройствами личности *в завершении курса лечения и реабилитации* находились на позиции «Однозначно есть» в 38,3% случаев; на позиции «Середина пути» в 25% случаев; на позиции «Развился, но не до конца» - в 26,7% случаев.

При исследовании динамики (см. диаграмму 5) степени развития свойств антинаркотической устойчивости в контрольной группе получены следующие данные. Больные героиновой наркоманией без рас-

стройств личности в начале курса лечения и реабилитации находились на позиции «Начало пути» в 42,2%; на позиции «Трудно ответить» в 21,9% случаев; на позиции «Однозначно нет» в 18,8% случаев.

При исследовании динамики (см. диаграмму 6) степени развития свойств антинаркотической устойчивости в контрольной группе получены следующие данные. Больные героиновой наркоманией без расстройств личности *в завершении курса лечения и реабилитации* находились на позиции «Однозначно есть» в 42,6%; на позиции «Середина пути» в 20,4% случаев; на позиции «Развился, но не до конца» в 24,1% случаев.

Развитие свойств антинаркотической устойчивости по 6 - балльной шкале субъективной оценки степени развития свойств психологического здоровья у больных героиновой наркоманией без расстройств личности на конец МСР



Выводы

1. При изучении клинических проявлений героиновой наркомании выявлены значительные различия. В клинической картине абстинентного синдрома у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности преобладали следующие особенности: пониженное настроение, дисфория, выраженная астения. У больных героиновой наркоманией без сопутствующих расстройств личности: алгический, соматический дискомфорт, тревожное состояние, судорожные реакции, нарушения сна.

2. При исследовании свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости на момент завершения реабилитации выявлены следующие

значительные различия по темпу. Больные героиновой наркоманией с расстройствами личности находились на позиции «Середина пути» и «Развился, но не до конца». Больные героиновой наркоманией без расстройств личности находились на позиции «Однозначно есть».

3. Проведенное исследование способствует выявлению и идентификации дифференцированных клиничко-психологических мишеней в программах МСР, максимально учитывающих особенности личности. Выявленные клиничко-психологические мишени в дальнейшем способствуют разработке индивидуального подхода (индивидуального плана реабилитации) для больных героиновой наркоманией с расстройствами личности.

Литература:

1. Тазетдинов И., Менделевич В. Значение личностных особенностей пациентов, страдающих наркотической зависимостью, для их психологической реабилитации.
2. Менделевич В. Д. Институт исследований проблем психического здоровья Казанский государственный медицинский университет. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и небыстречность процедур. // Журнал Наркология. – 2005. - № 1.
3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: МЕДпресс, 1998 (1999, 2001, 2002). – 592 с.
4. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. - М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
5. Менделевич В. Д. Экспериментально-психологические маркеры формирования склонности к зависимости от ПАВ. // Наркология. - 2003. - № 10. - с. 22-28.

ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕЗА, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

О. И. Деревянко, Д. Ш. Симбинов,
А. К. Карибаева, А. К. Нурпеисова, О. А. Заикин

г. Караганда

Алкоголизм – заболевание, имеющее выраженный социальный характер. Рост производства и потребления алкоголя в совокупности с увеличением доходов населения, урбанизации, интенсификацией нервно-психической деятельности обусловил рост числа больных с алкогольной зависимостью. Круг медицинских и социальных последствий алкоголизма чрезвычайно широк. Острота данной проблемы велика и тесно связана с увеличением числа женщин, больных алкоголизмом, изменением внутрисемейных отношений, вовлечением детей и подростков в процесс приобщения к употреблению алкоголя [5, 10].

О неблагоприятных тенденциях в общественной жизни свидетельствует проведенный нами анализ заболеваемости алкоголизмом по Карагандинской области в период с 2003 по 2005 годы.

Контингент больных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя увеличился за последние три года по Карагандинской области на 5,8% (с 17500 до 18557 человек). При этом рост болезненности составил с 1333,0 до 1395,8 на 10000 населения. С высокими цифрами болезненности по алкоголизму лидируют г. Шахтинск (2306,01), г. Сарань (2212,3), г. Темиртау (1634,0), г. Караганда (1296,1), из сельских регионов - Абай (2657,8), Топар (1890,4), Нуринский (1223,6) и Осакаровский (905,0) районы. Болезненность алкоголизмом в сельской местности возросла на 10,2%, заболеваемость на 11,4%. В наркологических учреждениях области наблюдается 3400 женщин с алкогольной зависимостью. За анализируемый период число женщин, взятых на учет с алкоголизмом, увеличилось в 1,3 раза. Доля женщин среди больных алкоголизмом составляет в настоящее время 18,3% с четкой тенденцией к отрицательной динамике. Соотношение женщин и мужчин 1:4,5 (в сравнении с 2003 г. - 1:4,8). Также выявлен рост числа женщин с алкогольной зависимостью молодого возраста, выявлено более раннее приобщение девушек к употреблению алкоголя с 12 - 15 лет. В 22,6% случаев алкоголизм развивался у женщин в возрасте 20 - 30 лет, в 34,2% в возрасте 40 - 45 лет. В динамике отмечается распределение возрастного интервала в развитии алкоголизма в сторону более зрелого возраста, что возможно связано со скрытым течением заболевания. Среди горожанок, злоупотребляющих алкоголем, преобладают лица в возрасте 30 - 40 лет, а среди сельских жительниц лица 40 - 45 лет.

Однако определение истинного уровня распространенности алкоголизма у женщин затруднено. В подавляющем числе случаев женщины активно ута-

ивают свое пьянство, опасаясь встретить осуждение, прячась от негативного общественного мнения. За лечением в наркологические учреждения они обращаются в основном под давлением родственников, имея уже значительный алкогольный стаж. Алкоголизации женщин препятствуют веками сформировавшиеся социально-психологические нормы поведения. Пренебрегают ими, прежде всего, женщины с установками на «равенство» или имеющие серьезные расстройства эмоциональной сферы, асоциальные формы поведения. Существенное значение для развития алкогольной зависимости у женщин имеет ряд социальных психологических и биологических факторов. В последнее время значительно изменилось социальное положение женщин, получивших большую экономическую и морально-психологическую независимость. В таких условиях важную роль начинают играть нарушения адаптационных возможностей на фоне постоянного физического и психического перенапряжения. Сначала частое, а затем и привычное употребление алкоголя для нивелирования физического и душевного дискомфорта способствует быстрому развитию алкогольной зависимости. Определенную роль в генезе алкоголизма у женщин играют перенесенные тяжелые психические травмы, хроническая психическая травматизация, связанная с личностной неустойчивостью, конфликтами на работе и в семье [1, 4, 8].

Для более детального изучения причинно - следственной связи в генезе алкоголизма, особенностей клинической картины заболевания нами наблюдались 119 женщин, получивших специализированное лечение в сомато- наркологическом отделении Карагандинского областного наркологического центра (КОНЦ). В анамнезе заболеваний у данных пациенток злоупотребление алкоголем после сильной стрессовой ситуации (смерть близких людей, развод) отмечалось в 25,2% случаях. В 19,3% алкоголизации женщин способствовала семейная неустойчивость и одиночество, в 29,4% случаев - «алкогольное» окружение и пьянствующий супруг, как своеобразный провокатор алкоголизации. К значимым средовым факторам (28,6%) влияющих на процесс формирования алкогольной болезни можно отнести ряд профессий. Среди наблюдавшихся нами женщин 23,5% были связаны по роду своей деятельности со сферой обслуживания (служба быта, общепит), 29,4% - с торговлей, 12,6% работали на стройках, 7,6% - занимали административную должность. В дальнейшем 88% женщин по мере усиления алкоголизации прекратили свою трудовую деятельность. Важным

фактором, определяющим более быстрый рост заболеваемости алкоголизмом у женщин, является накопление в населении генетически детерминированной предрасположенности к алкоголизму [10]. Семейная отягощенность алкоголизмом у больных женщин отмечалась нами в 28% случаев, в основном по линии отца, и это вдвое превышает соответствующие показатели у мужчин.

Следует также отметить, что неблагоприятные социально-психологические факторы воздействуют в первую очередь на женщин с преморбидными личностными аномалиями. По данным многих отечественных и зарубежных исследований сформировавшийся психопатический склад характера отмечается у 31,4% злоупотребляющих алкоголем, акцентуированные изменения личности в 45-50% случаев, невротические в 18-25%. Причем выраженность личностных аномалий пьющих женщин значительно превосходит преморбидные изменения мужчин [4, 11]. По данным экспериментально-психологического исследования эмоционально-личностной сферы из наблюдавшихся нами женщин наиболее часто встречались гипертимные акцентуаты с гипоманиакальным аффектом, лица с разнообразными истерическими чертами, эмоционально-лабильные, относящиеся к группе неустойчивых и возбудимых, сенситивно-шизоидного типа с циклоидно-синтонными изменениями личности. Большинству женщин, злоупотребляющих алкоголем, также свойственен психический инфантилизм, который проявляется тем отчетливей, чем сильнее выражен психический радикал. Психогенно обусловленные депрессивные состояния играют очень большую роль в генезе алкоголизма у женщин. В 34% случаев реактивные аффективные расстройства, депрессивные явления способствовали формированию алкогольной зависимости у пациенток нашего отделения.

Что касается особенностей клинических проявлений женского алкоголизма, нами были выявлены следующие моменты. У наблюдаемых женщин в 73,9% отмечены сжатые сроки формирования алкогольной зависимости. От начала систематического пьянства до появления похмельного синдрома проходило от 2 до 4 лет, быстро утрачивался количественный контроль и отмечался рост толерантности. Ритм потребления алкоголя при сформировавшейся алкогольной зависимости определялся по-разному. У женщин молодого возраста наиболее часто встречалась периодическое запойное пьянство, у женщин в возрасте старше пятидесяти лет отмечался высокий процент перемежающихся и постоянных форм злоупотребления алкоголем. Запойное состояние, в основном, длились по 5 - 7 дней, причём продолжительность запоев пропорционально увеличивалась со стажем алкоголизации. При ускоренном формировании алкоголизма у женщин абстинентный похмельный синдром возникает рано, и в нем преобладают психические нарушения.

В структуре похмельного синдрома в 80% случаев отмечались депрессивные аффективные расстройства, сохраняющиеся длительно, даже после редуцирования вегетативного компонента. В анамнезе этих женщин в состоянии абстиненции на фоне выраженной депрессии в 3% случаев были суицидальные попытки.

Дальнейшая алкоголизация приводит к усилению психических изменений у женщин, нарастают истерические черты, психопатические проявления, заостряются преморбидные особенности характера. Наиболее быстро наступают негативные изменения личности, отчетливо проявляется раннее снижение морально-этического уровня, социального облика (распад семьи, потеря работы, паразитический образ жизни). Из наблюдаемых нами женщин 88% социально дезадаптированы и нигде не работают, 22,2% живут в одиночестве, 42,9% не имеют своей семьи, проживают с родителями или у близких родственников, 19,3% продолжают алкоголизировать с мужем.

По нашим наблюдениям из соматических осложнений при алкоголизме у женщин чаще, чем у мужчин встречались поражения печени токсического характера (76,5%), токсическая энцефалополинейропатия (38%), токсическая гипохромная анемия (28,6%), алкогольная кардиопатия с артериальной гипертензией (9,3%). Для женщин также характерна сочетанная соматическая патология. Учитывая позднюю обращаемость женщин в наркологические диспансеры, у них часто возникают осложненные формы алкоголизма. В 14,3% случаев в анамнезе наблюдаемых женщин отмечались психотические расстройства по типу алкогольного галлюциноза или делирия, в 8% - судорожные эпилептиформные припадки.

Многими наркологами признается малая эффективность терапии алкогольной зависимости у женщин. Однако, по нашему мнению, трудности в лечении женского алкоголизма возникают лишь в случаях упорного нежелания лечиться у женщин с выраженными проявлениями психической, алкогольной деградации личности. На лечение такие пациентки поступали при активном принуждении родственников или под давлением серьёзных обстоятельств. С первых дней лечения приходится учитывать большой удельный вес эмоциональной патологии в клинической картине алкоголизма у женщин, которая, главным образом, проявляется в рамках патологического влечения к алкоголю и алкогольного абстинентного синдрома с выраженными аффективными субдепрессивными и депрессивными расстройствами.

Наряду с комплексной противоалкогольной терапией (дезинтоксикационной, седативной) в обязательном порядке назначались противосудорожные средства – карбамазепин (зептол, финлепсин) в дозе 400-600 мг/сутки. Они использовались в качестве препарата выбора в лечении абстинентного синдрома у женщин. Финлепсин снижает судорожную готовность, благоприятно влияет на аффективное со-

стояние, оказывая умеренное антидепрессивное (ти-молептическое) и нормотимическое действие, уменьшает влечение к алкоголю [9, 11]. На 3 - 5 день дезинтоксикационной терапии, после минования наиболее острых абстинентных проявлений, назначались антидепрессанты с целью купирования аффективной симптоматики, депрессивных расстройств, улучшения настроения. В течение первых 10 дней предпочтение отдавалось трициклическим антидепрессантам с выраженным тимоаналептическим и седативным действием: амитриптилин (эливел) 50 - 75 мг/сутки. В последующем - переходили на длительный прием антидепрессантов группы ингибиторов обратного захвата серотонина с преимущественно стимулирующим действием: феварин 100 - 200 мг /сутки, флуоксетин (продеп) 20 - 40 мг/сутки, коаксил 12,5 - 37,5 мг/сутки, зосерт 25 - 50 мг/сутки. [2, 3, 6]. Назначение рисполепта, как атипичного нейролептика, в дозе 2 - 4 мг/сутки в абстинентом и постабстинентом состоянии направлено на дезактуализацию патологического влечения к алкоголю, снижение выраженности тревожной дисфорической симптоматики, страха, внутренней напряженности, стабилизации фона настроения [7]. В постабстинентный период и для поддерживающей терапии эффективно назначение дневного анксиолитика и вегетокорректора грандаксина в дозе 50 - 150 мг/сутки. Препарат помогает психической адаптации, уменьшает невротоподобные расстройства, навязчивые переживания.

Очень важно как можно раньше в сочетании с медикаментозной коррекцией начинать психотерапевтическое воздействие на патологический статус женщин. В процессе индивидуальных и групповых занятий достигается тесный психотерапевтический

контакт, вырабатываются и закрепляются адекватные формы поведения, формируется позитивная жизненная программа, антиалкогольная установка. Для достижения стойкой и длительной ремиссии необходимо также налаживание семейно - бытовых отношений, оздоровление микросоциальной среды, устранение возможного отрицательного влияния ближайшего окружения, активное наблюдение женщин врачами наркологами с проведением курсов поддерживающей противоалкогольной терапии.

Проанализировав итоги наблюдений, можно сделать следующие выводы. Алкоголизм является социально значимым заболеванием. Острота данной проблемы связана с увеличением пропорции женщин в структуре заболеваемости и болезненности алкоголизмом. Наследственная отягощенность алкоголизмом, биологическая предрасположенность к нему, сочетающаяся с провоцирующими микросоциальными факторами, с личностными преморбидными аномалиями, представляют наиболее типичный комплекс причин формирования алкогольной зависимости у женщин. Клинические особенности женского алкоголизма связаны с быстрым темпом формирования всех стадий алкогольной болезни, выраженностью эмоциональных изменений психической сферы. В лечении женского алкоголизма на этапе купирующей и поддерживающей терапии с целью подавления влечения к алкоголю и устранения аффективных расстройств используются антидепрессанты, антиконвульсанты, атипичные нейролептики. Для достижения длительной ремиссии у женщин большое значение имеют психотерапевтическое воздействие и своевременные курсы поддерживающей противоалкогольной терапии.

Литература:

1. Альтшуллер В. Б. Алкоголизм // *Руководство по психиатрии (под ред. А. С. Тиганова)*. - М.: Медицина, 1999. - Т. 2. - С. 250-338.
2. Альтшуллер В. Б., Кравченко С. Л., Русинов А. В. Применение антидепрессантов для лечения больных алкоголизмом // *Социальная и клиническая психиатрия*. - 2003. - № 3. - С. 42-44.
3. Иванец Н. Н., Анохина И. П. Лечение алкоголизма антидепрессантами // *Вопросы наркологии*. - 1993. - № 4. - С. 6-10.
4. Гузиков Б. М., Мейроян А. А. Алкоголизм у женщин. - Л.: Медицина, 1998. - 364 с.
5. Морозов Г. В. Алкоголизм. - М.: Медицина, 1993. - 432 с.
6. Мосолов С. Н. и др. Клиническое применение современных антидепрессантов. - М., 1995. - 239 с.
7. Мосолов С. Н. и др. Применение атипичного нейролептика рисполепт в психоневрологической практике // *Методическое письмо*. - М., 2000. - 16 с.
8. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. - М.: Медицина, 1975. - 333 с.
9. Сиволоп Ю. П., Савченков В. А. Фармакотерапия в наркологии. - М.: Медицина, 2000. - 348 с.
10. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголя. - М.: Медицина, 1993. - 384 с.
11. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. - М.: Медицина, 1990. - 416 с.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР

Г. А. Джолдыгулов

г. Алматы

Непатологические и патологические формы девиантного поведения остаются одной из основных причин стойкого нарушения социального функционирования подростков, что обуславливает их актуальность и необходимость дальнейшего изучения [1, 2, 3, 4]. Одновременно, в настоящее время, наблюдается значительное расширение спектра поведенческих расстройств, связанное с социальными факторами, среди которых значительное место занимает рост высоких технологий. К одному из широко распространенных проявлений подобного социального патоморфоза нарушений поведения относится чрезмерная увлеченность подростков на компьютерных играх, требующая тщательной психопатологической разработки в силу своих неблагоприятных социальных последствий.

В настоящем сообщении представлены результаты исследования, направленного на изучение психопатологических особенностей феномена с рабочим названием «фиксация на компьютерных играх» в структуре маскированной поведенческими нарушениями депрессии при малопрогредиентной шизофрении. Обследовано 40 пациентов в возрасте от 12 до 14 лет, проходивших стационарное лечение в психиатрическом стационаре.

Основным в исследовании был клинико-психопатологический метод с применением структурно-динамического анализа. Характеристика тяжести депрессивных расстройств дополнялась результатами оценки по критериям МКБ-10 для депрессивного эпизода (F32), шкале депрессии Гамильтона (21 пункт) и шкале оценки степени тяжести депрессии у детей (CDRS-R). Все больные проходили комплексное клиническое (включая инструментально-диагностическое и лабораторное) и психопатологическое обследование.

Структура депрессии характеризовалась заметным своеобразием, отличающим ее от аффективных проявлений у взрослых пациентов. Тяжесть депрессии в 76% случаев оценивалась как легкая, в 24% была средней. Наряду со слабой интенсивностью тимический компонент депрессии характеризовался неоднородной структурой, выражавшейся в различных сочетаниях депрессивных модальностей (дисфорической, дистимической, тревожной, тоскливой, апатической). Однако во всех наблюдениях обнаруживались стойкий доминирующий аффект, как бы «пронизывавший» синдром на протяжении всей динамики, и сопутствующие ему иные оттенки депрессивного настроения, которые занимали подчиненное положение, были нестойкими и различались в зависимости от стадии депрессии. На начальном

этапе отчетливо выявлялся их ситуационно обусловленный характер с быстрой редуccion при дезактуализации вызвавших причин, а на последующих стадиях формирования симптомокомплекса депрессивные модальности обнаруживались в виде аутохтонных включений, приобретавших характер суточного ритма.

Идеаторный компонент депрессивного синдрома характеризовался значительной выраженностью и полиморфностью. Отмечались замедление темпа мыслительной деятельности, вплоть до ощущений полной остановки мыслей и «пустоты в голове», жалобы на неупорядоченность мышления, посторонние, с оттенком навязчивости, мысли, отвлекавшие от выполнения учебных заданий. Отчетливыми были снижение гибкости мышления, низкая способность к осмыслению учебного материала, сужение границ диапазона представлений с фиксацией на своей интеллектуальной и социальной несостоятельности и, как следствие, снижение успеваемости в школе и ограниченность круга интересов.

Двигательный компонент депрессии составляли разнообразные девиации поведения, при этом заметные различия в механизмах формирования, структуре и динамике поведенческих нарушений позволили выделить 2 варианта увлеченности компьютерной деятельностью в зависимости от стадии развития депрессивного синдрома.

В случаях появления изучаемого феномена на инициальных этапах развития депрессии он дополнял структуру «фасадных» поведенческих нарушений, представленных стойкими антидисциплинарными, асоциальными и делинквентными действиями, которые маскировали (являлись «фасадом») проявления гипотимии. Депрессивный оттенок в «фасадных» поведенческих расстройствах и, соответственно, в проявлениях феномена «фиксации на компьютерных играх», выражался в угнетенности волевой составляющей поведения. Именно этим объяснялись, во-первых, свойственный девиантному поведению подростков характер ухода, избегания ситуаций, решение которых требовало волевых усилий, а во-вторых, общая для всех пациентов конформность и податливость асоциальному и антидисциплинарному влиянию независимо от преморбидных личностных особенностей. Иными словами формирование феномена компьютерной зависимости происходило по механизмам реакций имитации. Подростки шли в компьютерные клубы по причине того, что «все ходят, и я хожу» или потому, что «друзья позвали». На угнетенность волевой сферы указывало также то обстоятельство, что общая девиантная направленность поведения пациентов была лишена

цельности и очерченной мотивации. В последней отсутствовала установка на удовлетворение субъективных потребностей, не было так называемого желания свободы или хотя бы декларируемых целей, что свойственно недепрессивным асоциальным подросткам.

Несколько иная картина обнаруживалась в наблюдениях, где феномен «фиксации на компьютерных играх» появлялся на этапе развернутых проявлений депрессии. Здесь он включался нами в группу «спяянных с депрессивным аффектом» поведенческих нарушений, которые обнаруживали более отчетливую связь с депрессией. Изучаемый феномен был довольно очерченным и нередко полностью определял поведение пациентов. Подростки погружались в сетевые игры типа «стратегий», подолгу и беспрерывно посещали многочисленные чаты, где заводили виртуальные знакомства. Одновременно сужался круг реального общения, наблюдался полный отказ от учебных занятий, резко нарушалось внутрисемейное функционирование. При этом чрезмерная занятость компьютерной деятельностью была напрямую связана с усилением интенсивности и напряженности депрессивного аффекта, в частности, обусловленный этим выраженный субъективный дискомфорт так ухудшал самочувствие, что, по словам пациентов, единственным способом «разгрузиться» была игра на компьютере.

Использованная литература:

1. Сухарева Г. Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста.* – М., 1955. – Т.1.
2. Татарова И. Н. *Психопатоподобные эквиваленты депрессии при шизофрении у детей и подростков* // Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 1985. – 16 стр.
3. Ковалев В. В. // *сб. Патологические формы девиантного поведения у подростков.* – под ред. В.В. Ковалева. – М., 1989.
4. Riggs Paula D. // *J. of the American Academy of child and adolescent psychiatry.* – 1995. – V. 34. – P. 764-771.

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО ТРЕНИНГА

Ж. А. Жолдасова

Одним из видов психотерапии, способствующих завершению процесса идентификации личности, является телесно-ориентированная психотерапия. Это группа психотерапевтических методов, ориентированных на изучение тела, осознание клиентом телесных ощущений, на исследование того, как потребности, желания и чувства проявляются в различных телесных состояниях, и на обучение реалистическим способам разрешения проблем в этой области.

На этапе обратного развития депрессивного синдрома с поведенческими «масками» в большинстве случаев (80%) на фоне постепенной редукции депрессивного аффекта обнаруживались усиление и генерализация расстройств поведения, позволявшие говорить о смене депрессивного симптомокомплекса психопатоподобным синдромом. При этом в случаях, когда феномен «фиксации на компьютерных играх» выявлялся с начальных этапов развития депрессии, он оставался одним из многих проявлений девиантного поведения в структуре психопатоподобных расстройств, протекавших по механизмам повышенной аффективной возбудимости либо психической неустойчивости. В тех же наблюдениях, когда его появление относилось к периоду развернутых проявлений депрессии, он сохранял определяющее влияние на поведение подростков, приобретал характер неодолимого влечения, при дальнейшей динамике психического заболевания дополнялся агрессивно-садистическими проявлениями, реже признаками сексуальной расторможенности, что позволяло квалифицировать состояние как синдром патологически повышенных влечений.

Таким образом, обнаруженные в ходе проведенного исследования закономерности указывают на клиническую неоднозначность феномена «фиксации на компьютерных играх» и позволяют уточнить психопатологические критерии его диагностики для разработки подходов к дифференцированной терапии.

тации наркозависимых с использованием конечных оценочных индикаторов:

- параметры длительности ремиссии;
- параметры качества ремиссии;
- параметры социальной динамики в период ремиссии.

Успешность решения человеком жизненных проблем зависит от его общего физического состояния и энергетического потенциала. Пониженный энергетический потенциал, слабость или болезнь негативно влияют на способность решения проблем и на поиск путей выхода из конфликтов. Физиология начинает заслонять психологические проблемы и человек физически ощущает свою неспособность их решать. Физические упражнения, различные техники и приемы телесно-ориентированной психотерапии повышают общий энергетический потенциал человека и создают предпосылки для успешного решения личностных проблем.

Целью телесно-ориентированной психотерапии лиц, зависимых от опиатов, являлось ускорение развития свойств здоровой телесности, развитие гедонизма, изменение личности пациента с формированием альтернативы аддикции и развитием психологической устойчивости к употреблению наркотиков. Основная цель телесно-ориентированного тренинга больных с наркотической зависимостью состоит в актуализации «я телесного», как части нормативного статуса. Полноценное «я телесное» необходимо для завершения этапа идентификации и формирования феномена антинаркотической устойчивости.

В результате проведенного исследования нами были установлены основные задачи телесно-ориен-

тированной психотерапии больных с героиновой зависимостью:

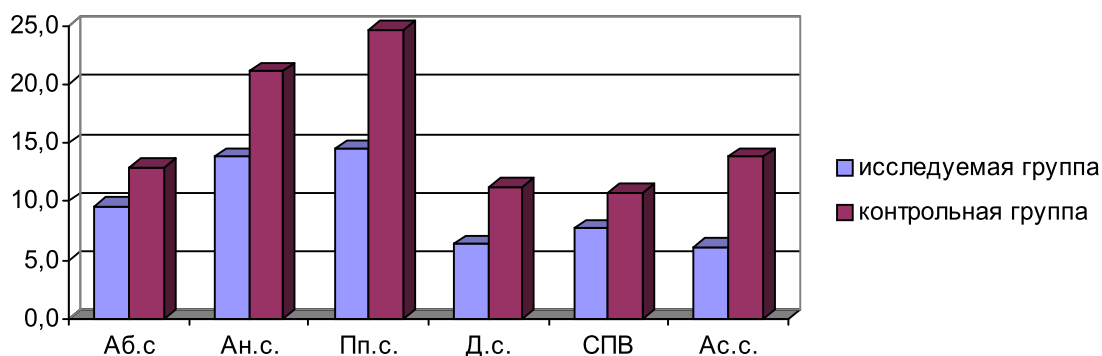
- коррекция субъективного образа тела наркозависимых, с целью повышения их самооценки, развития самопринятия;
- развитие чувства опоры в личности и жизни («заземление»), с целью развития ощущения возвращения в реальную действительность;
- развитие доверия через осознание своего тела и тела партнера;
- развитие реального восприятия времени и креативности, с целью развития компенсации функциональной недостаточности правого полушария;
- саморегуляция настроения с достижением субъективно комфортного состояния, тем самым – формирование гедонизма;
- уменьшение акцента на сексуальную сторону телесности в связи со стационарным лечением в общем отделении.

Оценка степени и скорости редукции синдрома зависимости

При исследовании оценки степени и скорости редукции синдрома зависимости значимые различия выявились между исследуемой и контрольной группой по длительности проявлений психопатологических синдромов в днях в соответствии с рисунком 8; по степени выраженности проявлений психопатологических синдромов в баллах на 10-й день от момента поступления в стационар, в соответствии с рисунком 9; по количеству зарегистрированных случаев проявлений психопатологических синдромов на 30 стационарных дней (см. рисунок 1).

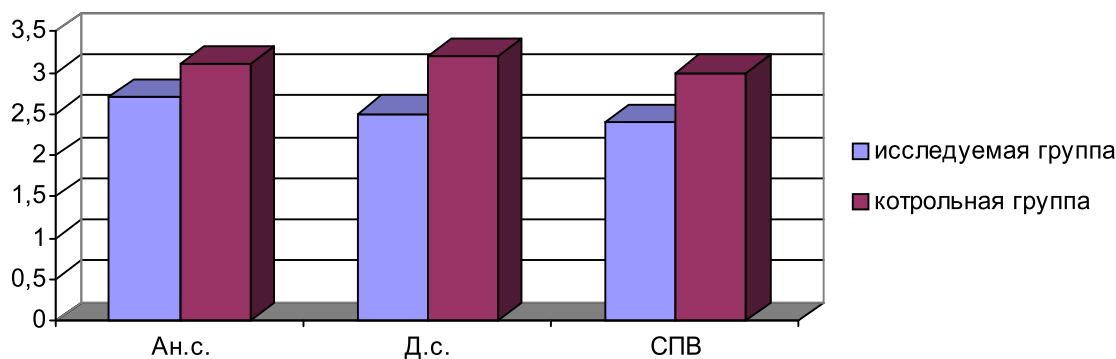
Рисунок 1

Длительность проявлений психопатологических синдромов в днях в исследуемой и контрольной группах



Аб.с. - абстинентный синдром; Ан.с. - анозогностический синдром; Пп.с. - Психопатоподобный синдром; Д.с. – депрессивный синдром; СПВ – синдром патологического влечения к наркотику; Ас.с. – астенический синдром

Степень выраженности проявлений психопатологических синдромов по 4-х балльной шкале в исследуемой и контрольной группах



Ан. с. - анозогностический синдром; Д. с. - депрессивный синдром; СПВ - синдром патологического влечения к наркотику

Таким образом, длительность проявлений отдельных психопатологических синдромов у больных с опийной зависимостью в исследуемой группе достоверно меньше, чем в контрольной группе.

Показатели степени выраженности проявлений психопатологических синдромов по 4-балльной шкале имели следующее распределение: 1 балл – степень выраженности проявлений отсутствует (ввиду особенностей компьютерной программы – не считывания «0» как значения); 2 балла - степень выраженности проявлений слабая; 3 балла - степень выраженности проявлений умеренная; 4 балла - степень выраженности проявлений значительная.

На рисунке 2 наглядно отображено, что степень выраженности психопатологических синдромов в исследуемой группе достоверно меньше, чем в контрольной группе.

В результате исследования выявились достоверные различия между исследуемой и контрольной группами по длительности в днях и степени выраженности проявлений по 4-балльной шкале анозогностического синдрома соответственно 13,8; 21,1 (в соотношении 1: 1,5); 2,7; 3,1 (в соотношении 1: 1,2). А также по длительности в днях и степени выраженности проявлений по 4-х балльной шкале депрессивного синдрома соответственно 6,4; 11,3 (в соотноше-

нии 1:1,8); 1,9; 3,2 (в соотношении 1:1,7). Результаты исследования показали значимые различия между исследуемой и контрольной группами в оценке степени и скорости редукции астенического синдрома: по длительности проявлений синдрома в днях соответственно 6,1; 13,8 (в соотношении 1:2,3); синдрома патологического влечения к наркотику: по длительности проявлений синдрома в днях соответственно 7,5; 10,8 (в соотношении 1:1,4).

Выводы:

1. Телесно-ориентированная психотерапия обнаруживает более высокую эффективность в сравнении с традиционными психотерапевтическими подходами, используемыми в программах МСР, в отношении скорости редукции клинико-психопатологических проявлений героиновой зависимости.

2. Телесно-ориентированная психотерапия способствует развитию свойств здоровой телесности, чувственной сферы, способности контролировать настроение и самочувствие больных с героиновой зависимостью.

Использование ТОП в программах медико-социальной реабилитации существенно повышает клиническую и социальную эффективность стационарной наркологической помощи зависимым от ПАВ.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭГЛОНИЛА И КОАКСИЛА В ЛЕЧЕНИИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Б. А. Кожаметова, А. Т. Ескалиева,
Д. Ш. Симбинов, А. К. Нурпеисова, О. И. Дервянко

Проблема лечения больных героиновой наркоманией является одной из самых сложных в наркологической практике. Наиболее важной задачей на настоящем этапе является достижение более длительных сроков ремиссий. Несомненно, что стержневым симптомокомплексом, при наркологических заболеваниях, является патологическое влечение к психоактивным веществам.

После купирования острого абстинентного синдрома психопатологическая симптоматика, в первую очередь, депрессивные и поведенческие расстройства выступают на передний план, нередко являясь проявлением компульсивного влечения к наркотикам. В этот период наиболее целесообразным следует считать преимущественно лекарственное воздействие психотропными препаратами, способными эффективно подавлять патологическое влечение к наркотику. В частности, к таким препаратам относятся производные фенотиазина (аминазин, тизерцин). Однако при применении этих препаратов в оптимальных, относительно высоких дозах отмечаются выраженные нежелательные эффекты: значительная астенизация пациентов, подавленное настроение, существенное затруднение контакта с врачом или психологом. Данное обстоятельство побудило нас к поиску препаратов, которые повышали бы жизненный тонус пациентов, существенно не активируя и далее подавляя влечение к наркотикам. Особое значение имеют применение антидепрессантов и их правильный выбор, соответствующий клиническим проявлениям депрессии. При преобладании в клинической картине патологического влечения к наркотику, проявляющегося атипичными депрессивными симптомами с ангедонией, анергией, сочетающихся с периодически возникающими приступами тревоги или дисфории, классические антидепрессанты малоэффективны.

В связи с этим был применен для купирования патологического влечения к наркотику в постабстинентном периоде антидепрессант - **коаксил**. Коаксил способен увеличивать пресинаптический захват серотонина нейронами коры головного мозга и гиппокампа. Занимая по своему терапевтическому профилю промежуточное, между стимулирующими и седативными группами антидепрессантов, положение, коаксил, по своей антидепрессивной активности, сходен с amitриптилином. Но в отличие от традиционно применяемых трициклических антидепрессантов коаксил лишен недостатков, им свойственных. Коаксил не обладает кардиотоксичностью, не вызывает холинергических эффектов. Поскольку депрессивные расстройства при синдроме лишения чаще

всего сопровождаются дисфорией, тревогой, двигательным беспокойством, антидепрессанты лучше всего комбинировать с нейролептиками.

Эглонил (сульпирид) является атипичным нейролептиком биполярного действия, относится к группе замещенных бензамидов. Несмотря на то, что общее антипсихическое действие эглонила можно оценить как слабое, у препарата выявляется достаточное тимоаналептическое, дезингибирующее влияние. Важно отметить, что при применении эглонила не наблюдалось свойственной больным героиновой психофизической угнетенности, что в свою очередь служило положительным стимулом для продолжения лечения.

Материал и метод исследования

В исследование вошли 20 больных героиновой наркоманией. Больные динамически наблюдались и получали стационарное лечение поэтапно - в абстинентном и постабстинентном периодах. Средний возраст исследуемых лиц составил 22 – 23 года. Длительность заболевания составляет, в среднем, около 4 лет. Пациенты практиковали, в основном, внутривенное употребление раствора героина, суточное количество вводимого героина составляло от 0,5 до 1,5 г. Из исследования исключались больные с острыми соматическими заболеваниями, клинически выраженными неврологическими расстройствами, непереносимостью отдельных лекарственных средств.

Этим больным был назначен: эглонил - 400 мг в сутки, так как именно в этой дозе психофармакологические свойства препарата наиболее сбалансированы, т.е. препарат проявляет умеренную антипсихическую активность, не оказывая растормаживающего действия и не вызывая астении и апатии у больного. Коаксил применялся в суточной дозе 37,5 мг на 3 приема в течение дня. Контрольной группой служили 15 больных, получавших традиционную терапию. Состояние больных оценивали клиническим методом.

Результаты исследования

При применении этой терапевтической схемы у больных основной группы можно было отметить более быстрый регресс депрессивных и тревожных расстройств, чем при использовании обычной седативной психофармакотерапии. Кроме того, у этой группы пациентов отмечалось улучшение функции внимания, мнестических функций, а также более быстрая редукция соматовегетативных нарушений, в частности такого симптома, как алгический. В отличие от контрольной группы у этих больных наблю-

далась постепенная нормализация сна - на 3 - 4 день лечения наступала значительная седация, сглаживались суточные колебания настроения: не наблюдалось так свойственного больным героиновой наркоманией нарастания психомоторного возбуждения в вечернее время. Можно было отметить и выраженность анксиолитического контакта с врачом и психотерапевтического воздействия. Как правило, данные больные не становились отрицательными лидерами и реже допускали нарушения лечебного режима в стационаре. При применении эглонила и коаксила не было отмечено ни одного случая непереносимости препарата и клинически значимых побочных явлений.

Заключение

Сочетанное применение эглонила и коаксила оказалось эффективным по отношению к поведенчес-

ким, психопатологическим, аффективным и алгическим расстройствам, сопровождающим обострение патологического влечения к наркотику в абстинентном и постабстинентном периодах. Особенность действия эглонила на болевой синдром связана с механизмом его действия: блокируется неприятный компонент переживания боли и больная перестает думать о ней. Аффективные расстройства были представлены депрессией, преимущественно с оттенками тревоги дисфории, значительно снижалась выраженность этих симптомов.

Полученные результаты позволяют рекомендовать сочетание этих препаратов для применения у больных героиновой наркоманией, как эффективно-го средства быстрого купирования психопатологических симптомов, в структуре абстинентного и постабстинентного состояний.

НИКОТИНИЗМ (ТАБАЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ)

М. М. Медетова, Ж. Т. Кажгалиева

Злоупотребление курением табака может перерасти в токсикоманию. Согласно МКБ-10, расстройства, связанные с употреблением табака (F17), относятся к поведенческим и психическим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ (F1).

Курение табака широко распространено во всем мире, несмотря на то, что в разное время и в разных странах были гонения на курильщиков. Вначале курили только мужчины, с 80-х гг. XIX в. к курению начали прибегать и женщины. Мужчины в основном начинали курить в 16-19 лет, женщины же выкуривали первую сигарету в 25-30 лет. В настоящее время средний возраст начинающих курить значительно понизился, а число курящих девушек увеличилось. Курение все больше распространяется в юношеском, подростковом и даже детском возрасте.

В странах Запада курит половина мужчин и более трети женщин, половина курильщиков употребляет более 11 сигарет в день.

Большинство курильщиков знают о вреде курения, но продолжают курить. Привычка курить прочно вошла в жизнь и быт многих людей, стала необходимой жизненной потребностью. Одной из основных причин начала курения, является любопытство, желание узнать что-то новое, которое наиболее выражено в подростковом возрасте.

Немаловажную роль играет и стремление подражать взрослым, товарищам, определенным авторитетам, героям фильмов. Желание начать курить вызывают и красочные рекламы сигарет.

Нередко школьники начинают курить, чтобы не быть предметом насмешек со стороны курящих товарищей, которые считают их трусами, несамостоятельными, боящимися осуждения родителей и взрослых.

По мере развития привычное курение становится сложным условным рефлексом, включающим в себя следующие компоненты:

- ❖ элементы фетишизма – красивые и дорогие курительные принадлежности;
- ❖ элементы ритуала – вертеть в руках зажигалку, разминать сигарету, набивать трубку, обрезать кончик сигары, делать первую затяжку, пускать кольца и т.д.;
- ❖ вкусовые ощущения, анализ субъективного удовольствия;
- ❖ удовольствие от запаха табачного дыма;
- ❖ рефлекторное воздействие табачного дыма с его ингредиентами через дыхательную систему на внутренние органы;
- ❖ непосредственное воздействие никотина на ЦНС;
- ❖ элемент общения – курение как групповое времяпровождение.

Наиболее частой формой употребления табака является курение, значительно реже наблюдаются нюханием, жевание и другие формы его потребления.

Акт курения состоит в том, что через подожженный и медленно тлеющий табак всасывается воздух, тление табака усиливается действием кислорода. Продукты горения табака поступают в легкие. Та-

бачный дым состоит из воздуха и взвешенных в нем продуктов горения табака и его сухой перегонки. Это аммиак, окись углерода, канцерогенные вещества, радиоактивный полоний. Все эти вещества оказывают неблагоприятное воздействие на организм курильщика. Согласно литературным данным, при выкуривании одной пачки сигарет средней крепости, при диаметре сигареты 0,8 см и длине табачной набивки 7 см, с общей массой табака в пачке 20 г образуется 0,0012 г синильной кислоты, столько же сероводорода, 0,22 пиридиловых оснований, 0,18 г никотина, 0,64 аммиака, 0,93 окиси углерода и не менее табачного дегтя (концентрата из продуктов горения и сухой перегонки табака). Наиболее токсичным веществом в составе табака является никотин, который, оказывает многостороннее действие на нейровегетативные функции и обменные процессы. Средняя сигарета содержит 0,5 мг никотина, доза свыше 60 мг является смертельной. Никотин вызывает сужение периферических кровеносных сосудов, усиление перистальтики, повышения образования катехоламинов, норэпинефрина и эпинефрина, с высвобождением адреналина и норадреналина, снижение скорости обменных процессов, тремор. Никотин – психофармакологическое вещество, оказывающее психотропное действие: успокаивает, выравнивает настроение, снижает напряжение и страх. Никотин стимулирует гипоталамические центры удовольствия, что является одной из причин развития пристрастия к нему.

Концентрация никотина 0,5 мг на 1 м куб. воздуха в закрытом помещении опасна для здоровья не только курильщика, но и всех, находящихся в нем. Такая концентрация создается в комнате объемом 100 м куб. (8 x 5 x 2,5 м) от выкуривания 8 сигарет.

Критерии острой интоксикации никотином (по МКБ – 10 F-1,0).

Наличие не менее одного из следующих признаков:

- ❖ бессонница;
- ❖ причудливые сновидения;
- ❖ эмоциональная неустойчивость;
- ❖ дереализация;
- ❖ снижение умственной продуктивности;
- ❖ тошнота, рвота;
- ❖ профузное потоотделение;
- ❖ тахикардия;
- ❖ сердечная аритмия.

Никотин и другие составные части табачного дыма легко всасываются кровью и разносятся ею по всему организму. Через 2-3 минуты после вдыхания табачного дыма никотин оказывает действие на головной мозг, выражающееся на кратковременном повышении его активности, что субъективно воспринимается курильщиком как приток новых сил, своеобразное чувство приподнятости и успокоения. Это действие непродолжительно и вслед за ним вско-

ре активность и настроение снижаются и курящий стремится к следующей сигарете.

При тяжелой степени интоксикации возникают нарушения, которые могут привести к летальному исходу. Через несколько минут после отравления никотином курильщик испытывает «чувство сжимания в горле, пищеводе и желудке», после чего появляется рвота обильная и многократная, сопровождающаяся обильным жидким стулом, гиперсаливация: слюна буквально течет изо рта. Живот вздут и сильно болезнен. Больной предъявляет жалобы на сильную головную боль и головокружение. Лицо бледное, зрачки сужены. Возникают возбуждение, дисфории. Затем болезненные явления со стороны ЖКТ уменьшаются. За возбуждением следует состояние ступора, которое чередуется с клоническими и тоническими судорогами. Зрачки расширяются, пульс до сих пор твердый, становится нитевидным, артериальное давление падает, тело больного покрывается холодным, липким потом. Если не принять срочных дезинтоксикационных мер, больной погибнет в течение времени от 15 минут до 1 часа.

При отравлении средней тяжести описанные выше нарушения менее выражены, но болезненные явления со стороны ЖКТ продолжают несколько суток и с трудом поддаются терапевтическому воздействию.

Более или менее легкую степень отравления испытывают практически все начинающие курить. Организм как бы «возмущается» насилием над собою. Но так называемый негативный эффект первой сигареты, к сожалению, быстро исчезает и толерантность к никотину быстро возрастает.

Никотин обладает высокой степенью наркогенности, что явствует хотя бы из следующего факта – 85% людей, выкуривших первую сигарету, в последующем становятся курильщиками. Не у всех курильщиков вырабатывается зависимость. Наряду с так называемым страстным курением, выделяют умеренное курение и курение для снятия психического напряжения. Однако в двух последних случаях табачный дым вызывает такие же, но меньшей степени выраженные патологические симптомы, как и у страстных курильщиков.

Кажущийся подъем энергии, улучшение самочувствия, успокоенность закрепляются в сознании курящего с выкуренной сигаретой, переходят в условной рефлекс. Курящей уверен, что без табака он не может нормально работать и жить, т.е. становится зависимым от табака. Средний курильщик выкуривает 20-30 сигарет в день, что свидетельствует о высокой толерантности к табаку. Постепенно формируется абстинентный синдром.

Абстиненция, или синдром отмены

Сила негативных ощущений зависит от индивидуальных особенностей организма и субъективного психологического настроения пациента.

Исходя из многочисленных исследований отечественных и зарубежных ученых, можно говорить о психической и физической зависимости, вызываемой никотином. Явления абстиненции возникают через 1,5-2 часа после последней выкуренной сигареты.

Подавляющее большинство испытывают последствия психической зависимости, основной симптом которой – страстное желание закурить сигарету, а также напряженность и раздражительность. Проявляются жалобы на то, что безумно хочется закурить; на тоску, раздражительность; плаксивость, чрезмерную обидчивость, вспыльчивость; вялость, апатию, угнетенное, «дурное настроение», пустоту, неудовлетворенность; «голова ватная, не работает»; повышенную сонливость или, наоборот, диссомнию. Может быть множество других жалоб, в зависимости от индивидуальных особенностей психики пациента.

Следует отметить, что желание курить нередко остается даже при длительных сроках воздержания (10-15 лет).

Выраженность физической зависимости нередко зависит от длительности курения, «стажа курильщика», но, как это ни парадоксально, очень редко зависит от количества поступающего в кровь никотина в сутки.

При непрерывном употреблении табака от 1 до 10 и более лет при полной отмене имеют место такие болезненные проявления, как непрерывный изматывающий кашель, головная боль и головокружение, тошнота, запор, нередко периодический озноб. Проявление физической зависимости испытывают примерно 3% от всех, кто решает бросить курить. Болезненные явления продолжаются от 3 дней до 2 недель максимум.

Лишь незначительная часть потребляющих табак, отказавшись от него, утверждают, что это не составило им особого труда и с самого первого дня они наблюдают только положительные стороны в изменении своего состояния (бодрость, улучшение мыслительной деятельности, улучшение сна, аппетита и т.д.). В основном, за редким исключением, абстинентный синдром отсутствует у мужчин.

По МКБ-10 диагноз синдрома отмены (абстиненция) ставится на основании наличия не менее двух из следующих симптомов: тяга к употреблению табака; недомогание, слабость; тревога; дисфория; раздражительность или беспокойство; бессонница; повышение аппетита и прибавка массы тела; кашель; изъязвление слизистой полости рта; трудность в сосредоточении внимания.

Необходимо остановиться на проблеме увеличения массы тела, с которой сталкиваются бросившие курить. Увеличение веса происходит вследствие нормализации работы надпочечников, так как прекращение действия никотина на надпочечники ведет к уменьшению выработки адреналина, соответственно уменьшаются основной обмен, мочеотделение; усиливается процесс жиरोобразования. К тому же

значительно усиливается аппетит или человек, чтобы «занять» рот, вместо сигареты постоянно «перекусывает».

Но в некоторых случаях диета остается неизменной, а масса тела все равно растет. Дело в том, что происходит изменение обмена веществ, так как идет изменение соотношения между адреналином и инсулином в организме. Как известно, адреналин тормозит внутрисекреторную функцию поджелудочной железы. Уменьшение продукции адреналина ведет к увеличению продукции инсулина, который задерживает воду в организме и способствует усиленному образованию жира из углеводов и воды, т.е. увеличение веса можно рассматривать как дополнительный стрессовый фактор при отказе от курения. Исходя из соматического здоровья пациента, необходимо рекомендовать увеличение физических нагрузок, тем более, что ускорение обмена веществ приведет к ускорению процесса «очищения» организма от никотина и, как следствие, к укорочению периода абстиненции. К тому же физические упражнения могут играть роль «переключения» внимания с сигареты на собственное здоровые ощущения.

Особенности психических и соматических нарушений при хронической интоксикации никотином

У курильщиков с явлениями зависимости чаще, чем у некурящих того же возраста, развивается астенический синдром, они быстрее утомляются, часто допускают ошибки при выполнении заданий, требующих напряжения и внимания. По данным литературы, для них характерны импульсивность поведения, более низкий уровень образования, тревожность, недоброжелательность по отношению к другим людям. Курильщики, в отличие от некурящих, чаще разводятся или покидают семью, они более экстравертированы, враждебны и более склонны к употреблению спиртных напитков. У курильщиков чаще возникают инсульты, в результате которых развиваются дефектно-органические психические нарушения, вплоть до деменции. У них заметно снижается слух, нарушается ощущения вкуса.

При курении табака возникают грубые расстройства во внутренних органах.

Сердечно-сосудистые заболевания. В структуре смертности, обусловленной потреблением табака, сердечно-сосудистые болезни стоят в первом ряду. Никотин и окись углерода прямо или косвенно способствуют развитию ишемической болезни сердца и поражению периферических сосудов.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), включая острый инфаркт миокарда (острая сердечная недостаточность) и хроническую ишемическую болезнь, среди курящих распространена шире, чем среди некурящих. Курение сигарет почти вдвое увеличивает риск развития ИБС, причем у молодых лиц этот риск намного больше. В среднем смертность от ИБС

среди курящих на 80-90% выше, чем среди некурящих, а это означает в 2-4 раза больший риск внезапной смерти. Повышенному риску развития ИБС подвергаются больные сахарным диабетом и лица с генетически обусловленными гиперлипидемиями. У курящих значительно повышается степень атеросклеротического сужения наиболее мелких коронарных артерий; этот процесс еще более прогрессирует у злостных курильщиков. У них повышена адгезивность тромбоцитов, что способствует тромбообразованию и увеличивает вязкость крови.

При прекращении курения снижается риск ИБС у лиц в возрасте до 65 лет. Если человек воздерживается от курения на протяжении 10 лет, риск ИБС становится близким к таковому у некурящих. У курящих болезнь прогрессирует с переходом в злокачественную форму с осложнениями.

Еще более очевидна связь между курением и заболеваниями артерий нижних конечностей. Около 95% лиц, страдающих болями в ногах, возникающих при ходьбе, являются курильщиками. Так называемый в неврологии синдром Рейно (сужение сосудов верхних нижних конечностей, ощущение «холодных рук и ног», острая боль при начале ходьбы в голених и ступнях, акроцианоз) можно назвать «профессиональной» болезнью курильщиков. У многих из них развивается гангрена и появляется необходимость в ампутации. У курильщиков в 5 раз выше частота смертных случаев от аневризмы аорты. Существует также прямая зависимость между частотой инсульта и курением.

Хронические болезни легких. Побочные эффекты длительного курения проявляются в двух формах заболевания легких.

Хроническую гиперсекрецию слизи, сопровождающую стойким приступообразным кашлем с мокротой, называют простым хроническим бронхитом. Патологический процесс ограничивается главным образом крупными воздухоносными путями, нивелируется при прекращении курения и сам по себе не представляет угрозы для жизни больного.

Хроническое обструктивное заболевание легких сопровождается затруднение дыхания вследствие сужения главным образом мелких воздухоносных путей, обусловленного степенью выраженности патологических изменений легочной ткани. В частности, развивается эмфизема, которая отличается прогрессирующим течением, практически необратима и может приводить к инвалидизации и смерти.

Однако обе формы заболевания легких у курильщиков предрасполагают к развитию острых инфекционных заболеваний с вовлечением в процесс бронхов. Рецидивы инфекционных заболеваний обуславливают чувство дискомфорта и нарушение работоспособности в значительной мере.

Курение и рак. Риск смерти от рака легких зависит от числа выкуриваемых сигарет и возраста, в котором человек начал курить. У курильщиков сига-

рет с фильтром риск смерти ниже. Прекращение курения способствуют снижению риска смерти, и через 10 лет риск заболеть не отличается от риска, которому подвержены никогда не курившие. Было высказано предположение о том, что тесная связь между курением и раком легких не прямая – это следствие того, что у заболевшего сочетается предрасположенность к раку легких и курению, причем оба фактора наследственно обусловлены. Риск развития рака полости рта или гортани у курильщиков в 5-10 раз выше, чем у некурящих. Эти формы рака с одинаковой частотой развиваются у курящих сигареты, сигары, трубки. У курильщиков чаще встречается рак поджелудочной железы, почек и мочевого пузыря. Причиной развития заболевания у курильщиков считают изменения в ДНК.

Курение и способность к деторождению. Курящие женщины чаще бывают бесплодными, беременность у них наступает реже, чем у не курящих. Кроме того, у первых раньше наступает менопауза. Эти наблюдения свидетельствуют о том, что курение неблагоприятно влияет на функцию яичников; механизм этого воздействия остается не установленным.

Осложнения беременности. У курящих беременных несколько повышается риск спонтанного аборта, кровотечения во время беременности и различных нарушений в развитии плаценты. Плацента у них более массивная и увеличена в диаметре по сравнению с некурящими. Это является результатом адаптационных изменений, обусловленных дефицитом кислорода в результате повышенной концентрации в крови циркулирующего карбоксигемоглобина.

Влияние курения на развитие плода. Масса тела ребенка, рожденного курящей женщиной, примерно на 200 г меньше, чем у рожденного некурящей. Механизм задержки внутриутробного роста, вероятно, состоит в воздействии веществ, входящих в состав табачного дыма, например окиси углерода, а не косвенных воздействиях, таких как дефицит питания у курящих женщин.

У женщин, бросивших курить до наступления беременности или в первые 20 недель беременности, дети ничем не отличаются от детей никогда не куривших матерей. В плаценте курящих женщин содержится большее количество аномальной ДНК, чем в плаценте некурящих.

Влияние курения на желудочно-кишечный тракт. Ядовитые вещества табачного дыма, переходя в слюну, раздражают слизистую желудка, при этом появляются такие нарушения, как потеря аппетита, боли в области желудка и кишечника, чередование запора и поноса, хронические гастриты, язвы желудка и 12-перстной кишки. Эти расстройства встречаются у курильщиков во много раз чаще, чем у некурящих лиц того же возраста и живущих в таких же условиях труда и быта.

Кроме непосредственного действия на курильщика, табачный дым вызывает головную боль, голо-

вкружение, сердцебиение, разбитость у некурящих, которым приходится подолгу или постоянно находиться в накуранных помещениях. Из-за вреда здоровью не только курильщиков, но и так называемых пассивных курильщиков курение остается проблемой не только медицинской, но и социальной.

Выводы

Таким образом, из статьи можно сделать вывод, что злоупотребляют курением табака дети,

подростки, женщины и в последнее время злоупотребление курением табака формально относится к токсикомании. Однако это единственный не преследуемый законом вид токсикомании. Медицинские работники Казахстана имеют все возможности влиять на табачную ситуацию в стране, могут выступать в роли важных сторонников антитабачной деятельности, должны находиться в авангарде борьбы за ужесточением табачного контроля в Казахстане.

Литература:

1. *Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х. Наркология: Учебное пособие. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.*
2. *Болотовский И. С. Наркомании. Токсикомании. – Казань: Изд. Ун-та, 1989 – 88 с.*
3. *Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. – Л.: Медицина, 1994. – 208 с.*
4. *Гавенко В. А., Самардакова Г. А., Кожина А. М. Наркология. – Ростов на Дону: Феникс, 2003. – 288 с.*
5. *Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. – М.: Медицина, 1975. – 334 с.*
6. *Шабанов П. Д. Руководство по наркологии. – СПб.: Лань, 1999. – 340 с.*

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ, ПРОФИЛАКТИКЕ НАРКОМАНИИ И ТОКСИКОМАНИИ, СНИЖЕНИЯ СПРОСА НА НАРКОТИКИ

А. П. Кузнецов, Т. Р. Евтушенко

г. Костанай

Наркомания порождает серьезные социальные проблемы, которые затрагивают все стороны жизни общества. Независимо от того, рассматривать ли злоупотребление психоактивными веществами как преступление, вредную привычку или болезнь, общество вправе ожидать, что на основе эффективной государственной политики сократится количество преступлений, совершаемых из-за наркотиков, уменьшится число безработных и случаев распада семей, и снизятся расходы на оказание специализированной медицинской помощи наркоманам. В условиях, когда наркотические средства остаются доступными для потребителей, приоритетом в борьбе с наркотизмом являются мероприятия, направленные на снижение спроса на наркотики. Профилактика потребления наркотических веществ среди населения имеет целью предотвращение эпидемии наркомании. При этом сложность решения проблемы требует приложения усилий всего общества.

За последние 5 лет в Костанайской области отмечается рост показателя заболеваемости наркологическими расстройствами на 30%. При этом, отмечается рост показателя заболеваемости наркоманией как общей (на 22,9%), так и подростковой (на 45,2%).

Учитывая особенности географического положения Костанайской области (она располагается на путях транзитного перемещения наркотиков), с целью оказания практической помощи сельским наркологам врачи областного наркологического диспансера неоднократно выезжали в приграничные районы и на узловые железнодорожные станции с целью выявления и постановки на учет наркозависимых лиц. Только за один такой выезд на станцию Кушмурун было выявлено 22 человека, страдающих наркоманией.

В течение 2004 - 2005 годов было проведено сплошное тестирование учащихся 9 - 10 классов школ и учащихся ПТШ области на предмет употребления наркотиков. За 2 последних года протестировано 77993 учащихся. Выявлено с положительными тестами 233 учащихся, все поставлены на профилактический учет врача-нарколога по месту жительства. Наркологические кабинеты сельских регионов в большинстве случаев не укомплектованы врачебными кадрами, в связи с чем, специалисты областного наркологического диспансера дважды посетили каждый район с целью оказания практической помощи в проведении тестирования.

Впервые в Костанайской области на призывной комиссии проводится сплошное тестирование призывников. За 2 последних года протестировано 7 тысяч призывников. У 300 человек выявлен положительный результат, все они прошли обследование в областном наркологическом диспансере и поставлены на учет. Данный показатель свидетельствует о высокой эффективности тестирования призывников.

Совместно с подростковой службой обще-лечебной сети проведены профилактические осмотры. За 3 последних года охвачено 70 тысяч учащихся.

В области на протяжении трёх последних лет функционируют школьные наркологические посты, в которых наблюдаются дети с девиантным поведением. На сегодняшний день функционирует 338 наркологических постов, где на учете внутри школы состоят 3047 детей. Все находятся под контролем школьного медицинского работника, классного руководителя, школьного психолога, участкового нарколога и, при необходимости, инспектора ОДН. Все дети дважды в течение учебного года осматриваются наркологом.

В течение последних двух лет в областном наркологическом диспансере работает телефон «доверия», по которому любой желающий может получить информацию о видах и качестве оказываемых услуг ещё на догоспитальном этапе, при этом гарантируется абсолютная конфиденциальность обращения. За 2 года принято порядка 6 тысяч звонков, 12% из которых составляют вопросы по наркозависимости. В кабинете анонимного лечения за 2 года принято 5400 больных, из них 9% по вопросам наркозависимости.

Открытый в 2004 году дневной стационар сделал более доступной возможность получения стационарозамещающей наркологической помощи. За 2 года пролечено 570 больных.

В двух поликлиниках обще-лечебной сети и ОЦ СПИД проводится анонимный консультативный прием врачом-наркологом.

Совместно с правоохранительными органами (отдел по исполнению наказаний, медицинский вытрезвитель, приемник-распределитель взрослый и детский, ИДН, детский приют, изолятор временного содержания, судебно-наркологическая экспертная комиссия) в течение 2005 года осмотрено 2500 человек, из них взято на учет 677 человек, в том числе - 132 наркозависимых.

Совместно с сотрудниками ГОВД проведены оперативно - профилактические мероприятия «Занятость» по выявлению и пресечению каналов проникновения наркотических, психотропных веществ в местах сосредоточения молодежи г. Костаная. В результате которых, выявлено и задержано 4 подростка за совершение административных правонарушений - употребление спиртных напитков в общественных местах и 3 подростка за хранение наркотических веществ (марихуана). Совместно с ГОВД принято участие в операциях «Правопорядок» и «Подросток».

Для сотрудников социальных служб проведены семинары, касающиеся порядка проведения профилактической работы в группах «повышенного риска». Разработаны методические рекомендации для педагогов, родителей, сотрудников ИДН по профилактике и ранней диагностике наркомании.

Совместно с акиматом города, общественным фондом «Помощь», ГУВД, департаментом обра-

зования, департаментом культуры и спорта проведены мероприятия, посвященные Всемирному дню борьбы с наркоманией. Принято участие в заседаниях «круглого стола» по проблеме наркомании и правонарушений среди несовершеннолетних, в выездном заседании по защите прав несовершеннолетних.

В период летних каникул, учитывая незанятость детей, наркологи, совместно с педагогами, ОФ «Помощь», Центром здоровья проводят профилактическую работу в дворовых клубах и загородных пионерских лагерях.

Ежеквартально проводятся заседания общества психиатров-наркологов, на которых заслушиваются вопросы реализации Программы борьбы с наркоманией в каждом регионе (включая сельские). Совместно решаются вопросы улучшения проведения профилактической работы, диспансеризации и оказания наркологической помощи на всех уровнях.

ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА (литературный обзор)

Б. А. Азанова

г. Павлодар

1. Опииодная зависимость и коморбидные психические и поведенческие расстройства

В связи с изменением на территории постсоветского пространства социально-экономической и социально-психологической ситуации катастрофически быстро возрастает, в первую очередь среди молодежи, потребление наркотических средств. Масштабы незаконного распространения и немедицинского употребления наркотиков в стране неуклонно расширяются и к настоящему времени достигли уровня, представляющего реальную угрозу национальной безопасности и здоровью населения [1]. Опииодная зависимость представляет собой в настоящее время одну из наиболее сложных клинических проблем наркологии [2]. Её изучению посвящено большое количество исследований как на постсоветском пространстве, так и за рубежом [3, 4]. Можно говорить о том, что здесь в полной мере реализуется полиморфизм подходов и точек зрения на проблему, что отражается мультидисциплинарностью исследований. Данные исследования включают как биологический (медицинский) аспект, так и социально-психологический. Это абсолютно уместно и оправданно, поскольку наркология часто выступает на стыке психологии и медицины, которая, в свою очередь, изучает соматический, неврологический и психопатологический (психиатрический) характер последствий хронической интоксикации опиатами. Поэтому принципиально важным является разделение медицинского и немедицинского аспекта [3, 4]. Именно здесь особую роль играет клиническая наркология, отражающая клинико-психопатологический аспект зависимости и интегрирующая знания, полученные в смежных дисциплинах для обозначения комплексной понятийной научной базы [2]. Для современной психиатрической и наркологической клиники практически не разработанным остается как клинико-описательный аспект наркомании, так и его концептуальное (психопатологическое) понимание. Отсюда и методологическая слабость современной наркологии, и её слабые терапевтические и восстановительные возможности [2].

Опииодная зависимость, являясь самым распространенным видом наркотической зависимости, дебютирует, как правило, в молодом возрасте. Наиболее распространенным её вариантом (подвидом) в настоящее время является героиновая зависимость

[2]. Героиновая зависимость, дебютировавшая в молодом возрасте, является серьезной психопатологической проблемой, требующей психиатрической диагностики и психопатологически детерминированного подхода к работе с данной категорией больных [2]. В своем дебютном формировании и развитии наркомания проявляется на синдромальном уровне и в значительной степени определяется личностными преморбидными особенностями больного [2].

Наиболее злокачественное течение наркомании на её начальном этапе, как правило, сочетается с выраженными девиациями психики и поведения в преморбиде, отражающими патологический пубертат. Уже в стадии своего формирования болезнь приобретает психотический характер и может здесь рассматриваться как разновидность симптоматического (экспериментального) психоза. Учитывая высокую социальную значимость проблемы, требуется значительно активизировать клинико-психопатологические исследования этой патологии и развивать валидную клиническую инфраструктуру [2].

Можно констатировать крайне малое отражение проблемы в литературе клинико-психопатологического направления, как в западной, так и отечественной наркологии. Что касается западной наркологии, то её абсолютно токсико-психологическое освещение делает практически невозможным осуществление серьезных клинических исследований, базирующихся на психопатологических характеристиках болезни. По-видимому, западная наркология, не являясь частью клинической психиатрии, позиционируется как абсолютно самостоятельная (практически не медицинская, а социально-психологическая) проблема [2]. Что касается литературы отечественной, то откровенно отметить, что ряд ведущих специалистов-психиатров, занимающихся больными с химической зависимостью, акцентирует внимание на необходимости рассмотрения клиники с психопатологических позиций, однако количество подобных работ и исследований все же весьма незначительно [5, 6, 7]. Наличие подобных исследований, на наш взгляд, основывается на преемственности отечественной психиатрической школы и абсолютно преломляется в ракурсе клинической наркологии, что делает данный аспект отечественной науки передовым и по факту значительно опережающим европейскую и американскую синдромальную наркологию [5, 6, 7]. По этой причине видится крайне нецеле-

сообразным отход от этих преемственных позиций отечественной наркологии и переход на «примитивно-синдромальную» наркологию. Еще более ошибочным, является замена психопатологии и психиатрии в клинической наркологии на конъюнктурные вульгарно-психологические приоритеты и подходы, что также можно наблюдать и расценивать как негативную тенденцию [5, 6, 7].

Понятно, что оценка проблемы молодежной наркомании, с точки зрения клиники, является проблемой сложной и неоднозначной [5, 6, 7]. Это происходит не только потому, что клинико-психопатологический компонент зависимости на начальном этапе еще не успел «набрать свою окончательную силу», но во многом отражает и подход к изучению проблемы [5, 6, 7]. Именно в силу недостаточной (или не слишком явной) специфичности симптоматики в период дебюта умеренно-прогредиентной и мало-прогредиентной (вялотекущей) наркомании возникает стремление игнорировать психопатологический подход в принципе. Здесь, естественно, при невыраженности интоксикационного компонента приоритет получает психология [5, 6, 7]. Все проявления наркомании пытаются оценить с помощью психологических критериев и понятий. Методологически это, безусловно, глубоко ошибочно. Однако изучение именно психопатологической специфики дебюта наркомании - важное и перспективное направление клинической наркологии. На сегодняшний день становится понятно, что клинические критерии можно с максимальной эффективностью оценивать только при хорошей психопатологической профессиональной подготовке [5, 6, 7]. Именно в молодом возрасте чаще отмечается дебют заболевания [5, 6, 7]. Здесь решается вопрос, по какому пути эта наркомания пойдет: закончится быстро и без тяжелых последствий или окажется, в прямом смысле, смертельной болезнью. Факторами, predisponирующими болезни, являются факторы внутреннего и внешнего характера [5, 6, 7]. К первой категории относятся личностные особенности индивида в их психологическом и психопатологическом «исполнении». Сюда же относятся факторы биологические и наследственность. Последние две категории имеют менее специфичный характер и находятся в стадии активного изучения. Факторы внешней среды определяются довольно широким перечнем от культуральных, воспитательных, философско-мировоззренческих и духовных до особенностей микросредового уровня. Значение этих факторов в возникновении наркомании как болезни также многократно показано как в медицинской, так и в психологической литературе [5, 6, 7].

Анализ данных литературы показывает, что личность наркомана исследуется, как правило, уже на фоне сформировавшейся зависимости, когда не исключается ретроспективный перенос в преморбид ряда черт измененной личности в процессе болезни. Поэтому изучение преморбидно-личностных

особенностей больных, страдающих наркоманиями, выявляет достаточно сложную неоднородную картину [8]. У большинства больных героиновой наркоманией (65%) отмечалась стигматизация личностных черт, что можно было квалифицировать как акцентуацию личности, при этом в структуре личности преобладало сочетание истероидных, возбудимых, неустойчивых черт и психического инфантилизма [8]. В 15% случаев девиация достигала степени психопатии преимущественно истероидного или эпилептоидного круга в сочетании с психическим инфантилизмом [8]. Согласно опубликованным данным, среди подростков, страдающих наркоманией, в большинстве случаев была диагностирована психопатия истеровозбудимого типа [9, 10, 11]. Фрагин В. М. (1912), проведя своё исследование клиники опийной наркомании у подростков, обратил внимание на быстрое возникновение у них изменений личности. С одной стороны, происходило заострение преморбидных личностных девиаций, с другой – наркотизация способствовала появлению таких черт характера, как лживость, эгоизм, эмоциональное огрубение, морально-этическое снижение. Наркомания приводила также к социальной деградации больных, которая была тем значительнее, чем раньше формировалось заболевание [12]. По мнению Врублевского А. Г. с соавторами [13], весьма существенным фактором, определяющим формирование медицинских и социальных последствий наркомании, являются личностные девиации в преморбиде. У этих больных, достоверно чаще и быстрее, чем у лиц с нормальным преморбидом, наступали изменения личности и социальные последствия. Однако на тяжесть интеллектуально-мнестических расстройств степень выраженности личностных девиаций в преморбиде влияние не оказывала. Определенное влияние на скорость формирования психоорганических расстройств у больных наркологическими заболеваниями оказывали, в частности, различные преморбидные факторы [13]. К таким факторам, по мнению Сироты Н. А. [14], относятся следующие: астенические, истерические и аффективные расстройства, ночные страхи, расстройства сна и вегетативной сферы; разные типы патохарактерологических изменений (тормозимые, неустойчивые, шизоидные, эксплозивно-эпилептоидные). Рохлина М. Л. и Врублевский А. Г. [15] показали, что личностные девиации в преморбидном периоде, ранний возраст начала употребления наркотиков, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, воспитание в неполной семье, злоупотребление алкоголем до начала наркотизации являются неблагоприятными прогностическими факторами, определяющими скорость формирования медицинских и социальных последствий наркомании. В другой работе Рохлина М. Л. и Воронин К. Э. отмечали в преморбиде у преобладающего большинства пациентов (62,1%) личностные девиации, причем у двух третей из них личностные девиации не выходи-

ли за рамки акцентуаций характера, у одной трети они могли быть квалифицированы как психопатии. Среди девиаций (более чем в 50% случаев) черты повышенной возбудимости, психического инфантилизма (42,6%) [16]. Рохлина М. Л. и Козлов А. А. считают что, в связи с тем, что практически непрерывно происходит поступление токсических веществ в различные структуры мозга, практически невозможным представляется проследить изменения личности, встречающиеся при отсутствии влияния токсических веществ. Усиление психопатоподобных расстройств и яркое проявление морально-этического снижения личности разных степеней выраженности может наблюдаться в предрецидивном состоянии даже в период ремиссии [17].

Формирование зависимости является формированием фаз заболевания. Сформированное заболевание характеризуется такими фазовыми проявлениями, которые мы обозначаем как фаза наркоманического (основного) интоксикационного континуума, фаза отмены наркотика (синдром отмены), фаза становления ремиссии и фаза ремиссии [18]. Совершенно понятно, что отдельные клинические формы и варианты течения опиоидной зависимости могут иметь различия в таком фазовом проявлении и комплектовании, тем самым, отличаясь и своими проявлениями [18]. Это могут быть токсикологические проявления зависимости, характеризующие аспект интоксикации и его последствия (неврологические и органические), но также имеющие точку сопряжения с психопатологией, обусловленной этой интоксикацией [18]. Здесь уже начинается компетенция психопатологической оценки и поэтому востребованы параметры этой психопатологической оценки: состояние сфер сознания, мышления, эмоциональной, волевой, интеллектуальной и поведенческой [19]. Эти параметры обеспечивают возможность оценки уровней реагирования и адаптации, а также возможности компенсации, они относятся к категории клинических и рассматриваются при изучении клинико-психопатологических особенностей наркомании [20].

Резюмируя изложенное, отметим главные особенности клинико-патогенетического развития опиоидной зависимости [21]. Они включают две основные группы факторов: факторы активного поражения (активные патогенные); факторы сопротивления этому поражению (тормозящие это активное поражение).

К первой группе относятся: «предрасполагающие» факторы донозологической (преморбидной) личности и факторы внешние (факторы психопатологической индукции и невротизации, факторы интоксикации с психоактивным эффектом) [22]. В совокупности своего действия они продуцируют специфический психопатологический феномен - наркоманическую доминанту, имеющую свой патогенный потенциал той или иной степени выраженности, зависящий от качества психопатологического «оформления» наркоманической доминанты [23]. Сюда включа-

ются «уровневые» поражения: невротоподобное, психотическое, психоорганическое (с патогенными свойствами, усиливающими патологические проявления доминанты), а также начальные проявления наркоманического (опиатного) дефекта [24]. Этот потенциал представлен своими механизмами патологического выражения (наркоманические навязчивости, наркоманический автоматизм и наркоманическая стереотипия) [25].

Факторами сдерживания (сопротивления) активного психопатологического процесса, тормозящими его развитие и способствующими редукции наркоманической доминанты, её угасанию и угасанию всех других проявлений активной химической зависимости (опийной наркомании) являются: индивидуальная психопатологическая резистентность личности (донозологическая и проявляющаяся, так или иначе, на протяжении всего патогенного процесса), психоорганический синдром (с факторами сдерживания патогенного процесса), поздний дефект (имеющий свою максимальную выраженность) [18]. К факторам, тормозящим патологический процесс и способствующим редукции наркоманической доминанты, также относятся возрастной фактор (общее постарение организма и деградация психической функции возрастного характера) и фактор микро- и макросоциального средового уровня (сдерживание болезни) [18]. Взаимодействие всех перечисленных факторов определяет клинический вариант химической (опиатной зависимости). Это - форма опиатной зависимости: высокопрогредиентная (злокачественная), умеренно-прогредиентная и малопрогредиентная. Это - вариант (тип) её течения - непрерывный, приступообразный, транзиторный

В данном контексте предпочтительнее применять, понятие вариант, а не тип, поскольку последний предполагает достаточно жесткий характер проявления патологии, а первый отражает её изменчивый характер, когда один вариант может меняться в процессе болезни на другой, что для реальной клиники довольно характерно. По сути, тип - это принципиально непрерывные или дискретные проявления патологии, вариант - это конкретное проявление типа, течения в его непосредственном клиническом содержании [18].

Таковы главные составляющие патогенеза опиоидной зависимости. Эти составляющие и их компоненты, имея психопатологические свойства, являются особой характеристикой закономерностей формирования, становления, развития, течения, и исхода опиоидной зависимости как самостоятельного варианта психиатрической патологии [18].

Нарушения в аффективной сфере у больных опиоидной (героиновой) наркоманией выражены в той или иной степени практически на всех этапах заболевания [26, 27, 28]. Общей закономерностью аффективной патологии у больных героиновой наркоманией является углубление депрессивной симптоматики в период синдрома отмены и особенно в по-

стабильный период [29, 30, 31]. Имеется четкая связь между выраженностью аффективных расстройств и интенсивностью патологического влечения к наркотикам. Усиление проявлений депрессий с характерной дисфорической окраской и нарушениями поведения в большинстве случаев являются проявлениями актуализации влечения к наркотикам [32, 33, 34]. Учитывая, что своеобразные аффективные нарушения являются облигатными при героиновой наркомании, обязательным компонентом любой схемы терапии должно быть применение антидепрессантов, которые следует назначать после купирования острого абстинентного синдрома длительность и успешность их лечения во многом определяет стойкость ремиссии [35, 36, 37]. Выбор конкретного антидепрессанта определяется структурой аффективных расстройств и ожидаемыми побочными эффектами [38, 39, 40]. Аффективные расстройства, наряду с соматовегетативными нарушениями и алгическим синдромом, занимают ведущее место в клинике опийной наркомании [41, 42, 43]. Они тесно коррелируют с интенсивностью патологического влечения к наркотику, определяют тяжесть острого абстинентного синдрома и оказывают существенное влияние на течение ремиссии [42, 43]. Аффективные нарушения проявляются в поведенческих и психопатоподобных расстройствах. В то же время в отечественной и зарубежной литературе уделяется недостаточно внимания структуре, динамике аффективной патологии, её взаимосвязи с соматовегетативной симптоматикой, с длительностью и тяжестью наркотизации [42, 43]. Мало исследованы закономерности редукции аффективных расстройств, их выраженность в зависимости от продолжительности ремиссии и качества медико-социальной реабилитации [42, 43]. Недостаточно полная диагностика и отсутствие адекватной терапии, направленной на устранение аффективных расстройств во время острого абстинентного синдрома и в период становления ремиссии, утяжеляют состояние больного и часто приводят к рецидивам [42, 43].

Психопатология опиоидной зависимости может быть выражена в тех же понятиях, что и другие объекты психиатрического изучения [44]. Психиатр, описывая клинику зависимости в психическом статусе и в ходе всего клинического наблюдения, с успехом использует термины из раздела «Общая психопатология» [45]. Многообразные расстройства, вызванные опиатами, по всей видимости, проявляются и могут трактоваться как процессуальные. Любой патологический процесс всегда имеет свой дебют, свою внутреннюю логику развития и варианты течения, свой финал (исходное состояние). Он также наполнен вполне конкретным содержанием - в данном случае наиболее интересно психопатологическое содержание [46]. Изучение любой патологии, в конечном счете, стремится к познанию её патогенеза. Что касается зависимости от опиатов, то видение её

патогенеза исключительно как расстройства медиации, на наш взгляд, несколько упрощает проблематику и выхолащивает суть аддиктивного поведения с нарушенной адаптацией, как системного психического (психопатологического) расстройства [47]. Это скорее, биологическое понимание, довольно неспецифический болезненный ответ пораженного организма [48].

В патогенезе зависимости у человека, по-видимому, лежит сложный комплекс расстройств, реализуемых, в первую очередь, в психопатологическом смысле и контексте; в нарушении, и достаточно серьезном, психического здоровья, развивающегося по определенному сценарию и закономерности, с формированием устойчивых патологических взаимосвязей, что приводит к устойчивой дезадаптации, к неправильному, в том числе и аддиктивному, поведению, устойчивым психопатоподобным расстройствам, нарушению коммуникации и всех функций социальной личности [49]. Заболевание при этом может иметь различные варианты течения, разную прогрессивность и склонность к хронизации. Подобные трактовки однозначно требуют детального изучения особенностей психопатологии при опиоидной зависимости [50].

Болезнь, как уже было отмечено, проявляется своеобразным «аддиктивным поведением», нарушением механизмов адаптации (вернее формированием новых болезненных адаптивных моделей), расстройством сферы коммуникации. Болезнь течет по модели И. В. Давыдовского «порочный круг». Аддиктивное поведение как проявление зависимости не является случайностью, или прихотью, или результатом плохого настроения и неудовлетворенности, или данью моде [51]. Такое рассмотрение болезни неизбежно ведет к психологизации, к «бытовому» пониманию. Аддиктивное поведение также не есть результат болезни какого-то внутреннего органа или системы. Оно абсолютно психопатологический феномен, т.е. развивается по своим механизмам и подчиняется своим законам. Оно может быть, и должно быть, прогнозируемым, как прогнозируемо (по крайней мере, в понятном смысле) поведение, к примеру, больного параноидной шизофренией, когда врачу известны его болезненные, психопатологические расстройства [52].

Психопатологическое обследование включает анализ состояния сознания, сферы мышления, мотивации, интеллектуально-мнестической и познавательной, эмоциональной, волевой, поведенческой сфер. Наиболее описанными в наркологической литературе при опиоидной зависимости являются эмоциональные нарушения [53, 54]. Анализ клинических проявлений опийной зависимости показал, что за последнее десятилетие, произошли существенные изменения большинства клинико-динамических параметров этой нозологической формы [55, 56, 57]. В первую очередь это касается изменения преморбид-

ной почвы опийных наркоманий: модификация конституционально-генетического фона и перераспределения в популяции больных различных типов личностных аномалий [58, 59, 60, 61, 62].

При относительно стабильном удельном весе характерологических девиаций сензитивного и шизоидного круга значительно участились личностные аномалии неустойчивого круга [63]. Модифицирующее влияние личностных факторов на патопластическое оформление ведущих симптомокомплексов зависимости может быть принято при учете характера интрапсихической пререработки такими больными своего заболевания [64, 65, 66]. Авторами многих работ подчеркивается, что наркотизация меняет социальную ориентацию личности за счет процесса социально-трудовой дезадаптации и роста числа правонарушений, т.е. криминализации [67, 68, 69, 70]. Выраженная психопатизация личности наблюдается у лиц, больных осложненной опийной наркоманией при большей давности заболевания - от 5 до 10 лет. В ряде случаев наблюдается деградация личности с морально-этическим снижением, утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями [71-76].

При изучении психопатологически сложных состояний, возникающих при многолетнем течении наркоманий, выявлена необратимость органического компонента дефекта личности в рамках хронизации процесса, который нивелирует личность больных, стирает компенсаторные возможности организма, углубляет социальную дезадаптацию больных, делая их фактически нетрудоспособными, вплоть до инвалидизации [77]. При анализе медицинских последствий наркоманий указывалось на снижение «уровня личности», клинико-психопатологические признаки которого были обнаружены у 82% больных: в виде заострения преморбидных черт характера (24%), психопатоподобных нарушений (30,8%), проявлений деградации личности (в 17,2% случаев). В 71% случаев характерным было морально-этическое снижение личности, а у половины больных - интеллектуально-мнестические расстройства [78, 79, 80]. Имела значение степень выраженности девиаций личности в преморбиде. Так, заострение личностных черт в процессе наркотизации наиболее часто отмечалось у преморбидно акцентуированных личностей, грубые психопатоподобные изменения личности - у исходно психопатических личностей (20%) с нарушением социальной адаптации. У акцентуированных личностей чаще всего выявлялась легкая степень морально-этического снижения в процессе болезни, у психопатических личностей - выраженная. Проблемой разграничения крайних вариантов нормы и патологии занимались многие авторы [81 - 84]. Острые аффективные и патохарактерологические реакции у подростков, которые проявляются в виде реакций эмансипации, группирования со сверстниками, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации и т.д. расцениваются Ю. В. Поповым, Х. Ф. Шпете [85]

как предболезненные, то есть отличающиеся от болезни клинической неочерченностью расстройств, большей их обратимостью, эпизодичностью, парциальностью. А. Е. Личко, А. А. Александровым степень отклонения характера [86] предлагается определять по зависящим от этих отклонений показателям: тяжести, продолжительности и частоте декомпенсаций, фаз, психогенных реакций и их соответствия силе и особенностям вызвавших факторов; степени тяжести крайних форм нарушений поведения; степени правильности самооценки особенностей своего характера и критичности к своему поведению.

Исследования личности больных наркоманией (а также токсикоманией, алкоголизмом) многочисленны [52]. В процессе болезни личность типизируется, утрачивая индивидуальные черты. Этот психический дефект в результате болезни - психопатизация - не позволяет увидеть первоначальное состояние, как шрам мешает понять, какой была кожа до ожога. Оценивая психологические факторы - предпосылки наркотизации, нельзя обойти роль индивидуальной психической патологии, клинически выраженной в разной степени, требующей специальной медицинской помощи. Уровни психического развития в популяции, как и другие характеристики, распределяются по гауссовой кривой. На одном конце этой кривой мы видим людей, украшающих наше общество, составляющих его славу, на другой - тех, которые являются предметом обеспокоенности психиатров и социальной заботы.

Бесспорно установлено, что основополагающую роль в формировании, течении и исходах наркоманий играет личностный фактор [87].

Клинико-психопатологический подход в изучении влияния личности на патопластику психических расстройств вообще и для становления химической зависимости, в частности, показывает, что движущий мотив аддиктивного поведения - это не поддающаяся контролю потребность «изменить своё психическое состояние» реализуется по довольно ограниченному общему набору схем [88, 89]. Каждая из этих схем - отражение основных, определяющих все содержание психической жизни, личностных императивов [90]. По убывающему порядку их значимости они располагаются следующим образом:

- замещение самоубийства;
- оппозиция к обществу и ненависть к себе;
- бегство в призрачный мир фантазий;
- ненасытность, необузданность желаний;
- желаемое усиление активности;
- невозможность достижения спонтанных дружеских отношений и удовольствий;
- дефицит истинных отношений и замкнутость;
- желание видеть реальный мир таким, как хочется;
- претенциозность; душевная пустота [90].

Как легко видеть, что эти мотивы не чужды, в сущности, никому. Однако в наибольшей мере они яв-

ляются отражением глубоко личных, сокровенных потребностей инфантильной личности. В жизни всякого человека бывают моменты тревог, отчаяния, страданий, и каждый хотел бы безболезненно и быстро избавиться от своего тяжелого настроения, притупить остроту конфликтов, забыть о заботах или укорах совести. Но личность зрелая отдает себе отчет в том, что устранить свои тяжелые переживания напряжением воли, хотя и очень трудно, но возможно. Для инфантильной же личности соблазн достичь такой цели быстро и легко с помощью химических средств оказывается, подчас, непреодолимым [88, 89].

2. Опиоидная зависимость в сочетании с расстройствами личности и поведения

Ещё до того, как термин *психопатия* стал общепризнанным в психиатрии, многими психиатрами были выделены отдельные типы индивидуумов, чье поведение вступало в противоречие с общественными интересами [91]. Это, например, были *морально помешанные* J. Prichard (1835) и *враги общества* E. Krepelin (1915). П. Б. Ганнушкин (1933) в своей классификации выделил *антисоциальную* личность [92].

В отечественной психиатрии и наркологии асоциальное и противоправное поведение больных до недавнего времени не являлось предметом для диагностики и кодирования в соответствии с классификацией болезней, а рассматривалось в структуре соответствующего психического расстройства в качестве одного из его возможных проявлений. Изменения личности при хроническом алкоголизме в литературе определяли как алкогольное слабоумие [92], психическую дегенерацию алкоголиков [93, 94], десоциализацию больных алкоголизмом [95]. Н. Еу, P. Bernard, Ch. Brisset говорили об этической деменции при хроническом алкоголизме [96].

Психопатия - та клиническая психиатрическая форма расстройств, которой всегда придавалось большое, если не исключительно ведущее значение в развитии наркомании. Клинические наблюдения сегодняшнего дня показывают меньший удельный вес психопатии как причины злоупотребления [97 - 100]. Более того, расширение наших знаний о психопатиях позволяет считать, что некоторые их формы, напротив препятствуют наркотизации. Так, психопатии астенического круга характеризуются не только слабостью, истощаемостью психических процессов, но и определенной соматоневрологической стигматизацией. Вегетососудистая дистония, нарушения сна, пищеварения, частота заболеваемости, в том числе аллергий, сопровождается озабоченностью своим здоровьем вплоть до ипохондрических фиксаций и неприятием того, что здоровью может повредить. Астенические психопатии удерживают также от интенсивного группового общения, а с другой стороны, заинтересованность группы в таком сочлене невысока. Для астенических психопатов характерен узкий круг общения, с одним - двумя друзьями, что

снижает шансы знакомства с наркотиком [97 - 100]. Бесспорно, что подвержены наркотизации гипертимные нестабильные личности и эпилептоидные психопаты (В. С. Битенский и соавторы). В последнем случае желательны дополнительное неврологическое обследование и объективный медицинский документальный анализ: многие случаи малой мозговой недостаточности, проявившиеся с младенчества, в дальнейшем клинически выглядят как генуинные конституциональные психопатии [97 - 100].

У больных, систематически употребляющих наркотики самых разных групп, М. Л. Рохлиной и А. А. Козловым отмечено выраженное социальное снижение, а приобретаемые сходные характерологические особенности определены как специфическая *наркоманическая личность* [101].

С введением в широкую практику МКБ - 10 само нарушение норм общественной жизни в определенных случаях стали рассматривать как специфическое расстройство личности. В западной же литературе антисоциальное расстройство часто ставится «вторым диагнозом» по отношению к зависимости от психоактивных веществ [102]. По отдельным оценкам, в США распространенность расстройств личности с явным преобладанием антисоциального расстройства среди лиц, злоупотребляющих наркотиками, колеблется от 65 до 90% [101].

Антисоциальное поведение расценивается как психическое расстройство только при определенной степени его выраженности. Рубрике F60.2 по МКБ - 10 - «Диссоциальное личностное расстройство» соответствуют следующие диагностические частные критерии:

- грубое несоответствие между поведением и господствующими социальными нормами;
- пренебрежение социальными правилами и обязанностями;
- неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;
- крайне низкая толерантность к фрустрации, низкий порог разряда агрессии, включая насилие;
- неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта;
- выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Диагноз этого личностного расстройства устанавливается, если перечисленные черты появляются в позднем детском и подростковом возрасте, продолжают своё существование в период зрелости, вовлекают несколько сфер психических функций, а аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушает личностную и социальную адаптацию. При ближайшем рассмотрении видно, что перечисленные общие критерии соответствуют тем, которые ввел П. Б. Ганнушкин для определения психопатии [103]. В рубрику включены такие подрубрики,

как социопатическое, аморальное, антисоциальное, психопатическое расстройство личности.

За рубежом при обследовании пациентов, имеющих зависимость от наркотических средств, часто устанавливают двойной диагноз - это понятие относится к комплексу проблем, присущих личности, имеющей как нарушения, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ, так и психические нарушения. Согласно данным эпидемиологических исследований Национального института психического здоровья США более 50% людей с зависимостью от наркотиков имели, по крайней мере, ещё одно психическое расстройство, в том числе у 18% было выявлено антисоциальное изменение личности [104].

По мнению К. Шнайдера, даже такое клиническое состояние, как психопатия, является «формой психического бытия», т.е. по существу нормой психики, хотя и редкой, находящейся «на хвосте» гауссовой кривой, а не на её вершине. П. Б. Ганнушкин писал о «конституционально глупых», т.е. он и некоторую степень олигофрении также не считал болезненным состоянием [105]. В донаучную, доиндустриальную эпоху интеллектуальные возможности не были затребованы обществом так, как сейчас; достаточно было хорошо сражаться, скакать на лошади, играть на лютне и т.д., чтобы высоко оцениваться окружающими [105]. В период социальных катаклизмов психопаты и даже психически больные признавались выдающимися личностями, и только ретроспективно психиатры - любители истории выносят свои суждения. А Кронфельд, в свое время проводивший психиатрическую экспертизу А. Шикельбургу, сказал: «В хорошие времена мы ставим им диагноз (А. Шикельбургу был поставлен диагноз - истерическая психопатия, в плохие - они повелевают нами). Наше время предъявляет повышенные требования к качеству психики, поэтому частота психиатрических диагнозов возрастает: выявляются, фиксируются те случаи, которые при меньшей требовательности жизни, прошли бы незамеченными [105].

В зарубежной психиатрической литературе с семидесятых годов 20 столетия термин «психопатия» решительно заменяется понятием «расстройство личности». Изменение названия этой наиболее распространенной аномалии психики произошло в результате дискуссии, в которой принимали участие многие известные психиатры. Термин «психопатия» стал синонимом асоциальности субъекта, а не клиническим диагнозом [106 - 108]. Карл Леонгард [108] в своей известной книге «Акцентуированные личности», впервые опубликованной в 1968 году, описывает таких патологических субъектов, которые в классической литературе, без сомнения, считались бы психопатическими личностями. «Так называемыми психопатами» обозначают их современные немецкие судебные психиатры Вильфред Раш и его ученик Норберт Конрад [108]. Термин «расстройство личности» точнее отражает сущность имеющих-

ся у пациентов нарушений и лишен того социально-отрицательного звучания, которое было свойственно представлениям о психопатии со времени их выделения в отдельную группу психических расстройств [108]. Поэтому расстройства личности, как синоним психопатии, были включены в классификацию Американской психиатрической ассоциации и в Международные классификации девятого и десятого пересмотров [108]. В описании причин возникновения патологических характерологических особенностей обоснованно указывается на их полиэтиологичность. При этом рассматривается возможность как генетических и врожденных факторов, так и последствий органических поражений головного мозга, неблагоприятных семейных условий и неправильного воспитания [108].

Ещё О. В. Кербилов, Г. Е. Сухарева и др. выделяли «органические психопатии», в генезе которых фактор мозговой дисфункции имеет ведущее значение [108 - 111]. Отечественными авторами показаны изменения функционирования катехоламиновых систем у психопатических личностей [112 - 116], изменения биоэлектрической активности мозга и латерализации. Американская исследовательница I. Isador [117 - 119] описала нарушения плотности мозговой ткани у пациентов с расстройствами личности. В зарубежной литературе импульсивность, агрессивность, аморальность, безответственность и антисоциальность рассматриваются, как неотъемлемые свойства патологической личности, прямо ведущие к преступлениям [120, 121]. Предлагается признать психопатию «категориальной ошибкой» и исключить это понятие из сферы психиатрии, поскольку оно подразумевает социально-контрольные функции и тем самым принадлежит этике и праву, не имея отношения к медицинской диагностике и терапии [120, 121]. Некоторые зарубежные авторы убеждены, что для психопатов социальные правила не являются сдерживающими моментами, а идеи всеобщего добра приводят их в недоумение и кажутся пустой абстракцией [120, 121]. Для того чтобы заставить окружающих следовать своим собственным эгоистическим потребностям, психопаты злоупотребляют доверием окружающих, интригуют, используют запугивание, принуждение и насилие. Не способные к пониманию других людей, сочувствию и состраданию, они хладнокровно попирают общепринятые нормы и представления, склонны делать все, что им заблагорассудится, без тени сожаления или вины. Несмотря на то, что они составляют около 1% от общей популяции, на долю психопатов приходится значительная часть тяжких насильственных преступлений, порождающих социальную нестабильность в любом обществе. Психопатия обуславливает неспособность личности усвоить соответствующее социальной норме поведение, а данная неспособность может (отнюдь не всегда) привести к появлению антисоциальных установок, которые в свою очередь

могут реализоваться в преступном поведении [120, 121]. Особого внимания заслуживают взгляды Э.Фромма, выделяющего у человека два совершенно разных и резко контрастирующих между собой вида агрессии. Первый – эта общая с животными оборонительная, «доброкачественная» агрессия, которая затухает, как только исчезает опасность. Второй вид - характерные только для человека, не имеющие филогенетической программы и цели, лишённые биологического смысла, деструктивность и жестокость [122 - 125]. Для понимания генезиса этих явлений Э. Фромм настаивает на необходимости постановки вопроса о дифференциации категорий инстинкта и характера. Первая представляет собой естественную область «органических влечений»; вторая - специфически человеческие страсти, «характерологические» страсти, соответствующие экзистенциальным потребностям и их взаимодействию с различными социальными условиями, что в определенных случаях образует «различные формы и личностные типы злокачественной агрессии», которая является одним из способов реагирования человека на беспомощность, страх, заброшенность и одиночество, ненормальные условия жизни [122 - 125]. Э. Фромм пришел к определению, что в зрелом возрасте характер становится «относительно стабильной системой всех неинстинктивных стремлений, через которые человек соотносится с природным и человеческим миром». Сфера личности и её аномалии обуславливают, согласно Э. Фромму, доброкачественность или деструктивность проявлений агрессии [122 - 125]. Мотивация отражает потребности, поведенческие установки, средовые воздействия, весь опыт личности, а также влияние психических нарушений. За внешне сходными правонарушениями психопатов и здоровых людей могут лежать совершенно разные механизмы мотивообразования, что позволяет говорить об особенной «психопатической» мотивации. Само формирование мотива у психопатической личности подчиняется, по-видимому, общим закономерностям мотивации поведения человека и происходит в результате актуализации потребностей субъекта, ставящего перед собой определенные цели, в процессе деятельности, отражающей все стороны личности, в случае психопатии и все её патологические изъязны» [122 - 125]. В. В. Гульдман к нарушениям опосредования потребностей у психопатических личностей относит аффектогенные мотивы, которые ведут к преступлениям, совершаемым под влиянием эмоционального возбуждения, и связаны с особенностями эмоционального реагирования психопатов и их склонностью к агрессивным действиям вследствие повышенной эмоциональной возбудимости и ригидности аффекта [122 - 125]. Актуализация этих мотивов происходит в условиях аффектогенных ситуаций, которые подразделяются на три типа, соответственно, трем уровням регуляции психической деятельности [122 - 125]. Это - ситуации, предъявляющие

повышенные требования к психической деятельности; ситуации, ущемляющие основную личностную позицию, притязания, самооценку; ситуации, предъявляющие повышенные требования к сознательной регуляции поведения [122 - 125]. К этой же группе нарушений относятся ситуационно-импульсивные мотивы, которые ведут к непосредственному удовлетворению актуальной потребности с помощью «ближайшего» объекта, без учета существующих социальных норм, прошлого опыта, внешней обстановки, возможных последствий своих действий [122 - 125]. Ситуация здесь не является сама по себе пусковым механизмом, но лишь включает в себя объект, актуализирующий значимые потребности. У психопатических личностей алкогольное опьянение является фактором, провоцирующим противоправные действия по ситуационно-импульсивным мотивам, поскольку оно усугубляет нарушение способностей к прогнозированию и социальному контролю. Действия, вызываемые этими мотивами, отличаются отсутствием предварительного планирования. Анэтические мотивы отражают нарушения самого высшего уровня регуляции поведения: морально-этические и правовые нормы [122 - 125]. В группе мотивов, связанных с нарушением опредмечивания потребностей, различают мотивы - «суррогаты», связанные с реализацией потребностей в объектах, биологически неадекватных и запрещаемых существующими социальными нормами. Эти мотивы, как правило, детерминируют кражи, поджоги, бродяжничество, но главным образом сексуальные преступления. Мотивы психопатической самоактуализации ведут к действиям, при которых побудительную силу приобретает та или иная черта личности и стремление к её реализации. Эти черты являются основой «стереотипных и ригидных» «сценариев личности», осуществляемых в значительной мере независимо от оценки внешних обстоятельств и реальных потребностей субъекта. Суггестивные мотивы основаны главным образом на внушаемости субъекта и имеют значение в совершении групповых противоправных действий у «ведомых» личностей [122 - 125]. Криминогенными являются не сами психопатические личности, а характерные особенности формирования мотивов и способы их реализации [125]. Это находит свое отражение и в агрессивном поведении психопатических личностей, т.е. в реакции личности на фрустрацию потребностей и конфликт [125]. Различия в формах и способах реагирования, очевидно, отражают разную биологическую основу и «нейрохимическую конституцию» личностных девиаций с разным стеническим радикалом: гиперреактивности стрессреализирующих систем и гипореактивности стресслимитирующих, способствующих реализации агрессивных побуждений [125].

Интерес к проблеме коморбидности в наркологии не исчерпывается социальной значимостью аддиктивных (зависимых) состояний, но имеет своё

научное содержание и историю [126]. Коморбидность – это сосуществование любых клинических сущностей, которые могут выявляться или выявлялись в анамнезе болезни пациента [126]. Понятие коморбидность в широком смысле этого слова введено Feinstein (1970) для обозначения «любой отличной дополнительной клинической сущности, которая существует, или может проявляться в течении другого исследуемого заболевания» [126]. Оно отражало объективную необходимость принимать во внимание наличие сочетающихся форм патологии у одного больного не только при дифференциальной диагностике, но особенно при выборе индивидуальной терапевтической стратегии [126]. Нарастающий международный исследовательский интерес к проблеме коморбидности в психиатрии и наркологии в последнее десятилетие связан с новыми тенденциями развития психофармакотерапии, нацеленной на реализацию концепции максимального сохранения качества жизни психически больным, вынужденным постоянно, а часто пожизненно, принимать небезразличные для организма психотропные препараты. Необходимость создания препаратов, сохраняющих свою эффективность и безопасность в реальных условиях взаимодействия ассоциированной патологии у одного больного, потребовала углубления наших знаний о проблеме коморбидности, в том числе на основе изучения клинико-патодинамических аспектов ассоциированных форм аддиктивной патологии [126].

С позиций МКБ - 10 о коморбидности говорят при наличии двух расстройств на одной оси или по одному расстройству по нескольким осям [127 - 133]. В отечественной же наркологии сложилось более узкое представление о терминологическом определении вариантов сочетания нескольких патологий у одного больного. Так, по отношению к основному заболеванию (наркомании) принято выделять преморбидную (доблезненную) и коморбидную (присоединившуюся) патологию. Однако данная хронологическая дихотомия возникновения сочетанной патологии отнюдь не предполагает облигатного характера клинически значимого клинико-патогенетического взаимовлияния двух и более нозологических единиц и тем более не акцентирует нашего внимания на необходимости изучения имманентных механизмов развития нового клинического качества [134 - 145]. Многие исследователи, занимавшиеся изучением наркоманий, указывают на высокий уровень преморбидной отягощенности больных с различной психической патологией [146 - 149]. В частности, ряд авторов подчеркивает тяжесть течения наркотических зависимостей, неблагоприятный исход при их развитии на фоне психопатий [149 - 154] или органического поражения ЦНС. Оптимальные схемы дифференцированного медикаментозного лечения больных наркоманией, в особенности с коморбидной психической патологией (с различными

типами психопатий, аффективными нарушениями, органическим поражением головного мозга), мало разработаны [153]. Между тем в литературе обращается внимание на необходимость более сложного, комбинированного лечения коморбидной патологии [154]. Многочисленные исследования показывают, что так называемое пробное употребление наркотиков - явление весьма распространенное, однако наркоманическая зависимость чаще развивается у лиц, имеющих иную психическую патологию [155]. Сочетание двух психических расстройств не может не оказывать влияние на клинику каждого из них, что не может не учитываться при выработке лечебной тактики и социально-реабилитационных мероприятий [1].

Исследованиями, проведенными на базе наркологического отделения г. Алматы, установлено, что у психопатических личностей влечение к наркотику было осознанным, оно проявлялось навязчивыми мыслями об его эффектах и сопровождалось аффективной напряженностью, вегетативной лабильностью [1]. Длительность этапа злоупотребления составила от 2 недель до 1 месяца. Защитные реакции на первые пробы наркотика встречались редко (10,5%) и только у ананкастных личностей. С переходом на систематический прием опиатов наблюдался заметный рост толерантности (в 6 - 8 раз), обычно вследствие увеличения количества инъекций в течение дня [1]. Лишь у лиц с расстройством личности ананкастного типа толерантность увеличивалась не более, чем в 2 - 3 раза. «Плато» толерантности устанавливалось через 2,5 - 3,5 месяца после начала приема опиатов, на высоких дозах: от 0,7 до 1,5 мг в сутки. Как правило, синдром физической зависимости формировался раньше, чем достигала максимума толерантность. Наблюдалась трансформация картины наркотического опьянения, когда после употребления наркотика эти лица сразу становились активными, бодрыми, деятельными на фоне сниженной продуктивности в работе [1]. Нарушение компенсаторных возможностей на начальных этапах становления наркомании проявлялось и в снижении устойчивости к различным психотравмирующим воздействиям. При этом наиболее подверженной экзогенному влиянию оказывалась характерологическая структура личности из круга эмоционально-неустойчивых, при которой появление агрессивно-взрывчатых тенденций затушевывало конституциональное ядро личности. При ананкастных и диссоциальных расстройствах конституциональная структура личности практически не менялась, а привносимые наркоманией черты возбудимости и истероидности проявлялись в виде психопатических реакций, отличались кратковременностью и быстрой истощаемостью [1]. Для личностей истерических и эмоционально-неустойчивых типичными были однозначные типу расстройства личности реакции с усилением взрывчатости, агрессивности, несдержанности, склонности к бурным

эмоциональным проявлениям с резким снижением адаптационных возможностей. Таким образом, на начальных этапах формирования наркоманий характерологическая структура преморбидной личности подвергалась определенным структурно-динамическим изменениям с заострением облигатных признаков и проявлением грубо морально-нравственного дефекта личности. Состояния декомпенсации протекали по типу резкого заострения характерологических особенностей, специфичных для каждого типа психопатии с появлением как однозначного, так и неоднозначного типа реагирования [1]. Опийный абстинентный синдром начинался уже через 3 - 5 часов после последнего употребления наркотика с соматовегетативных проявлений: расширение зрачков, слезотечение, зевота, ринорея, озноб, субфебрильное повышение температуры тела, слабость, разбитость. Одновременно отмечалось осознанное влечение к наркотику, которое выражалось в чувстве напряженности, неудовлетворенности, подавленном настроении, сопровождавшемся неопределенным чувством страха, тревожности, выраженной болевой симптоматикой. Алгические проявления сопровождались двигательным возбуждением, выраженной тревогой, часто доходящей до ажитации. Аффективные и поведенческие расстройства у данной группы обследованных лиц превалировали над соматовегетативными проявлениями [1].

Развитие опийной наркомании на фоне иной психической патологии по механизму синергетического взаимодействия приводит её к клиническому патоморфозу. При этом наркомания сохраняет стереотип её развития в неосложненных иной психической патологией случаях, однако имеет свои клинико-динамические особенности, в зависимости от характера психической патологии [1]. Опийная наркомания у лиц с расстройством личности характеризуется прогрессивным развитием и установлением плато толерантности на высоких дозах наркотика уже на первой стадии зависимости. Об этом свидетельствует раннее начало наркотизации (13-14 лет -21,2%; до 16 лет -60,6%), отсутствие этапа поискового полинаркотизма, установление аддиктивной и гедонистической мотивации употребления наркотика уже на первой стадии зависимости, резкий рост толерантности (в 6 - 8 раз). Синдром отличается клинически выраженным психопатологическим и соматовегетативным компонентом, с напряженным патологическим влечением к опиату и продолжительностью [1].

Проблема личности и наркотиков всегда оставалась наиболее существенной в аспекте биосоциальных взаимоотношений [156]. Описывая причины болезни, E. Bleuler [157], акцентировал на то, что «большинство морфинистов» ab ovo - психопаты. Даже высокоодаренные и знаменитые люди становятся жертвой этой страсти; некоторые из них, несмотря на это, оставались все время на высоте. Как ни странно, приходится напомнить, что

эти люди стали знаменитыми не потому, что они прибегали к помощи яда. Гениальные люди просто устроены не так, как обыкновенные люди: с одной стороны они гении, с другой стороны они склонны к разным аномалиям, которые мы можем назвать слабостями» [157].

Данные о высоком уровне отягощенности наркозависимых больных различной преморбидно проявляющейся психической патологией неизменно предвзвешивают многие работы по наркологии [Личко А. Е., 1977; Сирота Н. А., 1989; Воронин К. Э., 1993]. Подчеркивается тяжесть течения зависимости, её неблагоприятный исход при преморбидном наличии психопатий [158]. В исследованиях, посвященных проблемам опийной наркомании, анализируются её отдельные аспекты в зависимости от преморбидных личностных особенностей. Это касается терапевтических ремиссий [Киткина Т. А., 1993], расстройств эмоциональной сферы [Благов Л. Н., 1994], синдрома патологического влечения к наркотикам [Клименко Т. В., 1996], постабстинентного синдрома [Иванец Н. Н., Винникова М. А., 2000], формирования специфической «наркоманической личности» [Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2000], а также склонности к формированию полизависимости [Врублевский А. Г., 1987; Даренский И. Д., Ровенская О. А., Чирко В. В., 2000].

Исследования, проведенные на базе наркологического отделения ГНЦ ССП им. В. П. Сербского выявили, что среди больных героиновой наркоманией основным признаком разделения на группы являлось наличие у них, до развития зависимости, личностных особенностей.

Примерное соотношение традиционных для отечественной наркологии типов личности с расстройствами личности (F60.1.- 8) МКБ - 10:

1. *Группа личностей стенического круга (33 человека или 24,8%):*

- F60.2. - Диссоциальное расстройство личности (и подрубрика «психопатическая личность»);
- F60.3. - Эмоционально неустойчивое расстройство личности:
 - а) F60.30. - импульсивный тип,
 - б) F60.31. -пограничный тип.

2. *Группа личностей астенического круга (15 человек или 11%):*

- F60.7. - Зависимое расстройство личности (и подрубрика «астеническая личность»);
- F60.6. - Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности;
- F60.1. - Шизоидное расстройство личности.

3. *Группа личностей неустойчивого круга (40 человек или 30,1%):*

- F60.2. - Диссоциальное расстройство личности (подрубрика «асоциальное»);
- F60.7. - Зависимое расстройство личности (подрубрика «пассивная личность»);
- F60.8. - Другие специфические расстройства личности.

4. *Группа личностей истерического круга (21 человек или 15,8%):*

- F60.4. - Истерическое расстройство личности [158].

Преморбидные личностные особенности ограничивались уровнем акцентуации у 34,0% всех больных (117 чел.) или достигали глубины психопатии (расстройства зрелой личности F60 по МКБ-10) у 48,05% (165 чел.) [157, 158, 159].

Течение героиновой наркомании у больных *стенического круга* отличалось самой высокой прогрессивностью, которую обуславливали следующие факторы. Зависимость формировалась самыми быстрыми темпами; стремительный рост толерантности приводил к установлению максимально высоких суточных доз героина (до 2 граммов). Социальное снижение в результате наркотизации было значительным, судимости были частыми (38,6% от группы), критика к заболеванию самой низкой [157 - 159]. Абстинентный синдром после прекращения систематического употребления характеризовался лавинообразным нарастанием симптоматики, самой тяжелой среди всех других групп степенью выраженности различных компонентов - алгического, соматовегетативного, психопатологического (с сужением сознания, самоповреждающим поведением, просоночными состояниями в период острых расстройств) - и наибольшей длительностью - до 7 суток. Влечение в периоды воздержания от героина было чаще компульсивным (66,7% случаев), реже - обсессивным (33,3% случаев). Обострения влечения носили смешанный характер. В результатах патопсихологического обследования больные стенического круга характеризовались как аффективно ригидные, активно пренебрегающие общественными нормами, стремящиеся жестко утверждать своё превосходство. Срывы ремиссий на ранних сроках у больных этой группы отмечались чаще, чем у всех остальных (66,7% от численности группы), а ремиссии свыше года была наименьшей (5,1 месяца). При прекращении злоупотребления героином у них часто (34,6%) формировалась зависимость от других психоактивных веществ [157 - 159]. Наркомания у *больных неустойчивого круга* характеризовалась высокой прогрессивностью. Заболевание формировалось быстрым темпом, но рост толерантности был нестабильным и зависел от внешних обстоятельств; суточные дозы героина устанавливались на среднем уровне (около 1грамма). Больные обнаруживали низкий уровень критики к своему состоянию; степень социального снижения как результат наркотизации по сравнению с другими группами была самой значительной, а количество судимостей - наибольшим по сравнению с другими группами (42,8% от численности группы) [157 - 159]. В структуре абстинентного синдрома преобладали поведенческие нарушения, однако, и другие - алгические, соматовегетативные, диссомнические - были выражены достаточно

тяжело; абстинентный синдром протекал длительно (до 6 суток). Согласно данным психологического тестирования пациенты неустойчивого круга отличались преобладанием поведенческих расстройств, снижением способности к целенаправленным действиям, поверхностностью суждений, неумением должные выводы из собственного негативного опыта. В периоды воздержания стремление к изменению своего психического состояния проявлялось в небольшом преобладании влечения обсессивного типа (в 57,5% случаев) над компульсивным (42,55%); обострения влечения носили смешанный характер. В ранние сроки (до 3 месяцев) срывы ремиссий наблюдались в половине наблюдений (53,8%), ремиссии свыше года были единичными (7,5%), средняя длительность ремиссии была относительно небольшой - составляла - 5,4 месяца. В 19,3% случаев приобреталась зависимость от других психоактивных веществ [157 - 159].

У больных *истерического круга* прогрессивность наркомании также оценена как высокая. Темп формирования зависимости был быстрым, толерантность устанавливалась на среднем и высоком уровне (0,75 - 1грамм); само влечение характеризовалось высокой интенсивностью [157 - 159]. При умеренной степени социального снижения и небольшом числе судимостей (16,7% от группы) обнаруживался достаточно низкий уровень критики к наркологическому заболеванию. Сомато-вегетативный компонент абстинентного синдрома и диссомнические нарушения чаще достигали средней степени выраженности; были резко выражены аффективные и поведенческие расстройства, в остром периоде отмечались сужение сознания, демонстративные самоповреждения, мнимые обмороки, астазия-абазия, просоночные состояния (более легкие, чем у больных стенического круга). Длительность абстинентного синдрома была обычной для всего контингента больных (в среднем 5,8 суток). По результатам психологического обследования больные истерического круга обнаруживали неудовлетворенность потребностями в контактах, сентиментальность, ориентация на внешнюю оценку, постоянную потребность в поддержке со стороны окружения, артистические наклонности. В ремиссиях почти одинаково часто встречалось и компульсивное (47,6%), и обсессивное (52,4%) влечения, преобладали обострения влечения смешанного типа. Больные этой группы чаще и раньше всех остальных пациентов обращались за наркологической помощью. Начинали после героина злоупотреблять другими ПАВ (стимуляторами) 38,8% больных. Хотя срыв ремиссии в ранние сроки наблюдался у 61,2% больных, но продолжительность ремиссии свыше года, в среднем, наблюдалась у 19,0% от численности группы [157 - 159].

Больным *астенического* круга были свойственны: низкий темп формирования наркомании, медленный рост толерантности, самые малые суточные

дозы героина (0,2 - 0,3 грамма), самый высокий уровень критики к заболеванию и сравнительно невысокая степень социального снижения (с отсутствием судимостей). В структуре абстинентного синдрома средней степени тяжести преобладали затяжные вегетативные, диссомнические и аффективные нарушения, с идеями самообвинения, адинамией, раздражительной слабостью. Отмечался аналог алгического синдрома – парэстетические ощущения. Психологическое обследование выявило сохранение таких характерологических черт, как ранимость, замкнутость, ориентировка главным образом, на внутренние критерии. Влечение, в подавляющем большинстве случаев, было обсессивным (73,3%); обострения влечения существенно чаще, чем в других группах, протекали по эндогенному типу (40,0%), а не по смешанному, как в других группах. Зависимость от стимуляторов приобрели 15,4% больных. При невысокой средней длительности ремиссий (5,2 месяца) больные этой группы чаще (26,7%), чем все остальные, воздерживались от употребления героина более года [159]. Было сделано сравнение клинических особенностей наркомании у пациентов с личностными аномалиями, достигающими степени психопатии и не достигающими такой степени. Установлено, что у первых - наркомания формировалась в более стремительном темпе, абстинентный синдром протекал дольше и тяжелее, сопровождался самоповреждающим поведением, просночными состояниями, сужением сознания на высоте абстинентных расстройств. У психопатических личностей в большей степени были выражены тревожное напряжение, раздражительность, лабильность настроения. Критика к наркологическому заболеванию была более поверхностной, чаще отмечалось раннее возобновление злоупотребления наркотиками после лечения. Хотя общее социальное снижение у больных с психопатией было выражено, примерно, в той же степени, что и у остальных, но у первых чаще выявлялись антисоциальные и асоциальные установки и судимости [157 - 159].

При работе с психопатическими личностями, по сравнению с остальными пациентами, реабилитационные и психотерапевтические мероприятия осуществлялись с большими затруднениями. В ремиссиях влечение к наркотикам существенно чаще носило у них компульсивный характер и проявлялось в постоянной форме. Периоды воздержания от ПАВ у психопатических личностей были достоверно короче, чем у остальных пациентов. В целом, у больных с психопатиями зависимость от героина протекала более прогрессивно, чем у пациентов с акцентуациями [157 - 159]. Аутоагрессивное поведение, как полагает Трайнина Е. Г. [160], обусловлено сочетанием трех суицидогенных факторов: типом вторичной психопатизации, выраженностью влечения к наркотику, особенностями микросоциального конфликта [161]. Friedman L. S. с соавторами [162] поми-

мо психолого-психиатрической детерминированности суицидального поведения (повышенная импульсивность, безрассудность, нарушения психики, указывают и на его биологическую обусловленность, связанную со снижением уровня серотонина) [163]. Сведения об аутоагрессивном поведении при наркоманиях на исходных стадиях хронической интоксикации мы находим в ряде работ отечественных исследователей [164,165]. Её возникновению и проявлению способствуют специфические личностные изменения (вторичная психопатизация) и психосоциальная деградация, обусловленные длительным действием токсикантов на центральную нервную систему и формированием психоорганического синдрома [164, 165]. Аналогичной точки зрения придерживаются и другие современные авторы [166, 167]. Изучая медико-социальные аспекты наркоманий и токсикоманий, Врублевский А. Г., Глазов А. А. [168] констатировали высокую частоту самоубийств, моральной деградации, а также криминогенное поведение среди данного контингента лиц. В частности, выявлена положительная корреляция между продолжительностью употребления наркотических средств и ростом числа суицидных попыток [162]. Аффективные расстройства депрессивного спектра, сопровождающиеся суицидальными идеями и попытками, отмечаются на этапе психической и социальной деградации при злоупотреблении транквилизаторами и стимуляторами [169, 170]. Несколько иной ракурс приобретает проблема суицидов при коморбидном течении наркоманий и психических заболеваний [171, 172, 173]. Достоверно больший риск аутоагрессивного поведения имеют наркологические больные с ассоциированными психическими расстройствами (психопатии, депрессия, мания, тревожные и обсессивно-фобические расстройства, антисоциальные личностные расстройства, последствия черепно-мозговых травм) [171, 172, 173]. По данным актов посмертных судебно-психиатрических экспертиз установлено, что у 58,8% суицидентов анамнез был отягощен психическими заболеваниями, 10,5% из них употребляли наркотики [174]. По фактору агрессивности, как полагает Букановская Т. И. [175], больные наркоманиями занимают промежуточное положение между социально адаптированными лицами, способными контролировать собственные агрессивные проявления, и субъектами с неконтролируемой, повторяющейся агрессией. Подавляющее большинство опийных наркоманов отмечало у себя наличие агрессивных тенденций, в ряде случаев находивших своё выражение в экстра- или интрапunitивных реакциях. Тот факт, что почти у всех пациентов за агрессивной тенденцией стояло негативное эмоциональное состояние (горе, страх, стыд, вина), интерпретируется автором как неконструктивное переживание гнева [175]. Очевидна взаимосвязь между направленностью, степенью выраженности паттернов агрессивного поведения и личностными осо-

бенностями [176, 177]. Иванец Н. Н., Надеждин А. В., Тетенева Е. Ю., Авдеев С. Н. [178] выявили, что направление вектора агрессии героиновых наркоманов коррелировало с типологическими особенностями личности: у тормозимых личностей реакции были преимущественно интрапунитивные, выражающиеся в демонстративном аутоагрессивном поведении - в виде «суицидального шантажа», нанесении себе самопорезов. У возбудимого типа выявлены экстрапунитивные реакции - вербальная и физическая агрессия [178].

3. Стратегия и тактика коррекции опиоидной зависимости с коморбидными расстройствами личности

Основным критерием положительной работы наркологической службы является эффективность терапии, которая оценивается на основании числа пациентов, достигших годовой ремиссии [179]. Именно за достижение высокого показателя ремиссий борются наркологические диспансеры. Было бы логичнее произвести переориентацию принципа эффективности на принципы охвата медико-психологической помощью, качества жизни и снижения вреда. Или ввести эти принципы, по крайней мере, в действие для наркозависимых лиц, относимых к группе трудно курабельных, то есть для большинства из них [180, 181, 182].

Подавляющее большинство отечественных из специалистов-наркологов не изучает профиль личности пациента, не анализируют механизмы формирования наркозависимости у конкретного пациента [180, 181, 182]. В первую очередь это касается использования психотерапевтических методик (эмоционально-стрессовой, когнитивной, бихевиоральной, НЛП и пр.) [78, 79, 80]. Однако то же можно отметить и в отношении назначения психофармакотерапии. В настоящее время доминирующей является точка зрения о приоритетах депрессивных симптомов в формировании комплекса патологического влечения к наркотику.

Подобный подход нельзя признать исчерпывающим и индивидуальным, так как, во-первых, база патологического влечения к наркотику не всегда является аффективной (исключается психологический механизм), а во-вторых, депрессивный синдром сам по себе не монолитен. Выделяется 7 его вариантов [183] с доминированием тоскливого, тревожного, дисфорического, гипопатического, эмотивного, лабильного радикалов. Каждый из них требует дифференцированной психофармакотерапии [179].

К сожалению, по-прежнему в постсоветской наркологии преобладает биологическая парадигма, тогда как психологическая её составляющая представлена скудно. Из наиболее широко практикуемых в России методик многие не выдеживают критики с позиций научной обоснованности и индивидуализации. К ним, например, относится программа «12

шагов», в которой вопрос о дифференцированном подходе не ставится вообще. Традиционные методы психологической реабилитации опираются скорее на унификацию, чем на дифференциацию. Кроме того, отсутствуют серьезные научные исследования, посвященные изучению индивидуализации лечебно-реабилитационного процесса, построенные на учете собственно индивидуальных свойств и качеств (личностных, характерологических, темпераментных). Пока принцип максимальной индивидуализации носит декларативный характер и не внедрен в практику в силу доминирования биологической парадигмы [179].

При анализе «модных» западных моделей реабилитации создается устойчивое впечатление, что большие наркоманией, которые страдают серьёзнейшими нарушениями адаптации и выраженной психиатрической патологией, так или иначе, погружаются в ситуацию «самовывживания» [184]. Привлечение весьма слабо контролируемых «конселеров» (консультантов) из числа добровольцев-активистов, среди которых особо «востребованы», так называемые, бывшие потребители наркотиков, которые занимаются «ведением», консультированием и оказанием всевозможной рутинной помощи наркоманам, прекращающим активную наркотизацию. В равной степени это можно отнести и к, так называемым, группам самопомощи больных, страдающих наркотической зависимостью [184]. Это, в целом, довольно формальное отношение к проблеме. Подобный опыт, по видимому, возможен в стране со специфическими и устойчивыми институтами и моделями социальной организации, такой, как США, и, в настоящее время, в массовом масштабе мало пригоден для современных российских и казахстанских условий [184].

Существующая к настоящему моменту ситуация с реабилитацией больных наркоманией показывает отсутствие четкой клинической детерминированности этого процесса. Практически отсутствует инфраструктура, на базе которой может быть организована данная деятельность [184]. Многие реабилитационные программы, за редким исключением, надуманны, эклектичны. Они чаще всего не базируются на клинических реалиях и достижениях клинической наркологии, фактически являясь образцом самодеятельности. Как правило, отсутствует дифференцированный подход к патологии, не учитывается медицинский фактор показаний и противопоказаний. Во многих случаях вообще считается «излишним» привлечение в программу врача психиатра-нарколога. Значительно чаще задействованы психологи, разного рода активисты и энтузиасты. Очевидно, что такой состав участников, без руководства клинициста, обречен на эмпиризм, «блуждание во тьме» и случайный результат. Необходимо внедрить в практику критерии успешности работы каждого участника лечебно-реабилитационного комплекса с тем, чтобы резко повысить персональную ответственность за результат их работы [184].

По результатам исследований, проведенных на базе ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского описаны особенности фармакотерапии больных героиновой наркоманией с коморбидной личностной патологией [185]. Как показало исследование, терапевтическая тактика в отношении больных героиновой наркоманией, развивающейся на фоне психопатического склада личности должна включать фармакологическое воздействие как на основное заболевание (наркоманию), так и на коморбидную психическую патологию. При этом учитываются, с одной стороны, особенности наркомании (стадия, период на время обращения за помощью - острый в форме абстинентного синдрома, постабстинентное состояние, ремиссия), с другой - свойства сопутствующих психопатических нарушений (компенсация, декомпенсация, меньшая или большая тяжесть). Поскольку при прочих равных условиях тяжесть симптоматики героинового абстинентного синдрома, коррелировала с характерологическими особенностями больных, то с ними соотносились и дозы назначавшихся лекарств. Так меньшие дозы препаратов, купирующих героиновый абстинентный синдром, назначались больным астенического круга, средние - неустойчивого и истерического типа, максимальные - стенического склада [185]. К базовой схеме, приблизительно в половине случаев, добавлялся один нейролептик, что было обусловлено выраженностью у больных психопатологического компонента героинового абстинентного синдрома. При раздражительности, психомоторном возбуждении, дисфоричности (чаще всего эти явления наблюдались в структуре героинового абстинентного синдрома больных стенического круга, несколько реже - истерического и неустойчивого) назначался соннапакс, в дозе 0,0075 до 0,175 мг в сутки в 3 приема. При преобладании тревоги, подавленного настроения у лиц астенического и, существенно реже, истерического типа предпочтительнее оказался хлорпротиксен (0,045 - 0,06 мг в сутки). В постабстинентном периоде, проявляющемся обострением патологического влечения к наркотику, предпочтение отдавалось «большим» нейролептикам - азалептину (до 0,05 мг в сутки), аминазину (до 0,25 мг), тизерцину (до 0,075 мг), галоперидолу (0,005). Последние применялись при интенсивно выраженном влечении и психомоторном возбуждении, которые чаще наблюдались у большинства больных стенического круга, части неустойчивого и истерического типов. Если расстройства поведения превалировали над объективной тяжестью состояния (у больных неустойчивого и истерического типа), то для их купирования назначался неулептил в дозе 0,015 до 0,07 мг в сутки. Для коррекции нарушений сна применялись комбинация аминазина (от 0,05 до 0,1 мг) и тизерцина (от 0,025 до 0,075 мг) с кордиамином (1 - 2 мл) - в инъекциях или перорально. Антидепрессанты предпочитались с седативным действием (амитрип-

тилин 0,075 г, лудиомил 0,075г, анафринил до 0,75 мг в сутки) [185].

У больных астенического круга «большие» нейролептики не применялись из-за риска быстрого возникновения нежелательных побочных эффектов в соматоневрологической сфере. Более целесообразным для них являлось увеличение дозы хлорпротиксена (до 0,15 мг в сутки) и присоединение антидепрессанта с седативным действием (амитриптилина до 0,075 мг, лудиомила до 0,075 мг, анафранила до 0,075 мг). Из назначений, купирующих диссомнические расстройства, хорошо себя зарекомендовало сочетание внутримышечного введения раствора амитриптилина 2,0 мл и реланиума 2,0 мл с 12,5 мг азалептина перорально [185].

На этапе поддерживающего лечения для больных со стеническими особенностями, у которых превалировали компульсивное влечение к героину, стойкая бессонница, дисфории и наблюдались агрессивные тенденции, препаратами выбора являлись нейролептики и антидепрессанты с седативным действием:

- азалептин (0,025 - 0,075 мг в сутки);
- аминазин (0,075 - 0,3 мг);
- тизерцин (0,025 - 0,1 мг);
- амитриптилин (0,05 - 0,075 мг);
- анафранил (0,05 - 0,075 мг);
- лудиомил (0,05 - 0,1 мг).

Возбудимым личностям, при преобладании расстройств поведения, был показан неулептил (0,03 - 0,06 мг) [185].

У больных истерического круга при преобладании, в психическом статусе астенической субдепрессии использовалась комбинация из «малого» нейролептика (терален 0,015-0,03 мг, соннапакс 0,06 - 0,15 мг, тиапридал 0,3-0,9 мг) и антидепрессанта с преимущественно стимулирующим (мелипрамин 0,05-0,075 мг, флуоксетин 0,02-0,06 мг, аурорикс 0,15-0,3 мг) или сбалансированным действием (коаксил 0,025-0,0375 мг). Дозы антидепрессанта распределялись на 2 приема - в утренние и дневные часы; в вечернее время назначались только антидепрессанты с преимущественно седативным эффектом (амитриптилин 0,025 - 0,05 мг, анафринил 0,025-0,05 мг). В случае выраженных расстройств поведения применялся неулептил (0,015-0,04 мг в сутки в 3 приема), а при обострении влечения, сопровождающемся психомоторным возбуждением, - азалептин (до 0,05 мг в сутки). «Большие» нейролептики-седатики и антидепрессанты с преимущественно седативным действием назначались при обострении влечения к наркотику или декомпенсации патохарактерологических особенностей, обычно на несколько дней и в основном перед сном (аминазин 0,01 мг, тизерцин 0,025 мг, амитриптилин 0,075 мг) [185].

Если исходить из психического состояния больных с неустойчивыми чертами характера, то для них арсенал психотропных средств мог быть идентичным предыдущей группе. Однако здесь существенно боль-

шее значение, чем медикаментозная терапия, имели строгий охранительный режим и продолжительная изоляция от наркоманического окружения. Если же добиться этого не удавалось, то с целью «медикаментозного сдерживания» приходилось применять мощные нейролептики и антидепрессанты с седативным эффектом, как и больным стенического круга, но в несколько меньших дозировках [82].

Назначения для больных с преморбидными астеническими чертами определялись, во-первых, подавленным фоном настроения, а, во-вторых, зависели от преобладания тревожной или апато-адинамической симптоматики. В первом случае был показано сочетание невысоких доз «малых» нейролептиков с антидепрессивным и/или противотревожным действием (сонапакс 0,04 - 0,125 мг в 3 приема; терален 0,015 - 0,03 мг; хлорпротиксен 0,045 - 0,075 мг; флуанксол 0,002 - 0,003 мг) с такими антидепрессантами, как анафранил 0,025 - 0,05 мг; леривон 0,03 - 0,06 мг; лудиомил 0,05 - 0,1 мг - вечером и на ночь; при апатии и анергии назначались мелипрамин 0,025 - 0,05 мг или флуоксетин 0,02 - 0,04 мг. Из «больших» нейролептиков у астеников применялся только азалаептин - при стойкой агрипнии, не купирующейся другими средствами, в малых дозах (0,0125 - 0,25 мг) [185].

Таким образом, тактика терапии больных героиновой зависимостью, развившейся у психопатических личностей различного круга, в одинаковой степени включала в себя фармакологическое (большей частью психофармакологическое) воздействие как на основное заболевание (наркоманию на разных её этапах – абстинентного синдрома, постабстинентного состояния, в ремиссии), так и на обостряющиеся психопатические особенности. Подобная тактика позволяла уменьшать тяжесть проявлений и сокращать сроки течения абстинентного синдрома, постабстинентное состояние протекало легче, в ремиссии реже проявлялось обострение патологического влечения к героину [185].

В последние годы в наркологической практике наблюдается своего рода бум в применении антидепрессантов у больных с зависимостью от наркотиков. Это связано, во-первых, с тем, что при наркоманиях наблюдаются скрытые депрессии; во-вторых, с определенным прорывом в синтезе новых антидепрессантов. По результатам исследований последних лет хороший терапевтический эффект дают антидепрессанты, относящиеся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина: флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, ципраamil [186]. Столь же перспективны - аурорикс, являющийся обратимым ингибитором MAO [187] и леривон, относящийся к гетероциклическим соединениям [188]. Поскольку аффективные нарушения у исследованных лиц зачастую сопровождалась психопатоподобными расстройствами, то нередко назначались антидепрессанты с седативным компонентом действия. Так, при пониженном фоне настроения с выраженной тре-

вогой, повышенной возбудимостью, истерическими расстройствами более предпочтительными стали: флувоксамин по 100 – 200 мг в сутки; паксил по 20 мг в сутки; леривон по 60 – 90 мг в сутки. Кроме того, антидепрессанты с чисто тимолептическим действием (прозак и др.) у некоторых больных вызывали нежелательный эффект в виде обострения патологического влечения к наркотику [189 - 191]. Для купирования наиболее часто встречающихся у больных дисфорических и дистимических расстройств применялись неуплетил по 20 – 30 мг в сутки; сонапакс по 75 – 100 мг в сутки; и amitриптилин по 75 – 100 мг в сутки [192]. При наличии у больных тревожной депрессии, аффекта страха, аффективной напряженности, особенно если они сочетались с нейровегетативными нарушениями, предпочтительным был терален, который использовался в небольших дозах (15 – 50 мг в сутки) [193,194].

Противосудорожные средства, назначенные с целью нивелирования аффективной напряженности в оптимальных дозах (финлепсин по 0,2 - 0,6 г в сутки; конвулекс по 0,3 - 0,9 г в сутки), не оказывали серьезных побочных эффектов, и поэтому могли быть рекомендованы на достаточно длительное время - вплоть до нескольких месяцев [194].

Транквилизаторы (седуксен, рудотель) ввиду возможности развития к ним зависимости использовались короткими курсами или по неотложным показаниям (например, купирование панической атаки реланиумом парентерально) [194].

Пятницкой И. Н. и Яковлевым А. Н. проведено исследование по соотношению экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ремиссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков на базе Российского государственного медицинского университета [195]. По результатам динамического клинико-психологического и клинико-катамнестического обследования подростков с синдромом зависимости от опиатов была выявлена четкая взаимосвязь между способностью к самостоятельному поддержанию терапевтической ремиссии и определенными особенностями психического статуса (мировоззренческими установками). Подростки, которые оказались способны поддерживать длительную ремиссию (более 1 года), отличаются наличием ощущения осмысленности своего существования, принятием окружающих, субъективной значимостью будущего, устойчивостью интересов. Сочетание этих психологических особенностей соответствует «обретению смысла жизни» в понимании экзистенциальной психотерапии и философии и получило обозначение «экзистенциальная позиция личности». Обсуждается значение исследований экзистенциальной позиции личности как критерия эффективности психокоррекционных мероприятий в отношении наркотизирующихся подростков [196]. Можно сделать предварительный вывод о том, что экзистенциальная позиция личности действительно

в значительной степени определяет психический статус наркотизирующихся подростков. Рецидив наркотизации согласуется с недостаточной коррекцией негативной экзистенциальной позицией личности. Положительная экзистенциальная позиция личности связана с длительными ремиссиями [197, 198]. Интересно также, что ощущение присутствия смысла жизни связано с конструктом будущего в виде служения какому-либо делу. Это наблюдение важно не только для определения прогноза трезвости, но и для обоснования направления психокоррекционной работы. Показатели экзистенциальной позиции личности, как в психопатологических проявлениях, так и в ощущении смысла жизни обнаружили высокую внутреннюю согласованность, что свидетельствует об их логической связи [199].

Амбулаторную форму реабилитации для наркозависимых лиц следует признать достаточно эффективной, так как она позволяет контролировать ремиссии на протяжении длительного времени практически у двух третей участников [200]. Направленность психокоррекционного воздействия на активизацию качеств самоактуализирующейся личности приводит к значительной компенсации наркоманического дефекта. Практически важным становится подбор наиболее эффективных психотерапевтических методик данной направленности [200]. Можно выделить типологические различия между лицами наиболее чувствительными и лицами толерантными к психотерапевтическому воздействию при амбулаторной реабилитации [200]. Восприимчивые лица, которые с наибольшей степенью вероятности задерживаются в реабилитационной программе, по результатам исследования отличаются высоким уровнем познавательной активности и изобретательности, подвижностью интеллектуальных процессов, способностью к установлению близких, доверительных межличностных

контактов, верой в значимость нравственных норм. Следует отметить, что эти качества не мешают формированию наркоманического дефекта, но модифицируют психопатологические проявления [201]. В процессе терапии компенсация болезни связана с повышением самооценки и устойчивости к фрустрации за счет улучшения самовосприятия [202]. При этом происходит не коренная «ломка себя», а принятие собственных позитивных задатков, которые становятся источником самоуважения. Личность теряет потребность в противопоставлении себя обществу, становится способной к синтезу разнонаправленных мотивов, самозабвению «ради дела» [203-205].

Методика опросника личностной ориентации (самоактуализации) показала себя ценным психодиагностическим инструментом, который может быть использован как для отбора пациентов для реабилитации в амбулаторных условиях, так и для контроля за терапевтическими изменениями [206, 207]. Интересно также, что для поддержания длительной ремиссии достаточен средний уровень развития качеств самоактуализирующейся личности [208, 209].

Таким образом, данные литературы подтверждают и развивают положения об определяющем значении измененной «почвы» для патопластики стержневых симптомов наркологического заболевания [33].

У больных с различными характерологическими типами течения героиновой зависимости существенно отличается, а у психопатических личностей наркомания протекает заметно тяжелее [33]. Это позволяет индивидуализированно, с учетом, как характера аномалии личности, так и тяжести наркотической зависимости, разрабатывать меры терапевтического и социально-реабилитационного воздействия на больных. Дифференцированный подход, несомненно, повышает эффективность [33].

Литература:

1. Субханбердина А. С., к.м.н., ведущий эксперт Центра судебной экспертизы Министерства юстиции РК Структурно-динамические особенности опийной наркомании при сочетании психической патологии. Журнал Наркология №5, 2004 Двойменный И. А. Незаконный оборот наркотиков. Социологические исследования. -1999.- №5.
2. Благоев Л. Н., Найденова И. Н. Особенности клиники опиоидной зависимости у больных молодого возраста. Наркология №7, 2005
3. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. – Л., Медицина, 1991. – 304 с.
4. Пятницкая И. Н., Найдёнова Н. Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002. — 253 с.
5. Демина М. В. «Внутренняя» картина наркологической болезни. - М., 2004. – 59 с.
6. Поддубный В. И., Евтушенко В. Я., Грибков В. В., Новицкий Е. В., Раздаиводин Н. Н. Проблемы оказания стационарной помощи больным наркоманией. Соц. и клиническая психиатрия. - 2003. - №5.
7. Чирко В. В. Закономерности течения и исхода наркоманий и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете многолетнего катамнеза): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. - М. – 249 с.
8. Личко А. Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л, 1977. — С. 61—70.

-
-
9. Рохлина М. Л. Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркоманий. Вопросы социальной и судебной психиатрии. Материалы совместной научно-практической конференции 28 — 30 января 1981 г. — Вологда, 1981. - С. 22 - 25.
 10. Ураков И. Г., Дудко Т. Н., Пузиенко В. А. Особенности формирования, течения и терапии поли- и осложненных опийных наркоманий в возрастном аспекте: Методические рекомендации. - М.: Изд-во МЗ СССР. - 1981. - 16 с.
 11. Фрагин В. М. Некоторые особенности клиники опийной наркомании, начавшейся в подростковом возрасте. Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. — Вильнюс. 1983. — С. 99 - 101.
 12. Врублевский А. Г., Рохлина М. Л., Власова И. Б., Петракова Л. Б., Чуркина Н. Б. Медико-социальный прогноз некоторых форм наркомании. Вопросы наркологии. - 1988. - № 3. - С. 38 - 42.
 13. Сирота Н. А. Динамика психопатологических расстройств у наркотизирующихся подростков. Актуальные вопросы наркологии: Тезисы респ. совещания наркологов 24 - 25 апреля 1989 года. — Ашхабад, 1989. — С. 45 - 46.
 14. Рохлина М. Л., Врублевский А. Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания. Вопросы наркологии. — 1990. — №1. — С. 34
 15. Рохлина М. Л., Воронин К. Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманиями. Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. Сб. научных трудов. — СПб., 1991. - С. 46 - 50
 16. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями. — 1999. — С. 33 - 34.
 17. Благоев Л. Н. Клинико-патогенетический аспект опиоидной зависимости. Наркология №6, 2005
 18. Благоев Л. Н., Демина М. В. Современные проблемы реабилитации больных с опиоидной зависимостью. Наркология.-2004.- №10.- С. 52 - 55.
 19. Благоев Л. Н., Найденова Н. Г., Власова И. Б., Найденова И. Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной зависимости. Наркология. - 2003. - №10 - С. 28-33.
 20. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез). Лекции по клинической наркологии. Под ред. Н. Н.Иванца. - М., 1995. - С. 16 - 39.
 21. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. - М.: Медицина, 1985. — 420 с.
 22. Портнов А. А. Общая психопатология. - М.: Медицина, 2004. - 272 с.
 23. Чирко В. В., Демина М. В. Очерки клинической наркологии. - М., Медпрактика — 2002. — 238 с.
 24. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М., Медицина, 1987 - 304 с.
 25. Рохлина М. Л. Аффективные расстройства при героиновой наркомании на разных этапах заболевания. Наркология № 12, 2005
 26. Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов): Автореф. дисс. на соискание учен. степ. д.м.н. - М., 2004. - 34 с.
 27. Гольдрин С. Э. Особенности аффективных расстройств у больных опийной наркоманией: Автореф. на соискание уч. степ. к.м.н. - М., 2003 - 25 с.
 28. Литвинцев С. В., Кочеткова Т. Е., Арбузов А. Л. Роль паксила в коррекции эмоциональных расстройств в постабстинентном периоде у больных героиновой наркоманией. Вопросы наркологии. - 2003. - № 4. - С.18 - 23.
 29. Погосов А. Б., Барбина Е. М. Аффективные расстройства и осознание болезни при опийных наркоманиях. Наркология, 2002, № 9. - С.16 - 20
 30. Сиволап Ю. П., Савченков В. А., Янушкевич М. В., Вандыш М. В. К оценке роли различных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости. Психиатрия и психофармакология. - 2004. - Т.6 №3. - С.110-112
 31. Клименко Т. В., Субханбердина А. С. Синдромокинез патологического влечения к опиоидам. Наркология. -2002.- №11. - С.31-34.
 32. Киткина Т. А. Терапевтические ремиссии у больных опийной наркоманией: Автореф. на соиск. уч. степ. к.м.н. - М., 1993. - 24 с.
 33. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Клименко Т. В., Пищикова Л. Е., Кулагина Н. Е. Зависимость от психоактивных веществ. Наркология. 2002. - №9, С.2 - 9
 34. Caballero Valles P.J. Dorado Pombo S. Brasint Oliveiros B. et al The Epidemiological Surveillance of Acute Poisoning in 1977 Rev. Clin. Esp. -1999 -199 - P. 424 - 230
 35. Dackis C. A. Gold M. S. Opiate addiction and Depression Cause or Effect Drug Alcohol Depend -1983 vol. 105 - 109.
 36. Kleber H. D. The Use Psychotropic Drugs in the Treatment of Compulsive Opiate abusers The Rationale for Use Adv. Alcohol Subst. Abuse -1986 vol. 5 № 2 - P. 103-109
 37. Kosten The. R., Rounsaville B. J., Kleber H. D., A 2,5 Year follow up of Depression, Life Crises, and Treatment Affects on Abstinence among Opioid Addicts. Arch. Gener. Psychiatry. - 1986 vol. 43, №8 - P. 733 -738.
-
-

-
-
38. Kosten T. A., Kosten T. R., Rounseville B. J. *Personality disorders in opiate addicts show prognosis specificity. J. Subst. Abuse Treat.* - 1989 - vol. 13 №4 P. 163-168.
39. Meddox I. F., Desmond D. P., Castello R. *Depression in opioid users varies with substance use status Amer. J. Drug and Alcohol Abuse.* - 1987 - vol. 13 № 4 - P. 375-385
40. Гольдрин С. Э. - врач-психиатр, нарколог, Отделение психических расстройств, осложненных патологическими формами зависимости Московского НИИ психиатрии МЗ РФ «аффективные нарушения у больных опиоидной наркоманией в структуре опиоидного абстинентного синдрома и во время ремиссии. Журнал Наркология №9, 2003.
41. Альтишулер В. Б., Пузиенко В. А., Соколова Е. П. *Психопатологические расстройства у больных наркоманиями и токсикоманиями в период становления ремиссии и их лечение в стационаре. Методические рекомендации.* — М., 1989. — С. 1 - 15.
42. Бориневич В. В. *Наркомании (Клиника, патогенез и лечение морфинизма, опиоманий и других опиоидных наркоманий).* — М., 1963. - 275 с.
43. Благов Л. Н. к.м.н. доцент кафедры наркоманий ФПК РГМУ, Москва. Найденова Н.Г. к.м.н. зав. каф. Наркоманий ФПК РГМУ, Москва Власова И.Б. к.м.н., доцент кафедры наркоманий ФПК РГМУ, Москва.
44. Найденова И. Н. научный сотрудник кафедры наркоманий ФПК РГМУ, Москва. Журнал Наркология, №10, 2003.
45. Альтишулер В. Б. *Патологическое влечение к алкоголю.* — М., Имидж, 1994. - 216 с.
46. Благов Л. Н. *Аффективные расстройства при опиоидной наркомании: Автореф. дисс. на соискание уч. степени.* — М., 1994. 198 с.
47. Благов Л. Н., Найдёнова Н. Г., Власова И. Б. *Современные проблемы наркологии. Материалы международной научно-практической конференции.*— М., 2002— С. 19—20.
48. Врублевский А. Г. *Варианты алкоголизма: закономерности формирования, течения и принципы прогнозирования. Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н.*— М., 1989., 49 с.
49. Гофман А. Г. *Клиника, дифференциальная диагностика, лечение алкогольных галлюцинозов: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н.* — М., 1968. — 580 с.
50. Давыдовский И. В. *Проблемы причинности в медицине. Этиология.* — М.: Медгиз, 1962. — 175 с.
51. Найдёнова Н. Г. *Компульсивное влечение в клинике наркоманий: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н.* — М., 1975.- 142 с.
52. Пятницкая И. Н., Найдёнова Н. Г. *Подростковая наркология: Руководство для врачей.* — М.: Медицина, 2002. — 253 с.
53. Рохлина М. Л., Благов Л. Н., Киткина Т. А. *Журнал Неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова* — 1996. - № 4 — С. 42 - 45.
54. Чирко В. В. *Восьмой Национальный конгресс «Человек и лекарство».* - М., 2001.-С. 374.
55. Лурье С. *Антропологи ищут национальный характер. Знание – сила.* 1994, №3, с.48 - 53.
56. Дмитриева Т. Б. *Динамика психопатий(клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): Дисс. доктора мед. наук.* – Л., 1990, *Российский психиатрический журнал*, 2, С. 97.
57. Мельников В. М., Ямпольский Л.Т. *Введение в экспериментальную психологию личности.* М., Просвещение, 1985, с.319.
58. Матвеева В. Ф., Аникеева Т.Я., Мочалова Ю.В. *Экранный образ и личностные особенности телеведущих. Психологический журнал*, 1999, №1, с. 20-30.
59. Филонов Л. Б. *Проблема диагностики психических свойств взрослого человека России. Мир психологии*, 1999, №2, с.149-154.
60. Незнанов Н. Г., Соловьёва С. Л. *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева.* –1993.- 31, С.75-77.
61. Мандель А. И. *Клинические и социально-психологические характеристики алкоголизма (региональный аспект): Автореферат дис. канд. мед. наук. Томск, 1989, с.21.*
62. Кон И. С. *Постоянство - и изменчивость личности. Психологический журнал*, №4, С. 126 - 137.
63. Рохлина М. Л., А. А. Козлов, И. Я. Каплан «Клинико-социальные последствия наркоманий», НИИ наркологии МЗ РФ (директор – профессор Н. Н. Иванец), «Вопросы наркологии», 1998, №1, С.11-20.
64. Елисеев И. М. Сб. «Клинические аспекты социальной реадaptации психических больных, Москва, Медицина –1976, С.151-161.
65. Кошкина Е. А., Шамота А. З., Корчагина Г. А и др. *Методы изучения распространенности потребления психоактивных веществ среди различных групп населения: Пособие для врачей психиатров-наркологов.* М., 1997, С.82.
66. Кулагина Н. Е. *Варианты течения и клинические проявления эфедроновой и первитиновой наркоманий: дисс. канд. мед. наук* – М., 1992. – С.15 - 16, 90 - 92.
-
-

-
-
68. Пелипас В. Е., Мирошниченко Л. Д. Вопросы наркологии. –1992- №3 - 4 – С.91-95.
69. Рохлина М. Л. (12 съезд психиатров России, материалы съезда) – М.,1995 – С. 820 – 822.
70. Селедцов А. М. (Сб.: Клинико-терапевтические аспекты наркологии – Кемерово, 1994, №2,) - С. 33 - 36.
71. Трайнина Е. Г. Особенности аутоагрессивных проявлений и расстройств при некоторых формах полинаркоманий: Автореферат дисс. канд. мед. наук – М., 1984. – 23 с.
72. Туманов С. В. Вопросы наркологии. –1994, №2 – С. 68 - 72.
73. Groughan J. Z. Viller J. P. Wagelin D. Whitman B. J. - J. Clin. Psychiat. 1982 Vol. 43 №3 P. 225 - 228.
74. Holmberg M. B. (Acta psychiatr. Scand. –1985. Vol. 71 №3 – P207-216.
75. Kanof P. D. Aronson M. J. Ness R. (Am. J. Psychiatry –1993. –vol. 3 -№150 –P.423-428.
76. Shufman N. E. Witzum E. (Harefuah. –1994. –Iuli. -№127 –P.52-62.
77. Student V. Ibid. –1984. –Vol.80. –P.4.
78. Найденова Н. Г., Республиканский сборник научных трудов «Алкоголизм и неалкогольные токсикомании». – М. – 1992 - С. 50 - 57 (10-10).
79. Бехтерев В. М. Психопатия и её отношение к вопросу о вменении. – Казань, 1886 С.66.
80. Батеева Л. А. Динамические варианты психопатий в юношеском возрасте. – В кн.: актуальные вопросы психиатрии. М.,1985, С.64-69.
81. Горьковская И. А. К вопросу разграничения психопатий и акцентуаций характера у подростков - делинквентов. Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1992, №3.
82. Краснушкин Е. К. Преступники- психопаты. – М.,1929. – С.3 - 20.
83. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Усовершенствование процедуры обработки результатов, полученных с помощью «Патохарактерологического Диагностического Опросника» для подростков. – Л.: изд. Инст. им. В. М. Бехтерева, 1981, С. 5 – 28, журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева,1992, №3.
84. Леонгард К. Акцентуированные личности. - Киев: Выща школа, 1989, 375 с., журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1992, №3.
85. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е. – Л.: Медицина, 1983, 256 с., журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1992, №3.
86. Портнов А. А., Ракитин М. М., Овсянников С. А. и др. Объем понятия и критерии диагностики психопатии по данным катамнеза. – Журн. Невропатол. и психиатр., 1987, №7, С. 1076 - 1082.
87. Личко А. Е., Александров А. А. О разграничении психопатий и акцентуаций характера по степени выраженности. - В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л.: изд. Инст. Им. Бехтерева, 1973, С. 84 - 93., журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1992, №3.
88. Гиндикин В. Я. Психопатии и патохарактерологические развития. – В кн.: Клиническая динамика неврозов и психопатий. Л.,1967, С.152 - 182.
89. Гиндикин В. Я. Типовые ошибки при установлении диагноза психопатии в детском и подростковом возрасте. В кн.: Четвертая Всерос. конф. по неврол. И психиатр. детск. возраста. М.,1978, С. 130 - 182.
90. Гурьева В. А. Психопатии. – В кн.: Диагностика и экспертиза при психических расстройствах у лиц допризывных и призывных возрастов. – Без места изд., 1986, С. 121-139.
91. Аммон Г. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. – Л., 1990. – С. 38-44.
92. Игонин А. Л., Тузикова Ю. Б., Иришкин Д. А. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение, журн. Наркология №3, 2004
93. Осипов В. П. Руководство по психиатрии. - М.- Л.: Госиздат, 1931. – 596 с.
94. Гиляровский В. А. Психиатрия. - М.-Л.: Биомедгиз, 1935. – 750 с.
95. Качаев А.К., Ураков И.Г. Десоциализация больных хроническим алкоголизмом. Проблемы судебной и социальной психиатрии. Под ред. Г.В.Морозова.-М.,1975 - с.117-136
96. Гуревич М. О., Серейский М. Я., Учебник психиатрии (с предисловием Ганнушкина П. Б.) - М.: Госиздат, 1928.- 400с.
97. Н. Еу, P. Bernard, Ch. Brisset Manuel de Psychiatrie. - 3-me ed. - Paris.1967. – 1211 p.
98. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Изд. 2-е. – Л.: Медицина, 1983, 256с., журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1992, №3.
97. Портнов А. А., Ракитин М. М., Овсянников С. А. и др. Объем понятия и критерии диагностики психопатии по данным катамнеза. – Журн. Невропатол. и психиатр., 1987, №7, С. 1076-1082.
- 98.Личко А. Е., Александров А. А. О разграничении психопатий и акцентуаций характера по степени выраженности. - В кн.: Патологические нарушения поведения у подростков. Л.: изд. Инст. Им. Бехтерева, 1973, с. 84-99. журнал Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева, 1992, №3.
100. Международная классификация болезней (10-ый пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Пер. на русс язык. Под ред. Ю.А. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.,1994. – 302 с.
-
-

-
-
101. Рохлина М. Л., Козлов А. А Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. -М.: Анахарсис, 2001. - 208 с.
102. Kokkevi A., Stefanis N., Anastasopoulou E., Kostogianni C., *Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. Addict Behav.* -1998. -№ 23. -P. 841-853
103. Ганнушкин П. Б. «Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика», М.- 1933г., С 56-59.
104. Коэн Ш.Т., Вейсс Р. Злоупотребление наркотическими веществами и психические заболевания. Наркология. Ред. Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Г. Робертс, С. Е. Хайман. -М.: Бином, 1998. - с. 275 -285
105. Schneider K. *Forschr. Neurol.* -1950 – Bd 26 –S. 1.
105. Пелипас В. Е., Мирошниченко Л. Д. Вопросы наркологии. -1992 - №3-4- с. 91-95.
106. Раи В., Конрад Н. Ограниченная вменяемость. – М., 1996. – с. 81-132.
107. Кербиков О. В. Избранные труды. – М. Медицина, 1971, журнал *Обзор психиатрии и медицинской психологии*, 1991, №1, С 74-81..
108. Дмитриева Т. Б. Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): Дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1990, *Российский психиатрический журнал*, 2, 97.
109. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. –М., 1964. – с. 290.
110. Дмитриева Т. Б., Плотникова О. П., Филимонова Т. Д. Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы. – М., 1989. – с. 70-78.
111. Иващенко О. И. Социальная и судебная психиатрия: история и современность. _М., 1996. – с. 256-259.
112. Кербиков О. В., Фелинская Н. И. Судебная психиатрия. – М., 1978. –с. 327-350.
113. Ковалев В. В. Семiotика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М., 1985. – с. 285.
114. Морозова Н. Б. Съезд психиатров России, 12-ый: Материалы. –М., 1995. – с. 477-478.
115. Морозова М. В. Там же. – С. 478-479.
116. Попов Е. А. Учебник психиатрии. – М., 1958. – С. 300-314.
117. *Diagnostic criteria from DSM-4/ (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders).* (Publ. American Psychiatr. Association). -Washington. 1994. -P.350.
118. Isador I. *Treatment of Forensic Pschiatric Patients.*- Muchn. 1993-P.37-39, *Российский психиатрический журнал*, 2, 97.
119. Горшков И. В., Горинов В. В. «Расстройства личности и агрессия». *Российский психиатрический журнал*, 5, 98, С.27-33..
120. Попов Ю. В. Классификация психопатических расстройств у подростков. В кн. -: *Психопатические расстройства у подростков.* Л.: изд. инст. им. Бехтерева, 1987, С. 64-70, журнал *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М.Бехтерева*, 1991, №1.
121. Фромм Э. *Анатомия человеческой деструктивности.* – М., 1994, с. 157.
122. Антонян Ю. М. *Жестокость в нашей жизни.* – М., 1995, С.39.
123. Попов Ю. В. *Психопатические расстройства у подростков.* –Л., 1987. –с. 17-25.
124. Печерникова Т. П., Шостакович Б. В., Гульдман В. В. *Судебно-психиатрическая экспертиза.* –М., 1978. - №31. – с. 9-17.
125. Feinsten A.R. *The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease. J. Chronic Dis.* - 1970. - 23. - P. 455-468.
126. Бохан Н. А., д. м. н., профессор, зам. дир. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. *Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем.* Журнал наркология, №2, 2002, С.77-83.
127. Бохан Н. А. *Клинико-патодинамические закономерности и терапия алкоголизма с коморбидным экзогенно-органическим поражением головного мозга: Автореф. дис. д. м н.* — Томск, 1997. 46 с.
128. Бохан Н. А. *Алкоголизм и коморбидная патология головного мозга.* В кн.: Семке В. Я. *Профилактическая психиатрия: Руководство для врачей.* — Томск: изд-во ТГУ, 1999. — Гл. 27. — С. 284—293.
129. Иванец Н. Н., Игонин А. Л. *Взаимосвязь показателей прогрессивности алкоголизма с некоторыми преморбидными факторами. Журн. невропатологии и психиатрии.* 1983. Вып.8. С. 1222-1228.
130. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Валентик Ю.В. и др. *Современная концепция лечения больных алкоголизмом и наркоманиями. Вопр. наркологии.* 1991. Вып.3. — С. 13—16.
131. Мандель А. П., Бохан Н. А. *Клиническая типология и экспериментально-психологическая идентификация когнитивного дефицита при ассоциированных формах алкоголизма .XXII съезд психиатров России.* — М., 1995. С. 763—764.
132. Семке В. Я., Бохан Н. А. *Мультидисциплинарная модель изучения наркологической ситуации в сибирском регионе. Фармакология и токсикология,* 1989. Т. 4. С. 83—85.
-
-

-
-
133. Aasland O. G. *Summary of the findings of the headquarters. Studi on «early detection of problems related to harmful consumption of alcohol». Working group on treatment and rehabilitation programmes in alcohol abuse: WHO regional office for Europ. Helsinki 25—28 Nov. - 1985. - P. 1-14.*
134. Babor T. F., Ritsen E. B., Hodgson R. J. *Alcohol-related problems in the primary health care setting. A review of early intervention strategies. Brit. J. Add. 1986. - V. 61. - P. 22-47.*
135. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-UI-(3.Ed.): Substance use disorders Amer. Psychiat. Ass. 5 (1980).*
136. Edwards G. *Report of a WHO-group of investigators on criteria for identifying and classifying disabilities related to alcohol consumption Alcohol related disabilities. WHO - Offset Publication Nr.32 (1977). P. 5-22.*
137. Edwards G. *The Alcohol Dependence Syndrome. A concept as stimulus to enquiry Brit. J. Add. 1986. — V. 81. — P. 171—183.*
138. Elks H. *The alcoholic organic brain syndrome: A clinical, to-mographic and psychometric study of two alcoholic populations J. Psychopharmacol. - 1989. - V.3, - N4. - P.108.*
139. Feuerlein W. *Alkoholismus-Missbrauch und Abhängigkeit: Entstehung-Folgen-Therapie, 4 überarb. Aufl. Stuttgart; New York; Thieme, 1989. 329 P.*
140. Johnson J. L., Adinoff B., Bisslerbe J.- C.R. et al. *Assessment of alcoholism-related organic brain syndromes with positron emission tomography Alcohol. Clin. exp. Res. 1986. - V. 10, - N 3. -P. 237-240.*
141. Richter G. *Charakterisierung von Alkohol-gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit und ihr klinischer Bezug, Z. Arztl. Forth. 1989. Bd 83. P. 803-809.*
142. Skinner H. A., Holt R., Schuller J. R., Israel Y. *Identification of Alcohol Abuse Using Laboratory Tests and a History of Trauma. Ann. Intern Med. 1984. - VI 01. - P. 847-851.*
143. Stevens J., Denney D. *Kindling with clozapine: behavioral and molecular consequences, epilepsy Res. — 1996. — Vol. 26, №1. — P. 295-304.*
144. Кривенков А. Н., А. Л. Игонин, Н. Е. Кулагина, Ю. Б. Тузикова, В. Н. Карабулькин «Особенности фармакотерапии больных героиновой наркоманией с коморбидной психической патологией», журнал Наркология, №3, 2002г., С.44-51.
145. Благов Л. Н. *Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. Дисс. На соиск. Ученой степени к. м. н. — М., 1994. — 24 с.*
146. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Небаракова Т. П. и др. *Опыт применения антидепрессанта аурорикс при лечении алкоголизма. Вопросы наркологии. —2000. - №2. — с. 17 - 22.*
147. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Коган Б. М. и др. *Опыт применения прозака (флувоксетина) при лечении зависимости от психоактивных веществ. Вопросы наркологии. —1997. - №2.- С. 18-26.*
148. Клименко Т. В. *Патологическое влечение к наркотическим средствам в структуре сочетанной психической патологии: Автореф. Дисс. На соиск. Учен. Степени д. м. н. — М., 1996. — 33 с.*
149. Личко А. Е. *Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977. — с. 61 - 70.*
150. Личко А. Е., Битенский В. С. *Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1991. — 304 с.*
151. Friedman L. S., Fleming N. S., Roberts D. N., Hyman S. E. *Source book of substance abuse and addiction. — М.: Бином, 1998. — 302 с.*
153. Hirsch D., Paley J., Renner J. A. *Опиоидная зависимость (Психиатрия) Под редакцией Шнейдера (пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 485 с.*
154. Pasnau R. O., Bystistky A. *On the comorbidity of anxiety and depression Handbook of Depression and Anxiety A. Biological Approach. Den Boer A. Sitsen J.V. eds. — 1994.*
155. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Клименко Т. В., Пищикова Л. Е., Кулагина Н. Е. *Злоупотребление психоактивными веществами. - М. 2000. -с. 300*
156. Израелян А. Ю., врач психиатр-нарколог, аспирант, Национальный научный центр наркологии Минздрава РФ, Москва. *Журнал Наркология, 12, 2003г. Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией.*
157. Veischer E. *Руководство по психиатрии. — Берлин, 1920. — 542 с.*
158. Рохлина М. Л., Врублевский А. Г., 1990; Пятницкая И. Н., 1994г.,
159. Трайнина Е. Г. *Диагностика и профилактика аутоагрессивного проявлений у больных алкоголизмом и токсикоманиями: Методические рекомендации. -М., 1987. - 22 с.*
160. Трайнина Е. Г. *Особенности аутоагрессивных проявлений и расстройств при некоторых формах полинаркоманий: автореферат на соискание. Уч. степени к. м. н. - М., 1984.*
161. Friedman L. S., Fleming N. F., Roberts D. H., Hyman S. E. *Source book of substance abuse and addiction. — М.: Бином, 1998. — 302 с.*
162. Бисалиев Р. В., Великанова Л. П. *Суицидальная аутоагрессия в структуре наркотической (токсикоманической) зависимости. Наркология №9, 2004, с. 53 - 55*
-
-

-
-
163. Пятницкая И. Н. Наркомании. - М.: Медицина, 1994. - 544 с.
164. Энтин Г. М., Гофман А. Г., Музыченко А. П., Крылов Е. Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. - М.: Медпрактика, 2002. - 328 с.
165. Колупаев Г. П. О профилактике наркоманий и токсикоманий в войсковом звене. Военно-медицинский журнал. -1992.- №10. - с. 46-47.
166. Крыжановская Л. А. Особенности суицидального поведения в США. Социальная и клиническая психиатрия. -2000. Т.10.- №3.- с. 97-105.
167. Врублевский А. Г., Глазов А. А. Медико-социальные аспекты наркоманий и токсикоманий. Военно-медицинский журнал. - 1988. - №5. - с. 66-68.
168. Рохлина М. Л. Наркомании и токсикомании: Руководство по психиатрии: в 2-х т. Под ред. Тиганова.- М.: Медицина, 1999. - Т 2. - с. 339-428
169. Шабанов П. Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. -М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003г. - 560 с.
170. Cheng A. T., Mann A. H., Chan K. A. Personality disorder and suicide. A case-control study. Br. J. Psychiatry. - 1997.- vol. 170. - P. 1441 - 1446
171. Rounseville B. J., Weisman M. M., Kleber H. D. Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch. Gen. Psychiatry. - 1982 - vol.- 39 - P. 161-168.
172. Rounseville B. J., Weber H. Duntreated opiate addicts. Arch. Gen. Psychiatry 1985 - vol. 42 P. 1072-1077
173. Литвинцев С. В., Шамрей В. К., Нечипоренко В. В. Попик И.Г. Диагностика и профилактика суицидального поведения военнослужащих (сообщение первое). Военно-медицинский журнал. - 2001.- Т. 322, №8.- с. 18-22
174. Букановская Т. И. Феноменология агрессивного поведения у лиц с опийной наркозависимостью. Серийные убийств и социальная агрессия: Что ожидает нас в 21 веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции 18-21 сентября 2001г. -Ростов-на-Дону, 2001. - с. 74-76.
175. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) - М.: Медпрактика, 2000. - 122с.
176. Рохлина М. Л. Клиника наркоманий и токсикоманий: Руководство по наркологии: В 2-х т. Т.1. Под ред. Н. Н. Иванца. - М.: Медпрактика -М., 2002. - с. 269-367
177. Иванец Н. Н., Надеждин А. В., Тетенева Е. Ю., Авдеев С. Н. Применение клопиксола (зуклопонтиксолола) у подростков, страдающих героиновой наркоманией. Вопросы наркологии. - 2000. - №3.- с. 7-12
178. Менделевич В. Д., д. м. н., профессор, Институт исследований проблем психического здоровья Казанский государственный медицинский университет. Современная российская наркология: парадоксальность принципов и неубедительность процедур. Журнал Наркология, №1, 2005, С.73-84.
179. Менделевич В. Д. Заместительная терапия наркозависимости в России: перспективы и реальность. - Казань: Новый век, 2003. - 51 с.
180. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). - М.: МЕДпресс - информ, 2003. - 328 с.
181. Менделевич В. Д. Заместительная терапия наркозависимых в ракурсе медицинской и немедицинской аргументации. Наркология и аддиктология. Сборник научных трудов. - Казань, 2004. - С. 4 -19.
182. Менделевич В. Д., Менделевич Б. Д. Психофармакологическая поддержка процесса реабилитации наркозависимого. Материалы межрегионального научно-практического симпозиума «Наркозависимость: профилактика, лечение, реабилитация.- Казань, 2000. - с. 77-84»
183. Благов Л. Н., Найденова Н. Г., Власова И. Б. О проблемах реабилитации больных с опиоидной зависимостью. Журнал Наркология, №4, 2004, С.39-51.
184. Кривенков А. Н., Игонин А. Л., Кулагина Н. Е., Тузикова Ю. Б., Карабулькин В. Н. «Особенности фармакотерапии больных героиновой наркоманией с коморбидной психической патологией», журнал Наркология, №3, 2002 г., С.43-64.
185. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Коган Б. М. др. Опыт применения прозака (флувоксетина) при лечении зависимости от психоактивных веществ. Вопросы наркологии. - 1997. - №2. - с. 18 - 26.
186. Иванец Н. Н., Анохина И. П., Небараклова Т. П. и др. Опыт применения антидепрессантов аурорикс при лечении алкоголизма. Вопросы наркологии. -2000. - №2. - с. 17-22.
187. Надеждин А. В., Тетенева Е. Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих героиновой наркоманией. Вопросы наркологии. -2000.- №2. - с. 33-38.
188. Hirsch D., Paley J., Renner J. A. Опиоидная зависимость. Психиатрия. Под ред. Р. Шнейдера. Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 485 с.
189. Pasnau R. O., Bystritsky A. On the comorbidity of anxiety and depression. Handbook of Depression and Anxiety: A Biological Approach. Den Boer A., Sitsen J.M., eds. — 1994.
-
-

190. Rahav M., Rivera J. J., Nuttbrock L., Ng-Mak D., Sturz E. L., Link B. G., Struening E. L., Pepper B., Gross B. Characteristics and treatment of homeless mental Iy III, chemical-abusing men. *J. Psychact. Dmgs.* - 1995. - V. 27, № 1. - P. 93-103.

191 Кривенков А. Н., Игонин А. Л., Кулагина Н. Е., Тузикова Ю. Б., Карабулькин В. Н. «Особенности фармакотерапии больных героиновой наркоманией с коморбидной психической патологией», журнал Наркология, №3, 2002г, С.83-91.

192. Рохлина М. Л., Врублевский А. Г., Власова И. Б. _8-ый Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов. -М., 1988. - С. 422.

193. Кривенков А. Н., Игонин А. Л., Кулагина Н. Е., Тузикова Ю. Б., Карабулькин В. Н. «Особенности фармакотерапии больных героиновой наркоманией с коморбидной психической патологией», журнал Наркология, №3, 2002г

194. Пятницкая И. Н., Яковлев А. Н. «Соотношение экзистенциальной позиции личности с терапевтическими ремиссиями при амбулаторной реабилитации наркотизирующихся подростков». Наркология, №2, 2004 г., с. 56.

195. Франкл В. Человек в поисках смысла. Общ. Ред. Л. Я. Тузмана и Д. В. Леонтьева. - М.: Прогресс, 1990. - 386 с.

196. Дифференцированная система в наркологии. Методические рекомендации. №13, 2001. - М., 2001. - с.38.

197. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Пер. с англ. Т. С. Драбкиной. - М.: Класс, 1999.- 576с.

198. Братанова С. Б. Краткие и долгосрочные ремиссии у больных героиновой наркоманией. Вопросы наркологии. - 2001. № 5. - с. 34-39.

199. Пятницкая И. Н., Яковлев А. Н., Набатникова Л. Д. Динамика показателей самоактуализации как прогностический признак при амбулаторной реабилитации больных героиновой наркоманией. С.82-95.

200. Братанова С. Б. О кратких и долгосрочных ремиссиях при героиновой наркомании. Вопросы наркологии, № 5 - 2001.- с. 36 - 39.

201. Гозман Л. Я., Кроз М. В., Латинская М. В. Самоактуализационный тест. - М., 1995, 44 с.

202. Дудко Т. Н. Система основных принципов построения лечебно-реабилитационного процесса в наркологии. Вопросы наркологии. -1999. - № 2. - с. 28 - 34

203. Baisco F., Fritch C., Redfering D. Personality differences between succtfully and unsucctfully treated drug abusers. *Soc. Behav Personal* -1983 vol. 11, № 1 - P105-111.

204. Goodkin K., Wilson K. Amenability to counselling of opiate addicts on probation or parole. *Int. Addict.* 1982 vol. 17 № 6 - P. 1047 - 1053.

205. Маслоу А. Самоактуализация. Сборник статей. М., 1998 г., С.32.

206. Роджерс К. Становление личности. М.: ЭКСМО - Пресс, 2001. -416с.

207. Ермолаева М. В. Психология развития. М.: МПСИ, 2003. - 276 с.

208. Четвериков Д. В., Ирлицына И. Я. Коморбидность опийной наркомании и аффективных расстройств. Вопросы наркологии, №3 - 2000. - с. 65 - 79

209. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании. Патопсихология, клиника, реабилитация. СПб.: «Лань», 2000. - 464 с.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ПЛОД

Л. Б. Кузембаева, А. В. Жумашева

г. Актобе

Злоупотребление психоактивными веществами у беременных женщин требует особого внимания из-за высокой неонатальной смертности.

Организм плода и новорожденных, чьи матери в процессе беременности и кормления употребляли психоактивные вещества, содержат их в переменных количествах. Психоактивные вещества и их метаболиты достигают плода, проникая через плацентарный барьер из организма матери, а также связываясь посредством белкового связывания с белками

околоплодной жидкости. Соединения, подвергшиеся метаболизму в печени плода, далее выводятся в мочу и желчь. Из мочи они вновь возвращаются в околоплодную жидкость, участвуя в процессе рециркуляции, в то время как в составе желчи наркотики и метаболиты достигают мекония (первородный кал) и там сохраняются.

Таким образом, меконий аккумулирует соединения, действию которых подвергался организм плода в процессе вынашивания, и их концентрация

в этом случае значительно превышает концентрацию в моче.

При употреблении матерью героина или морфина в меконии ребенка обнаруживают свободный и конъюгированный морфин, а также кодеин (Веселовская Н. В., Коваленко А. Е.). Такие дети рождаются с различными отклонениями, многие из них начинают жизнь с агонизирующего состояния отмены, которое может длиться до трёх недель. Высокий риск про-

явления «Синдрома внезапной детской смерти». Характерны отклонения со стороны сердечной системы, дыхания, почек, печени, гениталий, церебральный паралич и физические уродства.

Признаки расстройства нервной системы, связанные с действием героина, у новорожденного проявляются в виде оцепенелости, возбудимости, трудности при кормлении, сверхчувствительности к свету и звукам.

Таблица № 1

Опиаты в организме матери и плода после смерти от передозировки героина (мкг/г)

Образец	Морфин		Героин		Кодеин	
	мать	плод	мать	плод	мать	плод
Кровь	1,8	0,71	0,25	0,036	0,097	0,027
Желчь	24	5,55	н.д.	н.д.	0,03	0,019
Почки	н.д.*	2,81	н.д.	н.д.	н.д.	0,12
Моча	14	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.
Волосы 0 - 1 см	8,1	3,97	4,18	2,5	1,25	следы
Мозжечок	2,09	1,17	0,02	0,01	0,014	0,026

*н.д. – не детектированы при данном пределе обнаружения анализа.

Если матери в пред- и послеродовой период употребляли кокаин, то в организме младенцев (плазме, плаценте, моче, меконии) определяют кокаин, бензоилэксгонин и другие метаболиты, а также кокаэтилен. Наличие кокаина и метаболитов в плазме пуповины и моче новорожденного, собранной в период 2 - 77 часов после рождения, указывает на недавнее употребление матерью кокаина. Прием кокаина на ранних сроках беременности может привести к нарушению вынашивания или к рождению мертвого ребенка, на более поздних сроках наркотик может вызвать преждевременные роды. Иногда происходит раннее отделение плаценты, что ведёт к серьезной опасности для жизни как младенца, так и матери.

Злоупотребление каннабиноидов приводит к накоплению их в женских репродуктивных органах. Каннабиноиды оказывают токсическое действие на развитие плода и раннюю смерть младенцев. Так называемый, «Фетальный синдром марихуаны», характеризующийся снижением веса рожденных детей и отклонениями развития, наблюдается в 5 раз чаще, чем «Фетальный алкогольный синдром». Вместе с молоком матери каннабиноиды переходят в детский организм при кормлении.

Известно, что алкоголь также легко проникает через плацентарный барьер, вызывая тератогенное действие на плод, и может поступать в организм детей первого года с грудным молоком. При систематическом употреблении алкоголя в период бере-

менности возникает алкогольный синдром плода. У детей при грудном их вскармливании матерями, страдающими алкоголизмом, затрудняется приобретение двигательных навыков, наблюдается врожденная гипотрофия, эмоциональная неустойчивость, слабоумие.

Алкогольный синдром плода – симптомокомплекс нарушений у новорожденных от матерей, страдающих хроническим алкоголизмом. Частота алкогольного синдрома плода колеблется в пределах 2 - 6 на 1000 новорожденных. Характерные проявления: задержка физического и психического развития, наличие уродств, преимущественно лица и черепа. У новорожденных с алкогольным синдромом плода наблюдаются характерные черты лица: низкий лоб, запавшая переносица, большой рот с тонкими губами и узкой красной каймой (рот рыбы), деформированные уши, недоразвитый подбородок. Краниоцефальный дисморфоз характеризуется также микрофтальмией, птозом верхних век, наличием эпиканта (вертикальная кожная складка, прикрывающая медиальный угол глазной щели), расщеплением неба и верхней губы, недоразвитием верхней и нижней челюстей. Черепно-мозговые аномалии нередко сочетаются с врожденными пороками сердца, пороками уrogenитальной области, костной системы (аномальные формы грудной клетки, укорочение стоп, неполное разгибание в локтевых суставах, аномалии расположения пальцев, синдактилия, дисплазия та-

зобедренных суставов). На коже выявляются пигментные пятна, гемангиомы, у многих детей наблюдается избыточное оволосение лица и туловища (гирсутизм). Наиболее опасен для возникновения патологии прием алкоголя в период интенсивного органогенеза (3 - 8 недели беременности). С увеличением количества принимаемого алкоголя опасность возникновения алкогольного синдрома плода возрастает. Механизм возникновения синдрома обусловлен замедленным, аномальным развитием мозга в связи с нарушением процесса миграции нейрональных и глиальных клеток в период морфогенеза (совокупность процессов развития оплодотворенной яйцеклетки, приводящих к формированию органов и систем зародыша). Это связано с нарушением клеточ-

ного метаболизма и нейрогуморальной регуляции морфогенеза мозга под влиянием алкоголя. Новорожденный может родиться в состоянии алкогольной абстиненции, что выражается в первые часы жизни учащением дыхания, тремором, судорогами, периодическими остановками дыхания, рвотой, мышечной гипотонией, опистотонусом. Алкогольный синдром плода усугубляется поражением центральной нервной системы. Дети заметно отстают в физическом развитии, плохо прибавляют в массе, поздно начинают говорить и ходить. У них выражены нарушения в психическом развитии. Отмечаются ослабление внимания, избыточная плаксивость, раздражительность, аффективные состояния, психопатоподобные реакции.

Использованная литература:

1. *Веселовская Н. В., Изотов Б. Н., Савчук С. А. Вопросы наркологии, 1998.*
2. *Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Наркомании, 2001.*
3. *Веселовская Н. В., Коваленко А. Е. Наркотики, 2000.*
4. *Лукьянова Е. М. Детские болезни, 1994.*
5. *Гофман А. Г. Клиническая наркология, 2003.*

ТҮЙІН

ОПИЫНДЫ ҰНАША ОРЛЫҒЫ ЕРТЕ ПОСТАБСТИНЕНТТІК КЕЗЕҢІНДЕ МІНЕЗ-ҚҰЛЫҒЫ ЖӘНЕ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАРДЫ ҰОСУ ДҰРІ-ДҰРМЕКТІК ЕМДЕУ

А. В. Грузман, Г. А. Садвоқасова, Б. Е. Төлегенова, А. А. Құсаинов

Осы жұмыста опиоидтардан түелді науқастарда ерте постабстиненттік кезеңінде мінез-құлығы және психикалық бұзылуды дұры-дұрмектік емдеу бойынша әдістемесі сынылды. Негізінде рисперидон (рисполепт), сертралин (зосерт), карбамазепиннен (зептол) құрылған терапевтикалық дұры-дұрмектік тәсілі жатыр.

Осы науқастардың контингентіне сәйкес аталған дұры-дұрмектік әдістеместі пайдалану үшін тиімділіктің жақсы және нашар предикторлары сынылды.

ОПИЫН ТҮЕЛДІЛІГІ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ САУЫҒЫТҰРУ ҰЛЕУЕТТІ ДЕҰГЕЙІ – САУЫҒЫТҰРУ БАҰДАРЛАМАЛАРДЫ ҰТИМДІЛІК ПРЕДИКТОРЫ СІЯҒЫ

А. В. Грузман, Ұ. Е. Сұлтанова

Сауығытуру бағдарламалардың тиімділік предикторлардың анықталуы, әсіресе ауруханаға жатғызу алдындағы кезеңінде, есірткіге түелді тәләларда ұлкен практикалық мағыздылығы бар. Ұйткені ол есірткіге түелділердің ұзақ мерзімді, соны ұ ішінде стационарлық медициналық ұлеуметтік бағдарламаларына ұатынасуға кұрсетілетін емделушілердің сол контингентін анықтауға мұмкіндік береді. Зерттеудің негізінде сауығытуру ұлеутті ұ орта деҰгейлі емделушілері анықталды және емдеуден жақсы нәтижесі бар науқастар тобында 70 ұ пайдан кем емес саналық бағалы жиі кездесті. Ұзақ мерзімді және ұымбат тұратын медициналық ұлеуметтік бағдарламаларында ұатысу үшін емделушілер контингентін іріктеу мақсатымен опиыннан түелді науқастарда ауруханаға жатғызу кезеңінде сауығытуру ұлеутті бағалауын ұткізуі мақсатқа сай болып сынылады.

ОТБАСЫ ЖӘНЕ ҰОҰАМДА ҰЗАРА ІС-ҰИМЫЛ ЖАҰДАЙДА ПОСТРЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ КЕЗЕҢІНДЕ ЕСІРТКІГЕ ТҮЕЛДІ БОЛҰАН АДАМНЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҰТАУДЫҚ ҰЗЕКТІ ПРОБЛЕМА

Г. И. Алтынбекова, Т. М. Ахметова, З. Ұ. Кұлшұрпіова, Т. Хусаинова

Осы мақала есірткіге түелді науқастық жазылып келе жатқан пост-реабилитациялық кезеңде ұлеуметтік сауығытуру тәжірибесі сипатталған. МҰС жағдайда есірткіге түелді науқастық жалпы психикалық денсаулығы практикалық зерттеулері кұрсетілген және есірткіге түелді науқастық жазылып келе жатқан постұлеуметтік сауығытурудық мақсаттары мен міндеттері анықталды, ұлеуметтік педагогика кұзғарасынан «денсаулық» деген тәсінікке жақса кұзғарас анықталды.

ОПИЫНДАРДАН ТҮЕЛДІЛІГІ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДІҚ СТАЦИОНАРЛЫҚ- САУЫҒЫТҰРУ БАҰДАРЛАМАЛАРЫНДА ҰЗАҚ БОЛУЫМЕН КОРРЕЛЯЦИЯЛЫҚ БАЙЛАНЫСЫ БАР ҰЛЕУМЕТТІК-КЛИНИКАЛЫҚ ПАРАМЕТРЛАРЫ

А. В. Грузман

Стационарлық сауығытуру бағдарламаларға ұатысу үшін наркологиялық науқастарды тақдау мқселесі мағызды және бұгінгі күнге шешілмеген болып табылады. Жоғары кұрсеткіш және ұзақ мерзімді сауығытуру бағдарламаларға ұатысу үшін негізсіз бағытталған науқастарды стационарлық емдеуге жіберуі

оларды мерзімнен бұрын шығуына және емдеу нәтижесі болмауымен байланысты ағалмаған материалды шығынға келеді. Осы жамысты зерттеу пні болып стационарлы сауытыру бақдарламаларында опындардан тәуелді науқастарды за болуымен корреляциялы байланысы бар леуметтік, клинкалы, психологиялы, соматикалы параметрлары болды. Зерттеу негізінде стационарда за болуымен жасы және нашар аны белгіленген корреляциялы байланыстары бар параметрлары аныталды. Алынған нәтижелер за мерзімді стационарлы бақдарламалары шін науқастар контингентін сапалы тадауға мкіндік береді.

ОАМДА ЛЕУМЕТТІК РЕАДАПТАЦИЯ ЖАДАЙДА ЖАЗЫЛЫП ЖАТАН ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ ЖЕКЕ ТЛАНЫ ЛЕУМЕТТІК АРЫМ-АТЫНАС ЖӘНЕ ИДЕЯ, ПНДЫТАР ЖӘНЕ НСАМАЛАРМЕН АЛМАСУ

3. П. Кшрпіова, Т. М. Ахметова, А. П. Сыздыова

Осы маалада авторлары ойлау абілетін таптаурын мселелері және постреабилитациялы кезеінде есірткіге тәуелді адамны проблемасына оамны атынасы және оамды пікірді згертуін ажеттілігі туралы және постреабилитациялы кезеінде есірткіге тәуелді адамға деген жаа леуметтікділ атынасты алыптастыру мселесіне тоталады. Маала авторлары леуметтік мір сруді келесіз тжірибесіне з пнды кзарас тжырымдамасын және есірткіге тәуелді жеке тланы леуметтік реадатация проблемасына кзарасты сапалы жаа жйелерді арастыру жобасын сынады.

МАСКНЕМДІК НАУАСТАРДА МЕДИЦИНАЛЫ ЛЕУМЕТТІК САУЫТЫРУДЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Т. В. Пак

Осы маалада нашаорлыты медициналы леуметтік проблемаларыны республикалы ылыми-практикалы Орталыты клиникалы блокты практикалы тжірибесінде маскнемдік науқастарды сауытыруыны ерекшеліктер шолуы берілген. Соны технологияні сынау нәтижесінде негізделінген осы шолу материалы наркологиялы жрдем жйесінде тиімді сауытыру бақдарламаларды енгізу шін дістемелік негіздеу сияты арастырылады.

ПСИХИКАЛЫ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІ ТЛАЛАРДЫ РЕЦИДИВКЕ АРСЫ ЖӘНЕ ОЛДАЙТЫН ПСИХОТЕРАПИЯСЫ

Т. В. Пак

Осы маалада психикалы белсенді заттардан (ПБЗ) тәуелді тлалар сауытыруыны стационарлы және амбулаторлы кезеде рецидивке арсы технологияны енгізуі негізделген және шолу жасалған. леуметтік сауытыру ырылымында ПБЗ тәуелді контингентпен және оларды жаын оршаған адамдармен рецидивке арсы жмыстар мазмны крсетілген. ПБЗ тәуелділерді Сауытыру бақдарлама және леуметтік жмыс істеу дегейі, мір сапасыны наркологиялы ауруларды кйзеліс пен рецидивтер алдын ала есебінен тиімділік жоарлату мкіндігі крсетілген.

КШПЕН ЕМДЕУ БЛІМШЕНІ ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ НАУАСТАР АРАСЫНДА ОСЫМША ПАТОЛОГИЯ

Е. Абдікрімов, О. А. Колесникова, Л. Г. Шакеева

Маала маызды, біра та медициналы баспада осы таырыпты аз баяндайды. Арнаулы кшпен емдеу блімшесіні маызды нормативтік ыты кесімдерді мірге жзеге асыру бойынша жмысы зерттелген (ОР Президентіні 1995 жылды 7 сәуірдегі «Маскнемдік, нашаорлы және токсикоманиямен ауыратын науқастарды кшпен емдеу туралы» № 2184 Жарлы және ОР кіметіні

1995 жылды 19 сүгірдегі «Қз еркінімен емдеуден бас тартқан маскнемдік, нашаорлы және токсикоманиямен айырып жүрген тлаларды қкшпен емдеу мселелері» саулысы).

Авторлармен азіргі практикалы наркологияны маызды мселелерін шешу жолдары қрсетілді - жалпы емдеу желіні және арнаулы наркологиялы блімшесіні мамандарыны азіргі жұмыстары қрсетілген. Осы маалада пайдаланған статистикалы мліметтер қрнекі кесте трінде сынылды.

Маала тек ана наркологиялы саласындағы практикалы дрігерлеріне ана емес және жалпы емдеу желіні дрігерлері, денсаулы сақтау ісіні қйымдастырушыларына да ызыты.

ТЛА БЗЫЛУЫМЕН ГЕРИНДІК НАШАОРЛЫЫ БАР НАУАСТАРДА РЕМИССИЯ АЛЫПТАСУ СЕРПІНІНІ КЛИНИКАЛЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Б. А. Азанова, А. К. Ешматова

Тла бзылуымен героиндік нашаорлыы бар науастарда ауруды ерекшелік алыптасуды зерттеген кезде келесі айырмашылытары зерттелді: нашаорлы дебюті, кезеідік пайдалану этапы. Героиндік нашаорлыты клиникалы қрністерін зерттеген кезде маызды айырмашылытары аныталды: организмні өзгерген реактивтік синдромында, абстиненттік синдромны клиникалы қрнісінде, постабстиненттік жадай кезінде.

ТЛА БЗЫЛУЫМЕН ГЕРИНДІК НАШАОРЛЫЫ БАР НАУАСТАРДА РЕМИССИЯНЫ АЛЫПТАСУ СЕРПІНІ

Б. А. Азанова, А. Г. Абеева

Героиндік нашаорлыты клиникалы қрністерін зерттеген кезінде маызды айырмашылытар аныталды. Тла бзылуымен героиндік нашаорлыы бар науастарда абстиненттік синдромны клиникалы қрнісінде келесі ерекшеліктері асып кетті: қіл кйді тмендеуі, дисфория, азаны жалпы сіздігі. Тланы осымша бзылулары жо героиндік нашаорлыы бар науастарда келесі ерекшеліктері ерекшеліктері асып кетті: ауру сезімі, тндік жайсызды, мазасызды жадай, тырыспалы серпіліс, йыны бзылуы. ткізілген зерттеу, тланы ерекшелігін барынша есептей отырып, МС бадарламаларында дифференциалданған клиникалы психологиялы нысананы анытауа және сйкестендіруге мкіндік туызады. Аныталған клиникалы психологиялы нысанасы тла бзылулары бар героиндік нашаорлынауастар шін одан арғы жеке жол деуге (сауытыруды жеке жоспары) мкіндік береді.

ЙЕЛДЕР МАСКНЕМДІКТІ ГЕНЕЗ, КЛИНИКАЛЫ ҚРСЕТКІШТЕРДІ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖНЕ ЕМДЕУДІ ЕРЕКШЕЛІК ЕМДЕУ СТАНЫМДАРЫ

О. И. Деревянко, Д. Ш. Симбинов, А. К. Қрібаева, А. К. Нрпеисова, О. А. Заикин

Осы маалада еелдер маскнемдікті негізгі клиникалы даму кезедері қрсетілген. Облысты наркологиялы орталыыны негізінде ткізілген созылмалы маскнемі бар йел науастар тобында дрідремктік нобайы және зерттеу нтижесі сынылған.

КОМПЬЮТЕРЛІК ОЙЫНДАРДАН ТУЕЛДІЛІК АЛЫПТАСТЫРУДЫ БІРШАМА ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г. А. Джолдылов

Тсініктеме. Осы жұмыста жасмпірім жаста жойылған деттегі емес жан қйзелістік бзылулар негізінде ныайтылатын «компьютерлік ойындарда беркіту» жаа феноменді зерттеуге баытталған зерттеуді нтижелері сынылған. Жабырғаумен белгіленген психикалы бзылудың р трлі дегейін

кәрсететін шамадан тыс компьютерлік тәуелділікті дамуының екі нәсібі кәрсетілген, сонымен біатар жан кәйзелістік бұзылуларды клиникалық кәріністің қылымды-серпіндік ерекшеліктері кәрсетілген.

Маңызды сөздер: компьютерлік тәуелділік, компьютермен тәуелділік, жойылған жабырқау, жасөспірімдік жабырқау.

ГЕРОИНДІК НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ ЕМДЕУІНДЕ ЭГЛОНИЛ ЖӘНЕ КОАКСИЛДІ ПАЙДАЛАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Б. А. Қожахметова, А. Т. Есқалиева, Д. Ш. Симбинов, А. К. Нәрепсоева, О. И. Деревянко

Осы мақалада героиндік нашақорлықтың емдеуінде антидепрессант-коаксил және нейрорептикті - эглонилиді қолданудың тәжірибесі кәрсетілген.

ОПИОИДТЫҢ ТӘУЕЛДІЛІК ЖӘНЕ КОМОРБИДТІК ТҰЛҚАЛЫҢ БҰЗЫЛУЛАР (Қеби шолу)

Б. А. Азанова

Қебиет мәліметтері нарқологиялық аурулардың негізгі симптомдардың патопластикасы үшін өзгерген «негізді» анықтау маңызы туралы ережені растайды және дамытады. Тұлқаның психопатологиялық негізінде дамыған героиндік нашақорлық науқастарға терапевтикалық тактикасы негізгі ауру (нашақорлық) сонымен біатар коморбидтік психикалық патология сияқты фармақологиялық сер етуді кіргізу қажет. Сонымен біатар бірінші жағынан нашақорлықтың ерекшеліктері (саты, кәмек сұраған уақыт кезеңі - абстиненттік синдром, постабстиненттік жағдай, ремиссия нысан тұрінде), екінші жағынан психопатикалық бұзылу мен бірге болатын қасиет (қтем, декомпенсация, аз не болмаса кәп ауыр).

Тұлқаның психопатикалық негізінде дамыған героиндік нашақорлық науқастар үшін қебиет мәліметтері бойынша психотерапевтикалық стратегиясы дайындалған жоқ. Дифференциалданған жол сөзсіз емдеу-сауықтыру шаралар тиімділігін жоғарлатады.

SUMMARIES

THE COMBINED MEDICAMENTOUS CORRECTION OF BEHAVIORAL AND MENTAL DISORDERS IN EARLY POST- ABSTINENT PERIOD AT OPIOID ADDICTION

A. V. Gruzman, G. A. Sadvakasova, B. E. Tulegenova, A. A. Kusainov

In work the technique on medicamentous correction of behavioral and mental disorders in early post-abstinent period at patients with dependence from opioids is submitted. The therapeutic medicamentous combination consisting from risperidone, sertraline, carbamazepine lays in a basis. It is submitted positive and negative predictors of efficiency for use of the given medicamentous technique that will allow individualizing pharmacological approaches for the given contingent of patients.

REHABILITATION POTENTIAL LEVEL AT PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM OPIOIDS AS PREDICATOR OF EFFICIENCY OF REHABILITATION PROGRAMS

A. V. Gruzman, K. E. Sultanova

Definition of predictors of efficiency of rehabilitation programs, especially at a pre-hospital stage, has the big practical value in work with drug addicts. As it allows to allocate such contingent of patients which participation in long-term programs of rehabilitation is effective. During research it is established, that patients with an average level of rehabilitation potential and its quantitative estimation not less than 70 points authentically more often met in group of patients with favorable effect from treatment. Carrying out evaluation of rehabilitation potential at patients with dependence from opioids at a hospital stage is represented expedient with the purpose of selection of a contingent of patients for participation in long-term and expensive programs of rehabilitation.

URGENT PROBLEMS OF PRESERVATION OF HEALTH AT EX-USERS DURING THE POST REHABILITATION PERIOD IN CONDITIONS OF INTERACTION IN FAMILY AND SOCIETY

G. I. Altynbekova, T. M. Ahmetova, Z. K. Kulsharipova, T. Khusainova

In the article experience of social rehabilitation during the post-rehabilitation period is described. In the article practical researches of the general mental health of drug addicts in conditions of rehabilitation are shown and the further purposes and problems of post social rehabilitation, a new sight at concept «health» are revealed from the point of view of social pedagogics.

THE SOCIAL-CLINICAL PARAMETERS HAVING CORRELATION WITH DURATION OF STAY IN STATIONARY REHABILITATION PROGRAMS OF PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM OPIOIDS

A. V. Gruzman

The problem of selection of narcological patients for participation in stationary rehabilitation programs is important and till now unresolved. The unreasonable direction of patients on hospitalization for participation in long-term rehabilitation programs leads to their preschedule extract and unjustified material inputs in connection with absence of therapeutic result. A subject of studying of the given work became the social, clinical, psychological, somatic parameters having correlation with duration of stay of patients with dependence from opioids in stationary rehabilitation programs. During research parameters with expressed enough positive and negative correlation with duration of stay in a hospital have been allocated. The received results will allow to select a contingent of patients for long-term stationary programs more qualitatively.

SOCIAL RELATIONS OF RECOVERING DRUG ADDICTS AND EXCHANGE OF IDEALS, VALUES AND INSTALLATIONS IN CONDITIONS OF SOCIAL ADAPTATION IN A SOCIETY

Z. K. Kulsharipova, T. M. Ahmetova, A. K. Syzdykova

In the article authors mention questions of stereotypes of thinking and the society attitude to the problem of drug addiction during the postrehabilitation period and about necessity of transformation of public opinion and formation of new socially fair attitude to drug addict during the postrehabilitation period. Authors of the article offer the concept of a valuable sight at negative experience of social residing and the project of forming of qualitatively new systems of sights at a problem of social adaptation of drug addicts.

FEATURES OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ALCOHOLISM

T. V. Pak

In the article the review of features of rehabilitation of patients with alcoholism, based on practical experience of the clinical block of the Republican scientific-practical center of medico-social problems of drug addiction is given. The given survey material based on results of approbation of original technologies can be considered as a methodological substantiation for introduction of more effective rehabilitation programs in system of the narcological service.

RELAPSE PREVENTION AND SUPPORTING PSYCHOTHERAPY OF THE PERSONS DEPENDENT FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

T. V. Pak

In given article the review is given and introduction of relapse prevention technologies at stationary and out-patient stages of rehabilitation of the persons dependent from psychoactive substances is proved. The maintenance of relapse prevention with a contingent dependent from psychoactive substances and their nearest environment in structure of social rehabilitation is reflected. Opportunities of increase of efficiency of programs of rehabilitation and a level of social functioning, quality of a life of dependent from psychoactive substances are shown due to relapse prevention in narcological diseases.

ACCOMPANYING PATHOLOGIES AMONG DRUG ADDICTS IN COMPULSORY TREATMENT DEPARTMENT

E. Abdikarimov, O. A. Kolesnikova, L. G. Shakeeva

The article is written on actual, but in a medical seal poorly covered theme. Work of the specialized compulsory treatment department on implementation of the important normative legal acts (the Decree of President 2184 from April, 7, 1995 «About compulsory treatment of patients with alcoholism and drug addiction» and the Decision of government 514 from April, 19, 1995 «Questions of compulsory treatment of the persons with alcoholism and drug addiction») is analyzed. Authors evidently show ways of the decision of one of very important problems of modern practical narcology - teamwork of experts of the general medical network and the specialized narcological branch. The static data used in the article are submitted as evident tables. The article is of interest not only for doctors of a narcological structure, but also for doctors of the general medical network and organizers of public health services.

FEATURES OF CLINICAL DYNAMICS OF FORMATION OF REMISSIONS AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE WITH PERSONALITY DISORDERS

B. A. Azanova, A. K. Eshmatova

At patients with opioid dependence with personality disorders at research of features of formation of disease investigates the following differences: the first case of the use of heroin, a debut of a narcotism, a stage of the incidental use. At studying clinical displays of opioid dependence significant distinctions are revealed: in a syndrome of the organism changed reactance, in a clinical picture of abstinent syndrome, in current post-abstinent conditions.

DYNAMICS OF FORMATION OF REMISSIONS AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE WITH PERSONALITY DISORDERS

B. A. Azanova, A. G. Abeeva

At studying clinical displays of opioid addiction significant distinctions are revealed. In a clinical picture of abstinent syndrome at patients with opioid dependence with personality disorders the following features prevailed: the lowered mood, dysphoria, and expressed asthenia. At patients with opioid dependence without personality disorders: somatic discomfort, anxiety condition, convulsive reactions, dream disorders. The carried out research promotes revealing and identification of the differentiated clinical-psychological targets in rehabilitation programs which is taking into account features of the person. The revealed clinical-psychological targets promote development of an individual approach (the individual plan of rehabilitation) for patients with opioid dependence with personality disorders.

FEATURES OF GENESIS, CLINICAL DISPLAYS AND MAIN PRINCIPLES OF TREATMENT FEMALE ALCOHOLISM

O. I. Derevyanko, D. S. Simbinov, A. K. Karibaeva, A. K. Nurpeisova, O. A. Zaikin

In given article the basic clinical moments of development female alcoholism are described. Results of research carried out on the basis of the regional narcological center and the circuit of medicamentous correction of group of women with chronic alcoholism are submitted.

SOME FEATURES OF FORMATION OF DEPENDENCE FROM COMPUTER GAMES

G. A. Dzholdygulov

In work results of the research directed on studying of new phenomenon «fixing on computer games», developing on a background of erased atypical affective disorders at adolescents are submitted. It is allocated two variants of development of the excessive computer enthusiasm, reflecting various levels of the mental disorganization caused by depression, and also structural-dynamic features of a clinical picture of affective disorders are shown.

Key words: computer dependence, enthusiasm for a computer, atypical depression, adolescent depression.

OPIOID DEPENDENCE AND CO-OCCURRING DISORDERS (the literary review)

B. A. Azanova

The literature data confirm and develop positions about determining value of changed «ground» for pathoplasticity rod symptoms of narcological disease. Therapeutic tactics concerning patients with opioids dependence developing

on a background of a psychopathic disposition of the person, should include pharmacological influence both on the basic disease and on co-occurring mental pathology. Thus features of a narcotism (a stage, post-abstinent condition, remission), with another hand - properties of co-occurring psychopathic disorders (indemnification, smaller or big weight) are taken into account.

Psychotherapeutic strategy for patients with opioid addiction developing on a background of a psychopathic disposition of the person, according to the literature are not developed. The differentiated approach, undoubtedly, will raise efficiency of medical-rehabilitation actions.