
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том VI № 3

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. Измаилова; 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:

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

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

**Том VI
№ 3
2006 год**

**выходит
4 раза в год**

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Катков А. Л., Нургазина А. З.*
Психологические факторы, определяющие уровни психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в подростковом возрасте 7-11
- Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А.*
Клинико-диагностические особенности больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ 11-13
- Пак Т. В.*
Континуальная психотерапия больных наркоманией в программах МСР 13-17

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Бултачиев Ж. Ж.*
Тотальное восприятие факторов риска возникновения зависимости у жителей Приаралья 18-20
- Каражанова А. С.*
Определение уровня реабилитационного потенциала в возрастном аспекте 21-34
- Катков А. Л., Нургазина А. З.*
Общие принципы и основные этапы групповой психотерапии с подростками группы риска наркологического профиля 34-40
- Николаева Н. В., Каражанова А. С.*
Несформированность коммуникативных навыков как одна из причин проявления аддитивного поведения 41-45
- Нургазина А. З., Азанова Б. А.*
Влияние микросреды на формирования личности подростков группы риска по наркологическому профилю 46-48

КЛИНИКА

- Арсененко Л. Д., Ветлугина Т. П.*
Случай из практики: галавит в терапии туберкулеза у ВИЧ инфицированного с опиатной зависимостью 49-51
- Бултачиев Ж. Ж., Шайхутдинов Д. Ф.*
Мотивационные особенности формирования донологических форм алкогольной зависимости в популяции населения, проживающего в Приаралье 51-52
- Грузман А. В.*
Дифференцированный подход к комбинированной медикаментозной терапии поведенческих и психических расстройств в раннем постабстинентном периоде опийной наркомании 53-57

| | |
|---|-------|
| <i>Грузман А. В., Кусаинов А. А., Рамм А. Н., Башилов В. В., Садуакасова Г. А., Тулегенова Б. Е.</i> Дифференцированное лечение синдромов отмены и патологического влечения к наркотику у больных зависимостью от опиоидов | 58-59 |
| <i>Гузъ Н. И.</i> Неврологические расстройства при злоупотреблении кустарно изготовленных амфетаминоподобных наркотиков на основе препарата «Колдакт» | 60-65 |
| <i>Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К.</i> Динамика характера наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ | 66-71 |
| <i>Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К.</i> Коморбидные психические расстройства у больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ | 71-74 |
| <i>Ескалиева А. Т., Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А.</i> Социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ | 74-78 |
| <i>Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А.</i> Характеристики состояния отмены (абстинентного синдрома) у больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ | 78-81 |

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

| | |
|---|---------|
| <i>Нургазина А. З.</i> Риски вовлечения в зависимость от психоактивных веществ в подростковом возрасте и способы их коррекции (аналитический обзор литературы) | 82-111 |
| <i>Резюме</i> | 112-118 |

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

| | | |
|---|---|-------|
| FOUNDERS: | BASIC RESEARCHES | |
| | <i>Katkov A. L., Nurgazina A. Z.</i> | |
| | The psychological factors determining levels of psychological health-drug resistance at adolescents | 7-11 |
| | <i>Musabekova Z. K., Eskaliyeva A. T., Rossinskiy Y. A.</i> | |
| | Clinical-diagnostic features of patients dependent from opioid with the positive and negative HIV-status | 11-13 |
| THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN | <i>Pak T. V.</i> | |
| | Continual psychotherapy of patients with drug addiction in rehabilitation programs | 13-17 |
| | PREVENTION AND REHABILITATION | |
| | <i>Bultacheev Z. Z.</i> | |
| | Total perception of risk factors of occurrence of dependence at inhabitants of ecologically adverse regions of Republic Kazakhstan | 18-20 |
| | <i>Karazhanova A. S.</i> | |
| | Definition of a level of rehabilitation potential in age aspect | 21-34 |
| RPE "REPUBLICAN SCIENTIFIC-AND-PRACTICAL CENTER OF MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF ADDICTION" | <i>Katkov A. L., Nurgazina A. Z.</i> | |
| | The general principles and the basic stages of group psychotherapy with adolescents in risk group | 34-40 |
| | <i>Nikolaev N. V., Karazhanova A. S.</i> | |
| | Unforming communicative skills as one of the reasons of additive behavior | 41-45 |
| | <i>Nurgazina A. Z., Azanova B. A.</i> | |
| | Influence of a micro environment on formations of the personality of teenagers in risk group | 46-48 |
| | CLINIC | |
| | <i>Arsenenko L. D., Vetlugina T. P.</i> | |
| | Practice case: Galavite in therapy of a tuberculosis at HIV-infected drug addicts | 49-51 |
| | <i>Bultacheev Z. Z., Shajhutdinov D. F.</i> | |
| | Motivational features of formation of pre-nosological forms of alcoholic dependence in the population living in Aral | 51-52 |
| Volume VI | <i>Gruzman A. V.</i> | |
| № 3 | The differentiated approach to the combined medicamentous therapy of behavioral and mental disorders in early post abstinence period of opioid dependence | 53-57 |
| 2006 | <i>Gruzman A. V., Kusainov A. A., Ramm A. N., Bashilov V. V., Sadvakasova G. A., Tulegenova B. E.</i> | |
| Published 4 times in a year | The differentiated treatment of withdrawal syndromes at patients with opioid dependence | 58-59 |

| | |
|--|-------|
| <i>Guz N. I.</i> Neurologic disorders at abusing hand-made amphetamine drugs on the basis of «Coldact» | 60-65 |
| <i>Eskalieva A. T., Rossinskiy Y. A., Musabekova Z. K.</i> Dynamics of patterns of narcotic intoxication at patients with opioid dependence and HIV infected | 66-71 |
| <i>Eskalieva A. T., Rossinskiy Y. A., Musabekova Z. K.</i> Comorbide mental disorders at patients with opioid dependence and with the positive and negative HIV- status | 71-74 |
| <i>Eskalieva A. T., Musabekova Z. K., Rossinskiy Y. A.</i> Social - biographic characteristics of patients with opioid dependence and with the positive and negative HIV- status | 74-78 |
| <i>Musabekova Z. K., Eskalieva A. T., Rossinskiy Y. A.</i> Characteristics of an abstinence syndrome at patients with opioid dependence and with the positive and negative HIV-status | 78-81 |

INFORMATION AND REVIEWS

| | |
|--|---------|
| <i>Nurgazina A. Z.</i> Risks of involving in dependence from psychoactive substances at teenage age and ways of their correction | 82-111 |
| <i>Summeries</i> | 112-118 |

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ УРОВНИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А.Л.Катков, А.З.Нургазина

г. Павлодар

Наши собственные исследования позволили определить наиболее существенные психологические факторы, определяющие уровни психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в подростковом возрасте.

Данные факторы несут двойственную функциональную нагрузку. Во-первых, они являются диагностическими ориентирами, позволяющими достаточно точно определить степени риска вовлечения в зависимость от ПАВ у подростка при соответствующем психологическом тестировании. Во-вторых, данные факторы являются основными мишенями на различных этапах групповой психотерапии, используемой в профилактических целях.

1. Психологические факторы, характеризующие базисные приобретения подростка

Как было показано в предыдущем разделе, основные свойства, характеризующие феномен антинаркотической устойчивости формируются в период 12-18 лет, то есть, именно в подростковом возрасте. При этом основной вектор процесса формирования названных свойств (конструктивный или деструктивный), а также его темп, в немалой степени зависят от характера базисных приобретений индивида в предшествующий период развития.

Таким образом, по разделу базисных приобретений нами выделяются следующие психологические факторы – мишени:

- *фактор базисного доверия – недоверия* (в пользу конструктивного вектора формирования соответствующего базисного приобретения свидетельствует диагностируемое при специальном тестировании достаточно устойчивое ресурсное состояние субъекта с ощущением комфорта и уверенности при общении с окружающими и в сложных ситуациях; в пользу деструктивного вектора формирования соответствующего базисного приобретения свидетельствует устойчивое состояние субъекта с ощущением неуверенности, ненужности, неприкаянности, выступающими на передний план при общении с окружающими и в субъективно сложных ситуациях; деструктивный вектор (базисное недоверие) является основной мишенью соответствующих профилактических программ);

- *фактор автономности – зависимости* (в пользу конструктивного вектора формирования соответствующего базисного приобретения свидетельствует достаточно выраженная и определяемая в диагностических тестах самостоятельность

субъекта, стремление все делать и доходить до всего самому, испытывая при сложных обстоятельствах и заданиях чувство подъема и уверенности в своих силах; в пользу деструктивного вектора формирования рассматриваемого базисного свойства свидетельствуют типичные состояния дискомфорта, беспомощности и растерянности при необходимости принимать самостоятельные решения или действовать самостоятельно, а также постоянный поиск жизненных условий и обстоятельств, сопровождающихся наименьшей ответственностью; деструктивный полюс рассматриваемого фактора также является одной из основных мишеней в соответствующих профилактических программах);

- *фактор уверенности – сомнения (вины, стыда)* (в пользу конструктивного вектора формирования рассматриваемого базисного свойства свидетельствует стабильная, объективно определяемая, высокая самооценка, позитивное отношение к событиям и людям, активная жизненная позиция субъекта; о деструктивном векторе формирования обсуждаемого базисного свойства свидетельствуют хроническое чувство вины, пассивная метапозиция субъекта, низкая самооценка, что, в свою очередь, требует терапевтической коррекции);

- *фактор инициативы – чувства неполноценности, скованности.* (о конструктивном векторе формирования рассматриваемого базисного свойства свидетельствуют объективно фиксируемая высокая степень инициативной активности субъекта, хорошая коммуникабельность, лидерские качества; о деструктивном – такие черты, как робость, подчиняемость, скованность в ситуациях, особенно когда требуется брать инициативу в свои руки);

- *фактор трудолюбие – избегание нагрузок и сложностей* (конструктивное развитие данного базисного свойства сопровождается постоянным, устойчивым интересом к определенным видам развивающей деятельности (учебе, работе), чувством удовлетворения от достигнутых, в рамках данной деятельности, результатов; деструктивное развитие сопровождается постоянным избеганием каких-либо физических или интеллектуальных нагрузок, частыми реакциями усталости и раздражения, когда приходится заниматься какой-либо определенной деятельностью; соответственно, деструктивный полюс развития данного свойства является мишенью для целевых профилактических программ);

- *фактор ответственность – безответственность* (конструктивный вектор формирования

данного свойства сопровождается естественным чувством ответственности за какое-либо дело или обстоятельства жизни, соответствующим самовосприятием субъекта как надежного и ответственного человека, фиксируемым при психологическом тестировании; деструктивный вектор сопровождается, наоборот, стремлением переложить ответственность на других, тяжелым чувством дискомфорта при необходимости принимать самостоятельные решения в безвыходных ситуациях, что, безусловно, требует соответствующей терапевтической коррекции);

- *фактор общительности – замкнутости* (по конструктивному сценарию данный фактор формируется в контексте коммуникабельной активности субъекта, когда общение с окружающими дается легко, с чувством удовольствия и деятельностного удовлетворения; в деструктивном варианте развития преобладают ощущения неловкости и скованности при необходимости общения с другими людьми, тенденции активного избегания ситуаций, связанных с необходимостью общения, что так же является показанием для соответствующей психотерапевтической коррекции).

2. Психологические факторы, характеризующие центральные новообразования в подростковом возрасте

Наряду с оценкой степени конструктивности или деструктивности в развитии базисных приобретений подростка, имеющей несомненную диагностическую ценность, основной акцент должен делаться на оценке центральных новообразований подросткового возраста, которая, по сути, и определяет степень риска вовлечения субъекта в зависимость от ПАВ. В частности, на оценке темпа и основного вектора (конструктивности – деструктивности) процесса формирования базисных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. При этом понятно, что низкие темпы и деструктивный вектор формирования названных свойств будут являться главными мишенями в соответствующих профилактических программах.

Основными центральными новообразованиями подросткового возраста, имеющими непосредственное отношение к обсуждаемой теме, являются следующие (описываются конструктивный и деструктивный варианты формирования соответствующего признака);

- *степень завершенности личной идентификации* (конструктивный вариант формирования данного свойства предполагает фиксируемую, при соответствующем психологическом исследовании, определенность в отношении жизненных интересов и планов, достаточно четкое разграничение не предмет того, что из этих планов связано с собственными интересами, а что навязывается извне, четко сформированные образ и ощущение самого себя; деструктивный вариант сопровождается постоянными ощущениями неопределенности, потерянности и

недовольства при мыслях о себе и соответствующем самоанализе; последний вариант развития событий, естественно, нуждается в терапевтической коррекции);

- *степень сформированности конструктивного жизненного (идентификационного) сценария* (конструктивный вектор формирования данного свойства предусматривает наличие активного поиска своего жизненного пути, устойчивого интереса, сопровождающего это занятие, наличие достаточно четких представлений о том, чего хотелось бы достичь в жизни, а также о способах реализации собственных жизненных планов; деструктивный вектор предполагает либо полное отсутствие каких-либо осмысленных жизненных планов, либо наличие их неэффективных эквивалентов в виде нестойких и неопределенных намерений, которые, как правило, не влекут за собой конкретных действий; последнее обстоятельство является показанием для психологической или психотерапевтической коррекции);

- *степень сформированности навыков ответственного выбора* (конструктивный вектор формирования данного свойства предполагает определенную склонность к самостоятельному принятию решений и ответственности за последствия собственного выбора; деструктивный вектор сопровождается постоянными ощущениями тревоги, дискомфорта в ситуации выбора, сомнениями в правильности собственного решения, постоянном стремлении делегировать это право другим, как и ответственность за последствия сделанного выбора);

- *степень сформированности внутреннего локуса контроля* (конструктивный вектор формирования данного свойства предполагает позитивное отношение подростка к возможности управлять собственной судьбой и постоянное желание развиваться в данном направлении, принятие ответственности за обстоятельства и события в своей жизни, умение отстаивать собственную позицию и защищать свои интересы перед другими людьми, в том числе в кругу родных и близких; деструктивный вектор формирования рассматриваемого свойства сопровождается постоянным ощущением зависимости от окружения и отсутствием каких-либо тенденций или реальных шагов в сторону изменения ситуации, а также вполне естественным для данных лиц стремлением перекладывать ответственность за все происходящее с ними на значимых других);

- *степень сформированности личностных ресурсов* - данная достаточно объемная группа ресурсов имеет чрезвычайно важное значение в общем спектре свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости подростка к вовлечению в зависимость от ПАВ, в связи с чем, необходимо более подробно рассмотреть варианты дефицитарного или деструктивного формирования всех основных составляющих данной группы, которые, в свою очередь, являются основными мишенями в соответствующих психотерапевтических программах: а) *интеллектуальные ресурсы* – дефицитарность в формировании

интеллектуальных способностей сравнительно легко определяется соответствующими психологическими методиками, и, обычно, хорошо идентифицируется и самими подростками (испытывающими трудности в усвоении обычного объема школьной или какой-либо иной информации), и их окружением; б) *дифференцированная сензитивность* – деструктивный вектор формирования данной группы личностных ресурсов сопровождается отсутствием адекватного чувственного резонанса на соответствующие эмоциональные состояния окружающих, неумением или трудностями в проявлении сочувствия, сопереживания; в) *навыки коммуникативности* – деструктивный вектор формирования рассматриваемой группы личностных ресурсов сопровождается постоянными сложностями в общении с окружающими, особенно, старшими по возрасту, и значимыми лицами, укоренением такой коммуникативной самооценки, как «неловкий, неуклюжий, скованный в контактах»; г) *навыки ассертивности* – для подростков с деструктивным вектором формирования данного свойства характерны либо неумение защищать себя или свою точку зрения, либо, наоборот, чрезмерно агрессивное отстаивание своей точки зрения, закономерно ведущее к ответной агрессии и утере конструктивного контакта с окружающими; д) *креативность* – деструктивный вектор формирования данной ресурсной характеристики предполагает трудность в генерации какой-либо новой информации, склонность к использованию штампов и стереотипов в интеллектуальной деятельности, поведении, общении, быту; е) *продуктивные копинг-стратегии* – подростки с деструктивным вектором развития данного свойства, в основном, используют непродуктивные эмоциональные, интеллектуальные и поведенческие копинг-стратегии, фиксируемые при соответствующем экспериментально-психологическом исследовании, с закономерным результатом в виде постоянного дискомфорта, ощущения разочарования и неудовлетворенности от собственной деятельности, особенно в сложных ситуациях; ж) *доминирование синергетической стратегии поведения с метапозицией* открытых, доверительных и конструктивных отношений подростка с основными значимыми агентами со-бытия – деструктивный вектор формирования данного свойства предполагает, наоборот, закрытую, конфронтационную метапозицию, конфликтную систему отношений в значимом окружении и соответствующую стратегию поведения, оставляющую мало шансов по полноценное развитие свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным факторам среды; з) *навыки самоорганизации и структурирования (планирования) времени* – деструктивный вектор формирования данного ресурсного свойства предполагает либо отсутствие соответствующих навыков, либо большие сложности в самостоятельной организации какой-либо, достаточно продолжительной, конструктивной деятельности, наличие

постоянного ощущения дискомфорта (растерянность, суетливость, «все валится из рук») при необходимости инициативного планирования);

- *полноценная информированность о негативных последствиях потребления наркотиков* (деструктивный вектор формирования данного свойства предполагает либо отсутствие, либо наличие ложной, искаженной информации о наркотиках, неизбежном формировании психической и физической зависимости при их потреблении, рисках заражения ВИЧ/СПИДом, других проблемах, связанных со здоровьем, возникающих у наркопотребителей, возможном уголовном преследовании в связи с хранением и распространением наркотиков и т.д.).

Все поименованные варианты дефицитарного или деструктивного формирования центральных возрастных новообразований в подростковом возрасте представляют собой основные мишени на этапах групповой психотерапии, используемой в профилактических антинаркотических программах.

3. Поведенческие реакции подросткового возраста

Данная группа факторов в общей системе свойств, имеющих непосредственное отношение к феномену психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, выполняет функцию некоего «ускорителя» и «усилителя». Чрезвычайно важным является то обстоятельство, что ускоряться или усиливаться здесь могут как конструктивные, так и деструктивные векторы формирования интересующих нас психологических свойств, в зависимости от того, к какому вектору, в целом, тяготеет субъект.

Таким образом, основные задачи психотерапевтического процесса, реализуемого в контексте профилактических программ, должны заключаться еще и в том, чтобы использовать энергию и направленность типичных поведенческих реакций подросткового возраста для усиления конструктивного вектора формирования свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды.

К наиболее типичным вариантам поведенческих реакций подросткового возраста относятся следующие:

- *реакция эмансипации* (конструктивный вектор активности в контексте данной поведенческой реакции предполагает протекцию процессов завершения личностной идентификации, формирования качества внутреннего локуса контроля и, в меньшей степени, других базисных свойств, обеспечивающих высокие уровни психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ; деструктивный вектор – напротив – усвоение негативных стереотипов поведения с демонстрацией собственной независимости, «взрослости» за счет употребления ПАВ и первых проб, в начале, «легких» (экстази, марихуана), а, затем, и «тяжелых» наркотиков);

- *реакция оппозиции* (конструктивный вектор проявления данной поведенческой реакции, также

направлен на полноценное завершение личностной идентификации, формирование навыков свободного и ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля; деструктивный – связан с демонстративным отрицанием социально-приемлемых форм молодежной активности, и, наоборот, активной поддержкой таких социально-неодобряемых форм поведения, как регулярное употребление алкоголя и наркотиков);

- *реакция группирования* (конструктивный вектор данной поведенческой реакции предполагает отход стремящегося к самостоятельности подростка от стереотипных «уложений» родительской семьи, адекватное поисковое поведение в группе сверстников, направленное на формирование навыков коммуникации, продуктивных копинг-стратегий и других, не менее значимых личностных ресурсов, а также на полноценное завершение личностной идентификации; деструктивный вектор предполагает активное вовлечение подростка в различные неформальные сообщества и организации, где обычной практикой является регулярное употребление психоактивных, в том числе, наркотических веществ);

- *конформные реакции* (идентификация с какой-либо яркой личностью или группой лиц) (конструктивный вектор рассматриваемой поведенческой реакции сопровождается идентификацией подростка с людьми, состоявшимися как личности или как выдающиеся профессионалы в самых различных областях – подобные «поиски героя» предшествуют инициации своего собственного неповторимого образа, и, следовательно, способствуют полноценному завершению личностной идентификации, формированию конструктивного жизненного сценария; деструктивный вектор активности конформных подростковых реакций сопровождается идентификацией с асоциальными лидерами, невозможностью отказа от участия в таких групповых моделях поведения как совместное распитие алкогольных напитков или употребления наркотиков).

Другие поведенческие реакции, описываемые разными авторами как характерные для подросткового возраста (реакции гиперкомпенсации, хобби-реакции, реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением), не имеют прямого отношения к обсуждаемой теме и не являются мишенями соответствующих психологических и психотерапевтических практик.

4. Характеристики семейной системы

Наряду с собственно психологическими особенностями субъекта, в подростковом возрасте особое значение имеют характеристики семейных отношений, в контексте которых и происходит формирование либо конструктивных, либо деструктивных сценариев становления личности подростка. В данной связи основные характеристики семейных отношений следует включать в общую систему психологических факторов, определяющих

уровни психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в подростковом возрасте.

Деструктивный полюс семейных отношений является показанием для соответствующих психокоррекционных (семейная психотерапия и консультирование) или иных профилактических воздействий.

К наиболее важным характеристикам семейных отношений мы относим следующие:

- *семейные роли* (конструктивный полюс данной группы факторов подразумевает гибкость семейных ролей, взаимозамещаемость функций; деструктивный полюс предполагает наоборот, негибкость семейных ролей и ригидность функций, что является показанием для семейной психотерапии, консультирования или иных практик семейной терапии);

- *семейные правила* (конструктивный вариант развития семейных отношений предполагает формирование гуманных правил взаимодействия членов семьи, где воспитывается подросток, способствующих установлению гармонии в отношениях, при этом поощряются открытость, честность, доверие; деструктивный вариант предполагает формирование антигуманных правил, им невозможно следовать, единственный выход – быть неискренним, лгать);

- *личностные границы, в пределах которых допускается свободное поведение члена семьи* (конструктивный полюс семейных отношений предусматривает признание и уважение таких границ у каждого члена семьи, необходимость их пересмотра (например, расширение степени личной свободы подростка); деструктивный полюс сопровождается либо отсутствием таких границ, либо крайне узким «коридором» личной свободы, что опять-таки стимулирует такие формы поведения как лживость и неискренность);

- *семейные коммуникации* (конструктивный вектор формирования семейных отношений предусматривает прямые, открытые коммуникации, основанные на доверительных отношениях членов семьи, обо все можно говорить свободно, рассчитывая на ответные понимание и поддержку; деструктивный вектор предполагает наличие непрямых, скрытых форм коммуникативной активности членов семьи, где чувства не раскрываются и не ценятся);

- *поощряемые формы поведения* (конструктивный вектор формирования семейных отношений сопровождается поощрением роста и независимости индивида (подростка), его способности видеть проблемы, конфликты и находить самостоятельное решение; деструктивный вектор сопровождается поощрением таких форм поведения подростка как зависимость, покорность, закономерно ведущие к формированию неконструктивных копинг-стратегий у подростка).

К следующей группе факторов семейной системы относятся деструктивные формы воспитания подростка, которые так же как и другие рассматриваемые блоки, являются основными мишенями профильных первично-профилактических программ:

- *гиперпротекция* (родители, чаще неосознанно препятствуют формированию таких важнейших психологических свойств у подростка, как навыки свободного и ответственного выбора, качества внутреннего локуса контроля, формированию конструктивного жизненного сценария);

- *гипопротекция* (родители снижают, таким образом, вероятность конструктивного и своевременного завершения процесса личностной идентификации у подростка);

- *потворствование* (у подростка искажается процесс формирования системы ценностей, серьезно деформируется развитие идентификационного жизненного сценария);

- *игнорирование потребностей* (данная крайность препятствует формированию адекватной самооценки и чувству деятельностного удовлетворения, необходимых для оформления конструктивного жизненного сценария и полноценного завершения личностной идентификации);

- *чрезмерность требований – обязанностей и санкций* (у подростка снижается мотивация к конструктивной деятельности – чтобы он не предпринимал и каких бы результатов не достигал – этого все равно оказывается недостаточно для позитивного эмоционального подкрепления; таким образом, процессы формирования конструктивного жизненного сценария серьезно искажаются);

- *недостаточность требований – запретов и санкций* (данная крайность в воспитании, граничащая

с попустительством, чревата искажением процесса восприятия социального контекста, в рамках которого формируется личность подростка и его идентификационные сценарии);

- *эмоциональное отвержение* (данный вариант воспитания с акцентом на установление холодных, рассудочных, «договорных» отношений между родителями и подростком, обычно имеет следствием поиска эмоциональных контактов «на стороне», где наиболее привлекательными в этом смысле могут оказаться псевдо-братские отношения преступных группировок и неформальных наркотических сообществ).

Выше обозначенные характеристики семейной системы, не являются прямыми мишенями групповой психотерапии подростков, реализуемой в соответствующих профилактических программах. Тем не менее, они должны учитываться в общей психотерапевтической стратегии ведения группы таким образом, чтобы терапевтические отношения между участниками, формируемые в ходе групповой динамики, в максимальной степени компенсировали типичные искажения или дефициты конструктивных характеристик семейной системы, отмечаемые у подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ.

В то же время рассматриваемые характеристики являются основным предметом профессиональной деятельности семейных психотерапевтов и консультантов, социальных педагогов и школьных психологов.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ ВИЧ

Ж. К. Мусабекова, А. Т. Ескалиева, Ю. А. Россинский

Мы провели кросс-секционное исследование. Пациенты с диагнозом F11. 21 (МКБ - 10, 1994) с сопутствующим ВИЧ/СПИДом составили выборку 51,0% (149 человек) от общей исследуемой группы, что составляет 3,2% от общего числа наркозависимых, состоящих на учете в областном наркологическом центре и областном центре СПИД города Караганды с диагнозом опийная наркомания (4635 человек).

Ранее мы уже отмечали, что если состояние наркотического опьянения по каким-либо причинам перестает обслуживать основной мотив аддиктивного поведения – получение дополнительных положительных психических переживаний, то это неизбежно приведет к фрустрации индивида, т.е. к конфликту между поведением (употреблением наркотика), вернее ожидаемым наркотическим эффектом, и реальными переживаниями, не соответствующих по

своим параметрам, ожидаемым переживаниям. Если этот конфликт принимает хроническую форму, то это, скорее всего, приведет к увеличению превалентности депрессивных реакций, связанных с переживанием фрустрации. Для этого мы исследовали эмоциональную сферу, а именно уровень депрессии у больных опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом.

Мы использовали стандартизированную шкалу депрессии Бека (Beck, 1961). В таблице 1 приведены только достоверные различия параметров данной шкалы. Как видно из данных таблицы 1 в обеих нозологических подгруппах (больные опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом) присутствуют случаи, у которых представлены все уровни депрессии. Однако отмечается особенность распределения депрессии по степени ее

выраженности в каждой подгруппе - у больных опиной наркоманией, инфицированных ВИЧ, и опиных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом. Так, например, в группе пациентов с отрицательным ВИЧ-статусом относительное распределение случаев депрессии по степени ее выраженности в наибольшей степени (71,3%) относилось либо к уровню

«Отсутствие депрессии» (12,5±7,2%), либо к легким формам депрессии: «Легкая депрессия» (33,8±10,4%) и «Умеренная депрессия» (25,0±9,5%). На долю более тяжелых форм депрессии пришлось менее одной трети случаев – 28,7%. Количество случаев «Выраженной депрессии» составило 13,8% (±7,5%), а количество случаев «Тяжелой депрессии» – 14,9% (±7,8%).

Таблица 1

Уровень депрессии по шкале депрессии Бека у больных опиной наркоманией с положительным (1 группа) и отрицательным (2 группа) ВИЧ-статусом

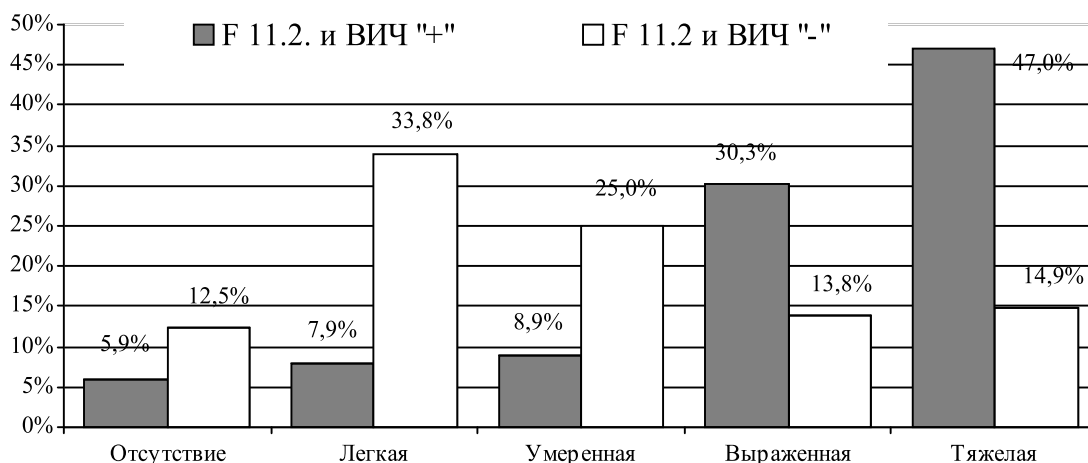
| Оценка депрессии по шкале Бека | 1 группа (n = 149) | 2 группа (n = 144) | P |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------|
| Общее количество баллов | 26,8 ± 2,1 | 16,6 ± 1,9 | < 0,01 |
| Отсутствие депрессии | 5,9 ± 4,6% | 12,5 ± 7,2% | > 0,05 |
| Легкая депрессия | 7,9 ± 5,3% | 33,8 ± 10,4% | < 0,01 |
| Умеренная депрессия | 8,9 ± 5,6% | 25,0 ± 9,5% | < 0,05 |
| Выраженная депрессия | 30,3 ± 7,5% | 13,8 ± 7,5% | < 0,05 |
| Тяжелая депрессия | 47,0 ± 9,6% | 14,9 ± 7,8% | < 0,01 |
| Когнитивно-аффективная шкала (С-А) | 17,4 ± 1,2 | 12,8 ± 1,2 | < 0,01 |
| Шкала соматических проявлений (S-P) | 10,4 ± 1 | 6,9 ± 1 | < 0,01 |

В группе пациентов, страдающих опиной зависимостью и инфицированных ВИЧ, относительное распределение случаев с различной степенью выраженности депрессии, напротив, распределилось в пользу тяжелых ее форм. Так, например, отсутствие депрессии было зарегистрировано всего в 5,9% случаев (± 4,6%), на долю более легких форм депрессии пришлось 16,8% случаев: уровню «Легкая депрессия» соответствовало 7,9% (± 5,3%) случаев, а уровню «Умеренная депрессия» – 8,9% (± 5,6%).

Тяжелые формы депрессии, согласно показателям шкалы Бека в данной нозологической подгруппе составили более 2/3 случаев, а именно 77,3%: случаи «Выраженной депрессии» составили 30,3% (± 7,5%), случаи «Тяжелой депрессии» – 47,0% (± 9,6%). На рисунке 6 наглядно отображено относительное распределение случаев депрессии по степени ее выраженности в группах больных опиной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом.

Рисунок 1

Распределение случаев депрессии (шкала Бека) по степени выраженности у больных опиной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом



Мы можем сравнить удельный вес тяжести депрессии в каждой нозологической подгруппе по общему количеству баллов депрессии по шкале депрессии Бека. Так, общее количество баллов депрессии у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, составило $26,8 (\pm 2,1)$, а у больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом – $16,6 (\pm 1,9)$ балла. То есть выраженность или удельная тяжесть депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых, в среднем, в 1,6 раза больше, чем у таких же больных, но не имеющих ВИЧ-заболевания.

Также необходимо отметить, что показатели когнитивно-аффективной шкалы (С-А) преобладают над показателями шкалы соматических проявлений (S-P), как в группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ (в среднем, в 1,7 раза: $17,4 \pm 1,2$ балла и $10,4 \pm 1$ балла), так и в группе больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом (в среднем, в 1,8 раза: $12,8 \pm 1,2$ балла и $6,9 \pm 1$ балла). То есть когнитивно-аффективный компонент депрессии более выражен, чем соматический компонент депрессии в обеих нозологических подгруппах.

Мы уже отметили тот факт, что в группе больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом, превалентность случаев депрессии по степени ее выраженности смещена в пользу случаев отсутствия депрессии или легких ее форм выраженности. А в группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, наоборот, превалентность случаев депрессии по степени ее выраженности смещена в пользу тяжелых ее форм. Следовательно, мы можем рассчитать относительные риски или соотношение шансов легких и тяжелых форм депрессии в этих нозологических подгруппах. В отношении превалентности случаев тяжелой депрессии можно констатировать тот факт, что относительные риски случаев выраженной и тяжелой депрессии достоверно

($P < 0,05$) в группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, в среднем, в 2,7 раза больше, чем у опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом ($77,3 \pm 6,9\%$ и $28,7 \pm 1,1\%$). В том числе, относительные риски случаев выраженной депрессии больше в 2,2 раза ($30,3 \pm 7,5\%$ и $13,8 \pm 7,5\%$), а случаев тяжелой депрессии – в 3,1 раза ($47,0 \pm 9,6\%$ и $14,9 \pm 7,8\%$). В отношении превалентности случаев легкой и умеренной депрессии можно констатировать тот факт, что относительные риски случаев легкой депрессии достоверно ($P < 0,05$) в группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, в среднем, в 4,3 раза меньше, чем у опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом, а превалентность случаев умеренной депрессии меньше в 2,8 раза.

Таким образом, на основании анализа представленных данных, можно сделать вывод, что у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, при сравнении с опийными наркозависимыми, имеющими отрицательный ВИЧ-статус, относительные риски случаев тяжелых форм депрессии достоверно выше, а легких форм депрессии – ниже. То есть наличие ВИЧ-инфекции (положительный статус ВИЧ) выступает как фактор риска развития более тяжелых форм депрессии у больных опийной наркоманией.

Необходимо отметить еще один немаловажный факт, выявленный в результате нашего исследования. Согласно показателям шкалы депрессии Бека, у подавляющего большинства ($87,5\%$) больных опийной наркоманией, не имеющих ВИЧ-инфекции, присутствуют признаки наличия депрессии той или иной степени выраженности. Более того, почти в 1/3 (в $28,7\%$) случаев выявляются признаки выраженной и тяжелой депрессии. Этот факт необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий в отношении данного контингента.

Литература:

1. Бек А., Раи А., Шо Б., Эмери Т. *Когнитивная психотерапия депрессий*. - СПб, 2003.
2. Березина Т. Н. *Многомерная психика. Внутренний мир личности*. - М., 2001.
3. Василюк Ф. Е. *Психология переживания*. - М., 1984.
4. *Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-10)*, 1994 г.

КОНТИНУАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ В ПРОГРАММАХ МСР

Т. В. Пак

г. Павлодар

С целью повышения общей эффективности и доступности программ медико-социальной реабилитации (МСР), расширения возможностей и ассортимента услуг в системе наркологической помощи, нами обоснована модель континуального

психотерапевтического подхода, определяющая более высокие показатели ремиссии, уровня социального функционирования и качества жизни лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), их ближайшего окружения и созависимых. Данная модель

континуального подхода в программах МСР интегрирует взаимообусловленные психотерапевтические блоки:

- мотивационную психотерапию с выделением дифференцированных задач на каждом этапе;
- интегративно - развивающую групповую психотерапию на основных этапах МСР (адаптационном, интегративном, стабилизационном, профилактическом);
- противорецидивную и поддерживающую психотерапию с выделением дифференцированных задач на каждом этапе;
- семейную и супружескую психотерапию на основных этапах МСР (адаптационном, интегративном, стабилизационном, профилактическом).

Нами впервые рассматривается системный подход к программам МСР, использующий принципы континуальности, этапности, взаимообусловленности и преемственности, основным функциональным концептом, которого является континуальная интегративно-развивающая психотерапия больных, зависимых от опиоидов, их значимых других лиц и созависимых. Системная реализация модели данного психотерапевтического подхода в программах МСР осуществляется за счет континуальной эксплуатации психотерапевтических кластеров (мотивационной, интегративно-развивающей, противорецидивной и поддерживающей, семейной и супружеской психотерапии), стратегической целью которых является

развитие дефицитарных личностных и социальных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Промежуточные результаты исследования

Основным объектом исследования являются больные, зависимые от опиоидов, обратившиеся за наркологической помощью и участвующие в программах МСР.

Предметом исследования являются клиничко-психопатологические, психологические, катamnестические и социальные параметры, оцениваемые системой промежуточных и итоговых индикаторов.

В основную исследуемую группу вошли пациенты, зависимые от опиоидов, которые участвуют в программе МСР, основанной на континуальном психотерапевтическом подходе (клинический эксперимент). В контрольную исследуемую группу вошли пациенты, также зависимые от опиоидов, но которые участвуют в стандартной программе МСР, использующей дискретный психотерапевтический подход. Исследуемые группы по общим характеристикам и нозологической принадлежности сопоставимы и репрезентативны.

Динамика клинических психопатологических синдромов/симптомов в основной и контрольной группах

Таблица 1

Показатели длительности в днях проявлений психопатологических синдромов/симптомов на момент завершения стационарного этапа МСР

| Психопатологические синдромы / симптомы | Основная группа (в днях) | Контрольная группа (в днях) |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| Депрессивный | 7,6 | 11,2 |
| Патологическое влечение к наркотику | 7,6 | 10,5 |
| Астенический | 8,4 | 13,7 |
| Анозогнозия | 15,0 | 21,0 |
| $P < 0,05$ | | |

Средняя длительность депрессивных расстройств в основной группе составила 7,6 дня, в контрольной группе – 11,2 дня, что в среднем на 3,6 дня меньше.

Степень выраженности проявлений депрессивного синдрома нами ранжирована следующим образом:

- 0 баллов - отсутствие проявлений данного синдрома;
- 1 балл – слабо выраженные проявления данного синдрома;

- 2 балла – проявления данного синдрома средне выраженные;

- 3 балла – выраженные проявления депрессивного синдрома.

Среднее значение степени выраженности депрессивного синдрома в основной группе ниже на 0,5 балла (2,5 балла) в сравнении с контрольной группой (2,9 балла). Таким образом, в основной группе, длительность и степень выраженности депрессивного синдрома достоверно ниже, чем в контрольной группе.

Показатели степени выраженности проявлений психопатологических синдромов в баллах на момент завершения стационарного этапа МСР

| Степень выраженности проявлений | | Основная группа (в %) | Контрольная группа (в %) |
|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Депрессивные расстройств | Слабо выраженные | 54,3 | 7,1 |
| | Умеренно выраженные | 45,7 | 92,9 |
| Патологическое влечение к наркотику | Слабо выраженные | 27,6 | 3,6 |
| | Умеренно выраженные | 70,5 | 94,1 |
| | Зарегистрированные случаи (в случаях) | 2,16 | 3,27 |
| P < 0,05 | | | |

Средняя суммарная продолжительность выраженных проявлений актуализации патологического влечения к наркотику в основной группе на 2,9 дня меньше, чем в контрольной группе, и составила 7,6 дня, в контрольной группе, соответственно, 10,5 дня. Среднее значение степени выраженности первичного патологического влечения к наркотику в основной группе достоверно меньше и составило 2,7 балла, в контрольной группе - 3 балла. Количество зарегистрированных случаев актуализации первичного патологического влечения к

наркотику в среднем в 1,5 раза меньше в основной группе в сравнении с контрольной группой (2,2 и 3,3).

Следовательно, длительность и степень выраженности основных клинических психопатологических синдромов (патологического влечения к наркотику; депрессивного) в основной группе достоверно ниже в сравнении с контрольной группой.

Динамика показателей отношения к болезни в процессе стационарного этапа МСР

Таблица 3

Показатели динамики отношения к болезни на момент завершения стационарного этапа МСР

| Параметры | Основная группа (в %) | Контрольная группа (в %) |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| <i>Отношение к болезни</i> | | |
| Анозогнозия | 0,98 | 12,2 |
| Псевдокритичное | 13,7 | 29,3 |
| Критичное | 70,6 | 31,7 |
| <i>Алексетимия</i> | | |
| Отсутствие признаков | 83,3 | 36,6 |
| Наличие признаков | 11,8 | 31,7 |
| Выражена | 4,9 | 24,4 |
| Значительно выражена | 0 | 7,3 |
| P < 0,05 | | |

В основной группе пациенты с отсутствием критики к заболеванию на момент завершения стационарного этапа МСР составили менее 1%, в контрольной группе, соответственно, 12%.

В основной группе в 2 раза меньше оказалось пациентов с псевдокритичным отношением к собственной болезни (13,7%), в контрольной группе, соответственно, 29,3%.

Средняя длительность анозогностического симптома в основной группе составила 15 дней, в контрольной группе - 21 день.

После завершения стационарного этапа МСР у пациентов основной группы отсутствие признаков алексетимии наблюдалось у 83,3%, в контрольной группе - у 36,6%.

Выраженные признаки алексетимии в основной группе отсутствовали, в контрольной группе составили 7,3%.

Таким образом, в основной группе в процессе стационарного этапа МСР сформировано критичное отношение к болезни у 70,6% пациентов, соответственно, в контрольной группе – у 31,7%.

Динамика развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости по объективной и субъективной оценкам

Исследование динамики объективной и субъективной оценки развития личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости проводилось нами ранжировано в баллах:

- 0 баллов – признак отсутствует;
- 1 балл – признак слабо выражен;
- 2 балла – признак выражен в достаточной степени;
- 3 балла – признак резко выражен.

Таблица 4

Динамика объективной оценки в баллах развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в процессе стационарного этапа МСР

| Исследуемый параметр | Основная группа (в баллах) | Контрольная группа (в баллах) |
|---|----------------------------|-------------------------------|
| Признаки личностной идентификации | 2,3 | 1,0 |
| Наличие конструктивного жизненного сценария | 2,3 | 0,8 |
| Исключение наркотика из жизненного сценария | 2,2 | 0,9 |
| Внутренний локус контроля | 2,2 | 1,0 |
| Навыки ответственного выбора | 2,4 | 0,9 |
| Наличие ресурсов для реализации жизненного сценария | 2,4 | 0,8 |
| Адекватная информированность о наркотиках | 1,3 | 0,7 |
| P < 0,05 | | |

Средние показатели объективной оценки развития психологических свойств антинаркотической устойчивости у пациентов основной группы достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы. Динамика свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости, в среднем, в 2 раза выше у пациентов основной группы, ориентированных на

континуальный психотерапевтический подход, одним из блоков которого является интегративно – развивающая психотерапия, в сравнении с контрольной группой, ориентированной на дискретный подход.

Динамика уровня психотерапевтической коммуникации континуального подхода

Таблица 5

Динамика показателей в баллах уровня психотерапевтической коммуникации континуального подхода в процессе стационарного этапа МСР

| Исследуемый параметр | Основная группа | Контрольная группа |
|---|-----------------|--------------------|
| Аналогия в мимике | 1,5 | 0,65 |
| Аналогия в моторике | 1,7 | 0,7 |
| Выраженность вегетативных реакций | 1,6 | 0,6 |
| Уровень мышечной релаксации | 1,6 | 0,6 |
| Степень присоединения по тембру и интонации | 4,6 | 3,2 |
| Синхронизация дыхательного ритма | 1,4 | 0,8 |
| Синхронизация речевого темпо- ритма | 1,7 | 0,7 |
| Степень сокращения дистанции | 1,5 | 0,7 |
| P < 0,05 | | |

Показатели динамики степени сокращения дистанции между психотерапевтом и пациентом в основной группе в 2,3 раза превышают соответствующие показатели в контрольной группе (1,55 и 0,67 балла).

Показатели динамики психотерапевтического присоединения (аналогия в мимике, моторике, присоединение по тембру и интонации речи, синхронизация дыхательного и речевого темпо-ритма) в основной

группе составляют 2,1 балла, в контрольной, соответственно, 1,2 балла (в соотношении 1,8:1). Низкий уровень напряжения, определяемый по уровню мышечной релаксации в процессе групповой психотерапии, в основной группе соответствует 1,6 балла, в контрольной группе – 0,6 балла (в соотношении 2,6:1).

Таким образом, показатели объективных признаков достижения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации отражают большую эффективность модели континуального психотерапевтического подхода, в сравнении с дискретным подходом в программах МСР. Эффективность данного терапевтического подхода обеспечивается за счет континуальной эксплуатации взаимообусловленных психотерапевтических блоков: мотивационной, интегративно-развивающей, противорецидивной и поддерживающей, семейной и супружеской психотерапии в комплексных

программах МСР на стационарном и амбулаторном этапах.

Внедрение в программы МСР системного континуального психотерапевтического подхода, стратегическим функциональным концептом которого является формирование и развитие дефицитарных личностных и социальных свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости, позволит повысить показатели ремиссии (длительность, стойкость и качество), обеспечить успешную ресоциализацию и реинтеграцию реабилитантов, а также улучшить качество жизни значимых других лиц и созависимых.

Разработка и институализация соответствующих профессиональных стандартов (организационных, квалификационных, образовательных и стандартов услуг) позволят повысить профессиональный уровень специалистов (врача нарколога, психотерапевта, психолога) в системе наркологической помощи.

Литература:

1. Альтшулер В. В. Патологическое влечение к алкоголю. - М, 1994.
2. Валентик Ю. В., Вострокнутов Н. В., Герши А. А., Дудко Т. Н., Тростанецкая Г. Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - № 2. - С. 31 - 35.
3. Винникова М. А. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к наркотику // Вопросы наркологии. — 2001. - № 2. - С. 20-27.
4. Гузиков Б. М., Ерышев О. Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии. – В кн.: Психологические исследования и психотерапия в наркологии. – 1989.
5. Катков А. Л. Манифесты развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал. - 2001. - № 3. - С. 49 - 78.
6. Катков А. Л. Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии // Журнал «Психотерапия» (Академическое издание) / Litera - 2000. - 2003. – Т. 1, № 3. – С. 6 - 15.
7. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно- развивающая психотерапия больных наркоманией. - Павлодар, 2003. - 267 стр.
8. Менделевич В. Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). — М: МЕДпресс-информ, 2003. - 328 с.
9. Минко А. И., Линский И. В. Наркология в вопросах и ответах / «Медицина для всех». – Ростов - на - Дону: Феникс, Харьков: Торсинг, 2003. – 480 с.
10. Москаленко В. Д. Зависимость: семейная болезнь. – М.: ПЕР СЭ, 2002. - 335 с.
11. Негериш Н. В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. - 1999. - № 2. - С. 57-61.
12. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. Реабилитация наркологических больных: Концепция и практическая программа. - М., 2000. - 36 с.
13. Hurcom C., Copello A. Tile family and alcohol: Effects of excessive drinking and conceptualisations of spouses over rcccnl decades // Substance Use & Misuse. — 2000. — Vol. 35, N. 4. — P. 473-502.

ТОТАЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ У ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ

Ж. Ж. Бултачеев

г. Кызылорда

Через масштабных экологических катастроф и социальных катаклизмов, постигших людей во второй половине XX века в различных странах мира, привела к изучению влияния экологических факторов на психическое здоровье населения (Кудьярова Г. М. Бултачеев Ж. Ж. 1989; Бултачеев Ж. Ж., 1990; Александровский Ю. А., Румянцева Г. М., Юров В. В., Мартюшов А. Н., 1991; Аллен П., др., 1996; Drottz-Sjoberg B. M., Persson L., 1993). В настоящее время можно говорить об истории и складывающихся традициях исследований в области экологической психиатрии.

Однако работ о формировании зависимостей в экологически неблагоприятных регионах в доступной нам литературе не обнаружено.

Практически, наиболее сложной проблемой является определение роли собственно психологического воздействия условий, которые могут одновременно воздействовать так же и на соматическую составляющую возникновения зависимостей. К тому же, ситуация риска, складывающаяся для жителей экологически неблагополучных местностей, не исчерпывается негативным психологическим воздействием на здоровье людей только факторов, повреждающих природную среду (Drottz-Sjoberg B. M., Persson L., 1993). Моральный прессинг, которому подвергается пострадавшее население, во многом бывает обусловлен информационной средой, созданной как самим сообществом пострадавшего населения, так и средствами массовой информации, законодательными и распорядительными актами органов власти. В результате совокупного воздействия достоверной и искаженной информации у лиц, проживающих в неблагоприятных условиях, возникает особенное представление обо всем спектре рисков, которым они ежедневно подвергаются. Порой события, непосредственно не связанные с экологической ситуацией трактуются как ее прямое следствие (Хавенаар Й. М., 1996).

Кроме того, сочетание искаженного восприятия рисков (в том числе – связанных с экологической обстановкой) с мероприятиями по реабилитации пострадавшего населения может привести к парадоксальному эффекту. На наш взгляд, его можно было бы определить как «комплекс пострадавшего», когда социальные, медицинские и прочие мероприятия лишь фиксируют внимание пострадавшего. Создают у него впечатление недомолвок о масштабах экологического бедствия, недостаточного внимания со стороны властей и специалистов, ответственных за реабилитационные мероприятия, и так

далее. Несомненно, подобная ситуация служит добавочным (если не основным фактором) провоцирующим развитие зависимости.

В связи с изложенным выше, целью данного сообщения является представление результатов исследования восприятия рисков, пострадавшим населением в экологически неблагоприятных регионах Республики Казахстан. Заметим, что данная работа проводилась в рамках проведения комплексного клинико-эпидемиологического исследования, направленного на наиболее раннее выявление признаков психической дезадаптации и зависимости среди населения этих местностей и разработку оптимальных мероприятий по профилактике и реабилитации.

Настоящее исследование проведено среди населения двух регионов с неблагоприятной природной средой – городов Аральск и Кызылорда. Каждый из них по-разному оценивается, с точки зрения, экологической ситуации. Так экологическая ситуация в регионе города Аральска определяется как кризисная, а в регионе города Кызылорда - предкризисная. Для достаточной репрезентативности материалов исследования было обследовано по 650 жителей в каждом из указанных регионов, в том числе по 160 мужчин и 165 женщин. Кроме численного равенства групп и одинакового распределения респондентов по признаку половой принадлежности, в обоих регионах обследованные лица примерно одинаково были распределены и по возрастным группам. Данный подход был применен для исключения влияния на результаты анализа факторов половой принадлежности и возраста.

В качестве методической основы была использована работа Slovic P. (1987), в которой, на основании факторного анализа, были выделены два главных компонента, описывающие систему восприятия разного рода рисков, с которыми сталкивается человек в повседневной жизни. Согласно смысловому содержанию выделенных компонент, всякий риск может быть охарактеризован как:

- контролируемый или неконтролируемый, добровольный или недобровольный, оправданный или неоправданный (катастрофический) – *первая компонента*;
- предсказуемыми последствиями или нет, немедленный или отставленный, старый или вновь возникший – *вторая компонента*.

По данным Slovic P. (1987), каждый из компонентов представляет самостоятельный, не связанный друг с другом набор характеристик, позволяющих

достаточно точно оценить структуру и значимость любой опасности для той или иной группы населения. По тому, как взаимосвязаны (коррелированы) между собой отдельные риски, а так же как они связаны с описанными компонентами (по факторным нагрузкам), можно понять, как определяются респондентами свойства каждой из предъявленных для оценки ситуаций, связанных с опасностью.

В настоящей работе использовался опросный лист, содержащий список из 19 ситуаций риска, указанный ниже в таблице 1. Каждую из представленных ситуаций респондентам предлагалось оценить по 4-балльной шкале: 1 балл - отсутствие риска, 2 – минимальный риск, 3 – умеренный риск, 4 – максимальный риск.

Таблица 1 содержит частотное распределение каждого из учтенных рисков по обследованным регионам, если респонденты оценивали ситуацию риска как умеренную или максимально опасную.

Однако следует отметить, что в большинстве таких случаев ситуации, связанные с потенциальной опасностью, все же характеризовались как умеренные.

Если сложить все виды зависимости в единое целое, то степени риска можно определить как тотальные (таблица 1), что косвенно может свидетельствовать о достаточно существенном уровне эмоционального напряжения в обследованных популяциях, связанного с экологической обстановкой.

Наиболее рельефно структура восприятия рисков прослеживается по результатам факторного анализа и подтверждает тенденции, прослеженные в таблице частотного распределения оценок риска. Причем, процедура факторного анализа методом главных компонентов была применена для первичных данных по каждой группе отдельно. Отметим, что в нашей работе интерпретация полученных факторов в целом совпадала с данными Slovic P. (1987).

Таблица 1

Распределение респондентов по обследованным регионам, оценивших предложенные ситуации риска как умеренные или максимальные

| Предложенные ситуации | Аральск | | Кызылорда | |
|--|---------|-------|-----------|-------|
| | абс. | % | абс. | % |
| Употребление некачественной еды | 493 | 78,3 | 448 | 71,1 |
| Употребление некачественной воды | 523 | 83,05 | 440 | 69,8 |
| Употребление алкоголя | 404 | 64,1 | 352 | 55,9 |
| Курение | 328 | 52,1 | 345 | 54,8 |
| Употребление наркотиков | 310 | 49,2 | 292 | 46,4 |
| Автомобильный транспорт | 219 | 34,7 | 256 | 40,7 |
| Железнодорожный транспорт | 272 | 43,1 | 267 | 42,4 |
| Безработица | 391 | 62,1 | 416 | 66,1 |
| Общее снижение уровня жизни | 282 | 44,8 | 258 | 41,0 |
| Терроризм | 251 | 39,9 | 307 | 48,75 |
| Локальные военные конфликты | 221 | 35,0 | 138 | 21,9 |
| Уличная преступность | 398 | 63,2 | 389 | 61,8 |
| Низкий уровень медицинской помощи | 561 | 89,0 | 567 | 90,0 |
| СПИД | 148 | 23,5 | 144 | 22,9 |
| Онкологические заболевания | 209 | 33,1 | 253 | 40,1 |
| Сердечнососудистые заболевания | 348 | 55,2 | 366 | 58,1 |
| Инфекционные и паразитарные заболевания | 334 | 53,0 | 353 | 56,1 |
| Радиоактивное загрязнение окружающей среды | 278 | 44,2 | 329 | 52,3 |
| Химическое загрязнение окружающей среды | 556 | 88,2 | 392 | 62,3 |

В таблице факторных нагрузок (таблица 2), в частности, отрицательные нагрузки по фактору 1 позволяли оценивать риск как более контролируемый и добровольный, (употребление алкоголя и курение), а положительные напротив, как недобровольный и неконтролируемый риск (наркомания).

Отрицательные нагрузки по фактору 2 свидетельствовали о «привычности» ситуаций риска, предсказуемости (известности) и «немедленности» его последствий (употребление алкоголя, курение, наркомания). Положительные факторные нагрузки по

указанному фактору характеризовали риск как непривычный (неизвестный), отставленный риск и, к тому же, с непредсказуемыми последствиями.

Анализ факторных нагрузок (таблица 2), позволяет говорить, прежде всего, о субъективной значимости для обеих групп респондентов рисков, связанных с экологическим неблагополучием. То есть оценивать наркоманию как неконтролируемый, недобровольный и непредсказуемый, следовательно, наиболее опасный.

Риски, связанные с зависимостью весьма близки по факторным нагрузкам в обоих регионах.

Результаты факторного анализа методом главных компонент субъективного восприятия различного рода рисков респондентами Аральского и Кызылординского региона

| | Аральск | | Кызылорда | |
|--|----------|----------|-----------|----------|
| | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 1 | Фактор 2 |
| Употребление некачественной еды | -0,02 | -0,14 | -0,25 | -0,14 |
| Употребление некачественной воды | 0,05 | -0,25 | -0,07 | -0,25 |
| Употреблении алкоголя | -0,61 | -0,43 | -0,61 | -0,43 |
| Курение | -0,26 | -0,07 | -0,45 | -0,17 |
| Употребление наркотиков | 0,52 | -0,49 | 0,68 | -0,49 |
| Автомобильный транспорт | 0,16 | -0,54 | 0,01 | -0,54 |
| Железнодорожный транспорт | 0,22 | -0,36 | 0,42 | -0,44 |
| Безработица | -0,45 | 0,58 | -0,51 | 0,38 |
| Общее снижение уровня жизни | 0,09 | 0,15 | 0,55 | 0,1 |
| Терроризм | 0,23 | 0,84 | 0,05 | 0,63 |
| Локальные военные конфликты | 0,82 | 0,21 | 0,32 | 0,19 |
| Уличная преступность | 0,56 | -0,75 | 0,56 | -0,75 |
| Низкий уровень медицинской помощи | 0,18 | 0,25 | -0,14 | 0,28 |
| СПИД | -0,33 | 0,79 | -0,63 | 0,43 |
| Онкологические заболевания | 0,32 | 0,43 | 0,29 | 0,43 |
| Сердечнососудистые заболевания | 0,38 | 0,56 | -0,28 | 0,46 |
| Инфекционные и паразитарные заболевания | 0,13 | 0,12 | -0,43 | 0,08 |
| Радиоактивное загрязнение окружающей среды | 0,77 | 0,65 | 0,41 | 0,65 |
| Химическое загрязнение окружающей среды | 0,88 | 0,75 | 0,54 | 0,75 |

Представленные данные наглядно отражают проблему выработки единых подходов к организации психопрофилактической и реабилитационной помощи населению в регионах с неблагоприятной экологической ситуацией. Кроме того, актуальной задачей при этом является выделение групп не только по признаку

актуальности экологических проблем. На наш взгляд, целесообразно отслеживать субъективную оценку рисков в различных социальных группах, а также у лиц, обнаруживающих отдельные невротические симптомокомплексы, которые могут являться предвестниками формирования различных форм зависимости.

Литература:

1. Кудьярова Г. М., Бултачиев Ж. Ж. Невротические состояния у детей и подростков, проживающих в Приаралье // Вопросы психиатрии и наркологии. - Целиноград, 1989. - С. 80-81
2. Бултачиев Ж. Ж. Эмоциональные реакции у детей Приаралья // Всесоюзная конференция «Экстрем-90». - М., 1990. - С. 316-317
3. Александровский Ю. А., Румянцева Г. М., Юров В. В., Мартюшов А. Н. Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса у жителей районов, пострадавших после аварии на ЧАЭС // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1991. - Вып. 12. - С. 3-6
4. Аллен П. Роль радиационных и психологических факторов в формировании невротических симптомов у населения, вовлеченного в аварию на ЧАЭС // Медицина катастроф, 1996. - 4 (16). - С. 61
5. Хавенаар Й. М. После Чернобыля (исследование психологических факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы). - М., 1996, 189 с.
6. Drottz-Sjoberg B. M., Persson L. Public reaction to radiation: fear, anxiety, or phobia? // Stockholm: Center for Risk Research, 1993. - P. 223-231
7. Slovic P. Perception of Risk // Science. - N 236, 1987. - P. 280 - 285

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

А. С. Каражанова

Последнее десятилетие характеризуется повсеместным распространением злоупотребления наркотическими средствами и психотропными веществами в Республике Казахстан и в других регионах постсоветского пространства (Валентик Ю. В., 2003, Катков А. Л., 2005). Особую обеспокоенность вызывает увеличение наркологической заболеваемости у детей и подростков. По данным официальной статистики на 2006 год в Республике Казахстан насчитывается 2275 наркотизирующихся детей и 12718 подростков.

Острая необходимость в эффективном противодействии данному социальному явлению определила проведение исследований в области лечения и реабилитации несовершеннолетних пациентов, злоупотребляющих ПАВ. Так, на базе Павлодарского наркологического диспансера (Областной Центр профилактики и лечения зависимых заболеваний) была апробирована программа медико-социальной реабилитации детей (МСРД), зависимых и злоупотребляющих токсичными веществами. Данная программа представляла собой комплексную, взаимосвязанную систему медицинских, педагогических (воспитательных, психологических, образовательных) и социальных мероприятий, направленных на: 1) избавление от физической и установление контроля над психической зависимостью от ПАВ; 2) восстановление биологических и развитие социальных адаптационных навыков; 3) развитие личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма. Программа основана на концепции формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у детей, с учетом возрастных физиологических и психологических особенностей (Марашева А. А., 2005). Включение в программу МСРД было добровольным и с обязательного письменного согласия родителей (опекуна) пациентов.

Программа была разработана с целью повышения качества оказываемых услуг в амбулаторных условиях в сфере наркологической службы РК, а именно детско-подросткового сектора. От традиционных лечебно-реабилитационных подходов и программ, используемых в отношении детей, зависимых от ПАВ, на территории Республики Казахстан программа МСРД отличалась комплексностью, использованием инновационных технологий неабилизации, семейной психотерапии и школьной реадaptации, способствующие ускоренному формированию устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ детей, а также более длительным сотрудничеством с пациентом и его ближайшим окружением.

В реализации программы медико-социальной реабилитации детей, злоупотребляющих токсическими

веществами, важным являлось осуществление индивидуального подхода с учетом потенциальных возможностей пациента, возвращения (адаптации) в семью и общество, основанная на субъективных и объективных данных о наследственности, преморбиде, особенностях физического и психического развития, личностных и социальных свойствах антинаркотической устойчивости, а также форме, тяжести и последствиях наркологического заболевания. Проводимые исследования в области влияния реабилитационного потенциала на формирование ремиссий подтверждают необходимость дифференцированного подхода в лечебно-реабилитационном процессе (Молчанов С. Н., 2001, 2003, 2005)

В настоящей статье приводится адаптированная для несовершеннолетних пациентов шкала критериев оценки уровней реабилитационного потенциала. Специфика оценки реабилитационного потенциала несовершеннолетних заключалась в акценте на наличие преморбидной и коморбидной патологии, наследственной предрасположенности, сформированности нормохронологических личностных новообразований, условиях развития ребенка, взаимоотношениях с родителями (опекунами и другими значимыми лицами), готовности последними оказывать содействие в процессе реабилитации.

Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала представлена четырьмя блоками. 1 блок включает в себя данные о преморбидных особенностях пациента, 2 – клинические особенности заболевания, 3 – особенности социального статуса и социальных последствий и 4 сформированность нормохронологических новообразований.

В первых трех блоках информация представлена в виде перечня признаков. В 4 блоке данные представлены в виде таблицы, что позволяет использование шкалы оценки уровня реабилитационного потенциала у детей и подростков. В строках таблицы представлены нормохронологические новообразования, столбцы несут в себе информацию о различных возрастных периодах. В зависимости от возраста обследуемого пациента, в таблице отмечается сформированность того или иного признака.

Определение нормохронологических новообразований было дано Л. С. Выготским. В основу периодизации психического развития ребенка было положено понятие ведущей деятельности, которая характеризуется тремя признаками: 1) она должна быть смыслообразующей для ребенка. Например, в 3 года бессмысленные ранее вещи приобретают для ребенка смысл в контексте игры. Следовательно, игра и есть ведущая деятельность и средство смыслообразования; 2) в контексте этой деятельности складываются

базовые отношения со взрослыми и сверстниками; 3) в связи с освоением ведущей деятельности возникают основные новообразования возраста (круг способностей, которые позволяют эту деятельность реализовать, например, речь). На каждом из этапов психического развития ведущая деятельность имеет решающее значение. При этом другие виды деятельности не исчезают. Они есть, но существуют как бы параллельно и не являются главными для психического развития. Например, игра является ведущей деятельностью дошкольников. Но она не исчезает у школьников, хотя уже и не является ведущей деятельностью. Новообразования или, как еще их называют, конструктивные процессы развития, появляются в критические периоды развития ребенка. Критические периоды развития отмечаются в возрасте 1 года, 3, 7 и 13 лет. Во время этих периодов ребенок за очень короткий срок меняется весь в целом, в основных чертах личности. Это революционное, бурное, стремительное течение событий, как по темпу, так и по смыслу совершающихся перемен. Новообразования критических периодов носят переходный характер, то есть они не сохраняются в том виде, в котором возникают.

Таким образом, в зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала несовершеннолетние пациенты подразделялись на 3 группы: больные с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала.

Высокий уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями;
- преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- периодической формой влечения к наркотикам;
- эпизодическим употреблением ПАВ;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- отсутствием или слабой степенью выраженности постабстинентных расстройств;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- сформированностью нормохронологических новообразований, способствующих конструктивному развитию ребенка или подростка;
- готовностью родителей сотрудничать в плане лечения пациента;

Как правило, это дети или подростки с эпизодическим употреблением ПАВ, без определенного предпочитаемого наркотического вещества. Характерно групповое употребление ПАВ. Синдром отмены не сформирован, но присутствуют постинтоксикационные проявления. Чаще отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения,

приобретаемые в период злоупотребления ПАВ: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция, эмоциональные и поведенческие расстройства. Наблюдаются спонтанные или стойкие терапевтические ремиссии в анамнезе.

У пациентов с высоким уровнем реабилитационного потенциала, как правило, присутствует осознание вреда употребления ПАВ. Мотивация на участие в реабилитационном процессе носит обычно добровольный характер с преобладанием мотивов на развитие (личностный рост, восходящая социальная динамика, приобретение духовных ценностей и принципов и т.д.) и подкрепляется активной поддержкой родителей (и других значимых лиц).

Средний уровень реабилитационного потенциала характеризуется:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными отношениями между членами семьи;
- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, легкой внушаемостью;
- первой, реже второй стадией зависимости;
- преобладанием постоянной формы влечения к психоактивным веществам, особенно в периоды рецидивов заболевания.
- постинтоксикационными проявлениями или низкой интенсивностью симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2-3 дней);
- единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальными мыслями (иногда демонстративные суицидальными действиями) в период наркотического абстинентного синдрома;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то, как правило, короткие и неустойчивые;
- частичной сформированностью нормохронологических новообразований;
- конфликтными отношениями с родителями и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов;
- морально-этическими изменениями средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.).

У данного контингента больных часто отмечается групповое употребление ПАВ, с тенденцией к одиночному потреблению. Это пациенты с определенной частотой употребления психоактивного вещества

(до 5 раз в неделю в течение нескольких месяцев). Сформировано предпочтение к определенному психоактивному веществу. Может присутствовать синдром отмены, характеризующийся рудиментарными и менее выраженными по интенсивности (в сравнении со взрослыми) клиническими проявлениями. Наблюдаются заболевания, приобретенные в период наркотизации: чаще выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства, неврастенический синдром, а так же возможное появление коморбидной патологии – гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, иногда ВИЧ-инфекция и туберкулез. Спонтанные ремиссии редки, непродолжительный период воздержания от употребления ПАВ в анамнезе.

Мотивация на участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов, характеризующихся желанием избавиться от неприятных проявлений абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания и прочее. Характерна готовность родителей (опекунов) в оказании содействия в лечении и реабилитации их детей, возможно их активное участие, но непродолжительное время.

Низкий уровень реабилитационного потенциала. Характерным являются:

- высокий удельный вес наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);

- воспитание в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье, злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей или гиперопекой со стороны родителей (или разведенной матери);

- задержка или патология физического и, особенно, психического развития; инфантилизм, невротическое развитие, психопатоподобное поведение, девиантное, а порой и делинквентное поведение в анамнезе;

- как правило, низкая успеваемость в школе;
- круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый;
- продолжительность злоупотребления ПАВ более 2 лет;
- вид влечения к наркотикам - постоянный;
- абстинентный синдром сопровождается выраженными аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр.;
- передозировки психоактивными веществами, суицидальные мысли и действия в период абстинентного синдрома или в ремиссии;
- семейные отношения конфликтные или крайне конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;

- выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, неумение пользоваться своим опытом, торпидность мышления, ослабленные способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладающая быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти.

У данного контингента пациентов отмечается одиночное регулярное употребление ПАВ (практически ежедневно в течение месяцев, лет). Предпочитают определенное психоактивное вещество. Сформирован синдром отмены, характеризующийся рудиментарными и менее выраженными по интенсивности (в сравнении со взрослыми) клиническими проявлениями. Наблюдаются заболевания, приобретенные в период наркотизации: выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства, неврастенический синдром, сопутствующая соматическая патология – гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, иногда ВИЧ-инфекция и туберкулез. Непродолжительный период воздержания от употребления ПАВ в анамнезе.

Мотивация на участие в реабилитационном процессе основана на прагматичных намерениях: избежать наказания, преследования, получить поддержку, выгоду и прочее. Родители (опекуны), как правило, не принимают участие в реабилитационном процессе.

Таблица 1

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды)

| Основные составляющие реабилитационного потенциала | Баллы |
|--|-------|
| 1 БЛОК – ПРЕМОРБИД | |
| 1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (мать, отец, сестра, брат): не отягощена | 5 |
| отягощена: алкоголизмом, наркоманией психическими заболеваниями | -2 |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| Основные составляющие реабилитационного потенциала | Баллы |
|--|------------------------------|
| 2. Наследственность по восходящей линии: неотягощена | 3 |
| отягощена: алкоголизмом, наркоманией психическими заболеваниями | -1 -1 |
| 3. Условия воспитания: в полной семье только матерью только отцом у родственников в приемной семье в детском доме | 5 2 2 1 -1 -2 |
| 4. Материальное положение семьи: хорошее среднее плохое | 4 3 1 |
| 5. Отношения между родителями: ровные (хорошие, удовлетворительные) неровные (периодически конфликтные) постоянно конфликтные | 4 2 -1 |
| 6. Физическое развитие: норма задержка патология | 5 3 -1 |
| 7. Степень тяжести соматических заболеваний: легкая средняя тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией) | 4 2 -1 |
| 8. Половое созревание (анатомо-физиологические изменения) | |
| норма | 5 |
| акселерация | 3 |
| задержка | 3 |
| патология | -1 |
| 9. Психическое развитие: норма задержка патология | 5 3 -1 |
| 10. Проявления возрастных кризов | |
| Отсутствие признаков | 5 |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| Основные составляющие реабилитационного потенциала | Баллы |
|---|--------------|
| Явления криза проявляются лишь в некоторых жизненных ситуациях, главным образом как реакция на отрицательное влияние среды (семейные конфликты, угнетающее действие школьной обстановки и т.д.) | 3 |
| Негативизм (реакция не на содержание предложения взрослых, а на то, что оно идет от взрослых. Стремление сделать наоборот, даже вопреки собственному желанию) | -1 |
| Упрямство (ребенок настаивает на чем-то не потому, что хочет, а потому, что он этого потребовал, он связан своим первоначальным решением) | -1 |
| Строптивость (она безлична, направлена против норм воспитания, образа жизни) | -1 |
| Своеволие (стремится все делать сам). | -1 |
| Протест-бунт (ребенок в состоянии войны и конфликта с окружающими) | -1 |
| Снижение в учебной деятельности | -1 |
| 11. Психические девиации: | |
| отсутствуют | 4 |
| акцентуация | 0 |
| невротическая личность | -1 |
| психопатия | -2 |
| 12. Особенности поведения: | |
| норма | 5 |
| девиантность | 0 |
| делинквентность | -1 |
| 13. Успеваемость в школе: | |
| отлично и хорошо | 5 |
| хорошо | 4 |
| посредственно | 3 |
| неудовлетворительно | -1 |
| 14. Степень устойчивости интересов и увлечений: | |
| устойчивые | 4 |
| без особенностей | 3 |
| неустойчивые | 1 |
| 15. Отношение к труду: | |
| позитивное | 4 |
| неустойчивое | 2 |
| негативное | -1 |
| 16. Антисоциальные поступки: | |
| не было | 4 |
| были | -1 |
| II БЛОК - КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ | |
| 1. Возраст начала злоупотребления ПАВ: | |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| Основные составляющие реабилитационного потенциала | Баллы |
|---|--------------|
| 17-18 лет | 4 |
| 15-16 лет | 3 |
| 12-14 лет | 1 |
| до 12 лет | -1 |
| 2. Продолжительность заболевания: | |
| до 6 мес. | 5 |
| до 1 года | 4 |
| от 1 до 2 лет | 0 |
| более 2 лет | -1 |
| 3. Стадия синдрома зависимости: | |
| начальная (первая) | -1 |
| средняя (вторая) | -2 |
| конечная (третья) | -3 |
| 4. Способ введения наркотика: | |
| интраназально, курение, орально | -1 |
| внутримышечно или подкожно | -2 |
| внутривенно | -3 |
| 5. Параллельное злоупотребление ПАВ: | |
| практически отсутствует | 4 |
| табак | 0 |
| каннабиноидами | 0 |
| алкоголь | -1 |
| психостимуляторами | -1 |
| галлюциногенами | -1 |
| транквилизаторами | -1 |
| 6. Вид влечения к ПАВ в период воздержания (на этапах реабилитации): | |
| не выражено | 2 |
| периодический навязчивый | -1 |
| периодический компульсивный | -2 |
| постоянный | -3 |
| 7. Степень выраженности синдрома отмены: | |
| легкая | 0 |
| средняя | -1 |
| тяжелая | -2 |
| 8. Передозировка ПАВ: | |
| не было | 4 |
| однократно | -1 |
| многократно | -2 |
| 9. Суицидальные тенденции: | |
| отсутствуют | 4 |
| мысли | -1 |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| Основные составляющие реабилитационного потенциала | Баллы |
|---|--------------|
| действия | -2 |
| 10. Суицидальные тенденции проявляются: | |
| в состоянии абстинентного синдрома | -1 |
| в опьянении | -2 |
| в ремиссии | -3 |
| 11. Ремиссии: | |
| спонтанные | 4 |
| терапевтические | 3 |
| вынужденные | 1 |
| отсутствуют | -3 |
| 12. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления ПАВ: | |
| отсутствуют | 4 |
| черепно-мозговая травма | 0 |
| заболевания передающиеся половым путем | -1 |
| гепатит | -1 |
| прочее | -1 |
| ВИЧ-инфекция | -3 |
| 13. Употребление психоактивных веществ | |
| беспорядочное употребление различных ПАВ | 1 |
| предпочтительное употребление одного ПАВ, но при его отсутствии может легко заменить другим веществом | -1 |
| целенаправленный поиск и употребление одного вида ПАВ | -3 |
| 14. Приобретенные психопатологические нарушения: | |
| отсутствуют | 4 |
| эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии) | -1 |
| астенический (неврастенический) синдром | -1 |
| поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение) | -2 |
| 15. Критика к заболеванию: | |
| сохранена | 4 |
| частично сохранена | 1 |
| отсутствует | -3 |
| 16. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе: | |
| добровольное | 4 |
| добровольно-принудительное | 0 |
| недобровольное | -3 |
| 17. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе родителей (ЗДЛ): | |
| добровольное | 4 |
| добровольно-принудительное | 0 |
| недобровольное | -3 |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| Основные составляющие реабилитационного потенциала | Баллы |
|--|--------------|
| 18. Диагноз | |
| мононаркомания | -1 |
| полинаркомания | -2 |
| наркомания + алкоголизм | -2 |
| наркомания + психические заболевания | -2 |
| III БЛОК - ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ | |
| 1. Живет: | |
| в семье родителей | 3 |
| с родственниками, опекунами | 1 |
| в детском доме, интернате | -1 |
| 2. Родители (опекуны): | |
| не употребляет наркотики, алкоголь | 4 |
| болен (больны) наркоманией, алкоголизмом (ремиссия) | -1 |
| употребляют наркотики, алкоголь | -3 |
| 3. Семейные отношения: | |
| нормализованы | 4 |
| умеренно конфликтные (напряженные) | 1 |
| средне конфликтные | -1 |
| крайне конфликтные | -2 |
| 4. Трудовой статус: | |
| работает или учится | 4 |
| не учится и не работает | -3 |
| 5. Судимость, правонарушение: | |
| отсутствует | 4 |
| привлекался к уголовной ответственности (не направлялся в исправительно-трудовое учреждение) | -1 |
| был осужден 1 раз | -2 |
| был осужден 2 и более раз | -3 |
| 6. Круг социальных интересов: | |
| высокий (разнообразный) | 4 |
| средний (однообразный) | 2 |
| низкий | 0 |
| 7. Отношение родственников к употреблению ПАВ: | |
| активное противодействие | 4 |
| неодобрительное | 2 |
| индифферентное | 0 |
| 8. Отношение к учебе: | |
| творческое | 4 |
| активное | 3 |
| безразлично-пассивное | -1 |
| негативное | -2 |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| IV БЛОК – Сформированность нормохронологических новообразований | | | |
|---|-----------------|------------------|------------------|
| 1. Познавательная сфера | | | |
| | 7-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет |
| Период конкретных мыслительных операций (Мышление ребенка ограничено проблемами, касающимися конкретных реальных объектов. Конкретно мыслящие дети часто ошибаются, прогнозируя результат. Вследствие этого дети, однажды сформулировав какую-нибудь гипотезу, скорее отвергнут новые факты, чем изменят свою точку зрения. Развивается также способность мысленно проследить изменения объекта. Возникает обратимое мышление). | * | | |
| Возникновение механизма коррекции своего мышления со стороны логики, теоретического знания (ребенок способен подчинить намерение интеллектуальной цели, удержать его в течение длительного времени. Дети не только лучше запоминают, но и способны размышлять о том, как они это делают). | | * | |
| Смена мышления (Появление логического мышления. Влечет за собой новый способ поведения, новый механизм мышления. Это проявляется в критицизме и требовании доказательств. Подросток теперь тяготеет к конкретным, его начинают интересовать философские вопросы (проблемы происхождения мира, человека). Охладевает к рисованию и начинает любить музыку, самое абстрактное из искусств). | | * | |
| Стремление к самообразованию, причем часто становится равнодушным к отметкам. Порой наблюдается расхождение между интеллектуальными возможностями и успехами в школе: возможности высокие, а успехи низкие | | * | * |
| 2. Эмоциональная сфера | | | |
| | 7-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет |
| Страхи ребенка отражают восприятие окружающего мира, рамки которого теперь расширяются. Необъяснимые и вымышленные страхи прошлых лет сменяются другими, более осознанными: уроки, уколы, природные явления, отношения между сверстниками. Страх может принимать форму тревоги или беспокойства. | * | | |
| Период бурных внутренних переживаний и эмоциональных трудностей (По результатам опроса, подростки временами чувствуют себя настолько несчастными, что плачут и хотят бросить всех и все, им кажется иногда, что люди смотрят на них, говорят о них, смеются над ними). | | * | * |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| | | | |
|--|-----------------|------------------|------------------|
| Преобладание социальных фобий (Подростки становятся застенчивыми и придают большое значение недостаткам своей внешности и поведения, что приводит к нежеланию встречаться с некоторыми людьми. Иногда тревожность парализует социальную жизнь подростка настолько, что он отказывается от большинства форм групповой активности) | | * | * |
| 3. Коммуникативная сфера | | | |
| 3.1 Взаимодействие со сверстниками | | | |
| | 6-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет |
| Начало формирования групп (Дети все больше проводят времени со сверстниками, причем почти всегда одного с ними пола. Усиливается конформизм, достигая своего пика к 12 годам. Популярные дети обычно хорошо адаптируются, чувствуют себя среди сверстников комфортно и, как правило, способны к сотрудничеству). | * | | |
| Формирование групп. (Первоначально состоят из представителей одного пола, впоследствии возникает тенденция к объединению подобных групп в более крупные компании или сборища, члены которых что-то делают сообща. С течением времени группы становятся смешанными. Еще позже происходит разделение на пары, так что компания состоит только из связанных между собою пар). | | * | |
| Романтические отношения со сверстниками другого пола (здесь имеет место не столько факт симпатии, сколько форма отношений, усвоенная от взрослых (свидания, развлечения)). | | * | * |
| 3.2 Взаимодействие со взрослыми | | | |
| | 7-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет |
| Сильное влияние руководства со стороны взрослых (дети лучше чувствуют себя и успешнее развиваются в условиях демократического руководства). | * | | |
| Эмансипация от родителей. (Ребенок требует суверенности, независимости, уважения к своим тайнам. Дети еще пытаются найти взаимопонимание у родителей, однако разочарование неизбежно, так как ценности их различны: взрослые снисходительны к ценностям друг друга, а ребенок – максималист и не принимает снисхождения к себе. Разногласия происходят в основном по поводу стиля одежды, прически, ухода из дому, свободного времени, школьных и материальных проблем). | | * | |
| Дети создают оппозицию взрослому обществу | | * | * |
| 3.3 Игра | | | |
| | до 6 лет | 7-11 лет | 12-15 лет |
| | | 15-18 лет | |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| | | | | |
|--|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| Сюжетно-ролевая игра (характерна ролевая идентификация, действия имитирующие действия выбранной роли) | * | | | |
| Игра по правилам (Игра принимает социальную окраску: дети выдумывают тайные общества, клубы, секретные карты, шифры, пароли и особые ритуалы; в ней развиваются чувства сотрудничества и соперничества, приобретают личностный смысл такие понятия, как справедливость и несправедливость, предубеждение, равенство, лидерство, подчинение, преданность, предательство; роли и правила детского общества позволяют осваивать правила, принятые в обществе взрослых. Игры с друзьями в этот период занимают больше всего времени) | | * | | |
| Переход игры ребенка в фантазию подростка. (По сравнению с фантазией ребенка она более творческая. У подростка фантазия связана с новыми потребностями – с созданием любовного идеала. Творчество выражается в форме дневников, сочинения стихов, причем стихи пишут в это время даже люди без всякой крупы поэзии. Фантазия становится на службу эмоциональной жизни, является субъективной деятельностью, дающей личное удовлетворение. Фантазия обращена в интимную сферу, которая скрывается от людей. Если ребенок не скрывает своей игры, то подросток прячет фантазии как сокровенную тайну и охотнее признается в проступке, чем обнаружит свои фантазии). | | | * | * |
| Объективное творчество (научные изобретения, технические конструкции) | | | * | * |
| 4. Личностное развитие | | | | |
| | до 6 лет | 7-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет |
| Притязания личности – эффективность и привлекательность. (Уровень притязаний формируется путем успехов и неудач. У детей он чрезвычайно высок, но под влиянием неудач начинает снижаться. Если ребенок найдет свою область (сферу деятельности или сферу общения), то страх компенсируется уверенностью в себе, в собственных силах. Ребенок постоянно утверждает в том, что у него есть преимущественного перед другими) | * | | | |
| Начало формирования Я-концепции (включает в себя 3 аспекта: оценочный, эмоциональный и когнитивный) | * | | | |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| | | | | |
|--|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| Перспективы личности (связаны с его образом взрослости. Если образ взрослости присоединен к обучению, то оно будет удовлетворять ребенка, и наоборот. Перспектива – это цель, реализация которой связана со смыслом жизни. Без осознания перспективы нет деятельности) | * | | | |
| Формирование иерархии побуждений, иерархии мотивов (Складывается механизм смысловой коррекции побуждения к действию. Действие становится поступком, и ребенок выбирает, исходя из того, какой смысл будет иметь тот или иной поступок.) | * | | | |
| Формирование самооценки (в школьном возрасте число факторов, влияющих на самооценку, заметно расширяется. Продолжает формироваться стремление на все иметь свою точку зрения. Появляются суждения о собственной социальной значимости – самооценка. Она складывается благодаря развитию самосознания и обратной связи с теми из окружающих, чьим мнением они дорожат. Высокая оценка обычно бывает у детей в том случае, если родители относятся к ним с заинтересованностью, теплотой и любовью). | | * | | |
| Формирование нового представления о самом себе, когда самооценка утрачивает зависимость от ситуаций успеха-неуспеха, а приобретает стабильный характер. Самооценка теперь выражает отношение, в котором образ самого себя относится к идеальному Я. | | | * | |
| Завершение развития самосознания. | | | * | |
| Формирование "Мы"-концепции (иногда оно принимает очень жесткий характер: "мы – свои, они – чужие". Деление территорий, сферы жизненного пространства). | | | | |
| 5. Ведущая деятельность | | | | |
| | до 6 лет | 7-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет |
| Предметно-орудийная (для мальчиков) и коммуникативная (для девочек) – 1-3 года | * | | | |
| Игра | * | | | |
| Учение | | * | | |
| Интимно-личностное общение со сверстниками | | | * | * |
| 6. Базальная потребность | | | | |
| | до 6 лет | 7-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет |
| Безопасность, защищенность (0-2 мес) | * | | | |

Карта оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией (производится специалистами мультидисциплинарной команды) (продолжение)

| | | | | |
|---|-----------------|------------------|------------------|--|
| Любовь (1 год) | * | | | |
| Уважение | | * | | |
| Понимание (Чтобы ребенок был открыт для понимания, должны быть удовлетворены предыдущие потребности). | | | * | |
| 7. Ценности и мнения | | | | |
| | 7-11 лет | 12-15 лет | 15-18 лет | |
| Ценности не устойчивы, в основном характерны ценности взрослого окружения | * | | | |
| Ценности и мнения референтной группы подросток склонен признавать своими собственными | | * | | |
| В самом главном дети наследуют ценности родителей. "Сферы влияния" родителей и сверстников разграничены. Обычно от родителей передается отношение к фундаментальным аспектам социальной жизни. Со сверстниками же советуется по части "сиюминутных" вопросов. | | * | * | |

Варианты ответов были ранжированы. В первых трех блоках баллы суммируются с учетом знаков «+» и «-». В четвертом блоке звездочками отмечено, для какого периода развития характерно новообразование. Далее в соответствии с возрастом обследуемого пациента отмечается степень сформированности новообразования: сформировано (+3 балла), находится в стадии формирования (+1 балл), не сформировано (-3 балла). Полученные баллы в четвертом блоке также складываются с учетом знаков «+» и «-». Затем выводится общая сумма по четырем блокам. При максимальном количестве баллов – 173, сумма баллов у детей и подростков

злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них с высоким уровнем реабилитационного потенциала в среднем соответствует 130 баллам, со средним уровнем реабилитационного потенциала - 97 баллам, с низким уровнем реабилитационного потенциала - 69 баллам.

Для использования и регистрации результатов опроса предложен бланк карты определения уровня реабилитационного потенциала несовершеннолетнего пациента (таблица 2). Консультацию проводит и заполняет представленную карту куратор этапа лечебно-реабилитационного процесса, на котором находится пациент.

Таблица 2

Карта определения уровня реабилитационного потенциала детей и подростков, зависимых от ПАВ

Ф.И.О. _____
 Дата рождения _____ Дата заполнения _____

| № п/п | I БЛОК Преморбид | № п/п | II БЛОК Клинические особенности заболевания | № п/п | III БЛОК Особенности социального статуса и социальных последствий | № п/п | IV БЛОК Сформированность нормохронологических новообразований |
|-------|---------------------|-------|--|-------|--|-------|--|
| 1. | | 1. | | 1. | | 1 | |
| 2. | | 2. | | 2. | | 2 | |
| 3. | | 3. | | 3. | | 3.1 | |
| 4. | | 4. | | 4. | | 3.2 | |
| 5. | | 5. | | 5. | | 3.3 | |
| 6. | | 6. | | 6. | | 4 | |

*Карта определения уровня реабилитационного потенциала детей и подростков,
зависимых от ПАВ (продолжение)*

| № п/п | 1 БЛОК Преморбид | № п/п | II БЛОК Клинические особенности заболевания | № п/п | III БЛОК Особенности социального статуса и социальных последствий | № п/п | IV БЛОК Сформированность нормохронологических новообразований |
|-------|---------------------|-------|--|-------|--|-------|--|
| 1. | | 1. | | 1. | | 5 | |
| 2. | | 2. | | 2. | | 6 | |
| 3. | | 3. | | | | 7 | |
| 4. | | 4. | | | | | |
| 5. | | 5. | | | | | |
| 6. | | 6. | | | | | |
| 7. | | 7. | | | | | |
| 8. | | 8. | | | | | |
| 9. | | 9. | | | | | |
| 10. | | 10. | | | | | |
| | | 11. | | | | | |
| | | 12. | | | | | |
| | | | | | | | |

Итого (баллов) _____

Уровень реабилитационного потенциала _____

Врач _____

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ С ПОДРОСТКАМИ ГРУППЫ РИСКА НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А.Л.Катков, А.З.Нургазина

г. Павлодар

1. Основная идея и терапевтический контекст групповой психотерапии в работе с подростками группы риска по профилю зависимости от ПАВ

Деятельность подростка в неформальной группе является основной развивающей ситуацией для субъекта данного возраста, а участники группы – одними из основных агентов развития. Группа, кроме того, является точкой приложения и главным инструментом реализации специфических поведенческих реакций подросткового возраста. Таким образом, групповая активность в жизни подростка играет основную конструктивно-развивающую, либо, наоборот, деструктивную роль, имеющую определяющее значение для всего последующего жизненного сценария.

Основная идея использования механизмов групповой психотерапии в специальных программах первичной профилактики заключается в формировании максимально-возможного терапевтического контекста групповой активности для подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ.

Практически, это означает, что гармоничные и сбалансированные отношения между участниками группы, терапевтом и группой будут, во-первых, компенсировать дефицит или деформацию факторов семейной системы (той микро-группы, в которой подросток воспитывался все годы), а во-вторых – способствовать форсированному и конструктивному развитию как базисных психологических свойств (приобретений подросткового возраста),

так и центральных новообразований, существенно повышающих устойчивость подростка к вовлечению в зависимость от ПАВ.

Таким образом, конструктивная эксплуатация формата групповой активности и основных механизмов групповой динамики отнюдь не противодействуют, а, наоборот, усиливают главный вектор биопсихосоциальной активности подростка.

Сказанное подразумевает, что и другие особенности подросткового возраста в максимальной степени учитываются в общей методологии профилактически ориентированной групповой психотерапии. В частности, необходим акцент на получение опыта по формированию интересующих нас психологических свойств, прежде всего, в динамических, игровых практиках (тренинговая часть групповой психотерапевтической сессии), поскольку у подростков группы риска, зачастую, нет первичного конструктивного материала для вынесения на групповое обсуждение. Таким образом, основной механизм активности терапевтической группы – групповая дискуссия – на первых этапах работы профильной группы отходит на второй план. А его адекватное становление является одной из приоритетных терапевтических мишеней первого этапа реализации рассматриваемой профилактической программы.

Далее, исключительно важным является то обстоятельство, что сформированный в ходе трех последовательных терапевтических циклов навык конструктивной групповой дискуссии стимулирует формирование способности и способов критического анализа главных событий, происходящих в жизни подростка, и выполняет, таким образом, защитную и развивающую функции.

Еще одним важным долговременным следствием групповой терапии является тот факт, что терапевтические, доверительные отношения в группе, в силу возрастной специфики, весьма часто перерастают в дружеские. Следовательно, ресурсные эмоциональные контакты после формального завершения терапевтических циклов не утрачиваются, а, наоборот, углубляются.

Таким образом, основные механизмы и лечебные факторы, заложенные в идее групповой психотерапии, имеют шансы на укоренение в коммуникативных сценариях подростка, и, далее, на сопровождение субъекта в продолжение всего жизненного пути.

Дополнительным аргументом в отношении возможности использования метода групповой психотерапии в рамках первично-профилактических программ антинаркотического профиля является его относительная простота и надежность (в сравнении с другими психотерапевтическими методиками), как в смысле исполнения, так и в смысле специальной подготовки социальных педагогов и школьных психологов.

2. Общими принципами работы специалиста с подростками являются следующие:

- *принцип профессиональной компетентности.* В этом случае, специалисту, работающему с проблемами подросткового возраста (возрастные кризисные моменты), а также проблемой наркозависимости необходимо иметь знания в данной области. Специалисту необходимо постоянно повышать уровень своей профессиональной компетентности.

- *принцип системности.* Для каждого специалиста важно, как он для себя решает вопрос на какие системы организма, личности, микросоциума подростка нужно воздействовать.

- *принцип непрерывности.* Специалист решает для себя вопрос: на что нужно воздействовать в первую, во вторую очередь и т.д.

- *принцип мультимодальности и максимальной дифференциации.* Для работы с подростками специалисту важно, как он для себя решает вопрос какие методы, формы, системы психотерапии необходимы в работе с ними.

- *принцип конфиденциальности.* Специалист (терапевт) решает для себя вопрос: какая информация, касающаяся личности подростка, или рабочий материал не подлежит распространению. В том случае если, психотерапевт посчитает необходимым пригласить других лиц на психотерапию, например членов семьи, то данная информация может быть открыта только с согласия подростка.

- *принцип ответственности.* Очень важно знать и помнить, что психотерапевт несет ответственность за безопасность форм психотерапии, а у подростка формируется ответственность за то, что происходит с ним в процессе и после окончания психотерапии.

3. Цели и мишени профилактически ориентированной групповой психотерапии

Общей целью групповой психотерапии, проводимой с подростками группы повышенного риска по наркологическому профилю, является минимизация рисков вовлечения в зависимость от психоактивных веществ и, соответственно, форсированное развитие психологических свойств, обеспечивающих повышенную устойчивость к наркогенному «заражению».

Согласно общей методологии групповой психотерапии обозначенная общая цель, далее, дифференцируется по определенным психотерапевтическим мишеням. Целенаправленная работа с данными мишенями является главной задачей определенных этапов психотерапевтического процесса. А степень продвижения (терапевтическая трансформация мишеней), определяемая соответствующими психологическими методиками, является одним из основных промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих эффективность группового психотерапевтического процесса.

Основными мишенями профилактически ориентированной групповой психотерапии, выводимыми из особенностей формирования психики подростка, являются следующие:

- дефицитарный личностный статус (дефицит определенных базисных приобретений и центральных новообразований подросткового возраста, составляющих основной «костяк» свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ);

- психопатологические проявления подросткового возраста (сюда относятся патохарактерологические, невротические реакции, формирующиеся расстройств личности,

и поведения, и другие психические и поведенческие расстройства пограничного уровня);

- патологический социальный статус (здесь имеются в виду искаженные и деформированные системы отношений в микросоциальной среде – семье, ближайшем окружении подростка и т.д.);

- нормативный (неоабилитационный) личностный статус (смысл выделения данной мишени состоит, во-первых, в необходимости диагностики позитивного личностного потенциала подростка степени развития свойств психологического здоровья – устойчивости; во-вторых, в необходимости экстренного формирования навыков конструктивной коммуникации и других навыков адаптивного поведения в социуме; третья терапевтическая задача, решаемая с выделением данной мишени – возможность растождествления здоровой и патологической «части» личности с последующей перспективой интенсивной психотерапевтической работы с данными, условно-выделяемыми личностными статусами);

- уровень мотивации на участие в соответствующих профилактических программах (практический смысл выделения данной мишени состоит в необходимости охвата возможно большего числа подростков группы риска соответствующими профилактическими программами и профилактике отсева из данных программ немотивированных участников; стратегический – в дальнейшем углублении и трансформации полученного мотивационного потенциала в устойчивую позитивно-социальную направленность личности).

Таким образом, главная цель профилактически ориентированной групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ дифференцируется по 5 основным психотерапевтическим мишеням, из которых мишень № 1 (дефицитарный личностный статус), мишень № 2 (психопатологические проявления подросткового возраста), мишень № 4 (нормативный личностный статус), мишень № 5 (уровень мотивации на участие в профилактических программах) являются непосредственным предметом профильной групповой психотерапии; мишень № 3 (патологический социальный статус), в части коррекции семейных отношений, является опосредованной задачей группового психотерапевтического процесса.

Завершая характеристику основных мишеней профильной групповой психотерапии, следует обозначить как существенные отличия, так и принципиальную

общность психотерапевтических стратегий, используемых в рассматриваемых профилактических программах и программах медико-социальной реабилитации подростков, зависимых от психоактивных веществ.

Принципиальная сопоставимость данных программ базируется на общей идее о возможности форсированного развития свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ, как у подростков группы повышенного риска, так и у подростков с клиническими признаками уже сформированной химической зависимостью, в условиях интенсивного психотерапевтического процесса. Данное обстоятельство особенно важно, поскольку в условиях ограниченных диагностических возможностей, характерных для образовательных учреждений, не всегда удается точно дифференцировать подростков с единичным употреблением ПАВ (без признаков формирования химической зависимости) и тех, у которых уже имеются начальные признаки наркологического заболевания. Соответственно, идентифицированные группы риска могут включать и определенное количество подростков с начальными клиническими проявлениями зависимости от ПАВ. Однако, участие в специализированных профилактических программах, приближающихся по своим характеристикам и по степени интенсивности к программам амбулаторной реабилитации, будет способствовать полноценному освобождению от начальных проявлений химической зависимости.

Основные отличия рассматриваемого спектра мишеней профилактически ориентированной групповой психотерапии от его реабилитационного аналога состоит в том, что в такие специфические для программ медико-социальной реабилитации мишени, как патологический соматический статус (проявления острой, хронической интоксикации ПАВ на соматическом уровне), а также – патологическое влечение к ПАВ (импульсивное, компульсивное, или на уровне сверхценных образований) – не являются предметом воздействия профилактически ориентированной групповой психотерапии. Кроме того, в определенной мере (в части такого специфического понятия как патологический вектор личности, непосредственно обслуживающий феномен зависимости от ПАВ) в профилактических программах исключается и мишень патологического личного статуса. Однако, данный тезис не касается его дефицитарной составляющей, выделяемой в рассматриваемой профилактической программе в отдельную мишень.

Данное обстоятельство, во многом, облегчает задачу и смягчает требования к общей подготовке группового психотерапевта, поскольку реализация специальных экспресс-психотерапевтических техник, подавляющих патологическое влечение к ПАВ, обеспечивающих вхождение участников группы в устойчивое ресурсное состояние, купирующих центральный и периферический механизмы запуска патологического

влечения к ПАВ и компенсирующих соматогенную астению, требует специального навыка и, как минимум, основательных клинических знаний. В то же время групповая психотерапевтическая работа со стандартными мишенями в рамках рассматриваемой профилактической программы доступна для лиц с базовым психологическим и педагогическим образованием, прошедших интенсивный курс соответствующей последиplomной подготовки.

4. Задачи и этапы профилактически ориентированной групповой психотерапии

Основные этапы групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость представлены достаточно традиционно (первые 6 этапов). Кроме того, выделяется дополнительный 7 этап (этап отсроченной групповой динамики), связанный с необходимостью достаточно длительного катамнестического наблюдения и оценки эффективности профилактически ориентированного психотерапевтического процесса в системе конечных индикаторов. В частности, такими индикаторами могут быть факты употребления – неупотребления ПАВ, характеристики социальной динамики (восходящая – нисходящая), а также оценка качества жизни субъекта. При равенстве всех прочих условий, разница по данным показателям между подростками, проходившими курс экспериментальных и традиционных профилактических программ антинаркотического профиля, объясняется, в том числе, и терапевтическими факторами отсроченной групповой динамики.

Таким образом, нами выделяются 7 этапов профилактически ориентированной групповой психотерапии: 1 этап – формирования и подготовки группы; 2 этап – начальной стадии групповой работы; 3 этап – переходной стадии групповой работы; 4 этап – рабочей стадии; 5 этап – заключительный (интегративный); 6 этап – обратной связи в группе; 7 этап – отсроченной групповой динамики.

Основные задачи этапов групповой психотерапии представлены в двух аспектах – общетерапевтическом (выполнение общетерапевтической задачи в контексте определенного этапа групповой динамики) и специализированном (достижение приемлемой терапевтической динамики в работе с основными, специфическими для каждого этапа, мишенями). При этом в рамках специализированных задач, в свою очередь, выделяются две основные функции – чисто терапевтическая (обеспечение соответствующей терапевтической динамики по каждой мишени), и диагностическая – первичное и повторное отслеживание уровня развития или, наоборот, редукции определенной группы психологических свойств, психопатологических проявлений, характерных для конкретной психотерапевтической мишени.

На первом этапе профильной групповой психотерапии – этапе формирования и подготовки группы *основной терапевтической мишенью* является

мишень № 5 (уровень мотивации на участие в профилактических программах). Работа с прочими мишенями – № 1 (дефицитарный личностный статус), № 2 (психопатологические проявления подросткового возраста), № 3 (патологический социальный статус), № 4 (нормативный личностный статус) – ведется в диагностическом аспекте. Позитивной динамикой по работе с мишенью № 5 будут объективно фиксируемые свидетельства повышения уровня мотивации подростков группы повышенного риска на участие в профильных профилактических программах. Соответственно, *общей задачей* данного этапа является непосредственное формирование группы подростков в соответствии с разработанной системой показаний – противопоказаний к участию в специализированной программе групповой психотерапии. *Специализированной задачей* является обеспечение терапевтической динамики по мишени № 5.

На втором этапе профильной групповой психотерапии – этапе начальной стадии групповой работы – основными терапевтическими мишенями являются, по-прежнему, мишень № 5 (подростков, для начала, необходимо удержать в группе и повысить мотивацию на дальнейшее активное участие в групповых процессах). Далее, по степени приоритетности следуют мишени № 1, № 2, № 4. Одновременно продолжается работа с этими же мишенями в диагностическом аспекте. Удовлетворительной терапевтической динамикой данного этапа следует считать успешную идентификацию и введение в предмет групповых дискуссий проблемы дефицитарных и нормативных личностных статусов, форм патологической активности личности, необходимости терапевтического растождествления этих полярных личностных характеристик. Соответственно, *общей задачей* данного этапа следует считать формирование терапевтического контекста группового взаимодействия (в том числе, становления групповых норм, ценностей и т.д.). *Специальная задача* настоящего этапа – обеспечение терапевтической динамики по мишеням № 5, № 1, № 2, № 4.

На третьем этапе – переходной стадии группового процесса – основной психотерапевтической мишенью является, в первую очередь, мишень № 4 (на данном этапе необходимо установление прочного контакта с активно формируемым нормативным личностным статусом). Далее, по степени приоритетности следуют мишени № 1 и № 2. По-прежнему, актуальной является работа с мишенью № 5, поскольку мотивация на участие в группе являются обязательным условием реализации каждого этапа профилактической программы. Удовлетворительной терапевтической динамикой на данной стадии следует считать процессы актуализации нормативного личностного статуса подростков, терапевтической конфронтации нормативного вектора поведения с патологическим, доминированием первого вектора и наметившейся тенденцией к дезактуализации патологических форм поведения. Таким образом,

общей терапевтической задачей данного этапа является формирование очерченного конструктивного полюса психологических статусов и процессов в группе, и обеспечение перехода от собственно-организационного к терапевтическому вектору деятельности. *Специальной задачей* данного этапа является достижение терапевтической динамики в работе с мишенями № 4, № 1 и № 2, а также с мишенью № 5.

На четвертом этапе профильной групповой психотерапии – рабочей стадии формирования групповой динамики – основными мишенями по-прежнему являются мишени № 4, а также мишени № 1 и № 2. Вспомогательными мишенями являются мишень № 3 и мишень № 5. Положительной терапевтической динамикой для данной стадии следует считать: существенное продвижение в формировании свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ у подростков – участников группы, в том числе, в форсированном развитии и закреплении навыков конструктивной групповой и межличностной коммуникации; дезактуализацию негативных поведенческих паттернов и возможных психопатологических проявлений пограничного уровня. К этому времени среди участников группы должна быть сформирована устойчивая мотивация к постоянной терапевтической работе. Травматический опыт деформированных микросоциальных отношений в ближайшем окружении подростка должен быть существенно переработан и компенсирован опытом терапевтических отношений в группе. Таким образом, *общетерапевтической задачей данного этапа* следует считать максимальное использование всего спектра лечебных факторов групповой психотерапии, направленных на выполнение основных целей профилактической программы. *Специальной задачей* данного периода следует считать приемлемый уровень терапевтической динамики в работе с основными (№ 4, № 1 и № 2) и вспомогательными (№ 3 и № 5) мишенями.

На пятом этапе групповой психотерапии – стадии интеграции результата и отслеживания его эффективности – основными мишенями являются мишени № 1, № 2, № 4, № 5, а вспомогательной мишень № 3. На данном этапе удовлетворительной терапевтической динамикой следует считать формирование: четкого ощущения полезности и необходимости проделанной работы у всех участников группы; ясных представлений, основанных на полученном терапевтическом опыте, относительно «объема» достигнутого результата; чувства удовлетворения в отношении продвижения к намеченным целям и устойчивого интереса к перспективе продолжения работы в группе. Ко времени завершения данного этапа у подростков – участников процесса групповой психотерапии – должен быть сформирован навык конструктивного взаимодействия в группе. Данный навык должен быть интегрирован с обновленной личностной метапозицией подростка и, далее, при деятельном позитивном подкреплении со стороны

психотерапевта и группы – транслирован в систему микросоциальных отношений подростка с ближайшим окружением. Исходя из всего сказанного, *общетерапевтической задачей* данного этапа следует считать интеграцию, осмысление и закрепление результатов, достигнутых на рабочей стадии группового терапевтического процесса. *Специальной задачей* настоящего этапа является достижение требуемой терапевтической динамики в работе с основными (№ 1, № 2, № 4, № 5) и вспомогательной (№ 3) мишенями.

На шестом этапе профильного терапевтического процесса – стадии обратной связи и определения эффективности достигнутых результатов – основными мишенями являются все, без исключения, мишени профилактически ориентированной групповой психотерапии (мишени №№ 1-5). Однако работа с ними ведется, в основном, в диагностическом аспекте с целью получения объективных данных о достигнутых результатах, отслеженных в системе промежуточных индикаторов. Терапевтический аспект работы с названными мишенями на данном этапе заключается в активной трансляции полученных конструктивных навыков в сферу реальной жизни подростка и систему микросоциальных отношений в его ближайшем окружении. Процедура объективизации (измерения) достигнутого результата должна проходить при деятельном участии и взаимном позитивном подкреплении всех участников группового процесса, и являться еще одним свидетельством в пользу необходимости и полезности участия в групповой психотерапии. *Общей задачей* данного этапа является фиксация и закрепление результатов, достигнутых в ходе групповой психотерапии. *Специальной терапевтической задачей* – идентификация достигнутых результатов по всем рабочим мишеням (№№ 1-5) и обеспечение приемлемого уровня групповой динамики, возможной, в том числе, и на данном этапе.

На седьмом этапе профильной групповой психотерапии – этапе отсроченной психотерапевтической динамики – какая-либо целенаправленная терапевтическая работа с участниками группы не проводится. Основные рабочие мишени используются лишь в диагностическом аспекте, либо в промежуточный, между соответствующими психотерапевтическими циклами, период, либо в начале каждого следующего цикла. Однако сама по себе диагностическая процедура должна неизменно сопровождаться многоплановым позитивным подкреплением личных усилий подростка в продвижении к намеченным целям. Таким образом, *общей и специальной задачами* данного этапа следует считать дифференцированную оценку и позитивное подкрепление отсроченного терапевтического результата.

Следует отметить, что приведенная схема общих и специальных терапевтических задач на каждом этапе профилактически ориентированной групповой психотерапии в полной мере касается лишь первого психотерапевтического цикла из трех планируемых

в рассматриваемой программе. Для следующих двух циклов возобновление процесса групповой психотерапии будет начинаться с короткого диагностического этапа, отслеживания результатов отсроченной динамики по каждой из основных мишеней, и, далее, с возобновления рабочей стадии терапевтического процесса.

5. Основные подходы и базовые техники профилактически ориентированной групповой психотерапии

Специальная методология профилактически ориентированной групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от ПАВ ориентирована, прежде всего, на использование трех технологических подходов, в совокупности обеспечивающих требуемые темпы терапевтической динамики в группе: *классического* (подразумевающего активное использование традиционных механизмов групповой психотерапии – универсальность, акцептация, альтруизм, отреагирование, самораскрытие, обратная связь, инсайт-озарение, коррективный эмоциональный, когнитивный и поведенческий опыт - описанных И.Яломомом); *традиционных психотерапевтических подходов*, интегрированных в общую «ткань» групповой психотерапии (психоаналитического – с акцентом на проработку прошлого опыта, используемых механизмов психологической защиты, роли неосознаваемых психических реакций, формирующих личностную метапозицию подростка; адлеровского – с акцентом на анализ социального контекста, процесса формирования адекватного целеполагания; психодраматического – с возможностью терапевтической проработки субличностных статусов и социальных ролей; личностно-ориентированного – с акцентом на адекватное формирование Я-концепции и соответствующей саморефлексии; гештальт-подхода – с анализом и устранением препятствий к полноценному формированию и функционированию механизмов саморазвития; когнитивно-эмоционально-поведенческого подхода по А.Беку, А.Эллису, с акцентом на терапевтическую коррекцию реактивных психических стереотипов; подхода транзактного и сценарного анализа – с акцентом на проработку неадекватных стереотипов (игр), поведенческих и коммуникативных стратегий, закономерно ведущих к снижению качества и уровня адаптации подростка); *тренингового подхода* (как нами уже отмечалось, в структуру групповых психотерапевтических сессий необходимо вводить тренинговый компонент, во-первых, для адекватного «разогрева» группы, достижения первичного сплочения; во-вторых, для получения первичного терапевтического опыта, который, далее, является основным материалом для групповой дискуссии; в-третьих, для форсированного развития необходимых коммуникативных и других навыков, и, собственно, психологических свойств, обеспечивающих устойчивость к вовлечению в зависимость от ПАВ).

Сказанное подразумевает использование трех технических блоков профилактически ориентированной групповой психотерапии: *блока психотерапевтических техник, используемых непосредственно в контексте групповой психотерапии для обеспечения групповой динамики* (так, например, на стадии формирования и подготовки группы используются техники мотивационного информирования, проработки, заключения, перезаклучения контракта; на стадии начала групповой работы используют техники конструктивного формирования групповых правил и норм – таких как открытость, активность, отказ от «навешивания ярлыков», ответственность, правило «стоп» и других; на переходной стадии используются техники эскалации, напряжения, терапевтического конфликта, работы с сопротивлением, растождествления; на рабочей стадии используется полный арсенал основных техник групповой психотерапии: групповой дискуссии, позитивно-негативного подкрепления, невербального стимулирования и других; на заключительных стадиях групповой психотерапии используются, в основном, техники групповой дискуссии и позитивного подкрепления); *блока техник, соответствующих традиционным психотерапевтическим подходам, используемым с целью достижения основных целей и задач на определенных этапах группового процесса* (так, например, на рабочей стадии группового терапевтического процесса используются техники когнитивно-поведенческой и гештальт-терапии с целью идентификации и переформирования деструктивных когнитивно-поведенческих паттернов; техники психодрамы и транзактного анализа используются с целью проработки скрытых, агрессивных сценариев и формирования конструктивных, идентификационных жизненных сценариев; на завершающих стадиях групповой психотерапии используются личностно-ориентированные технологические подходы); *блока структурированных тренинговых технологий, используемых в первой фазе каждой терапевтической сессии*. При этом в ходе реализации первого терапевтического цикла используются следующие тренинговые технологии: мотивационный тренинг, тренинги сензитивности, коммуникативности, ассертивности, креативности, тренинги формирования базисных психологических свойств (уверенности в себе, автономии, инициативы, открытой личностной метапозиции). В ходе реализации второго терапевтического цикла реализуются тренинговые технологии, направленные на проработку основополагающих нормативных личностных статусов (Я-телесное, Я-ребенок, Я-взрослый, Я-родитель, Я-партнер, Я-профессионал, Я-персона). В период прохождения третьего терапевтического цикла рекомендуются следующие тренинги: завершения личностной идентификации; формирования позитивного жизненного сценария, ответственного выбора, внутреннего локуса контроля; формирования личностных ресурсов (синергетической стратегии поведения, адекватных копинг-стратегий); ситуационно-ролевой тренинг.

Все вышеназванные технические блоки интегрируются единой психотерапевтической стратегией, направленной на форсированное развитие свойств психологического здоровья - устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ подростков группы повышенного риска.

6. Общий алгоритм и структура психотерапевтических сессий

Сжатым и предельно прагматичным изложением главной стратегической линии профилактически ориентированной групповой психотерапии является следующий алгоритм целенаправленной терапевтической активности, реализуемый в продолжение 3 терапевтических циклов:

- получение первичного терапевтического опыта и материала для последующих групповых дискуссий;
- форсированное формирование конструктивного полюса психической, в том числе, коммуникативной активности индивида с развитием данного полюса в нормативный (неоабилитационный) личностный статус;
- терапевтическое растождествление негативного (проявления дефицитарного личностного статуса, психопатологические реакции пограничного уровня) и позитивного (нормативный личностный статус) полюсов психической активности, эскалация терапевтического конфликта с позитивно-негативным подкреплением соответствующих форм психической активности индивида;
- эффективное подавление и редукция патологических поведенческих паттернов и других психопатологических проявлений пограничного уровня;
- полноценное развитие всего комплекса свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в зависимость от ПАВ с формированием эволюционных сценариев саморазвития и переносом терапевтических контекстов групповой активности в ближайшее окружение подростков.

Такого рода стратегический алгоритм сводит воедино цели, задачи и планируемые результаты профилактически ориентированной групповой психотерапии, мобилизуя усилия психотерапевта и группы на обеспечение и реализацию сущностных моментов психотерапевтического процесса.

Правила отбора подростков в терапевтическую группу, общий формат специализированной групповой психотерапии, система показаний и противопоказаний, также способствует достижению планируемых результатов.

Отбор в психотерапевтическую группу осуществляется после проведенного клинического и социопсихологического обследования.

С подростками исследуемой группы планируемые психотерапевтические циклы проводятся в следующем формате: по 6 экспериментально – профилактических сессий в неделю в течение 12 дней, длительностью от 2 до 2,5 часов, 3-кратно в течение года. Занятия проводятся ежедневно, кроме воскресных дней, в точное, заранее определенное, время. График

работы не позволяет подросткам выключаться из процесса психотерапии в течение всего времени.

Показания - доклинические и клинические проявления пограничной психической, невротической и психосоматической патологии, нарушения адаптации, личностные расстройства, деформация навыков межличностного общения, дефицит свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости, приводящие, в совокупности, к повышенному риску вовлечения в зависимость от ПАВ.

Противопоказания к групповой психотерапии подростков относительно. К ним могут относиться категорический отказ от участия в групповой психотерапии, выраженные декомпенсированные проявления двигательной расторможенности и агрессивности, ведущие к дестабилизации внутригруппового психологического климата, низкий интеллект (на уровне выраженной степени дебильности и глубже) и др.

Препятствием в использовании метода групповой психотерапии подростков являются недостаточная спонтанность и гибкость психотерапевтов, их страх перед экспрессией подростков.

Структура проведения конкретной терапевтической сессии следующая:

- оценка состояния участников группы;
- проработка целей и задач терапевтической сессии;
- получение первичного терапевтического опыта в тренинговых технологиях (разминка, работа, завершение);
- вынесение полученного материала на групповую дискуссию с расширением, углублением темы и получением вторичного терапевтического опыта;
- обратная связь по итогам дня;
- завершение сессии.

Психотерапевт придерживается динамического стиля руководства. В начале манипулятивной групповой психотерапии в определении целей и задач группы целесообразна активность и инициатива психотерапевта, директивная тактика в ведении группового процесса, межличностных взаимодействиях, установлении условий безопасности, соблюдении правил и возложении ответственности за их несоблюдение. В дальнейшем, целесообразен переход от манипулятивной к развивающей психотерапии. Во время групповой работы стимулируется активность и инициатива членов группы в отношении проработки целей, задач и норм группы, апробации новых способов взаимодействия, направленных на решение актуальных проблем. В последующем позиция психотерапевта предполагает снижение активности, а затем - минимальную активность и недирективность, партнерство, поддержку и помощь в раскрытии и решении актуализированных проблемных тем.

Таким образом, в общей методологии групповой психотерапии, используемой как главный компонент первично-профилактических программ антинаркотической направленности, идеологическая и структурно-технологическая составляющая взаимодополняют друг друга и усиливают общий эффект от реализации данных программ.

НЕСФОРМИРОВАННОСТЬ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ПРОЯВЛЕНИЯ АДДИТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Н. В. Николаева, А. С. Каражанова

Злоупотребление психоактивными веществами стало одним из наиболее актуальных вопросов современной наркологии. Статистические данные свидетельствуют об увеличении количества наркопотребителей и, особенно, увеличения среди них лиц молодого возраста (Кошкина Е. А., Киржанова В. В., 2004; Семке В. Я., Россинский Ю. А. и соавт., 2005).

Необходимость в реабилитационных мероприятиях однозначна. При этом эффективность программы обусловлена комплексом медико-психологических, социальных и образовательных мероприятий, направленных развитие личностного и социального статуса больного, возвращению его в семью, в образовательное учреждение, в трудовой коллектив (если несовершеннолетний трудится), к общественно полезной деятельности. Не меньшее значение имеет деятельность, направленная на предотвращение срывов и рецидивов заболевания. Таким образом, необходимость в эффективном противодействии данному социальному явлению определила проведение исследований в области лечения и реабилитации несовершеннолетних пациентов, злоупотребляющих ПАВ.

Проводимая на базе Павлодарского наркологического диспансера (Областной центр профилактики и лечения зависимых заболеваний) программа медико-социальной реабилитации детей (МСРД), зависимых и злоупотребляющих токсичными веществами продолжительна по времени (от 12 до 18 месяцев) и основана на концепции формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у детей, с учетом возрастных физиологических и психологических особенностей (Марашева А. А., 2005).

Одним из наиболее перспективных направлений лечения наркозависимых является психотерапия. Особенности в подростковой наркологии определяются, прежде всего, комплексом объективных и субъективных факторов и условий, ведущих к формированию аддитивного поведения у подростков (Титова В.В., 2002).

Для успешного психотерапевтического лечения необходимо не только позитивное отношение со стороны ребёнка, но также поддержка и согласие его родителей. Как правило, психотерапевтическое воздействие комбинировалось с симптоматическим медикаментозным сопровождением. Особенности использования развивающих практик в Программе являлись разнообразие методов работы, со сменой видов деятельности; большее использование с пациентами дошкольного, младшего и среднего школьного возраста игровых, психомоторных практик; непродолжительные по времени занятия.

Деятельность специалистов, занятых в области детско-подростковой наркологии, направлена на формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов, препятствующих злоупотреблению наркотическими и другими психоактивными веществами. Осознание имеющихся личностных ресурсов способствует в дальнейшем формированию Я-концепции (а именно самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам), собственной системы ценностей, целей и установок, способности делать самостоятельный выбор, в дальнейшем контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее, умения общаться с окружающими, понимать их поведение и перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку, осознание потребности в получении и оказании поддержки окружающим (Рожков М. А., Ковальчук А. В., 2002).

Несформированность межличностных и коммуникативных умений является, по мнению исследователей, одной из причин проявления аддитивного поведения детей и подростков (Леонтьев А. А., 1997; Рожкова М. И., 2001; Ураков И. Г. 1990). Внутренний мир каждого индивида уникален и неповторим. Поэтому непонимание друг друга не такое уж редкое явление. Набирая опыт общения с первых месяцев жизни, люди сначала учатся слушать, затем говорить. Насколько успешным оказывается процесс освоения этих навыков, настолько продуктивным становится процесс коммуникации в межличностных общении (Ломов Б. Ф., 1986).

Одним из важнейших моментов в становлении личности подростка является развитие самосознания, самооценки, у подростков возникает интерес к себе, к качествам своей личности, потребность сравнивать себя с другими, оценить себя, разобраться в своих чувствах и переживаниях (Целуйко В. М., 2004).

Процесс развития личности характеризуется двумя противоположными тенденциями: с одной стороны, устанавливаются все более тесные межличностные контакты, усиливается ориентация на группу, с другой стороны, происходит рост самостоятельности, усложнение внутреннего мира и формирование личностных свойств (Крылов А. А., 2005).

Переоценкой своих возросших возможностей определяется стремление подростков к известной независимости и самостоятельности, болезненное самлюбие и обидчивость. Повышенная критичность по отношению к взрослым, острая реакция на попытки окружающих умалить их достоинство, принизить их зрелость, недооценить их правовые возможности

являются причинами частых конфликтов в подростковом возрасте (Ломов Б. Ф., 1986).

Большинство юношей и девушек весьма чувствительны к мнению своих сверстников, они полностью разделяют убеждения и вкусы членов своей компании, стараются одеваться так же, как их друзья, пользуются общим сленгом. Как правило, юноши и девушки выбирают себе друзей, похожих на себя, то есть «представителей своей расы», принадлежащих к той же социально-экономической группе и придерживающихся тех же взглядов. Они постоянно оказывают друг на друга давление, чтобы члены группы во всем соответствовали принятым в ней «стандартам». А вот при общении с окружающими у подростков часто возникают затруднения, связанные с неумением высказать свое мнение, застенчивостью (Фурманов И. А., Фурманова Н. В., 2004).

Подростки должны прийти к соглашению со множеством референтных групп. Группы, появляющиеся в детстве сами собой, больше не устраивают их. Именно переоценка ценностей в подростковом возрасте ведет к переоценке риска, в связи с чем некоторые молодые люди участвуют во многих рискованных затеях. Это может быть и «опасный» секс, употребление наркотиков и другие «смертельные номера». Когда подростки ведут себя рискованно, они делают это по разным причинам. Им может не хватать информации – предупреждения взрослых либо неэффективны, либо подростки не обращают на них внимания; неумение строить здоровые коммуникации со сверстниками, что провоцирует рискованные формы поведения – для «искусственного» роста в глазах сверстников [10].

Одна из самых распространенных форм рискованного поведения в отрочестве и юности – употребление психоактивных веществ, включая табакокурение и употребление алкоголя (Рожкова М. И., 2001). У детей-подростков ведущим оказывается групповой мотив. Уклонение от наркотизации, как и от других требований группы, может жестоко караться. Подростки не критичны не только к собственному влечению, но и к другим проявлениям зависимости у других. Употребление наркотических веществ субъективно повышает качество общения с друзьями, делает его необычайно глубоким, удовлетворяющим.

Если психологический комфорт взрослого в состоянии интоксикации – сугубо субъективное состояние, самодостаточное, то комфорт подростка включает и внешнюю составляющую. Сложно определить, чем больше дорожит подросток: пребыванием в группе и получением своеобразного контакта, или тем, что он в этой группе достает опьяняющее вещество (Левин Б. М., Левин М. П., 1995). Дальнейшее злоупотребление подростком нарушает закономерность психического и социального созревания, перехода в последующие возрастные категории. Расстройство механизмов развития психики, механизма усвоения социальной действительности, построения коммуникативных взаимоотношений, по

существу означает обрыв в усвоении опыта предыдущих поколений (Шипицына Л. М., 2005).

Своевременно организованные мероприятия по психологическому сопровождению детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами формируют коммуникативных способностей, адекватной самооценки, обучение нахождения выхода из затруднительных для их возраста ситуаций, способствуют гармоничному развитию подрастающего поколения.

Ниже приведена примерная схема проведения тренинга внутригруппового взаимодействия. Программа способствует повышению социально-психологической адаптации, предоставляет возможность научения преодолению жизненных проблем, а также усвоения эффективных способов их разрешения в будущем. представленный проект тренинга разработан на основе программы, предложенной Е. Гедзь и Н. Серденко – специалистов Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции г. Москвы.

Целью программы являлась возможность осознания важности приобретения социальных навыков подростками; расширение спектра социальных ролей детей, способствующих улучшению коммуникативных навыков; актуализация процесса социального самоопределения.

Задачи программы:

1. Формирование эффективных навыков общения.
2. Формирование ценностных ориентаций и социальных навыков, позволяющих повысить адаптационные возможности подростков.
3. Формирование осознанной позиции, расширение возможностей выбора альтернативных моделей сексуального поведения, актуализация представлений о полоролевой самоидентичности.

Программа состоит из трех блоков:

- а) профилактика зависимых состояний.
- б) профилактика сексуальных девиаций (предупреждение ранней беременности, ранних беспорядочных половых связей, болезней, передающихся половым путем).
- в) формирование образа «я» и позитивного отношения.

Продолжительность занятий 1 час 45 минут.

Содержание программы

ЗАНЯТИЕ 1.

Цель: выработка групповых норм, включение детей в работу, знакомство и определение дальнейших направлений движения

Задачи:

- информировать участников группы о содержании работы, задачах, групповых нормах;
- обозначить продолжительность занятий;
- установить принципы работы в группе;
- сформировать спокойную, доброжелательную обстановку;
- формировать у членов группы установку на взаимопонимание;

Используемые техники:
- определение и установка групповых норм и требований;
- представление;
- взаимное интервью;
- «рукопожатие вслепую» (определения характера рукопожатия)
Обобщение главных моментов занятия

ЗАНЯТИЕ 2.

Цель: предоставить подросткам необходимую информацию для преодоления общепринятых мифов и неправильного понимания значения психоактивных веществ (алкоголя, табака, марихуаны и т. д.).

Задачи:

- обсуждение причин употребления психоактивных веществ;
- обсуждение мифов и реальности воздействия психоактивных веществ на организм;
- установить долговременный и кратковременный эффект влияния психоактивных веществ на организм;
- повышение мотивации на процесс избавления от употребления ПАВ;
- описать процесс превращения человека в зависимого от алкоголя, табака, марихуаны.

Материалы: большой лист бумаги.

Возможно проведение в нескольких вариантах, в зависимости от вида психоактивного вещества (например: курение; алкоголь; наркотики и т.д.).

Задание на следующее занятие: попросить детей принести рекламу алкоголя и сигарет, вырезанную из журналов и газет.

Используемые техники:

- исследование проблемы (курения, употребления алкоголя, наркотических и токсических веществ)
- мозговой штурм (обсудить мотивации, причин употребления того или иного психоактивного вещества)
- беседа о долговременных последствиях потребления ПАВ.
- просмотр видеофильма «Реквием», «Риски и последствия употребления ПАВ»

Обобщение основного содержания занятия

ЗАНЯТИЕ 3.

Цель: повысить осознание подростками приемов, которые используются рекламой для манипулирования поведением покупателей, и научить их сопротивляться этим приемам.

Задачи:

- дать краткую информацию о целях рекламы;
- обсудить основные рекламные приемы;
- обыграть и проанализировать рекламу сигарет или алкоголя;
- обсудить альтернативные способы реагирования на рекламу.

Материалы: вырезки из газет и журналов — реклама табака и алкоголя; большой лист бумаги, карандаши, фломастеры.

Используемые техники:

- обсуждение целей рекламы
- описание наиболее распространенных рекламных приемов
- анализ рекламных приемов
- разыгрывание рекламного сюжета

Обобщение главных моментов занятия

ЗАНЯТИЕ 4.

Цель: расширение опыта взаимодействия с телесным образом «Я».

Задачи:

- описать варианты изменения телесного облика;
- моделирование ситуации изменения образа тела;
- актуализация выбора индивидуального решения.

Материалы: краски, кисточки, большой лист бумаги, фломастеры.

Используемые техники:

- мозговой штурм («Что мы делаем со своим телом? Для чего? Положительные и отрицательные стороны»)
- обсуждение результатов.
- изменение внешности (нанесение красками татуировки или макияжа)

Обобщение главных моментов занятия

ЗАНЯТИЕ 5.

Цель: тело как ценность; формирование бережного и позитивного отношения к собственному телу.

Задачи:

- обсудить различные варианты отношения к телу;
- установить, что многие люди стесняются своего тела или отдельных его частей;
- моделирование репрезентации образа тела;
- обсуждение созданной телесной модели.

Материалы: пластилин.

Используемые техники:

- мозговой штурм (причины, по которым люди стесняются своего тела)
- лепим фигуру (индивидуально, в подгруппах — части тела)
- обсуждение (объединение в единую фигуру).

Выводы

ЗАНЯТИЕ 6.

Цель: исследовать процесс принятия решения группой.

Задачи:

- обучить эффективному поведению в процессе поиска согласия в группах;
- получить информацию о коммуникативных процессах в группе и о существующих в ней отношениях доминирования и руководства;
- способствовать сплочению участников группы.

Материалы: копии инструкции, листы бумаги, карандаши

Используемые техники:

- инструкция (игра «Крушение»)
- выработка решения (индивидуального, затем группового)

-
-
- обсуждение процесса принятия решения
- Выводы.

ЗАНЯТИЕ 7.

Цель: показать спектр ролей личности: дифференцировать свое «Я» и роли, роли и маски.

Задачи:

- предоставить детям возможность попытаться изменить свое поведение;
- предоставить детям возможность применить новые формы поведения в ситуациях,
- смоделировать более успешные формы поведения, разыграть их в безопасной обстановке

Материалы: не требуются.

Используемые техники:

- Групповая дискуссия (обсуждение возможных ролей, присущих подростку)
- Игра «Маски, которые мы надеваем»

Выводы

ЗАНЯТИЕ 8.

Цель: формирование навыков преодоления эгоцентризма; определение дистанции и статусных отношений в конфликтных межличностных ситуациях.

Задачи:

- научиться принимать ответственность за нормативные нарушения;
- принятие переживаний в конфликтных ситуациях;
- формирование границ в сложных межличностных ситуациях;
- осознание мотивов индивидуального поведения;
- формирование навыка эмпатии

Материалы: выбирают дети.

Используемые техники:

- мозговой штурм (последствия нарушения каких-либо правил)
- групповая дискуссия (причины совершения нарушений)
- игра на смену ролей (темы конфликтных ситуаций)
- обсуждение позиций конфликтующих сторон

Выводы

ЗАНЯТИЕ 9.

Цель: поддержание позитивной самооценки.

Задачи:

- обсудить способы поддержания позитивной самооценки;
- дать подростку возможность полностью осознать свои силы;
- дать возможность каждому члену группы узнать, как его воспринимают другие участники;
- предоставить участникам возможность соотнести самооценку и оценку членами группы;
- формирование умения слушать и давать обратную связь.

Используемые техники:

- групповая дискуссия («Как мы поддерживаем и улучшаем свою самооценку»)
- говорим друг другу комплименты

- «Белая ворона» (один человек, а затем увеличивающееся количество «белых воронов» совершают противоположные действия основной группы. Влияние нарушений правил, норм и регламента на самооценку)

- обсуждение
- Выводы.

ЗАНЯТИЕ 10.

Цель: моделирование своего образа «Я» в будущем.

Задачи:

- дать подростку возможность осознать свои силы;
- построить модель из неструктурированного материала образа «Я» в будущем.

Материалы: пластилин, бумага, цветные карандаши, фломастеры, краски (по выбору).

Используемые техники:

- лепим, рисуем (создать модель своего образа «Я» в будущем).
 - обсуждение
- Выводы

ЗАНЯТИЕ 11.

Цель: научить подростков неагрессивно настаивать на своем.

Задачи:

- идентифицировать общеизвестные ситуации, когда требуется неагрессивно настаивать на своем;
- идентифицировать тактики убеждения;
- упражняться в навыках вербального неагрессивного настаивания на своем;
- упражняться в невербальных навыках неагрессивного настаивания на своем.

Материалы: большой лист бумаги, фломастеры.

Используемые техники:

- мозговой штурм (перечислить общеизвестные ситуации, когда людям трудно неагрессивно настаивать на своем)
- виды поведения и их причины
- выгоды неагрессивного настаивания на своем
- упражнения для выработки вербальных навыков неагрессивного настаивания на своем (инсценировка ситуаций, иллюстрирующих вербальный навык неагрессивного настаивания на своем).
- упражнения по выработке невербальных навыков неагрессивного настаивания на своем.

Выводы

ЗАНЯТИЕ 12.

Цель: научить подростков социальным навыкам, необходимым для взаимоотношений со сверстниками, умению познакомиться с понравившимся человеком.

Задачи:

- обсудить, какие атрибуты привлекательны для лиц, противоположного пола;
- обсудить значение внешних (физических) данных во взаимоотношениях;

- обсудить чувства, необходимые для начала разговора с человеком противоположного пола, и чувства, которые препятствуют этому (страх, стыд и т.д.).

Материалы: большой лист бумаги, фломастеры, карандаши.

Используемые техники:

- привести примеры привлекательности/ непривлекательности

- обсудить чувства

- разыграть ситуацию (работа в парах, «Вы свободны. Как грамотно назначить свидание, пригласить в кино?»)

Выводы.

ЗАНЯТИЕ 13.

Цель: обсуждение причин, моделей и последствий сексуального поведения; формирование адекватного отношения подростков к вопросам гигиены сексуального поведения.

Задачи:

- обсудить проблему перехода сексуального поведения в провокацию насилия;

- обсудить факторы, которые могут способствовать провокации насилия;

- обсудить адекватные модели сексуального поведения, в том числе и в кризисных ситуациях.

Материалы: большой лист бумаги, фломастеры.

Используемые техники:

- мозговой штурм (проблемы сексуального поведения, насилия, провокации насилия и т. п.)

- обсуждение

- дискуссия по поводу альтернативных моделей поведения

Выводы

ЗАНЯТИЕ 14.

Цель: развитие навыков общения в конфликтных интимно-личностных ситуациях.

Задачи:

- обсуждение реакций, возникающих в конфликтных интимно-личностных отношениях;

- моделирование и выработка навыка приемлемого ответа в конфликтных ситуациях.

Литература:

1. Крылов А. А. Психология. Учеб. для вузов. М., 2005, с. 326.
2. Левин Б. М., Левин М. П. Наркомания и наркоманы. М.: изд. ЭКСМО-Пресс, 1995М.И.
3. Леонтьев А. А. Психология общения. 2-е изд., испр. и доп. М., 1997, 365 с.
4. Ломов Б. Ф. Общественная и социальная регуляция поведения индивида / Проблемы общения в психологии. М., 1986
5. Рожков М. И., Ковальчук М. А. Профилактика наркомании у подростков. М., 2004, с. 11-27.
6. Рожков, М.А. Ковальчук А.В., Волков, А.М. Малыгин. Профилактика наркомании в молодежной среде: Методические рекомендации. Ярославль: Изд-во «Медиум-пресс», 2002. 40 с.
7. Рожкова М. И. Воспитание трудного ребенка. М., 2001, с. 113-119.
8. Ураков И. Г. Наркомания: мифы и реальность. СПб: изд. «Евразия», 1990.
9. Фурманов И. А., Фурманова Н. В. Психология депривированного ребенка. М., 2004, с. 36-42.
10. Фурманов И. А. Психология детей с нарушениями поведения. М., 2004, с. 103-104.
11. Целуйко В. М. Психология неблагополучной семьи. М., 2004, с. 228-230.
12. Шипицына Л. М. Тренинг предупреждения вредных привычек у детей. СПб, 2005, с. 10-11.

Материалы: большой лист бумаги, карандаши, фломастеры.

Используемые техники:

- мозговой штурм (проблемы интимно-личностных конфликтов. «Когда тебе предлагают, например, интимные отношения, как ты реагируешь»).

- разыгрывание сценки (например, признания в любви)

- моделирование приемлемых ответов

Выводы.

ЗАНЯТИЕ 15.

Цель: обсуждение структуры полоролевой идентификации.

Задачи:

- рассмотрение психологического и культурального аспекта проблемы унисекса;

- обсуждение интрапсихических механизмов самоидентичности;

- обсуждение проблемы «унисекса» в контексте межличностных механизмов;

- формирование субъективных критериев гармонии самоидентичности.

Материалы: большой лист бумаги, фломастеры, журналы.

Используемые техники:

- мозговой штурм (проблемы унисекса в культурном аспекте. Привести примеры, где в повседневной жизни мы сталкиваемся с проявлениями унисекса (реклама, шоу-бизнес, мода и т.д.))

- обсуждение

Выводы

ЗАНЯТИЕ 16. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ

Цель: подведение итогов групповой работы.

Задачи:

- получить обратную связь от участников группы;

- создать позитивную атмосферу прощания.

Материалы: плотный лист цветной бумаги, карандаши, ручки, фломастеры.

Используемые техники:

- написание посланий, добрых пожеланий (каждому участнику группы)

- получение обратной связи.

ВЛИЯНИЕ МИКРОСРЕДЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЛИЧНОСТИ ПОДРОСТКОВ ГРУППЫ РИСКА ПО НАРКОЛОГИЧЕСКОМУ ПРОФИЛЮ

А. З. Нургазина, Б. А. Азанова

г. Павлодар

В настоящее время к проблеме психического здоровья подростков обращено внимание многих исследователей, что обусловлено социальной значимостью и остротой проблемы. Именно в этом возрасте происходит развитие конституционально обусловленных или приобретенных в раннем онтогенезе аномалий (Личко А. Е., 1977). Согласно исследованиям В. А. Гурьевой, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикина (1994), подростковый возраст становится все более сложным и «трудным» в психологическом и социальном планах. Рост употребления психоактивных веществ затронул в значительной степени нынешнее поколение подростков, отмечен рост распространенности в детской и подростковой среде деструктивных форм социального поведения (Рыбалко М. И., 1998; Баденштейн Л. М., Можгинский Ю. Б., 2000; Худяков А. В., 2000; Дроздовский Ю. В., 2003; Кузнецова Н. Н., 2003). Т. Б. Дмитриева (1999) считает, что большое внимание на формирующуюся личность оказывают влияние неблагоприятные факторы макро и микро социального окружения, поскольку семья,

школа, значимая группа сверстников и социальные институты являются ведущими сферами, через которые реализуется социализация ребенка. По мнению В.Я. Гиндикина (2000), условия неадекватного домашнего воспитания (особенно совпадающего по направленности со школьным воспитанием) могут способствовать усугублению имеющихся расстройств, приводить к дальнейшему искажению формирования личности.

С целью выяснения значимости неблагоприятных факторов микро социального окружения нами был обследован 141 подросток группы риска, в возрасте с 15 - 17 лет, которая, в свою очередь, состоит из исследуемой группы (n=72 человек) и контрольной группы (n=69 человек).

Общая группа подростков группы повышенного риска (n=141 человек) по наркологическому профилю получила следующее распределение - по принципу сопоставимости основных характеристик - пола, возраста, этническим признакам, нозологической принадлежности.

Таблица 1

Гендерное соотношение подростков исследуемой и контрольной группы

| Пол | Исследуемая группа (в %) | Контрольная группа (в %) |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| Мужской | 40,3±11,3 | 62,3±11,4 |
| Женский | 59,7±11,3 | 37,7%±11,4 |

При распределении подростков по возрасту в исследуемой группе преобладают подростки 15 – 16 лет (55 человек или 76,4 %), в контрольной группе преобладают подростки 15 – 16 лет (54 человек или 81,8 %), средний возраст составляет 15,8 лет.

По половому признаку: в исследуемой группе преобладают подростки женского пола (43 человек или 59,7%), в контрольной группе преобладают мужчины (43 человека или 62,3%).

При распределении по этнической принадлежности подавляющее большинство подростков в исследуемой группе составляют европейцы (44 человека или 61,1%), в контрольной группе также преобладают подростки - европейцы (57 человека или 82,6%).

Основные клиничко-нозологические формы расстройств поведения у подростков группы риска (n=141) в соответствии с МКБ – 10 были распределены следующим образом:

- F 91.0 – Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи – 21 человека, что соответствует 14,9%.

- F 91.1 – Несоциализированное расстройство поведения - 15 человек, что соответствует 10,6%.

- F 91.2 – Социализированное расстройство поведения - 57 человек, что соответствует 40,4%, тогда как у остальных 48 подростков в группе, что соответствует 34,1% наблюдались эпизодические непродолжительные симптомы, нозологические формы расстройств поведения у подростков не были диагностированы.

Подростки группы риска отличались длительностью имевшихся у них расстройств поведения – более 6 месяцев. У 57 - 60% исследуемых лиц симптоматика наличествовала более 1 года, 7% страдали расстройствами поведения более 2 лет. Расстройства поведения у подростков сопровождалась выраженной фиксацией симптоматики, усложнением клинической картины, характеризовалась трудностью выделения ведущего клинического синдрома, сменой механизмов совладания на защитное поведение.

Результаты исследования подтверждают факт большого риска развития наркотического заражения для детей из неполных семей. Неполных семей в исследуемой группе 15 человек или 19,7%,

в контрольной группе подростков из неполных семей (13 человек или 19,1%), при этом причиной неполной семьи исследуемой группе в 12 семьях (85,7%), и в контрольной группе (83,3%) явился развод родителей. Отсутствие отца (реже матери) в

семье обуславливает трудности организации эффективной социальной адаптации подростка, что в дальнейшем способно привести к риску развития наркотического заражения. Результаты исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Причина неполной семьи в исследуемой и контрольной группах

| Наименование причины | Исследуемая группа (в %) | Контрольная группа (в %) |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Смерть родителя | 14,3 {1,5<>43,7} | 16,7 {2,7<>35,5} |
| Родители состоят в разводе | 85,7 {54,7<>97,5} | 83,3 {58<>94,2} |

Наиболее важными параметрами, подлежащими учету в семейной системе, являются структура, роли, границы семьи и семейных подсистем, идентификация, личные психологические особенности родителей (Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1987), создающие определенный аффективный фон в семье и представляющий собой условно баланс между положительными и отрицательными эмоциями в подсистемах (Н. С. Sudak, 1985).

На психологические особенности личности, её адаптивные способности и возможности воздействуют различные семейные факторы. Более того, семейные факторы, сами по себе, могут вызывать расстройства психической адаптации. В этой связи было необходимо исследовать, как на личностные особенности в подростковом возрасте влияет фактор проживания и воспитания в семье родителей и в семье бабушек и дедушек в раннем детстве. То есть в возрасте от 0 до 4 лет (возраст формирования жизненного сценария по Э. Берну, 1996). В первую группу вошли подростки, которые с момента рождения и до 4 лет воспитывались в семье родителей, вторую группу составили те, кто до 4 лет воспитывался в семье бабушки и дедушки.

Воспитываясь в семье прародителей, ребенок сталкивается с более внимательным отношением к его потребностям и желаниям, более терпимым отношением к его завышенным притязаниям и капризам. Желания ребенка не подавляются, а выполняются. В семье бабушки и дедушки гораздо меньше различных социальных запретов, что способствует формированию определенной «Я - концепции». Вполне возможно, что такой стиль воспитания оказывает свое влияние на взаимоотношения с родителями. У таких подростков взаимоотношения с родителями хуже, чем у тех, кто воспитывался в семье родителей с момента рождения, хотя физическая агрессивность значительно ниже. Мы можем допустить, что на ухудшение взаимоотношений с родителями в данном случае влияют не эмоциональные особенности личности, в виде агрессивности, а

столкновение различных паттернов семейных взаимоотношений и авторитетов, что может приводить к конфликтам в семье и соответственно к нарушению психосоциальной адаптации. У подростков этой же группы чаще встречается акцентуация характера по смешанному типу.

В процентном соотношении воспитание подростков до трёх – четырёхлетнего возраста выглядит следующим образом.

Исследуемая группа:

- в семье родителей – 58 человек или 81,7%;
- в семье бабушки – дедушки – 13 человек или 18,3%.

Контрольная группа:

- в семье родителей – 59 человек или 88,1%;
- в семье бабушки – дедушки – 8 человек или 11,9%.

В следующей таблице 3 показано распределение взаимоотношений подростков с родителями.

Взаимоотношения с родителями оцениваются в баллах - от 0 до 5 баллов. Внимательно изучив оценку взаимоотношений с родителями, подросток высказывает верный, по его мнению, балл.

- «Очень хорошие» – 4 балла: родители полностью понимают меня, с ними у меня нет никаких проблем.

- «Хорошие» - 3 балла: иногда родители меня не понимают, но при необходимости находим общий язык.

- «Не очень хорошие» – 2 балла: родители часто не понимают меня, часто давят на меня, ругают. Редко жалеют, редко проявляют заботу, хотя одевают меня, покупают современные вещи.

- «Плохие» – 1 балл: родители полностью не понимают меня, не интересуются моей жизнью, полностью подавляют меня, наказывают морально и физически.

- «Очень плохие» – 0 баллов: я не нужна родителям, они чужие для меня, лучше бы их не было. Родители пьют, избивают меня, я сама зарабатываю на хлеб.

Распределение взаимоотношений подростков исследуемой и контрольной группы с родителями

| Характеристика взаимоотношений | Количество участников из исследуемой группы (чел.) | Соотношение участников из исследуемой группы (в %) | Количество участников из контрольной группы (чел.) | Соотношение участников из контрольной группы (в %) |
|--------------------------------|--|--|--|--|
| Плохие | 1 | 1,5 | 3 | 2,5 |
| Не очень хорошие | 35 | 53,8 | 64 | 52,9 |
| Хорошие | 26 | 40 | 54 | 44,6 |
| Очень хорошие | 3 | 4,6 | 0 | 0 |

Таким образом, мы видим, что подростки оценивают свои взаимоотношения с родителями следующим образом:

- в исследуемой группе взаимоотношения подростков с родителями в среднем оценили – 3,5 балла;
- в контрольной группе взаимоотношения подростков с родителями в среднем оценили – 3,4 балла.

Мы исследовали взаимосвязь социально-бытовых условий с психологическими особенностями и влияние их на поведение подростка, в том числе на особенности формирования аддиктивного поведения, а также психической адаптации. Подростки сами оценивали свои жилищные условия, (оценка включала в себя три характеристики: неудовлетворительные, удовлетворительные, хорошие) и материальный доход семьи.

Для группы с неудовлетворительными социально-бытовыми условиями и низким уровнем материального дохода было характерно неблагополучие соматического состояния. Благополучие семьи подростков оценивалось в баллах (средний балл): в исследуемой группе в 3,7 балла, в контрольной группе в 3,6 балла.

Полученные данные свидетельствуют о значительном расширении социальных границ подросткового наркотизма, когда в группу риска входят не только представители социально – неблагополучных слоев, но и подростки из семей, традиционно относящихся к благополучным семьям. По результатам исследования, уровень образования родителей не является значимым для формирования группы риска – подростки, имеющие опыт употребления ПАВ, воспитывались также как и в семьях, где родители не имеют высшего образования. Однако по уровню материального достатка семьи (показатель относителен, он выявлялся на основании информации,

предоставленной подростками, и носит, скорее, не классификационный, а сравнительный характер) между группой риска и группой сравнения можно выделить определенные различия. Среди подростков группы риска больше представителей семей со средним уровнем и низким уровнем материального достатка, тогда как большинство лиц группы сравнения составляют подростки из семей с высоким и со средним уровнем материального достатка.

Отсутствие в семьях доверительных и теплых отношений между родителями и детьми, невнимание к формированию у детей жизнеутверждающих позиций и привитию позитивного интереса к учебе, труду, здоровому образу жизни с низкими морально – этическими установками являлись факторами высокого риска приобщения их к ПАВ. Нарушение семейного микроклимата в неполных, асоциальных, деформированных семьях, с авторитарной системой воспитания и жестоким обращением с детьми приводит к эмоциональному отвержению ребенка, искажению его личности, заниженной самооценке и к аддиктивному поведению, как одной из форм психологической защиты. Что касается внешне благополучных семей, то здесь прослеживается другая крайность воспитания. Это потворствующая и доминирующая гиперпротекция, которая проявляется в чрезмерной опеке и подавлении самостоятельности, тем самым формируется социальная незащищенность и склонность к выраженной реакции эмансипации, одной из форм которой является аддиктивное поведение.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что неблагоприятный медико-социальный статус подростков и семьи, в которой они воспитывались, способствовали их раннему приобщению к ПАВ.

**СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: ГАЛАВИТ В ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ
ИНФИЦИРОВАННОГО С ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

Л. Д. Арсененко, Т. П. Ветлугина

Терапия ВИЧ - инфицированных пациентов с тяжелыми формами туберкулеза на фоне опиатной зависимости остаётся острой проблемой практической медицины, и, не смотря на интенсивные методы лечения, таких больных, к сожалению, не всегда удается спасти. В данном сообщении мы приводим описание случая успешного лечения туберкулезного менингита у ВИЧ - инфицированного пациента с опиатной зависимостью.

В отделении № 8 (госпитальная база филиала Кемеровского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом) находились на лечении 3 ВИЧ - инфицированных пациента, поступившие в тяжелом состоянии с гипертермией до 40°C, с выраженными симптомами интоксикации, полиорганной недостаточности, а также манифестной неврологической симптоматикой в виде менингеальных симптомов, спутанности сознания, слуховых и зрительных галлюцинаций, тошноты, рвоты, светобоязни. Состояние пациентов было отягощено опиатной зависимостью с абстинентным синдромом и крайней степенью истощения (кахексией). Всестороннее обследование выявило у больных наличие туберкулеза легких, туберкулезного менингита, МБТ (+), рентгенологически – очаги интенсивного неомогенного затемнения с дорожкой к корню. Биохимические исследования выявили повышение уровня мочевины, билирубина, трансаминаз, снижение амилазы и общего белка в плазме крови за счет токсического поражения опиатами почек, печени и поджелудочной железы. В моче выявлялось повышенное содержание белка; в периферической крови – снижение гемоглобина. При исследовании иммунного статуса выявлено снижение общей популяции Т-лимфоцитов CD3⁺- фенотипа, CD4⁺- фенотипа, иммунорегуляторного индекса, повышение циркулирующих иммунных комплексов. Люмбальная пункция выявила наличие высокого цитоза (200 - 400 клеток) за счет лимфоцитов, снижение сахара и хлоридов, что характерно для туберкулезного менингита. Больным с первого дня поступления в стационар назначена интенсивная стандартная терапия противотуберкулезными препаратами, дезинтоксикационная и дегидратационная терапия; назначались церебропротекторы и ноотропы. Пациенты были осмотрены неврологом, фтизиатром, пульмонологом, наркологом, психиатром. Заключение специалистов единодушное – прогноз неблагоприятен.

Учитывая тяжелое состояние, одному из пациентов в комплекс терапии был включен галавит,

который не входит в стандарт лечения таких больных. Вместе с тем, галавит зарегистрирован в Фармакологическом комитете Российской Федерации в качестве иммуномодулирующего и противовоспалительного лекарственного средства (регистрационный номер Р№ 000088/02 МЗ РФ), и в литературе имеются данные о выраженном клиническом эффекте его применения при различных заболеваниях, сопровождающихся иммунодефицитами (Винницкий Л. И. и др., 2002; Латышева Т. В. и др. 2002; Нагоев Б. С. и др., 2002; Стрижаков А. Н. и др., 2004; Ветлугина Т. П., Бохан Н. А., 2005).

Не смотря на интенсивную терапию, состояние пациентов продолжало ухудшаться, и у двоих из них на фоне отрицательной динамики лабораторных, клинических и рентгенологических показателей на 10 день с момента поступления наступил летальный исход. Больной, получавший галавит, не смотря на неблагоприятные прогнозы специалистов, остался жив. Инъекции галавита были продолжены, всего больной получил 30 инъекций. Через 1 месяц от начала применения галавита в состоянии больного произошел перелом в сторону улучшения, и он был выписан со значительным улучшением на амбулаторное долечивание.

Больной К-н А. А. 1970 г. р., история болезни № 6214-47, поступил в крайне тяжелом состоянии, обусловленном интоксикацией, полиорганной недостаточностью, неврологической симптоматикой и кахексией. Сознание спутанное, на вопросы отвечает не сразу, неадекватно, в месте и времени не ориентируется, не узнает родственников и окружающих; выявляется горизонтальный нистагм в обе стороны, значительная ригидность затылочных мышц и положительный симптом Кернига, сухожильные рефлексы с рук снижены, с ног – не вызываются; беспокоят слуховые, зрительные галлюцинации, сильная головная боль, тошнота, рвота, головокружение, светобоязнь, гипертермия до 38-39°C, увеличение шейных лимфоузлов. Предварительный диагноз: туберкулезный лимфаденит, менингит, туберкулез легких.

Из анамнеза: заболел за 5 месяцев до поступления в стационар: отмечалось увеличение и абсцедирование шейных лимфоузлов, гипертермия 38-39°C. Лечился амбулаторно антибиотиками широкого спектра действия. На фоне лечения улучшения не отмечалось, напротив, возникло свищевое отверстие в области шеи с творожистым беловатым отделяемым. Появились невыносимые головные боли, малопродуктивный кашель, тошнота, рвота,

светобоязнь, спутанность сознания, шаткость походки, изменения психики в виде агрессивности, раздражительности, гневливости, склонности обвинять в своих несчастьях окружающих. Кроме того, у больного в 2001 году диагностированы ВИЧ - инфекция и хронический гепатит С, употребление опиатов внутривенно в течение 1 года.

В первые дни поступления в стационар было проведено полное обследование больного:

- рентгенография органов грудной клетки и томография: инфильтративный туберкулез S₁ правого легкого – в проекции верхней доли справа интенсивное неомогенное затемнение 5 x 5 см с дорожкой к корню;

- люмбальная пункция (исследование ликвора): *при поступлении* – бесцветный, прозрачный, цитоз - 255 клеток за счет лимфоцитов, белок - 0,99 г/л ↑, сахар - 1,83 ммоль/л ↓, хлориды - 102,5 ммоль/л ↓, реакция Панди резко положительная; *через 2 недели* – желтоватый, прозрачный, цитоз - 466 клеток за счет нейтрофилов, белок - 0,66 г/л, сахар - 1,25 ммоль/л ↓, хлориды - 85,5 ммоль/л ↓, реакция Панди резко положительная;

- исследование ликвора на микобактерии туберкулеза (МБТ) методом посева: результат положительный;

- исследование ликвора на герпес методом ПЦР: результат отрицательный;

- посев мокроты на микобактерии туберкулеза: результат отрицательный;

- общие анализы крови: все без патологии;

- общие анализы мочи: белок - 0,165 г/л - 0,132 г/л - 0,099 г/л - 0,033 г/л;

- маркеры гепатитов: антиВГС (+);

- исследование иммунного статуса в динамике: лимфопения - 8%, CD3⁺ - 34/141 (отн/абс), CD4⁺ - 24/99, CD8⁺ - 24/99, ИРИ - 1,0, ЦИК - 0,111 усл.ед.

- биохимические анализы: билирубин при поступлении - 6 мкмоль/л (прямой - 2, непрямой - 4), АСТ - 0,15, АЛТ - 0,35, сулемовая - 1,8 мл, тимоловая - 13 ед.; *через 2 недели* – билирубин - 117 мкмоль/л (пр. - 87, непр. - 30); АСТ - 1,05; АЛТ - 0,35; сулемовая - 1,4 мл.; тимоловая - 15 ед.

- кровь на гемокультуру и стерильность 3 -кратно – роста нет;

- глазное дно – соски зрительных нервов розовые, границы четкие, признаков застоя нет.

После обследования выставлен диагноз:

основной: ВИЧ - инфекция 4В фаза прогрессирования, стадия вторичных заболеваний, туберкулезный менингит, лимфаденит, туберкулез легких (S₁ справа), тубинтоксикация тяжелой степени, МБТ (+);

сопутствующий: хронический гепатит смешанной этиологии: вирусной (антиВГС+) и токсической (опиатной), обострение (минимальная степень активности), токсическая нефропатия, панкреатит;

фоновый: синдром зависимости от опиатов 2 стадия, ВИЧ-энцефалопатия, ВИЧ-кахексия.

С первого дня поступления начато интенсивное лечение противотуберкулезными препаратами внутривенно, внутримышечно и per os (рифампицин, изониазид, этамбутол, пипразинамид, стрептомицин),

дезинтоксикационная (реамберин) и дегидратационная (маннитол, лазикс) терапия; назначались церебропротекторы и ноотропы (кортексин, пикамилон, пирацетам, сернокислая магнезия, мексидол), внутривенно вводилась нативная свежезамороженная плазма, с целью парэнтерального питания и в качестве гепатопротектора вводился гепасол А. Для снятия психопатологической симптоматики и судорожной готовности психиатром и наркологом были назначены: коаксил, сонапакс, иммован, финлепсин. Несмотря на интенсивную терапию, состояние пациента продолжало ухудшаться: начались судорожные подергивания мышц, многочасовая ничем не снимающаяся икота, ежедневная гипертермия до 39-40°C, отрицательная динамика лабораторных показателей, нарастание менингеальной симптоматики. Кроме того, на фоне противотуберкулезных препаратов и хронического гепатита С появилась интенсивная желтушность кожи, увеличение печени и ухудшение биохимических показателей, что послужило причиной временной отмены противотуберкулезных препаратов. На этом фоне начато лечение галавитом по следующей схеме: в 1-й день внутримышечно 200 мг; затем по 100 мг 2 раза в день, было сделано 30 инъекций.

Через 1 месяц интенсивной терапии, сочетающейся с инъекциями галавита, в течении болезни произошел перелом в сторону выздоровления. Состояние улучшилось, сознание ясное, поведение адекватное, доброжелательное; исчезли галлюцинации, менингеальные симптомы, агрессивность, раздражительность, икота, судороги мышц; улучшилась рентгенологическая картина (в проекции S₁ верхней доли справа фокус затемнения 2,5 x 2,5 см с дорожкой к корню) и физикальные данные, улучшились биохимические (билирубин - 53 мкмоль/л (пр-32, непр-21); АСТ - 0,21; АЛТ - 0,42; сулемовая - 1,1 мл; тимоловая - 8 ед; общий белок - 80 г/л; мочевины - 5,6 ммоль/л; сахар - 4,6 ммоль/л; амилаза - 11,6 г/г-л; холестерин - 3,6 ммоль/л) и иммунологические показатели (лимфоцитов - 38%; CD3⁺ - 32/486; CD4⁺ - 40/608; CD8⁺ - 38/577; иммунорегуляторный индекс - 1,05; циркулирующие иммунные комплексы - 0,047 усл. ед.); а также состав ликвора (бесцветный, прозрачный, цитоз - 53 клетки за счет лимфоцитов; белок - 0,66 г/л; сахар - 3,2 ммоль/л (норма); хлориды - 103,6 ммоль/л ↓ и ближе к норме; реакция Панди - положительная).

Больной провел в отделении 67 койко-дней и выписан со значительным улучшением. с удовлетворительным самочувствием на долечивание в амбулаторных условиях в противотуберкулезном диспансере.

Мы вполне отдаем себе отчет в том, что полученный клинический эффект включения галавита в комплекс терапии ВИЧ - инфицированного больного с тяжелой формой туберкулеза требует дальнейшего подтверждения и накопления опыта. Вместе с тем, нам хотелось привести данный случай из практики, который, возможно, будет полезен для врачей и поможет какой-то части пациентов облегчить страдания и повысить качество жизни.

Литература:

1. Ветлугина Т. П., Бохан Н. А. Механизмы реализации терапевтического эффекта иммуномодулятора галавита при комплексной терапии алкоголизма. // Наркология. - 2005. - № 10. - С. 40-44.
2. Винницкий Л. И., Бунатян Т. А., Инвиева Е. В. Галавит в лечении послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у хирургических больных. // IX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Тез. Докладов. - М., 2002. - С. 84.
3. Латышева Т. В., Сетдикова Н. Х., Щербакова О. А. Галавит в комплексной терапии хроничес-

кого рецидивирующего фурункулеза. // Сборник. Галавит (клиническое использование и механизм действия). - М., 2002. - С. 23-29.

4. Нагоев Б. С., Абидов М. Т., Иванова М. И. и др. Эффективность применения галавита в комплексной терапии вирусного гепатита В и С. // Сборник. Галавит (клиническое использование и механизм действия). - М., 2002. - С. 53-57.

5. Стрижаков А. Н., Каграманова Ж. А., Якубович Д. В. Клинико-иммунологическое обоснование терапии больных острым воспалением придатков матки // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2004. - Т. 3, № 1. - С. 26-29.

МОТИВАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ПРИАРАЛЬЕ

Ж. Ж. Бултачеев, Д. Ф. Шайхутдинов

г. Кызылорда

Вопросы охраны природы и создания наилучших условий ее сохранения являются приоритетами международного сотрудничества. 28 сессия Генеральной Ассамблеи ООН учредила «Программу ООН по окружающей среде» (ЮНЕП), а в 1981 г. приняла резолюцию «Об исторической ответственности государств за сохранение природы Земли для нынешних и будущих поколений». Это связано с тем, что среди факторов, ухудшающих здоровье человека, в том числе и психическое, по мнению Всемирной организации здравоохранения, все больший вес приобретает нарушение экологической обстановки. Если изменение окружающей среды происходит в неблагоприятную сторону, то оно более опасно, чем «одноразовая конфронтация со значительным стрессом», поскольку избежать экологического стрессового воздействия человек не может, а длительность его влияния измеряется годами. В условиях неблагоприятной экологической обстановки человек вынужден мобилизовать механизмы долгосрочной адаптации, что нередко приводит к снижению уровня функционирования, как индивидуума, так и популяции в целом.

Кроме того, прослеживается связь между экологическим неблагополучием и развитием донозологических форм зависимости населения. Они обусловлены хроническим характером средовых воздействий, наличием в среде комплекса патогенных факторов, эмбриотоксическим влиянием на организм человека, а также обязательным присоединением социально-экономических воздействий и психологического стресса. Вместе с тем, не всегда легко вычленишь обусловленность зависимости каким-либо экологическим фактором, так как

социально-психологические эффекты в определенный период перекрывают биологические воздействия.

Изучение распространенности синдромов психических расстройств и зависимостей среди населения, не попадающего в поле зрения психиатров, имеет большое значение для организации и планирования медицинской помощи. Особую актуальность эта проблема приобретает в экологически неблагоприятных зонах. Одним из ярких примеров таких зон очевидного и достаточно многолетнего экологического неблагополучия, характеризующегося, в первую очередь, дефицитом и низким качеством питьевой воды, а также частыми песчаными бурями, является Приаралье.

В Республике Казахстан принят специальный закон «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологической катастрофы в Приаралье». В настоящее время уже очевидно влияние ряда неблагоприятных последствий на здоровье населения Приаралья, возникших вследствие произошедшей там экологической катастрофы. Однако каких-либо сведений о реальной ситуации с распространенностью психической патологии и зависимости среди здоровой части популяции региона не имеется, что затрудняет организацию профилактической работы.

Следует также отметить, что в законе Республики Казахстан «О социальной защите граждан, пострадавших вследствие экологической катастрофы в Приаралье» подчеркнута, что каждая рекомендация по преодолению последствий катастрофы должна иметь научное обоснование. Таким образом, настоящая работа направлена на научно-методическое обеспечение упомянутого закона в области совершенствования организации профилактической помощи

населению Приаралья. Основной целью данного исследования являлось выявление уровня мотивации употребления алкоголя, не попадающего в поле зрения психиатров и наркологов населения. Изначально исключались из обследования имеющиеся нозологически установленные психические и наркологические заболевания.

В качестве основного инструмента клинико-эпидемиологического исследования использовалась "Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований", разработанная в ГНЦ социальной и

судебной психиатрии им. В. П. Сербского, которая включает в себя социодемографические и социокультуральные сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов (по критериям DSM-IV и МКБ-10). Все собранные и формализованные таким образом сведения были занесены в единую компьютерную базу данных и подвергнуты статистико-математическому анализу.

Настоящая статья является фрагментом диссертационной работы которая касается употребления алкоголя населением Аральска и Кызылорды.

Таблица 1

Анализ различий распределения обследованного контингента больных по употреблению алкоголя

| Различия употребления алкоголя | Аральская зона | | Кызылординская зона | | p |
|---------------------------------------|----------------|------|---------------------|------|--------|
| | абс. | % | абс. | % | |
| Не употребляет | 309 | 24,4 | 769 | 59,1 | 0,0341 |
| Употребляет редко "по праздникам" | 725 | 57,1 | 428 | 32,8 | <0,001 |
| Употребляет регулярно (каждую неделю) | 234 | 18,5 | 105 | 8,1 | 0,0103 |

Анализ таблицы 1 показывает, что статистически достоверно преобладает употребление алкоголя в Аральской зоне.

Для выявления причины и определения мотивации были обследованы пациенты, которые

регулярно употребляют алкоголь. Это 234 анкетированных из Аральска и 105 человек из Кызылорды, с которыми проведено психологическое тестирование по методике «Мотивация потребления алкоголя». Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Уровни и мотивации употребления алкоголя среди жителей Аральска и Кызылорды

| Уровни и мотивации | Аральск | | | Кызылорда | | |
|--------------------|---------|------|-----------------|-----------|-----|---------------------|
| | абс | % | Ведущий мотив | абс | % | Ведущий мотив |
| Социальный | 13 | 5,6 | Субмиссивные | 82 | 78 | Навязывание выпивки |
| Личностный | 210 | 89,7 | Атарактический | 22 | 22 | Атарактический |
| Патологический | 1 | 0,4 | Самоповреждение | 1 | 0,9 | «Пить назло» |

Полученные данные показывают, что в Аральске преобладают личностные уровни мотивации, где ведущим мотивом является атарактический что свидетельствует об эмоциональной нестабильности, возможной на фоне невротических проявлений.

В Кызылорде преобладает социальная мотивация, ведущим мотивом которой являются навязанные выпивки окружения.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что проживание в зоне экологического бедствия служит фактором риска в развитии тех

или иных форм зависимостей у населения. Вместе с тем, до настоящего времени не выработаны подходы к диагностике, лечению, профилактике донозологических форм зависимостей, которые возникают в связи с экологическими бедствиями и катастрофами, среди населения, не обращающегося за специализированной помощью. Без резкого увеличения количества психотерапевтов, работающих в предприятиях и организациях всех форм собственности, и разъяснения специфики их работы через СМИ данный контингент лишен своевременной помощи лишен.

Литература:

1. 28 сессия Генеральной Ассамблеи ООН "Об исторической ответственности государств за сохранение природы Земли для нынешних и будущих поколений"
2. "Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований", разработана ГНЦ С и СП им В. П. Сербского. - М.
3. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотреблением алкоголем. - М.: Медицина

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОМБИНИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАННЕМ ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

А. В. Грузман

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;
- астенодинамическими нарушениями 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 (6).

Поэтому задачей данного исследования был отбор конкретных медикаментозных препаратов для терапевтических комбинаций с целью проведения медикаментозной противорецидивной терапии в раннем постабстинентном периоде у больных страдающих злоупотреблением опиоидов, а также выявление показаний для назначения различных по своему составу терапевтических комбинаций. В терапевтические комбинации 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.

- Антikonвульсанты. С нормотимической, антидисфорической, вегетостабилизирующей целью и для профилактики параксизмальной активности, которая может возникнуть как проявления побочного действия на фоне длительного приёма антидепрессантов и нейролептиков.

Требования к терапевтической комбинации.

Терапевтическая комбинация должна соответствовать следующим требованиям:

1. Воздействовать на широкий спектр симптомов, характерных для постабстинентного периода, за счёт нормализации нарушений нейромедиаторного обмена.
2. В виду комбинированного применения препараты должны быть эффективны в малых и средних дозах, и обладать минимальным побочным действием.
3. Взаимодействие препаратов не должно вызывать токсических эффектов.

Препараты, использовавшиеся в терапевтических комбинациях

Из группы нейролептиков использовался **рисперидон** (Рисполепт в форме раствора), который относится к группе атипичных нейролептиков. Рисполепту присущ малый спектр побочных действий, его эффективность не имеет корреляционной зависимости от величины дозы (т.е. для достижения эффекта часто бывает достаточно малых и средних доз этого препарата). В отличие от типичных нейролептиков он не только не обладает депрессогенным действием, но и нормализует аффективную сферу. Имеет тропность к имеющимся в структуре постабстинентного периода когнитивным расстройствам. Немаловажное значение имеет воздействие на стержневой синдром постабстинентного периода в виде патологического влечения к наркотическому веществу.

Основные преимущества рисполепта (в сравнении с другими нейролептиками - галоперидолом и клозапином) в лечении абстинентных и постабстинентных расстройств, вызванных злоупотреблением опиоидов, были выявлены в ранее проведенных исследованиях (3, 4) и отражены в таблице 1.

Таблица 1

Преимущества рисполепта (в сравнении с другими нейролептиками - галоперидолом и клозапином) в лечении абстинентных и постабстинентных расстройств, вызванных злоупотреблением опиоидов

| Симптомы | Статистически достоверная разница |
|----------------------|-----------------------------------|
| Влечение к наркотику | P <0,01 |
| Тревога | P <0,01 |

Преимущества рисполепта (в сравнении с другими нейролептиками- галоперидолом и клозапином) в лечении абстинентных и постабстинентных расстройств, вызванных злоупотреблением опиоидов (продолжение)

| Симптомы | Статистически достоверная разница |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Недостаточность суждений и критики | P <0,01 |
| Подавленность | P <0,01 |
| Апатия, безразличие | P <0,01 |
| Депрессия | P <0,05 |
| Бессонница | P <0,05 |

Примечание P – вероятность ошибочного заключения*

Из группы антидепрессантов были отобраны сертралин и флувоксамин. Они относятся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Общими характеристиками для них являются нормализация аффективной сферы, тропность к тревожным расстройствам, воздействие на обсессивный компонент влечения, малый спектр побочных действий со стороны соматической сферы.

Сертралин 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, по причине экономической приемлемости, использовался препарат **Зосерт** (6, 7).

Флувоксамин обладает преимущественно седативным, особенно противотревожным действием, имеет низкую тенденцию провоцирования фармакологических обострений со стороны соматической сферы, воздействует на расстройства возбудимого спектра, способствует нормализации сна. В исследовании использовался препарат **Феварин**.

Из группы антиконвульсантов использовался **карбамазепин**, обладающий антидисфорическим и выраженным вегетостабилизирующим действием. Оказывает влияние на патологическое влечение к наркотикам, является нормотимиком и обладает достаточно широким спектром антипараксизмальной активности. Кроме того описано его адьювантное (оптимизирующее эффект от применения других препаратов, снижающее раздражительные гиперстетические реакции и нейротоксические побочные эффекты от приёма других препаратов) действие (5). В исследовании использовался препарат **Зептол**.

Из перечисленных выше препаратов были составлены две терапевтические комбинации.

Терапевтическая комбинация № 1, состоящая из рисполепта, зосерта, зептола.

Терапевтическая комбинация № 2, состоящая из рисполепта, феварина, зептола.

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 (далее по тексту 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 был введен 181 пациент, которые были разделены на 3 группы: две исследуемые и одна контрольная. Обе исследуемые группы состояли 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.

В первой исследуемой группе (n=70) пациенты в постабстинентном периоде получали терапевтическую комбинацию № 1

Во второй исследуемой группе (n=58) пациенты в постабстинентном периоде получали терапевтическую комбинацию № 2.

В контрольной группе пациентов (n=53), которая по основным критериям (пол, возраст, длительность заболевания, степень тяжести поведенческих и психических расстройств) была сопоставима с обеими исследуемыми группами, пациенты лечились по стандартной схеме (4) и не получали противоречивую 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.

Методика по использованию терапевтической комбинации № 1 (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 - 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.

Методика по использованию терапевтической комбинации № 2 (рисполепт, феварин, зептол) в постабстинентном периоде в условиях стационара

- Первым назначается Карбамазепин (зептол) в дозе от 100 до 300 мг в сутки.

- Вторым назначается Рисперидон (рисполепт - раствор) в дозе от 1 мг - 4 мг.

- Последним назначается Флувоксамин (феварин) 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 терапевтические комбинации в полном объёме в течение 4 недель, то он должен был быть уведомлён о профилактике «синдрома отмены» для того, чтобы эти больные резко не отказывались от приёма лекарств.

Профилактика синдрома отмены - дозы лекарств следует снижать поэтапно и постепенно. Длительность отмены должна ориентировочно составлять не менее 25% от всего срока приёма терапевтической комбинации. Первым отменялся антиконвульсант, затем антидепрессант и последним отменялся нейролептик. Примерная схема отмены комбинации при 60-дневном курсе лечения, когда пациенты получали терапевтическую комбинацию № 1, рассчитана на срок приёма не менее 4 недель. На 50 день пребывания в отделениях Центра или за 10 дней до выписки начинать 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 терапевтических комбинаций проведено сравнение длительности пребывания пациентов в стационаре из исследуемых групп и контрольной группы. При этом при подсчёте койко-дней учитывались как больные, завершившие курс лечения, так и больные, прервавшие его раньше времени из-за активного нежелания продолжать лечение (таблица 2).

Таблица 2

Количество койко-дней проведенных в стационаре пациентами исследуемых и контрольной групп

| Признак | Исследуемые группы | | Контрольная группа | P |
|---|------------------------|------------------------|--------------------|-------|
| | Исследуемая группа № 1 | Исследуемая группа № 2 | | |
| Количество койко-дней, проведенных в стационаре | 48,4±3,4 | 51,7± 4,5 | 40,2±2,7 | <0,05 |

Таблица 2 показывает, что больные исследуемых групп пребывали в стационаре дольше, чем больные контрольной группы, и эти различия носили статистически достоверный характер.

С целью определения эффективности исследования глубина редукции основных клинических синдромов у пациентов прошедших полный 8- недельный курс лечения, то есть степень патологического

влечения к наркотику, степень поведенческих нарушений, препятствующих продолжению лечения, и степень астенодинамических расстройств, вызывающих тягостные субъективные ощущения. В качестве критериев использовалась динамика выраженности этих симптомов в баллах - в виде разницы их значений на начало и на момент завершения лечения (таблица 3).

Динамика глубины редукции основных синдромов у пациентов исследуемых групп завершивших курс лечения

| Симптомы | Динамика глубины редукции основных синдромов после завершения курса лечения (среднее значение в баллах). | | | |
|---|--|-------|------------------------|-------|
| | Исследуемая группа № 1 | P | Исследуемая группа № 2 | P |
| Астенодинамический синдром | - 0,6±0,2 | <0,01 | - 0,4±0,3 | - |
| Патологическое влечение к наркотику | - 0,6±0,2 | <0,01 | - 0,6±0,2 | <0,05 |
| Поведенческие расстройства препятствующие продолжению лечения | -0,4±0,2 | <0,05 | - 0,6±0,1 | <0,01 |

Данные, приведённые в таблице 3, показывают, что основные синдромы подверглись редукции и эти изменения носили статистически достоверный характер. Однако в исследуемых группах их динамика носила неоднородный характер. В исследуемой группе №1 астенодинамические расстройства имели наиболее значительную динамику, а в группе №2 наиболее значительной редукции подверглись поведенческие расстройства, препятствующие продолжению лечения, а статистически достоверных различий в отношении астенодинамических расстройств в этой группе не было выявлено.

Также исследовалась эффективность терапевтических комбинаций с учётом интенсивности редукции основных клинических синдромов. С этой целью изучалось количество дней, в течение которых у больных, получающих терапевтические комбинации, выраженность основных синдромов редуцировалась до 0 баллов. Статистически достоверных отличий между исследуемыми группами не было выявлено, отмечены достоверные различия с контрольной группой. Эти данные отражены в таблице 4.

Таблица 4

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

| Признак | Исследуемые группы | | Контрольная группа | P |
|---|--------------------|------------|--------------------|-------|
| | группа № 1 | группа № 2 | | |
| Количество дней, необходимое для полной редукции симптомов. | 23,6±4,3* | 21,7±3,9* | 31,6±5,6 | <0,05 |

* Статистически достоверные отличия по сравнению с контрольной группой

Исследование клинических и психологических особенностей пациентов, прошедших полный курс лечения исследуемыми терапевтическими комбинациями, позволило выявить общие и дифференциальные показания для их применения

К общим эффектам следует отнести снижение аффективных колебаний, стабилизацию эмоционального фона, снижением уровня тревожных переживаний, редукцию явлений гиперактивности и импульсивности.

В исследуемой группе № 1 наиболее благоприятный эффект был достигнут у пациентов с астеническими и адинамическими проявлениями в структуре абстинентных расстройств и постабстинентном периоде. Негативные ощущения, вызываемые этими расстройствами, провоцировали обострение влечения и приводили к рецидиву заболевания. Имеющиеся у пациентов тревожные расстройства также были связаны с неприятными телесными сентенциями. В

этой группе статистически достоверно чаще, чем в группе № 2 (P<0,05) были представлены соматические расстройства как возникшие на фоне употребления наркотиков, так и предшествующие им. По-видимому, астенические расстройства могли быть обусловлены не только наркотической интоксикацией, но и текущими заболеваниями. Поэтому для полноценной реабилитации необходимо лечение имеющих соматических заболеваний. При психологическом обследовании среди пациентов преобладали лица с циклотимическими и экзальтированными чертами характера (по Шмишеку). В ходе лечения стабилизировался эмоциональный фон, больные становились менее утомляемыми и более активными, проявляли интерес к занятиям в психотерапевтических группах.

В исследуемой группе № 2 наиболее благоприятный эффект был достигнут у тех пациентов, у которых

в структуре абстинентных расстройств преобладали поведенческие расстройства с раздражительностью, импульсивность и агрессивность по отношению к окружающим. Тревожные расстройства не были обусловлены соматическими недомоганиями.

Имели место расстройства сна в виде упорной бессонницы. При психологическом обследовании среди пациентов преобладали лица с возбудимыми чертами характера (по Шмишеку). В ходе лечения нормализовалось поведение, значительно редуцировались агрессивные и импульсивные вспышки и стали укладываться в режим стационара, исчезла необоснованная тревога, нормализовался сон.

Было проведено в начале и в конце курса лечения сравнение нейрофизиологических показателей в исследуемых группах. Достоверных различий выявлено не было. Однако отмечалась тенденция к снижению (в среднем на 40%) амплитуды параксимальной тэта-активности, имевшейся у ряда больных. 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 терапевтических комбинаций.

Было проведено сравнение клинико-биохимических показателей (согласно стандартам диагностики при опийной наркомании) в исследуемых группах в

начале и в конце курса лечения. Достоверных различий, указывающих на наличие клинических осложнений, выявлено не было.

Выводы позволяют нам сделать данные, полученные в ходе исследования применения терапевтических программ. В работе представлена методика медикаментозной коррекции поведенческих и психических расстройств в раннем постабстинентном периоде у больных с зависимостью от опиоидов.

В исследуемой группе № 1, где применялся рisperидон, сертралин, карбамазепин, наиболее благоприятный эффект был достигнут у пациентов с астеническими и адинамическими проявлениями в структуре абстинентных расстройств и постабстинентном периоде и с тревогой, вызванной неприятными телесными сентенциями; у пациентов с циклотимическими и экзальтированными чертами характера (по Шмишеку).

В исследуемой группе № 2, где применялся рisperидон, флувоксамин, карбамазепин, наиболее благоприятный эффект был достигнут у пациентов, у которых в структуре абстинентных расстройств преобладали поведенческие расстройства с раздражительностью, импульсивность и агрессивность по отношению к окружающим. Тревожные расстройства не были обусловлены соматическими недомоганиями. Имели место расстройства сна в виде упорной бессонницы. При психологическом обследовании среди пациентов преобладали лица с возбудимыми чертами характера (по Шмишеку).

Литература:

1. Грузман А. В. *Протоколы фармакологического лечения психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении опиоидами.* // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана.* – Павлодар, 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 / Ж. Вопросы наркологии Казахстана.* – Павлодар, 2004. – Т. 4. – С. 111-115.
4. Коцегулова Р. М., Грузман А. В. *Применение рisperидона в лечении больных опийной (героиновой) наркоманией.* // *Методические рекомендации.* - Павлодар, 2005. - 31 с.
5. Краснов В. Н. *Применение финлепсина как адъювантного средства при психических и психосоматических расстройствах. Нейропсихотропные препараты.* - М., 1995. – С. 82-90.
6. Сиволап Ю. П. *Оценка роли разных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости.* // *Ж. Неврологии и Психиатрии.* – 2004. - С. 31 – 36.
7. Сиволап Ю. П., Савченко В. А. *Детоксикация при опийной наркомании. Методики, препараты. Осложнения.* - «Анахарсис», 2001. – 52 с.
8. Софронов А. Г. *Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам.* // *Под. ред. проф. Иванца Н. Н.* - М.: «Инкофонт», 1997. - С. 9-26.
9. Jankegt R., Hoes M., Hooymans P.M., Meijer J., Noten J. *Антидепрессанты. Выбор препарата с помощью метода COOA (SOJA).* // *Ж. Психиатрия и психофармакотерапия.* - М., 2005. - т 5, № 1. – С. 41.
10. 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.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМОВ ОТМЕНЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К НАРКОТИКУ У БОЛЬНЫХ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ

А. В. Грузман, А. А. Кусаинов, А. Н. Рамм,
В. В. Башилов, Г. А. Садвакасова, Б. Е. Тулегенова

Актуальность. Не смотря на большое количество работ, посвященных лечению поведенческих и психических расстройств у больных с зависимостью от опиоидов, существует дефицит исследований, посвященных изучению дифференцированных подходов для коррекции этих состояний. Представленные в статье методики были разработаны и апробированы в отделениях медикаментозной коррекции и реабилитации РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании». Не претендуя на авторство в использовании отдельных препаратов с детоксикационной целью, хотим отметить, что именно нижеописанная комбинация препаратов позволяет добиться максимального желаемого эффекта. Это доказано проведенными сравнительными оценками использования различных комбинаций препаратов, а так же субъективными положительными оценками пациентов.

Дифференцированный подход к лечению абстинентного синдрома

При легкой степени тяжести опиоидного абстинентного синдрома (далее ОАС) показано назначение вегетостабилизаторов, обладающих нормотимическим действием, таких как *Карбамазепин* (таблетки по 200 мг) по следующей схеме: 1-ый день – 200 мг, 2-ой и последующие дни – 400 - 600 мг (до 5 - 7 дней). Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой сначала дневной, а через 2 - 3 дня – утренней дозы. Учитывая спектр фармакологического действия данного препарата (нормотимический, умеренный седативный и снотворный эффекты), вечерняя доза препарата может назначаться в течение всего раннего постабстинентного периода в комбинации с другими препаратами. Стоит отметить, что *Карбамазепин* не рекомендуется назначать с *Клозапином* длительное время из-за выраженного гепатотоксического действия обоих препаратов, а также одностороннего негативного действия данных препаратов на кроветворение. *Диазепам* (таблетки по 5 мг) со средней суточной дозой 25 - 30 мг назначают в течение 7 - 9 дней (с акцентом на вечерний приём), с последующим снижением по той же схеме, что и *Карбамазепин*. При выраженных алгических проявлениях патогенетически обоснованным является назначение наркотических анальгетиков, в частности, *Трамала* (таблетки по 50 мг), *per os*, со среднесуточной дозой 200 - 300 мг. Длительность терапии – 5 - 7 дней, принцип отмены тот же, что и предыдущих препаратов. Также рекомендуется назначение обезболивающих препаратов из группы нестероидных

противовоспалительных средств таких, как *Диклофенак* (раствор в ампулах по 3,0 мл 75 мг) или *Кетопрофена* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг) внутримышечно при болях, до 2-х раз в день, со средней продолжительностью назначения в течение 7 - 8 дней.

При выраженных диссомнических расстройствах показано внутривенное капельное назначение на ночь *Аминазина* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг) и *Реланиума* (раствор в ампулах по 2,0 мл 10 мг) на 2 - 3 дня, а также назначение с первых дней *Тизерцина* (таблетки по 25 мг), при выраженной бессоннице по 50 - 75 мг, с постепенной отменой в течение недели.

При *среднетяжелом* и *тяжелом* ОАС с первого дня необходимо назначение *Клофелина* (таблетки по 0,15 мг) в средней суточной дозе 0,6 - 0,9 мг, длительностью на 8 - 9 дней (с последующим снижением через 4 - 5 дней по 0,15 мг в сутки) в сочетании со стероидными гормонами, в частности, с *Преднизолоном* (таблетки по 5 мг), на 5 - 7 дней. Средняя суточная доза *Преднизолона* составляет 10 мг (по 1 таблетке в 10 и 18 часов). Особо следует отметить, что назначать *Преднизолон* следует с большой осторожностью, на полный желудок, в связи с риском развития стероидной язвы (в случае наличия в анамнезе хронического гастрита, либо язвы желудка, детоксикация проводится без преднизолона). Особенностью снижения гормональных препаратов является то, что в начале убирается вечерняя доза преднизолона, затем утренняя.

Вторым основным компонентом описываемой методики детоксикации является *Трамал* (таблетки по 50 мг *per os* либо раствор в ампулах по 2,0 мл 100 мг). Средняя суточная доза, выбор лекарственной формы, а так же частота и способ введения могут значительно различаться, и зависят, прежде всего, от выраженности алгических проявлений. В среднем дозировки *Трамала* составляют от 400 мг до 600 мг при средней и до 800 мг при тяжелой степени тяжести. Суточная дозировка разделяется на 4 - 5 приёмов. Обычно препарат назначается курсом на 10 - 12 дней с постепенной отменой (начиная с 5 - 7 дня) по 50 мг в день. Сначала отменяется дневная, затем утренняя и затем отменяется ночная дозировка. При выраженных алгических проявлениях пациентам сразу при поступлении назначаются однократно внутримышечно *Трамал* - 2,0 и *Реланиум* - 2,0, что позволяет быстро купировать болезненные проявления.

С седативной целью назначаются транквилизаторы (*Диазепам* в таблетках по 5 мг, в средней суточной дозе 40 - 50 мг до 4 раз в день, в течение 10 - 12 дней). С последующей постепенной отменой по 5 - 10 мг в сутки.

Для нормализации фона настроения и устранения выраженной эмоциональной лабильности назначается *Карбамазепин* (таблетки по 200 мг, в суточной дозе до 600 мг, с постепенной отменой).

Для лечения диссомнических расстройств необходимо внутривенное капельное назначение вышеуказанной смеси *Аминазина* и *Реланиума* в дозе 2,0 - 4,0 мл и 6,0 - 8,0 мл соответственно, на 5 - 7 дней, в зависимости от степени тяжести ОАС.

На 7 - 8 день терапии ОАС при предъявлении пациентами жалоб на слабость, разбитость, недомогание, рекомендуется назначение (внутривенно капельно) на утро поляризирующей смеси (*Глюкоза* 5 % 400,0 мл + *Рибоксин* 10,0 мл + *Аскорбиновая кислота* 6,0 мл + *Витамин В1* 4,0 мл + *Кавинтон* 4,0 мл) в течение от 3 - 10 дней. Такая метаболическая терапия позволяет в короткие сроки нормализовать при этом периоде обменные нарушения.

В тоже время, считаем нецелесообразным использование, в остром периоде ОАС, ноотропных препаратов, так как нами была отмечена взаимосвязь назначения ноотропов и усиления патологического влечения к ПАВ (особенно у пациентов с преобладанием в характере возбудимых черт).

Спорным вопросом терапии ОАС является назначение нейролептиков в острый период. Наш опыт указывает на целесообразность назначения нейролептиков с первого же дня поступления в стационар. При правильно подобранной, с учётом «симптомов-мишеней», терапии нейролептиками пациент быстрее выходит из ОАС, при этом психические и поведенческие проявления в раннем постабстинентном периоде имеют значительно меньшую интенсивность.

Дифференцированный подход к лечению патологического влечения к наркотику

Особое значение терапия нейролептиками приобретает при лечении острых компульсивных проявлений в рамках синдрома патологического влечения к наркотику.

Основными предикторами, определяющими выбор и дозу того или иного нейролептика, являются выраженность патологического влечения к наркотику и структура психопатологических нарушений у пациента

При легкой и средней степени тяжести патологического влечения рекомендуется однократное капельное внутривенное вливание (на 200 мл физиологического раствора) *Галоперидола* (раствор в ампулах по 1,0 мл 5 мг) в дозировке 1 - 2 мл, *Аминазина* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг) в дозировке 2 - 4,0 мл и *Диазепама* (раствор в ампулах по 2,0 мл

10 мг) в дозировке 4,0 - 6,0 мл. В дальнейшем необходимо назначение трициклических антидепрессантов, обладающих седативным действием. *Амитриптилин* - (раствор в ампулах по 2,0 мл 20 мг) капельное внутривенное вливание в дозе 4 мл (40 на 200,0 мл физиологического раствора, 2 раза в день, длительностью 3 - 5 дней). В дальнейшем используют таблетированную форму препарата по 100 - 150 мг в сутки. Также необходимы и атипичные нейролептики (*Клозапин* таблетки по 25 мг до 50 - 75 мг/сутки, либо *Рисперидон* до 4 - 6 мг/сутки), с постепенным снижением дозировки в течение 1,5 - 2 недель на 50 - 75% от исходной (до 12,5 - 25 мг/сутки и 1 мг/сутки, соответственно). Клозапин используется коротким курсом до 2 недель, а *Рисперидон* используется в течение 1,5 - 2 месяцев (весь ранний постабстинентный период).

При тяжелой степени тяжести патологического влечения считаем целесообразным помимо однократного внутривенного капельного вливания (на 200 мл физиологического раствора) *Галоперидола* в дозировке 2,0 - 4,0 мл (10 - 20 мг), *Аминазина* 4,0 - 6,0 мл (100 - 150 мг) и *Диазепама* 4,0 - 8,0 мл (20 - 40 мг). В дальнейшем также необходимо назначение трициклических антидепрессантов *Амитриптилин* 8,0 - 10,0 мл (80 - 100 мг) в сутки, на физиологическом растворе (200,0 мл) внутривенно, капельно. Суточную дозу амитриптилина следует разделить на 2 раза. Длительность лечения составляет 3 - 5 дней. В дальнейшем, переводят на таблетированную форму препарата - 100,0 - 150,0 мг в сутки, и назначение таблетированного *Галоперидола* (5,0 мг), со средней суточной дозой 7,5 - 10,0 мг в течение 10 - 14 дней.

Имеющийся опыт также позволяет рекомендовать свести к минимуму внутривенное введение таким пациентам препаратов любых фармакологических групп. Это связано с тем, что сама процедура внутривенного вмешательства провоцирует у пациентов обострение влечения к наркотику. Внутривенное введение препаратов следует использовать только при лечении острых и тяжелых проявлений представленных синдромов.

Выводы. В данной работе представлены дифференцированные рекомендации по лечению синдромов отмены и патологического влечения к наркотику с учётом степени тяжести этих наиболее часто встречающихся расстройств у пациентов с зависимостью от опиоидов. Рассмотрено значение различных групп психотропных препаратов и конкретная тактика их применения. Работа носит прикладной характер и предназначена для практических врачей - наркологов.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ КУСТАРНО ИЗГОТОВЛЕННЫХ АМФЕТАМИНОПОДОБНЫХ НАРКОТИКОВ НА ОСНОВЕ ПРЕПАРАТА «КОЛДАКТ»

Н. И. Гузь

г. Павлодар

Введение

В конце 90-х годов в Казахстане и странах СНГ сложилась угрожающая ситуация, связанная со стремительным ростом потребления наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ) с отчетливой тенденцией к снижению среднего возраста потребителей ПАВ, что существенно усугубило негативные медико-социальные последствия наркотизации. С ростом числа лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами, расширяется и «ассортимент» ПАВ (д.м.н. Кабдрахманова Г. Б. с соавт. 2005 г.).

Так в 2003г. в наркологические отделения городов Павлодара, Экибастуза и Аксу, начали поступать наркозависимые больные с выраженной грубой неврологической симптоматикой, проявляющейся в нарушении речи, походки и внезапными падениями при ходьбе. На первый взгляд это было похоже на проявления дизартрии, координаторные нарушения, атаксию. Ранее такие больные в наркологической практике в Казахстане не встречались. Сбор анамнеза был затруднён вследствие речевых расстройств. Количество таких больных со временем нарастало. Неврологическая патология была выражена в разной степени, от лёгких до тяжёлых форм. По информации от наркологической службы г. Экибастуз, там имелись наркозависимые больные, которые находились на диспансерном учёте у врачей-наркологов, прекратившие употребление наркотического вещества из-за возникшей физической обездвиженности, причина которой была не ясна. У больных, находившихся на лечении в ОЦПЛЗЗ и, наблюдавшихся мною, из анамнеза было выяснено, что с недавнего времени (от нескольких месяцев до года), они употребляли «новый» наркотик, который легко готовился в домашних условиях (на улице, в подвалах, заброшенных помещениях и т.д. и т.п.). По рассказам больных, ингредиенты для этого были просты, легкодоступны и дешевы. Это: капсулы «Колдакт» — противостудный препарат, который продаётся практически в каждой аптеке без рецепта за 150-160 тенге — одна упаковка (10 капсул); перманганат калия, который есть в каждой аптечке; уксус, практически имеющийся в каждом доме и в магазине; тёплая вода; стакан или другая любая ёмкость (например, пластиковая бутылка); шприц, зачастую не индивидуального применения, плюс не хитрые знания процесса кустарного приготовления наркотика, которыми овладевали даже дети. Информация об истоках данной наркомании, из рассказов наркозависимых, уходила в места заключения (уголовно-исправительные колонии) Казахстана, затем в Россию и Украину (различные регионы, как центральные, так и периферические). Данный

наркотик в России имеет жаргонное название «мулька» [1]. Раньше на сленге наркозависимых так назывался кустарно изготовленный эфедрон. Возможно, из-за схожести технологии приготовления и клиники интоксикации, это название перенесено на психоактивное вещество, изготавливаемое путем обработки препаратов «Колдакт» или его аналога российского производства «Эффект» [11].

Указанные препараты зарегистрированы в Казахстане и находятся в свободной продаже в аптечной сети. В их состав входят: фенилпропаноламина гидрохлорид — 50 мг; хлорфенамина малеат — 8 мг. Форма выпуска — капсулы, капли, сироп. Основными показаниями к применению являются: острый и хронический ринит; аллергический ринит; синусит; грипп и ОРВИ [11].

Получение вещества, потребляемого с целью одурманивания, происходит путем обработки размельченного содержимого капсул раствором уксусной кислоты и перманганатом калия в течение нескольких минут в тёплой воде, в результате чего образуются амфетаминоподобные соединения, обладающие психостимулирующим действием [1, 4]. Полученное вещество кустарно фильтруют с помощью шприца с инъекционной иглой, предварительно затупленной и накрученной на неё ватой.

Интерес подростков к этому ПАВ легко объясняется возрастными особенностями, в частности, поисковым поведением, реакциями группирования, а также дешевизной и доступностью препаратов «Колдакт». Привлекает также распространенное ошибочное мнение о том, что это вещество «ненаркотическое», так как оно не вызывает физической зависимости, т.е. — «ломки». Абстинентный синдром проявляется астенией и сонливостью, болевого синдрома нет. Также, в данном виде наркотизации отсутствует криминальный аспект: «за «Колдакт» не посадят в тюрьму».

В развитии картины интоксикации можно условно выделить несколько фаз. Первая фаза — «приход», которая начинается прямо «на игле», длится 3-5 минут после инъекции и характеризуется эйфорией, блаженством, «сладостью в мозгу», ощущением необычной легкости в теле, «ростом волос на голове» и чувством легкого озноба, волны тепла, движущейся к голове и распространяющейся по всему телу. Продолжительность второй фазы — около 10-20 минут. Настроение остается приподнятым, ощущаются колоссальный приток энергии, сердцебиение («как будто сердце вырывается из груди»). Отмечается повышенная активность в виде неусидчивости, суетливости, болтливости; появляется желание общаться,

«просто поговорить о разном». Все наркозависимые отмечают усиление в этот период полового влечения, сексуальное возбуждение. Далее, примерно через 3—4 часа, требуются либо повторные внутривенные вливания либо развивается постинтоксикационное состояние, так называемый «отход», который характеризуется головной болью, тяжестью в голове, разбитостью, слабостью, дисфорией, сонливостью. Серия инъекций в инициальном периоде заболевания обычно заканчивается глубоким сном продолжительностью до 8-10 часов [1].

Спустя 2-6 мес. после начала злоупотребления наркотиком на первый план начинают выступать тяжёлые неврологические расстройства. Обычно поводом для обращения к врачам служили достаточно выраженные нарушения речи, шаткость и падения при ходьбе. Инициатива обращения практически всегда исходила от родителей, т.к. сами больные недооценивали изменений своего состояния. Почти всех больных стационарировали в неврологические или психиатрические отделения. Необычность клинической картины заболевания, при недостаточной полноте анамнестических сведений приводила к неправильной трактовке заболевания с заключениями о наличии инсульта, опухоли головного мозга, аневризме церебральных сосудов, рассеянного склероза, наследственно-дегенеративного процесса, посттравматической энцефалопатии, кататонической шизофрении, мстории и т.д. Это объясняется тем, что врачи общей практики не встречались с подобными больными ранее, т. к. данный вид наркомании является достаточно «новым»; также имеет значение недостаточная информированность среди медицинских работников, в частности врачей-невропатологов, о данной патологии среди наркозависимых, употребляющих кустарно изготовленный наркотик из препарата «Колдакт». Достаточно изучены неврологические расстройства при опийной, гашишной, эфедроновой, галлюциногенной видах наркомании, при которых развиваются энцефалопатии, полиневропатии, астено-депрессивные синдромы, но они не имеют такого раннего развития, выраженности и тяжести расстройств, приводящих к инвалидизации молодого поколения, как при вышеописанном виде наркотизации.

Материалы и методы исследования

Наблюдались 68 больных: 57 человек находились на стационарном лечении в наркологических отделениях Областного Центра по лечению и профилактике зависимых заболеваний г. Павлодара: отделениях принудительного лечения; отделении медико-социальной реабилитации (отделение добровольного лечения); отделении Наркологического диспансера г. Экибастуз; дневном стационаре в Наркологическом кабинете г.Аксу. Возраст больных 11-34 года. Пол: муж/жен - 58/10. Стационарно/амбулаторно - 57/11.

Социальное положение: учащиеся школ - 18, других учебных заведений - 3 (30%); временно

безработные - 32 (45%); временно работающие – 16 (24%); инвалидность (официально) - 2 (3%).

Преморбид: наследственность – алкоголизм или наркомания родителей—30 (44%); неполные семьи – 37 (55%).

Длительность употребления ПАВ от 2 мес. до 26 мес. В среднем—8-10 мес.

Количество и кратность введения ПАВ: 3-4 капсулы (3,0-4,0 мл) 1 - 2 раза в неделю; до 10 капсул (10,0-20,0 мл) 8 – 15 раз в сутки. В среднем 6 капсул 4 раза в день. Путь введения всегда внутривенный.

Проводилось клиническое наблюдение больных в течение 2-6 недель, при госпитализации в добровольное отделение; 6 месяцев при принудительной госпитализации; амбулаторно от 2-х до 3-х приёмов. Всем стационарным больным проводились ЭЭГ, ЭхоЭС, ЭКГ, исследования крови, консультации терапевта и психолога.

Результаты

Неврологические нарушения начинают проявляться через 1,5-12 месяцев после начала употребления наркотического вещества. Исподволь появляются пошатывания и падения при ходьбе, вследствие резко возникшей слабости в конечностях; «заносы в сторону», нарушение плавности речи и ее замедление, общая неловкость движений. Обычно первыми эти расстройства замечали не сами пациенты, а окружающие. Больным трудно становится подниматься по лестнице, садиться на стул, вставать с кровати и т.д. При поступлении в стационар, наиболее частыми жалобами были: нарушение походки, внезапные падения, скованность в теле, плохую речь вплоть до невозможности говорить, внезапно возникающие дрожания конечностей, плохое настроение, вялость, апатию, сонливость.

При детальном исследовании неврологического статуса у данной категории больных, на первый план в клинике выступали экстрапирамидные расстройства. В большинстве случаев определялось повышение мышечного тонуса по пластическому типу от легкой до значительной степени выраженности с сохранением возможности производить движения в полном объеме. У трети больных имелись признаки снижения мышечного тонуса. Чаше нарушения мышечного тонуса протекали по типу дистонии, когда ригидность отдельных групп мышц сочеталась с явлениями гипотонии в других. При этом, в покое могли преобладать явления гипотонии, а при ходьбе и других двигательных актах, наступала ригидная тугоподвижность. Нарушение мышечного тонуса сменялось от гипотонии в конечностях – в начале заболевания, до дистонии, а затем гипертонии, когда больные становились практически бездвиженными. Ригидность была монотонной (феномен «восковой куклы», «воздушной подушки») или толчкообразно меняющейся (феномен «зубчатого колеса»). В зависимости от характера и соотношения двигательнотонических нарушений, можно было выделить

следующие синдромы: акинетико-ригидный (гипокинезия, «восковая» ригидность, периодический тремор покоя) – 54%; гипотонико-брадикинетический – 30%; гиперкинетико-гипотонический (атетоз, лицевой параспазм, хореический гиперкинез) – 14%. Мышечно-тонические расстройства характеризовались « мозаичностью», «парралельностью» (сочетанием др. с др.) и асимметричностью. Преобладание гипертонуса по экстрапирамидному типу («зубчатое колесо») – 60%, преобладание гипотонуса – 40%, дистония – 80-85%.

Дистонический гиперкинез различной степени тяжести, вовлекал мышцы конечностей, туловища, шеи, лица. Дистония стоп проявлялась тыльным или подошвенным сгибанием пальцев, ротацией или супинацией стопы и значительно усиливалась при ходьбе, нарушая опорную функцию нижних конечностей. Дистония рук, как правило, проявлялась сгибанием в локтевом суставе, хореоатетоидными движениями кисти и пальцев.

В 50% встречался тремор покоя конечностей, головы, нижней челюсти внешне напоминающий эссенциальный, возникающий внезапно, и также внезапно прекращающийся. Тремор асимметричный, больше выражен в проксимальных отделах конечностей. Больные часто пытались удерживать дрожащую конечность другой конечностью. Микоклонии, преимущественно в конечностях, наблюдались в 28%.

Нарушения походки (спастико-дистоническая, спастико-атакическая, «петушиная», «старческая» походка) встречалась в 90% случаев. Она была замедленной, запинаящейся, иногда с высоким шагом, отмечалось пошатывание. У части больных ходьба, наоборот, была ускоренной, пропульсивной, с наклоном туловища вперед. Двигаясь, они как бы выбрасывали напряженные в коленях ноги в стороны. Некоторые больные могли передвигаться по отделению только с опорой на стены, мебель либо с помощью посторонних. Постуральная неустойчивость при ходьбе, обычно являющаяся дебютом неврологических нарушений (катаплексия – внезапные падения) в 70%. Так называемые «падения» при ходьбе возникают за счёт постуральной неустойчивости (постуральной гипотензии) – нарушении способности удерживать равновесие вследствие расстройства тонуса скелетных мышц – резко возникшей гипотонии в них при изменении положения тела и при ходьбе. Это и приводит к внезапным падениям.

У половины больных обнаруживаются про-, ретро-, латеропульсия. Наблюдалась «выбрасывания» ног при ходьбе, неадекватная амплитуда движений при целенаправленных действиях – 60%. Обычно, при попытке осторожно сесть, больные неуклюже, с размаху обрушивались на стул, резко отбрасывая корпус тела на спинку стула, могли упасть назад вместе со стулом. Они сидели в застывшей, расслабленной позе, беседовали без сопутствующих движений и жестов. Постоянными были олигокинезия и брадикинезия.

Движения в руках были слабо координированными, замедленными. Это затрудняло выполнение тонких, дифференцированных движений, в частности нарушалась функция письма – 80%. Нарушение почерка были в виде микрографии, неровности почерка. Невозможность письма (абсолютная неразборчивость; вычурные мелкозубчатые линии) – 20%. Если требовалось совершить более или менее сложные движения, то больной «разбивал» их, делая паузы между каждым.

Расстройства речевой функции – 83%: брадилалия, дистоническая маломодулированная речь, гипофония, алалия. Речь – монотонная, неразборчивая, тихая, «затухающая», «растянутая», глухая, малозвучная, иногда с гнусавым оттенком. Произношение слов по слогам, темп речи замедлен. Когда произносимые слова были непонятны, больные старались изъясняться жестами или письменно. Данные нарушения происходили за счёт дискоординации оральной мускулатуры, вследствие высокого тонуса мышц языка, глотки и жевательных мышц. Отмечалось снижение глоточных рефлексов – 54%. В тяжелых случаях речевые расстройства достигали анартрии. Практически у всех больных наблюдалась гипомимия – 92%, редкое мигание вплоть до «маскообразного лица». Часто наблюдалась тоническая фиксация мимической мускулатуры. Это выражалось в постоянно присутствующей неподвижной, натянутой улыбке (так называемая «дистоническая улыбка»). Мимика медленно и слабо менялась, значительно отставая от изменившегося аффекта. Глазодвигательные расстройства наблюдались в 35%, чаще лёгкой степени: вялость фотореакций, слабость конвергенции, полуптоз, нистагм горизонтальный установочный.

Постоянными были проявления вегетативной дисфункции – 94%. Основные из них: тахикардия, артериальная гипотензия, выраженный дистальный гипергидроз, бледности кожных покровов, сухости кожи лица и спины, пастозность, гиперсаливация, «красный» или «белый» дермографизм, сексуальная дисфункция (снижение либидо и эрекции, аноргазмия), акроцианоз в конечностях, гипертермия (длительный субфебрилитет, возникающий чаще во второй половине дня, при отсутствии инфекционно-воспалительных заболеваний).

Координаторные расстройства были незначительными и встречались редко. Проявлялись легким пошатыванием в п. Ромберга – 12%. Координаторные пробы выполнялись всегда медленно, иногда не точно, преимущественно за счёт дискоординации движений в конечностях. Сухожильные рефлексы были сохранены в 100%; снижены, в первые 2-4 месяца после дебюта неврологических нарушений – 52%; оживлены, преимущественно в нижних конечностях, обычно через 4 и более месяцев – 73%; асимметрия рефлексов встречалась в 68%. Парезы и параличи отсутствовали. Чёткие расстройства чувствительности не выявлялись.

В более поздней стадии заболевания присоединялись рефлексы орального автоматизма (Маринеску-Родовичи, хоботковый рефлекс) – 25%. Пирамидные патологические знаки были слабовыраженными – 19%. У пяти больных отмечалась непроизвольная, часто повторяющаяся зевота, у 9 пациентов наблюдались приступы насильственного плача или смеха, возникавшие при незначительной внешней провокации или без таковой. Данные расстройства, по видимому, обусловлены раздражением пирамидной системы.

У всех больных, наряду с вышеописанными неврологическими расстройствами, наблюдались аффективные расстройства и психофизическая астенизация. Астено-депрессивный (астено-субдепрессивный) синдром – 63%; астено-апатический – 19%; астено-невротический – 18%. Выраженная эмоциональная лабильность – 40%. Дисфория – 9%. Больные жаловались на плохое настроение, «угнетённость», апатию. Они были пассивны, вялы, отсутствовало стремление к каким-либо занятиям, особенно умственным (например – занятия с психологом индивидуально и в группах). Пребыванием в отделении не тяготились, были малозаметны, ограниченно общались с другими пациентами. Вместе с тем, активизировались при контактах с другими наркозависимыми и при встречах с родственниками. Пациенты были склонны к стимулированию себя крепким чаем, кофе. Некоторые обращались с надуманными жалобами, пытались получить у персонала какие-то препараты, в/в инъекции. При этом легко соглашались с отказом, не проявляли настойчивости. Несколько раз пытались изготовить в отделении наркотик. У большинства пациентов наблюдались выраженные колебания настроения, эйфоричность. Больные достаточно откровенно, бесстрастно рассказывали о наркотизации, паразитическом образе жизни, асоциальном поведении. Отсутствовала адекватная эмоциональная реакция на тяжелое соматоневрологическое состояние, на нарушение коммуникативных возможностей. Отмечалось безразличие и в отношении своей семьи, социальных потерь, прежние интересы были в значительной мере утрачены. Сон был продолжительным, больные спали и в дневное время, а, проснувшись, «залеживались» в постели. Вместе с тем жаловались на трудности вечернего засыпания.

Характерный внешний вид больных определялся олигокинезией, гипомимией. Чаще взгляд был тусклым, маловыразительным. В других случаях расширение глазных щелей, наряду с редким морганием, придавало всему лицу выражение напряженного, пристального взгляда. Пациенты не проявляли активной заинтересованности в общении с врачами. На вопросы отвечали неохотно с задержкой, ответы были односложными. Отмечалась быстрая утомляемость, неустойчивость внимания. Настроение, как правило, было сниженным, монотонным.

Патопсихологическое исследование (заключение психолога) указывало на уплощённое торпидное мышление, снижение внимания. Память, в половине случаев, как непосредственная, так и опосредованная, была сохранена. Ассоциации были адекватными. Личность больных чаще оценивалась как незрелая, инфантильная с чертами ригидности и иррациональными требованиями к жизни, со снижением способности объективно оценивать ситуацию. Запас знаний соответствовал полученному образованию. Заметной была облегченность, поверхностность суждений. Планы на будущее больные формулировали в самом общем виде, обычно не задумываясь над конкретными путями их осуществления. Присутствовало сознание болезни. Вместе с тем, у многих установка на полный отказ от наркотиков носила формальный характер.

Со стороны соматического статуса отмечались снижение веса, склонность к артериальной гипотонии, тахикардии. Практически у всех имелись признаки миокардиодистрофии. Регистрировалось повышение активности печеночных ферментов (АСТ, АЛТ), увеличение общего белка, билирубина. Хронический гепатит диагностирован в 66%. Часто отмечались ломкость зубов, множественный кариес. На руках и ногах имелись склерозирующие изменения вен из-за множественных внутривенных инъекций, рубцы после гнойных осложнений.

При функциональных исследованиях головного мозга на Электроэнцефалографии выявлялись лёгкие или умеренные общемозговые, диффузные изменения биоэлектрической активности мозга; признаки органической недостаточности ЦНС. Дисфункция глубинных срединных структур (чаще – раздражение диэнцефальных) – 85%; передних отделов головного мозга – 20%; лёгкая – 30%, умеренная – 50%, выраженная – 15%. Преобладание явлений активации со стороны восходящей активирующей ретикулярной формации – 80%. Очаговых изменений, эпипептической активности – не выявлялось. Пограничная с нормой ЭЭГ в 25%. На Эхоэнцефалоскопии – смещения срединных структур головного мозга не выявлялось.

По мере прогрессирования заболевания углублялись речевые расстройства, нарушения походки и статики. Однако в дальнейшем, после выписки из стационара, при всей очевидности этих нарушений, больные обычно продолжали наркотизацию. Зачастую в начальном периоде неврологические расстройства успешно купировались введением очередной дозы стимулятора. Так продолжалось в течение 1-2 месяцев, хотя позже введение его уже переставало оказывать «облегчающий» эффект. При повторной госпитализации наркотизирующихся больных, уже в первые дни происходило резкое ухудшение двигательной и речевой функций. У ряда больных выраженность расстройств достигала такой степени, что они не могли самостоятельно передвигаться, падали, теряли возможность себя обслуживать.

Проводившееся лечение было комплексным и строилось с учетом этапа наркологического заболевания, синдромальной структуры неврологических расстройств. Фармакотерапия в первую очередь была направлена на детоксикацию в первые дни стационарного лечения, в дальнейшем – коррекцию неврологических нарушений, аффективных и когнитивных расстройств, снижения патологического влечения к наркотику. Этап детоксикации, обычно, не вызывал трудностей. После проводилось лечение неврологических расстройств. Наиболее трудной задачей была коррекция грубых нарушений, определявших тяжесть состояния. Использовались общие принципы лечения энцефалопатий токсического генеза в сочетании со специфическим лечением, в частности, для купирования экстрапирамидных синдромов. Применялись сосудистые препараты, улучшающие микроциркуляцию; церебральные вазопротекторы; ноотропы; антиоксиданты; препараты, улучшающие передачу нервных импульсов; психостимуляторы; антидепрессанты; седативные средства; витаминные препараты; вегетотропные средства. Для коррекции экстрапирамидных синдромов применялись холинолитические, дофаминергические средства в сочетании с миорелаксантами. С целью устранения дисметаболических расстройств, возникавших вследствие нарушений функции печени, использовались гепатопротекторы. В начале применялись инъекционные формы препаратов с переходом на пероральные.

Лечение проводилось поэтапно, непрерывно. Динамика неврологических расстройств, в процессе лечения, была незначительной, а в некоторых случаях практически отсутствовала, даже при длительно проводившейся терапии. В редких случаях отмечалось заметное улучшение: устойчивость походки и нормализация речевых функций больных.

Определенную компенсацию неврологического «дефицита» удавалось поддерживать в условиях продолжительного приема препаратов при лечении больных, находившихся до 6 месяцев в отделениях принудительного лечения ОЦ ПЛЗЗ, где было вынужденное воздержание больных от приёма наркотика. Наряду с фармакотерапией постоянно проводилось психотерапевтическое воздействие, направленное на коррекцию поведения, изменение отношения к употреблению наркотиков.

Анализ истоков патогенеза

Формирование своеобразного амиостатического синдрома является характерным последствием фенилпропаноламиновой наркомании. Синдромально-топическая характеристика гипокINETических, акинетико-ригидно-дистонических, постуральных, речевых и вегетативных расстройств указывает на поражение глубоких отделов головного мозга, прежде всего стриопаллидарной системы. Основной компонент препарата «Колдакт» — фенилпропаноламин, весьма близок по структуре и свойствам к

эфедрину, при передозировке которого отмечаются нервное возбуждение, бессонница, расстройства кровообращения, дрожание конечностей и другие токсические явления [10]. В нейрoхимическом механизме действия препаратов этой группы большую роль играет их способность вызывать высвобождение из гранул пресинаптических нервных окончаний норадреналина, дофамина и стимулировать, таким образом, центральные норадреналинергические и дофаминергические рецепторы. Проникая через гематоэнцефалический барьер, эфедриноподобные вещества оказывают специфическое стимулирующее влияние на ЦНС. Можно предполагать, что при длительном бесконтрольном применении высоких доз данных веществ, отличающихся большой стойкостью и способностью к кумуляции, происходит истощение дофаминергических структур, что может являться одним из звеньев формирования вышеописанного симптомокомплекса экстрапирамидных нарушений у обследованных больных [10, 4]. Однако, помимо токсического действия больших доз продуктов трансформации фенилпропаноламина, существует ещё один путь к формированию экстрапирамидных нарушений. Как было сказано, один из компонентов для кустарного изготовления рассматриваемого психостимулятора — перманганат калия, который в составе сложной смеси веществ вводится в кровь. Таким образом, в кровь попадает сложная смесь веществ, содержащая, в частности, соединения марганца, которые относятся к агрессивным нейротропным ядам хронического действия [9]. Известно, что марганец способен вызвать специфические клинические проявления в виде т. н. марганцевого паркинсонизма [5, 7]. На хроническую марганцевую интоксикацию указывает и стереотип формирования неврологических расстройств в виде подострого развития экстрапирамидной симптоматики, ее последующего нарастания и в дальнейшем стабилизации на определенном уровне. При патоморфологических исследованиях головного мозга с марганцевой интоксикацией у экспериментальных животных, которым парентерально вводили хлорид марганца в течение 30 дней, выявлялись структурные изменения мозговой ткани в виде уменьшения численности нейронов и развития глиоза. Во всех случаях отмечалось двустороннее накопление марганца в медиальном сегменте бледного шара, ретикулярной части черной субстанции, хвостатом ядре, скорлупе и субталамическом ядре. Наличие признаков симметричного поражения базальных ядер головного мозга, может отражать процесс избирательного накопления марганца в области богато васкуляризованных ганглиев стрио-паллидарной системы [6, 3, 8]. Предполагается, что на фоне интоксикации марганцем уменьшается обратный захват глутамата астроцитами, что приводит к запуску механизма эксайтотоксичности. Вследствие чего, при марганцевом отравлении страдают крупные паллидарные ГАМКергические нейроны. Диффузное повреждение

бледного шара и ретикулярной части черной субстанции, нарушая функционирование корково-подкорковых кругов, и паллидарно-стволовых связей приводит к тому, что лобные и стволые структуры лишаются афферентации от базальных ганглиев либо получают ее в искаженном виде, что вызывает сложную комбинацию двигательных и нейропсихологических нарушений [5, 7, 9].

Избирательное поражение базальных ганглиев при марганцевой интоксикации объясняется высоким содержанием в них окислительных ферментов, которые образуются в результате интенсификации перекисного окисления липидов (ПОЛ), и снижения антиоксидантной системы (АОС). Под влиянием окислительных ферментов, нетоксичный двухвалентный марганец превращается в токсичный трехвалентный с последующим его вовлечением в процесс оксидантного стресса, и вследствие этого – ещё большей интенсификацией ПОЛ и снижением АОС. Как известно, ПОЛ является патогенетическим звеном органических поражений и центральной нервной системы, вызывая лизис клеточных мембран и определяя исход заболеваний [2].

Сохранение неврологической симптоматики после прекращения употребления кустарно приготовленного наркотика, слабая динамика после лечения заболевания, свидетельствовала об устойчивом характере

церебрального дегенеративно-дистрофического процесса и его слабой связи с уровнем выведения марганца.

Заключение

Выраженные неврологические расстройства с высоким процентом инвалидизации молодого поколения, значительное снижение качества жизни данной категории больных; высокая наркогенность кустарного стимулятора, ограниченность эффективных средств лечения, наряду с доступностью исходных компонентов для изготовления наркотика, определяют большую медико-социальную опасность этого нового вида наркомании. Специфичность и тяжесть неврологических осложнений выделяет данный вид наркомании среди прочих видов наркотизма. Разработка средств и методов лечения этой патологии представляет актуальную проблему для врачей-невропатологов и наркологов. Наряду с мероприятиями по ограничению доступности средств – прекурсоров, актуальной представляется организация раннего выявления молодых лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами кустарного производства, для привлечения их к своевременному лечению, и, самое важное – профилактика наркомании через информированность о последствиях злоупотребления, на первый взгляд «безобидного» психостимулятора.

Литература:

1. Найденова Н. Г., Найденова И. И., Власова И. Б. Фенилпропаноламиновая токсикомания // Вопросы наркологии. – 2000. – 4. Государственный Медицинский Университет (ректор - академик РАМН В. Н. Ярыгин).
2. Владимиров Ю. Л., Арчаков А. И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. - М., 1972.
3. Башкатова В. Г., Маликова Л. А., Алексеева О. Г., Микоян В. Д., Праст Г., Панченко Л. Ф. Активация мускариновых ацетилхолиновых рецепторов первого подтипа увеличивает генерацию оксида азота в стриатуме мозга крыс // Нейрохимия. — 2004. - Т. 21, №4. — С. 250—253.
4. Башкатова В. Г., Маликова Л. А., Панченко Л. Ф. Механизмы нейротоксического действия амфетаминоподобных психостимуляторов: роль оксида азота // Наркология. — 2004. — № 2. — С. 31-38.
5. Рыжкова М. Н., Тарасова Л. А. О патогенезе и лечении марганцевого паркинсонизма // Гигиена труда и профессиональные заболевания. — 1975. — № 11. — С. 31–34.
6. Archibald F. S., Tyce C. Manganese poisoning and the attack of trivalent manganese upon catecholamines. Arch Biochem Biophys 1987; 256, 638-650.
7. Caine D. B., Chu N. S., Huang C.-C. et al. Manganism and idiopathic parkinsonism: Similarities and differences. Neurology 1994; 44: 1583—1586.
8. Измеров И. Ф. Руководство по профессиональным заболеваниям. - М: Медицина, 1983; 1.
9. Пташник Г. А. Отравления калия перманганатом // Клиническая токсикология детей и подростков. — СПб: Интермедика, 1999. — С. 134–137.
10. Михайлов М. А. Психопатологическая структура и динамика острой эфедрон-первотиновой и опиной интоксикации // Дисс. канд. мед. наук — М., 1992.
11. Справочник Видаль. - 2005.

ДИНАМИКА ХАРАКТЕРА НАРКОТИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

А. Т. Ескалиева, Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

Аддиктивное поведение предполагает получение индивидом дополнительных положительных переживаний посредством переключения его психической активности на какую-либо другую форму (работа, коллекционирование, спорт и т.д.), либо посредством принятия химического психоактивного вещества - табак, алкоголь, наркотики (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2001). Следовательно, принятие психоактивного вещества (ПАВ) является основным мотивом получения дополнительных психических переживаний, а именно, не сам факт употребления ПАВ, а состояние опьянения в результате его употребления. Наркотическое опьянение является квинтэссенцией основных мотивов аддиктивного поведения. Состояние психики в наркотическом опьянении выражается эйфорией. Эйфория складывается из эмоциональных проявлений, психических и соматических чувствований (Шабанов П. Д., 2002) В этой связи, представляется важным и интересным проанализировать динамику изменения как в процессе времени употребления наркотика, так и в процессе личностного реагирования на факт инфицирования ВИЧ – заболевания, неизбежно ведущего к летальному исходу.

Наше исследование являлось кросс-секционным и составило выборку из пациентов больных опийной наркоманией с сопутствующим ВИЧ/СПИДом в количестве 149 человек, что составило 51% от общей исследуемой группы (n=292). Мы исследовали динамику наркотического опьянения этих больных по субъективным самоотчетам. Мы проследили изменения характера наркотического опьянения с момента употребления наркотиков до появления состояния отмены (1-й этап), после появления физической зависимости (состояния отмены) до момента инфицирования ВИЧ (2-й этап), и после того, как пациент узнал о факте заражения ВИЧ (3-й этап). Дескриптивно-феноменологический анализ состояния наркотического опьянения позволил нам выделить 16 основных характеристик, характеризующих качественный уровень состояния наркотического опьянения. Мы обозначили эти характеристики в следующие параметры.

Параметр № 1 - «Отсутствие реакции». Данный параметр регистрировался, если пациент не испытывал какой-либо реакции после введения дозы наркотика.

Параметр № 2 - «Эйфория». Данный параметр регистрировался в случае, если ведущим или основным компонентом являлась эйфория: благодушие, веселость. Как правило, данная реакция ограничивалась только чувственным компонентом. Хотя нередко здесь присутствовал и когнитивный компонент: это было ощущение, что все проблемы растворялись или выглядели малозначительными, или появлялись

мысли - идеи - планы быстрого их решения. Однако эйфория была ведущей.

Параметр № 3 - «Гиперактивация поведения». Данный параметр регистрировался в случае, если ведущим или основным компонентом являлась гиперактивация поведения: ощущение подъема жизненной энергии с желанием что-либо сделать. Данное состояние расценивалась пациентами как «положительное» или «приятное» и так же включало элемент эйфории – приподнятое настроение. Когнитивный компонент в этом случае был более выраженным и проявлялся, в основном, в построении перспективных планов. Нередко гиперактивация поведения из идеаторного уровня переходила на поведенческий уровень: у пациентов появлялась повышенная речевая продуктивность, гиперактивность, проявляющаяся, как правило, в деятельности, которая была не значима в трезвом состоянии.

Параметр № 4 - «Аффиляция». Данный параметр регистрировался в случае, если ведущим или основным компонентом являлась аффиляция – желание с кем-нибудь общаться, желание быть в «кругу приятных людей». Например, пациенты вспоминали, что должны позвонить знакомым и поздравить их с юбилеем, так как забыли это сделать в свое время. Могли просто позвонить знакомым, чтобы поинтересоваться, как идут дела и т.п. В этом случае, у них нередко появлялось желание «потусоваться», «потусить» на дискотеке или у кого-нибудь на квартире.

Параметр № 5 - «Физический комфорт». Данный параметр регистрировался в случае, если ведущим или основным компонентом являлось ощущение физического комфорта, физической релаксации (ощущение «телесного кайфа», «телесного блаженства») и т.п. Субъективно это состояние сопровождалось приятными чувственными ощущениями типа распространяющейся теплой приятной волны по всему телу, из области эпигастрия. Это состояние переходило в ощущение приятной телесной легкости, невесомости, «как будто твое тело в воде» или приятной тяжести «как будто тебя окутывает приятная тяжесть».

Параметр № 6 - «Психический комфорт» регистрировался в случае, если ведущим или основным компонентом являлось ощущение психического комфорта, атараксия, отсутствие какой-либо тревоги, озабоченности или обременяющих мыслей. В этом случае, все неприятные мысли или «проблемы» исчезали, вызывая эффект «психологического релакса».

Параметр № 7 - «Душевное спокойствие». Данный параметр регистрировался в случае, если ведущим или основным компонентом являлось

ощущение душевного блаженства и умиротворенности. Пациенты испытывали затруднение при попытке сравнить это состояние с каким-либо другим состоянием из опыта «трезвой жизни», похожим по своим качествам. Они чаще его характеризовали как «переживание нирваны» или ассоциировали с состоянием «младенческого сна».

Параметр № 8 - «Дисфория». Данный параметр регистрировался в случае, если ведущим или основным компонентом являлась дисфорическая реакция: персонифицированное или неперсонифицированное раздражение с гневливым оттенком, чувством не четко дифференцированного дискомфорта, часто с депрессивным оттенком.

Параметр № 9 - «Агрессия». Данный параметр регистрировался в случае агрессивных тенденций или агрессивных реакций, направленных как вовне, так и на собственную личность. Гетероагрессия проявлялась, как правило, в формах вербальной, идеаторной и реже физической агрессии. В этом случае, так же могли присутствовать депрессивный и дисфорический компоненты. Данное состояние не всегда отслеживалось пациентом и субъективно часто имело повод, который расценивался как пусковой момент агрессии и, как правило, имел внешний локус контроля.

Параметр № 10 - «Гнев» регистрировался в том случае, если пациент четко отслеживал свой гнев, раздражение или злость, которые, как правило, не выходили за рамки чувственного переживания, т.е. не переходили в агрессивное поведение. Как правило, в этом случае отсутствовали дисфорический и депрессивный компоненты. Некоторые клиенты, отмечали, что гневу предшествовала немотивированная тревога, и часто тревожный компонент смешивался или сменялся чувством гнева, раздражения.

Параметр № 11 - «Физический дискомфорт» регистрировался в случае, когда реакция на введение наркотика проявлялась в виде неприятных соматических ощущений. Пациенты чаще всего описывают такое переживание следующим образом: «Возникает на физическом уровне ощущение неприятного внешнего давления», «Тело как будто сдавливает внешнее атмосферное давление», «Ты чувствуешь, как на тебя давит воздух». Второй наиболее

частый компонент физического дискомфорта проявлялся в реакции физического или телесного торможения, или на специфическом сленге – «зависания». Пациенты отмечают, что во время «зависания», тело как будто сковывается и плохо поддается контролю, затормаживаются моторные реакции, трудно открыть глаза или тяжело держать глаза открытыми. Это состояние переживалось как неприятное.

Параметр № 12 - «Психический дискомфорт» регистрировался, в случае если ведущим компонентом являлось чувство психического дискомфорта. Как правило, это было связано с обострением осознания в момент наркотического опьянения факта зависимости или факта инфицирования ВИЧ, сопровождающееся переживанием негативно окрашенных эмоций таких, как вина, стыд.

Параметр № 13 - «Гипотимия». Данный параметр регистрировался в случае, если ведущим компонентом являлось пониженное настроение, хандра, грусть. В этом случае состояние ограничивалось только гипотимией и не затрагивало когнитивный/идеаторный уровень.

Параметр № 14 - «Депрессия». Данный параметр регистрировался в том случае, если помимо гипотимии у пациента отмечались идеаторные нарушения: мысли о нежелании жить, тенденция к мыслям самообвинения, самоуничтожения.

Параметр № 15 - «Аутизация». Данный параметр регистрировался в случае, если основной реакцией на введение наркотика являлось нежелание с кем-либо общаться, желание уединиться, апатия. Это состояние по своему проявлению являлось противоположным или полярным состоянием, описанному в параметре № 4 - «Аффиляция».

Параметр № 16 - «Суицидальная направленность» («Суицидомания»). Данный параметр регистрировался, если на фоне сниженного настроения у пациента отмечались четко отслеживаемое нежелание жить и мысли о самоубийстве. Иногда депрессивный компонент являлся смешанным и, помимо гипотимии, включал дисфорический или агрессивный компоненты. Но обязательным являлось присутствие суицидальных мыслей, которые в некоторых случаях обрели характер конкретного плана самоубийства.

Таблица 1

Характер наркотического опьянения у больных опиоидной наркоманией, инфицированных ВИЧ на момент первого и второго этапов употребления наркотиков

| Характер опьянения у больных с ВИЧ «+» (n = 149) | До состояния отмены | После состояния отмены | P |
|--|---------------------|------------------------|--------|
| Отсутствие реакции | 28,7 ± 8,8% | 7,9 ± 5,3% | < 0,01 |
| Физический комфорт | 15,8 ± 7,1% | 36,6 ± 9,4% | < 0,05 |
| Душевное спокойствие | 12,9 ± 6,5% | 28,7 ± 8,8% | < 0,05 |
| Эйфория | 43,6 ± 9,7% | 50,5 ± 9,8% | > 0,05 |
| Психический комфорт | 17,8 ± 7,5% | 26,7 ± 8,6% | > 0,05 |
| Аффиляция | 19,8 ± 7,8% | 23,8 ± 8,3% | > 0,05 |
| Суицидальные мысли | 0% {0<>4} | 2% {1<>6,8} | > 0,05 |
| Агрессия | 1% {0,5<>5,4} | 6,9 ± 5% | > 0,05 |

Мы проанализировали различия качественных характеристик наркотического опьянения на момент первого и второго этапов употребления наркотиков, т.е. в период употребления наркотика, когда еще не был сформирован синдром физической зависимости и в период, когда абстинентный синдром уже был сформирован. В таблице 1 отражены различия качественных характеристик наркотического опьянения на момент первого и второго этапов употребления наркотиков у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ. Данные в таблице 1 показывают, что достоверные различия ($P < 0,05$ и $P < 0,01$) были выявлены в отношении следующих параметров: «Отсутствие реакции», «Физический комфорт» и «Душевное спокойствие». Если на начальном этапе употребления наркотика, т.е. до формирования синдрома физической зависимости, в среднем, 28,7% ($\pm 8,8\%$) наркопотребителей не испытывали никаких реакций в состоянии наркотического опьянения, то к моменту формирования абстинентного синдрома такие лица составили всего 7,9% ($\pm 5,3\%$) - уменьшение в 3,6 раза. В отношении же положительных переживаний наблюдается обратная картина. Так, например, ощущения, связанные с физическим комфортом имели достоверную тенденцию к увеличению частоты их встречаемости. Если на первом этапе (до момента формирования абстинентного синдрома) те химические аддикты, у которых явно присутствовал компонент физического комфорта в рамках состояния наркотического опьянения, составляли 15,8% ($\pm 7,1\%$), то к моменту формирования синдрома физической зависимости частота встречаемости таких лиц, достоверно увеличилась в 2,3 раза, до 36,6% ($\pm 9,4\%$). Такая же тенденция отмечалась и для положительных психических ощущений атарактического характера, связанных с наркотическим опьянением, которые квалифицировались как параметр «Душевное спокойствие». Если на первом этапе (до момента формирования абстинентного синдрома) те химические аддикты, у которых явно присутствовал компонент психического комфорта в рамках состояния наркотического опьянения, составляли 12,9% ($\pm 6,5\%$), то к моменту формирования синдрома физической зависимости частота встречаемости таких лиц, достоверно увеличилась в 2,2 раза, до 28,7% ($\pm 8,8\%$).

Таким образом, достоверно выявляется тенденция роста превалентности положительных переживаний, связанных с употреблением наркотиков, а именно: с состоянием наркотического опьянения у лиц, употребляющих наркотики. То есть наркотик на этом этапе действительно исполняет роль фактора, обслуживающего основной мотив аддиктивного поведения – получение дополнительных положительных психических переживаний. Эта тенденция так же подтверждается выявленным различием в показателях параметров, коэффициент достоверности которых больше 5%. Но, тем не менее, мы приведем их значения. Так, например, на начальном этапе употребления наркотиков (до момента формирования

синдрома физической зависимости) эйфория, как ведущий компонент наркотического опьянения, встречалась в 43,6% случаев ($\pm 9,7\%$), то к моменту формирования абстинентного синдрома значения данного параметра увеличились в среднем на 7% ($50,5 \pm 9,8\%$). Такая же тенденция отмечается в отношении параметра «Психический комфорт» – увеличение, в среднем, на 9% ($17,8 \pm 7,5\%$ и $26,7 \pm 8,6\%$), а так же в отношении параметра «Аффиляция» – увеличение, в среднем, на 4% ($19,8 \pm 7,8\%$ и $23,8 \pm 8,3\%$).

Если состояние наркотического опьянения по каким-либо причинам перестает обслуживать основной мотив аддиктивного поведения – получение дополнительных положительных психических переживаний, то это неизбежно приведет к фрустрации индивида, т.е. к конфликту между поведением (употреблением наркотика), вернее ожидаемым наркотическим эффектом, и реальными переживаниями, которые не соответствуют по своим параметрам, ожидаемым переживаниям. Если этот конфликт принимает хроническую форму, то это скорее приведет к увеличению превалентности эмоциональных реакций, связанных с переживанием фрустрации: депрессивных и/или агрессивных реакций.

С нашей точки зрения, известие о наличии неизлечимого заболевания, которое неизбежно приведет к смерти в ближайшее время, может играть роль сильнейшего фрустрирующего фактора. Этот фактор будет требовать еще большего объема дополнительных положительных психических переживаний. И здесь необходимо отметить ряд существенных моментов. С одной стороны, в процессе наркопотребления толерантность к наркотику повышается и, соответственно, прежние дозы наркотика вызывают меньший эффект воздействия, и для получения прежнего эффекта от наркотического опьянения требуется большая доза наркотика. В случае с опийными наркозависимыми, инфицированными ВИЧ, их неудовлетворительное физическое состояние и самочувствие, особенно во время абстинентного синдрома, напротив, требуют уменьшения употребляемых наркотических доз. С другой стороны, такой фрустрирующий фактор, как осведомленность и необходимость принятия факта наличия неизлечимого заболевания, в данном случае ВИЧ, как мы уже отметили, требует увеличения дозы наркотика для удовлетворения аддиктивного мотива – получения дополнительных психических переживаний в этой ситуации. Этот конфликт, сам по себе, является мощным фрустрирующим фактором и приобретает форму замкнутого круга, из которого в прежнем состоянии у наркозависимого нет выхода. В результате должно произойти следующее. Прежняя доза наркотика будет все меньше доставлять ожидаемый эффект, что будет обострять основной аддиктивный мотив, и в результате должно произойти изменение или смещение переживаний при наркотическом опьянении в сторону негативно окрашенных или отрицательных переживаний. Этот факт, в свою очередь,

может стать причиной аффективных расстройств настроения, в первую очередь, депрессивных реакций.

Для подтверждения этой гипотезы, мы сравнили качественные характеристики наркотического опьянения на момент до того, как наркозависимый узнал о факте инфицирования ВИЧ, и после того, как ВИЧ-инфицирование стало известным фактом. Мы так

же проанализировали различия в отношении депрессивных расстройств у больных опийной наркоманией с отрицательным и положительным ВИЧ-статусом.

В таблице 2 отражены те параметры наркотического опьянения, которые имели достоверные различия на момент до и после инфицирования ВИЧ.

Таблица 2

Характер наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ на момент до и после ВИЧ-инфицирования

| Характер опьянения у больных с ВИЧ «+» (n = 149) | До ВИЧ | После ВИЧ | P |
|--|----------------|---------------|--------|
| Отсутствие реакции | 7,9 ± 5,3% | 51,5 ± 9,7% | < 0,01 |
| Эйфория | 50,5 ± 9,8% | 0% {0<>4} | < 0,01 |
| Гиперактивация поведения | 39,6 ± 9,5% | 3% {1,5<>8,1} | < 0,01 |
| Гипотимия | 9,9 ± 5,8% | 51,5 ± 9,7% | < 0,01 |
| Депрессия | 4% {2<>9,5} | 61,4 ± 9,5% | < 0,01 |
| Суицидальная направленность | 2% {1<>6,8} | 70,3 ± 8,9% | < 0,01 |
| Аутизация | 2% {1<>6,8} | 63,4 ± 9,4% | < 0,01 |
| Дисфория | 9,9 ± 5,8% | 53,5 ± 9,7% | < 0,01 |
| Агрессия | 6,9 ± 5% | 60,4 ± 9,5% | < 0,01 |
| Гнев | 5% {2,5<>10,9} | 53,5 ± 9,7% | < 0,01 |
| Психический дискомфорт | 4% {2<>9,5} | 60,4 ± 9,5% | < 0,01 |
| Физический дискомфорт | 5,9 ± 4,6% | 48,5 ± 9,7% | < 0,01 |

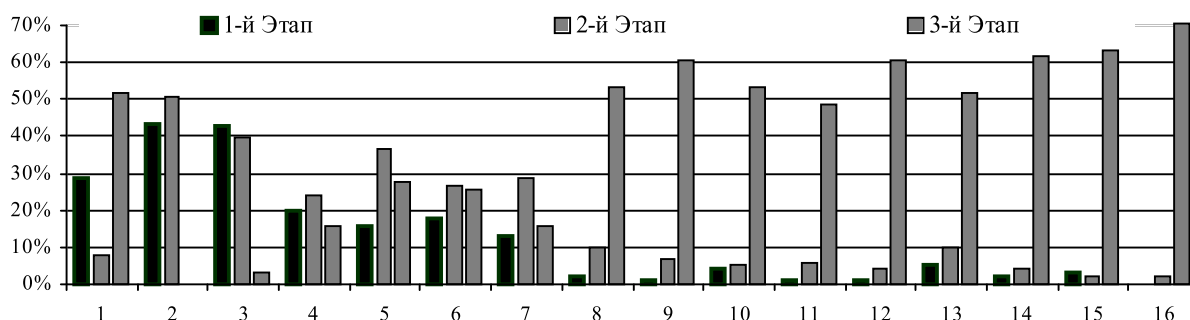
Данные, приведенные в таблице 2, позволяют выявить тенденцию смещения превалентности положительно окрашенных эффектов наркотического опьянения в сторону отрицательно окрашенных форм.

В первую очередь хотелось отметить такой параметр, как «Отсутствие реакции». Выше мы отметили, что на этапе употребления наркотика, когда синдром физической зависимости еще не сформирован, отсутствие каких-либо реакций в состоянии наркотического опьянения встречалось в 28,7% (± 8,8%) случаев и к моменту формирования абстинентного синдрома частота встречаемости этих реакция достоверно уменьшилась в среднем в 3,6 раза, до 7,9% (± 5,3%). Данное уменьшение стало результатом смещения этого параметра в сторону других параметров, характеризующих положительную окраску переживаний при наркотическом опьянении. На этапе, когда больной опийной наркоманией был осведомлен о факте инфицирования ВИЧ, вновь отмечается увеличение частоты встречаемости случаев такого параметра, как «Отсутствие реакции», в среднем в 6,5 раза (7,9 ± 5,3% и 51,5 ± 9,7%, при P < 0,01). Даже в случае сохранения относительной превалентности положительных переживаний в состоянии опьянения, данный факт оказывал бы отрицательную роль, как мы уже сказали выше, осведомленность о факте ВИЧ-инфицирования требует большего объема дополнительных положительных психических переживаний.

Очень важным и доказательным фактом, подтверждающим наше предположение о том, что после наступления факта осведомленности о ВИЧ-инфицировании у опийных наркозависимых, инфицированных ВИЧ, происходит качественное смещение субъективных реакций при наркотическом опьянении в сторону отрицательных переживаний, является факт изменения превалентности отрицательных переживаний в структуре наркотического опьянения в сторону ее увеличения. На рисунке 1 отражена динамика характера наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ на момент наступления факта осведомленности о ВИЧ-инфицировании.

Как видно из рисунка 1 и таблицы 2 - на этапе, когда сформирован абстинентный синдром и пациент уже осведомлен о факте инфицирования ВИЧ, отмечается резкая отрицательная динамика частоты встречаемости эйфорических переживаний в структуре наркотического опьянения. Если до инфицирования ВИЧ и факта осведомленности о ВИЧ-инфицировании среди опийных наркозависимых эйфорические переживания в структуре наркотического опьянения, как явные или ведущие, встречались более чем у половины (50,5±9,8%), то, после инфицирования ВИЧ и осведомленности о наличии данного заболевания, по результатам субъективной оценки не было выявлено пациентов, у которых в структуре наркотического опьянения присутствовал бы явный эйфорический компонент.

Динамика характера наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ



1) «Отсутствие реакции» 2) «Эйфория» 3) «Гиперактивация поведения» 4) «Аффиляция» 5) «Физический комфорт» 6) «Психический комфорт» 7) «Душевное спокойствие» 8) «Дисфория» 9) «Агрессия» 10) «Гнев» 11) «Физический дискомфорт» 12) «Психический дискомфорт» 13) «Гипотимия» 14) «Депрессия» 15) «Аутизация» 16) «Суицидальная направленность» («Суицидомания»).

Такая же динамика характерна и для такого параметра, как «Гиперактивация поведения», т.е. ощущения прилива жизненных сил с желанием какой-либо физической деятельности или активности. Если до инфицирования ВИЧ и факта осведомленности о ВИЧ-инфицировании среди опийных наркозависимых лица, у которых явным или ведущим компонентом наркотического опьянения являлся данный параметр («Гиперактивация поведения»), составляли 39,6% ($\pm 9,5\%$), то на момент наличия положительного ВИЧ-статуса такие лица составили всего 3%, т.е. отмечается достоверное уменьшение превалентности таких случаев в среднем в 13,2 раза.

Таким образом, результаты сравнительного анализа данного фрагмента позволяют нам сделать следующий вывод: для структуры наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, на момент отсутствия ВИЧ-инфекции и на момент ВИЧ-инфицирования, а так же их осведомленности о факте инфицирования ВИЧ, характерна отрицательная динамика превалентности положительно окрашенных переживаний.

В отношении негативно окрашенных переживаний во время наркотического опьянения отмечается противоположная картина. Так, например, отмечается достоверное увеличение ($P < 0,01$) превалентности тех случаев негативных переживаний, которые можно отнести к общему разделу депрессивных переживаний. Если сравнить частоту встречаемости характеристик наркотического опьянения на тот момент, когда больной опийной наркоманией не был еще инфицирован ВИЧ, и на тот момент, когда он уже являлся носителем ВИЧ и был осведомлен об этом факте, то можно констатировать достоверное увеличение превалентности следующих параметров наркотического опьянения, по результатам субъективной оценки:

- параметр «Гипотимия» – увеличение в 5,2 раза ($9,9 \pm 5,8\%$ и $51,5 \pm 9,7\%$);
- параметр «Депрессия» – увеличение в 15,4 раза (4% { $2 < 9,5$ } и $61,4 \pm 9,5\%$);
- параметр «Суицидальная направленность» – увеличение в 35,2 раза (2% { $1 < 6,8$ } и $70,3 \pm 8,9\%$);
- параметр «Аутизация» – увеличение в 31,7 раза (2% { $1 < 6,8$ } и $63,4 \pm 9,4\%$).

Данная тенденция характерна и для других негативно-окрашенных эмоционально-поведенческих реакций, отмечающихся во время наркотического опьянения:

- параметр «Дисфория» – увеличение в 5,4 раза ($9,9 \pm 5,8\%$ и $53,5 \pm 9,7\%$);
- параметр «Агрессия» – увеличение в 8,7 раза ($6,9 \pm 5\%$ и $60,4 \pm 9,5\%$);
- параметр «Гнев» – увеличение в 10,7 раза (5% { $2,5 < 10,9$ } и $53,5 \pm 9,7\%$);
- параметр «Психический дискомфорт» – увеличение в 15,1 раза (4% { $2 < 9,5$ } и $60,4 \pm 9,5\%$);
- параметр «Физический дискомфорт» – увеличение в 8,2 раза ($5,9 \pm 4,6\%$ и $48,5 \pm 9,7\%$).

Следовательно, результаты этой части сравнительного анализа позволяют нам сделать еще один вывод: для структуры наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, на момент отсутствия ВИЧ-инфекции и на момент ВИЧ-инфицирования, а так же их осведомленности о факте инфицирования ВИЧ, характерна положительная динамика превалентности негативно окрашенных или отрицательных переживаний.

Таким образом, анализ качественных характеристик наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, на момент отсутствия ВИЧ-инфекции и на момент ВИЧ-инфицирования, а так же факта осведомленности о наличии

ВИЧ свидетельствует о следующей динамике: происходит количественное смещение качественных характеристик наркотического опьянения от форм положительно-окрашенных переживаний в сторону отрицательно-окрашенных переживаний во время

наркотического опьянения. То есть, характерна отрицательная динамика превалентности положительно окрашенных переживаний и положительная динамика превалентности негативно окрашенных или отрицательных переживаний

Литература:

1. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. *Психосоциальная аддиктология*. – Новосибирск: Изд-во «Олсиб», 2001. – 251 с.
2. Шабанов П. Д. *Основы наркологии*. – 2002. – С. 210.

КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ ВИЧ

А. Т. Ескалиева, Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

Одним из самых давних предметов дискуссии патогенетических, патокинетических и патоморфологических аспектов наркологических расстройств, является значение психопатических черт характера. Л. С. Фридман и др. (1996) приводит данные распространенности случаев расстройств личности среди лиц, злоупотребляющих опиатами, от 65 до 90% [1]. Влияние конституциональных особенностей играет роль как в отношении клинических особенностей возникновения первичного патологического влечения к ПАВ [2, 3], клинической картины данного заболевания [4-7], рецидива наркологического расстройства [8], так и в отношении психотерапии и реабилитации данного контингента [9].

Если индивид пребывает в ситуации состояния перманентного конфликта – конфликта между актуализированными потребностями и невозможностью их удовлетворения, то наиболее вероятными формами психического реагирования на фрустрирующую ситуацию будут депрессивные реакции. В данном случае в качестве перманентно-фрустрирующей ситуации выступают как факт инфицирования ВИЧ, так и реакция (осведомленность) больных опийной наркоманией на факт инфицирования ВИЧ, а так же проблема принятия диагноза или принятия факта наличия заболевания, неизбежно ведущего к смерти. Конфликт будет заключаться в следующем. Известие о наличии неизлечимого заболевания, которое неизбежно в ближайшее время приведет к смерти (и необходимость принятия этой неизбежности),

будет требовать увеличения дозы наркотика, для удовлетворения аддиктивного мотива – получения дополнительных психических переживаний в этой ситуации. Физическое состояние в результате прогрессирования соматических осложнений ВИЧ-инфекции, требующее сохранения прежней дозы или ее снижения, с одной стороны, и растущая толерантность к наркотику – с другой, будут препятствовать удовлетворению актуализированной потребности. Данный хронический конфликт может стать причиной психических заболеваний. В частности, он может обострить индивидуальные особенности характера до уровня патологии, т.е. до уровня специфических расстройств зрелой личности (СРЗЛ). В прежних классификациях данные расстройства входили в рубрику приобретенные психопатии (Личко А. Е., 1983). Далее, данный конфликт может нарушать процессы адаптации индивида и стать причиной таких психических нарушений, как расстройства психической адаптации (РПА) и, наконец, данный конфликт может провоцировать психические расстройства, относящиеся к категории аффективных расстройств настроения.

Мы провели клинический анализ, и на основании анамнеза и клинического статуса на момент обследования выявили коморбидные психические расстройства у наркозависимых с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом. В таблице 1 приведены данные о распространенности коморбидной психической патологии у больных опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом.

Таблица 1

Распространенность коморбидных психических расстройств у больных опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ - статусом

| Клинические и биографические характеристики | 1 группа (n = 149) | 2 группа (n = 144) | P |
|--|-------------------------------|-------------------------------|----------|
| Специфические расстройства зрелой личности (F 60) | 57,5 ± 8% | 20,1 ± 6,6% | < 0,01 |

Распространенность коморбидных психических расстройств у больных опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ - статусом (продолжение)

| Клинические и биографические характеристики | 1 группа (n = 149) | 2 группа (n = 144) | P |
|---|--------------------|--------------------|--------|
| Аффективные расстройства настроения (F 32 + F 33) | 79,7 ± 5,2% | 21,4 ± 6,8% | < 0,01 |
| Хронические расстройства настроения (F 34.0 + F 34.1) | 5,5 ± 3,6% | 8,5 ± 4,6% | > 0,05 |
| Расстройства психической адаптации (F 43.2) | 47,5 ± 7,8% | 41,8 ± 8,1% | > 0,05 |
| Мысли о нежелании жить | 78,8 ± 5,1% | 38,3 ± 8% | < 0,01 |
| Суицидальные мысли | 69,2 ± 8,2% | 20,1 ± 6,6% | < 0,01 |
| Попытка суицида | 51,0 ± 7,6% | 2,8% {1,5<>7,2} | < 0,01 |

Из таблицы 1 видно, что в обеих нозологических подгруппах (больные опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ - статусом), были выявлены следующие виды коморбидных психических расстройств:

- специфические расстройства зрелой личности (F 60);
- депрессивный эпизод (F 32);
- рекуррентные аффективные расстройства настроения (F 33);
- хронические аффективные расстройства настроения (F 34);
- расстройства психической адаптации.

Специфические расстройства зрелой личности F 60. Как мы уже отметили выше, специфические расстройства зрелой личности были выявлены как в группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, так и в группе опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ - статусом. Распространенность специфических личностных расстройств у больных наркоманией по данным различных авторов составляет от 28% до 65 - 90% случаев (Фридман Л. С. и соавт., 1996; Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г., 2002; Christian, Poling, 1997; Schwarz et al., 1998). В отношении исследуемого региона – Республики Казахстан, распространенность больных опийной наркоманией, имеющих специфические личностные расстройства в среднем составляет от 12,7% до 28,3% (Азанова Б. А., 2004; Алтынбекова Г. И., 2005; Бохан Н. А. и соавт., 2005; Россинский Ю. А., 2005; Семке В. Я. и соавт., 2005).

По данным нашего исследования, в репрезентативной выборке больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ - статусом, в среднем у 29 человек, т.е. в 20,1% случаев (± 6,6%) было диагностировано то или иное специфическое расстройство личности. Были диагностированы следующие виды специфических личностных расстройств: диссоциальное расстройство личности (F 60.2) – 8 человек, т.е. 5,7 ± 3,8%; эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F 60.30) и

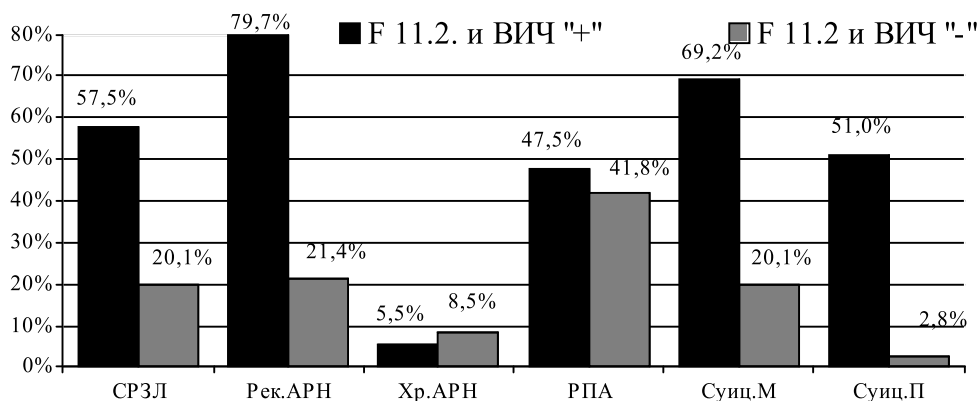
пограничный тип (F 60.31) – 12 человек, т.е. 8,5 ± 4,6%; истерическое расстройство личности (F 60.4) – 5 человек 3,5% {1,8%<>8,1%}; тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F 60.6) – 4 человека 2,8% {1,5%<>7,2%}.

В группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, в 57,5% (± 8%) случаев имела место сопутствующая психическая патология в виде специфических расстройств зрелой личности (F 60), согласно критериям МКБ - 10. В данной группе были диагностированы следующие виды специфических личностных расстройств: диссоциальное расстройство личности (F 60.2) – 12,9 ± 6,5%; эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F 60.30) – 6,9 ± 4,6%, и пограничный тип (F 60.31) – 21,8 ± 8,1%; истерическое расстройство личности (F 60.4) – {2,5% <5%> 10,9%}; тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F 60.6) – 10,9 ± 6,1%.

Следовательно, относительные риски наличия сопутствующей психической патологии в виде специфических расстройств зрелой личности у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, в среднем, в 2,9 раза выше, чем у больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом. Данный факт можно объяснить тем, что наличие ВИЧ-инфекции и процессы принятия данного диагноза являются факторами риска в отношении декомпенсации субкомпенсированных форм личностных расстройств (выраженные акцентуации) до уровня декомпенсированных форм личностных расстройств, приводящих к значительной социальной дезадаптации.

Аффективные расстройства настроения. Как мы уже указали выше, нами были диагностированы следующие виды аффективных расстройств настроения, согласно критериям МКБ 10: депрессивный эпизод – F 32, рекуррентное аффективное расстройство настроения (текущий депрессивный эпизод) – F 33, хроническое аффективное расстройство настроения – F 34.

Распространенность коморбидных психических расстройств у больных опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом



Наименее распространенной группой аффективных расстройств настроения явились хронические аффективные расстройства настроения – циклотимия (F 34.0) и дистимия (F 34.1) – $5,5 \pm 3,6\%$ в группе ВИЧ-положительных наркозависимых и $8,5 \pm 4,6\%$ в группе ВИЧ-отрицательных наркозависимых. Наглядно распространенность коморбидной психической патологии среди наркозависимых с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом отражена на рисунке 1.

Наиболее частой по встречаемости оказалась группа рекуррентных аффективных расстройств настроения, включая единичные депрессивные эпизоды: $79,7 \pm 5,2\%$ в группе ВИЧ - положительных и $21,4 \pm 6,8\%$ в группе ВИЧ - отрицательных больных опийной наркоманией. Следовательно, относительные риски наличия сопутствующей психической патологии в виде рекуррентных аффективных расстройств настроения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, в среднем, в 3,7 раза выше, чем у больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ - статусом. Данный факт можно объяснить тем, что наличие ВИЧ - инфекции и процессы принятия индивидом данного диагноза являются факторами риска в отношении развития депрессивных расстройств.

Суицидальная направленность. В отношении депрессивных расстройств, в частности суицидальной направленности мы так же сравнили превалентные

риски случаев суицидальных мыслей и случаев попыток суицида. В группе ВИЧ - положительных больных опийной наркоманией в $69,2\%$ случаев ($\pm 8,2\%$) отмечались явные мысли о самоубийстве. Повторимся, что здесь регистрировались только те случаи, когда суицидальная направленность четко прослеживалась. Случаи депрессивных мыслей о нежелании жить, но без четкой суицидальной направленности в этой группе составили $78,8\%$ ($\pm 5,1\%$). В группе опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ - статусом случаи суицидальной направленности в виде мыслей о самоубийстве составили $20,1\%$ ($\pm 6,6\%$). Случаи попыток суицида среди больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, составили 51% ($\pm 7,6\%$), а среди тех, кто имеет отрицательный ВИЧ-статус – $2,8\%$ ($1,5 < 7,2$).

Таким образом, среди больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, в сравнении с больными опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ - статусом относительные риски распространенности случаев суицидальных мыслей превышают в 3,4 раза, а относительные риски распространенности случаев попыток суицида – в 18,2 раза. Следовательно, можно утверждать тот факт, что наличие ВИЧ-инфекции и/или процессы, связанные с принятием факта инфицирования ВИЧ, выступают как фактор риска в отношении аффективных расстройств настроения и суицидального поведения у больных опийной наркоманией.

Литература:

1. Фридман Л. С. Наркология. / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д. Х. Робертс, С. Е. Хайман (ред.). Пер. с англ. – 2-е изд., испр. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский Диалект», 2000. – 320 с., ил.
2. Иванец Н. Н. Некоторые аспекты проблемы «личность и алкоголизм» / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии (сборник научных трудов). / Под ред. Г. В. Морозова. – М., МЗ СССР ЦНИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1978. – с. 21-27.
3. Бохан Н. А. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддитивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики. / Н. А. Бохан, А. И. Мандель, Т. П. Ветлугина. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3 (21). – С. 28-33.

4. Макаров В. В. Клинико-социальные аспекты формирования и профилактики раннего пьянства и алкоголизма. / В. В. Макаров. – Томск, 1992. – С. 16-18.
5. Бохан Н. А. Когнитивный дефицит при ассоциированных формах алкоголизма: клинические особенности и экспериментально-психологическая идентификация. / Н. А. Бохан, А. И. Мандель. Региональные аспекты современной аддиктологии: Мат. межд. конф. – Томск, 1994. – С. 81-85.
6. Мандель А. И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири. / А. И. Мандель. Автореф. Дис. ... докт. мед. наук. - Томск, 2000.
7. Бохан Н. А. Коморбидность формирования алкоголизма в аддиктивных семьях. / Н. А. Бохан. Организация психиатрической помощи: Материалы международной научно-практической конференции (Омск, 5-6 декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В. Я. Семке. - Томск-Омск: ООО «Изд-во «РАСКО», 2002. - С. 18-22.
8. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Патологическое влечение к наркотику и аффективные расстройства при героиновой наркомании. / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - Томск, 2001. - № 3 (21). - С. 76-79.

СОЦИАЛЬНО-БИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ ВИЧ

А. Т. Ескалиева, Ж. К. Мусабекова, Ю. А. Россинский

Мы провели кросс - секционное исследование больных с верифицированным диагнозом Опиийная наркомания F11.21 согласно критериям Международной классификации болезней (МКБ-10, 1994), в том числе, с установленным сопутствующим ВИЧ/СПИД. Ниже приводятся аспекты, согласно которым проводилось исследование.

Биографический аспект. Мы сравнили больных опийной наркоманией с положительным и

отрицательным статусом ВИЧ и обнаружили некоторые достоверные различия (таблица 1).

Так, например, больные, инфицированные ВИЧ, оказались достоверно старше опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ статусом, в среднем, на 1,8 года - $30,4 \pm 1,3$ лет и $28,6 \pm 1,1$ лет.

Этно-культуральный аспект. В этно - культуральных характеристиках нами было выявлено следующее. Среди больных опийной наркоманией,

Таблица 1

Социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией, с положительным (1 группа, n = 149) и отрицательным статусом ВИЧ (2 группа, n = 144)

| Социально-биографические характеристики | 1 группа (n = 149) | 2 группа (n = 144) | P |
|---|-----------------------|--------------------|--------|
| Средний возраст (лет) | $30,4 \pm 1,3$ | $28,6 \pm 1,1$ | < 0,05 |
| Европеоиды | $75,8 \pm 6,9\%$ | $51,8 \pm 8,2\%$ | < 0,01 |
| Монголоиды | $19,5 \pm 6,4\%$ | $41,8 \pm 8,1\%$ | < 0,01 |
| Казахи | $8,1 \pm 4,4\%$ | $27,0 \pm 7,3\%$ | < 0,01 |
| Русские | $54,4 \pm 8\%$ | $38,3 \pm 8\%$ | < 0,01 |
| Женат/замужем | $11,4 \pm 5,1\%$ | $28,7 \pm 7,4\%$ | < 0,01 |
| Холост/не замужем | $59,7 \pm 7,9\%$ | $51,7 \pm 8,2\%$ | > 0,05 |
| Образование: высшее | $1,3\% \{0,7 < 5,1\}$ | $20,1 \pm 6,6\%$ | < 0,01 |
| Образование: среднее | $86,6 \pm 5,5\%$ | $68,1 \pm 7,6\%$ | < 0,01 |
| Не работает, не учится | $93,2 \pm 4,1\%$ | $47,6 \pm 8,2\%$ | < 0,01 |
| Отсутствие судимости | $17,4 \pm 6,1\%$ | $52,1 \pm 8,2\%$ | < 0,01 |
| Тюремное заключение 1 раз | $40,9 \pm 7,9\%$ | $16,0 \pm 6\%$ | < 0,01 |
| Тюремное заключение > 1 раза | $28,2 \pm 7,2\%$ | $10,4 \pm 5\%$ | < 0,01 |

инфицированных ВИЧ, представители европеоидной расы встречаются достоверно чаще, в среднем, в 3,9 раза ($75,8 \pm 6,9\%$ и $19,5 \pm 6,4\%$, при $P < 0,01$), в сравнении

с представителями монголоидной расы. Соответственно, относительное распределение европеоидов свидетельствует в пользу их достоверного превалирования

в группе больных опийной наркоманией с положительным ВИЧ-статусом, в сравнении с наркозависимыми, имеющими отрицательный ВИЧ-статус, в среднем, в 1,5 раза ($75,8 \pm 6,9\%$ и $51,8 \pm 8,2\%$, при $P < 0,01$). Относительное распределение монголоидов, напротив, свидетельствует о достоверном превалировании их в группе опийных наркозависимых, имеющих отрицательный ВИЧ-статус, в среднем, в 2,1 раза ($19,5 \pm 6,4\%$ и $41,8 \pm 8,1\%$, при $P < 0,01$).

Необходимо отметить, что в группе больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом достоверных различий в плане этнической принадлежности нами выявлено не было ($51,8 \pm 8,2\%$ и $41,8 \pm 8,1\%$, при $P > 0,05$). Таким образом, относительные риски наличия положительного статуса ВИЧ, среди больных опийной наркоманией, достоверно в 3,9 раза, выше у представителей европеоидной расы, чем у представителей монголоидной расы.

Наиболее неблагоприятной национальной группой, в отношении превалентных случаев ВИЧ-инфицирования, среди больных опийной наркоманией, оказались лица русской национальности. Так, например, частота встречаемости больных опийной наркоманией русской национальности в группе инфицированных ВИЧ, в среднем, составила $54,4 \pm 8\%$, а в группе больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом – $38,3 \pm 8\%$, что, в среднем, больше в 1,4 раза. Таким образом, соотношение шансов, случаев лиц русской национальности среди опийных наркозависимых с положительным ВИЧ-статусом в 1,4 раза выше, чем среди таких же больных, но с отрицательным ВИЧ-статусом.

Коренные жители – казахи, страдающие опийной наркоманией, вошли в группу с достоверно меньшим риском наличия положительного статуса ВИЧ. Так, например, в группе больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, частота встречаемости лиц казахской национальности в среднем составила $8,1 \pm 4,4\%$. А в группе опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом казахи в среднем составили $27,0 \pm 7,3\%$ (достоверная разница в 3,3 раза).

Такое полярное различие в плане превалентных и относительных рисков ВИЧ-инфицирования у представителей европеоидного и монголоидного этноса и, в частности, среди лиц русской и казахской национальности связано со следующим основным фактором. В карагандинской области, расположен город Темиртау, где были зарегистрированы первый случай инфицирования ВИЧ и в дальнейшем вспышка эпидемии ВИЧ/СПИДа. Основным контингентом инфицированных ВИЧ были потребители инъекционных наркотиков, проживающие в городе Темиртау и работающие на карагандинском металлургическом заводе, который территориально находится в этом городе. Основная часть (86%), работающих на данном предприятии, являлись лица принадлежащие к европеоидному этносу, из которых подавляющее большинство составляли лица русской национальности (80%). Монголоиды составили всего 14%, а

коренные жители казахи, всего 8%. Таким образом, в отношении этнической принадлежности данная выборка являлась смещенной по признаку этнической принадлежности и национальности. В связи с этим, мы связываем различия между европеоидами и монголоидами, а так же между русскими и казахами по параметру инфицирования ВИЧ. Для подтверждения того факта, что по остальным, основным клиническим признакам данная выборка не была смещена, а являлась репрезентативной, мы провели сравнительный анализ и не получили достоверных различий.

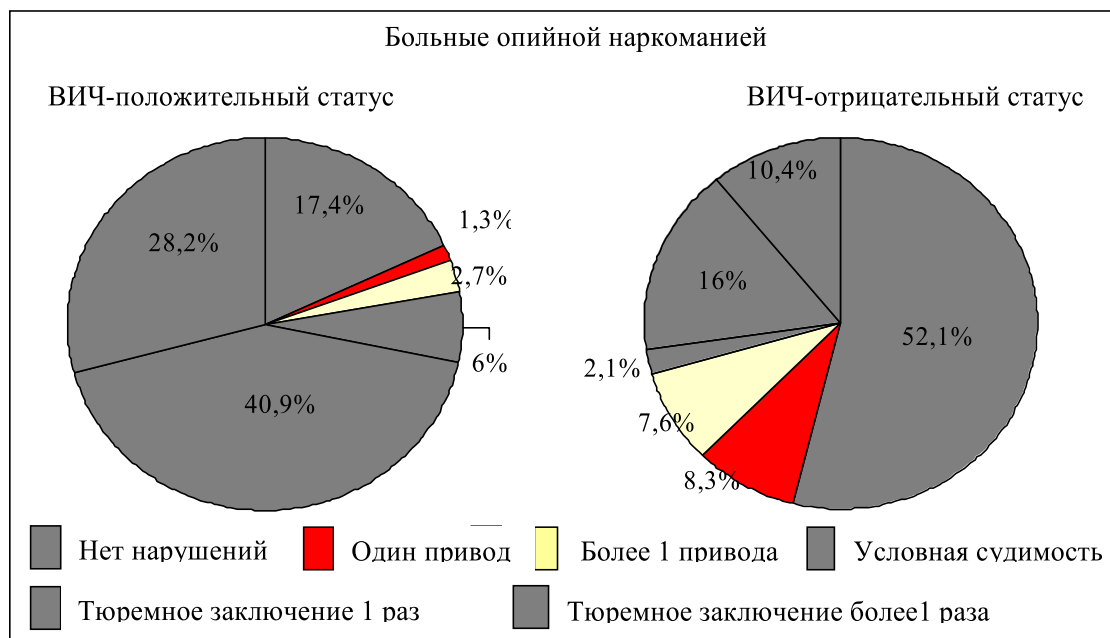
Образование и профессиональная занятость. Среди наркозависимых, как с положительным, так и с отрицательным ВИЧ-статусом мы не обнаружили лиц, без образования. Не было обнаружено достоверных различий так же и в отношении лиц, окончивших вспомогательную школу ($0,7\%$ $\{0,4 < 4,2\}$ и $1,4\%$ $\{0,7 < 5,3\}$, при $P > 0,05$) и лиц с неполным средним образованием ($11,4 \pm 5,1\%$ и $10,4 \pm 5\%$, при $P > 0,05$). Однако, среди опийных наркоманов с положительным ВИЧ-статусом в сравнении с ВИЧ-отрицательными опийными наркозависимыми, достоверно реже встречаются лица, имеющие высшее образование, в среднем в 15,5 раз ($1,3\%$ $\{0,7 < 5,1\}$ и $20,1 \pm 6,6\%$, при $P < 0,01$) и достоверно чаще – лица со средним и средне-специальным образованием, в среднем в 1,3 раза ($86,6 \pm 5,5\%$ и $68,1 \pm 7,6\%$, при $P < 0,01$). В отношении трудовой занятости группа больных опийной наркоманией с положительным ВИЧ-статусом оказалась более уязвимой, чем группа наркозависимых не имеющих ВИЧ. Так, например, среди больных наркоманией с положительным ВИЧ-статусом, лица, которые нигде не работают и не учатся, составили $93,2\%$ ($\pm 4,1\%$), в то время как среди наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом, лица, которые нигде не работают и не учатся, составили $47,6\%$ ($\pm 8,2\%$) – разница в 2 раза.

Наличие собственной семьи. В отношении наличия собственной семьи, мы так же обнаружили достоверные различия ($P < 0,01$), свидетельствующие об уязвимости в этом плане пациентов с положительным статусом ВИЧ. Так, например, среди больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, лишь в 11,4% случаев ($\pm 5,1\%$) встречались те, кто имели собственную семью, что в среднем в 2,5 раза меньше, чем среди больных опийной наркоманией не имеющих ВИЧ ($28,7 \pm 7,4\%$). Хотя необходимо отметить, что и в той и в другой группе более чем в половине случаев, встречались лица, не имеющие собственной семьи: $59,7 \pm 7,9\%$ в группе с положительным ВИЧ-статусом и $51,7 \pm 8,2\%$ в группе с отрицательным ВИЧ-статусом.

Наличие судимости. Среди показателей, характеризующих качество жизни больных наркоманией, можно отметить взаимоотношение с законом, в частности наличие судимостей и случаев тюремного заключения, связанных с незаконным потреблением наркотиков. Мы проанализировали просоциальные и

Рисунок 1

Превалентность случаев нарушений закона у опийных наркозависимых с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом



В группе опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом, в сравнении с больными опийной наркоманией, инфицированными ВИЧ, с высокой степенью достоверности, чаще встречаются лица, у которых не было осложнений с законом, связанным с незаконным потреблением наркотиков, в среднем в 3 раза ($52,1 \pm 8,2\%$ и $17,4 \pm 6,1\%$, при $P < 0,01$). Т.е. в этой группе более половины пациентов не имели столкновений с представителями закона. В то время как в группе больных наркоманией, имеющих положительный ВИЧ-статус более чем в 80% случаев ($82,6 \pm 5,1\%$), встречаются лица, которые имели случаи столкновения с правоохранительными органами. Таким образом, относительные риски наличия случаев столкновения с правоохранительными органами в группе ВИЧ-инфицированных наркозависимых, достоверно возрастают в 1,6 раза ($P < 0,05$), в сравнении с больными опийной наркоманией не имеющих ВИЧ.

Так же обнаруживаются достоверные различия в плане превалентности случаев тюремного заключения по поводу нарушения закона, связанного с употреблением наркотиков в группе наркозависимых с положительным и отрицательным статусом ВИЧ. Так, например, среди ВИЧ-положительных наркозависимых превалентность случаев нарушений закона, повлекших за собой тюремное заключение, в среднем составила $69,1\% (\pm 7,5\%)$, что достоверно ($P < 0,01$) превышает эти показатели в группе наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом в 2,6 раза

($26,4 \pm 5,5\%$). Данная закономерность присуща как для случаев однократного тюремного заключения, так и для случаев отбывания наказания в пенитенциарных учреждениях более одного раза. Так, например, среди ВИЧ-положительных опийных наркозависимых превалентность случаев однократного тюремного заключения составила $40,9 \pm 7,9\%$, а среди ВИЧ-отрицательных – $16,0 \pm 6\%$ (превышение в 2,6 раза, при $P < 0,01$), и распространенность случаев многократного тюремного заключения $28,2 \pm 7,2\%$ и $10,4 \pm 5\%$ – превышение в 2,7 раза ($P < 0,01$). Соответственно относительные риски случаев тюремного заключения, связанных с нарушениями закона среди больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, достоверно в 2,6 раза выше, чем у опийных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом.

Участие в медико-социальных программах. Лица, живущие с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС) являются стигматизированной группой, с высоким уровнем риска дискриминации со стороны общества. Такие лица, в силу внутренней личной стигмы, не обращаются за поддержкой или помощью в различные социальные программы, что негативно сказывается на качестве жизни (Недзельский Н., Морозова Е., 2003). В связи с этим, мы сравнили частоту обращаемости за различными видами медико-социальной помощи больными опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом. Результаты сравнения отражены в таблице 2.

Обращаемость за медико-социальной помощью больными опийной наркоманией с положительным (1 группа, n=149) и отрицательным (2 группа, n=144) ВИЧ-статусом

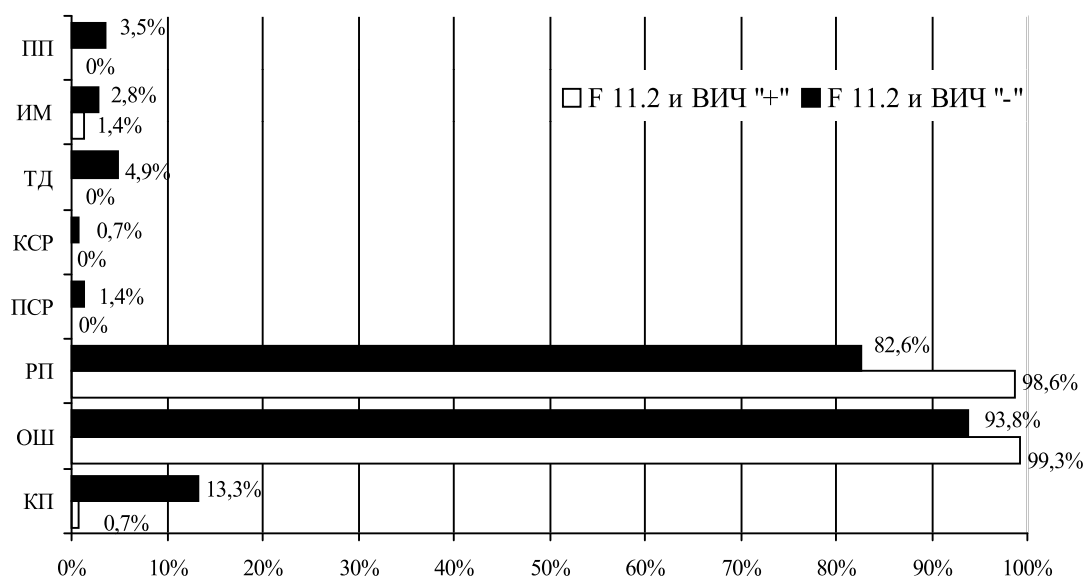
| Виды медико-социальной помощи | 1 группа (n = 149) | 2 группа (n = 144) | P |
|--|-----------------------|-----------------------|--------|
| Лечился по поводу наркомании в НД (случаи) | 0,3 ± 0,1 | 1,6 ± 0,2 | < 0,01 |
| Консультации психолога | 0,7% {0,4<>4,3} | 13,3 ± 5,6% | < 0,01 |
| Обмен шприцев | 99,3% {93,8<>99,6} | 93,8 ± 4% | < 0,01 |
| Раздача презервативов | 98,6% {92,9<>99,1} | 82,6 ± 6,2% | < 0,01 |
| Помощь социального работника | 0% {0<>3,4} | 1,4% {0,7<>5,3} | > 0,05 |
| Консультация специалиста по реабилитации | 0% {0<>3,4} | 0,7% {0,4<>4,4} | > 0,05 |
| Телефон доверия | 0% {0<>3,4} | 4,9 ± 3,5% | < 0,01 |
| Информационные материалы | 1,4% {0,7<>5,2} | 2,8% {1,5<>7,2} | > 0,05 |
| Обучение безопасным инъекциям/профилактика передозировки | 0% {0<>3,4} | 3,5% {1,8<>8,1} | < 0,05 |

Из таблицы 2 видно, что больные опийной наркоманией, инфицированные ВИЧ реже обращаются за медико-социальной помощью и поддержкой. Исключение составляют такие программы снижения вреда (Harm Reduction), как «Обмен шприцев» и «Раздача презервативов». В эти программы больные опийной наркоманией, инфицированные ВИЧ, обращаются чаще, чем опийные наркозависимые с отрицательным ВИЧ-статусом. Однако, этот факт связан, не с активностью представителей первой целевой группы (ВИЧ-позитивные опийные наркоманы), а с активностью службой центров СПИД. Дело в том, что каждый ВИЧ-инфицированный наркозависимый находится на активном учете в центре

СПИД, и активно вовлекается в программы снижения вреда, в частности «Обмен шприцев» и «Раздача презервативов». В отношении других видов помощи, обращение за которыми зависит в большей степени от активности самого потребителя, мы выявили достоверные различия в группах различающихся по признаку наличия ВИЧ-инфекции. Так, например, больные опийной наркоманией с положительным ВИЧ-статусом в сравнении с опийными наркозависимыми с отрицательным ВИЧ-статусом, с высокой степенью достоверности (P < 0,01) в 5,3 раза реже обращаются за официальной медицинской помощью в государственные наркологические диспансеры (НД) (0,3±0,1 раз и 1,6±0,2 раз).

Рисунок 2

Обращаемость за медико-социальной помощью больными опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом



На рисунке 2 в процентном соотношении наглядно изображена частота обращаемости за медико-социальной помощью больными опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом. На данном рисунке использованы следующие аббревиатурные сокращения: «КП» – анонимная служба психологического консультирования – консультация психолога; «ОШ» – программы обмена шприцев; «РП» – программы раздачи презервативов; «ПСР» – помощь социального работника; «КСР» – консультации специалиста по реабилитации; «ТД» – телефон доверия; «ИМ» – информационные материалы; «ПП» – программы обучения безопасным инъекциям/профилактика передозировки.

Так же ВИЧ-позитивные опийные наркозависимые достоверно реже обращаются и за медико-социальной помощью в программы, не относящиеся к государственному сектору здравоохранения, и, соответственно, не требующие адресного и персонального учета. Обращаемость за помощью психолога (анонимная служба психологического консультирования) в группе ВИЧ-положительных опийных наркозависимых составила менее одного процента (0,7% {0,4<>4,3}), в то время как аналогичные показатели в группе больных опийной наркоманией

составили 13,3% ($\pm 5,6\%$), что в среднем меньше в 19 раз ($P < 0,01$). Среди ВИЧ-положительных наркозависимых вовсе не было зарегистрировано случаев обращения в анонимную телефонную консультативную службу «Телефон доверия», за помощью социального работника, консультанта по реабилитации и программы обучения безопасного употребления наркотиков и профилактики передозировки. Они в 2 раза реже обращаются за информационными материалами, чем опийные наркозависимые с отрицательным ВИЧ-статусом (1,4% {0,7<>5,2} и 2,8% {1,5<>7,2}, при $P > 0,05$).

Таким образом, по результатам сравнительного анализа представленных параметров, можно сделать вывод, что больные опийной наркоманией, инфицированные ВИЧ в сравнении с больными опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом, являются наиболее неблагоприятной группой в плане социальной адаптации. Среди них достоверно реже встречаются лица, имеющие собственную семью, работу, и достоверно чаще – лица с асоциальными и антисоциальными формами поведения. Данный контингент – ВИЧ-позитивные наркозависимые – так же является наиболее уязвимой группой в отношении уровня форм психической деятельности влияющих на уровень качества жизни.

Литература:

1. Недзельский Н., Морозова Е. Поддержка людей, живущих с ВИЧ. – Москва: Просветительский Центр «Инфо-Плюс», 2003. - С. 148.
2. Kubler-Ross E. Dr. On death and dying. MacMillan Publishing Co. N. Y. - 1969.
3. Kubler-Ross E. Dr. Death does not exist. The Coevolution Quarterly. Summer. - 1977.
4. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. - 2005. - С. 45.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ (АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА) У БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ И ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ СТАТУСОМ ВИЧ

Ж. К. Мусабеева, А. Т. Ескалиева, Ю. А. Россинский

Мы провели кросс-секционное исследование, пациенты с диагнозом F11.21 (МКБ- X, 1994) с сопутствующим ВИЧ/СПИДом составили выборку 51,0% (149 человек) от общей исследуемой группы (292 человека), что составляет 3,2% от общего числа наркозависимых, состоящих на учете в областном наркологическом центре и областном центре СПИД города Караганды с диагнозом опийная наркомания (4635 человек).

Мы исследовали те клинические аспекты больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, которые оказывают определяющее влияние на эмоциональное состояние, поведение и, соответственно, на качество жизни данного контингента. В частности мы исследовали качественные различия

состояния отмены синдрома опийной зависимости у пациентов с ВИЧ-положительным и ВИЧ-отрицательным статусом.

Характеристики состояния отмены у пациентов с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом

Для определения качественных различий проявлений абстинентного синдрома мы регистрируемые жалобы распределяли по двум основным сферам: психической и физической. К расстройствам психической сферы мы отнесли эмоционально-поведенческие нарушения, а так же расстройства сна и сонно-бодрствующего цикла. Нами регистрировались следующие, выявленные в ходе дескриптивно-феноменологического анализа расстройства эмоциональной

сферы: депрессивные, тревожные расстройства и дисфория, а так же связанные с ними нарушения поведения (агрессия, апатия, ажитация, акатизия, раздражительность). Из соматических жалоб, возникающих при состоянии отмены нами регистрировались: алгический синдром – боли в суставах, мышечные боли и пр., сеностопатии, парестезии, вегетативные расстройства (тремор, тахикардия, озноб, ринорея, потливость, слезотечение), повышение/понижение АД, заложенность

носа, диарея и т.д. Результаты сравнения представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, проявления абстинентного синдрома у больных опийной наркоманией с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом имеют как общие тенденции, так и достоверные различия. Так, например, у пациентов обеих групп (с положительным и отрицательным ВИЧ-статусом) жалобы, относящиеся к психической сфере по частоте встречаемости, превалируют над жалобами, относящимися к физической сфере.

Таблица 1

Проявления состояния отмены у больных опийной наркоманией с положительным (1 группа, n=149) и отрицательным (2 группа, n=144) ВИЧ-статусом

| Абстинентный синдром | 1 группа (n = 149) | 2 группа (n = 144) | P |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|
| Психическая сфера | 98,1% {90,8<>99,3} | 77,8 ± 8,8% | < 0,05 |
| Физическая сфера | 2,7% {1,4<>6,9} | 54,9 ± 8,1% | < 0,01 |
| Депрессия | 42,6 ± 8% | 13,2 ± 5,5% | < 0,01 |
| Дисфория | 29,1 ± 7,3% | 41,7 ± 8,1% | < 0,05 |
| Тревожные расстройства | 26,4 ± 7,1% | 22,9 ± 6,9% | > 0,05 |
| Астения | 2% {1,1<>6,1} | 11,1 ± 5,1% | < 0,01 |
| Диссомния | 0% {0<>3,4} | 15,3 ± 5,9% | < 0,01 |
| Соматические жалобы | 0,7% {0,4<>4,3} | 28,5 ± 7,4% | < 0,01 |

У больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом частота жалоб, относящихся к психической сфере, составила 77,8% (±8,8%), а частота жалоб, относящихся к физической сфере – 54,9% (±8,1%). Следовательно относительная разница или соотношение шансов составили 1,4 раза (P < 0,05) в пользу жалоб психической сферы.

А у больных опийной наркоманией с положительным ВИЧ-статусом частота жалоб, относящихся к психической сфере, составила почти сто процентов – 98,1% {90,8%<>99,3%}, в то время как частота жалоб, относящихся к физической сфере, составила, всего 2,7% {1,4<>6,9}. Следовательно относительная

разница или соотношение шансов составили 36,3 раза (P < 0,05) в пользу жалоб психической сферы. С нашей точки зрения, такая низкая превалентность соматических жалоб в рамках абстинентного синдрома зависит от того факта, что соматические жалобы у данных больных являются перманентными и, соответственно, не играют существенной роли в их восприятии в период состояния отмены. О неудовлетворительном физическом самочувствии и его влияния на наркотическое поведение больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, говорят факты, которые приведены в таблице 2.

Таблица 2

Наркотическое поведение больных опийной наркоманией с положительным (1 группа, n=149) и отрицательным (2 группа, n=144) ВИЧ-статусом

| Наркотическое поведение | 1 группа (n = 149) | 2 группа (n = 144) | P |
|---|---------------------------|---------------------------|----------|
| Основной наркотик: героин | 9,5 ± 4,7% | 55,2 ± 8,1% | < 0,01 |
| Основной наркотик: опий | 88,5 ± 5,1% | 43,4 ± 8,1% | < 0,01 |
| Основной наркотик: каннабис | 2,0% {1,1<>6,1} | 1,4% {0,7<>5,3} | > 0,05 |
| Количество граммов употребляемых в день | 0,7 ± 0,1 | 1,4 ± 0,4 | < 0,01 |
| Причина последнего прекращения употребления наркотика: резкое снижение уровня здоровья | 42,3 ± 7,9% | 0,7% {0,4<>4,3} | < 0,01 |
| Факторы, способствующие обострению влечения к наркотикам в ремиссии: ухудшение физического самочувствия | 23,5 ± 6,8% | 10,4 ± 5% | < 0,01 |

Например, среди ВИЧ-положительных наркозависимых лица, употребляющие героин составили 9,5% ($\pm 4,7\%$), а опиум, который по субъективному восприятию состояния отмены является более «мягким» наркотиком – 88,5% ($\pm 5,1\%$), что в среднем в 9,3 раза чаще. В то время, как среди опиумных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом более чем в 55% случаев употребляют героин. В этом плане, необходимо отметить, что опиум на рынке сбыта приобрести труднее, чем героин. Так же средняя суточная доза потребляемого наркотика в 2 раза меньше у больных опиумной наркоманией, инфицированных ВИЧ ($1,1\% < 2,0\% > 6,1\%$ и $0,7\% < 1,4\% > 5,3\%$, при $P > 0,05$). Т.е. эти факты говорят о «щадящем» употреблении наркотика ВИЧ-инфицированными наркозависимыми. Еще одним подтверждением влияния соматического состояния ВИЧ-инфицированных наркозависимых на их наркотическое поведение является тот факт, что в 23,5% ($\pm 6,8\%$) случаев ухудшение физического самочувствия является фактором, способствующим обострению влечения к наркотикам в ремиссии, а резкое ухудшение состояния физического здоровья в 42,3% ($\pm 7,9\%$) случаев явилось мотивом прекращения употребления наркотиков перед последним воздержанием. Хотя в группе опиумных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом ухудшение физического самочувствия как фактор, способствующий обострению влечения к наркотикам в ремиссии, зарегистрирован всего в 10,4% ($\pm 5\%$) случаев, что достоверно реже в 2,3 раза, а резкое ухудшение состояния физического здоровья как мотив прекращения употребления наркотиков зарегистрирован

всего в 0,7% ($\{0,4 < 4,3\}$) случаев, что достоверно реже в 60,4 раза ($P < 0,01$).

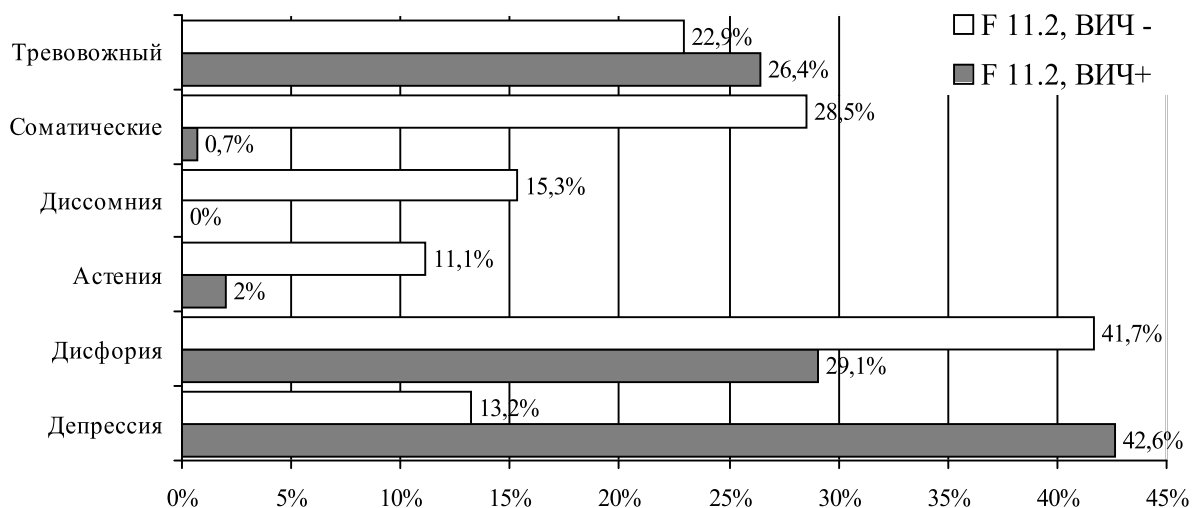
Не смотря на единую тенденцию в отношении превалирования психических жалоб над физическими жалобами, относительная разница или соотношение шансов в исследуемых подгруппах разные. Так, например, у больных опиумной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом частота встречаемости психических жалоб в рамках состояния отмены в среднем в 1,4 раза больше чем частота встречаемости физических жалоб. А в группе больных опиумной наркоманией, инфицированных ВИЧ, аналогичное соотношение составило 36,3 раза, при $P < 0,01$ (таблица 2).

Так же в таблице 1, видны достоверные различия в отношении жалоб, относящихся к психической сфере. В частности в отношении жалоб, относящихся к эмоциональной сфере, можно отметить следующий факт. Из эмоциональных нарушений у пациентов с положительным ВИЧ-статусом наиболее частыми являются депрессивные расстройства ($42,6 \pm 8\%$), наиболее редкими – тревожные расстройства ($26,4 \pm 7,1\%$) и дисфория ($29,1 \pm 7,3\%$). В группе опиумных наркозависимых с отрицательным ВИЧ-статусом, наоборот: наиболее частыми являются дисфорические проявления ($41,7 \pm 8,1\%$), далее тревожные расстройства ($22,9 \pm 6,9\%$), и наиболее редкими по частоте встречаемости являются депрессивные проявления – $13,2\%$ ($\pm 5,5\%$).

На рисунке 1 наглядно изображены жалобы при состоянии отмены у больных опиумной наркоманией с отрицательным и положительным ВИЧ-статусом.

Рисунок 1

Проявление состояния отмены у больных опиумной наркоманией с отрицательным и положительным ВИЧ-статусом



При сравнении различных жалоб, входящих в структуру абстинентного синдрома у пациентов с разным ВИЧ-статусом мы выявили следующие достоверные различия. У больных опиумной наркоманией с

отрицательным ВИЧ-статусом в сравнении с опиумными наркозависимыми, инфицированными ВИЧ, в структуре абстинентного синдрома достоверно чаще ($P < 0,05$ и $P < 0,01$) встречаются: дисфорические

проявления, в среднем в 1,4 раза ($41,7 \pm 8,1\%$ и $29,1 \pm 7,3\%$); астения, в среднем в 5,5 раза ($11,1 \pm 5,1\%$ и 2% $\{1,1 < 6,1\}$); соматические жалобы, в среднем в 40,7 раза ($28,5 \pm 7,4\%$ и $0,7\%$ $\{0,4 < 4,3\}$) и расстройства сна ($15,3 \pm 5,9\%$ и 0% $\{0 < 3,4\}$). Жалобы, относящиеся к физической сфере в общем встречаются чаще в среднем в 20,3 раза чаще ($54,9 \pm 8,1\%$ и $2,7\%$ $\{1,4 < 6,9\}$).

И наоборот, у больных опийной наркоманией инфицированных ВИЧ в сравнении с опийными наркозависимыми, с отрицательным ВИЧ-статусом, в структуре абстинентного синдрома достоверно чаще ($P < 0,05$ и $P < 0,01$) встречаются: жалобы, относящиеся к психической сфере в среднем в 1,3 раза

($90,8\% < 98,1\% > 99,8\%$ и $77,8 \pm 8,8\%$) и проявления депрессии в среднем в 3,2 раза ($42,6 \pm 8\%$ и $13,2 \pm 5,5\%$).

Таким образом, у больных опийной наркоманией с отрицательным ВИЧ-статусом абстинентный синдром в большей степени затрагивает физическую сферу или тело, а у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, абстинентный синдром в большей степени затрагивает психическую сферу. Следовательно, необходимо учитывать все вышеперечисленные данные исследования в организации диагностического, клинического и лечебного блоков при оказании помощи больным опийной наркоманией с отрицательным и положительным ВИЧ/СПИД статусом.

Литература:

1. *Международная классификация болезней X пересмотра (МКБ-X, 1994).*
2. *Шабанов П. Д. Основы наркологии. - 2002. - С. 353-365.*
3. *Врублевский А. Г. Лекции по наркологии под ред. Иванца Н. Н. - 2001. - С. 175-197.*

РИСКИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И СПОСОБЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

(аналитический обзор литературы)

А. З. Нургазина

г. Павлодар

1. Особенности подросткового возраста

Самыми важными этапами становления в жизни личности являются подростковый возраст и пубертатный период [1; 2; 3; 4; 5; 6; 7]. Подростковый период в жизни человека занимает промежуток между детством и зрелостью. В западной культуре этот период постоянно удлиняется, и полного согласия по поводу сроков его начала и завершения нет. Обычно подростковый период рассматривается как промежуточная ступень между детством и взрослой жизнью, причём проходит он для каждого по-разному, и в разное время, но, в конце концов, большинство подростков обретают зрелость. В этом смысле подростковый период можно уподобить переброшенному между детством и зрелостью мосту, по которому каждый должен пройти, прежде чем стать ответственным и творческим взрослым человеком [8].

Именно подростковый период возраст от 14 до 18 лет – это один из наиболее сложных периодов развития человека, не смотря на относительную кратковременность, он, практически во многом, определяет всю дальнейшую жизнь индивидуума. Именно в этом возрасте преимущественно происходит формирование характера и других основ личности. Эти обстоятельства: переход от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности, смена привычного школьного обучения на другие виды социальной деятельности, а также бурная нейрогормональная перестройка организма - делает подростка особенно уязвимым и податливыми к отрицательным влияниям среды [8].

Большой вклад в учение о пубертатном кризе внес Е. Erikson (1968, 1998) [1; 9]. Он ввёл понятие «нормального кризиса» и определил его важность для понимания психической патологии. Э. Эриксон (Хьелл Л., Зиглер Д., 1997) одним из первых описал сценарии развития личности, новые свойства психики, которые возникают в каждой фазе созревания, проявляются, как кризисные, и внешне могут напоминать патологические явления, хотя отражают «лишь трудности роста». В случае неполноценного прохождения возрастных кризов необходимые свойства не формируются, что проявляется в виде проблем на последующих стадиях развития [10], в том числе, проблемы зависимости от психоактивных веществ [11]. Недостаточность развития обозначенных свойств запускает разнообразные механизмы психологических защит, что, однако, не ведёт к адекватной интрапсихической адаптации [12; 13]. По существу,

впервые был поставлен вопрос, о том, что к каждому новому свойству психики, возникающему в период созревания, организм должен адаптироваться. Гармоническое соотношение новой функции с уже имеющимися наступает не сразу, кризисы (не один, а множество) должны быть присущи пубертату. Вместе с тем следует отметить, что первым, кто четко сформулировал концепцию о единстве биологического и социального в генезе пубертатного криза, был Л.С. Выготский (1924): «Критические периоды в психическом созревании необходимы, они обусловлены логикой самого процесса развития, включающего не только негативные явления, но и обязательно созидательные». «Всякая функция в культурном созревании появляется на сцене дважды, в двух планах – сначала в социальном, потом – в психологическом, сперва как внешняя (интерперсональная), затем – как внутренняя (интраперсональная) категории». Основная концепция Л. С. Выготского состояла в том, что пубертат протекает критически только при определенных условиях развития [14]. З. Фрейд не особенно углублялся в изучение психологии юношеского возраста, поскольку считал, что определяющее влияние оказывают первые годы жизни ребенка. Но он, вкратце, коснулся проблем юности в своей работе «Три очерка по теории сексуальности» [15]. Он описывал юность как период сексуального возбуждения, тревожности, а иногда и личностных отклонений. По мнению З. Фрейда, в период полового созревания (пубертатный период) происходит кульминация серии изменений, цель которых – привести сексуальную жизнь ребенка к окончательной форме, нормальной для взрослого человека. Анна Фрейд интересовалась изучением юношеского возраста больше, чем её отец, и много работала над исследованием процесса подросткового развития и структуры психики в пубертатный период [16; 17]. Она характеризовала юность как период внутреннего конфликта, психической неуравновешенности и неустойчивого поведения. Столь противоречивое поведение обусловлено психической неуравновешенностью и внутренними конфликтами, которыми сопровождается половое созревание [18]. А. Фрейд сравнивала такое усиление влияния инстинктивных сил в период полового созревания с аналогичными особенностями раннего детского поведения. В пубертатный период как бы возрождается инфантильная сексуальность и мятежная агрессивность раннего детства [17].

Согласно современной концепции между состоянием полного здоровья и инвалидностью лежит широкий спектр переходных состояний. Данный спектр отличается непрерывностью в ряду: полное здоровье (норма) и как варианты нормы функциональные отклонения - неспецифические синдромы и пограничные состояния - хроническая болезнь-декомпенсация (утрата) функций - инвалидность.

Проблема психической адаптации является одной из самых сложных при оценке нормы и патологии этого периода. Одна сторона проблемы - непосредственно сам подростковый возраст, другая же сторона проблемы - это расстройства психической адаптации в данном возрасте, внесённые в реестр международной классификации болезней десятого пересмотра, как «невротические расстройства» [19]. Стэнли Холл [1908] характеризуя подростковый возраст, ввёл понятие в современную психологию как «Sturm und Drang», «Storm and Stress» – период “бури и натиска”, “бушевания и напряжения” [20]. Особенности нервно - психической организации, сопряженные с сомато-эндокринными сдвигами и психологическим кризом послужили причиной того, что многие авторы характеризуют пубертатный период как «подростковый кризис», «нормальную патологию», «ранимую фазу жизни» [1, 21, 22]. В последние годы стали всё чаще и чаще проявляться специфические особенности психопатологии детского и подросткового возраста. Широкое распространение получили непси-хотические патологические нарушения поведения [23, 24, 25, 26, 27]. Н. А. Корнетов (2001) отмечают рост депрессивных расстройств, В. Я. Семке (2000) тревожных расстройств и Ал. Н. Корнетов (2001) суицидального поведения.

Согласно концепции Р. Хевигхерста, этап идентификации личностного развития в подростково - юношеском возрасте включает:

- принятие своей внешности и умение эффективно владеть телом;
- формирование новых, более зрелых отношений со сверстниками;
- принятие мужской или женской социально-сексуальной роли;
- достижение эмоциональной независимости от родителей и других взрослых;
- подготовку к трудовой деятельности с целью обеспечения экономической независимости;
- подготовку к вступлению в брак и семейной жизни;
- появление желания нести социальную ответственность и развитие соответствующего поведения;
- обретение системы ценностей и этических принципов, то есть формирование собственной идеологии [8; 28].

Особое внимание при работе с подростками необходимо уделять особенностям пубертатного периода.

С. Кэррел выделяет такие основные задачи подросткового этапа развития:

- 1) сепарация (индивидуация);
- 2) развитие самоопределения;
- 3) определение референтной группы;
- 4) развитие половой идентификации;
- 5) развитие личной системы ценностей;
- 6) формирование жизненных целей [29].

С. Шейндлингер приводит основные точки амбивалентности подросткового периода:

- а) бунт против контроля со стороны взрослых / потребность в советах взрослых;
- б) желание близости / страх интимности;
- в) испытание и проверка на прочность внешних границ / поддержка и забота со стороны взрослых;
- г) мысли о будущем / ориентация на настоящее;
- д) сексуальное созревание / психическая неподготовленность к сексуальному опыту [30].

Согласно психогенетической модели личности Ю. В. Валентика, нормативная часть личности состоит из совокупности универсальных личностных статусов, которые формируются во взаимодействии со значимыми агентами развития и направлены на взаимное удовлетворение потребностей: «Я - телесное», «Я - ребёнок», «Я – мужчина, Я - женщина», «Я - партнер», «Я - родитель», «Я - профессионал». Зависимость от психоактивных веществ развивается, если не удовлетворяются потребности одного или нескольких структурных личностных статусов. [31; 32; 33].

Выявленные основные проблемные узлы подросткового периода наиболее часто становятся целью психотерапевтической коррекции. При этом необходимо учитывать свойственное подросткам стремление высвободиться из-под опеки и контроля родных, учителей и других воспитателей. Нередко это стремление приводит и к отрицанию духовных ценностей и вообще стандартов жизни старшего поколения. С другой стороны, все более очевидными становятся и дефекты в воспитательной работе с подростками. Особенно значимыми в этом отношении являются неправильные взаимоотношения в семье, возросший уровень разводов [34].

Б. Д. Карвасарский (2000) выделяет такие уровни проблем у детей и подростков: 1) проблемы с внешним социальным окружением; 2) проблемы в семье; 3) когнитивные и поведенческие проблемы; 4) эмоциональные конфликты; 5) нарушения развития и личностные расстройства; 6) биологические нарушения (наследственная отягощенность, пери- и постнатальные поражения ЦНС). В условиях дефицита перечисленных свойств и навыков адаптации психоактивные вещества являются универсальным адаптогеном и ультраскоростным заменителем практически всех потребностей человека [35].

2. Особенности формирования у подростков группы риска по профилю зависимости от психоактивных веществ

2.1 Этиологические факторы.

Многие авторы указывают на этиологическую многофакторность возникновения алкоголизации и

наркотизации у подростков. В настоящее время выделяют три основные группы этиологических факторов: биологические, психологические и социальные [36].

В. Я. Семке (2001) и Ф. Райс (2000) к биологическим факторам относят:

- пренатальную, перинатальную и постнатальную патологию (патологически протекавшую беременность у матерей подростков, хронические и острые тяжелые соматические заболевания и психические травмы у матерей в период беременности, патологически протекавшие роды у матерей, задержки в раннем нервно-психологическом развитии подростков, нервно-психологические отклонения в раннем детстве);

- наследственную отягощенность алкоголизмом и другими психологическими заболеваниями;

- нарушенный онтогенез (черепно-мозговые травмы, тяжелые острые и хронические соматические заболевания в детском и подростковом возрасте) [8;34;36].

Важная роль генетического предрасположения к развитию зависимости от ПАВ доказана многочисленными исследованиями, проведенными генеалогическим, близнецовым методами и изучением приемных детей с их биологическими и приемными родителями, а также изучением моделей зависимости на животных [37; 38].

Теория А. Гезелла имеет биологическую направленность и предполагает, что процессом созревания человеческого организма управляют совместно генетические и биологические факторы, которые определяют последовательность появления поведенческих черт и тенденций развития. Таким образом, способности и умения возникают сами собой, вне зависимости от специального обучения и практики [39]. Подобная концепция подразумевает существование определенного биологического детерминизма, отрицающего возможность для родителей и учителей как-либо повлиять на развитие ребенка. Поскольку созревание рассматривается как естественный биологический процесс, то предполагается, что большинство проблем, возникающих при воспитании детей, со временем разрешатся сами собой. Считается, что ребёнок должен «перерасти» все трудности и отклонения, поэтому родителям не рекомендуется применять эмоциональные методы поддержания дисциплины [40].

Многие авторы подчеркивают, что дефицит нормативных психологических свойств начинается ещё во внутриутробный период вследствие негативного эмоционального влияния матери на плод [41]. Эмоциональная депривация ребенка, а также минимизация телесного контакта с матерью и отцом в первые годы жизни, приводит к отставанию в психическом и физическом развитии и в настоящее время рассматривается как один из важных факторов формирования впоследствии зависимого поведения [42].

Не меньшее, а может быть и большее значение имеют семьи «деформированные» (т. е. с отчимом или мачехой) или распадающиеся, когда родители находятся на грани развода [37]. Наиболее важным некоторые авторы считают асоциальные семьи с пьянством, криминалами родителей и жестким отношением внутри семьи друг к другу [43]. Подростки становятся «уличными», группируются с себе подобными в своем микрорайоне. Дурманящие вещества служат главным способом развлечений в подростковой группе.

Эмоциональное отвержение со стороны родителей, особенно матери, также может явиться толчком к аддиктивному поведению (Кулаков С. А., 1989). Подростку в семье не хватает эмоционального тепла, понимания. Эмоциональное отвержение нарушает социализацию в семье, что приводит к искажению образа своего «Я», заниженной самооценке и аддиктивному поведению, как к одной из форм психологической защиты [44; 45; 46].

Анализ литературы, посвященной роли семейного и внесемейного окружения в генезе токсикоманий, наркоманий, позволяет сделать вывод о том, что семьи подростков представляют собой нарушенную социальную систему [47; 48].

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. (1985); Swinson R., Eaves D. (1978) считают, что нормально функционирующая семья для адекватной социализации подростка должна обеспечить контроль, определять социальный статус каждого члена семьи, подросток должен быть эмоционально принят в семье, а его потребности полностью удовлетворяться [49;50;51]. Битенским В. С. и Херсонским Б. Г. (1989) была сделана попытка оценить значение соотношения известных социально-психологических и биологических факторов в процессе формирования наркомании у подростков. Наиболее значимыми оказались следующие факторы: наследственная отягощенность алкоголизмом, астеническая соматическая конституция, синдром минимальной церебральной дисфункции. В итоге было установлено, что значение биологических факторов у подростков со сформировавшейся наркотической зависимостью значительно больше, чем у подростков, употреблявших наркотики без зависимости [43].

В ряде современных работ немаловажное значение придаётся психосоциальным факторам. Авторы данных работ среди обозначенных факторов отводят важное место алкогольным традициям семьи [52; 53; 54]. Отмечается влияние нарушений семейных отношений, прежде всего неблагоприятное влияние со стороны отца. В исследованиях, посвященных выяснению факторов, способствующих подростковой наркотизации, также указывается на отягощенность фактора алкоголизации отца [55, 56]. Также особенно опасно для потомства влияние материнского алкоголизма [57].

Дети лиц, больных алкоголизмом, демонстрировали отклонения по многим параметрам. Они отставали

от сверстников в учебе и интеллектуальном развитии [58], имели проявления психического инфантилизма [59, 60], гипердинамического синдрома (Schuckit M. 1985), у них находили нарушения восприятия моторики, речи, внимания и памяти [61; 62]. Однако некоторые авторы считают, что хорошая семейная ситуация может перевесить все биологические маркеры.

Новые формы реагирования в норме не вытесняют старые, а преобразуют и подчиняют их, и поэтому Г. Е. Сухарева (1955) обозначила эти кризисы как «периоды повышенной восприимчивости к различным вредностям» [150], G. Kujath (1964) – как «критические периоды возрастной ранимости». По мнению Th. Ziehen (1905) – «период полового созревания является тем утесом, о который разбиваются именно те, кто имеет тяжелую наследственность» [63].

2.2 Стрессовые факторы

М. Н. Валивач с соавторами (1997) в качестве стрессорного фактора описывает повышенные физические, интеллектуальные и психологические нагрузки, особенности учебного расписания. Филипп Райс (2000) приводит шкалу жизненных событий, вызывающих стресс, составленную самими подростками. Среди жизненных событий значительную роль играют такие, как: «неуспеваемость по одному или нескольким предметам в школе», «провал на экзамене», «исключение из школы», «конфликты с преподавателем», «переход в новую школу», «знакомство с новыми друзьями». Проблемы школьной дезадаптации и стрессоров, связанных с учебным процессом отмечают и другие авторы [64; 65; 66; 67; 68; 69; 70; 71; 72].

Такие факторы, способствующие возникновению расстройств психической адаптации, как изменение привычного стереотипа жизни, непереносимость высоких учебных нагрузок, наличие конфликтов с сокурсниками, преподавателями и администрацией институтов, появление травмирующих переживаний в личной и интимной жизни, завышенные или заниженные самооценка и уровень притязаний, возникновение или обострение вегетативных заболеваний отмечены в студенческой среде [73; 74; 75]. В таблице социальной адаптации Томаса Х. Хоулмза и Ричарда Х. Рейха (1967) отмечены наиболее важные для детей и подростков стрессовые ситуации, касающиеся обучения в школе: «начало или конец школьных занятий», «перемена школы», «увеличение или снижение общественной активности», «изменение режима питания», «изменение продолжительности или условий работы, учебы», «изменение старых привычек», «каникулы».

2.3 Семейные факторы

В последнее время в наркологии уделяют внимание теории семейных систем [76; 77]. Система — это целое, поддерживаемое взаимодействием его частей. Семейная система характеризуется структурой

и поведением. Структуру составляют такие подсистемы, как родители, дети и другие члены семьи. Эти подсистемы постоянно взаимодействуют. В результате этого каждый член семьи обретает смысл и значение. Самое раннее представление ребенка о себе обеспечивается взаимодействием членов семейной системы.

Семья остается важной для развития всех её членов на любой стадии жизненного цикла. Она же может использовать одного из своих членов («козла отпущения») для облегчения стрессовой ситуации.

Ch. Stewart считает, что большое значение имеет тип или качество взаимоотношений между родителями и подростком при любой структуре семьи. Автором установлено, что наличие в семье твердых правил, родительского мониторинга может существенно смягчить употребление подростками алкоголя, марихуаны и кокаина. Эти защитные факторы важны для подростков обоего пола [77].

Нарушение ролевых семейных функций, эмоциональное отвержение со стороны родителей генерируют у ребенка беспокойство, тревогу, чувство вины, низкую самооценку. В этом контексте употребление психоактивных веществ можно рассматривать, как искусственную аффективную защиту: избавление от напряжения, агрессии, переполняющих негативных эмоций [78; 79; 80; 81; 82]. По данным различных авторов семейными факторами, выступающими как личностный стрессор являются: семейный сценарий, отношения между детьми и родителями, характер воспитания (гипоопека, гиперопека), «определённая субкультура воспитания», взаимоотношения родителей между собой, состояния «перманентного развода», сиблинговые проблемы, материально - бытовые условия и социальный статус, отношение этнокультуральных особенностей как между членами семьи, так и семьи с окружающим социумом, отягощённость психическими заболеваниями, алкоголизм и наркомания родителей, отсутствие или потеря родителей или одного из родителей, усыновление, приёмные дети или родители и т. д. [83; 84; 85; 86; 87; 88; 89; 90; 91; 92; 93; 94; 95; 96; 97; 98; 99; 100; 8; 36].

Секiera Z. (1985) считает, что семья, которой не удастся обеспечить одни из этих факторов, считается, в определённой степени, дисфункциональной.

Другие авторы семейные факторы риска формулировали так - это адаптация к разводу, повторному браку родителей или выраженное ухудшение семейных взаимоотношений; дистантное, малозаботливое и непостоянное родительство; негативные коммуникации в паре родитель - ребенок; плохой мониторинг со стороны родителей; нечеткие семейные правила, ожидания и поощрения; употребление ПАВ родителем или sibсом; хаотический уклад семейной жизни, в особенности в случаях, когда родители злоупотребляют ПАВ или страдают душевным заболеванием; неэффективная практика воспитания ребенка, в особенности в случаях с трудным

темпераментом ребенка и проблемным его поведением; недостаток взаимной привязанности и заботы; хроническое внутрисемейное напряжение и разлад; отсутствие руководства со стороны родителей, вседозволенность [101;102].

Ранняя диагностика нарушений внутрисемейных отношений является важным условием профилактики психопатий и ситуативных нарушений поведения на фоне акцентуаций характера у подростков [49]. Алкоголизм, согласно одной из наиболее распространенных в зарубежной литературе концепций психогенеза алкоголизма [103], понимается не как патология индивидуума, а как результат дополняющих взаимодействий между всеми членами семьи или как часть структур их взаимодействия, которые сохраняют семейный гомеостаз. М. L. Oxford с соавторами указывает, что влияние семьи с возрастом ребенка снижается, а влияние сверстников повышается. Но никогда влияние семьи не устраняется полностью. Выбор группы антисоциальных сверстников все же вторичен, а влияние семьи первично [100].

М. L. Oxford и соавторы попытались установить те факторы инициации употребления ПАВ, которые можно установить еще до подросткового возраста ребенка. Выделили 3 семейных фактора:

1. Правила. Это существующие в семье требования относительно времени отхода ко сну ребенка, о выполнении домашней работы, четкость и ясность правил, согласие родителей о правилах, наличие правил употребления алкоголя, правила просмотра телепередач.

2. Мониторинг. Ребенок звонит родителям относительно своей задержки возвращения домой, дети имеют возможность быть в контакте с родителями. Родители знают о местонахождении их детей, о том, с кем и чем занимаются дети после школы. Родители знают, с кем дружит ребенок.

3. Привязанность и приверженность семье. Родители и дети сообщают, что они делятся мыслями и чувствами. Дети говорят о своей близости к матери и отцу (или фигурам, их заменяющим), о желании быть похожим на мать или отца. Родители отмечают, что дети спонтанно, по своей инициативе помогают в домашнем хозяйстве и хотят порадовать мать и отца [100].

Скиннер Р., Клииз Д. (1995) подробно описывают семейные факторы, играющие роль в психосоциальной адаптации.

В одном из обзоров Vakalahi H. F. связанные с семьей факторы риска обобщены следующим образом. Это конфликты и насилие в семье, проблемы управления поведением подростка, семейная дезорганизация, недостаток сплоченности семьи, повышенный уровень стресса, употребление ПАВ членами семьи, нечеткие правила и непостоянство санкций в отношении ПАВ, ревность среди сибсов, плохое наблюдение за ребенком, плохая дисциплина, уровень образования родителей, нереалистические ожидания в развитии [76].

Ц. П. Короленко, Т. А. Донских [104] была предпринята попытка выделить и описать типы воспитания, коррелирующие с аддиктивными расстройствами. К таковым относятся:

1) отчетливо неблагоприятные условия; отсутствие родительского внимания, теплоты (33% случаев);

2) семьи с асоциальными проявлениями (18%);

3) воспитание в детских домах (9%);

4) обеспеченные семьи с ориентацией на престижность и карьеру, дети рассматривались как атрибуты социального благополучия, демонстрировались в обществе как символ успеха;

5) благополучные материальные условия, с хорошим психологическим климатом в семье, при наличии резко отрицательного отношения родителей к алкоголю и нетерпимости к его употреблению в любых обстоятельствах 7%;

6) семьи с доминирующим влиянием матерей, отцы часто отсутствовали.

Если аддиктивное поведение начинается с подросткового возраста, то риск формирования алкоголизма, наркоманий и токсикоманий оказывается высоким.

S. Kuperman et all. описывают 3 группы факторов риска для подростков, у которых можно диагностировать алкоголизм в зрелом возрасте; эти же факторы авторы считают предикторами:

1) характеристики родительского дома (негативные взаимоотношения в парах родитель - ребенок) и окружающей среды (школьные и личные трудности);

2) характеристики поведения ребенка (вызывающее поведение, плохой контроль импульсов, беспокойство и трудности концентрации внимания);

3) раннее начало экспериментирования с алкоголем и табаком.

Они приводят такие данные. Если молодые люди начинали употреблять алкоголь ранее 15 - летнего возраста, то в возрасте 18 - 29 лет среди них находили 40% больных алкоголизмом. Если же молодые люди начинали употреблять алкоголь после 19 лет, то лишь 10% среди них становились зависимыми от алкоголя [105].

2.4. Социальный фактор

Социально-психиатрические исследования [106; 107; 108] демонстрируют различия в вероятности проявления психических нарушений в зависимости от социального типа семьи и социального статуса индивидуума. Принадлежность к разным социальным слоям опосредует развитие трех негативных социальных феноменов:

1) увеличение социального балласта (давление со стороны общества) в семьях с низким социальным статусом;

2) болезненное переживание изменений в социальной среде и во внутренних семейных отношениях социально незащищенной семьей, имеющей меньший положительный опыт в регулировании отношений;

3) социально неблагоприятные семьи сориентированы на использование неадекватных требованиям среды способов и форм разрешения конфликтов.

N. Dorn (1983) описывает три, связанные между собой, системы: социокультурная (общество), личностная (индивид) и социализирующая (грубый эквивалент семьи). Каждая система состоит из комплекса поощрений и наказаний (нормативной системы, социальных и личностных ценностей и системы контроля). Когда совпадают несколько факторов, например социокультурная подсистема возможностей заблокирована, личностная, нормативная подсистема слаба и недоразвита, социальный контроль низкий, то тогда нарушения поведения становятся более вероятными. По мнению автора, алкоголизм и токсикоманию следует относить к социальным девиациям из-за блокировки потребностей.

Рядом авторов роль предшествующих отклонений в психическом и физическом развитии признается, как «изменённая почва», способствующая возникновению психогенных заболеваний и определяющая их симптоматику, а от части и динамику [109; 110].

Макаров В. В (1981), Гонопольский М. Х. (1985) склонны утверждать, что в этиологии токсикоманий участвует сумма биологических и социальных факторов, причём последним придается решающее значение [111; 112].

Орлов И. В. определяет «социальную зависимость» и как давление со стороны группы, и как стремление молодого человека, испытывающего потребность одобрения и признания её членов, приспособиться к этой группе.

Таким образом, по мнению авторов, в феномене «социальной зависимости» можно рассматривать два аспекта. С одной стороны она определяется воздействием группы на человека, с другой – как зависимость подростков от своей неформальной группы в отношении предметов и ценностей, которые важны для него, но находятся во власти этой группы. Переход «социальной зависимости» рассматривается как предварительная стадия в развитии психической зависимости от наркотика. Лицам, находящимся на стадии «социальной зависимости», угрожает опасность наркомании уже в медицинском смысле этого слова.

2.5 Формирование аддиктивного и деликвентного поведения у подростков

Подростковый возраст представляет собой период особой концентрации конфликтов, часто приводящий к различным поведенческим отклонениям, таким, как деликвентность, агрессивное поведение, проживание в особой культуре (например, в религиозной секте), наркомания, суициды. На консультацию к специалисту люди приходят в тот момент, когда конфликты в семье наиболее выражены. Из-за этих конфликтов у детей происходит дезадаптация в школе, нарушается общение со сверстниками и значимыми взрослыми.

F. Ladame (1984) и др., считают пубертат не банальной перипетией, а критической фазой с богатыми возможностями и критическими осложнениями [113].

По мнению Н. W. Lownau (1960, 1982) и R. Werner (1979) показателем типичности критического протекания пубертатного криза является частота поведенческих нарушений в этом возрасте. По А. Е. Личко (1985): «Подростковый возраст является действительно критическим, но только в отношении становления характера как базиса личности» [114].

В процессе формирования химической зависимости появляется патологический личностный статус, обслуживающий синдром зависимости – эпифеномен повторяющихся патологических потребностных циклов, аккумулирующий болезненные установки, ценности, смыслы, стереотипы поведения и весь комплекс соответствующих переживаний [66].

Таким образом, выявлено, что для лиц, зависимых от психоактивных веществ характерны:

- эмоциональная инфантильность;
- отсутствие контроля над своим поведением;
- неумение ставить цели и достигать их;
- ложная система ценностей;
- завышенные требования к жизни и окружающим;
- ожидание немедленного удовлетворения своих потребностей;
- расхождение между целями, амбициями и желаниями с одной стороны, и возможностями их достижения с другой;
- уход от решения жизненных проблем.

Из-за употребления психоактивного вещества происходит ложная самореализация и удовлетворение всех желаний [115; 116]. При исследовании базисных копинг-стратегий у зависимых подростков были выявлены признаки глубокого адаптационного дефицита: ослабленная Я - концепция, осознаваемое или часто неосознаваемое чувство вины и стыда, неотраженная обида, страх потери контроля, мощные реакции переноса, трудности в межличностных отношениях, повышенная зависимость от оценок окружающих [117; 118; 119]. Таким образом, употребление психоактивных веществ является формой псевдоадаптивного, паллиативного копинг-поведения.

О преморбидных личностно - характерологических особенностях пациентов, зависимых от психоактивных веществ сообщают ряд авторов [120; 121; 122; 123]. Ряд авторов указывают на преморбидное нарушение системы межличностных отношений [124; 51]. Многими авторами исследуются личностные особенности химически зависимых [125; 115; 126]. Изучается дифференцированный подход вследствие клинко-патогенетической гетерогенности аддиктивных расстройств [127]. Исследуются также гендерные аспекты зависимости от психоактивных веществ [128; 129].

На нарушение взаимоотношений в семье, как фактор, предрасполагающий к аддиктивному поведению, указывается многими авторами [130; 77; 131].

Giancola P. R., Parker A. M. в течение 6 лет 3 раза обследовали 187 мальчиков. В 10-12 лет изучали функционирование и трудности темперамента, в 12-14 лет - агрессию и принадлежность к делинквентным

сверстникам, в 16 лет - употребление ПАВ. Результаты: низкий уровень функционирования и трудный темперамент связаны с увеличением агрессии и принадлежностью к делинквентным группам. Последние факторы связаны с увеличением употребления ПАВ. Связь между трудным темпераментом и употреблением ПАВ была полностью опосредована через агрессию и принадлежность к делинквентным группам [132].

Таким образом, индивидуальные факторы риска, по данным ряда авторов, включают следующие характеристики подростков [133;134;56;52;76]:

- гиперактивность и плохая концентрация внимания в детстве;
- отгороженность или бунтарство в пубертатном возрасте;
- антисоциальное поведение;
- столкновения с правоохранительными органами;
- низкий уровень реакции на алкоголь (способность не пьянеть);
- тревога и депрессия;
- раннее начало употребления ПАВ;
- внешний локус контроля;
- благоприятное отношение к выпивкам;
- недостаток религиозной приверженности;
- поиск новых стимулов, высокая потребность в возбуждении.

Разграничение факторов риска по группам условно. Семья — это та область, где встречаются, существуют и взаимодействуют генетические, индивидуальные и средовые (в значении внутрисемейная среда) факторы.

Интересна классификация аддиктивных мотиваций Ц. П. Короленко (1991), который выделяет аттрактивную, гедонистическую, субмиссивную, псевдокультуральную мотивации, а также мотивацию активизации поведения [135].

Таким образом, основными «мишенями» для психотерапевтического воздействия при работе с лицами, зависимыми от психоактивных веществ, являются: а) структурные составляющие базисного адаптационного дефицита, б) патологическое влечение к психоактивному веществу, в) патологический личностный статус, г) невротические переживания, социальная дезадаптация [136; 137; 138; 139].

В связи с этим интерес представляют разработанные в последние годы комплексные интегративные психотерапевтические подходы, учитывающие психологические, психофизиологические и социальные аспекты формирования зависимостей [136; 140; 141; 142; 143].

Изменения, происходящие в обществе, прогрессивно нарастающие требования социальной среды дали мощный импульс криминализации определённой части населения, сдвинули границы нормативности поведения и вызвали всплеск психогенных расстройств, делинквентности, наркотизации, гетеро- и аутоагрессивности [144]. В результате многочисленных исследований, проведенных в нашей стране и за

рубежом, были идентифицированы параметры психологических свойств личности, которые способствуют высокому уровню адаптации к агрессивным воздействиям среды и, как следствие, высокому качеству жизни индивида [1; 10; 11].

В этой связи приобретает особую важность рассмотрение подросткового периода, как динамичного и транзитного, а личности подростка как динамичного понятия, претерпевающего либо поступательное развитие с формированием адаптивного поведения, либо дезадаптацию, саморазрушение [145]. Нет сомнения в том, что в подростковом возрасте происходят сложные биосоциальные процессы, и что подростки испытывают на себе выраженное влияние эмоционального стресса.

Работы А. Е. Личко., В. С. Битенского (1991), Б. Г. Херсонский (1989) посвящены изучению мотивации аддиктивного поведения, в том числе злоупотребления алкоголем или наркотиками [130; 43].

В. В. Гульдом с соавторами было проведено изучение мотивов и мотивировок поведения в ситуации, провоцирующей алкогольное поведение у старших школьников (16 - 17 лет). В процессе изучения были выделены следующие виды мотивов и мотивировок: а) когнитивный эффект: любопытство, интерес, стремление расширить сенсорный опыт; б) изменение настроения в целях достижения эмоционального комфорта в критических ситуациях: плохие отношения в семье, утрата любви, дружбы и др.; в) особенности общения подростка в группе [146].

Взгляды на мотивацию употребления наркотика сходны с таковыми по отношению к алкоголю. Здесь также упоминается внутригрупповая комфортность — желание «не отстать от сверстников (Личко А. Е. 1977), поиск необычных ощущений и переживаний (Kceter Т.Н.) [147]. В работе Битенского В. С. и Херсонского Б. Г. у половины обследованных подростков - наркоманов в мотивировке звучала, как уже упоминалось ранее, реакция группирования со сверстниками. У другой половины мотивировка адресовалась к самому себе: снять напряжение, успокоиться — 22%, получить удовольствие — 13%, испытать прилив сил, бодрости — 12% [43].

Всемирной организацией здравоохранения были обобщены и сформулированы мотивы, связанные с возникновением и сохранением привыкания к наркотику:

- удовлетворение любопытства относительно действия наркотика;
- испытание чувства принадлежности, с целью быть принятым в определенную группу;
- выражение своей независимости, иногда враждебности к окружающим;
- познание приносящего удовольствие, нового, волнующего и таящего опасность средства;
- достижение ясности мышления и творческого вдохновения;
- достижение чувства расслабления;
- уход от чего-то гнетущего.

В некоторых работах предпринимаются попытки комплексного изучения условий, способствующих злоупотреблению алкоголем и наркотиками, учитывая большое количество биологических и индивидуально-психологических особенностей подростка, а также микросоциальные условия жизни.

В одной из работ выделение факторов риска производилось с помощью математических методов (Матвеев В. М., Тараскин В. Ф., Дмитриева Е. Д., 1990). Было проведено клинко-психологическое обследование 107 подростков (99 мальчиков и 8 девочек), склонных к употреблению спиртных напитков. Критерием отбора испытуемых служило их знакомство с опьяняющими дозами алкоголя в возрасте до 16 лет и регулярное употребление алкогольных напитков в старшем подростковом возрасте.

Было отобрано 10 наиболее значимых признаков, оказавших существенное влияние на характер алкоголизации подростков. Ниже перечислены эти факторы риска в порядке убывания оказываемого ими влияния (в скобках указан индекс силовой градации):

1. Характер алкоголизации отца (8,1);
2. Вид воспитания (4,3) (гипоопека, безнадзорность, гиперопека);
3. Характер алкоголизации матери (4,1);
4. Состав семьи (4,0), имеется в виду неполная, нарушенная или полная;
5. Устранение отца от воспитания детей, низкий авторитет отца (3,9);
6. Состояние матери на момент зачатия (3,6);
7. Уровень конфликтности в семье (3,6);
8. Культурный уровень семьи (3,4);
9. Особенности психологического развития подростка (3,3), имеется в виду наличие признаков акселерации или инфантилизации;
10. Особенности протекания подросткового периода у отца.

Подводя итог вышесказанному, мы можем выделить следующие особенности подросткового периода, которые являются группой факторов риска в формировании аддиктивного поведения:

- повышенный эгоцентризм;
- тяга к сопротивлению, упрямству, протесту, борьбе против воспитательных авторитетов;
- амбивалентность и парадоксальность характера;
- стремление к неизвестному, рискованному;
- обостренная страсть к взрослению;
- стремление к независимости и отрыву от семьи;
- незрелость нравственных убеждений;
- болезненное реагирование на пубертатные изменения и события, неспособность принять свою формирующуюся сексуальность;
- склонность преувеличивать степень сложности проблем;
- кризис идентичности;
- деперсонализация и дереализация в восприятии себя и окружающего мира;
- негативная или несформированная я-концепция;

- гипертрофированные поведенческие реакции: эмансипации, группирования, увлечения, сексуальные, детские (отказ от контактов, игр, пищи, имитация, компенсация и гиперкомпенсация);

- низкая переносимость трудностей;

- преобладание пассивных копинг-стратегий в преодолении стрессовых ситуаций.

Понятие «пубертатный криз» является центральным для всех научных дисциплин, имеющих отношение к подростковому возрасту (нейроморфология, психоэндокринология, психология, психиатрия, социология). Речь идет о значении пубертата для созревания центральной нервной системы, становления генеративных функций, формирования личности, ее социализации для патогенеза психических заболеваний.

2.6 Поведенческие реакции в подростковом возрасте

Подростковый возраст - это период формирования структурно-функциональных и социально-психологических позиций [112], в котором увеличиваются требования к психическому и соматическому потенциалу. В результате формируются кризисные конфликтные паттерны поведения, а стрессогенные требования среды, в свою очередь, становятся производными этих паттернов. Рассмотрение этого процесса, с точки зрения эволюционного потенциала, придаёт особое значение развитию личностной компетентности подростков, учитывает возможность развития конструктивных ответов при воздействии биологических, социальных и психологических стрессов (Olbrich E., 1990).

А. Е. Личко обращает внимание на особые поведенческие модели – специфически подростковые поведенческие реакции на воздействия среды [147]. Им выделены следующие реакции:

- *Реакция эмансипации*: проявляется в стремлении высвободиться из-под опеки, контроля, покровительства старших. Это связано с борьбой за самостоятельность, самоутверждение. Способствуют этому такие факторы как чрезмерная опека, мелочный контроль, лишение минимальной самостоятельности, третирование подростка как ребенка.

- *Реакция группирования со сверстниками*: почти инстинктивное тяготение к сплочению.

- *Реакция увлечения – хобби - реакция*. Увлечения могут лежать в основе нарушения поведения. Это происходит в силу чрезмерной интенсивности увлечения, когда ради него оставлены все остальные важные дела и обязанности.

- *Реакции, обусловленные формирующимся сексуальным влечением*.

- *Детские поведенческие реакции*: отказ от контактов, игр, пищи; оппозиция, имитация (положительная и отрицательная), компенсация и гиперкомпенсация.

Многими авторами подтверждается, что ведущим социально-психологическим фактором является реакция группирования со сверстниками.

А. Е. Личко (1977), считает, что приобщение подростков к наркотикам, психоактивным веществам и алкоголю происходит в компаниях сверстников, т. е. тесно с реакцией группирования с ними [99]. В связи с этим А. Е. Личко и В. С. Битенским (1991) предпринимались социо-психологические исследования различных подростковых групп с целью выяснения их значимости в развитии аддиктивного поведения [130].

Оказалось, что территориальные группы гораздо более значимы, чем группировки из некоторых неформальных течений. Среди обследованных подростков, госпитализированных в связи с аддиктивным поведением в наркологический или психиатрический стационары, была установлена принадлежность к следующим группам:

- территориальные объединения подростков - 44%;
- «хиппи», «панки» и др. - 8%;
- компании наркоманов - 10%;
- случайные компании (знакомства на дискотеках, в барах и т. п.) - 7%;
- один постоянный приятель, ставший соблазнителем - 4%;
- деликветные и криминальные группы - 1%;
- компании гомосексуалистов - 4%;
- неясная групповая принадлежность - 7%.

Реакция группирования подростков отражает потребность в общении. Более высокий уровень эмоционального принятия и доверия в группе сверстников, наряду с фактором давления групп, обеспечивает быстрое усвоение подростками групповых норм. В условиях такой «стихийной» социализации формируются первичные целевые установки на употребление токсических веществ (Покоев А. И., 1988). Направленности на употребление способствует возбуждающее любопытство, влияние полученной от сверстников информации с её неопределённым подчеркиванием «плюсовых» эмоциональных эффектов и отрицанием негативных последствий.

Под влиянием реакции группирования происходит формирование начальной стадии алкоголизации или наркотизации, которую некоторые авторы называют «социальной зависимостью» (Орлов И. В., 1990) или «групповой зависимостью» [148; 149; 130; 3].

По мнению Муратовой И. Д., Сидорова П. И. (1980) факторы, способствующие ранней алкоголизации и наркотизации, являются общими для любых форм нарушения поведения в подростковом возрасте. N. Dorn (1983) описывает три, связанные между собой, системы: социокультуральная (общество), личностная (индивид) и социализирующая (грубый эквивалент семьи). Каждая система состоит из комплекса поощрений - наказаний (нормативной системы, социальных и личностных ценностей и системы контроля). Когда совпадают несколько факторов, тогда нарушения поведения становятся более вероятными. По мнению данных авторов, алкоголизм и токсикоманию следует относить к социальным девиациям из-за блокировки потребностей [150].

В. С. Битенский и Б. Г. Херсонский (1989) отмечают, что особую роль в приобщении к наркотику играют группы, в которых именно антисоциальная деятельность объединяет подростков, а также группы наркоманов, где добывание средств на наркотики, их закупка и употребление являются единственным сплачивающим группу фактором [43].

Зарубежные авторы также неоднократно подчеркивали большое значение подростковой группы. А. Welch (1977) присущую всем подросткам всегда и особенно усилившуюся в последнее время тягу к формированию подростковых групп, тесно увязывает с тем, что в наши дни процессы социализации личности в пубертатном возрасте как бы выносятся на улицу.

Обследование в клинике подростков, склонных к злоупотреблению алкоголем и наркотиками показало, что во время совместных встреч и выпивок подростки, именно в уличной компании, нередко подспудно испытывали ощущение отчужденности. И, тем не менее, фактор «давления группы» очень часто приводится зарубежными авторами в качестве одной из основных причин обращения подростка к наркотикам и спиртному (Edwards G. et al., 1976).

По-видимому, стремление подростков употреблять спиртные напитки или принимать наркотики не иначе, как в группе сверстников - приятелей по уличной компании, в известном смысле можно считать специфической особенностью подросткового возраста.

2.7 Психическая адаптация в подростковом возрасте

Процесс развития может быть понят как последовательный стадийный и специфический соматический, психологический и социальный процесс, включающий в себя воздействие стимула или требования среды и ответ, который даёт на него личность (способ преодоления стрессовой нагрузки среды). От того, как формируются эти ответы и закрепляются способы и стили преодоления стресса, зависит развитие личности в подростковом возрасте и перспективы дальнейшего социального, психологического и соматического развития.

Заслуживает внимания концепция, сформулированная Сухаревой Г. Е. (1959), согласно которой критический характер развития в период пубертата объясняется незаконченностью в развитии разных органов и систем, интенсивностью и неравномерностью созревания, а также повышенной реактивностью, обуславливающей чрезвычайную чувствительность к психотравмированию [151].

Требования среды, являющиеся испытанием для адаптационных возможностей личности, могут провоцировать кризисы с различными исходами, как с повышением уровня адаптации, так и с нарушением её.

Прикладные и экспериментальные исследования подросткового периода в рамках концепции эмоционального стресса и процессов его преодоления представляют новую и ещё мало разработанную

область клинической и социальной психологии. Особое внимание привлекают исследования, направленные на развитие концепции преодоления стресса в связи с такими составляющими, как «Я - концепция» (Seiffge – Krenke, 1990), восприятие семьи (Asarnow I. R.). Новый, но перспективный раздел представляют работы, изучающие копинг - процессы при употреблении наркотических веществ [152]. В этих работах продемонстрировано, что психоактивные вещества могут быть использованы как копинг – механизмы, потому что они способны временно редуцировать негативный эффект стресса. В связи с этим наркотизация и терапия её рассматриваются как процесс выработки навыков совладание со стрессом и искушением.

Английский термин «копинг» (coping), относительно четко сформулированный к восьмидесятым годам 20 века, определяет «процесс конструктивного приспособления, в результате которого данное лицо оказывается в состоянии справиться с предъявленными требованиями таким образом, что трудности преодолеваются, и возникает чувство роста собственных возможностей, а это, в свою очередь, ведет к положительной самооценке» [3].

Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский (1994), следуя подходу Р. Лазаруса, рассматривают копинг как “деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям”. Они рассматривают ряд особенностей преодоления эмоционального стресса подростками [152]:

- механизмы преодоления эмоционального стресса у подростков определяют развитие и формирование различных вариантов поведения, приводящих к адаптации, либо дезадаптации индивида. Эти поведенческие модели могут сменять друг друга, претерпевая определенное прогрессивное развитие, и могут носить ригидный, фиксированный характер с последовательным усложнением, приводящим к возникновению нарушений;

- механизмы преодоления эмоционального стресса представляют собой сложные паттерны личностно - средового взаимодействия, включающие «Я - концепцию», контроль, системы вербальной, невербальной коммуникации и другие составляющие;

- реализация механизмов преодоления стресса происходит на различных взаимозависимых уровнях: эмоциональном, когнитивном, соматическом, поведенческом. Наиболее чётко измеряемым уровнем реализации механизмов преодоления стресса у подростков является поведенческий уровень;

- преодоление стресса подростками может иметь гетеро - и аутоагрессивную направленность, быть связанным с экстеральной либо интернальной по отношению к среде направленностью контроля, эмпатическими, аффилятивными тенденциями, чувствительностью к отвержению;

- выраженным влиянием на преодоление стресса обладает система социальной поддержки индивида и способность к ее восприятию;

- в подростковом возрасте механизмы преодоления стресса носят динамический и транзитный характер, обеспечивают развитие индивида, способствуют или препятствуют включению биологических и социальных факторов риска развития поведенческих, психосоматических и психических нарушений.

Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский на основе своих исследований копинг-поведения подростков разработали три теоретические модели [152]:

- модель активного адаптивного функционального копинг - поведения. Для этой модели характерно сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий с преобладанием активных стратегий, направленных на разрешение проблем и поиск социальной поддержки, преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудач, готовность к активному противостоянию среде. Психологический фон для преодоления стресса обеспечивают следующие личностно-средовые копинг-ресурсы: позитивная Я - концепция, развитость восприятия социальной поддержки, интернальный локус контроля над средой, эмпатия и аффиляция, относительно низкая чувствительность к отвержению, наличие эффективной социальной поддержки;

- модель псевдоадаптивного дисфункционального копинг-поведения. Основные признаки данной модели характеризуются сочетанием в использовании как пассивных, так и активных базисных копинг-стратегий, базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки в качестве ведущей; повышенным удельным весом стратегий, не соответствующих возрасту; дефицитом навыков активного использования стратегии разрешения проблем и заменой ее на копинг-стратегию избегания и фармакологический механизм реализации данной стратегии. Наблюдается неустойчивость, флюктуация мотивации (то есть колебания потребностей) то на достижение успеха, то на избегание неудачи. Низкая эффективность блока личностно-средовых копинг-ресурсов: неустойчивая, негативная, искаженная Я - концепция; низкий уровень восприятия социальной поддержки; неустойчивый, низкий уровень интернальности; относительно высокое развитие эмпатии и аффилиации, отсутствие расхождения между реальными и идеальными компонентами самооценки;

- модель пассивного дисфункционального копинг-поведения. Характеризуется преобладанием пассивных копинг-стратегий над активными, дефицитом социальных навыков разрешения проблем, интенсивным использованием детских копинг-стратегий, не соответствующих возрасту. В качестве ведущей стратегии используется копинг - стратегия “избегание”. Преобладает мотивация избегания неудачи. Неготовность к активному противостоянию среде, подчиненность ей; негативное отношение к проблеме, оценка ее как угрозы; псевдокомпенсаторный, защитный характер поведения, отсутствие направленности на стрессор, как причину психоэмоционального напряжения. Низкая

эффективность функционирования блока личностно-средовых ресурсов: негативная, слабосформированная Я-концепция, неразвитость восприятия социальной поддержки, эмпатии, аффилиации, интернального локуса контроля. Относительно высокая чувствительность к отвержению.

Анализ публикаций, освещающих психологические проблемы аддиктивного поведения молодежи, обнаруживает значительное разнообразие представлений о роли личностных факторов в становлении и развитии алкогольного или наркотического пристрастия подростков. В большинстве работ выделяется определенный набор личностных свойств, определяемых как факторы риска.

3 История развития психотерапии. Донаучная работа с группами

Способы воздействия на группу в целях лечения, были известны, нашим предкам. Шаманская практика также показала успешность публичного применения обрядовых и ритуальных процедур для излечения больных. Разного толка целители и знахари на протяжении всей человеческой истории использовали эффект эмоционального возбуждения и заражения, проявляющийся в группе. Члены семьи, племени, рода, совместно участвовавшие в лечебных (колдовских, шаманских) действиях, обнаруживали большую податливость к воздействию первобытного психолога. Резко усиливалась вера в необычайные возможности и умения целителя, особенно в результате внушения, когда воздействие было направлено на аффективную сферу. Некритическое восприятие информации и эмоциональная реакция на непонятные манипуляции, помноженные на безусловную уверенность в себе самого целителя, приводили к положительным результатам и ещё более усиливали эффективность последующих воздействий.

В Древней Греции жрецы храма Асклепия в Эпидавре с помощью специальных методов погружали больных в сон. Техника самовнушения с использованием приемов йоги применялась для лечения заболеваний на Древнем Востоке [153].

Впервые использование словесных воздействий и убеждения в лечении больных алкоголизмом описывается в трудах Гиппократов (около 460 – около 370 г.г. до н. э.) и особенно Авиценны (Ибн-Сины, около 980 – 1037 г.г.). В XVIII веке Ph. Pinel заложил основы лечебного режима и условий содержания пациентов с психическими и наркологическими расстройствами, что позднее послужило основными предпосылками возникновения терапии средой, социотерапии, коллективной психотерапии [111]. Еще одним ярким примером, подтверждающим существование косвенных связей между прошлым и настоящим, может служить скандально знаменитый маркиз де Сад (1740 – 1814 г.г.). Когда де Сада заключили в Шарантон - лечебницу для умалишенных, он коротал там время за писанием и постановкой пьес, которые разыгрывались его соседями по палате перед пёстрой

больничной публикой. Свидетельства о том, что эксперименты де Сада в таком «живом театре» оказывали лечебное воздействие на заключённых, явились для современных авторов основанием того, чтобы рассматривать их как один из ранних опытов групповой психотерапии (Corsini, 1973). Однако систематическое применение театральных приёмов для исследования психики и влияния на неё началось только в начале XX века (Якоб Морено и его психодрама). Первой попыткой дать научно - теоретическое объяснение происходящим в группе процессам излечения следует считать теорию «животного магнетизма» Франца Антона Месмера - австрийского врача, практиковавшего в Париже в конце XVIII века.

В 1843 году J. Braid в своей работе по нейрогипнологии впервые ввёл термин «гипноз», а в 1872 году D. M. Tuke в книге «Иллюстрации влияния разума на тело» ввёл термин «психотерапия» [197]. Первые попытки психотерапии пациентов с зависимостью от алкоголя принадлежат Х. Витту (1834). В 1854 году российский ученый М. Магазинер предложил систему психотерапевтического перевоспитания больных алкоголизмом [196]. Дальнейшее развитие психотерапии алкоголизма выдвинуло на первый план использование гипноза и лечебных внушений с целью отвращения лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, от алкоголя (Voisin, 1885; Ladame, 1888; Wetterstrand, 1887 - 1888). Использовали гипноз при лечении больных с зависимостью от алкоголя признанные психиатры XIX века Forel, Hamelton, Osgood, Neilson, Berillian [108].

Фактически до середины 19 века эти эффекты не изучались исследователями. Шотландский врач Дж. Брейд (1843) предложил вместо термина «животный магнетизм», вызывавшего так много жарких словесных баталий, термин «гипнотизм», увязывая психологический механизм месмеровского излечения со сном (по-гречески hypnos - сон).

Одним из первых репрессивно - инспирационную терапию стал практиковать Джозеф Пратт, врач из Бостона, занимавшийся лечением больных туберкулезом, которым бедность не позволяла лечиться в стационаре. На Пратта, по-видимому, оказали влияние работы французского врача Жозефа Жюля, который применял метод убеждения и переучивания при лечении невротических расстройств (Mullan and Rosenbaum, 1962). В течение достаточно долгого времени Д. Пратт оставался пионером в области разработки групповых методов лечения.

4 Общая методология психотерапии

Психотерапия, как метод лечения, является неотъемлемой частью медицины. «Психотерапия – это комплексное лечебное воздействие на психику больного, а через неё - на весь организм, с целью устранения болезненных симптомов и изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде» [154;155].

В медицинской модели психотерапия нередко отождествляется либо с деонтологией (профессиональной этикой врача), либо с одним из методов психиатрии [156].

Психотерапия определяется как целенаправленная, вербальная или невербальная коммуникация с больным для воздействия на его болезненное соматическое и психическое состояние. Она планируется в рамках теории болезни и лечения, и проводится как обучающий и корректирующий метод [157]. Психотерапия является методом коммуникации, позволяющим изменять миры внутренних символов человека (Кэхеле, 1995).

В. Датлер, У. Фельт, (1999) определяют психотерапию, как самостоятельную научную дисциплину и независимую от медицины свободную профессию [158].

Б. Д. Карвасарский (2002) говорит о том, что в настоящее время психотерапия представляет собой сочетание и взаимодействие различных психологических, медицинских, антропологических, социально-экономических, экологических, культурных, педагогических и философских подходов и установок и чрезвычайно широкого спектра их применения [159].

По определению А. Л. Каткова (2003), психотерапия представляет собой уникальную технологию кризисного развития индивида и общества или уникальную индивидуальную и социальную развивающую технологию. Такой подход позволяет идентифицировать основной вектор специальности и отграничить психотерапию от других развивающих практик (педагогики, психологии, философии и т.д.) [138].

S. Leder и T. Wysokinska - Gasidor (1990) выделяют следующие области приложения психотерапии:

- метод лечения, влияющий на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности (медицинская модель).

- метод оказания влияния или воздействия, приводящий в движение процесс научения (психологическая модель).

- метод инструментальной манипуляции, служащий целям социального контроля (социологическая модель).

- комплекс явлений, происходящий в ходе взаимодействия и общения людей (философская модель).

В. В. Макаров (1999) выделяет также педагогическую модель психотерапии. Это использование специальных технологий в сферах образования и воспитания, и недифференцированную модель психотерапии [160].

В последнее время большое внимание уделяется социальной функции психотерапии [161; 162; 163; 164]. Психотерапия используется при лечении психических расстройств [165; 166; 167; 168; 169; 170; 171; 172]. Ю. В. Валентик (2001); А. Л. Катков, С. А. Алтынбеков (2002); В. В. Макаров (2002); Е. Г. Абакумов, Я. П. Гирич, Т. В. Коробицина, А. А. Сумароков (2003); Н. А. Бохан, Ю. А. Россинский (2003); J. J. Platt (1995); А. М. Washton (1989) обосновывают эффективность использования психотерапии

при наркологических заболеваниях [173; 174; 175; 176; 177; 178; 179]; О. Н. Яковлев, Е. Г. Филатова, А. М. Вейн (2002); И. Ю. Щеглова (2003) - в неврологической патологии [180; 181], П. И. Сидоров, М. Н. Панков (1997), Ю. В. Колбасин, В. Е. Смирнов (2002) - при соматических заболеваниях [182; 183].

Работы других авторов свидетельствуют об эффективности использования психотерапии в онкологии [184; 185; 186], работа Е. В. Захарова [187] в области фтизиатрии, А. П. Ховрачева, О. В. Ховрачевой (2002) - в акушерстве [188]; и А. Крузе (2002) - в геронтологической практике [189].

5 Психотерапия зависимостей

В России первые публикации об успешном применении гипнотерапии больных алкоголизмом появились в конце 19 – начале 20 века. Это работы Б. Н. Синани (1889), А. Н. Успенского (1889), Я. В. Рыбалкина (1891), А. А. Токарского (1890, 1896), И. В. Вяземского (1904) [153; 190; 159].

Б. Н. Синани предложил систему мотивированных внушений при лечении лиц, зависимых от алкоголя, а также подчеркивал важность психотерапевтической работы с патологическим влечением к алкоголю у таких больных. А. А. Токарский в своей работе «Терапевтическое применение гипнозизма» (1890) убедительно опроверг представления Ж. Шарко о патологической природе гипноза, а в монографии «О лечении пьянства внушением» (1896) сформулировал основные положения психотерапии алкоголизма и ввёл критерий эффективности психотерапевтической коррекции – воздержание от употребления алкоголя не менее одного года. В. Ф. Вельямович впервые рекомендовал использовать в формуле лечебного внушения описание болезненных проявлений, сформулированные самим больным [153]. Дальнейшее развитие психотерапии алкоголизма связано с исследованиями А. А. Певницкого, Ф. Е. Рыбакова, Е. Б. Рига.

А. А. Певницкий отмечал, что «вылечить алкоголика – значит научить его жить трезво среди пьяниц» [153]. В 1904 году И. В. Вяземский впервые применил групповую психотерапию больных алкоголизмом, а в 1915 году В. М. Бехтерев на этой основе разработал методику коллективной психотерапии лиц, зависимых от алкоголя. В лечебную триаду В. М. Бехтерева входило убеждение в состоянии наяву, мотивированное внушение в состоянии гипноза, самовнушение и самоутверждение пациента. Кроме того, В. М. Бехтерев впервые предложил примешивать к алкогольным напиткам вещества, вызывающие отвращение к алкоголю, подчеркивая условно - рефлексорную сущность методики. Впоследствии это стало основой для аверсивной терапии алкоголизма [190; 153; 173; 159].

Метод коллективной психотерапии алкоголизма В. М. Бехтерева развивали К. К. Спицин (1928), Д. С. Озерецковский, И. В. Введенский, А. Л. Мендельсон, Ю. В. Каннабих, Е. Н. Довбня, П. П. Подъяпольский

[191; 156; 153]. В 1929 году Н. В. Канторович описал методику, в которой приём алкоголя сопровождался болевым раздражением электрическим током, а в 1933 году И. Ф. Случевский и А. А. Фрикен в целях выработки аверсии к алкоголю предложили сочетать приём алкоголя с подкожными инъекциями апоморфина [159]. Традиции советской психотерапии алкоголизма и других видов зависимостей от психоактивных веществ продолжались в исследованиях Д. И. Ефремова, А. А. Морковникова, И. В. Стрельчук (1973), В. И. Иванова (1977), В. Е. Рожнова (1979), Л. Н. Лежепековой, В. М. Зобнева (1981), А. А. Мейрояна (1981), С. В. Цыцарева (1982), Б. М. Гузикова (1982) и других учёных [192; 193; 153; 190; 194; 173; 159].

Большинство данных исследований было посвящено гипносуггестивной и аверсивной терапии наркологических расстройств. Важную роль в развитии психотерапии зависимых от психоактивных веществ сыграли патогенетическая концепция психотерапии, предложенная В. Н. Мясищевым (1973), а также концепция активирующей психотерапии С. И. Консторума, основанная на актуализации собственных нервно-психических и волевых ресурсов больного [156]. Наибольшую известность получила методика коллективной эмоционально - стрессовой психотерапии алкоголизма В. Е. Рожнова (1982), а также методика стресспсихотерапии «кодирования» А. Р. Довженко (1982) [176].

Д. В. Панков (1971), И. С. Павлов (1980) Ю. В. Валентик (2001) предложили использовать индивидуальную и групповую рациональную психотерапию в лечении алкоголизма и других зависимостей от психоактивных веществ. В работах В. М. Зобнева, Т. Г. Рыбаковой (1979), В. А. Худик (1989), Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкого (1990, 1999), В. И. Гарбузова (1994), Ю. В. Валентика (2001), А. Ю. Егорова (2002), И. Н. Пятницкой, Н. Г. Найденовой (2002) подчеркивается значимость семейной психотерапии при лечении наркологических заболеваний [174; 223].

За последние десятилетия в Российской Федерации и странах СНГ психотерапия зависимостей прошла несколько этапов развития: от ауто - и гетеросуггестивной и поведенческой, к рациональной и коллективной и, наконец, к личностно - ориентированной психотерапии [195; 173; 196].

С развитием таких различных направлений психотерапии, как психодинамического, когнитивно - бихевиорального и экзистенциально - гуманистического происходило становление новых концептуально - методологических подходов к психотерапии наркологических расстройств, в основе которых лежали различные теории развития личности [153; 173; 159].

V. Axline (1947), A. Plant (1969), S. Zimberg (1978, 1980), P. Wilson & L. Hersov (1985), D. M. Musholt (1988), M. J. McCauley (1989), П. Кутер (1996) использовали психоаналитический подход в лечении зависимостей от психоактивных веществ. Распространение получила когнитивная психотерапия алкоголизма и наркоманий [197; 198; 198].

S. Rahman (1962); W. Yule (1990); D. A. Lane (1990); L. S. Onken, J. D. Blaine, J. J. Boren (1993), A. T. Beck, F. D. Wright, C. F. Newmen, B. S. Leise (1993), J. Petry (1993), G. Buhringer (1996) развивают бихевиоральный подход в наркологии.

Нашла применение при наркологических расстройствах гуманистическая психотерапия [200; 173; 159].

Таким образом, существует широкий спектр психотерапевтических методов и концептуальных подходов при лечении наркологических расстройств. В настоящее время интенсивно разрабатываются эклектические и интегративные подходы, объединяющие в себе достоинства различных направлений и методов психотерапии. Продолжается поиск, общих для всех теорий, механизмов психотерапии, обуславливающих её эффективность [173; 162; 141].

На современном этапе в работах А. Л. Каткова (2000), Е. М. Крупицкого, А. М. Буракова (2000), В. Я. Семке (2000), А. Г. Соловьева, П. И. Сидорова, И. А. Кирпич (2000), Г. В. Залевского, О. Н. Логунцова, В. А. Непомнящая (2002); О. А. Голдобина, Я. В. Соколова (2003); Ю. А. Россинского (2003) развитие направления психотерапии зависимостей идёт в аспекте глубинного анализа личности пациента и условий её формирования, повышения уровня социальной и психологической адаптации и общего качества жизни [201; 202; 203; 165; 204; 205].

6 Особенности и общие принципы психотерапии детей и подростков

В настоящее время насчитывается около 700 официально зарегистрированных методов психотерапии, и число их продолжает стремительно увеличиваться [160]. При этом многими авторами подчеркивается необоснованность такой дифференциации и методологического дробления [196; 162]. А. И. Захаров (2001), проведя анализ обзора российской литературы, считает, что в психотерапии детей большее внимание, чем у взрослых, уделяется приёмам отвлечения и переключения и то, что, не смотря на большое число исследований психологии игры, психотерапевтическое приложение игры отстает от запросов практики [206]. А. И. Захаров (2001) также придаёт большую значимость семейной психотерапии и групповой терапии. Обычно психотерапевтические методы индивидуальной и групповой коррекции направлены на работу с проблемным ребенком, подростком. Психотерапия и консультирование проводятся в кабинетах, стационарах, «тепличных» условиях, изолированных от стрессогенной среды и в последующем требуют переноса, не всегда успешного, приоритетных навыков в естественное окружение. Многие авторы подчеркивают существенные отличия психотерапии детей и подростков от психотерапии взрослых [187; 190; 23; 44; 207; 208; 209]. Они выделяют такие особенности психотерапии в детском и подростковом возрасте:

а) при выборе адекватного метода психотерапии необходимо учитывать стадию нервно-психического развития ребёнка [207].

б) повышенная внушаемость у детей и подростков нередко сочетается с непониманием необходимости лечения и, в связи с этим, отрицательным отношением к психотерапии [190; 23].

в) дети и подростки, как правило, проводят чёткую границу между тем, что им говорят сверстники, а что – взрослые [190]. Нередко подросток может осознанно – неосознанно провоцировать терапевта на высказывания, эмоциональные реакции или действия, подтверждающие, что врач «заодно» с родителями [23].

г) важную роль в детской, подростковой психотерапии играет искренний интерес к ребёнку, гибкость и способность к эмпатии [144].

д) при установлении доверительных отношений существует вероятность того, что ребенок или подросток начнет воспринимать терапевта, как «заменителя» родителей в эмоциональном отношении [23; 210].

При работе с подростками используется практически весь арсенал методов и технических приемов современной психотерапии: поведенческая [190; 211; 212] и когнитивно-бихевиоральная психотерапия [197; 198; 199], психодрама и ролевые игры [213], проблемно ориентированные тренинги [213; 199], арт-терапия [214], психоаналитическая психотерапия [215], личностно ориентированная психотерапия [216], кататимные образные переживания [217], аутогенная тренировка [190; 218], игровая психотерапия [190; 208; 217], рациональная психотерапия [213], гипносуггестивные методы [190; 23; 208], комбинированная психотерапия [219; 220].

Ряд исследований подчеркивают особую значимость семейной психотерапии при работе с зависимыми детьми и подростками [221; 222; 223; 224; 225; 196; 226; 227; 228]. В исследованиях основной целью психотерапии зависимых детей и подростков, по данным разных авторов, является не столько коррекция клинических проявлений зависимости, сколько коррекция навыков, форм поведения, развитие умения строить межличностные, в том числе семейные отношения, а также становление жизненных целей и ближайших социальных задач [222; 229; 44; 208; 11; 230]. О важности семейной психотерапии при работе с детьми и подростками пишут в своих работах многие авторы [187; 231; 232; 23; 208; 214; 222; 233; 230; 198; 199].

Выбор адекватной психотерапевтической стратегии обусловлен, прежде всего, уровнем нервно-психического развития ребенка. Э. Г. Эйдемиллер, А. А. Щеголев (1988) выделяют следующие уровни развития:

- сомато-вегетативный (первые 3 года жизни). Показана коррекция эмоциональных коммуникаций в системе «мать – дитя»;

- психомоторный (4 - 7 лет). Наиболее действенна гипносуггестивная, семейная и особенно групповая психотерапия;

- аффективный и эмоционально - идеаторный уровни (8 - 18 лет). Наиболее эффективны методы

поведенческой и личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Вместе с тем, некоторые исследователи подчеркивают, что на сегодняшний день удалось составить лишь общее представление о ходе нормального развития ребенка и его расстройств. Множество проблем в этой области ждут своего разрешения [206]. Изучение сравнительной эффективности основных направлений психотерапии позволило сделать вывод об отсутствии выраженных преимуществ одного подхода над другим либо одних подходов над другими [234; 235; 236; 237].

Все существующие методы групповой психотерапии (а их около 100) делятся на 3 вида: образовательные, аналитические и основанные на действии. К последнему виду относят аналитическую психодраму, гештальт – терапию и др. Для подростков наиболее адекватными являются модели групповой психотерапии, основанные на действии. Это связано с такими их психологическими особенностями, как стремление к группированию, потребность в интимности и кооперации, тревога, вызванная открытием субъективного мира и формированием образа Я, тяга к расширению диапазона ролевого поведения, сохраняющаяся с детства конкретность мышления и эмоциональная непосредственность. Но именно из-за этих психологических особенностей применение методов группового анализа и разговорной психотерапии в подростковой психиатрии имеет существенные ограничения. По продолжительности работы выделяют 2 вида групповой психотерапии: долгосрочную (60 и более часов) и краткосрочную (от 20 до 28 часов) [222].

Групповая психотерапия подростков предусматривает проведение комплекса психотерапевтических и педагогических мероприятий, направленных, прежде всего на предотвращение десоциализации подростка, под которой, понимают различные нарушения поведения (токсикоманическое, избегание контактов, суицидальное) [44].

Показания к групповой психотерапии обширны. Это невротические и личностные расстройства, алкоголизм, наркомания и токсикомания, нарушения адаптации, психические заболевания, среди которых различные формы шизофрении и эпилепсии. Противопоказания к групповой психотерапии относительно и в значительной мере обусловлены личностными и профессиональными качествами психотерапевта. Потребность подростков в краткосрочной групповой психотерапии существенно возросла за последние десять лет [44]. Обстоятельств, способствовавших этому, несколько:

- объём долговременной памяти у детей, в том числе и подростков, существенно меньше, чем у взрослых; результаты, достигнутые группой на одном занятии, через несколько дней могут быть либо забыты, либо восприняты искаженно;

- подростку трудно ожидать результата психотерапии; если после 2 сеансов групповой психотерапии у

участников не появляется ощущения, что терапевтические цели достижимы, то наступает разочарование и подчас появляется желание покинуть группу;

- краткосрочная психотерапия по сравнению с долгосрочной имеет меньше шансов превратиться в «своеобразную нишу» для подростков, альтернативу их жизни в окружении сверстников с множеством обязанностей и потребностью в рекреации.

При долгосрочной модели группа работает 3–4 раза в неделю по 1,5 часа в течение 3 месяцев, краткосрочная психотерапевтическая группа – 4 часа ежедневно в течение 5–7 дней. Состав группы – от 8 до 12 участников обоих полов. При подборе пациентов следует скорее ориентироваться на психологическую зрелость, чем на паспортный возраст. Вместе с подростками 16–18 лет в группу могут быть включены девочки 14–16 лет, опережающие первых по темпу созревания. Разница в возрасте между подростками одного пола не должна превышать 1–2 года. При обеих моделях групповая психотерапия подростков групповая и личностная динамика оказывается сходной, но интенсивность процессов изменения более высокая в краткосрочных группах.

Marcovitz R. I. (1983) отмечал о необходимости следующих принципов при проведении краткосрочной психотерапии:

- подход, основанный на решение проблем;
- ориентация на ситуацию «здесь и теперь»;
- постоянное повышение ответственности пациента за групповой процесс;
- моделирование поведенческих приемов.

H. Rosenstock, M. McLanghein (1982) предлагают использовать для подростков только техники положительного подкрепления (позитивная группа). Этот принцип позволяет найти положительные качества у себя и партнеров по группе, что способствует повышению самооценки и социальной компетенции подростков.

S. King (1980), S. Peele (1985) полагают, что лечение токсикомании будет успешным, если повысить самооценку у подростка, что создаст навыки контроля ситуации, улучшит межличностное общение и поможет ему вступить в более плодотворные взаимоотношения; стимулирует привычку к работе и будет способствовать постановке и решению приемлемых задач; увеличит толерантность к несовершенству и дискомфорту жизни. C. Bernfeld, L. Clark, G. Parker (1984) рассматривают групповой процесс, как составляющую трех компонентов:

- задача группы, которая должна её решить в процессе занятий;
- групповые роли, которые помогают группе сохранить ее статус;
- индивидуальные роли, выявляющиеся в процессе интеракций и мало помогающие как группе, так и самим участникам.

Препятствием в использовании метода групповой психотерапии у подростков в одних случаях являются недостаточная спонтанность и гибкость

психотерапевтов, их страх перед экспрессией подростков. В других случаях - отсутствие кадров детских и подростковых психотерапевтов, системы оказания им психотерапевтической помощи [187; 207; 222]

M. Sugar (1979) рассматривает следующие возможности подростковой психотерапевтической группы:

- поддержание взаимодействия и конфронтации с ровесниками;
- создание в группе реальной жизненной ситуации для изучения поведения и его изменения;
- стимуляция новых путей взаимодействия с ситуацией и получение нового опыта в человеческих отношениях;
- стимуляция новых концепций «я» и новых моделей идентификации;
- формирование чувства меньшей изолированности в окружающем мире;
- создание ощущения защищенности от взрослого мира;
- адекватная помощь для удержания в отделении;
- уменьшение сопротивления или подчинения, усиление независимости и идентификации с лидером;
- открытие проблем взаимоотношений, которые не выявились в индивидуальной психотерапии [238].

W. Madei (1986) считает, что самая большая ценность группы – это предоставление информации об отношении «Я - другой», что связано с потребностью подростков в самооценке и идентификации

В своих работах ряд авторов обращают внимание на недостаточную изученность этого раздела психотерапии [23; 208; 214; 199]. Другие авторы считают, что психотерапевтическая работа должна строиться с учетом стадии нервно-психического развития ребенка. Так Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий (1982); Э. Г. Эйдемиллер, А. А. Щеголев (1988); Б. Д. Карварский, С. Ледер (1990); А. Ю. Егоров (2002); И. Н. Пятницкая, Н. Г. Найденова (2002) утверждают, что психотерапевтическая работа должна строиться с учетом личностных особенностей ребёнка [232; 207; 230].

Большинство авторов указывают на более высокую эффективность групповой психотерапии по сравнению с индивидуальной психотерапией [221; 223; 196; 239; 240; 241; 230; 242; 243; 244].

Немаловажную роль в этом процессе играют группы закрытого типа по 8–10 человек [190; 229; 44; 224; 245; 246; 220; 230; 238; 198; 199]. Это связано со свойственной подросткам экспрессивностью и обеспечивает очень высокую групповую сплоченность [44; 238]. Некоторые исследователи делают акцент на такие объективные сложности, возникающие при реализации групповой психотерапии с зависимыми подростками, как плохая адаптация в группе подростков с психопатиями, реакция группирования со сверстниками, которая не всегда желательна, но характерна для подросткового возраста [154; 44].

7 Оценка эффективности психотерапии

Актуальность проблемы разработки конвенциональных критериев эффективности психотерапии

подчеркивается многими исследователями [159; 247; 248; 249]. Это обусловлено, с одной стороны, отсутствием общего понимания механизмов эффективной психотерапии [250; 44], с другой стороны – у представителей различных школ существенно отличаются представления о том, что следует считать эффективной психотерапией. Так, одни стремятся к разрешению глубинных бессознательных конфликтов, а других интересуют только изменения в открытом поведении [251]. Проблема ещё более усложняется тем, если принимать во внимание не только редукцию дисфункциональных, психопатологических проявлений в процессе психотерапии, но и формирование свойств психологического здоровья [204; 138; 177]. Кроме этого, многими исследователями подчеркивается сложность объективизации предполагаемых критериев эффективности психотерапии, таких, например, как качество психотерапевтических отношений [252; 253].

Широко известна классификация общих для всех методов эффективной психотерапии процессов изменений у пациента, предложенная Дж. О. Прохазкой, С. С. ди Клементе и Дж. С. Норкроссом:

1) самоэксплорация/саморефлексия (получение новой информации о самом себе и о проблемах: наблюдение, конфронтация, интерпретация);

2) изменение самооценки;

3) самоосвобождение (принятие решения, убежденность в необходимости изменений, укрепление веры в способность измениться);

4) контрбуславливание (угасание проблемного поведения с помощью альтернативного поведения);

5) контроль стимула (избегание или борьба со стимулом, вызывающим проблемное поведение);

6) процедуры подкрепления (позитивное подкрепление желательного поведения);

7) отношения помощи (доверие к тем, кто может помочь);

8) облегчение выражения эмоций (умение обнаруживать и выражать чувства по поводу своих проблем и их решения);

9) новая оценка окружающих (определение того, как собственные проблемы отягощают окружающих);

10) социальное освобождение (приобретение и закрепление конструктивного поведения в социуме) [141].

По мнению многих исследователей [232; 221; 128; 254; 209; 230; 255; 199] наиболее эффективными методами психотерапии считаются:

- личностно-ориентированная психотерапия;

- поведенческая психотерапия;

- проблемно - ориентированные тренинги;

- гипносуггестивные методы.

Оценка эффективности психотерапевтической интервенции производится, как правило, в ходе супервизии [256; 257]. Однако супервизоры оценивают, прежде всего, профессиональные качества психотерапевта и адекватность выбранного метода проблеме, заявляемой пациентом, то есть исследуют процесс психотерапии, а не её эффективность [268].

По определению Б. Д. Карвасарского (2000), для выявления эффективности конкретного психотерапевтического процесса должны быть соблюдены следующие критерии:

а) полная характеристика наступивших изменений в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей динамики: соматической, психологической, социальной;

б) оценка должна проводиться не только с точки зрения объективного наблюдателя, но и с позиции самого пациента;

в) эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга.

Более перспективными, в связи с этим, представляются подходы, адекватно отслеживающие динамику специфических и неспецифических для определенного расстройства признаков или симптомов [159; 258], а также изменение самочувствия и структуры личности пациентов [259; 260].

Исследованию эффективности психотерапии супружеских пар при алкоголизме и других зависимостях от психоактивных веществ посвящены работы А. Ariell (1981), Т. J. О Farrell (1989), Р. S. Potter - Efron, R. T. Potter-Efron (1989), С. Dacomun - Nagy (1990), S. Arcin et al. (1990), J. Harper (1990) [173].

D. E. Orlinsky, K. L. Howard (1986) указывают на необходимость оценки отсроченных макро результатов психотерапии.

Общие факторы эффективной психотерапии наиболее полно представлены в классификации Д. Мармора, которая включает: 1) хорошие взаимоотношения и сотрудничество между психотерапевтом и пациентом; 2) ослабление напряжения на начальной стадии психотерапии; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперативная модификация поведения клиента за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с последним; 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта; 6) убеждение и внушение, явное или скрытое; 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта [159].

Для определения сравнительной эффективности различных направлений и методов психотерапии широко используется метаанализ [234; 236].

Karasu (1986); Б. Д. Карвасарский (2002) в своих работах пишут о том, что любой метод психотерапии, независимо от направленности, в той или иной степени, опирается на изменение когнитивных процессов, переработку аффективных переживаний и модификацию поведения [159].

Вместе с тем, многими исследователями подчеркивается, что настоящий этап развития психотерапии характеризуется отсутствием общепризнанных механизмов и факторов, обуславливающих эффективность психотерапевтической коррекции [158; 250; 162; 201; 258; 259].

Одним из основных критериев эффективности психотерапии и реабилитации наркологических расстройств в исследованиях последних лет стала оценка динамики параметров качества жизни пациентов [165; 203].

Процесс научения (расширение когнитивного репертуара и изменение способа переработки информации) лежит в основе эффективной психотерапии. Это подчеркивается рядом авторов [260; 261].

Исходя из анализа литературы, можно говорить о том, что эффективность психотерапии определяется не только в параметрах достижения поставленной цели – выхода в устойчивую ремиссию, но и в качественных личностных изменениях, в изменении поведения ребенка в социуме и в семье, в повышении уверенности в себе, в усилении копинг-механизмов, в устранении искаженного образа «Я» [196; 11; 244; 243].

Вместе с тем, необходимо отметить, что без адекватного разрешения обще- профессиональных проблем трудно ожидать какого-либо значительного повышения эффективности психотерапии зависимых от психоактивных веществ [162; 175]. Поэтому идентификация общих факторов и механизмов эффективной психотерапии, разработка и верификация критериев эффективности психотерапевтической коррекции, а также выделение психотерапии как самостоятельной научной дисциплины с соответствующими образовательными, профессиональными и правовыми стандартами и интеграция её с другими социальными развивающими практиками. Они открывают новые перспективы использования психотерапии, в том числе, в наркологии и аддиктологии [262; 263; 264].

8 Оценка эффективности групповой психотерапии детей и подростков

О положительных результатах групповой психотерапии сообщают в своих работах Зобнев В. М. (1987), Waher P. W. (1977), Klein R. (1985), Kahn M. et al. 1986. Ряд авторов в своих изысканиях выделяют основные преимущества групповой психотерапии подростков [44; 265; 238; 266]:

- 1) взаимодействие и конфронтация с ровесниками;
- 2) руководство взрослого с одновременным предоставлением независимости, свободы выбора;
- 3) создание микромоделей социума для изучения и изменения поведения;
- 4) возможность обучения проявлению и вербализации переживаний;
- 5) стимуляция новых путей взаимодействия с ситуацией и получение нового опыта;
- 6) стимуляция новых концепций «Я» и новых моделей идентификации;
- 7) формирование чувства меньшей изолированности в окружающем мире;
- 8) формирование навыков ответственности за свою жизнь;
- 9) осознание универсальности (общности) проблем;

10) наличие защищенности от взрослого мира;

11) уменьшение сопротивления и других психологических защит, усиление независимости и идентификации с терапевтом;

12) разрешение проблем в сфере межличностных отношений.

Многие исследователи акцентируют внимание на эффективности групповой психотерапии в детском и подростковом возрасте [190; 231; 267; 219; 208; 213; 210; 268; 246; 199]. При этом групповая психотерапия с подростками рассматривается как серия интеракций, имеющих целью повышение уровня самооценки, осознание неадекватных способов поведения и приобретение новых, совершенствование навыков контроля ситуации, научение строить отношения с другими людьми и ответственно воспринимать окружающий мир [229; 44; 268].

Суждения об эффективности групповой психотерапии при алкоголизме, наркоманиях и токсикоманиях у подростков различны - от полного отрицания какого – либо положительно эффекта (Мечирж Я., 1981) до признания ее самым действенным способом выработки антиалкогольной или антинаркотической установки на будущее (Битенский В. С. и др., 1989). Много, видимо, зависит от подбора участников группы и искусства психотерапевта. Наибольшего успеха можно ожидать, если группа подобрана из подростков с действительным намерением излечиться, а также из колеблющихся, не находящих в себе сил порвать со своим пристрастием. Первые способны повести за собой вторых [128].

А. Е. Личко (1985) рассматривая такие механизмы эффективной групповой психотерапевтической коррекции, как механизм эмоционального отреагирования, катарсиса; механизм эмоционального консонанса в группе; механизм неосознанной перестройки личностных отношений; механизм активной осознанной перестройки личностных отношений, вместе с тем, подчеркивает не изученность многих механизмов эффективной психотерапевтической коммуникации [114].

9 Превенция, психотерапия, реабилитация

Стремительное ускорение темпов общественного бытия и огромный информационный поток порождают различного рода социальные кризисы, ведущие к нарушению адаптации и, как следствие, реализация саморазрушающих видов поведения у значительной части социума [269; 11; 270], в том числе алкоголизация и наркотизация [270; 271].

Интенсивное внедрение развивающих психотерапевтических технологий в другие социальные практики и, прежде всего, в сферы воспитания и образования способствует повышению эффективности первичной профилактики алкоголизма, наркомании и токсикомании [271; 272; 164; 273; 274; 138; 243].

Широкому распространению употребления психоактивных веществ, особенно среди молодого поколения, способствует также размытость общественных

ценностей и норм поведения [289]. Другими маркерами нарастающего тотального социального кризиса являются религиозный фанатизм, рост преступности, изобилие вооруженных конфликтов и многие другие «флаги катастроф», свидетельствующие о несостоятельности самоорганизующей функции социума [11]. В связи с этим возникает необходимость формирования в обществе противодействующих механизмов и технологий, направленных на развитие социального психического здоровья [269]. Наиболее адекватно этим целям отвечает психотерапия как уникальная индивидуальная и социальная развивающая практика [138].

Приоритетная роль психотерапии в превентивной аддиктологии и наркологии подчеркивается большей частью исследователей [115; 31; 275; 276]. Важным представляется замечание А. В. Надеждина: «Существующие антинаркотические программы, основанные на концепции личностного роста, не приносят пока желаемого результата, потому что нельзя рассматривать личность в отрыве от социума, развивая её, изолированно от общества и исторически преемственного менталитета». Кроме того, результаты транскультуральных исследований продемонстрировали, что универсализм современных методов психотерапии относителен, поскольку они тесно взаимосвязаны с «картиной мира» и образом жизни.

Поэтому возможности переноса их из одной культуры в другую ограничены [277; 278]. Исходя из данного утверждения - социальная психотерапия [201; 208], а также транскультуральная психотерапия и наркология [279; 280] становятся наиболее перспективными направлениями, эффективно предотвращающими распространение зависимости от психоактивных веществ и других социальных эпидемий. В. Я. Семке (1999) отмечает, что «по сути дела нуждается в кардинальном пересмотре вся теоретико-методологическая база отечественной медицины, прежде всего в вопросах предупреждения того или иного заболевания, в более широком осознании самого термина, профилактика». Более точным и адекватным является понятие предупредительного (превентивного) характера осуществляемых воздействий: не только медицинской помощью должно обеспечиваться право на охрану здоровья, но и присоединению к ним широких социально-экономических, политических мероприятий [27].

Максимова Н. Ю. (2001) предлагает следующие направления профилактики аддиктивного поведения:

- а) превентивное образование (в том числе превентивное образование для родителей);
- б) психокоррекционная работа с подростками «группы риска»;
- в) психологическая помощь детям из семей,отягощенной алкогольной зависимостью;
- г) психологическая поддержка родных и близких проживающих совместно с алкоголиком (наркоманом);
- д) психокоррекционная работа с взрослыми детьми алкоголиков.

Весь комплекс мер по первичной диагностике, коррекции и профилактике поведенческих нарушений Рычкова Н. А. (2001) относит к профилактической реабилитации. По её мнению к принципам профилактической реабилитации относятся:

- предупреждение возникновения поведенческих расстройств;
- раннее выявление нарушений поведения и предупреждение их дальнейшего развития;
- учет нозологической принадлежности больного; комплексность лечебно-профилактических и коррекционных мероприятий;
- дифференцированный подход к процессу лечения и занятий с учетом возрастных и индивидуальных особенностей ребенка, а также типологии поведенческих нарушений;
- равномерное распределение психофизической нагрузки в ходе психокоррекционной работы;
- взаимопроникновение коррекционных и общепедагогических целей; опора на сохраненные и компенсаторные механизмы с целью повышения результативности проводимой системы мер [97].

Из этого следует, что Н. А. Рычкова (2001), говоря о профилактической реабилитации, включает в данный комплекс психологическую коррекцию и психотерапию.

В мероприятиях по первичной профилактике поведенческих расстройств трудно переоценить значение системы научно обоснованных и целенаправленных мероприятий по пропаганде общегигиенических и психогигиенических знаний. В ней должны найти место и меры, направленные, с одной стороны, на предотвращение экзогенных вредностей, начиная с периода беременности, а с другой стороны – на создание благоприятных условий для гармоничного развития ребенка с первых дней жизни. Характер стимулирования потребности в эмоциях у ребенка (положительных или отрицательных), уход, соблюдение режима, сенсомоторное развитие в ранние периоды жизни – все это создает основу для дальнейшего психического развития.

Профилактическая реабилитация объединяет ряд комплексных мероприятий, осуществляемых специалистами разного профиля: медикаментозное лечение; ЛФК; физиотерапия; коррекционные психолого-педагогические занятия; функциональная музыкальная игротерапия; семейная психотерапия; ритмика; общевоспитательные мероприятия; индивидуальные психотерапевтические беседы с родителями по тактике воспитания; участие родителей и детей в «проигрывании конфликтов»; обучение родителей приемам коррекционной работы с детьми; обследование бытовых и общих жизненных условий.

В. Я. Семке и Г. В. Залевский (1999) пришли к идее формирования научного направления «Психическое здоровье участников педагогического процесса», где речь идет о здоровье в цепочке «ребенок – родители – педагог».

А. Л. Катков (1995), говоря о «феномене психического здоровья», одним из существенных моментов

приводит фактическое сближение и взаимопроникновение профессий, напрямую связанных с проблемами формирования душевного здоровья населения, таких, например, как медицина, психология, педагогика. Он подчеркивает «исключительную важность внесения в образовательную базу подготовки педагогов основ теории и практики медицинской психологии и психотерапии, с помощью которых возможно наиболее эффективное решение проблем личностного роста, компенсации дефицита каких-либо качеств, повышение адаптационных способностей и т.д.» [281].

Карл Р. Роджерс считает, что данная категория методов лечения оказывает прямое воздействие на индивида с тем, чтобы помочь ему достичь более приемлемого отношения к собственной ситуации и носит название прямое лечение. Другая группа методов прямой терапии может быть определена как экспрессивная терапия, поскольку очень важную роль здесь играет так называемый катарсис в области чувств и установок. Эта группа методов включает игровую терапию, групповую терапию, арт-терапию, психодраму и другие подобные техники. Большинство из этих методов используется при работе с детьми. В каждом случае основным элементом лечения является полное выражение чувств, ощущений либо невербальными средствами при помощи кукол, рисунков или глиняных фигурок и т.д., либо вербально, когда эмоции и чувства проецируются на других, как, например, при спонтанной или управляемой драматизации. Говоря о терапии К. Роджерса, необходимо учитывать этнокультуральные аспекты личности [282; 279], так как многие западные технологии не имеют успехов при работе в культуральной среде, присущей нашей стране.

Другой очень важный метод психотерапии различных расстройств, о котором говорит Карл Р. Роджерс – это лечение средой, т.е. решение проблем индивида путем управления его окружения. Формы такого лечения многообразны и могут включать любые возможные средства, посредством которых окружение отдельного человека, как в физическом, так и психологическом плане, становится более благоприятным для нормального его приспособления [282].

Говоря о профилактике, терапии и гигиене, по сути, мы говорим о валеологии. Данное понятие приобрело известность в последнее время. И. И. Брехман (1990), В. А. Лишук (1994) определяют понятие валеология, как науку о здоровье [283].

М. Н. Валивач (2001) включает в понятие валеология воспитание здоровья. Воспитание здоровья состоит из двух частей – поддержания здоровья и развития здоровья. Поддержание здоровья – это воспитание навыков личной и общественной гигиены, навыков правильного питания, половой гигиены и контрацепции, умения жить в экологически неблагоприятной среде. Развитие здоровья (функциональная тренировка с целью создания «резерва прочности») состоит из занятий физической культурой,

закаливания, прививок социально-психологических тренингов и т.п. В. Я. Семке (1999) вводит понятие валеопсихология. «Валеопсихология является, по нашему мнению, новой отраслью научных знаний, интегрирующей в системном анализе два понятия – «здоровье» и «психология» – с позиций их оценки в общественном и индивидуальном аспектах, прежде всего с учетом социального и личностного статусов человека» [27]. Исходной позицией для развития валеопсихологии, по мнению В. Я. Семке, служит концепция психического здоровья человека и общества. По мнению В. Н. Никитина (2000), психическое здоровье выступает как следствие конфликтного взаимоотношения «человека индивидуального» и «человека общественного» [284]. По мнению Х. Пезешкиана (1995), здоровым является не тот человек, у которого не бывает конфликтов, а тот, кто умеет возникающие конфликты преодолевать [285].

А. Л. Катков (1995) предлагает информационно-экономическую концепцию развития и деятельности системы психиатрической помощи и формирование феномена психического здоровья, как личности, так и общества. Данная модель наиболее всеобъемлюща для профилактики, превенции, реабилитации психического здоровья личности и общества и вмещает в себя понятие глобальная валеопсихология. В схеме «феномена душевного здоровья человека и общества», по мнению Каткова А. Л. (1995), центральное место занимает человек как объект, формирующийся за счет различных информационных потоков и подвергающийся воздействию с их стороны на протяжении всей жизни (человек – мера всех вещей) [141]. Но в тоже время человек в данной схеме предстаёт субъектом, активно формирующим данные информационные потоки (человек – начало всех вещей) [280]. В. Я. Семке (1999) приводит принципы ранней превенции, которыми являются: повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных производственных, микросоциальных и природно-климатических факторов; раннее выявление формирующихся пограничных состояний; своевременное купирование на донологическом уровне [27].

10 Резюме

Приведённый выше обзор научной литературы позволяет говорить о необходимости изучения личностных особенностей подростков для предотвращения формирования зависимости от психоактивных веществ и отнесения их к группе риска. Своевременное формирование свойств антинаркотической устойчивости предотвратит необходимость прибегания к различным аддикциям.

Многие профилактические программы не дают ожидаемого хорошего результата, в связи с чем возрастает необходимость разработки и внедрения программ первичной профилактики, направленных на работу с подростками из группы риска (Rutter, 1982, 1985; Kazdin, 1988). Имеется достаточное количество исследований, обосновывающих эффективность

психотерапии в лечении психических нарушений, в том числе, связанные с химической зависимостью у подростков (Гузикив Б. М., 1980; Карвасарский Б. Д., 1985; Иванец Н. Н., Валентик Ю. В., 1987; Семке В. Я., Залевский Г. В., 1999; Рычкова Н. А., 2001).

Однако возможности использования психотерапевтических методов в профилактических целях в сфере зависимости от ПАВ изучены не в полной мере. Таким образом, настоящее исследование, компенсирующее данный дефицит, представляется весьма актуальным.

Литература:

1. Erikson E. *Identity: Youth and crisis*. New York, Norton. 1968;
2. Выготский Л. С. *собрание сочинений: В 6-ти томах. Т. 4. Детская психология* // Под ред. Д.Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
3. Ремшмидт Х. *Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности*. – М.: Мир, 1994.
4. Бюлер Ш. *Что такое пубертатный период*. – В кн.: *Психология подростка (хрестоматия)*, составитель Ю.И. Фролов. – М.: Российское педагогическое агентство, 1997. – С. 9-19.
5. Максимова Н. Ю. *Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: Учебное пособие*. – Ростов на Дону: Феникс, 2000. – С. 130-142.
6. Буторина Н. Е., Буторин Г. Г. *Периодизация развития в детском возрасте: проблемы стадийности онтогенеза и дизонтогенеза. Актуальные проблемы детской и подростковой психиатрии: материалы юбилейного научно-практического симпозиума, посвященного 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН.* / Под ред. проф. Н.Е. Буториной, проф. Н.А. Корнетова. – Томск-Челябинск, 2001. – С. 34-39.
7. Валивач М. Н., Россинский Ю. А. *Клинический подход и применение интегративно-развивающего психотерапевтического процесса в лечении пограничных состояний, психосоматических и наркологических расстройств* // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Павлодар – Москва, 2002. – Т. 8, № 4. – С. 68-73.
8. Райс Ф. Ф. *Психология подросткового и юношеского возраста*. – СПб.: «Питер», 2000. – С. 76-79.
9. Эриксон Э. *Идентичность: юность и кризис*. – М.: «Прогресс», 1996.
10. Хьелл Л., Зиглер Д. *Теории личности (Основные положения, исследования и применение)*. – СПб. Питер Пресс, Серия «Мастера психологии» Глава 5. Эрик Эриксон: эго – теория личности. 1997. – С. 214-246.
11. Катков А. Л., Россинский Ю. А. *Комплексное исследование качества социального психического здоровья*. – Павлодар, 2002. – 24 стр.
12. Россинский Ю. А. *Расстройства психической адаптации в подростковом возрасте, как мишень превентивной медицины в плане профилактики зависимости к психоактивным веществам* // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2001. – том 1, № 1. – С.77-81.
13. Штроо В. А. *Защитные механизмы от личности к группе* // *Вопросы психологии*. – 1998. – № 4. – С. 54-61.
14. Выготский Л. С. *Собрание сочинений: В 6 томах. Т 4 Детская психология под ред. Д.Б. Эльконина*. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с.
15. Freud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*, vol. 7, London: Hogarth Press, 1953.
16. Freud A. *Psychoanalytic Study of the Child. Defence*. New York: International Universities Press, 1958.
17. Freud A. *The Ego and the Mechanism of Defence*. New York: International Universities Press, 1946.
18. Blos P. *The Adolescent Passage: Developmental Issuers*. New York: International Universities Press, 1979.
19. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике*. Всемирная Организация Здравоохранения. Россия, Санкт-Петербург «Оверлайд», 1994. – 304 с.
20. Hall G.S. *Adolescence (2 vol.)*. New York, 1908;
21. Meyer J.E. *Der Verlauf der Neurosen* // *Neurosen / Hrsg. v. H. Mester, R. Tülle*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1981. S 78-90;
22. Кле М., *Психология подростка*. – В кн.: *Психология подростка (хрестоматия)*, составитель Ю.И. Фролов. – М.: Российское педагогическое агентство, 1997. – С. 103-140.
23. Личко А. Е. *Психотерапия при психопатиях у подростков* // В кн. *Руководство по психотерапии под ред. Рожнова В.Е.* – Ташкент: Медицина, 1985. – С. 484-513.
24. Буторина Н. Е. *Структура пубертатных изменений психики* // *Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии*. – М., 1987. – С. 12-16.
25. Ковалев В.В. *Семiotика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков*. – М.: Медицина, 1995. – 287 с.;

Групповая психотерапия подростков, составляющих группу риска, на сегодняшний день становится перспективным методом программы первичной профилактики. Дифференциация показаний, выявление «мишеней» для воздействия методами групповой психотерапии, вопросы применения, сочетание разных техник, исследование психотерапевтического процесса и механизмов его лечебного действия являются весьма актуальными для психотерапевтической практики.

-
-
26. Семке В.Я., Саванин Д.В., Головин О.Д. Психическая адаптация и дезадаптация в клинике пограничных нервно-психических расстройств (методические рекомендации), Томск, 1993. – 21 с.;
 27. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск: издательство Томского университета, 1999, - 403 с.;
 28. Nanyghurst R.J. Development tasks education. – ed. 3. – New York: David McKay Company, 1972
 29. Carrel S.E. Between teens groups. Unpublished masters seminar paper, South-west Missouri State University, Springfield, 1991
 30. Scheidlinger S. Group treatment of adolescent in school, clinical and hospital settings. – Seminar presented to professional therapists at Menningers Institute, Topeka, 1991
 31. Валентик Ю.А., Герши А.А., Зарецкий В.В. Базовая модель профилактики злоупотребления психоактивными веществами // Наркология, № 8, 2002. – С.16-18
 32. Валентик Ю.В. Принципы и мишени психотерапии больных алкоголизмом // Вопросы наркологии, № 2, 1995. – С.65-68
 33. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ // Наркология, № 9, 2002. – С.21-26
 34. Jeynes W. H. The effects of parental divorce on their children's consumption of alcohol // J. Youth and adolescence. — 2001. —Vol. 30, №3. - P. 305-319.
 35. Данилин А., Данилина И. Как спасти детей от наркотиков. – М., 2000. – С.33-35.
 36. Семке В.Я. Клиническая персонология. Томск: МГП «РАСКО», 2001. – 376 с.;
 37. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Роль генетических и средовых факторов в возникновении зависимости. Часть 1. Изучение семей близнецов, приемных детей и факторов среды// Новости науки и техники. Серия Медицина. Вып. Алкогольная болезнь.- М.: ВИНТИ. - 2000. - №2. - С. 1-6.
 38. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Роль генетических и средовых факторов в возникновении зависимости. Часть 2. Генетические модели на животных. Проблема маркирования. Гены-кандидаты// Новости науки и техники. Серия Медицина. Вып. Алкогольная болезнь. — М.: ВИНТИ, 2000. — №3. —С. 1-5.
 39. Gesell A. and Ames L.B. Youth: The Ears from Ten to Sixteen. New York: Harper & Row, 1956;
 40. Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков «Саморазрушающее поведение у подростков», Л., 1991.
 41. Боумановский Ю.Н., Боумановская М.Б., Симуткин Г.Г. К вопросу о психотерапевтическом подходе в лечении невротозов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 1998, № 3. - С. 88-90
 42. Krystal H. The genetic development of affects regression // The Annual of Psychoanalysis, № 2, 1974. – P.98-126
 43. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомания у подростков. Киев: Здоровье, 1989.
 44. Кулаков С.А. Проблемы и перспективы групповой психотерапии подростков с патологическими нарушениями поведения // В кн. Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сборник научных трудов. - Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 1988.
 45. Бехтель Э.Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. - М.: Медицина. - 1986. - 272 с.
 46. Сухарев А.В. О возможности замещения психологической потребности в алкоголе у подростков // Психологические проблемы антиалкогольного воспитания детей, подростков и юношества. -М., 1987. - С.106-116.
 47. Walsh F. (ed.) Normal family process: implication for clinical practice. –N.Y.: Guilford Press, 1982.
 48. Okumenski D. Toksikomania - syndrom nieprzystosiwainia czy choroba? // Zdrav.psych. - 1985. - V.26, N 1. - P. 69-78.
 49. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Личностные психологические проблемы родителей как источник аномалий семейного воспитания подростков с психопатическими развитиями // Тр. Лен. НИИ им.В.М.Бехтерева. - 1987.
 50. Pico B. Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? // Substance Use & Misuse. - 2000. - Vol. 35, №4. - P. 617-630.
 51. Бохан Н.А., Воеводин И.В. Аддиктивное поведение подростков из дисфункциональных семей // Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте: Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием под ред. проф. Бохана Н.А. - Томск, 2003. – С.133-135
 52. Найденов О.Ф. Алкоголизм среди молодежи и подростков // Клинические аспекты алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. -М., 1982. – С.111-114.
 53. Мастюкова Е.М. Роль алкоголизма родителей в этиологии нервно-психических расстройств у детей // Дефектология. - 1986. - №2. - С.77-83.
 54. Goodwin D.W. Alcoholism and heredity // Arch.Gen..Psychiat. - 1979. - V.36, N 1. - P. 57-61.
 55. Thelen E., Adolph K.E. «Arnold L. Gessel: The Paradox of Nature». Developmental Psychology. 28, 1992, p. 368-380;
-
-

-
-
56. Schuckit M.A., Smith T.L. *The relationships of a family history of alcohol dependence: A low level of response to alcohol and six domains of life functioning to the development of alcohol use disorders* // *J. Stud. Alcohol.* - 2000. - Vol. 61. - P. 827-835.
57. Соцевич Г.Н., Магалиф А.Ю., Крылов Е.Н. Роль наследственного, средового и соматического факторов в формировании начальных проявлений алкоголизма у подростков // *Алкоголизм к наследственность: Матер.межд.симп., Ленинград, 1986 г. - М., 1987. - С.144-146.*
58. Fialkov M.J. *Biologic and psychosocial determinants in the etiology of alcoholism* // *Alcohol and Brain.* - N.Y., London, 1985. - P. 245-263.
59. Моховиков А.Н. Эмбриопатически-дизонтогенетические синдромы при патохарактерологических нарушениях у потомства родителей, больных алкоголизмом // *Журн.невропатол. и психиатрии.* - 1987. - Т.86. - №11. - С. 1716-1723.
60. Donovan J.M. *An etiologic model of alcoholism* // *Amer.J.Psychiat.* - 1986. - V.143, N 1, - P. 1-11.
61. Tarter R., Hedegus A.R., Goldsrein G. et al. *Adolescent sons of alcoholics: neuropsychological and personality characteristics* // *Alcoholism (N.Y.),* N 3-4. - P.216-222.
62. Florez J.A. et al . *Analisis psicopatologico del nino, hijo de padres alcoholicos* // *Rev.Dep.psicuiatr. Fac.med.Bagcelona.* - 1985. - V.12, N 7. - P.414-426.
63. Гурьева, В.А., Семке В.Я., Гиндинкин В.Я. *Психопатология подросткового возраста (теоретический, клинический и судебно-психиатрический аспекты).* – Томск: Изд-во. Том. ун-та, 1994. – 310 с.;
64. Агеева И.А. *Личностные особенности алкоголизирующихся девочек-подростков, обучающихся в ПТУ. Материалы диссертации. СПб. 1990.;*
65. Усов М.Г., Якубенко О.В. *Диагностика и профилактика учебной дезадаптации среди школьников обусловленной депрессивными расстройствами. Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты), под редакцией академика РАМН В.Я. Семке. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, 1998;*
66. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З., - *Выявление скрытых подростковых депрессий в школьной популяции. Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний (Материалы конференции с международным участием, посвященной 15-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН) Под редакцией академика РАМН В.Я. Семке Томск – 1998;*
67. Татарова И.Н., Кашиникова А.А., Коваленко Ю.Б. *Феномен агрессии в структуре психических заболеваний пограничного уровня у детей школьного возраста. Современные проблемы пограничных и аддитивных состояний (Материалы конференции с международным участием, посвященной 15-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН) Под редакцией академика РАМН В.Я. Семке Томск – 1998;*
68. Курбатова Л.А. *Детско-родительские отношения как фактор школьной адаптации. Некоторые результаты динамического исследования. Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. 1-ая региональная научно-практическая конференция // Под ред. Семина И.Р., Агаркова А.П., Томск, 2000, с. 69-73;*
69. Недзельская И.В. *Адаптация первоклассников к школьной жизни. Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. 1-ая региональная научно-практическая конференция // Под ред. Семина И.Р., Агаркова А.П., Томск, 2000, с. 75-78;*
70. Романовская Г.В. *Из опыта психокоррекционной работы с подростками. Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы. 1-ая региональная научно-практическая конференция. // Под ред. Семина И.Р., Агаркова А.П., Томск, 2000, с. 87-90;*
71. Буторин Г.Г. *Проблемы депривации при школьной дезадаптации. Актуальные проблемы детской и подростковой психиатрии: материалы юбилейного научно-практического симпозиума, посвященного 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. // Под ред. проф. Н.Е. Буториной, проф. Н.А. Корнетова, Томск-Челябинск, 2001, с. 24-30;*
72. Потапкин И.А., Шеметова Л.Я., Дашиева Б.А. *Новые психологические и психотерапевтические подходы в адаптации школьников. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Материалы X научной отчетной сессии, посвященной 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, под редакцией академика РАМН В.Я. Семке, выпуск 10, Томск, 2001, с. 74-75;*
73. Гурова Л.С., Шиналиева Н.М. *О психической дезадаптации студентов. Вопросы психиатрии и наркологии (сборник научных трудов).* – Изд. «АО Кустанайский печатный двор». Том XIII, 1995. С 56-58;
74. Дюсебаев Б.К., Сагитова Л.Ж. *Проблема лидерства в студенческом коллективе. Вопросы психиатрии и наркологии (сборник научных трудов).* – Изд. «АО Кустанайский печатный двор». Том XIII, 1995. С 170-177;
75. Гоняева Т.В. *Факторы формирования пограничных расстройств у студентов. Реабилитация в психиатрии (клинические и социальные аспекты) Под редакцией академика РАМН В.Я. Семке Томск – 1998. НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН;*
76. Vakalahi H.F. *Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: A literature review/ /J. Drug Educ. — 2001. —Vol. 31, №1. - P. 29-46.*
-
-

-
-
77. Stewart Ch., 2002. *Family factors of low-income African_Ameri-can youth associated with substance abuse: an exploratory analysis // J. of Ethnicity in Substance Abuse.* — 2002. — Vol. 1, №1. — P. 97—111.
78. Алексеев Б.Е. Семейный подход к изучению развития алкоголизма и наркомании // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.* СПб., 1992, Т. 1, С. 48-57.
79. Вострокнутов Н.В. Семья и проблемы отклоняющегося поведения в современном обществе // *Вопросы наркологии Казахстана,* 2002, Т. 2, № 2, С. 56-65.
80. Ромицина Е.Е. Опыт применения опросника «поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR) у подростков с делинквентным поведением // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева.* СПб., 1992, Т. 1, С. 70-72.
81. Wurmser L. Phobic core in the addictions and the addictive process // *Journal of Psychoanalytical Psychotherapy,* № 8, 1980. — P.311-337
82. Nunes E.V., Donovan S.J., Brady R., Quitkin F.M. Evaluation and treatment of mood and anxiety disorders in opioid-dependent patients // *Journal of Psychoactive Drugs,* № 26 (2), 1994. — P.147-153
83. Эйдемиллер Э.Г. Исследование семей подростков с психопатиями и транзиторными нарушениями поведения в связи с задачами семейной психотерапии. — Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докл., М., 1974, т. 2, с. 402;
84. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. Перевод с английского. — М.: Издательство «Прогресс», 1986. — 424 с.
85. Семке В.Я., Положий С.Б. Пограничные состояния и психическое здоровье. — Томск: издательство Томского университета, 1990, - 209 с.;
86. Пезешкиан Н. «Позитивная семейная психотерапия». — М.: «Смысл». 1993. — 332 с.;
87. Манеева А.В., Эм В.Д., Рудяков С.В., Оспанова Н.Н., Владимиров Б.С. Особенности девиантного поведения усыновленных детей в благополучных семьях. Актуальные вопросы психиатрии. Сборник научных трудов к 100-летию Семипалатинского областного центра психического здоровья. ПО «Полиграфия», Семипалатинск, 1996, с. 85-89;
88. Оспанова Н.Н., Аширбаева А.К., Байваровская Н.И. Некоторые аспекты формирования синдрома уходов и бродяжничества в подростковом возрасте. Актуальные вопросы психиатрии. Сборник научных трудов к 100-летию Семипалатинского областного центра психического здоровья. ПО «Полиграфия», Семипалатинск, 1996, с. 102-105;
89. Басов А.Н. Особенности семейной психотерапии при нарушении поведения у подростков с использованием метода транзактного анализа. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* Томск, 1998, № 3;
90. Гуткевич Е.В., Семке А.В., Шеметова Л.Я., Попко Л.Ф., - Семейные факторы риска психических расстройств и медико-генетическая помощь семьям с детьми. Экология и психическое здоровье. Под редакцией академика РАМН В.Я. Семке. профессора А.А. Корнилова и д.м.н. Г.Г. Платонова. Кемерово - Томск, 1998, с. 81-83;
91. Витакер К., Бамберри В. Танцы с семьей: Семейная терапия: символический подход, основанный на личном опыте. (Пер. с англ. А.З. Шапиро). — М.: Независимая фирма «Класс», 1999. С. 136-146;
92. Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Матвеева Н.В., Панченко Е.А.. К типологии депрессий детей и подростков. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* Томск, 2000, № 4, с. 23-29;
93. Дозорцева Е.Г. Аномальное развитие личности у подростков и юношей с делинквентным и криминальным поведением (материалы докторской диссертации), М., 2000.;
94. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 448 с.;
95. Сатир В. Вы и ваша семья. Руководство по личностному росту. Пер. с англ. — М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — 320 с.;
96. Буторин Г.Г. Депривационное развитие как вариант психического дизонтогенеза. Актуальные проблемы детской и подростковой психиатрии: материалы юбилейного научно-практического симпозиума, посвященного 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. / Под ред. проф. Н.Е. Буториной, проф. Н.А. Корнетова, Томск-Челябинск, 2001, с. 30-34;
97. Рычкова Н.А. Деадаптивное поведение детей, диагностика, коррекция, профилактика. Учебно-методическое пособие. — М.: Издательство ГНОМ и Д, 2001.— 96 с.;
98. Иванова И.Н., Уманский С.М. Социально-тревожное расстройство в детском возрасте. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии* № 1, 2001, с. 89-90;
99. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - Л.: Медицина. - 1977. - 208 с.
100. Oxford M.L., Harachi T.W.Catalano R.F., Abbot R.D. Preadolescent predictors of substance initiation: A test of both the direct and mediated effect of family social control factors on deviant peer associations and substance initiation// *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* — 2000.- Vol. 27, №4. - P. 599-616.
101. Mason A, Windle M. Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study // *J. Stud. Alcohol.* - 2001. - Vol. 62. - P. 44-53.
-
-

-
-
102. Moon D.G., Jackson K.M., Hecht M.L. Family risk and resiliency factors, substance use, and the drug resistance process in adolescence // *J. Drug Education*. - 2000. — Vol. 30, №4. - P. 373-398.
103. Reichelt-Nauseef S., Hedder C. Die Intervention - ein Beitrag der Familieentherapie zur fruhzeitigen ililfe fur den Alkoholiker und seine Familie // *Suchtgefahren*. - 1985. -V.31, N 3. - P. 221-270.
104. Hofner H., Reimann H., Immich H., Inzedenz seelischth Erkrankungen in Mannheim 1965 // *Sozialpsychiatrie*. - 1969. № 4. - s. 126-135;
105. Dohrenwend B.P., Dohrenwend A.S., Social and cultural influences on psychopathology // *Annual Ref. Psychol*. - 1974 - № 25, - P. 417-453;
106. Thalmann H.C., *Verhaltensstörungen im Grundschulalter*. - Stuttgart: Klett, 1971;
107. Ковалев В.В. Основные вопросы проблемы психогенных заболеваний на измененной почве // Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве»: Матер.научн.практ.конф. в г. Воронеж 21-22 октября 1982г. - Воронеж, 1982. - С.5-2.
108. Ушаков Г.К. *Пограничные нервно-психические расстройства*. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1987 - 304 с.;
109. Гонопольский М.Х. *Некоторые актуальные проблемы наркологии: Актовая речь*. - Алма-Ата: Наука. - 1985.
110. Макаров В. В. *Развитие алкоголизма у подростков: Автореф. дис. канд.мед. наук*. - Новосибирск, 1981. - 18 с.
111. Ladame F. La crise d'adolescence // *Schweizer Archiv Neurol., Neurochirurgie u Psychiatrie*, 1984. N. 2. S. 263-266;
112. Личко А.Е. *Подростковая психиатрия*. - Изд.2-е, доп. и перераб. - Л.: Медицина. - 1985. - 416 с.
113. Семке В.Я. Аддиктивная личность в зеркале персонологии // *Наркология*, № 1, 2002. - С.27-34.
114. Dimoff T., Carper S. How to tell if your kids are using drags. - New York, 1992. - P.88-139.
115. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг - поведение как проблема наркологии // *Вопросы наркологии*, № 1, 1996. - С.76 - 82.
116. Идрисова А.М., Молчанов С.Н., Нургазина А.З., Букаева С.К., Сембинова А.С. Исследование копинг-стратегий и копинг-ресурсов у наркозависимых // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 2 (28), 2003. - С.71-73
117. Россинский Ю.А. *Расстройства психической адаптации в подростковом возрасте, как мишень превентивной медицины в плане профилактики зависимости к психоактивным веществам // Вопросы наркологии*, № 1, 2001. - С.77 - 81.
118. Нестерова А.А., Человечкова Е.М., Титова В.В., Демьяненко Н.В. *Психологические аспекты анти-наркотического воспитания // Материалы научно-практической конференции «Опийная наркомания в молодом возрасте»*. - Омск: ОГМА, 1999. - 82 стр.
119. Денисова Е.В., Рамм А.Н. Преморбидные личностные особенности наркозависимых // *Вопросы наркологии Казахстана*, том 1, № 1, 2001. - С.49-50
120. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Преморбидные характеристики больных героиновой наркоманией подросткового возраста // *Наркология*, № 7, 2002
121. Иванова В.Е. Анализ личностных особенностей в формировании аддиктивного поведения // *Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте: Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием под ред. проф. Бохана Н.А.* - Томск, 2003. - С.39-44
122. Худяков А.В. Аддиктивная личность с позиции системы отношений // *Наркология*, № 9, 2002. - С.47-50
123. Четвериков Д.В. *Психопатология, клиническая динамика и коррекция аддиктивного поведения подростков, злоупотребляющих опиатами: Автореф. на соискание уч. степ. к.м.н.* - Новосибирск, 1997. - 23с.
124. Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Савельева С.В. *Некоторые психологические особенности больных опийной наркоманией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*, том 103, № 5, 2003. - С.71-72
125. Бохан Н.А., Мандель А.И., Ветлугина Т.П. Проблема реабилитации в контексте клинко-патогенетической гетерогенности аддиктивных расстройств // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 1 (23), 2002. - С.15-21
126. Жигинас Н.В. Гендерные особенности социализации агрессивных девиантных подростков // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 3 (25), 2002. - С.51-55
127. Батуринов Е.В. Гендер-ассоциированные типы героиновой наркомании у подростков // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 2 (28), 2003. - С.67-71
128. Личко А.Е., Битенский В.С. *Подростковая наркология*. - Л.: Медицина, 1991.
129. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. *Клинико-психологическая диагностика взаимоотношений в семьях подростков с психопатиями, акцентуациями характера, невротами и невротоподобными состояниями: Методические рекомендации*. - Л., 1987.- 26с.
-
-

-
-
130. Giancola P.R., Parker A.M. A six-year prospective study of pathways toward drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder // *J. Stud. Alcohol.* — 2001. — Vol. 62. — P. 166-178.
131. Brook J.S., Whiteman M., Finch S., Cohen P. Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social-environmental antecedents // *J. Genet. Psychol.* — 2000. — Vol. 161, №1. — P. 37-51.
132. Loukas A., Fitzgerald H.E., Zucker R. A., von Eye A. Parental alcoholism and co-occurring antisocial behavior: Prospective relationships to externalizing behavior problems in their young sons // *J. Abnorm. Child Psychol.* — 2001. — Vol. 29, №2. — P. 91-106.
133. Красильников Г.Т., Кулеш С.И., Ли К.В. Феноменологические и мотивационные аспекты аддиктивного поведения при алкогольных аддикциях // *Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии», Томск: «Раско», 2003. — С.131-135*
134. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / В кн.: *Лекции по наркологии, под ред. проф. Иванца Н.Н.: «Нолидж».* — М., 2000. — С. 309-341
135. Пелипас В.Е. О сленге наркоманов // *Вопросы наркологии, 1999, № 2, С. 74-75.*
136. Симонова Е. Возможности когнитивного подхода в психотерапии химической зависимости // *Московский психотерапевтический журнал, № 4, 2001, С. 132-143.*
137. Павлов И.С., Корень С.В. Задачи и цели психотерапии в комплексном лечении наркоманической зависимости // *Вопросы наркологии Казахстана, Т. 2, № 1, 2002, С. 39-40.*
138. Катков А.Л. Феномен психотерапии // *Наркология, № , 2003*
139. Завьялов В.Ю. Дианализ – новая система интегративной психотерапии в наркологии // *Наркология, 2002, № 9, С. 36-41.*
140. Россинский Ю.А., Бохан Н.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация и неоабилитация) // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии, № 1 (27), 2003. — С.130-132*
141. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change // *American psychologist* “s, 1992, Vol. 47, p. 1102-1114.
142. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства.* М., 1994.
143. Попов Ю.В. *Границы и типы саморазрушающего поведения у детей и подростков. «Саморазрушающее поведение у подростков», Л., 1991.*
144. Личко А.Е. *Подростковая психиатрия.* — М., 1979
145. Сухарева Г.Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II. — М.: Медицина, 1959., Т. III. — М.: Медицина, 1965. — 406 с.;*
146. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. — *Обозр. психиат. и мед. психол., 1994/1, с.63-74.*
147. Короленко Ц.П., Донских Т.А. *Семь путей к катастрофе.* — Новосибирск, 1990
148. Kuperman S., Schlosser S.S., Kramer J.R. et al. Risk domains associated with an alcohol dependence diagnosis // *Addiction.* — 2001.- Vol. 96. — P. 629-636.
149. Кондратьев М.Ю. Особенности психосоциального развития подростков // *Вопросы психологии, №3, 1997.*
150. Пятницкая И.Н. - *Наркомания. М. Медицина, 1997.*
151. Dorn N. *Alcohol, youth and state.* — London, Canberra: Croo lielm, 1983.
152. Гульдман В.В., Романова О.Л., Корсун А.М., Шведова М.В. - *Эмоционально-когнитивный диссонанс в структуре представлений школьников о наркомании и токсикомании. «Психологические исследования и психотерапия в наркологии». Л. 1989*
153. Рожнов В.Е. *Гипнотерапия // В кн. Руководство по психотерапии. — Ташкент, 1985. — С.156-188*
154. Карвасарский Б.Д. *Психотерапия. — М.: Медицина, 1985. — 304с.*
155. Колосов В.П. *История кафедры психотерапии // Вопросы ментальной медицины и экологии, Павлодар, 2002, Т. 8, № 1, С. 10-11*
156. Рожнов В.Е. *Руководство по психотерапии // Медицина УзССР. - Ташкент, 1979. — 636 стр.*
157. Бротигам В., Кристиан П., Рад М., *Психосоматическая медицина: кратк. Учебн./Пер. с нем. Г.А.Обухова, А.В.Брунека; Предл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.*
158. Датлер В., Фельт У. *Психотерапия – самостоятельная дисциплина? // В кн. Психотерапия – новая наука о человеке под ред. А.Притца, М., 1999. - С. 58-90*
159. Карвасарский Б.Д. *Психотерапевтическая энциклопедия // Питер, 2002.*
160. Макаров В.В. *«Избранные лекции по психотерапии». — М.: «Академический проект». 1999.*
161. *Эволюция психотерапии. — М.: «Класс». - том I-IV, 1998.*
162. Катков А.Л. *Манифесты развивающей психотерапии // Московский психотерапевтический журнал, № 3, 2001, С. 49-78*
-
-

-
-
163. Катков А.Л. Пути повышения эффективности первичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ // *Вопросы наркологии Казахстана*, Т. 2, № 1, 2002, С. 34-37.
164. Ромек Е.А. Социальный статус психотерапии: Становление, функция, концептуально-методологические основания // Автор. дисс. док. филос. наук. Ростов-на-Дону: Ростовский государственный университет, 2003.
165. Семке В.Я. Психотерапия шизофрении // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, 2000, № 3, С. 4-8.
166. Короленко Ц.П., Бочкарева Н.Л., Стукалина О.П., Загоруйко Е.Н., Зинина А.И., Кудрина В.В. Коморбидные состояния при аффективных расстройствах депрессивного спектра // *Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии*, Материалы Всероссийской конференции, Томск, 2003. – С.125-126
167. Walsh B.M., Rosen P.M. *Self-Mutilation: Theory, Research and Treatment*. – New York: Guilford Press, 1988
168. Ситдииков З.А. Сочетанное лечение тревожно-фобических расстройств // *Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии*, Материалы Всероссийской конференции, Томск, 2003. – С.195-196
169. Gold J.R. *The Integration of Psychoanalytic, Cognitive, and Interpersonal Approaches in the Psychotherapy of Border-line and Narcissistic Disorders* // *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, № 9 (1), 1990. – P.49-68
170. Konstantareas M.M. *A Psychoeducational Model for Working with Families of Autistic Children* // *Journal of Marital and Family Therapy*, № 16 (1), 1990. – P.59-70
171. Barnard G.W., Fuller K., Robbins L., Shaw T. *The Child Molester: An Integrated Approach to Evaluation and Treatment*. - New York: Brunner/ Mazel, 1989
172. Wolfe B.E. *Phobias, Panic, and Psychotherapy Integration* // *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, № 8 (3), 1989. – P.264-276
173. Валентик Ю.А. Континуальная психотерапия больных с зависимостью от психоактивных веществ // В кн. *Лекции по наркологии под ред. Иванца Н.Н.* – М.: «Медпрактика», 2001. – С.269-287
174. Катков А.Л., Алтынбеков С.А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // *Вопросы наркологии Казахстана*, Т. 2, № 1, 2002, С. 30-33
175. Макаров В.В. Психотерапевтические аспекты российской наркологии // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, Т. 8, № 2, 2002, С. 78-83
176. Абакумов Е.Г., Гирич Я.П., Коробицина Т.В., Сумароков А.А. Возможности комплексного немедикаментозного лечения психоорганических расстройств при зависимости от этанола // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 2 (28), 2002. – С.78-81
177. Бохан Н.А., Россинский Ю.А. Интегративно-развивающие подходы в лечении пограничных состояний, психосоматических расстройств и наркологических заболеваний (реабилитация и неоабилитация) // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 1 (27), 2003. – С.130-132
178. Platt J.J. *Heroin addiction. Theory, research and treatment. Treatment advances and Aids*. – Vol. 3, Malabar, Florida: Kreiger, 1995
179. Washton A.M. *Cocaine Addiction: Treatment, Recovery, and Relapse Prevention*. – New York: Norton, 1989
180. Яковлев О.Н., Филатова Е.Г., Вейн А.М. Психотерапия у пациентов с частыми приступами мигрени // *Журнал неврологии и психиатрии*, 2002, № 10, С. 46-51.
181. Щеглова И.Ю. Фармакологическое и психотерапевтическое лечение невротических нарушений у пациенток с хроническими тазовыми болями // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 1 (27), 2003. – С.137-140
182. Сидоров П.И., Панков М.Н. Позитивная психотерапия в работе с пациентами хосписа // *Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова*, № 2, 1997, С. 25-28.
183. Колбасин Ю.В., Смирнов В.Е. Опосредованная психотерапия // *Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Т. 8, № 1, 2002. – С. 11-15
184. Володин Б.Ю., Володина Л.Н. Использование транзактного анализа в онкологии // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, Т. 8, № 2, 2002, С. 13-15.
185. Комкова Е.П., Кокорина Н.П. Внутренняя картина болезни у онкологических больных // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 1 (27), 2003. – С.149-150
186. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Ц., Якимова М.А., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. От этиопатогенеза к терапии и психологической реабилитации онкобольных // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 2 (28), 2003. – С.117-120
187. Захаров А.И. *Психотерапия неврозов у детей и подростков*. – Л.: Медицина, 1982. – 216с.
188. Ховрачев А.П., Ховрачева О.В. Транзакционный анализ материнской патологии // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, Т.8, №2,2002. – С. 42 – 45.
189. Крузе А. Расстройства в пожилом возрасте: интервенция // В кн. *Клиническая психология под ред. Перре М., Баумана У.* – Питер, 2002. – С. 1202-1216
-
-

-
-
190. Вельвовский И.З., Лингарт Н.К., Багалея Е.М. Психотерапия в клинической практике. - Киев: Здоровье, 1984. - С.109-128
191. Спицын К.К. К методике массовой психотерапии алкоголиков // Казанск. мед. журнал, 1928, № 3. - С. 347-350
192. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Мейроян А.А., Рыбакова Т.Г. Групповая и семейная психотерапия при алкоголизме: Методические рекомендации. - М., 1980. - 30с.
193. Бокий И.В., Цыцарев С.В. Исследование механизмов эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. - Л.: Медицина, 1982. - С.93-98
194. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. Современная тенденция создания терапевтических программ в наркологии // В кн. Психологические исследования и психотерапия в наркологии. - Л., 1989. - С.7-11
195. Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение // под общ. Ред. М.М.Кабанова. СПб.: Изд. Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, 1996, Т. 136, 188 стр.
196. Карвасарский Б.Д. Учебник Психотерапия. Питер, 2000, 536 стр
197. Pellegrini D.S. Training in social problem - solving // In Rutter M., Hersov L. Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, 2ed edn. - Oxford: Blackwell Scientific, 1985
198. Rutter M. Psychological therapies in child psychiatry: issues and prospects // In Rutter M., Hersov L. Child and adolescent psychiatry: Modern approaches, 2ed edn. - Oxford: Blackwell Scientific, 1985
199. Kazdin A.E. Treatment of antisocial behavior in children: current status and future directions // Psychological Bulletin, 102, 187-23, 1987
200. Перлз Ф. Внутри и вне помойного ведра: практикум по гештальт терапии. - СПб.: «Петербург XXI век», 1995. - 448 стр.
201. Катков А.Л. Базовая динамика организационных подходов в психотерапии - от элитарных к социализированным // Вопросы ментальной медицины и экологии, 2000, Т. 6, №3, с.7-18.
202. Крупицкий Е.М., Бураков А.М. Анкета для оценки синдрома ангедоний у детоксифицированных больных опийной наркоманией // Вопросы наркологии, 2000, № 4, С. 43-45.
203. Залевский Г.В., Логунцова О.Н., Непомнящая В.А. Качество жизни как комплексная характеристика жизнедеятельности человека // Сибирский психологический журнал, № 16-17, 2002, С. 102-103.
204. Голдобина О.А., Соколов Я.В. Роль и место мониторинга психического здоровья в решении проблем оказания специализированной помощи детям и подросткам // Вопросы ментальной медицины и экологии, Т. 9, № 1, 2003, С. 28-34.
205. Россинский Ю.А. Психологическое, психическое и соматическое здоровье как аспекты интегрального здоровья и их значение в «пограничной» психиатрии и наркологии // Вопросы ментальной медицины и экологии, Т. 9, № 1, 2003, С. 79-83.
206. Захаров Ю.А. Наркотики: от отчаяния к надежде. - М., 2001. - С.57-93
207. Эйдемиллер Э.Г., Щеголев А.А. Обоснование выбора метода психотерапии при неврозах детского и подросткового возраста // В кн. Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сборник научных трудов. - Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 1988. - С.60-66
208. Игумнов С.А. Клиническая психотерапия детей и подростков. - Минск: Белорусская наука, 1999. - 189с.
209. Нахимовский А.И., Шишков В.В. Практическая психотерапия. - СПб: Питер, 2001. - С.428-436, С.457-466.
210. Ремимидт Х. Психотерапия детей и подростков. - М.: Мир, 2000. - 656с.
211. Мюллер У., Кашинер К. Поведенческая психотерапия // В кн. Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х. - М.: Мир, 2000. - С.129-142
212. Yule W. Developmental considerations in child assessment // In Ollendick T.H., Hersov M. Handbook of child and adolescent assessment, New York: Pergamon Press, 1990
213. Нибергаль Г. Групповая психотерапия, психодрама и ролевая игра // В кн. Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х. - М.: Мир, 2000. - С.177-195
214. Варнке А. Злоупотребление наркотическими веществами // В кн. Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х. - М.: Мир, 2000. - С.344-360
215. Wilson P., Hersov L. Individual and group psychotherapy // In Rutter M., Hersov L. Child and adolescent psychiatry: Modern approaches. - Oxford: Blackwell Scientific, 1985
216. Ремимидт Х., Кашинер К. Глубинно-ориентированная психотерапия // В кн. Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х. - М.: Мир, 2000. - С.106-121
217. Кампман-Эльзас К. Кататимные образные переживания // В кн. Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х. - М.: Мир, 2000. - С.122-128
218. Мартин М. Аутогенная тренировка // В кн. Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х. - М.: Мир, 2000. - С.144-151
-
-

-
-
219. Рожнов В.Е., Драпкин Б.З. Особенности психотерапии у детей и подростков // В кн. *Руководство по психотерапии под ред. Рожнова В.Е.* – Ташкент: Медицина, 1979. – С.497-516
220. Ремимидт Х. Комбинированная психотерапия // В кн. *Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х.* – М.: Мир, 2000. – С.253-258
221. Попов Ю.В. Особенности психотерапии при ранней алкоголизации и токсикоманическом поведении подростков с психопатическими расстройствами. «Психологические исследования и психотерапия в наркологии», Л., 1989.
222. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 191с.
223. Зыков О.В. Реабилитационное пространство для несовершеннолетних группы риска: опыт реабилитации // В сб. *Профилактика наркомании и алкоголизма в подростково-молодежной среде.* – М.: ГК РФ по молодежной политике, 2000. – С.41-56
224. Гарбузов В.И. Практическая психотерапия, или как вернуть ребенку и подростку уверенность в себе, истинное достоинство и здоровье. – СПб: Издательство АО «Сфера», 1994. – С.108-145
225. Рожков И., Ковальчук М.А. Формирование рефлексивной позиции у ребенка как основное условие оказания помощи молодежи с отклоняющимся поведением // *Вопросы наркологии Казахстана*, том 2, № 2, 2002. – С.96-97
226. Зыков О.В. Реабилитационное пространство для несовершеннолетних различных групп риска: концептуальная схема // *Вопросы наркологии*, № 4, 1998. – С.66-69
227. Егоров А.Ю. Возрастная наркология. – СПб: «Дидактика Плюс». М.: «Институт общегуманитарных исследований», 2002, 266 стр.
228. Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: практическое руководство для врачей – М.: Медпрактика, 2002. – С.65-71, С.133-170
229. Александров А.А. Цели и задачи психотерапии при основных типах делинквентного поведения у подростков // В кн. *Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях: Сборник научных трудов.* – Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 1988. – С.69-74
230. Пятницкая И.Н., Найденова Н.Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2002. – 252с.
231. Карвасарский Б.Д., Ледер С. Групповая психотерапия. – М.: Медицина, 1990. – С.121-148
232. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Исследование механизмов эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. – Л.: Медицина, 1982. – С.115-119
233. Маттеят Ф. Семейная психотерапия // В кн. *Психотерапия детей и подростков под ред. Ремимидта Х.* – М.: Мир, 2000. – С.196-230
234. Luborsky L., Singer B., Luborsky L. Comparative studies of psychotherapy // *Archives General Psychiatry*. 1975, N 35, p. 995-1008.
235. Bergin A.E., Lambert M.I. The evaluation of therapeutic outcomes // S.L.Garfield, A.E.Bergin (Eds.) // *Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical Analysis*. 2nd ed.. - New York, Wiley, 1978
236. Shapiro D.A., Shapiro D. Meta-analysis of comparative theory outcome study: A replication and refinement // *Psychological Bulletin*. 1982, N 92, p. 581-604.
237. Orlinsky D.E., Howard K.L. Progress and outcome in psychotherapy / In S.L.Garfield, A.E.Begin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 1986, p. 311-384.
238. Sugar M. The adolescent in group family therapy. – New York, 1975
239. Дудко Т.Н., Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Геринг А.А., Котельникова Л.А. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, Москва, 2001, 68 стр.
240. Нургазина А.З. Психотерапия с подростками, входящими в группы риска по наркологическому профилю // *Вопросы наркологии Казахстана*, Т. 1, № 2, 2001, С. 92-94.
241. Кривенков А.Н., Игонин А.Л. Медицинский аспект профилактики зависимости от психоактивных веществ среди несовершеннолетних // *Вопросы наркологии Казахстана*, том 2, № 2, 2002. - С.107-113
242. Лопатин А.А., Селедцов А.А., Казанцева Т.В., Кокорина Н.П. Реабилитация несовершеннолетних с аддиктивными формами поведения // *Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии».* – Томск: «Раско», 2003. – С.147-148
243. Нургазина А.З., Идрисова А.М., Букаева С.К., Молчанов С.Н. Изучение формирования у подростков аддиктивного поведения и психокоррекция // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*, № 2 (28), 2003. – С.73
244. Пак Т.В., Нургазина А.З. Особенности групповой психотерапии подростков // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, Т. 9, № 1, 2003, С. 18-23.
245. Сидоров П.И., Митюхляев А.В. Ранний алкоголизм. – Архангельск: Издательство АГМА, 1999. – 305с.
-
-

-
-
246. Кэррел С. Групповая психотерапия подростков. – СПб: Питер, 2002. – С.29-34, С.211-217
247. Faith MS, Fontaine KR, Cheskin LJ, Allison DB. Behavioral approaches to the problems of obesity. - *Behav Modif.*, № 24 (4), 2000. – P.459-493
248. Price JR, Couper J. Cognitive behaviour therapy for adults with chronic fatigue syndrome (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2001. Oxford: Update Software.
249. Cormac I, Jones C, Campbell C Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.
250. Прутц А., Тойфельхарт Х. Психотерапия – наука о субъективном медицине // В кн.: Психотерапия: новая наука о человеке, под ред. А.Прутца, Деловая книга. Екатеринбург, 1999, С. 10-30
251. Bernstein D.A., Roy E.J., Strull T.K., Wickens C.D. *Psychology*. – Boston: Houghton Mifflin Co, 1988
252. Stiles W.B., Shapiro D.A., Elliott R. Are all psychotherapies equivalent? // *American Psychologist*. 1986, N 41, p. 165-180.
253. Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B.K. Process and outcome in psychotherapy – noch einmal // In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley, 1994, p. 270-329.
254. Спрангер Б.Е. Ключевые принципы построения профилактических антинаркотических программ для подростков // *Вопросы наркологии*, № 3, 1993. – С.48-53
255. Sheldrick C. Treatment of delinquents // In Rutter M., Hersov L. *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*, 2ed edn. – Oxford: Blackwell Scientific, 1985
256. Уильямс Э. Вы – супервизор. Шести-фокусная модель, роли и техники супервизии. М.: «Класс», 2001, 276 стр.
257. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Санкт-Петербург: «Речь», 2002, 351 стр.
258. Schulte D. Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Overblincksarbeit // *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*, 1993, N 22, S. 374-393.
259. Brewin C.R. *Cognitive foundation of clinical psychology*. – London: Erlbaum, 1988
260. Howald K.I., Lueger R.J., Maling M.S., Martinovich Z. A phase model of psychotherapy outcome: causal meditation of change / Paper presented at the 23 Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, CA, 1992.
261. Вагнер Э. Психотерапия, как наука, отличная от медицины / В кн.: Психотерапия: новая наука о человеке, под ред. А.Прутца, Деловая книга. Екатеринбург, 1999, С. 249-281.
262. Катков А.Л. Сквозная модель профилактики – ресоциализации в наркологической практике // Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте: Сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием под ред. проф. Бохана Н.А. - Томск, 2003. – С.154-155
263. Макаров В.В., Кириллов И.О., Чобану И.К. 3 Всемирный конгресс по психотерапии // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, 2002, Т. 8, № 4, С. 9-20.
264. Тукаев Р.Д. Психотерапия: структуры и механизмы. – М.: Медицинское информационное агентство МИА, 2003. – 295 стр.
265. Berkovitz I.H., Sugar M. Adolescent psychotherapy, group psychotherapy, family psychotherapy // In Sugar M. *The adolescent in group and family therapy*, New York, 1975. – P.3-23
266. Bloch S. Therapeutic factors in group psychotherapy // *Archives General Psychiatry*, 1981, 38, 5. – P.519-525
267. Лейн Д., Миллер Э. Детская и подростковая психотерапия. – СПб: Питер, 2001. – 438с.
268. Исурина Г.Л. Механизмы психологической коррекции личности в процессе групповой психотерапии в свете коррекции отношений // В кн. Карвасарский Б.Д., Ледер С. Групповая психотерапия. – М.: Медицина, 1990. – С.89-120
269. Соложенкин В.В. Психологические механизмы личностного роста, факторы препятствия ему и службы психического здоровья // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, 2000, Т. 6, № 3, С. 41-42.
270. Кошкина Е.А. Проблемы употребления психоактивных веществ среди молодежи // *Вопросы наркологии*, Т. 2, № 2, 2002. – С.89 - 90
271. Дмитриева Т.В. Геитальт подход в работе с парами и семьями // *Вестник психосоциальной и коррекционно – реабилитационной работы*. – 1999, №1. с. 27 – 37.
272. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании у подростков. От теории к практике. – М., 2001.
273. Лаврова Н.М., Мельников А.В., Лавров В.В., Дедков Р.О. Интенсивно-интегративная групповая психотерапия // *Вопросы ментальной медицины и экологии*, 1999, Т. 5, № 4, С. 44-45.
274. Мазур Е.С. От гуманистической психологии личностного роста – к экзистенциальной психологии жизнестворчества // *Московский психотерапевтический журнал*, 2001, № 2, С. 150-154.
275. Сидоров П.И. Пропаганда здорового образа жизни в наркологической превентологии // *Наркология*, 2003, № 5, С. 2-14.
-
-

-
-
276. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивация в контексте первичной, вторичной и третичной профилактики наркомании // *Наркология*, № 8, 2002. – С.26-30
277. Тукаев Р.Д. Российская мультимодальная психотерапия. Часть 1. На распутье. – М.: Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России, 2003. – С.1-19
278. Pfeiffer W. [What makes a consultation therapeutic? On the cultural characteristics of psychotherapeutic methods][Article in German] // *Psychother Psychosom Med Psychol.*, 1991, v. 41 (3-4). – P. 93-101.
279. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А. Транскультуральная наркология и психотерапия. – Томск, 2001. – 162 стр.
280. Семке В.Я. Реалии и перспективы транскультуральной наркологии // *Наркология*, № 1, 2003. – С.44-48
281. Катков А.Л. Информационно-экономическая концепция деятельности системы психиатрической помощи в условиях рыночных отношений. Информация и формирование феномена психического здоровья. Вопросы психиатрии и наркологии (сборник научных трудов). – Изд. «АО Кустанайский печатный двор». Том XIII, 1995, с. 295-305;
282. Роджерс К. О групповой психотерапии. М., 1993.
283. Лицук В.А. научные основы здоровья // *Вестник РАМН*, 1994, №4. с. 55 – 59
284. Никитин В.Н. Энциклопедия тела. М., 2000.
285. Пезешкиан Н. «Психотерапия повседневной жизни». – М.: «Медицина» 1995. – 336 с.

**АТҰ ЖАҰЫМДЫ ЖҰ НЕ ЖАҰЫМСЫЗ МҰРТЕБЕСІ БАР ОПИЫНДЫҰ НАШАҰОРЛЫҰ
НАУҰ АСТАРДЫҰ КЛИНИКАЛЫҰ - ДИАГНОСТИКАЛЫҰ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Ж. Ұ. Мұсабекова, А. Т. Есұалиева, Ю. А. Россинский

Осы маұалада АТҰ жаұымды жұне жаұымсыз мұртебесі бар опиындыұ нашаұорлыұ науұастарда жабырұау серпіліс білдірудіұ сенімді айырмашылыұ деұгейі ұсынылды.

**МҰБ БАҰДАРЛАМАСЫНДА НАШАҰОРЛЫҰ НАУҰ АСТАРДЫҰ
КОНТИНУАЛДЫҰ ПСИХОТЕРАПИЯ**

Т. В. Пак

Осы маұалада опиындардан тұуелді адамдардыұ кешен медициналыұ-ұлеуметтік сауыұтыру баұдарламаларында континуалдыұ психотерапиялыұ жолдыұ салыстырмалы тиімділіктіұ зерттеуініұ аралыұ нұтижесі кұрсетілген. Психотерапиялыұ блоктардыұ (мотивациялыұ, интегративтік-дамитын, противорецедивтік жұне ұолдау, отбасылыұ жұне ерлі-зайыпты емдеу) континуалдыұ ұанау есебінен ұзара белгіленген осы психотерапиялыұ жолдыұ тиімділігі негізделген, оныұ стратегиялыұ функционалдыұ концепті – МҰБ баұдарламаларында есірткіге ұарсы тұраұтылыұтыұ психикалыұ денсаулыұтыұ дефицитарлыұ ұасиеттерініұ дамуы болып табылды.

ЖАСТЫҰ ШАҰЫНДА САУЫҰ ТЫРУ Ұ ЛУЕТ ДЕҰ ГЕЙІН АНЫҰ ТАУ

А. С. Ұаражанова

Осы маұалада психикалыұ белсенді заттарды кемелетке толмаұан тұтынушыларда сауыұтыру ұлует баұалаудыұ шұкіл бейімделу нұсұасы кұрсетілген.

Манызды сұздер: ПБЗ ұиянат жасау, кемелетке толмаұан тұтынушы, сауыұтыру ұлует, сауыұтыру баұдарлама.

**АДДИКТИВТІК МІНЕЗ-ҰҰЛЫҰ БАЙҰ АУЫНЫҰ СЕБЕБІНІҰ БІРІ СИЯҰ ТЫ
КОММУНИКАТИВТІК ДАҰДЫНЫҰ Ұ АЛЫПТАСПАУЫ**

Н. В. Николаева, А. С. Ұаражанова

Осы маұалада ұлы ұұралдарды ұиянат жасайтын балалардыұ медициналыұ-ұлеуметтік баұдарламадағы психотерапиялыұ ұсердіұ баұытыныұ бірі-даұдыныұ ұалыптасуы кұрсетілген.

Маұызды сұздер: ПБЗ ұиянат жасау, кұмелетке толмаұан тұтынушылар, сауыұтыру баұдарлама.

**НАКРОЛОГИЯЛЫҰ ПРОФИЛІ БОЙЫНША ТҰ УЕКЕЛ ТОПТЫҰ ЖАСҰ СПІРІМДЕР
ТҰ ЛҰАСЫ Ұ АЛЫПТАСУЫНА ШАҰЫН ОРТАНЫҰ Ұ СЕРІ**

Ұ. З. Нұрұазина, Б. А. Азанова

Маұала шаұын орта ұсерін зерттеуге арналұан, атап айтұанда жасұспірімдер тұрбиеленген жаұымсыз медициналыұ-ұлеуметтік мұртебе, жасұспірімдерде психикалыұ белсенді заттардан ұалыптасуына жұне олардыұ ПБЗ ерте ұуес болуға мұмкіндік тұұызды.

Маұызды сұздер: шаұын орта, жасұспірімдер, психикалыұ белсенді заттар.

ПРИАРАЛЬЕДЕ ТҰРАТЫН ТҰРҰЫНДАРДА АЛКОГОЛЬДІК ТҰУЕЛДІЛІКТІ ДОНОЗОЛОГИЯЛЫҚ НЫСАНДАРЫНЫҚ ҚАЛЫПТАСУДЫҚ УҚЖДЕМЕЛІК ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Ж. Ж. Бултачев, Д. Ж. Шахутдинов

Арал аймағында алкогольді ішуі статистикалық сенімді басымдылық екені көрсетілді. Уқждемені анықтау және білу үшін немі алкогольді ішкен емделушілер зерттелді. Олар, «Алкогольді ішудің уқждемесі» жүйесі бойынша сауалнаманы Аралдан 234 және Қызылордадан 105 адам тті.

Алынған мәліметтер неврологиялық кәріністер негізінде мүмкін болған ол эмоционалды тұрақсыздықты құландырады, сондықтан Аралда жүргізуші уқждеме атарактиялық болып табылатын тұлғалық деңгей уқждеме екенін көрсетеді. Қызылордада әлеуметтік уқждеме басымдылық, жүргізуші уқждеме қоршаған адамдарды зорлап ішкізуі болып табылады.

ОПИЫНДЫҚ НАШАҚОРЛЫҚТЫҚ ЕРТЕ ПОСТАБСТИНЕНТТІК КЕЗЕҢІНДЕ МІНЕЗ-ҚАЛЫПТЫҚ ЖӘНЕ ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУДЫҚ ҚОСУ ДҰРЛІК ЕМДЕУГЕ ДИФФЕРЕНЦИРЛГЕН ЖОЛЫ

А. В. Грузман

Осы жұмыста опиындық нашақорлықтық ерте постабстиненттік кезеңінде мінез-қалыптық және психикалық бұзылудың қосу дәрілік емдеудің дифференцирлген тиімділігін зерттеуі атқарылған. Осы зерттеудің мақсаты опиынмен қиянат жасалған науқастарда ерте постабстиненттік кезеңінде дәрілік рецидивке қарсы емдеу атқару мақсатымен қосу емдеу үшін нақты дәрілік препаратты таңдау болды, сонымен қатар қырамы бойынша бір түрлі терапиялық қосуды белгілеу үшін көрсеткіштерді анықтау. Терапиялық қосуға келесі препараттар топтары кірді: нейролептиктер, антидепрессанттар, антиконвульсанттар. Бірінші қосуға кірді (рисполепт, зосерт, зептол). Екінші қосуға кірді (рисполепт, феварин, зептол).

№ 1 зерттеу топта рисполепт, сертралин, карбамазепин қолдануымен абстиненттік бұзылулары және постабстиненттік кезең қырылымында астениялық және адинамиялық көрсеткіштері бар емделушілер қалайы қсерге жетті, қосымшалы соматикалық бұзылу негізінде және циклотимиялық пен эквалтирлген сипатталған науқастарда болатын жақымсыз денелік сентенциялары болған мазасыздану (Шмишеку бойынша).

№ 2 зерттеу топта рисперидон, флуфоксамин, карбамазепин қолдануымен қоршағандарға қатынас бойынша ашуланшақтық, қырақсыздық және басқыншылық бар мінез-қалыптық бұзылулары басым ететін абстиненттік бұзылу қырылымы бар емделушілер қалайы қсерге жетті. Осы емделушілерде жақымсыз бұзылулар соматикалық сырқатты халдарымен емес аффектілік қозыштықпен белгіленді. Қажырлы қйқысыздық түрінде қйқынық бұзылуы болды. Емделушілердің арасында психологиялық зерттеу кезінде қоздыруы бар сипатталған тұлғалар көбірек боды (Шмишеку бойынша).

ОПИЫНДАРДАН ТҰУЕЛДІ НАУҚАСТАРДА ЕСІРТКІГЕ ПАТОЛОГИЯЛЫҚ ҚУЕСТІГІМЕН ЖОЮ СИНДРОМДАРДЫҚ ДИФФЕРЕНЦИРЛГЕН ЕМДЕУІ

А. В. Грузман, А. А. Қасинов, А. Н. Рамм, В. В. Башилов, Г. А. Садвақасова, Б. Е. Төлегенова

Осы жұмыста опиындардан тұелділігі бар науқастарда осы ауыр деңгей жақдайын есептеуі мен есірткіге патологиялық қуес синдромы мен абстиненттік синдромның дәрілік емдеуге дифференцирлген жолдары қсынылған жүйесі «Нашақорлықтық медициналық-әлеуметтік проблемаларының қылыми-практикалық орталығы» РМҚК дәрі-дәрмектермен емдеу және сауықтыру бөлімшелерінде дайындап байқалды.

**ЖАС СІПІМ ЖАСТЫ ПСИХИКАЛЫ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН
ТҮЕКЕЛДІККЕ ҮЕСТЕНУ ТҮЕКЕЛДІК ЖҰНЕ ОЛАРДЫ ЕМДЕУ
ТҮСЕЛДЕРІ (ҮДЕБИЕТТІ ТАЛДАУ ШОЛУЫ)**

Ү. З. Нұрқазина

Мақала жас сiпiм жасты ерекшелiктерiн зерттеуге, оларды наркологиялы профилi бойынша тiуекелдiк тобына жатуына, жас сiпiмдерде психикалы денсаулыты талыптасуына, топты психотерапиянi ерекшелiктерi мен оны тиiмдiлiгiне, алашы алдын ала бағдарламаларына арналған.

Маңызды сiздер: жас сiпiмдер, тiуекелдiк тобы, психикалы белсендi заттар, топты психотерапия.

SUMMARIES

CLINICAL-DIAGNOSTIC FEATURES OF PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE AND HIV-INFECTED

Z. K. Musabekova, A. T. Eskalieva, Y. A. Rossinsky

In the given article authentic distinctions of a level of expressiveness of depressive reactions at patients with opioid dependence and with the verified positive and negative HIV-status are submitted.

CONTINUAL PSYCHOTHERAPY OF PATIENTS WITH DRUG DEPENDENCE IN REHABILITATION PROGRAMS

T. V. Pak

In the article intermediate results of research of comparative efficiency of the continual psychotherapeutic approach in programs of complex medico-social rehabilitation are reflected. Efficiency of the given psychotherapeutic approach due to continual operation of mutually conditioned psychotherapeutic blocks (motivational, integrative-developing, supportive and family therapy) is proved, strategic functional concept of the blocks is development of unprofitable properties of psychological health – drug resistance in rehabilitation programs.

DEFINITION OF A LEVEL OF REHABILITATION POTENTIAL IN AGE ASPECT

A. S. Karazhanova

In the present article the adapted variant of a scale of an estimation of rehabilitation potential at minor psychoactive substances users is resulted. Key words: abusing drugs, minor drug users, rehabilitation potential and rehabilitation program.

UNFORMING COMMUNICATIVE SKILLS AS ONE OF THE REASONS OF ADDITIVE BEHAVIOR

H. V. Nikolaeva, A. S. Karazhanova

In the present article one of directions of psychotherapeutic influence in the program of medico-social rehabilitation of children abusing toxic substances is resulted – it is formation of communication skills.

Key words: abusing drugs, minor consumers, rehabilitation program.

INFLUENCE OF A MICRO ENVIRONMENT ON FORMATIONS OF THE PERSONALITY OF TEENAGERS IN RISK GROUP

A. Z. Nurgazina, B. A. Azanova

The article is devoted to studying of influence of a micro environment, in particular adverse medical-social status of teenagers and families which they were brought up, on formation at teenagers of dependence from psychoactive substances and promoted their early familiarizing with psychoactive substances.

Key words: a micro environment, teenagers, psychoactive substances.

MOTIVATIONAL FEATURES OF FORMATION OF PRE-NOSOLOGICAL FORMS OF ALCOHOLIC DEPENDENCE IN THE POPULATION LIVING IN ARAL

Z. Z. Bultacheev, D. F. Shajhutdinov

It has been shown, that the use of alcohol in the Aral zone statistically authentically prevails. For revealing the reason and definition of motivation patients who on a regular basis take alcohol have been surveyed. It is 234 person from Aralsk, 105 person from Kyzylorda were questioned with the technique «Motivation of alcohol consumption». The received data show, that in Aralsk personal levels of the motivation prevail, leading motive is ataracsise, that testifies to emotional instability, probably, on a background neurotic display. In Kyzylorda the social motivation prevails, leading motive is the imposed binges of surroundings.

THE DIFFERENTIATED APPROACH TO THE COMBINED MEDICAMENTOUS THERAPY OF BEHAVIORAL AND MENTAL DISORDERS IN EARLY POST ABSTINENCE PERIOD OF OPIOID DEPENDENCE

A. V. Gruzman

In work the research of the differentiated efficiency of the combined medicamentous therapy of behavioral and mental disorders in early post abstinence period of opioid dependence is carried out. The aim of the given research was selection of concrete medicamentous preparations for therapeutic combinations with the purpose of carrying out medicamentous relapse therapy in early post abstinence period at the patients, abusing opioids, and also revealing of indications for prescribing various therapeutic combinations. The following groups of preparations have been included in therapeutic combinations: neuroleptics, energizers, anticonvulsive preparation. In researched group with use of rispolept, sertralin, carbamazepine the optimum effect has been achieved at patients with asthenic and adynamic displays in structure of abstinence disorders and post abstinence period, alarm caused by the unpleasant corporal maxims arising on a background of accompanying somatic disorder and at patients with cyclotomic and ecstatic strains.

In researched group № 2 with use risperidone, fluvoxamin, carbamazepine the optimum effect has been achieved at those patients at whom in structure of abstinence behavioral disorders prevailed with irritability, impulsiveness and aggression. Anxiety disorders at these patients have been caused by affective excitability, instead of somatic indispositions. Dream disorders as a persistent sleeplessness took place. At psychological investigation among patients persons with excitable strains prevailed.

THE DIFFERENTIATED TREATMENT OF WITHDRAWAL SYNDROMES AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE

A. V. Gruzman, A. A. Kusainov, A. N. Ramm,
V. V. Bashilov, G. A. Sadvakasova, B. E. Tulegenova

In the given work the differentiated approaches to medicamentous treatment of abstinent syndrome and withdrawal syndrome in view of grave condition degree at patients with opioid dependence are submitted. Offered techniques have been developed and approved in detoxification and rehabilitation departments of National Research Center on Drug Addiction.

NEUROLOGIC DISORDERS AT ABUSING HAND-MADE AMPHETAMINE DRUGS ON THE BASIS OF «COLDACT»

N. I. Guz

Results of clinical-neurologic research of 68 patients with the toxic encephalopathy caused by abusing hand-made drugs with amphetamine action on the basis of «Coldact» are submitted. Complications as heavy neurologic

disorders develop already after the second month of regular abuse. At patients it is prevailed extrapyramidal disorders, walking disorders and logopathy. For all patients vegetative and affective infringements were characteristic. Despite of the termination of abusing drugs, it is long heavy neurologic disorders are kept at patients. Specificity of neurologic complications conducts to early patient invalidization.

DYNAMICS OF PATTERNS OF NARCOTIC INTOXICATION AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE AND HIV INFECTED

A. T. Eskalieva, Y. A. Rossinsky, Z. K. Musabekova

In given article the connection of subjectively positive and subjectively negative displays of narcotic intoxication with a stage of development of narcotic dependence (1 stage - formation of a syndrome of mental dependence, 2 stage - formation of a syndrome of physical dependence, 3 stage - the fact of awareness with HIV infection) is submitted.

COMORBIDE MENTAL DISORDERS AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE AND WITH THE POSITIVE AND NEGATIVE HIV-STATUS

A. T. Eskalieva, Y. A. Rossinsky, Z. K. Musabekova

In the present work researches of the some comorbide mental disorders (specific disorders of the mature person (F 60), a depressive episode (F 32), recurrent affective disorders of mood (F 33), chronic affective disorders of mood (F 34), mental adaptation disorders) at patients with opioid dependence and with the positive and negative HIV-status are resulted.

SOCIAL - BIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE AND WITH THE POSITIVE AND NEGATIVE HIV-STATUS

A. T. Eskalieva, Z. K. Musabekova, Y. A. Rossinsky

In the present work results of research of some social-biographic characteristics of patients with opioid dependence and with the positive and negative HIV-status are resulted.

CHARACTERISTICS OF AN ABSTINENCE SYNDROME AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE AND WITH THE POSITIVE AND NEGATIVE HIV-STATUS

Z. K. Musabekova, A. T. Eskalieva, Y. A. Rossinsky

In given article authentic distinctions of clinical attributes of an abstinence syndrome as display of the generated syndrome of physical dependence at patients with opioid dependence and with the positive and negative HIV-status are resulted.

RISKS OF INVOLVING IN DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AT TEENAGE AGE AND WAYS OF THEIR CORRECTION

A. Z. Nurgazina

The article is devoted to studying of features of teenage age, their reference to risk group, formation at teenagers of psychological health, about features of group psychotherapy and its efficiency, about programs of primary prevention.

Key words: teenagers, group of risk, psychoactive substances, group psychotherapy