

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА**

**Том VI № 4**

**2006**

**Павлодар**

---

---

---

---

**Редакционная коллегия:**

д.м.н. С. А. Алтынбеков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н. М. Абдиров;  
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. Жузжанов; 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 (Алматы); Ю. В. Валентик (Москва); 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); Л. А. Степанова (Томск); 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](mailto:press@rncenter.kz)**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

## СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

### ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН**

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

**Том VI  
№ 4  
2006 год**

**выходит  
4 раза в год**

*Молчанов С. Н.*

Определение уровня реабилитационного потенциала, как диагностическая процедура выбора реабилитационной программы у лиц, зависимых от психоактивных веществ 7-25

*Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А., Пак Т. В.*

Клинико-психологическая идентификация персонологических состояний личности больного наркоманией: поведенческая сфера 26-30

*Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А., Пак Т. В.*

Клинико-психологическая идентификация персонологических состояний личности больного наркоманией: речь и аудиальная коммуникация 30-33

*Россинский Ю. А., Пак Т. В., Мусабекова Ж. К.*

Клинико-психологическая идентификация персонологических состояний личности больного наркоманией: эмоционально-волевая сфера 33-40

### ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

*Ажигулов Ж. К., Комарова О. Н., Новикова Е. В., Иванова Н. М.*

Опыт проведенного добровольного тестирования на наличие наркотических веществ в биологических жидкостях контингента учащейся молодежи г. Астаны в 2004 г. 41-43

*Нуралиев Б. Ж., Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А.*

Превалентные и относительные риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у подростков, страдающих психопатиями 43-47

*Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Пак Т. В.*

Клинико-психологическая идентификация клинико-персонологических статусов личности больного наркоманией: когнитивная сфера 47-59

*Хохлова К. А.*

Психологическая адаптация личности наркозависимых: уровневые и структурные характеристики 60-63

*Хохлова К. А.*

Теоретическое прогнозирование процесса неоабилитации личности наркозависимых 64-66

### КЛИНИКА

*Востриков В. В., Павленко В. П., Шабанов П. Д.*

Клинико-биохимические показатели крови больных опийной наркоманией в период абстиненции и формирования ремиссии 67-73

---

---

---

---

<i>Востриков В. В., Кузембаева Л. Б., Павленко В. П., Шабанов П. Д.</i>	
Мексидол (мексикор) в лечении постабстинентного состояния у больных с зависимостью от алкоголя	73-78
<i>Грузман А. В., Аяганова Д. Е., Бредихина Е. В., Камзина Л. Р., Кусаинов А. А., Рамм А. Н., Сабир Ж. Г., Садуакасова Г. А., Султанова К. Е., Тулегенова Б. Е.</i>	
Использование сомнола (зопиклона) для коррекции диссомнических расстройств в постабстинентном периоде у больных с зависимостью от опиоидов	79-83
<i>Кожжахметова Б. А., Булекова Г. А.</i>	
Опыт применения рисполепта (рисперидона) при лечении больных наркоманией	83-84
<i>Кузембаева Л. Б.</i>	
Применение препарата Пропротен - 100 при лечении больных алкоголизмом	84-87
<i>Лаврентьев О. В.</i>	
Применение препарата «Велаксин» в терапии постабстинентного состояния у пациентов с зависимостью от опиоидов	88-90
<i>Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К.</i>	
Превалентность случаев досрочного прекращения лечения в абстинентный и ранний постабстинентный периоды	90-92
<i>Рудяков С. В., Брыжахин П. Г., Хасс С. Х., Филипов А. И.</i>	
Опыт применения ноофена в лечении наркозависимых лиц	93

## **ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ**

<i>Гузь Н. И.</i>	
Современное состояние вопроса о распространённости, патогенезе и клинике неврологических расстройств в следствие употребления психостимуляторов кустарного изготовления (обзор)	94-99
<i>Резюме</i>	100-107
<i>Библиография к журналу «Вопросы наркологии Казахстана» за 2006 год</i>	10-110

---

---

---

---

# VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

## TABLE OF CONTENTS

### FUNDAMENTAL RESEARCHES

#### FOUNDERS:

- Molchanov S. N.*  
Identification of a level of rehabilitation potential, as diagnostic procedure of a choice of the rehabilitation program at persons with dependence from psychoactive substances 7-25
- Musabekova Zh. K., Rossinskiy Yu. A., Pak T. V.*  
Clinical-psychological identification of personalogical conditions of the patient with drug addiction: behavioral sphere 26-30
- Musabekova Z. K., Rossinskiy Yu. A., Pak T. V.*  
Clinical-psychological identification of personalogical conditions of the patient with drug addiction: speech and audio communications 30-33
- Rossinskiy Yu. A., Pak T. V., Musabekova Zh. K.*  
Clinical-psychological identification of personalogical conditions of the patient with drug addiction: emotional and volition sphere 33-40

#### THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

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

### PREVENTION AND REHABILITATION

- Azhigulov Zh. K., Komarova O. N., Novikova E. V., Ivanov N. M.*  
Experience of the the carried out voluntary testing for presence of narcotic substances in biological liquids of a contingent of pupils and students in Astana City in 2004 41-43
- Nuraliev B. Z., Musabekova Z. K., Rossinskiy Yu. A.*  
Prevalent and relative risks of nicotin dependence and regular forms of the tobacco use, alcohol and cannabis at the adolescents suffering psychopathy 43-47
- Rossinskiy Yu. A., Musabekova Zh. K., Pak T. V.*  
Clinical-psychological identification of personalogical conditions of the patient with drug addiction: cognitive sphere 47-59
- Khohlova K. A.*  
Psychological adaptation of person with drug addiction: level and structure characteristics 60-63
- Khohlova K. A.*  
Theoretical prognosis of neohabilitational process of drug addicted patients 64-66

Volume VI  
№ 4  
2006

### CLINIC

Published  
4 times in a year

- Vostrikov V. V., Pavlenko V. P., Shabanov P. D.*  
Clinical and biochemical blood indices of opiate dependence patients in withdrawal period and in the process of remission formation 67-73
- 
-

---



---

<i>Vostrikov V. V., Kuzembaeva L. B., Pavlenko V. P., Shabanov P. D.</i>	
Mexidol (mexicor) in treatment of alcoholic patients in postwithdrawal period	73-78
<i>Gruzman A. V., Ayaganova D. E., Bredihina E. V., Kamzina L. R., Kusainov A. A., Ramm A. N., Sabir Zh. G., Sadvakasova G. A., Sultanova K. E., Tulegenova B. E.</i>	
Use of somnol for correction of dissomnia disorders in post-abstinent period at patients with opioid dependence	79-83
<i>Kozhahmetova B. A., Bulekova G. A.</i>	
Experience of application of respolept at treatment of patients with drug dependence	83-84
<i>Kuzembaeva L. B.</i>	
Application of Proproten-100 at treatment of patients with alcohol dependence	84-87
<i>Lavrentev O. V.</i>	
Application of «Velaxin» in therapy of post-abstinent conditions at patients with opioid dependence	88-90
<i>Rossinskiy Yu. A., Musabekova Zh. K.</i>	
Prevalence of cases of the preschedule termination of treatment in abstinent and early post-abstinent periods	90-92
<i>Rudyakov S. V., Bryzhahin P. G., Hass S. H., Filiptsov A. I.</i>	
Experience of application of noophen in treatment of patients with drug addiction	93

## INFORMATION AND REVIEW

<i>Guz N. I.</i>	
Modern condition of an issue on prevalence, pathogenesis and clinic of neurologic disorders in consequence of the use of stimulants of home-made manufacturing	94-99
<i>Summary</i>	100-107
<i>The bibliography of the journal «Voprosy narkolodiy Kazahstana» in 2006</i>	10-110

---



---

---

---

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА, КАК ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОЦЕДУРА ВЫБОРА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

С. Н. Молчанов

г. Павлодар

#### Введение

Современная социальная ситуация характеризуется кризисными явлениями во многих сферах общественной жизни [1]. В поисках средств защиты от напряжения, дискомфорта, стресса некоторая часть людей прибегает к стратегии аддиктивного поведения. Суть аддиктивного поведения заключается в том что, стремясь уйти от реальности, люди пытаются искусственным путем изменить свое психическое состояние, что дает им иллюзию безопасности, восстановления равновесия. Существуют разные виды аддиктивного поведения, характеризующиеся фармакологическим и нефармакологическим происхождением, и представляющие собой серьезную угрозу для здоровья как физического, так и психического, не только самих аддиктов, но и их окружения.

К «пронаркотическим» факторам, которые способствуют вовлечению человека в регулярное потребление наркотиков, определяют его интенсивность и усугубляют тяжесть негативных последствий индивидуальной, массовой наркотизации, необходимо отнести стрессогенные социальные, географические, демографические, культурные, психологические аспекты. Это утверждение аргументируется современными научными представлениями о единстве биологических, физиологических, психологических механизмов действия всей совокупности психоактивных веществ, к которым относятся и наркотики [2].

При разработке целевой программы реабилитации наркозависимых лиц, формировании прогноза возможной эффективности и определении ожидаемых конечных результатов её реализации важно тщательно оценивать не только совокупность различных факторов, обуславливающих тяжесть и остроту ситуации с потреблением наркотиков и других ПАВ, негативные тенденции ее развития, но выявить и проанализировать всю сумму «контрфакторов» - факторов позитивного характера, позволяющих организовать системный процесс противодействия сообществу негативным факторам и тенденциям [2].

Из всей совокупности факторов, определяющих тенденции, способствующих или препятствующих распространению наркомании, в поле деятельности медицины попадает только некоторая их часть, которую, в свою очередь, можно разделить на факторы: стабильно - динамические, не зависящие от какого-либо конструктивного воздействия и экспрессивно -

динамические, зависящие от целенаправленного, конструктивного воздействия.

Многочисленные данные традиционных генетических и молекулярно - генетических методов анализа показывают, что до настоящего времени не обнаружены уникальные, специальные гены, которые бы обуславливали жесткую генетическую предрасположенность к наркомании. Следовательно, генетическое предсказание предрасположенности к наркомании в практической работе может быть только ориентировочным. Вместе с тем, расшифровка генетики молекулярных механизмов патогенеза наркомании может оказаться решающей для разработки и применения адекватных и эффективных методов профилактики и лечения пристрастий к наркотическим веществам [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Теоретические и экспериментальные исследования типичных психологических параметров зависимой личности [12, 13, 14, 15 - 22, 23, 24] позволили уточнить их и считать сущностными следующие из них: инфантильность, внушаемость и подражательность, прогностическая некомпетентность, ригидность и упрямство, наивность, простодушие и чувственная непосредственность, любопытство и высокая поисковая активность, максимализм, эгоцентризм, яркость воображения, впечатлений и фантазий, нетерпеливость, склонность к риску и «вкус опасности», страх быть покинутым. Их генез также малоизучен. Имеются указания, как на психологический, так и на психофизиологический механизм их формирования.

В. Segal [25] описывает психологические особенности лиц с аддиктивным поведением. Таких личностей отличают следующие признаки: сниженная переносимость трудностей повседневной жизни при хорошей переносимости кризисных ситуаций; скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством; внешняя социабельность, сочетающаяся со страхом перед стойкими эмоциональными контактами; стремление говорить неправду; стремление обвинять других, зная, что они невиновны; стремление уходить от ответственности в принятии решений; стереотипность, повторяемость поведения; зависимость; тревожность (цит. по В. Д. Менделевичу, 1998) [26].

При проведении нами исследования на базе РНПЦ МСПН (объём исследования – 772 пациента с опиоидной зависимостью) выявились дополнительно

ные сведения, помогающие более точно определить уровень реабилитационного потенциала.

В связи с поставленными задачами нами из 1860 учитываемых признаков достоверные различия в исследовании были выявлены по 417 показателям, которые, в свою очередь, были распределены на экспрессивно - динамические и стабильно-динамические показатели.

Из них стабильно-динамических показателей – 64, экспрессивно - динамических – 353.

Далее, определено воздействие каждого показателя на длительность, социальные и психологические характеристики ремиссии. В качестве меры эффекта

попадания пациента в группу с длительными ремиссиями использовалось соотношение рисков. Для соотношения рисков критическим значением является единица. Если этот показатель меньше единицы, то это уменьшает риск попадания в группу, если больше, то – увеличивает риск попадания пациента в группу с длительными ремиссиями. Если показатель равен или близок к единице, то эффект не выявлен.

В таблицах №№ 1, 2 представлен совокупный рейтинг параметров, выстроенный по степени влияния на социальные и психологические характеристики ремиссии, на основании максимального значения RR попадания в группу с длительными ремиссиями.

Таблица № 1

*Стабильно - динамические параметры*

№ п/п	Стабильно - динамические параметры (не зависящие от какого-либо конструктивного воздействия)	Максимальное значение RR попадания в группу с длительными ремиссиями
1.	Максимальные сроки воздержания от употребления наркотиков: 2 года	13,62
2.	Семейные отношения (основанные на уважении сторон)	3,27
3.	Отношение к наркозависимым в семье: неопределенное	1,68

$P < 0,01$

Таблица № 2

*Экспрессивно - динамические параметры*

№ п/п	Экспрессивно - динамические параметры (зависящие от целенаправленного, конструктивного воздействия)	Максимальное значение RR попадания в группу с длительными ремиссиями
1.	Первый психотерапевтический контакт (объективные данные – контакт успешный)	8,78
2.	Наличие адекватно сформулированного, «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ (сценарий сформирован)	5,66
3.	Адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев (навык сформирован)	4,58
4.	Первый психотерапевтический контакт (субъективные данные – контакт успешный)	4,24
5.	Полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития (этап завершён)	4,14
6.	Способ решения проблем респондентами (конструктивный способ)	3,91
7.	Наличие достаточных ресурсов для реализации «собственного» конструктивного жизненного сценария (ресурс выражен)	3,88
8.	Полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев (выраженная информированность)	3,83
9.	Качество «внутренней» ответственности (выраженный внутренний локус контроля)	3,31
10.	Отношение к наркотикам (отрицательное)	2,69

$P < 0,01$

---

---

Вышеописанная структура базисного (личностного) адаптационного дефицита, а также система координат, в рамках которой функционируют зависимые от психоактивных веществ: влечение к наркотикам, психопатизация личности и невротические переживания – и есть основные мишени для психосоциотерапевтического воздействия [27, 28]. Но для того, чтобы определить объём терапии в каждом отдельном случае, сначала необходимо определить уровень реабилитационного потенциала у конкретного пациента.

Реабилитационный потенциал (РП) – это совокупность физических, психических, социальных и духовных возможностей пациента в преодолении болезни и её последствий, в восстановлении социально приемлемых личностных качеств, способствующих возвращению его в семью и к общественно полезной деятельности. В практическом отношении – это терапевтическая и социально-реабилитационная перспектива [29].

#### **Составляющие реабилитационного потенциала**

Основные составляющие РП могут быть условно разделены на четыре блока:

- преморбидное состояние;
- клинические особенности заболевания наркоманией;
- особенности социального статуса и социальных последствий наркомании;
- личностные особенности больного (клинико-психопатологический и патопсихологический аспект) т.е. личностные особенности пациента в аспекте уровня развития свойств психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

Состояние химической зависимости, развивающееся у того или иного человека, является результатом воздействия совокупности факторов как биологического, так психологического и социального порядков. Следует отметить, что конкретное (индивидуальное) сочетание причин, приводящих к формированию зависимости от психоактивных веществ, различно у каждого пациента [30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41].

#### **Уровни реабилитационного потенциала**

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала больные наркоманией могут быть разделены на группы с высоким, средним и низким уровнями реабилитационного потенциала [29]. Уровень реабилитационного потенциала – это дефиниция, включающая оценку всех этапов формирования болезни и развития личности – от преморбидных особенностей и индивидуальной предрасположенности до чётко очерченного клинического диагноза, личностного и социального статуса больного. Статус больного объединяет индивидуальные когнитивные, эмоциональные,

мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности и основное направление личностного и социального развития, а также ценностную ориентацию больного. Уровень реабилитационного потенциала – это динамическая клиническая диагностика, а также личностная и социальная характеристика, пронизывающая все стадии заболевания и социального функционирования больного, меняющаяся в зависимости от интенсивности и долгосрочности лечебно-реабилитационного процесса. Реабилитационный потенциал больного не остаётся на постоянном уровне. Он увеличивается или уменьшается в зависимости от выбора и осуществления им той или иной линии поведения, ориентированной на употребление или неупотребление наркотиков [29].

В ходе исследования были описаны уровни реабилитационного потенциала.

**Высокий уровень** реабилитационного потенциала характеризуется:

- низким удельным весом наследственной отягощённости наркологическими и психическими заболеваниями;
- преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- относительно поздним началом употребления наркотиков (в 18 - 20 лет), непродолжительностью заболевания (до 1 года);
- преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков;
- периодической формой влечения к наркотикам;
- начальной (первой) стадией зависимости по МКБ - 10;
- мононаркоманией;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- низкой интенсивностью симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2 - 3 дней);
- постабстинентные расстройства не выражены;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учёбу или работу, приобретённой или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультурных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлечённости в криминальные или полукриминальные структуры;
- отсутствием стойких изменений личности больных: интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер.

В частности нами было установлено, что для лиц с длительными ремиссиями характерны невыраженное патологическое влечение к психоактивному веществу в ремиссии, наблюдение в наркологических учреждениях, регулярное обращение за меди-

---

---

цинской помощью. Значимое окружение пациента отрицательно относится к факту наркозависимости, а сам больной уважительно относится к старшим по возрасту родственникам; настроен решительно отказаться от употребления наркотиков; готов держаться избранного несмотря ни на что; обладает достаточными ресурсами для реализации позитивных целей в жизни; адекватно информирован о вреде наркопотребления, понимая, что всё зависит от него самого. Он легко переносит абстинентный синдром, готов быть волонтером и посвятить свою жизнь решению проблем общества, выделяя до 20% финансовых средств семьи на эти цели, в семейной жизни предпочитает равноправные отношения с супругом (ой).

Как правило, у этого контингента больных наблюдаются спонтанные ремиссии или стойкие терапевтические ремиссии. Чаще всего отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретаемые в период злоупотребления психоактивными веществами: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. Критика к заболеванию сохранена, есть обоснованное желание избавиться от пристрастия к наркотикам. В связи с этим мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста, т.е. превалирует желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т.д.

**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, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;
- началом употребления наркотиков с 16 - 17 лет, продолжительностью заболевания от 1 года до 3 лет;
- средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;
- преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотреблением другими психоактивными веществами;
- преобладанием постоянной формы влечения к психоактивным веществам, особенно в периоды рецидивов заболевания. Опиный (героиновый) наркотический абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7 - 10 дней, постабстинентные расстройства - до 1,5 - 2 месяцев);

- единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальными мыслями (иногда демонстрируемые суицидальными действиями) в период наркотического абстинентного синдрома;

- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то, как правило, короткие и неустойчивые;

- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;

- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;

- однообразным или низким кругом социальных интересов; утратой профессиональных навыков и умений, безразлично-пассивным отношением к труду;

- морально-этическими изменениями средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.); вместе с тем они стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают употребление наркотиков;

- снижением контроля над своими эмоциями, склонностью к разрушительным действиям; стратегия жизненно важных планов обычно завершается их вербальной формулировкой и обещаниями «начать действовать», «прекратить фантазировать».

У этого контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, а иногда и болезненная зависимость. Нередко выявляются заболевания, приобретенные в период наркотизации. Примерно у двух третей из них выявляются гепатиты, у каждого четвертого больного - заболевания, передающиеся половым путем, иногда ВИЧ-инфекция и туберкулез. Из приобретенных психопатологических нарушений у трети больных отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром. Мотивация на участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов, которые характеризуются желанием избавиться от болезненных проявлений наркотического абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания и пр.

У большинства больных формируется социофобический синдром включающий:

- а) страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю;

- б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда может вскрыться сам факт употребления ими наркотиков или негативные стороны наркотизации.

---

---

---

---

В частности, нами было установлено, что для лиц со средней продолжительностью ремиссий характерны: невыраженное патологическое влечение к психоактивному веществу, но часто возникающее и исчезающее во время занятости, отсутствие собственной семьи, совместное проживание с родителями, работа в промышленности, регулярное принятие наркотиков, которые сначала употреблялись как средство избавления от скуки и из-за ощущения новизны. Инициатива лечения исходит от значимого ближайшего окружения, а не от него самого.

**Низкий уровень** реабилитационного потенциала. Характерными для него 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 достатка 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, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);
- посредственная, как правило, успеваемость в школе (особенно в средних и старших классах);
- обычно незаконченное среднее образование до начала употребления наркотиков;
- круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый;
- раннее начало употребления алкоголя - в 11 - 12 лет, злоупотребления психоактивными веществами, начиная с 12 - 15 лет;
- продолжительность заболевания наркоманией более 3 лет, способ введения наркотика преимущественно внутривенный, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами (психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.);
- конечная (третья) стадия зависимости по МКБ-10;
- вид влечения к наркотикам — постоянный;
- наркотический абстинентный синдром (опиатный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9 - 12 дней). Продолжительность постабстинентных расстройств до 2 - 3 месяцев;
- передозировки психоактивными веществами (очень часто), суицидальные мысли и действия (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в ремиссии. Спонтанные ремиссии отсутствуют;

- отсутствие собственной супружеской семьи; семейные отношения конфликтные или крайне конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;

- образование чаще всего среднее, реже — незаконченное среднетехническое или высшее; как правило;

- больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе, в основном, безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены;

- круг социальных интересов в основном низкий;

- у половины больных имеется судимость, четко связанная с употреблением наркотиков;

- выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за свое заболевание на окружающих, торпидность мышления, ослабленные способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладающая быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках;

- грубые эмоциональные нарушения с преобладанием подавленного настроения, ипохондричности, аффективной неустойчивостью и депрессиями, которые нередко сопровождаются суицидальными проявлениями.

У подавляющего большинства больных диагностируются гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, у каждого десятого больного - туберкулёз или ВИЧ - инфекции, в половине случаев злоупотребление психоактивными веществами сочетается с употреблением алкоголя, нередко (в каждом третьем случае) наблюдается болезненная зависимость от алкоголя. Из приобретенных патологических нарушений практически у всех больных определяются эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии, тревога и др.), астенический (неврастенический) синдром, поведенческие нарушения (психопатоподобное поведение, психопатия), социофобия. В сексуальной сфере отмечается снижение либидо и потенции, сексуальные связи редки или отсутствуют. Критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания. Как правило, эти больные не верят в возможность выздоровления и нормализацию социального положения. Поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе, в основном, проявляется в добровольном осознанном согласии, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить «поддержку», выгоду и прочее.

В частности, нами при проведении исследования было выявлено, что для зависимых с короткими ре-

---

---

миссиями характерно полное отсутствие внутренних ресурсов и позитивных целей в жизни. Они обвиняют судьбу в своих бедах, тяжело переносят абстинентный синдром, который предпочитают купировать самостоятельно, в короткие сроки (дни, недели) в ремиссии обостряется патологическое влечение к наркотику. Употребление наркотиков связывают с неблагоприятными жизненными обстоятельствами т.к. наркотик расслабляет и даёт прилив бодрости и сил. В проблемных ситуациях предпочитают принимать наркотики или наносить себе самоповреждения.

Таким образом, для лиц с длительными ремиссиями и высоким уровнем РП характерны следующие особенности:

1. Преморбид и особенности формирования зависимости: низкий удельный вес наследственной отягощенности наркологическими и психическое заболеваниями, преимущественно нормативное психическое и физическое развитие, хорошие или удовлетворительные условия воспитания.

2. Относительно позднее начало употребления наркотиков (в 18 - 20 лет), непродолжительность заболевания (до 1 года). Преимущественно интраназальное, пероральное или ингаляционное способы употребления наркотиков.

3. Особенности клинических проявлений: периодическая форма влечения к наркотикам. Начальная стадия зависимости по МКБ - 10. Мононаркомания. Отсутствие суицидальных тенденций. Регулярное обращение за медицинской помощью в официальные медицинские учреждения. Низкая интенсивность симптомов наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2 - 3 дней). Постабстинентные расстройства не выражены.

4. Особенности психологических характеристик: достаточная устойчивость семейных отношений, вовлечение в учебу или работу, наличие или приобретаемая профессия, относительное разнообразие социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствие вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры. Пациент настроен решительно отказаться от употребления наркотиков, готов держаться избранного несмотря ни на что, обладает достаточными ресурсами для реализации позитивных целей в жизни, адекватно информирован о вреде наркопотребления, понимая, что всё зависит от него самого. Отсутствие стойких изменений личности больных: интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер.

5. Особенности динамики в ходе МСР: мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста, т.е. превалирует желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т.д.

Для лиц со средним уровнем РП характерны следующие особенности.

1. Преморбид и особенности формирования зависимости: средний удельный вес наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка). Воспитание в неполной семье, среднее или плохое материальное положение, часто неровные отношения между членами семьи. Сфера профессиональной деятельности в основном касается промышленности. Относительно часто встречающиеся задержка физического или психического развития, девиантность поведения, нарушения сексуальной сферы. Начало употребления наркотиков с 16 - 17 лет, продолжительность заболевания от 1 года до 3 лет.

2. Особенности клинических проявлений: вторая стадия зависимости по МКБ - 10. Преимущественно внутривенное введение наркотиков, которые начал употреблять как средство избавления от скуки и из-за ощущения новизны. Параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами. Преобладание постоянной формы влечения к психоактивным веществам, особенно в периоды рецидивов заболевания. Опиный (героиновый) наркотический абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7 - 10 дней, постабстинентные расстройства - до 1,5 - 2 месяцев). Единичные случаи передозировки наркотиков и суицидальные мысли (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома. Редкие случаи спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то, как правило, короткие и неустойчивые;

3. Особенности психологических характеристик: конфликтные отношения с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками. Трудно корригируемое поведение, проявляющееся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью. Однообразный или низкий круг социальных интересов, утрата профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивное отношение к труду. Морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.). Снижение контроля над своими эмоциями, склонность к разрушительным действиям. Свойства психологического здоровья неразвиты, что указывает на дисгармоничность развития.

4. Особенности динамики в ходе МСР: мотивация на участие в реабилитационном процессе носит

---

---

преимущественно добровольно - принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов, которые характеризуются желанием избавиться от болезненных проявлений наркотического абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания и пр.

Для лиц с короткими ремиссиями и низким уровнем РП характерны особенности.

1. Преморбид и особенности формирования зависимости: 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 неполной семье среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье, злоупотребление алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей. Задержка или патология физического и, особенно, психического развития; инфантилизм, невротическое развитие, психопатии, девиантное, а порой и делинквентное поведение в анамнезе. Посредственная успеваемость в школе (особенно в средних и старших классах). Обычно незаконченное среднее образование до начала употребления наркотиков. Круг интересов крайне ограниченный и неустойчивый. Раннее употребление алкоголя в 11—12 лет, злоупотребление психоактивными веществами, начиная с 12 - 15 лет.

2. Особенности клинических проявлений: конечная (третья) стадия зависимости по МКБ-10. Продолжительность заболевания наркоманией более 3 лет, способ введения наркотика преимущественно внутривенный. Употребление наркотиков связывают с неблагоприятными жизненными обстоятельствами т.к. наркотик расслабляет и даёт прилив бодрости и сил, отмечается параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами (психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.). Постоянный вид влечения к наркотикам. Наркотический абстинентный синдром (опиатный, героиновый) протекает тяжело, сопровождается грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9 - 12 дней). Продолжительность постабстинентных расстройств до 2 - 3 месяцев. Передозировки психоактивными веществами (очень часто), суицидальные мысли и действия (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в ремиссии. Спонтанные ремиссии отсутствуют.

3. Особенности психологических характеристик: отсутствие собственной супружеской семьи.

Семейные отношения конфликтные или крайне конфликтные с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности. Образование чаще среднее, редко — незаконченное среднетехническое или высшее; как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью утрачены. Низкий круг социальных интересов. Судимость, четко связанная с употреблением наркотиков. Выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за свое заболевание на окружающих, торпидность мышления, ослабленные способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладающая быстрая умственная утомляемость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках. Характерно полное отсутствие внутренних ресурсов и позитивных целей в жизни. Грубые эмоциональные нарушения с преобладанием подавленного настроения, ипохондричности, аффективной неустойчивостью и депрессиями, которые нередко сопровождаются суицидальными проявлениями. В проблемных ситуациях предпочитают принимать наркотики или наносить себе самоповреждения.

4. Особенности динамики в ходе МСР: мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить «поддержку», выгоду и прочее.

Из всего многообразия прогностически значимых и информативных признаков клинко-биологического и социального характера, можно выделить те, которые условно считаются относительно управляемыми. К ним относится большая часть факторов социальной направленности, которые при определенных условиях могут быть изменены в сторону снижения их дезадаптирующего влияния. Слабо управляемыми являются клинко - биологические факторы. Работа психиатра - нарколога должна быть ориентирована, в первую очередь, на наиболее значимые и управляемые признаки.

Выявленные признаки дают возможность определить индивидуальный прогноз; построить на этой основе не только терапию, но и разработать профилактические мероприятия, уменьшающие или прекращающие употребление ПАВ [42].

**ШКАЛА ОЦЕНКИ УРОВНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ  
НАРКОМАНИЕЙ (модифицированная в ходе проведённого авторского исследования)**

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
<b>І БЛОК - ПРЕМОРБИД</b>	
<b>1. Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (мать, отец, сестра, брат):</b>	
- неотягощена	5
- отягощена:	0
- алкоголизм, наркомания	-2
- психические заболевания	-2
<b>2. Наследственность по восходящей линии:</b>	
- неотягощена	3
- отягощена:	0
- алкоголизм, наркомания	-1
- психические заболевания	-1
<b>3. Условия воспитания:</b>	
- в полной семье	5
- только матерью	2
- только отцом	2
- у родственников	1
- в приемной семье	-1
- в детском доме	-2
<b>4. Основная стратегия воспитания детей в родительской семье</b>	
- поощрение роста и независимости	2
- поощрение зависимости и покорности (наказания, запреты)	-2
<b>5. Материальное положение семьи:</b>	
- хорошее	4
- среднее	3
- плохое	1
<b>6. Отношения между родителями:</b>	
- ровные (хорошие, удовлетворительные)	4
- неровные (периодически конфликтные)	2
- постоянно конфликтные	-1
<b>7. Физическое развитие:</b>	
- в норме	5
- с задержкой	3
- с патологией	-1
<b>8. Степень тяжести соматических заболеваний:</b>	
- легкая	4
- средняя	2
- тяжелая (тяжесть заболевания определяется угрозой жизни, инвалидностью, длительной госпитализацией)	-1
<b>9. Психическое развитие:</b>	
- в норме	5

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
- с задержкой	3
- с патологией	-1
10. Психические девиации:	
- отсутствуют	4
- акцентуация	0
- невротическая личность	-1
- психопатия	-2
11. Особенности поведения:	
- норма	5
- девиантность	0
- делинквентность	-1
12. Образование до начала злоупотребления наркотиками:	
- высшее	5
- полное среднее (школа)	4
- неполное среднее	3
- 7 - 8 классов	2
- 5 - 6 классов	1
- 4 и менее классов	-1
13. Успеваемость в школе:	
- отлично и хорошо	5
- хорошо	4
- удовлетворительно	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. Наличие профессии:	
- имеет	4
- частично приобретена	2
- не имеет	-1
17. Отношение к религии	
- верит в Бога, старается соблюдать заповеди	2
- не верит в бога, живёт, как считает нужным	-2
18. Антисоциальные поступки:	
- не было	4
- были	-1
19. Употребление алкоголя:	
- единичные случаи	4

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
- умеренное	3
- частое (1 - 2 раза в неделю)	0
- зависимость	-1
<b>II БЛОК - КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>	
<b>1. Возраст начала злоупотребления ПАВ:</b>	
- 20 лет и старше	4
- 18 - 19 лет	3
- 16 - 17 лет	1
- 12 - 15 лет	-1
<b>2. Продолжительность заболевания:</b>	
- до 6 месяцев	5
- до 1 года	4
- от 1 года до 3 лет	0
- более 3 лет	-1
<b>3. Стадия синдрома зависимости (по МКБ - 10):</b>	
- начальная (первая)	-1
- средняя (вторая)	-2
- конечная (третья)	-3
<b>4. Способ введения наркотика:</b>	
- интраназально, курение, орально	-1
- внутримышечно или подкожно	-2
- внутривенно	-3
<b>5. Параллельное злоупотребление ПАВ:</b>	
- практически отсутствует	4
- каннабиноидами	0
- психостимуляторами	-1
- галлюциногенами	-1
- транквилизаторами	-1
<b>6. Вид влечения к ПАВ в ремиссии (на этапах реабилитации):</b>	
- не выражено	2
- периодический навязчивый	-1
- периодический компульсивный	-2
- постоянный	-3
<b>7. Степень выраженности синдрома отмены:</b>	
- легкая	0
- средняя	-1
- тяжелая	-2
<b>8. Выраженность алексетимии</b>	
- отсутствуют признаки	2
- выражена	-2
<b>9. Психопатоподобный синдром. Степень выраженности</b>	
- не выражен	2
- выражен	-2

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
10. Передозировка ПАВ:	
- не было	4
- однократно	-1
- многократно	-2
11. Суицидальные тенденции:	
- отсутствуют	4
- мысли	-1
- действия	-2
12. Суицидальные тенденции проявляются:	
- в состоянии наркоманического абстинентного синдрома	-1
- в опьянении	-2
- в ремиссии	-3
13. Ремиссии:	
- спонтанные	4
- терапевтические	3
- вынужденные	1
- отсутствуют	-3
14. Заболевания, приобретенные в период злоупотребления ПАВ:	
- отсутствуют	4
- черепно-мозговая травма	0
- сифилис	-1
- гепатит	-1
- прочее	-1
- ВИЧ-инфекция	-3
15. Употребление алкоголя в период заболевания наркоманией:	
- умеренное	4
- бытовое злоупотребление	1
- болезненная зависимость	-2
- комбинирует с наркотиками	-2
16. Приобретенные психопатологические нарушения:	
- отсутствуют	4
- эмоциональные расстройства (депрессии, дистимии)	-1
- астенический (неврастенический) синдром	1
- поведенческие расстройства (декомпенсация психопатий, психопатоподобное поведение)	-2
17. Сексуальность:	
- норма	4
- снижение потенции	1
- снижение либидо	1
- импотенция (фригидность)	-1
- перверсии	-2
18. Сексуальная жизнь:	
- регулярно	4

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
- редко	2
- отсутствует	-1
19. Критика к заболеванию наркоманией:	
- сохранена	4
- частично сохранена	1
- отсутствует	-3
20. Согласие на участие в лечебно-реабилитационном процессе:	
- добровольное	4
- добровольно-принудительное	0
- недобровольное	-3
21. Мотивы добровольного согласия:	
- мотивы роста	3
- мотивы прагматичные	1
22. Первый психотерапевтический контакт	
- успешный	4
- формальный	-2
23. Особенности внутренней картины болезни (зависимости от наркотиков)	
- адекватное отношение к проблеме с оптимистическим сценарием	2
- неадекватное отношение к проблеме, непонимание глубины проблемы	-2
<b>III БЛОК - ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА И СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ</b>	
1. Семейный статус:	
- женат/замужем	3
- гражданский брак (постоянный)	2
- холост/не замужем	1
2. Живет:	
- в семье родителей	3
- в семье жены (мужа)	2
- в своей семье	1
- один	-1
3. Жена/муж, сожительница/сожитель:	
- не употребляет наркотики	4
- больна/ болен наркоманией (ремиссия)	-1
- употребляет наркотики	-3
4. Семейные отношения:	
- нормализованы	4
- умеренно конфликтные (напряженные)	1
- средне конфликтные	-1
- крайне конфликтные	-2
5. Образование:	
- высшее	5
- незаконченное высшее	4
- среднее специальное	3
- среднее	2

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
- незаконченное среднее	1
- начальное	-1
<b>6. Трудовой статус:</b>	
- работает или учится	4
- в академическом отпуске	0
- не учится и не работает	-3
<b>7. Судимость, правонарушение:</b>	
- 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
<b>8. Круг социальных интересов:</b>	
- высокий (разнообразный)	4
- средний (однообразный)	2
- низкий	0
<b>9. Отношение родственников к употреблению ПАВ:</b>	
- активное противодействие	4
- неодобрительное	2
- индифферентное	0
<b>10. Профессиональные навыки и интересы:</b>	
- сохранены	4
- частично утрачены	1
- утрачены	-1
<b>11. Отношение к работе и учебе:</b>	
- творческое	4
- активное	3
- безразлично-пассивное	-1
- негативное	-2
<b>IV БЛОК - ЛИЧНОСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИОБРЕТЁННЫЕ В ПРОЦЕССЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (клинико-психопатологическая и патопсихологическая оценка)</b>	
<b>1. Морально-этические нарушения:</b>	
- практически отсутствуют	4
- легкие (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появились лживость, грубость, позерство, непостоянство, черствость, признаки эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.)	-1
- средние (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и пр.)	-2

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
- тяжелые (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, утрата материнского/отцовского инстинкта, антисоциальность, погружение в наркоманическую субкультуру и принятие ее и пр.)	-3
<b>2. Интеллектуально-мнестическое нарушения:</b>	
- практически отсутствуют	4
- легкие (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами, в своих проблемах обвиняет судьбу, родственников и пр.)	-1
- средние (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические, в проблемных и конфликтных ситуациях легко идут на нанесение себе телесных повреждений для оказания давления на окружающих и пр.)	-2
- тяжелые (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический - синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) декомпенсация психопатий и пр.)	-3
<b>3. Эмоциональные нарушения:</b>	
- практически отсутствуют	4
- легкие (несвойственная до употребления наркотиков эмоциональная лабильность, напряженность, раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.)	-1
- средние (аффективная несдержанность, эмоциональная холодность к родителям и близким, склонность к злобности и жестокости, дистимий и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.)	-2
- тяжелые (недержание аффектов, эмоциональное оупление, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.)	-3
<b>4. Социофобия:</b>	
- отсутствует	4
- выражена	-1
<b>5. Деграция личности:</b>	
- отсутствует	4
- легкая (включает легкие морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, наличие первых признаков социальной дезадаптации на фоне синдрома зависимости начальной (первой) стадии)	-1
- средняя (включает средней выраженности морально-этические, интеллектуально-мнестические и эмоциональные нарушения, частичную социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости средней (второй) стадии)	-2

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
- тяжелая (включает тяжелые морально-этические, интеллектуально- мнестические и эмоциональные нарушения, социальную дезадаптацию на фоне синдрома зависимости конечной (третьей) стадии)	-3
<b>V БЛОК – СТЕПЕНЬ РАЗВИТИЯ СВОЙСТВ УСТОЙЧИВОСТИ К ПОВТОРНОМУ ВОВЛЕЧЕНИЮ В ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПАВ (клинико-психологическая оценка)</b>	
<i>Субъективная клинико-психологическая оценка</i>	
1. Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни	
- однозначно нет	-2
- трудно ответить	-1
- начало пути	0
- середина пути	1
- однозначно есть	2
2. Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что	
- однозначно нет	-2
- трудно ответить	-1
- начало пути	0
- середина пути	1
- однозначно есть	2
3. Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни	
- однозначно нет	-2
- трудно ответить	-1
- начало пути	0
- середина пути	1
- однозначно есть	2
4. Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других психоактивных веществ помешает реализации моих жизненных планов	
- однозначно нет	-2
- трудно ответить	-1
- начало пути	0
- середина пути	1
- однозначно есть	2
5. У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей	
- однозначно нет	-2
- трудно ответить	-1
- начало пути	0
- середина пути	1
- однозначно есть	2
6. Я сделал (а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя исключаю такую возможность, не смотря ни на что	
- однозначно нет	-2
- трудно ответить	-1
- начало пути	0
- середина пути	1
- однозначно есть	2
<i>Объективная клинико-психологическая оценка (заполняет основной куратор)</i>	
1. Полноценное завершение личностной идентификации	
- не завершена	-3
- завершена	3
2. Степень сформированности навыков ответственного выбора	
- слабая степень сформированности	-3

Основные составляющие реабилитационного потенциала	Баллы
- средняя степень сформированности	0
- высокая степень сформированности	3
3. Степень сформированности внутреннего локуса контроля	
- слабая степень сформированности	-3
- средняя степень сформированности	0
- высокая степень сформированности	3
4. Наличие внутренних ресурсов для реализации «собственного» конструктивного жизненного сценария	
- нет внутренних ресурсов	-3
- есть внутренние ресурсы	3
5. Полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев	
- информирован неадекватно	-3
- информирован адекватно	3
6. Наличие адекватно сформулированного, «собственного» конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих потребление наркотических веществ	
- конструктивный жизненный сценарий не сформирован	-4
- конструктивный жизненный сценарий сформирован	4
ДИАГНОЗ:	
- мононаркомания	-1
- полинаркомания	-2
- наркомания + алкоголизм	-2
- наркомания + психические заболевания	-2

Шкала оценки уровня реабилитационного потенциала состоит из конкретных вопросов, разбитых на пять предметных блоков. Ответ на каждый вопрос подвержен квантификации (количественное выражение качественных признаков), что позволяет все особенности преморбида, физического, психического и социального развития больного и клинические признаки заболевания оценивать в баллах: +5, +4, +3, +2, +1, 0, -1, -2, -3. В результате пять блоков опросника получают суммарную цифровую оценку уровня реабилитационного потенциала каждого больного (высокий, средний, низкий). В процессе опроса больные с высоким уровнем реабилитационного потенциала набирают, в среднем, 114 баллов и выше, со средним уровнем реабилитационного потенциала - до 114 баллов, с низким уровнем реабилитационного потенциала - до 81 баллов. Эта сумма образуется путём вычитания из суммы положительных баллов суммы отрицательных баллов. Необходимо учесть то, что диагностика реабилитационного потенциала должна проводиться как минимум два раза. Первый раз на входе в реабилитационную программу, для выбора адекватной индивидуальной программы и диагностики дефицита свойств антинаркотической устойчивости, и второй - на выходе из программы МСР, для мониторинга успешности терапии, т.к. уровень реабилитационного потенциала, в идеале, должен повышаться после прохождения пациентом всех этапов медико-социальной программы.

#### **Выбор реабилитационной программы с учётом уровня реабилитационного потенциала (УРП)**

Выбор адекватной индивидуальной программы - это ещё одна важная составляющая успеха терапии зависимых от ПАВ. Для пациентов с высоким УРП бывает достаточно пройти реабилитацию в амбулаторных условиях. Особенностью реабилитации в амбулаторных условиях является клиентцентрированный подход. Под ним понимается не только сконцентрированность усилий различных специалистов на решении проблем конкретного пациента, но и активное участие самого пациента в реабилитационной работе, осознание и понимание им своей роли, принятие на себя ответственности за реабилитационный процесс и результаты. Сюда же относится необходимость построения прочных и долговременных взаимоотношений: пациент – терапевт; пациент – ближайшее окружение; ближайшее окружение – терапевт; пациент – ближайшее окружение – терапевт на принципах доверия, взаимной ответственности, открытости и создания атмосферы психологической безопасности.

Режим работы при проведении амбулаторной реабилитации должен быть конструктивным, в первую очередь, в отношении пациента. Для успешной работы пациенты должны регулярно встречаться со специалистами (не менее 3 - 4 раз в неделю в первые месяцы реабилитации).

В условиях амбулаторной реабилитации особое место занимает противорецидивная работа, направ-

---

---

ленная на профилактику срыва или рецидива заболевания, упрочение и удлинение ремиссии, профилактику её декомпенсации, а также на нормативное социальное функционирование пациента. Данный подход сочетает в себе фармакотерапию и психотерапевтическую работу (терапия, консультирование, тренинги), которые необходимо продолжать на всех этапах реабилитации. Наиболее эффективно использование в профилактике срыва или рецидива заболевания техник когнитивно-поведенческой терапии, непосредственно направленных на поведение (поведенческие аспекты зависимости). Для нормализации семейных отношений и преодоления созависимости необходимо проводить адаптированную групповую, индивидуальную, семейную и супружескую терапию (консультирование) с использованием техник мотивационной терапии, трансактного анализа, поведенческой и телесно-ориентированной терапии, а также тренинги и информационные практики со значимым ближайшим окружением пациента.

В амбулаторной реабилитации условно выделяют собственно **реабилитационный и профилактический** (противорецидивный) периоды. Собственно реабилитационный период, осуществляемый в амбулаторных условиях дневного стационара или поликлиники, включает адаптационный, интегративный и стабилизационный этапы.

*Адаптационный этап.* Цель этапа - восстановление потенциала биологической и социальной адаптации пациента в амбулаторных условиях.

Продолжительность данного этапа составляет 2 недели в амбулаторно-поликлинических условиях для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала. Кураторы этапа – врач психиатр-нарколог, психотерапевт.

*На интегративном этапе* акцент в реабилитационной работе, в первую очередь, делается на решение психологических и социальных проблем пациента. С этой целью формируются в процессе развивающих практик личностные и социальные свойства психологического здоровья - антинаркотической устойчивости.

Продолжительность данного этапа в условиях амбулатории – 1 - 1,5 месяцев для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала. Координаторы этапа – психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

*Стабилизационный этап.* Цель этапа - закрепление результатов развития свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья. На данном этапе акцент в реабилитационной работе делается на подготовку к нормативному функционированию в социальной среде. Длительность данного этапа составляет в амбулаторно - поликлинических условиях для пациентов с высоким уровнем реабилитационного потенциала 1,5 – 2 месяца при общей продолжительности реабилитационной программы 6 месяцев. Координаторы этапа – пси-

хотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

*Профилактический (противорецидивный) этап* - это комплекс мероприятий, направленных на профилактику срыва и рецидива заболевания, на помощь в решении возникающих психологических и социальных проблем нормативного функционирования в социуме (в сфере трудоустройства, поиска жилья, образования, юридической защиты и др.), на преодоление созависимости и дальнейшее развитие нормативных семейных отношений. Перечисленные выше реабилитационные мероприятия осуществляются в амбулаторно-поликлинических условиях. Цель данного этапа – нормативное функционирование в социуме. Продолжительность данного этапа индивидуальна, определяется степенью ресоциализации реабилитанта и составляет период не менее одного года. В рамках данного этапа 1 - 2 раза в неделю проводятся встречи групповой или индивидуальной поддержки. Затем, интенсивность амбулаторных реабилитационных мероприятий снижается до 1 раза в 2 недели и 1 раза в месяц. Кураторами этапа являются психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе, если противорецидивный этап подкрепляется медикаментозной терапией (антагонисты опиатных рецепторов), то в группу кураторов включается врач нарколог.

На профилактическом (противорецидивном) этапе, перед завершением амбулаторной программы, проводится итоговое клиничко-психологическое обследование, которое включает анализ соматического, психического и психологического состояния реабилитанта, а также тестирование в форме собеседования.

Для пациентов с **низким и средним** УРП (редко с высоким) реабилитационная программа начинается в стационарных условиях. В стационарном лечебно-реабилитационном процессе условно выделяют следующие основные периоды (этапы): восстановительный (предреабилитационный), собственно реабилитационный, включающий адаптационный, интегративный и стабилизационный этапы.

*Восстановительный (предреабилитационный)*, преимущественно медицинский, период включает безопасное лечение острых и подострых состояний, вызванных хронической или острой наркотической интоксикацией, передозировкой наркотиками, а также лечение наркотического абстинентного синдрома, постабстинентных расстройств, осложнений. Осуществляется данный этап в отделениях медикаментозной коррекции центра (стационара), его продолжительность составляет от 1 до 3 недель, координатором определяется врач психиатр-нарколог.

*Первый этап реабилитации — адаптационный.* Цель этапа - восстановление потенциала биологической и социальной адаптации пациента. Продолжительность данного этапа составляет от 2 до 3 недель в условиях реабилитационных отделений, ста-

---

---

ционаров для больных со средним и низким уровнем и 2 недели в амбулаторно-поликлинических условиях для больных с высоким (если это необходимо) уровнем реабилитационного потенциала. Координаторы этапа – врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог.

*Второй этап реабилитации — интегративный* включает медицинский, психотерапевтический, психологический и социальный аспекты. Целью данного этапа является формирование и развитие личностных и социальных свойств антинаркотической устойчивости в условиях терапевтического сообщества. Продолжительность данного этапа в условиях стационара 1,5 – 2 месяца для больных со средним и низким уровнем и в условиях амбулатории – 1 - 1,5 месяца для больных с высоким (если это необходимо) уровнем реабилитационного потенциала. Координаторы этапа – психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

*Третий этап реабилитации — стабилизационный.* Цель этапа - стабилизация и закрепление результатов развития свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья. На данном этапе проводится подготовка к нормативному функциони-

рованию в социальной среде. Длительность данного этапа составляет: в стационарных условиях для пациентов со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала 1,5 – 2 месяца при общей продолжительности реабилитационной программы 6 месяцев. Координаторы этапа – психотерапевт, психолог и/или специалист по социальной работе.

Собственно реабилитационный период (адаптационный, интегративный, стабилизационный этапы) осуществляется в отделениях реабилитации центра, стационара, а также дневного стационара и поликлиники.

Далее реабилитационный процесс, если терапия проходит в плановом порядке, для пациентов со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, осуществляется в амбулаторно-поликлинических условиях, также как для пациентов с изначально высоким уровнем реабилитационного потенциала. Здесь надо отметить, что в процессе терапии возможны временные возвращения, по разным причинам, пациента на более низкие ступени реабилитационной программы и тогда реабилитационный процесс в данном случае для данного пациента начинается заново с более низкой ступени и этого бояться не надо.

#### **Использованная литература**

1. Леонова Л. Г., Бочкарёва Н. Л. "Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте". Учебно-методическое пособие под редакцией зав. кафедрой психиатрии НМИ, члена-корреспондента АН ВШ, действительного члена Нью-Йоркской академии наук, д.м.н., профессора Короленко Ц. П. – Новосибирск: НМИ, 1998.
2. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е., Елианский С. П. Учёт социально- психологических «пронаркотических» факторов при разработке модельной городской целевой программы «Профилактика наркологических заболеваний» журнал «Вопросы наркологии». - 2004. - № 1. - С. 47 - 54.
3. Biederman J., Faraone S. V., Wozniak J., Monuteaux M. C. Parsing. The association between bipolar, conduct, and substance use disorders: a familial risk analysis // *Biol. Psychiatry*. — 2000. — Vol. 48 (11). - P. 1037-1044.
4. Bierut L. J., Dinwiddie S. H., Begleiter H. et al. Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine, and habitual smoking: a report from the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism // *Arch. Gen. Psychiatry*. - 1998. - Vol. 55 (11). - P. 982-988.
5. Blomqvist O., Gelernter J., Kranzler H. R. Family-based study of DRD2 alleles in alcohol and drug dependence // *Am. J. Med. Genet*. - 2000. - Vol. 96 (5). - P. 659-664.
6. Blum K., Braverman E. R., Holder J. M et al. Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors // *J. Psychoactive Drugs*. 2000. - Vol. 32, suppl.: i-iv. - P. 1-112.
7. Bolos A. M., Dean M., Lucas-Derse S. et al. Population and pedigree studies reveal a lack of association between the dopamine D2 receptor gene and alcoholism// *J. Am. Med. Assoc.* — 1990. — Vol. 264. P. 3156-3160.
8. Cloninger C. R.-Adolfsson R., Svrakic N. M. Mapping genes for human personality // *Nat. Genet.* - 1996. - N 12. - P. 3 - 4.
9. Comings D. *The Gene bomb*. — Hope Press, 1996. - 304 p.
10. Comings D., Gonzalez N., Wu S. et al. Homozygosity at the dopamine DRD3 receptor gene in cocaine dependence // *Mol. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 4 (5). - P. 484 - 487.
11. Comings D. E. Clinical and molecular genetics of ADHD and Tourette syndrome. Two related polygenic disorders // *Ann. N.-Y. Acad. Sci.* - 2001. - Vol. 931. - P. 50 - 83.
12. Бухарова Э. А., Менделевич В. Д. Особенности самооценки и образа «Я» у девушек с нарушениями пищевого поведения. / Конгресс по детской психиатрии. — М., 2001 — С. 173 - 174.
13. Бухарова Э. А., Узелевская А. Э., Менделевич В. Д., Боев И. В. Личностные особенности и специфика прогностической деятельности больных с аноректическим и булимическим поведением. / Материалы Всероссийского симпозиума «Психосоматические расстройства: системный подход». - Курск, 2001. - С. 60 - 62.

- 
- 
14. Менделевич В. Д. *Клиническая и медицинская психология*. М., 1998 (1999, 2001, 2002). - 592 с.
  15. Менделевич В. Д. *Психология девиантного поведения*. - М., 2001. - 432 с.
  16. Менделевич В. Д. *Поведенческие расстройства или девиации поведения? // Психиатрия и психофармакотерапия*. - 2000. - № 6. - С. 16 - 20.
  17. Менделевич В. Д. *Новые проблемы психологии и психопатологии девиантного поведения в период социальных перемен. /Материалы науч. практ. конференции «Психиатрия и общество»*. - М., 2001. - С. 144 - 151.
  18. Менделевич В.Д., Менделевич Б.Д. *Наркотическая зависимость как семейный аддитивный паттерн. / Тезисы докладов республиканской научно - практической конференции «Современные проблемы клинической и социальной психиатрии»*. - Казань, 1999. - С. 99 - 101.
  19. Менделевич В. Д., Садыкова Р. Г. *Психология зависимой личности*. - Казань, 2002. — 240 с.
  20. Менделевич В. Д., Соловьёва С. Л. *Неврология и психосоматическая медицина*. - М., 2002. - 608 с.
  21. Менделевич В. Д., Харлампиди Э. Х., Узелевская А. Э., Боев И. В. *Прогностическая деятельность и волевая регуляция агрессивного поведения у наркозависимых вне абстиненции. / Материалы 3 международной конференции «Серийные убийства и социальная агрессия»*. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 332 - 336.
  22. Узелевская А. Э., Менделевич В. Д., Боев И. В. *Прогностическая деятельность пациентов с личностными расстройствами с повышенной склонностью к психосоциальной дезадаптации. // Российский психиатрический журнал*. - 2001. - № 6. - С. 17 - 20.
  23. Фролова А. В., Менделевич В. Д. *Лексико-семантические особенности речи наркозависимых. / Сборник Межрегиональной республиканской научно - практической конференции «Наркозависимость: профилактика, лечение, реабилитация»*. Казань, 2001. - С. 65 - 71.
  24. Segal В. *Drugs and behavior*.-New York: Carder Press. 1988.
  25. Менделевич В. Д. Соловьёва С. Л. *Неврология и психосоматическая медицина*. МЕДпресс – информ, 2002.
  26. Цетлин М. Г., Пелипас В. Е. *Реабилитация наркологических больных*. 2000.
  27. Валентик Ю. В. *Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии под ред. проф. Иванца Н. Н.* - М., 2000.
  28. Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. *Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Научно-исследовательский институт наркологии Минздрава России. Методические рекомендации. Профилактика и реабилитация в наркологии № 1, 2002.* - с. 45.
  29. Врублевский А. Г., Рохлина М. Л., Власова И. Б., Петракова Л. Б., Чуркина Н. Б. *Медико-социальный прогноз некоторых форм наркомании // журнал «Вопросы наркологии»*. - 1988. - № 3. - с. 38-42.
  30. Козлов А. А. *Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями // Карта клинического обследования; преморбидные особенности*. - 1999. - С. 15 - 17.
  31. Личко А. Е. *Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания // Психопатии и акцентуации характера у подростков*. - Л., 1977. - с. 61 - 70.
  32. Рохлина М. Л. *Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркоманий // Вопросы социальной и судебной психиатрии. Материалы совместной научно-практической конференции 28 - 30 января 1981 г.* - Вологда, 1981. - С. 22 - 25.
  33. Рохлина М. Л., Врублевский А. Г., Власова И. Б. *Клинические факторы, значимые для прогноза наркомании и токсикомании // 8-й Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. Тезисы докладов - М., 1988. - Т. 1. - С. 422.*
  34. Рохлина М. Л., Врублевский А. Г. *Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания // журнал «Вопросы наркологии»*. - 1990. - №1. - С. 34.
  35. Рохлина М. Л., Воронин К. Э. *Ремиссии и причины рецидивов у больных моно - и полинаркоманиями / Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях. Сб. научных трудов*. - СПб., 1991. - С. 46 - 50.
  36. Рохлина М. Л., Козлов А. А. *Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями. Сб. научных трудов*. - СПб 1999. — с. 33 - 34.
  37. Попов Ю. В., Вид В. Д. *Современная клиническая психиатрия*. — М.: Экспертное бюро-М, 1997. - 496 с.
  38. Попов Ю. В., Вид В. Д. *Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ // Русский медицинский журнал*. - 1998. - Т. 6, №2. - С. 88 - 301.
  39. Ураков И. Г., Дудко Т. Н., Пузиенко В. А. *Особенности формирования, течения и терапии поли- и осложненных опийных наркоманий в возрастном аспекте: Методические рекомендации*. - М.: Изд. МЗ СССР. - 1981. - 16 с.
  40. Фрагин В. М. *Некоторые особенности клиники опийной наркомании, начавшейся в подростковом возрасте // Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании*. - Вильнюс, 1983. - С. 99 - 101.
  41. Bleuler E. *Руководство по психиатрии*. - Берлин, 1920. - 542 с.
  42. Оруджев Н. Я. *Адаптация детей и подростков, потребителей психоактивных веществ: Автореф дисс. канд. мед. наук*. - М., 1998. - 202 с.
- 
-

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО НАРКОМАНИЕЙ: ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ СФЕРА

Ж. К. Мусабекова, Ю. А. Россинский, Т. В. Пак

г. Павлодар

В исследованиях клинико-психологических особенностей опийной зависимости Н. А. Бохан и соавторы (2005), В. Я. Семке и соавторы (2005) описали различные типы поведения больных опийной наркоманией, характеризующие отношение участника (резидента) лечебной программы к её правилам и режиму. Авторы выделили следующие типы поведения: синергетическое поведение, которое, в свою очередь, подразделялось на два варианта – позитивно - лидерское и конструктивно - ассертивное поведение; конфронтационное поведение, которое так же имело несколько вариантов: псевдо - конструктивное поведение, внешне - протестная форма поведения и скрытый протест.

Мы рассмотрим эти варианты поведения в контексте их соответствия различным доминирующим клинико-персоналогическим статусам личности больного наркоманией. Для определения фенотипических признаков или индикаторов доминирующего персоналогического типа (доминирующих ЛС) личности больного наркоманией в тот или иной период лечения мы сравнили две группы пациентов с опийной зависимостью.

В первую группу вошли те лица, кто, с нашей точки зрения, находился в статусе «Я - наркоман»

(доминирующий патологический ЛС) – клинико-персоналогический тип «наркоманическая / патологическая личность» (n = 209 чел.). Это были, в основном, пациенты, досрочно исключённые из лечебной программы, т.е. выписан за нарушение лечебного режима. Мы не включали в эту группу тех пациентов, у которых до формирования наркотической зависимости было диагностировано психическое расстройство (специфическое расстройство зрелой личности, хроническое аффективное расстройство настроения).

Вторую группу составили пациенты, которые находились в доминирующем нормативном статусе – клинико-персоналогический тип «нормативная личность» (n = 66 чел.). Это внешняя группа сравнения, т.е. те пациенты, у которых отмечалась устойчивая качественная ремиссия (полное воздержание от употребления наркотика не менее 12 месяцев), и которые приезжали на профилактическое лечение в РНПЦ МСПН (группы АН, социальная реабилитация в условиях ТС), но не входили в общую исследуемую группу. В эту группу мы так же не включали пациентов, у кого была диагностирована психическая патология до момента формирования наркотической зависимости.

Таблица №1

*Поведенческие индикаторы клинико-персоналогического статуса: «наркоманическая личность» и «нормативная зависимая личность» у больных опийной наркоманией*

Исследуемый параметр	Группа №1 (n = 209)	Группа №2 (n = 66)	P
Синергетическое поведение	0% {0<>2,5%}	86,4 ± 8,3%	< 0,05
Конфронтационное поведение	100% {97,1<>100%}	4,5% {1,2<>14,3%}	< 0,05
Демонстративное поведение	58,8 ± 6,7%	7,5% {2,4<>18,1%}	< 0,05
Манипулирование окружающими	85,7 ± 4,3%	4,5% {1,2<>14,3%}	< 0,01
Назойливость-навязчивость	85,7 ± 4,3%	0% {0<>6%}	< 0,01
Сопrotивление психотерапевтическому процессу	100% {97,1<>100%}	4,5% {1,2<>14,3%}	< 0,01
Терапевтический комплаенс	0% {0<>2,5%}	95,5% {84,7<>98,4%}	< 0,01
Соблюдение субординации в отношении медицинского персонала	36,4 ± 6,5%	95,5% {84,7<>98,4%}	< 0,05
Реакции группирования с наркоманическим ЦОЕ	95,2 ± 2,9%	0% {0<>6%}	< 0,01

---

---

*Синергетическое поведение.* Как мы уже указали выше, синергетическое поведение проявлялось в двух основных вариантах: позитивно- лидерское поведение и конструктивно - ассертивное поведение.

*Позитивно- лидерское поведение* проявлялось в активной поддержке режима, в активном поддержании существующих правил и поведенческих норм терапевтического сообщества.

*Конструктивно - ассертивным поведением* являлся вариант синергетического поведения, когда пациент не являлся лидером, однако полностью принимал существующие правила терапевтического сообщества, не включался в ситуации, подвергающие существующие правила и режим деструктивной диверсификации. Позитивно - лидерское поведение является индикатором доминирующего статуса «нормативная личность» или «нормативная зависимая личность». В случае если пациент находился в конфронтационной стратегии и у него появились периоды синергетического поведения, то данный тип поведения на этот период будет носить преходящий характер, т.е. можно констатировать факт, что в поведении больного появились включения синергетического – нормативного поведения. И если это поведение не является манипуляцией пациента, то это может свидетельствовать об активизации нормативных личностных статусов (ЛС) и, следовательно, об изменении доминантного статуса, т.е. перехода из состояния «патологическая / наркоманическая личность» в статус – «диссоциированная зависимая личность». В наших исследованиях синергетическое поведение в 86,4% случаев ( $\pm 8,3\%$ ) имело место в группе пациентов, у которых доминирующим был статус «нормативная зависимая личность». В группе пациентов с патологическим доминирующим статусом «наркоманическая личность» случаев синергетического поведения не наблюдалось.

*Конфронтационное поведение.* Выше мы уже отметили, что конфронтационное поведение имело три основных варианта: псевдо-конструктивное поведение, внешне-протестная (открытая) форма поведения и скрытый протест.

*Псевдо - конструктивное поведение* внешне напоминало конструктивно - ассертивное поведение, т.е. пациенты не нарушали режим и внешне демонстрировали свое позитивное отношение к предъявляемым правилам и требованиям. Однако, нередко такие пациенты демонстрировали пассивный протест лечебному режиму: опаздывали на утренние собрания, не выполняли домашних заданий по заполнению дневников чувств и прочих вопросников для самостоятельной работы, не вовремя отходили ко сну, аргументируя это тем, что не успели закончить какие-либо дневные дела и т.д. Они не вступали в открытую конфронтацию с другими участниками программы и медицинским персоналом, внешне старались найти оправдание своим поступкам. Их

реакции на замечания других резидентов программы или медицинского персонала внешне были, как правило, эмоционально спокойными и даже демонстрирующими готовность изменяться (извинения за совершенные поступки, обещания исправиться и т.д.), однако неконструктивными, так как после этого подобные нарушения снова имели место. Псевдо - конструктивное поведение может являться индикатором как патологического статуса «патологическая/ наркоманическая личность», так и статуса «диссоциированная зависимая личность».

*Внешне - протестная (открытая) форма поведения* является, как бы антиподом позитивно-лидерскому поведению. Данный вариант поведения часто проявлялся в открытой агрессивной форме, когда пациент негативно отзывался о существующем лечебном режиме, часто допускал грубые оскорбления, брань (вербальная агрессия) в адрес существующих порядков, упрекал медицинский персонал, пытался обвинить его в несправедливости, ущемлении его прав и т.д. Такие пациенты открыто требовали пересмотра существующих правил, на собраниях сообщества выступали в качестве негативных лидеров, пытались оказывать открытое давление на тех пациентов, которые демонстрировали позитивно - лидерское и конструктивно - ассертивное поведение. Такие пациенты нередко угрожали специально нарушить режим в знак протеста, иногда демонстративно нарушали его с целью досрочного исключения их из программы.

Ещё одна протестная форма поведения – *скрытый активный протест*. Данные пациенты являлись своего рода «серыми кардиналами», представителями «теневых кабинетов» и для режима, и для эмоциональной атмосферы лечебного сообщества представляли наибольшую опасность. Они, так же как и пациенты с открытыми формами протеста, пытались саботировать существующий лечебный режим, добиться его изменения в пользу своих интересов, однако делали это открыто значительно реже, чем предыдущие. Они могли быть подчеркнуто вежливы в общении с медицинским персоналом и не вступать в открытую конфронтацию с ним по поводу существующего режима. В психотерапевтической группе они претендуют на роль лидера, а ведут себя, как хозяева положения. Нередко такие пациенты инициировали проносы алкоголя, наркотиков в отделение, пытались договариваться с охраной, являлись инициаторами совместного употребления ПАВ в отделении. Но все это делалось в скрытой, замаскированной форме. Внешне - протестная (открытая) форма поведения и форма скрытого активного протеста, согласно нашим наблюдениям, является специфическим индикатором доминирования патологического статуса - «наркоманическая личность». И в наших исследованиях конфронтационное поведение было так же присуще абсолютно всем пациентам с доминирующим статусом «наркоманической лич-

---

---

---

---

ности». У пациентов, для которых доминирующим был статус «нормативной зависимой личности», конфронтационное поведение было зарегистрировано лишь в 4,5% случаев, но это был псевдо - конструктивный вариант.

*Демонстративное поведение.* Выше мы уже отмечали факт того, что для такого доминирующего статуса наркозависимого, как «патологическая / наркоманическая личность», характерен эгоцентрический склад мышления. Естественно, данное расстройство мыслительной деятельности будет влиять на поведение больного. Выше мы уже описали гиперкомпенсированный и гипертрофированный вариант самопрезентации у подобных больных. Помимо этого, у больных с доминирующим патологическим персонологическим статусом так же в поведении наблюдается демонстративность, которая проявляется в стремлении обращать на себя внимание, в склонности к доминированию своего мнения, нетерпению, особой назойливости и навязчивости и т.д. Назойливость и навязчивость можно отнести к самостоятельным признакам или симптомам факта доминирования статуса «патологическая / наркоманическая личность». В наших исследованиях таким пациентам в 85,7% случаев ( $\pm 4,3\%$ ) была характерна демонстративная назойливость - навязчивость, в то время как для пациентов с доминирующим статусом «нормативная зависимая личность» данный симптом вовсе не был характерным, и в наших наблюдениях таких случаев зарегистрировано не было. Такого рода демонстративная назойливость - навязчивость проявлялась в постоянных, многократных навязчивых просьбах о дополнительных назначениях, об уступах в режиме, о выполнении просьб и т.п.

Результаты наших наблюдений показали, что среди пациентов, у которых доминирующим был статус «патологической/наркоманической личности» в 58,8% случаев ( $\pm 6,7\%$ ) отмечалось демонстративное поведение, в то время как среди пациентов, у которых доминирующим был статус «нормативная зависимая личность», таких случаев было зарегистрировано всего 7,5% ( $\{2,4\% \triangleleft 18,1\%\}$ ), т.е. в 7,8 раза меньше.

*Соблюдение субординации в отношении медицинского персонала.* Отдельно к демонстративным формам поведения больных наркоманией, у которых доминирующим являлся статус «патологическая / наркоманическая личность» можно отнести поведение, выходящее за рамки субординации общения с медперсоналом. Это проявлялось в попытках больных установить с медицинским персоналом «неформальные/дружеские» отношения, отношения на «Ты». Например, пациенты часто обращались к лечащему врачу не по имени и отчеству, а просто «док», к среднему персоналу обращались по имени. Данное поведение, в том числе, носило манипулятивный характер со стороны пациента по отношению к медицинскому персоналу, образно выражаясь, носило отпечаток «проверки на прочность» или

«проверки на вшивость». В наших наблюдениях соблюдение субординации в отношении медицинского персонала было характерным в группе пациентов, находящихся в патологическом доминирующем статусе, всего в 36,4% случаев ( $\pm 6,5\%$ ), а в группе пациентов, у которых доминирующим был статус «нормативная зависимая личность» – в 95,5% случаев ( $\{84,7\% \triangleleft 98,4\%\}$ ).

*Манипулирование окружающими.* Еще одним специфическим признаком «патологической / наркоманической личности» являлась характерная черта больных манипулировать другими: пациентами, родителями, сотрудниками охраны, медперсоналом. Манипулирование могло проявляться как в легких формах: просьбы, «мольбы о помощи», уговоры, имитирование ухудшения самочувствия, так и в тяжелых формах: шантаж, угрозы. Пациент мог манипулировать, маскируя свое поведение под оказание помощи соседям по палате. Например: «Доктор, не для себя прошу, для соседа, назначьте ему обезболивающие (сонники, капельницу и т.п.)». При отказе приводятся ложные призывы к клятве Гиппократа, напоминание об обязанностях нарколога, примеры по типу «а в нашей наркологии не отказывают и т.д.». На терапевтических группах они часто пытались контролировать активность участников группы, уровень открытости обсуждения определенных тем. На психотерапевтических группах такие пациенты как бы вели соревновательную игру с психотерапевтом или психологом, стараясь подчеркнуть, что могут держать под контролем ситуацию в данной группе. Для них было характерным предлагать медицинскому персоналу в виде сделки контроль над соблюдением лечебного режима взамен на выполнение каких-либо их требований (поведение похожее на торг террориста, удерживающего заложников).

Результаты наших исследований показали, что среди пациентов, у которых доминирующим являлся статус «патологическая / наркоманическая личность» в 85,7% случаев ( $\pm 4,3\%$ ) регистрировалось манипулирование окружающими, в то время как среди пациентов с доминирующим статусом «нормативная зависимая личность» было зарегистрировано всего 4,5% ( $\{1,2\% \triangleleft 14,3\%\}$ ) случаев – пациентов, для которых было характерным манипулирование другими.

*Сопrotивление психотерапевтическому процессу.* Сопrotивление психотерапевтическому процессу можно рассматривать как самостоятельный признак того, что пациент находится в доминирующем статусе «патологическая / наркоманическая личность». Хотя по сути, описанное нами конфронтационное поведение во всех формах его проявления являлось сопротивлением лечебному процессу. Выше мы достаточно подробно описали варианты конфронтационного поведения, которые можно рассматривать, как сопротивление психотерапевтическому процессу. Наши наблюдения показали, что для всех пациентов (100% случаев), у которых домини-

рующим являлся статус «патологическая / наркоманическая личность» было характерным в той или иной степени сопротивление лечебному процессу. Это, естественно, влияло на процессы терапевтического комплайенса. С пациентами, находящимися в патологическом наркоманическом статусе, как правило, не складывались хорошие терапевтические отношения. В то же время, у пациентов с доминирующим нормативным статусом в 95,5% случаев был достигнут терапевтический комплайенс.

*Реакции группирования и ценностно-ориентационное единство группы.* Выше мы уже отметили, что ценностно-ориентационное единство (ЦОЕ) – это один из основных показателей групповой сплоченности, степени совпадения позиций и оценок членами группы наиболее значимых, для данной группы, явлений. Для больных наркоманией, в отличие от другого рода больных (соматические больные, боль-

ные хирургического профиля, онкологические больные и др.), характерны реакции группирования и объединения в устойчивые референтные группы. То есть для них характерно своеобразное тяготение к пациентам с аналогичными взглядами. Так, например, для пациентов, у которых доминирует патологический наркоманический статус, характерен *наркоманический вектор изменения ценностно-ориентационного единства группы*, в наших исследованиях – это  $95,2 \pm 2,9\%$  случаев. Для пациентов, у которых доминирует нормативный статус, характерен *нормативный вектор изменения ценностно-ориентационного единства группы*. Выше мы уже достаточно много уделили внимания понятию ценностно-ориентационного единства группы и его особенностям в отношении больных опийной наркоманией с различными доминирующими клинико – персонологическими статусами.

Таблица №2

*Индикаторы персонологических типов «наркоманическая», «диссоциированная зависимая», «нормативная зависимая» личность: поведенческая сфера*

«Патологическая / наркоманическая личность»	<p><i>Конфронтационное поведение.</i>  -- Псевдо-конструктивное поведение: пассивное включение в лечебный процесс, сопротивление терапии (опоздания, пропуски занятий и т.п.).  -- Внешне-протестная форма: открытый протест, агрессивные требования изменения режима, открытый саботаж, угрозы, шантаж.  -- Скрытый протест: скрытая оппозиция к требованиям лечебного режима.  <i>Демонстративное поведение.</i> Характерно обращать на себя внимание, склонность к доминированию своего мнения, нетерпению, особой назойливости и навязчивости. Несоблюдение субординации с медперсоналом. Манипулирование окружающими.  - <i>Комплайенс.</i> Отказ от сотрудничества с врачом и медперсоналом. Отказ от участия в психотерапевтическом лечении. Согласие только на детоксикационную терапию.  - <i>Наркоманическая социальная активность.</i> Призывы к отказу от участия в психотерапевтических группах, негативное отношение к членам клуба «АН» бывших пациентов, отказ от участия в группах «АН».  Наркоманический вектор изменения ценностно-ориентационного единства группы.</p>
«Диссоциированная зависимая личность»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Амбивалентность мотивов по отношению к лечению: периодический поиск внешней помощи и попытки прервать лечение.</li> <li>- Избирательная включенность в лечебный процесс: активная включенность в игровые формы психотерапии тренингового формата, избирательная проработка глубинных проблем в психотерапевтическом процессе.</li> <li>- Готовность к выполнению принятых обязательств.</li> <li>- Общение избирательное в зависимости от ситуации с положительными лидерами, поиск советов в поддержку трезвости, в то же время не исключается готовность к общению и с отрицательными лидерами.</li> <li>- Повышенная зависимость от родных и врача, затруднения при принятии самостоятельных решений, поиск готового решения, «совета».</li> <li>- Сомнения в возможности адекватной психологической помощи.</li> </ul>
«Нормативная зависимая личность»	<p><i>Синергетическое поведение.</i>  -- Позитивно-лидерское поведение: активная поддержка лечебного режима, существующих правил ТС.  -- Конструктивно-ассертивное поведение: полное принятие всех правил лечебного режима без лидерского позиционирования.  <i>Комплайенс.</i> Глубокий контакт с врачом. Активное включение в лечебный процесс. Содействие персоналу в работе с другими пациентами. Сохранение контактов и продолжение сотрудничества с медперсоналом (врачи, психологи) после окончания курса лечения.  <i>Нормативная социальная активность.</i> Активное обсуждение необходимости трезвости с другими пациентами. Волонтерство, активное участие и проведение групп «АН».</p>

---

---

Таким образом, мы можем выделить основные фенотипические признаки – клинико-психологические индикаторы эмоционально-волевой сферы, которые являются специфическими для различных

персонологических типов личности больного наркоманией: «патологическая/наркоманическая личность», «диссоциированная зависимая личность» и «нормативная зависимая личность».

**Список использованной литературы:**

1. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. *Работа с мотивацией // Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.* – Москва, 2002. – С. 55-100.
2. *Психиатрия // Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. В. П. Самохвалова.* - Ростов - на - Дону.: Феникс, 2002. - 576 с.

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО НАРКОМАНИЕЙ: РЕЧЬ И АУДИАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ**

Ж. К. Мусабекова, Ю. А. Россинский, Т. В. Пак

г. Павлодар

Для определения фенотипических признаков или индикаторов доминирующего персонологического типа (доминирующих ЛС) личности больного наркоманией в тот или иной период лечения мы сравнили две группы пациентов с опийной зависимостью. В первую группу вошли те лица, кто, с нашей точки зрения, находился в статусе «Я - наркоман» (доминирующий патологический ЛС) – клинико - персонологический тип «наркоманическая / патологическая личность» (n = 209 чел.). Это были, в основном, пациенты, кто досрочно был исключен из лечебной программы, т.е. выписан из стационара за нарушение лечебного режима. Мы не включали в эту группу тех пациентов, у которых до формирования наркотической зависимости было диагностировано психическое расстройство (специфическое расстройство зрелой личности, хроническое аффективное расстройство настроения). Вторую группу составили пациенты, находившиеся в доминирующем нормативном статусе – клинико-персонологический тип «нормативная личность» (n = 66 чел.). Это внешняя группа сравнения, т.е. те пациенты, у которых отмечалась устойчивая качественная ремиссия (полное воздержание от употребления наркотика не менее 12 месяцев) и которые приезжали на профилактическое лечение в РНПЦ МСПН (группы АН, социальная реабилитация в условиях ТС), но не входили в общую исследуемую группу. В эту группу мы так же не включали пациентов, у кого была диагностирована психическая патология до момента формирования наркотической зависимости.

*Речь и аудиальная коммуникация.* В процессе клинической диагностики в неразрывном единстве изучаются как простые и сложные комплексы поведения, так и все особенности речевой продукции, её вербальные и невербальные аспекты. Речевое поведение является важнейшим объектом исследований,

и его изучение позволяет правильно понимать и оценивать особенности личности пациента, в частности те или иные клинико-персонологические её статусы. Согласно наблюдениям Ю. В. Валентика и Н. А. Сирота (2002) больные, зависимые от ПАВ, очень легко распознают других пациентов, находящихся в аналогичном личностном статусе («свой - чужой»). Для этого им довольно вступить в непродолжительный контакт, перебраться несколькими фразами. Характерно, что большое значение имеют невербальные коммуникации (особая мимика, взгляд, интонации). Не меньшее значение имеет и использование традиционных жаргонных выражений, без которых установление контакта и необходимое взаимопонимание невозможно (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002). Проведенный нами анализ позволил выделить некоторые особенности психосемантики и паралингвистики речи, которые являются специфическими в отношении того или иного клинико-персонологического статуса. В таблице № 1 отражены достоверные различия некоторых характеристик психосемантики и паралингвистики речи больных опийной наркоманией в контексте доминирования клинико - персонологических статусов: «наркоманическая личность» (группа №1, n = 209 чел.) и «нормативная зависимая личность» (группа №2, n = 66 чел.).

*Психосемантика речи.* Семантический (смысловой) аспект анализа речи предполагает изучение рассказа пациента о его прошлом (анамнеза), о его жалобах и переживаниях, о его семье и отношениях с другими людьми. Особое значение имеет субъективная семантика болезненных переживаний – индивидуальный смысл возникающих изменений, как в структуре самосознания пациента, так и в сложной системе его взаимоотношений с миром. Субъективные семантики можно оценить по лексико-семантическим категориям: выбору определенных слов для

отражения действительности, характеризующих эмоциональное и прагматическое отношение к ней пациента; преобладание в речи определенных лекси-

ко-семантических групп (частей речи: существительных, прилагательных, глаголов) (Самохвалов В. П. и соавт., 2002).

Таблица №1

*Особенности психосемантики речи больных опийной наркоманией в контексте клинико-персоналогических статусов: «наркоманическая личность» и «нормативная зависимая личность»*

Исследуемый параметр	Группа №1 (n = 209)	Группа №2 (n = 66)	P
Избегание тем разговоров о наркозависимости с медперсоналом	44,5 ± 6,7%	0% {0<>6%}	< 0,05
Предпочтение наркоманическим темам в разговорах с пациентами	70,8 ± 6,2%	0% {0<>6%}	< 0,01
Избегание/формальное обсуждение тем о негативных последствиях наркопотребления	44,5 ± 6,7%	0% {0<>6%}	< 0,05
Употребление ненормативной лексики в ТС	29,2 ± 6,1%	0% {0<>6%}	< 0,05
Употребление специфической наркоманической лексики в ТС	100% {97,1<>100%}	6,1% {1,8<>16,8%}	< 0,05
Алекситимия	81,3 ± 3,1%	11,8 ± 8,8%	< 0,05
Сознательные контроль и искоренение из речи оборотов и выражений наркоманического сленга	8,6 ± 3,8%	100% {90,8<>100%}	< 0,01
Напряженность интонации речи	83,2 ± 4,5%	13,6 ± 8,3	< 0,05
Напряженность как модальность	58,8 ± 6,7%	6,1% {1,8<>16,8%}	< 0,05

Психосемантический анализ речи позволяет выявить феномен алекситимии – особый коммуникативный стиль больных, характеризующийся затруднением вербального выражения чувств и болезненных переживаний. Согласно нашим наблюдениям, у больных опийной наркоманией, у которых доминирующим являлся статус «патологической / наркоманической личности» в 81,3% случаев (±3,1%) наблюдалась алекситимия, в то время как среди пациентов, у которых доминирующим являлся статус «нормативная зависимая личность» данный феномен достоверно наблюдался в 6,9 раза реже (11,8±8,8%).

Для больных, пребывающих в доминирующем статусе «патологическая / наркоманическая личность» достаточно характерной была следующая психосемантическая особенность: они старались избегать в беседе с медицинским персоналом темы наркозависимости (44,5 ± 6,7% согласно нашим наблюдениям). В тоже время, в общении с наркозависимыми предпочтение в беседах и разговорах отдавалось наркоманическим темам (70,8 ± 6,2%). Такие пациенты особенно старались избегать тех тем, которые касались негативных последствий наркопотребления (44,5 ± 6,7%). Для пациентов, которые пребывали в нормативном персоналогическом статусе, эта особенность была абсолютно нехарактерна.

Достаточно специфическими признаками того, что у больного доминирует патологический / наркоманический статус, являлось употребление ненормативной лексики (29,2±6,1%) и специфической наркоманической лексики (100% {97,1<>100%}). Такие больные не контролировали этот процесс, нередко позволяли себе нецензурную брань в присутствии медицинского персонала или старших резидентов. В отношении специфической наркоманической лексики можно констатировать факт того, что они разговаривали практически на наркоманическом сленге. Для них абсолютно не характерно контролировать свою речь, не использовать специфическую наркоманическую лексику (8,6±3,8%).

Для пациентов, пребывающих в статусе «нормативная зависимая личность», было абсолютно не характерным употребление в терапевтическом сообществе (ТС) нецензурной лексики, и лишь в 6,1% ({1,8<>16,8%}) у них регистрировались случаи использования в своей речи специфической наркоманической лексики. Напротив, в 100% случаях для них было характерно сознательно контролировать свою речь и искоренять из неё обороты и выражения наркоманического сленга.

*Паралингвистика речи.* Паралингвистика характеризует невербальные (просодические) факторы

речевой коммуникации, которые участвуют в передаче информации, несут определенную семантическую нагрузку – экстралингвистическую информацию. Среди наиболее специфических паралингвистических характеристик речи по отношению к патологическому персонологическому статусу «наркоманическая личность» мы выделили интонацию и модальность речи. Интонация характеризует эмоциональное отношение пациента к высказываемому, расставляет необходимые акценты, структурирует высказывание, создавая иерархию мотивов, кристаллизует субъективную семантику. Модальность определяется в форме общего эмоционально-вербального состояния: напряженность, неуверенность, беспокойство, беспомощность, безнадежность, раздра-

жение, разочарование, сомнения, безразличие и т.д. (Самохвалов В. П. и соавт., 2002). В наших наблюдениях мы выявили, что у пациентов с доминирующим патологическим статусом часто отмечается общая напряженность интонации речи – 83,2% ( $\pm 4,5\%$ ), что, в среднем, в 6,1 раза чаще, чем у пациентов, находящихся в нормативном статусе ( $13,6 \pm 8,3$ ). В отношении модальности как общей эмоционально-вербальной характеристики, результаты исследований показали, что для пациентов с доминирующим патологическим статусом в 58,8% случаев ( $\pm 6,7\%$ ) были характерны напряженность, раздражение, беспокойство, а для пациентов с доминирующим нормативным статусом эти состояния регистрировались лишь в 6,1% случаев, т.е. в 9,6 раза реже.

Таблица №2

*Индикаторы персонологических типов «наркоманическая», «диссоциированная зависимая», «нормативная зависимая» личность: речь и аудиальная коммуникация*

«Патологическая / наркоманическая личность»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Избегание темы наркозависимости в разговорах с медицинским персоналом. Предпочтение наркоманическим темам в разговорах с пациентами.</li> <li>- Избегание/формальное обсуждение темы негативных последствий наркопотребления.</li> <li>- Употребление ненормативной лексики во время общения в ТС. В присутствии врачей попытки контроля речи и использования нормативной лексики. В отделении активное употребление ненормативной лексики в присутствии медперсонала.</li> <li>- Употребление специфической наркоманической лексики, в том числе в присутствии психотерапевта. Недостаточный контроль над своей речью.</li> <li>- Тон речи осуждающий, надменный. Умеренное повышение громкости в связи с аффективной окрашенностью, незначительное ускорение речи.</li> <li>- Эмоционально-вербальная модальность – раздражение, напряженность, беспокойство. Общая напряженность интонации речи.</li> </ul>
«Диссоциированная зависимая личность»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Амбивалентность в рассуждениях с попеременным признанием причин своего поведения: либо как «фатализм», либо источник неудач, либо как результат сложившихся привычек. Но в зависимости от выгоды ситуации превалирование тех или иных доводов.</li> <li>- Контроль своей речи при работе в психотерапевтической группе. В присутствии медперсонала не употребляется ненормативная лексика, значительно уменьшается использование специфической наркоманической лексики.</li> <li>- Уменьшение употребления ненормативной лексики в общении с другими пациентами.</li> <li>- Общая напряженность интонации речи. Периодические повышения и спады общей интонационной напряженности.</li> <li>- Эмоционально-вербальная модальность – раздражение, напряженность, беспокойство, неуверенность, беспокойство, беспомощность, безнадежность, раздражение, разочарование, сомнения, безразличие</li> </ul>
«Нормативная зависимая личность»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Исключение из употребления ненормативной лексики в общении, как с медицинским персоналом, так и с другими пациентами.</li> <li>- Сознательный контроль и искоренение из речи оборотов и выражений наркоманического сленга.</li> <li>- Эмоционально-вербальная модальность – рабочая заинтересованность, конгруэнтность, на психотерапевтических группах – задумчивость, погруженность в размышления - рефлексия.</li> <li>- Тон речи спокойный, заинтересованный, конгруэнтный по отношению к тому, что говорится.</li> </ul>

Таким образом, мы можем выделить основные фенотипические признаки особенностей речи, которые являются специфическими для различных персонологических типов личности

большого наркоманией: «патологическая/наркоманическая личность», «диссоциированная зависимая личность» и «нормативная зависимая личность».

---

---

**Список использованной литературы:**

1. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. Работа с мотивацией // Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. – Москва, 2002. – С. 55-100.
2. Психиатрия // Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. В. П. Самохвалова. – Ростов - на - Дону.: Феникс, 2002. - 576 с.

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО НАРКОМАНИЕЙ: ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВАЯ СФЕРА**

Ю. А. Россинский, Т. В. Пак, Ж. К. Мусабекова

Для определения фенотипических признаков или индикаторов доминирующего персонологического типа (доминирующих ЛС) личности больного наркоманией в тот или иной период лечения мы сравнили две группы пациентов с опишной зависимостью. В первую группу вошли те лица, кто, с нашей точки зрения, находился в статусе «Я - наркоман» (доминирующий патологический ЛС) – клинико-персонологический тип «наркоманическая / патологическая личность» (n = 209). Это были, в основном, пациенты, кто досрочно был исключен из лечебной программы, т.е. выписан за нарушение лечебного режима. Мы не включали в эту группу тех пациентов, у которых до формирования наркотической зависимости было диагностировано психическое расстройство (специфическое расстройство зрелой личности, хроническое аффективное расстройство настроения). Вторую группу составили пациенты, кто находился в доминирующем нормативном статусе – клинико - персонологический тип «нормативная личность» (n = 66). Это внешняя группа сравнения, т.е. те пациенты, у которых отмечалась устойчивая качественная ремиссия, т.е. полное воздержание от употребления наркотика не менее 12 месяцев, и которые приезжали на профилактическое лечение в РНПЦ МСПН (группы АН, социальная реабилитация в условиях ТС), но не входили в общую исследуемую группу. В эту группу мы так же не включали пациентов, у кого была диагностирована психическая патология до момента формирования наркотической зависимости.

Мы провели дискриптивно-феноменологический и клинико - психологический анализ эмоционально-волевой сферы и выявили некоторые специфические особенности для различных клинико-персонологических статусов больного опишной наркоманией, которые могут служить в качестве их фенотипических признаков или индикаторов. Результаты сравнения отражены в таблице №1.

Мы провели дискриптивно-феноменологический и клинико - психологический анализ эмоционально-волевой сферы и выявили некоторые специфические особенности для различных клинико-персонологических статусов больного опишной наркоманией, которые могут служить в качестве их фенотипических признаков или индикаторов. Результаты сравнения отражены в таблице №1.

Таблица № 1

*Индикаторы эмоционально-волевой сферы клинико- персонологических статусов: «наркоманическая личность» и «нормативная зависимая личность» у больных опишной наркоманией*

Исследуемый параметр	Группа №1 (n = 209)	Группа № 2 (n = 66)	P
Наркоманический тип волевой активности	100% {97,1<>100%}	0% {0<>6%}	< 0,01
Избирательная эмпатия – эмпатия позитивных эмоций	5,7 ± 3,1%	62,1 ± 12,8%	< 0,05
Гипотимия в период абстиненции (шкала депрессии Бека)	70,8 ± 6,1%	28,8 ± 12,4%	< 0,05
Дисфория в период абстиненции	43,1 ± 6,7%	7,8% {2,8<>18,7%}	< 0,05
Эксплозивные реакции в период абстиненции	36,4 ± 6,5%	0% {0<>6%}	< 0,01
Гипертимия как реакция на наркоманические стимулы	95,2 ± 2,9%	12,1 ± 8,8%	< 0,01
Гипермия как реакция на наркоманические стимулы	97,1% {93,8<>100%}	16,7 ± 10,3%	< 0,05
Угасание/отсутствие моральных эмоций на прежние стимулы	89,0 ± 4,2%	4,5% {1,2<>14,3%}	< 0,01

---

---

*Наркоманический тип волевой активности.* По определению В. А. Жмурова (2002), воля есть способность к планомерной, организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей и волевая активность, свойственная только человеку. А. О. Бухановский (2003) определяет волю, как психический процесс, заключающийся в сознательной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека. В. П. Самохвалов и соавторы (2002) отмечают так же, что воля есть стремление к целенаправленной деятельности, которая реализуется сознательно в достижении цели и *бессознательно в инстинктивной деятельности* (выделено автором). Если воля реализуется бессознательно в инстинктивной деятельности, т.е. обслуживает базисный не всегда осознаваемый инстинкт, то волевая активность так же будет проявляться и в привычках, которые в настоящее время могут являться автоматизмами и не осознаваться, но при этом являться значимым мотивом. Эти привычки изначально были осознаваемыми.

Следовательно, воля есть процесс организованной деятельности, направленной на достижение сознательных целей и неосознаваемых значимых мотивов.

Иногда личность добивается какой-либо цели, прикладывая очень большие волевые усилия, и эта внешняя цель не обязательно будет соответствовать истинному глубинному активатору этой волевой активности – значимому неосознаваемому мотиву. Наши наблюдения показали, что у пациентов, находящихся в доминирующем персонологическом статусе «патологической/наркоманической личности», происходит перераспределение волевой активности в сторону обслуживания наркозависимости. Причем это касается как осознаваемого мотива, когда он обретает форму сознательной цели, например, достать или пронести в отделение наркотик, так и неосознаваемого мотива, например, при обострении психической зависимости и актуализации патологического влечения к наркотику, когда пациент прилагает большие волевые усилия, что бы удовлетворить этот неосознаваемый мотив. При этом он будет рационализировать, и находить объяснение (цель) своей волевой активности, т.е. целенаправленному поведению. При осознанном стремлении пациента к употреблению ПАВ, т.е. при движении к поставленной цели, воля проявляется во всех ее аспектах: как целеполагание, как структурированный план достижения цели, как целенаправленное действие – стратегия выполнения плана и достижения цели, наполненных эмоционально-чувственным компонентом. У больных наркоманией воля так же может проявлять себя как деятельность обслуживающая внешне одну цель – осознаваемую, а внутренне другую – неосознаваемую. То есть, сознательно больной будет добиваться достижения какой-то внешней цели, например,

срочно уехать домой, чтобы закончить какие-то неотложные дела (внешняя цель), а неосознанно он будет преследовать мотив – употребить наркотик (внутренняя цель).

Ю. В. Валентик и Н. А. Сирота (2002) так же отмечают, что способность к волевой активности и мотивационная энергия в патологическом ЛС не утрачиваются, а перераспределяются. «Волевая активность лиц с алкогольной зависимостью реализуется в ходе самой алкогольной деятельности, когда больные демонстрируют поразительную целеустремленность и способность преодолевать препятствия. В то же время у пациентов определялся так называемый алкогольный дефект деятельности. Сталкиваясь с необходимостью выполнять рутинную нормативную деятельность, они выглядели вялыми, безынициативными, выполняли работу халтурно, т.е. не доводили её до конца, могли нарушить взятые на себя обязательства и т.д. С этим же был связан и присущий данному (патологическому *прим. авт.*) ЛС дефект целеполагания. Пациенты избегали строить планы на будущее, конкретизировать свои жизненные цели. Использовались аргументы типа «В жизни всё может случиться», «Не стоит загадывать наперед», «Мы с вами взрослые люди и не стоит заниматься гаданиями», т.е. из алкогольного статуса личности нормативное будущее просматривалось неопределенно» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002).

В наших наблюдениях перераспределение волевой активности в сторону ее наркоманического вектора так же было характерно для больных опийной наркоманией. По словам самих пациентов, они могли быть способными, чтобы найти наркотик или средства на его приобретение совершенно в чужом городе, где нет близких или знакомых людей. Они так же могли быть способными «быстро и легко» заработать «большие» деньги, что бы потратить их на наркотики. Пациенты, находящиеся в доминирующем патологическом статусе демонстрировали поистине чудеса волевой активности, когда умудрялись обмануть охрану, медперсонал и доставить наркотик в отделение. В то же время эти пациенты были не в состоянии длительно концентрировать свои волевые усилия для выполнения регулярной или монотонной нормативной деятельности. Они быстро теряли интерес к деятельности такого рода и, соответственно, с угасанием интереса у них снижалась способность к волевой активности. Интерес угасал именно потому, что цели нормативной деятельности не совпадали с актуальными мотивами «патологической / наркоманической личности», которыми являлись – поиск и употребление наркотика.

В наших исследованиях для больных наркоманией, находящихся в патологическом персонологическом статусе «наркоманическая личность», в 100% случаях был присущ наркоманический тип волевой активности. А в группе пациентов, находящихся в статусе «нормативная зависимая личность» (доми-

---

---

нирование нормативных ЛС), совсем не было отмечено случаев такого рода перераспределения волевой активности. У этих пациентов, напротив, отмечался просоциальный вектор волевой активности. Отмечались случаи, когда пациенты приезжали только на встречу или заседание группы «Анонимных наркоманов» из другого города, преодолевая длительное расстояние, и после заседания группы уезжали обратно.

*Эмоциональная рефлексия – эмпатия.* Эмпатия по определению С. Ю. Головина (1998) есть постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека. Способность индивида к параллельному переживанию тех эмоций, что возникают у другого индивида в ходе общения с ним. Понимание другого человека путем эмоционального вчувствования в его переживания.

Для больного наркоманией характерны свои особенности в отношении эмпатии, в зависимости от того, какой из клинично-персонологических его статусов доминирует в тот или иной момент. С. Ю. Головин (1998) определяет три разновидности эмпатии:

1) Эмпатия эмоциональная – основанная на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого;

2) Эмпатия когнитивная – базируемая на интеллектуальных процессах – сравнение, аналогия и пр.;

3) Эмпатия предикативная – проявляемая как способность предсказывать аффективные реакции другого человека в конкретных ситуациях.

Наши исследования и наблюдения позволили выделить некоторые специфические особенности эмпатии, в зависимости от доминирования того или иного клинично-персонологического статуса.

*Предикативная и когнитивная эмпатия.* Необходимо отметить тот факт, что в наших наблюдениях мы не обнаружили дефекта или каких-либо специфических особенностей в отношении предикативной и когнитивной эмпатии. Больные опийной наркоманией, независимо от типа доминирующего статуса, четко могли предсказать аффективные реакции в конкретных ситуациях любого человека и с высокой степенью точности, независимо от того, являлся он пациентом, санитаром, охранником или лечащим врачом. Более того, больные очень внимательно отслеживали особенности личности медицинского персонала или охранника, с высокой степенью точности находили «слабые» или «уязвимые» места этой личности, используя это, часто успешно манипулировали персоналам. Они были способными точно и быстро находить «ключ» к собеседнику, особенно если это касалось их интересов. Они четко знали, каких врачей или медицинских сестер можно «купить» похвалой или комплементом (позитивным поглаживанием), каких лестью, а каких – «горькой правдой», «несчастливым детством», «ущербностью жизни», «примерным поведением» и т.д.

*Эмоциональная эмпатия.* С. Ю. Головин (1998) определяет две формы эмоциональной эмпатии: сопереживание и сочувствие. Сопереживание – это переживание тех же состояний эмоциональных, что испытывает другой человек, через отождествление с ним. А сочувствие – это переживание собственных состояний эмоциональных в связи с чувствами другого человека. В этом плане наши наблюдения позволили сделать нам важный вывод. У больного наркоманией эмоциональная эмпатия, как личностная способность, имеет свои специфические особенности в зависимости от того, какой персонологический статус доминирует. Например, для пациентов, у которых доминировал патологический статус «наркоманической личности», блокировалась способность к сопереживанию и сочувствию нормативных стимулов. Больные были словно закрыты для сопереживания и сочувствия печали, заботы, нежности, привязанности, ласки, любви. Они не справлялись или вовсе отказывались от участия в психотерапевтических и телесных техниках, если их целью была эмоциональная эмпатия. Они не справлялись с упражнениями, целью которых являлось проявление заботы, нежности, ласки к другому человеку. Но в то же время, они легко сопереживали негативные чувства, такие как гнев, презрение, отвращение.

Таким образом, для больных опийной наркоманией, находящихся в доминирующем статусе «наркоманической личности», была характерна избирательность эмоциональной эмпатии: блокирование и неспособность сопереживать и сочувствовать позитивные чувства (ласка, забота, нежность, любовь, привязанность) и удовлетворительная способность сопереживать негативные чувства (гнев, презрение, отвращение). В наших наблюдениях среди пациентов, чей доминирующий статус являлся патологическим – «наркоманическая / патологическая личность» – лишь в 5,7% случаев ( $\pm 3,1\%$ ) было характерно сопереживание и сочувствие положительных чувств, в то время как среди пациентов с доминирующим нормативным статусом – «нормативная зависимая личность» такие пациенты встречались достоверно ( $P < 0,05$ ) в 10,9 раза чаще ( $62,1 \pm 12,8\%$ ).

*Эмоциональная сфера.* Как показывают наши наблюдения, для больных наркоманией с различными доминирующими персонологическими статусами характерны свои специфические особенности в отношении эмоциональной сферы. В частности, эти особенности касаются эмоционального фона, эмоциональных реакций и отношений, а так же экспрессивных актов.

*Особенности эмоционального фона.* Мы исследовали общий фон настроения у больных с различными доминантными персонологическими статусами. При этом мы использовали шкалу депрессии А. Т. Бека (Beck de-pression inventory (DBI), 1961). В результате мы получили следующие данные. Для пациентов, у которых доминирующим был статус

---

---

«патологической / наркоманической личности», в 70,8% случаев ( $\pm 6,1\%$ ) встречалась гипотимия в той или иной степени её выраженности, а среди пациентов, находящихся в доминирующем статусе «нормативной/зависимой личности», распространенность случаев гипотимии достоверно была в 2,5 раза меньше ( $28,8 \pm 12,4\%$ ).

Необходимо отметить важный факт в отношении пациентов, кто находился в статусе «диссоциированная зависимая личность». Для «диссоциированной зависимой личности» был характерен очень высокий процент распространенности случаев, согласно оценке по шкале Бека, пониженного настроения. В 86,6% случаев ( $\pm 3,1\%$ ) нами регистрировалась гипотимия в той или иной степени её выраженности. Этот факт, с нашей точки зрения, связан со следующими причинами. Для «диссоциированной зависимой личности» происходит обострение переживания негативных эмоций. С одной стороны, обостряются такие негативные и «тяжелые» чувства/эмоции, как тревога, страх, иногда неуверенность вплоть до отчаяния, связанные с оценкой и проекцией будущего. С другой стороны, обостряются так же негативные эмоции: стыд, вина, гнев, связанные с оценкой прошлого. Страх переживают оба статуса. Патологический ЛС «Я - наркоман» боится в первую очередь, что столкнется с угрозой собственному существованию, поскольку начал заявлять о себе нормативный статус. В свою очередь, нормативный статус тоже боится: боится своей решимости, боится того, что патологический статус ещё очень силен и может одержать победу. А это является угрозой его существованию. Страх опять же продуцирует гнев. Таким образом, угрозу своему существованию переживают оба статуса, оба статуса переживают страх и гнев, поскольку они по отношению друг к другу являются антагонистами. Больной наркоманией в статусе «диссоциированная зависимая личность» находится в хроническом, перманентном состоянии страха и гнева, что является причиной сниженного настроения и часто отчаяния. И это очень тяжелое испытание для «диссоциированной зависимой личности». Переживание этих эмоций является своеобразным биологическим/психическим потребностным состоянием, требующим своего разрешения, которое обостряет психическую зависимость и актуализирует патологическое влечение к наркотику. В этот момент у больного обостряется чувство одиночества и «непонятности другими». В этот момент для пациента крайне высока опасность, вернуться в состояние доминирующего патологического ЛС «Я - наркоман», как говорят сами пациенты – «скатиться к наркоману».

В отношении общего эмоционального фона в контексте различных доминирующих личностных статусов Ю. В. Валентик и Н. А. Сирота (2002) выделяют следующие особенности. Согласно их мнению, если «... пациент находится в экстазе (интоксикация, синдром отмены), то он проявляет богатую эмоциональность. Если же он вне экстаза, в светлом промежутке или в ремиссии, то в эмоциональном реагировании отмечаются затруднения. Такие пациенты напряжены, демонстрируют неприязнь и раздражительность при общении с нормативным микроокружением. Накопление неотреагированных переживаний в значительной степени объясняется тем, что пациент, оставаясь в патологическом ЛС, внутренне не соответствует тому образу жизни, который ему приходится вести в светлом промежутке. В связи с этим, любой контакт, эмоционально разгружающий пациента, будет способствовать установлению доверительных отношений и успеху лечения» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002).

*Особенности эмоционального фона и экспрессивных актов.* Необходимо так же отметить специфический симптом, характерный для состояния доминирующего патологического ЛС «наркоманическая личность» / «Я - наркоман». Это кратковременное поднятие настроения в ситуациях, когда больной находит себе пару или группу пациентов, находящихся в таком же персонологическом статусе. Когда затрагивается наркоманическая тема и в беседе оживляется и актуализируется мир патологического статуса «Я - наркоман». Больные индуцируют друг друга, эмоционально оживляются, становятся более веселыми. В этот момент у них значительно повышается уровень речевой продуктивности и эмпатического слушания. В ранних публикациях, посвященных исследованию хронического алкоголизма (Кондрашенко В. Т., Скутаревский А. Ф., 1983; Братусь Б. С., 1984; Пятницкая И. Н., 1988), этот феномен связывали с психической зависимостью к алкоголю. С нашей точки зрения, данный феномен связан именно с актуализацией патологического ЛС «наркоманическая личность» / «Я - наркоман» и его позитивным подкреплением. В такой момент жизнь для этого персонологического статуса «налаживается», появляется перспектива улучшения качества его жизни. В этот момент «радуется» (активизируется) не «нормативная зависимая личность». В этот момент «радуется» (активизируется) «наркоманическая личность».

В наших наблюдениях, гипертимия, как реакция на наркоманические стимулы среди пациентов, пребывающих в доминирующем статусе «наркоманическая личность», встречалась в 95,2% случаев ( $\pm 2,9\%$ ). Для пациентов, пребывающих в статусе «нормативная зависимая личность», данный феномен был нехарактерен, он встречался всего в 12,1% случаев ( $\pm 8,8\%$ ) т.е. в 7,9 раза реже. В момент поднятия настроения, естественно, изменялись и экспрессивные акты. Так, например, для пациентов, пребывающих в доминирующем статусе «наркоманическая личность», совместно с эмоционально-фоновой реакцией – гипертимией отмечалась так же характерная экспрессивная реакция – гипериммия. Гипериммия так же носила реактивный характер на

воздействие наркоманического стимула и встречалась среди пациентов, чей персонологический доминирующий статус являлся «наркоманической личностью» в 97,1% случаев {93,8% < 100%}. Среди пациентов, находящихся в доминирующем статусе «нормативная зависимая личность», эта реакция наблюдалась в 16,7% случаев ( $\pm 10,3\%$ ), т.е. в 5,8 раза реже.

Так же весьма специфическим симптомом, с нашей точки зрения, являлась дисфория. Её специфичность заключалась в том, что она достаточно часто – в 43,1% случаях ( $\pm 6,7\%$ ) – проявлялась в состоянии воздержания (абстиненции) у больного наркоманией, находящегося в доминирующем патологическом статусе «наркоманической личности». И практически была не характерна в состоянии воздержания (абстиненции) для больного наркоманией, у которого доминировал статус «нормативная зависимая личность» – 7,8% случаев.

*Особенности эмоциональных реакций и отношений.* Нарушение эмоциональных реакций проявляется неадекватными по знаку, модальности, степени выраженности и продолжительности эмоциональными ответами на действие конкретных раздражителей (внезапных обстоятельств, определенных лиц и ситуаций, вопросов в беседе), либо ослаблением и отсутствием таких ответов (Жмуров В. А., 2002). Для больных наркоманией у кого был доминирующим «патологический / наркоманический статус» в 36,4% случаев ( $\pm 6,5\%$ ) отмечались эксплозивные реакции. Больные нередко теряли контроль в состоянии аффекта гнева: разбивали окна, наносили себе порезы, ломали мебель и т.п. В отношении больных с доминирующим статусом «нормативная зависимая личность» эксплозивных реакций за период наблюдений не было выявлено.

*Угасание/отсутствие моральных эмоций на прежние стимулы.* Угасание или отсутствие моральных эмоций (вина, стыд, страх) на прежние стимулы, т.е. на те события, которые ранее вызывали эти чув-

ства, а в настоящее время перестали быть их активатором – является одним из наиболее специфических и неблагоприятных признаков того, что у личности наркозависимого сформировался новый персонологический статус «патологическая / наркоманическая личность» или, согласно психогенетической модели личности Ю. В. Валентика, патологический ЛС «Я - наркоман». Причиной этого феномена является изменение в когнитивной сфере у «наркоманической личности», перераспределение морально-этических норм в асоциально - криминальную сторону, т.е. формирование новой наркоманической идеологии.

Следовательно, угасание или отсутствие моральных эмоций (вина, стыд, страх) на прежние стимулы может являться диагностическим признаком формирования у лица, зависимого от ПАВ, наркоманической этики и морали и персонологического статуса «патологическая/наркоманическая личность».

В наших наблюдениях у больных наркоманией, у кого был доминирующим «патологический/наркоманический статус», этот феномен встречался в 89,0% случаев ( $\pm 4,2\%$ ), а у пациентов с доминирующим статусом «нормативная зависимая личность» – всего в 4,5% случаев ({1,2% < 14,3%}), что в 19,8 раза реже.

*Данные экспериментально-психологического исследования.* Результаты психологического тестирования так же позволили выявить некоторые особенности эмоциональной сферы пациентов обеих групп: находящиеся в доминирующем клинко-персонологическом статусе «наркоманическая личность» (n = 209) и «нормативная зависимая личность» (n = 66) и объективно подтвердить наши клинические наблюдения и выводы. В таблице №2 отражены достоверные различия показателей опросника личностной ориентации Э. Шострома – самоактуализационного теста (САТ) и 16 - факторного опросника Р. Кеттелла.

Таблица №2

*Показатели психологических тестов клинко - персонологических статусов: «наркоманическая личность» и «нормативная зависимая личность» у больных опийной наркоманией*

Исследуемый параметр (значения в баллах)		Группа 1 (n = 209)	Группа 2 (n = 66)	P
САТ – опросник ЛЮ Э. Шострома	Шкала «Fr»	38,98 $\pm$ 0,58	48,15 $\pm$ 0,90	< 0,01
	Шкала «A»	35,91 $\pm$ 0,68	49,23 $\pm$ 0,98	< 0,01
	Шкала «C»	35,94 $\pm$ 0,69	50,78 $\pm$ 1,26	< 0,01
16 – факторный опросник Р. Кеттелла	Фактор «G»	4,98 $\pm$ 0,27	8,72 $\pm$ 0,30	< 0,01
	Фактор «C»	4,68 $\pm$ 0,31	6,89 $\pm$ 0,25	< 0,01
	Фактор «Q <sub>3</sub> »	3,99 $\pm$ 0,27	8,07 $\pm$ 0,31	< 0,01

---

---

*Самоактуализационный тест (САТ) – опросник личностной ориентации Э. Шострома.* При исследовании пациентов с различными доминирующими клинико - персонологическими типами вопросником личностной ориентации Э. Шострома – самоактуализационным тестом (САТ) мы получили достоверные различия ( $P < 0,01$ ) по следующим шкалам:

- Реактивная чувствительность – «Fr»;
- Принятие агрессии – «А»;
- Способность к близким контактам – «С».

*Шкала «Реактивная чувствительность» – «Fr».*

Данная шкала измеряет уровень отзывчивости на чувства и нужды других людей. Чем выше балл по данной шкале, тем испытуемый отзывчивей к чувствам и нуждам других людей. В наших наблюдениях у пациентов, у которых был доминирующим статус «патологическая/наркоманическая личность», средний балл данной шкалы составил  $38,98 (\pm 0,58)$  балла, что почти на 10 баллов (или в 1,2 раза) ниже, чем у пациентов, у которых доминирующим был статус «нормативная зависимая личность» ( $48,15 \pm 0,90$  баллов). Эти результаты подтверждают наши клинические выводы об избирательности эмоциональной эмпатии пациентов с доминирующим статусом «патологическая / наркоманическая личность», в частности, неспособности сочувствовать и сопереживать положительные эмоции.

*Шкала «Принятие агрессии» – «А».* Данная шкала измеряет способность принимать чью-либо агрессивность. Чем выше балл, тем выше способность принимать гнев и агрессию, как естественные человеческие проявления. Низкий балл свидетельствует о том, что испытуемый отрицает наличие у себя таких чувств, подавляет их проявление и избегает их выражения. Результаты наших наблюдений с высокой степенью достоверности показали, что пациенты, у которых доминирующим является статус «нормативная зависимая личность» значительно лучше идентифицируют свой собственный гнев и более спокойно относятся к гневу других пациентов. Их средний балл составил  $49,23 (\pm 0,98)$ . В отношении лиц в статусе «патологической / наркоманической личности» результаты подтвердили наши клинические выводы в отношении эмпатийной избирательности, в частности, о том, что они удовлетворительно сочувствуют негативные эмоции, такие, как гнев, презрение. Они реактивно отражают гнев и раздражение. А отрицание и неспособность идентифицировать и отследить свой собственный гнев приводят к неконтролируемым его вспышкам, к эксплозивным приступам. Их средний балл составил  $35,91 (\pm 0,68)$ , т.е. почти на 14 баллов (или в 1,4 раза) меньше чем у «нормативных» пациентов.

*Шкала «Способность к близким контактам» – «С».* Данная шкала измеряет способность вступать в контакт и развивать близкие взаимоотношения с людьми. Чем выше балл данной шкалы, тем испытуемый лучше развивает глубокие, близкие, нефор-

мальные взаимоотношения с другими людьми («Я – Ты, Здесь – и - Теперь»). Низкий балл означает наличие трудностей у человека в установлении теплых межличностных взаимоотношений. Эти показатели характеризуют эмоциональную эмпатию в отношении таких эмоций и чувств, как привязанность, нежность, забота, любовь. Согласно полученным результатам, показатели данной шкалы достоверно выше почти на 15 баллов или в 1,4 раза у пациентов у кого доминирующим был статус «нормативной зависимой личности» ( $50,78 \pm 1,26$  баллов и  $35,94 \pm 0,69$  баллов, при  $P < 0,01$ ). Этот факт так же подтверждает наши клинические выводы о том, что у пациентов, у которых «патологический/наркоманический» статус доминирует, блокирована способность эмоциональной эмпатии таких чувств, как привязанность, нежность, забота, любовь.

*16- факторный опросник Кеттелла (форма «С»).* Мы так же получили достоверные различия данных шкал 16- факторного опросника Р. Кеттелла, которые подтверждают наши клинические наблюдения в отношении эмоционально - волевой сферы пациентов с различными доминирующими клинико - персонологическими типами. В частности, были получены достоверные различия показателей следующих шкал: шкала «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость» – «Фактор С»; шкала «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения» – «Фактор G»; шкала «высокий самоконтроль – низкий самоконтроль» – «Фактор Q<sub>3</sub>».

*Шкала «Фактор С» – «эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость».* Низкие оценки по данной шкале характеризуют низкую толерантность по отношению к фрустрации, подверженность чувствам, переменчивость интересов, склонность к лабильности настроения, раздражительность. Высокие оценки характеризуют исследуемого, как человека выдержанного, работоспособного, эмоционально зрелого, реалистически настроенного. Он более способен следовать требованиям группы, характеризуется постоянством интересов. Значения данных шкал достоверно превышали у пациентов, находящихся в доминирующем статусе «нормативная зависимая личность» в среднем в 1,5 раза, чем у пациентов, находящихся в доминирующем статусе «патологическая / наркоманическая личность» ( $6,89 \pm 0,25$  баллов и  $4,68 \pm 0,31$  баллов, при  $P < 0,01$ ). Эти различия подтверждают наши наблюдения в отношении того, что у пациентов, находящихся в доминирующем персонологическом статусе «патологической / наркоманической личности», происходит перераспределение волевой активности в сторону обслуживания наркозависимости и характерен дефект или дефицит волевой активности в отношении нормативной деятельности, в нашем случае - в активном участии в лечебном процессе.

*Шкала «Фактор G» – «подверженность чувствам – высокая нормативность поведения».* В це-

лом, данный фактор определяет, в какой мере различные нормы и запреты регулируют поведение и отношение человека. Низкие оценки по данной шкале характеризуют человека, как личность, склонную к непостоянству, подверженную влиянию случая и обстоятельств. Такой человек не делает усилий по выполнению групповых требований и норм. Он характеризуется беспринципностью, неорганизованностью, безответственностью по отношению к социальным нормам. При высоких оценках наблюдается осознанное соблюдение норм и правил поведения, настойчивость в достижении цели, точность, ответственность, деловая направленность.

Результаты наших наблюдений показали, что значения данной шкалы достоверно, в 1,8 раза превышают у пациентов, чей доминирующий статус – «нормативная зависимая личность» ( $8,72 \pm 0,30$  баллов и  $4,98 \pm 0,27$  баллов, при  $P < 0,01$ ). Эти различия, так же как и в предыдущем случае подтверждают наши наблюдения в отношении того, для пациентов, находящихся в доминирующем персонологическом статусе «патологической/наркоманической личности» характерны дефект волевой активности

в отношении нормативной деятельности и ее перераспределение в сторону обслуживания наркоманности.

Шкала «Фактор  $Q_3$ » – «высокий самоконтроль – низкий самоконтроль». Высокие оценки (9 стенов и выше) характеризуют дисциплинированность, точность в выполнении социальных требований, хороший контроль над своими эмоциями, заботу о своей общественной репутации. Низкие оценки (1 - 4 стенов) – недисциплинированность, внутреннюю конфликтность, несоблюдение правил, подчинение своим страстям, низкий самоконтроль. Т.е. высокие показатели фактора  $Q_3$ , по сути, характеризуют волевою активность в отношении контроля собственного поведения и навыки рефлексии. Результаты наших исследований показали, что значения шкалы «Фактор  $Q_3$ » достоверно превышают в 2 раза у пациентов, находящихся в доминирующем персонологическом статусе «нормативная зависимая личность», в сравнении с пациентами, чей доминирующий статус являлся статусом «патологической / наркоманической личности» ( $8,07 \pm 0,31$  баллов и  $3,99 \pm 0,27$  баллов, при  $P < 0,01$ ).

Таблица №3

*Индикаторы клинико-персонологических типов «наркоманическая», «диссоциированная зависимая», «нормативная зависимая» личность: эмоционально-волевая сфера*

«Патологическая / наркоманическая личность»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Наркоманический тип волевой активности. Волевая активность направлена на обслуживание наркоманических потребностей. Дефект волевых усилий при выполнении нормативной деятельности.</li> <li>- Избирательность эмоциональной эмпатии. Блокирование сопереживания и сочувствия положительных эмоций / чувств (ласка, забота, нежность, любовь). Удовлетворительное сопереживание негативных чувств (гнев, презрение, отвращение).</li> <li>- Особенности эмоционального фона:             <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ситуационная полярность эмоционального фона и экспрессивных актов: Дисфория, апатия, гипотимия в состоянии воздержания (абстиненции). Гипертимия, гипермия как реакция на наркоманические стимулы.</li> <li>- Особенности эмоциональных реакций и отношений: Эксплозивность в состоянии абстиненции. Угасание/отсутствие моральных эмоций на прежние стимулы. Быстрая утрата интереса к нормативной деятельности.</li> </ul> </li> <li>- Данные экспериментально-психологического исследования:             <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Самоактуализационный тест (САТ) Э. Шострома – низкие показатели следующих шкал: «Fr», «C», «A».</li> <li>-- 16 F тест Кеттелла – средне-низкие показатели шкалы «Фактор <math>Q_3</math>», «Фактор C», «Фактор G».</li> </ul> </li> </ul>
«Диссоциированная зависимая личность»	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Волевая активность. Периодическое восстановление волевого потенциала при выполнении нормативной деятельности.</li> <li>- Особенности эмоциональных реакций и отношений:             <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Высокая распространенность случаев сниженного настроения (гипотимии). Эмоциональная полярность, амбивалентность, неустойчивость. Учащение приступов депрессии, отчаяния.</li> <li>-- Кумуляция негативных эмоций по принципу: страх, отчаяние, гнев перед будущим + стыд, вина, отчаяние, гнев за прошлое.</li> <li>-- Восстановление моральных эмоций на прежние стимулы.</li> <li>-- Переживание чувства одиночества и «непонятости другими».</li> </ul> </li> </ul>

«Нормативная зависимая личность»	<p>- <i>Нормативный тип волевой активности.</i> Волевая активность направлена на обслуживание нормативных потребностей. Отсутствие дефекта волевых усилий при выполнении нормативной деятельности.</p> <p>- <i>Особенности эмоциональных реакций и отношений:</i></p> <p>-- Низкая распространенность случаев сниженного настроения (гипотимии). Снижение распространенности степени выраженности негативных эмоций (вина, стыд, страх). Стабилизация настроения, ощущение облегчения. Появление уверенности в своих возможностях.</p> <p>-- Эмоциональная эмпатия. сопереживания и сочувствия положительных эмоций / чувств (ласка, забота, нежность, любовь).</p> <p>-- Интерес к психотерапии, лечению. Появление чувства приподнятости, ощущения прилива сил, гипертимия на завершающих этапах лечения.</p>
----------------------------------	---

Таким образом, мы можем выделить основные фенотипические признаки – клинико-психологические индикаторы эмоционально-волевой сферы, которые являются специфическими для различных

персоналогических типов личности больного наркоманией: «патологическая/наркоманическая личность», «диссоциированная зависимая личность» и «нормативная зависимая личность».

**Список использованной литературы:**

1. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. *Работа с мотивацией // Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.* – Москва, 2002. – С. 55-100.
2. *Психиатрия // Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. В.П.Самохвалова.* - Ростов н /Д.: Феникс, 2002. - 576 с.

## ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

### ОПЫТ ПРОВЕДЕННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ КОНТИНГЕНТА УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ г. АСТАНЫ В 2004 г.

Ж. К. Ажигулов, О. Н. Комарова,  
Е. В. Новикова, Н. М. Иванова

г. Астана

**Актуальность проблемы.** Злоупотребление наркотическими средствами и их незаконный оборот приобрели повсеместное распространение и представляют реальную угрозу генофонду нации, следовательно, национальной безопасности.

Общая тенденция последних десяти лет – это увеличение распространенности наркотической зависимости в Западной Европе и США в 7-8 раз, а в Восточной Европе, Центральной Азии, развивающихся странах в 10 - 12 раз. Отечественные эксперты прогнозируют в ближайшие 5 лет повышение активности наркопотребителей и распространителей наркотиков. По данным Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании по состоянию на 1 января 2004 г. психические и поведенческие расстройства наблюдаются у более чем трехсот двадцати тысяч человек, в том числе - у 23487 подростков (свыше 7%) и у 58455 детей (24%).

В такой ситуации главной задачей специалистов, работающих в области профилактики зависимости от ПАВ, является профилактика распространения наркомании. На наш взгляд, впервые проведенное тестирование учащихся школ и молодежи на предмет раннего выявления среди них «группы риска» явилось достаточно результативным мероприятием.

**Цель тестирования: раннее выявление «группы риска» и оценка эпидемиологической ситуации среди молодежи.**

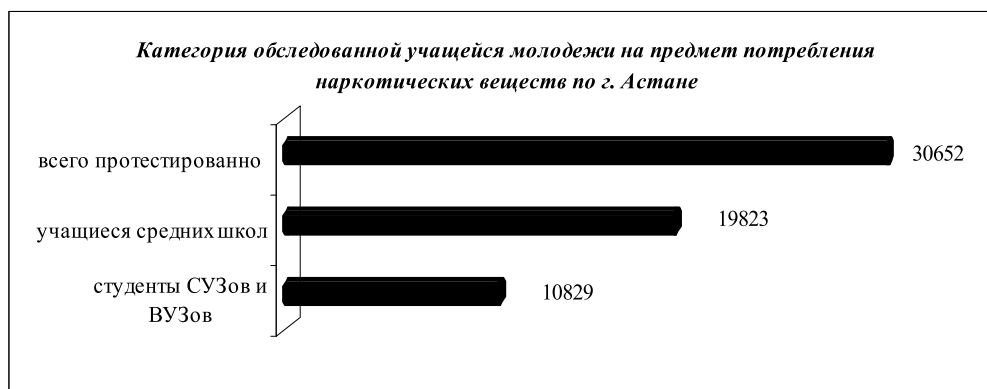
Прежде чем проводить данное тестирование, нами была проведена большая разъяснительная работа среди педагогов, психологов, медицинских работников учебных заведений, а так же среди родителей, опекунов или воспитателей (если ребенок находился в интернате). Так как признание любого человека потребителем наркотиков (даже на бытовом уровне) может вызвать широкое негативное общественное отношение к нему, а так же стать поводом к конфликту между школьником, студентом, их семьями и ЛПУ или же учебным заведением. Также это может привести к серьезной социальной стигматизации, вплоть до ограничений его гражданских прав, попадание его в поле зрения правоохранительных органов и т.д. Поэтому мы действовали только в рамках закона, соблюдая врачебную тайну, при этом проводя активную работу по созданию мотивации на обращение за консультативной или лечебной помощью к специалистам. Результаты тестирования в отношении конкретных лиц не сообщались, доводилась до сведения только общая ситуация в том или ином учебном заведении.

На рисунке 1 представлены данные по результатам тестирования в г. Астане за 2004 г.

- общее число учащейся молодежи, прошедшей тестирование - 30 652 чел.;
- учащиеся средних школ (9 - 11 классы) - 19 823 чел.;
- студенты СУЗов и ВУЗов. -10 829 чел.

Рисунок 1.

*Результаты тестирования учащейся молодежи в г. Астане в 2004 году*

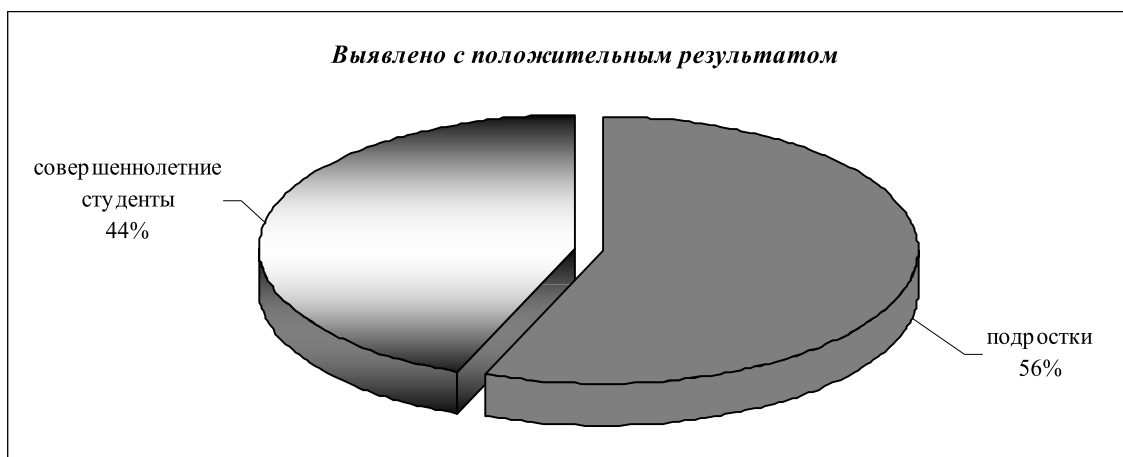


На рисунке 2 показано процентное соотношение подростков и совершеннолетних лиц, имеющих положительный результат тестирования. Всего выяв-

лено с положительным результатом теста 1 314 (4,3%) человек. Из них подростков – 736 (56%), совершеннолетних студентов – 578 (44%).

Рисунок 2.

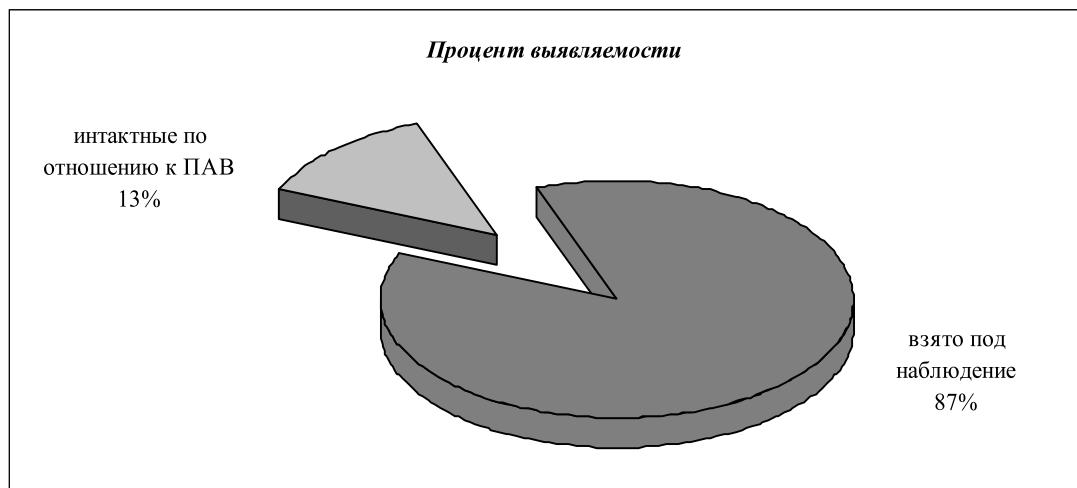
*Положительный результат теста среди подростков и совершеннолетних лиц из числа студентов*



На рисунке 3 графически показан процент выявляемости лиц, имеющих отношение к психически активным веществам.

Рисунок 3.

*Процентное соотношение интактных лиц и лиц, взятых под наблюдение*



По итогам тестирования под наблюдение взяты 1 143 человек, т. е. 87% от общего числа выявленных лиц. Это число составили только подростки, которые дали положительный результат на этапе скрининга или обнаружили предположительные симптомы и признаки зависимости, и дали согласие на дальнейшее обследование с целью определения диагностических критериев зависимости от наркотических веществ. С каждым паци-

ентом по индивидуальному плану проводилась медико-психологическая коррекция, по необходимости лечение.

Всего в Республике Казахстан за 2004 г. протестировано 57,4% учащейся молодежи, т.е. это каждый второй человек из числа учащихся. Выявлено положительных тестов всего – 7 544 (1,3%).

В различных регионах республики выявляемость варьировала от 0% до 13%.

---

---

**Выводы:**

- тестирование является не только инструментом раннего выявления наркопотребителей, но и мощным психологическим фактором для подростков, которые боятся пробовать, зная, что об их пристрастии может стать известно значимым для них лицам (родители, опекуны, учителя);
- простота проведения процедуры позволяет обследовать большие группы подростков и молодежи при минимальных затратах. Быстрое получение результатов - тоже положительный момент;
- тестирование позволяет определить эпидемиологическую ситуацию по распространению наркопотребления;
- данные о результатах тестирования позволяют планировать интенсивность проведения мероприятий по профилактике зависимостей в том или ином учебном заведении;

- данные о результатах тестирования позволяют определить, где работают профилактические программы, а где нет, что позволяет предпринимать меры, направленные на улучшение профилактической работы;

- При всех положительных моментах, тестирование все-таки не может заменить информацию, полученную в процессе *профессионального* клинического интервью. Это особенно верно в отношении пациентов с минимальными проблемами, когда негативные последствия носят преимущественно психосоциальный характер.

Следует отметить, что обязательное проведение тестирования на предмет выявления употребления наркотиков в учебных заведениях в рамках ежегодных профилактических осмотров определено протоколом заседания Правительства РК от 05.09.2005 г.

## **ПРЕВАЛЕНТНЫЕ И ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РИСКИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РЕГУЛЯРНЫХ ФОРМ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, АЛКОГОЛЯ И КАННАБИСА У ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХОПАТИЯМИ**

Б. Ж. Нуралиев, Ж. К. Мусабекова, Ю. А. Россинский

Среди факторов, влияющих на патогенез, патокинез и патоморфоз наркологических заболеваний, принято выделять индивидуальные факторы (биологические и генетические) и личностно - средовые (психологических и социальные) (Белокрылов И. В., Даренский И. Д., 2002). Влияние конституциональных особенностей играет роль как в клинических особенностях возникновения зависимости от ПАВ (Иванец Н. Н., Игонин А. Л., 1979, Бохан Н. А. и соавт., 2001, Бохан Н. А., 2002), рецидива наркологического расстройства (Короленко Ц. П. и соавт., 1973, Иванец Н. Н. и соавт., 1977, 2001), так и в лечения и реабилитации данного контингента (Бурно М. Е., 1973, 2000, Иванец Н. Н., 2001).

В этой связи, нами были исследованы превалентные и относительные риски табачной зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у подростков общей популяции южного региона Казахстана, в зависимости от наличия у них специфических личностных расстройств – психопатий. Настоящее исследование являлось кросс - секционным и включало случайную выборку из 293 подростков мужского и женского пола в возрасте 16

- 18 лет, которые согласись принять участие в исследовании. В результате исследования было выявлено, что 33 подростка имели клинические признаки синдрома зависимости от табака – F 17.2, согласно критериям МКБ - 10, что в среднем составляет  $11,3 \pm 3,7\%$ , от общего числа выборки. Данные случаи были выявлены при клиническом исследовании.

Из психической патологии нами были выявлены:

- психопатии (специфические личностные расстройства F 60) – 18 случаев или  $6,1 \pm 2,3\%$  по отношению к общей исследуемой группе;
- хронические аффективные расстройства настроения (циклотимия или циклоидная личность F 34.0) – 20 случаев ( $6,8 \pm 2,2\%$  по отношению к общей группе);
- расстройства психической адаптации (F 43.2) 24 случая ( $8,2 \pm 2\%$ )<sup>1</sup>.

Нами были исследованы превалентные и относительные риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса, среди подростков, страдающих психопатиями или РПА в зависимости от наличия и их гендерной принадлежности (таблица 1). Как видно

---

<sup>1</sup> Расстройства психической адаптации (РПА), регистрировались: если они выявлялись во время исследования, или наблюдались ранее, в течение последнего года, т.е. при клиническом обследовании (анамнестические сведения) врачом психиатром-наркологом.

из таблицы 1, у подростков обоего пола, страдающих психопатиями и/или РПА, не было выявлено достоверных различий в распространенности лиц, регулярно употребляющих табак, но не имеющих

клинических признаков никотиновой зависимости ( $28,6 \pm 15\%$  и  $5\% < 20\% > 43\%$ ), а так же лиц, регулярно употребляющих алкоголь ( $31,8 \pm 19,5\%$  и  $3,5\% < 17,6\% > 44\%$ ).

Таблица 1.

*Риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у подростков мужского (n = 35) и женского (n = 20) пола, страдающих психопатиями и/или РПА*

Наименование параметра	1 группа (n = 35)	2 группа (n = 20)	P	RR
Синдром зависимости от табака (F 17.2)	$45,7 \pm 16,5\%$	$15\% < 3 \times > 38\%$	$< 0,05$	$3,05 < 1 \times > 9,2$
Употребление табака без зависимости	$28,6 \pm 15\%$	$20\% < 5 \times > 43\%$	$> 0,05$	$1,43(1?) < 0,5 \times > 4$
Регулярное употребление табака	$74,3 \pm 14,5\%$	$35 \pm 20,9\%$	$< 0,05$	$2,12 < 1,1 \times > 4$
Регулярное употребление алкоголя	$31,8 \pm 19,5\%$	$17,6\% < 3,5 \times > 44\%$	$> 0,05$	$1,8(1?) < 0,5 \times > 6$
Регулярное употребление Каннабиса	$54,3 \pm 16,5\%$	$25\% < 8 \times > 48\%$	$< 0,05$	$2,17 < 1,1 \times > 4,9$

Однако были выявлены достоверные различия в исследуемых группах распространенности лиц, регулярно употребляющих табак, каннабис и никотин, - зависимых подростков. Так, например, среди подростков мужского пола, страдающих психопатиями и/или РПА, лица, регулярно употребляющие табак, составили подавляющее большинство – более 74%, а среди подростков женского пола – 35% ( $\pm 20,9\%$ ), соответственно. В тоже время, среди подростков, не имеющих психических расстройств (психопатии и РПА), лица мужского пола, регулярно употребляющие табак, составили 29,9% ( $\pm 9,1\%$ ), что, в среднем, меньше в 2,5 раза, а лица женского пола – 5,7% ( $\pm 3,8\%$ ) соответственно, что, в среднем, меньше в 6,1 раза.

Среди подростков мужского пола, страдающих психопатиями и/или РПА и регулярно употребляющих табак, практически половина – 45,7% ( $\pm 16,5\%$ ) имеют никотиновую зависимость. В тоже время, среди подростков женского пола, лица, имеющие данные психические расстройства и зависимые от никотина, составляют менее одной шестой части – 15% ( $3\% < 38\%$ ).

Процентное соотношение никотин - зависимых подростков к общей группе курящих в мужской группе составляет, в среднем, 61,5%, а в женской группе – 42,9%. В группе психически здоровых подростков, регулярно употребляющих табак, никотин - зависимые лица мужского пола составили 27,8%, а лица женского пола, страдающие никотиновой зависимостью, составили 75,4%. То есть, в группе психически здоровых подростков, регулярно употребляющих табак, относительные риски развития никотиновой зависимости у девочек в 2,7 раза выше, чем у мальчиков. В группе подростков, страдающих психопатиями и/или РПА и регулярно употребляющих табак, наоборот,

относительные риски развития никотиновой зависимости у мальчиков в 1,4 раза выше, чем у девочек.

На рисунке 1 отражено соотношение никотин - зависимых и не имеющих никотиновой зависимости лиц, среди психически здоровых подростков и подростков, страдающих психопатиями и/или РПА, регулярно употребляющих табак, согласно гендерному распределению.

Среди подростков мужского пола, страдающих психопатиями и/или РПА, распространенность лиц, регулярно употребляющих каннабис, в среднем, составила 54,3% ( $\pm 16,5\%$ ), а среди подростков женского пола, соответственно, – 25% ( $8\% < 48\%$ ). То есть, относительные риски регулярного употребления каннабиса в данной нозологической группе у подростков - мальчиков достоверно выше, чем у подростков - девочек, в среднем, в 2,17 ( $1,1 < 4,9$ ) раза.

Отдельно мы исследовали превалентные и относительные риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса среди подростков, страдающих психопатиями (исключив подростков с РПА – F 43.2), согласно гендерной принадлежности (таблица 2).

Как видно из таблицы 2, распространенность лиц, зависимых от никотина в мужской популяции достоверно превышает, в среднем, в 2,4 раза, чем в женской (51,9% и 21,4%). Так же в данной нозологической группе курящие подростки (регулярно употребляющие табак) мужского пола встречались достоверно чаще, в среднем, в 1,8 раза, чем подростки женского пола. То есть относительные риски формирования регулярных форм употребления табака у подростков-мужчин, страдающих психопатиями, достоверно в 1,78 раза ( $1,1 < 3,1$ ) выше, чем у подростков-женщин, страдающих этими же психическими расстрой-

Соотношение никотин зависимых и не имеющих никотиновой зависимости лиц, среди подростков регулярно употребляющих табак

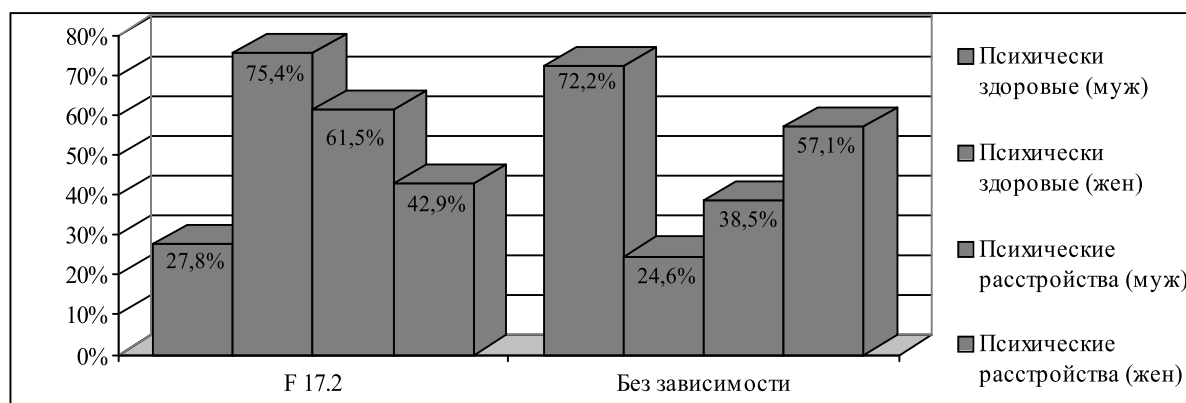


Таблица 2.

Риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у подростков мужского пола ( $n = 27$ ) и женского пола ( $n = 14$ ), страдающих психопатиями

Наименование параметра	1 группа ( $n = 27$ )	2 группа ( $n = 14$ )	P	RR
Синдром зависимости от табака (F 17.2)	$51,9 \pm 18,8\%$	$21,4\%$ $4,3 < 51,9\%$	$< 0,05$	$2,42(1?)$ $0,8 < 7$
Употребление табака без зависимости	$37 \pm 18,2\%$	$28,6\%$ $7,5 < 58,3\%$	$> 0,05$	$1,3(1?)$ $0,5 < 3,4$
Употребляет табак	$88,9\%$ $68,1 < 96,2\%$	$50 \pm 26,2\%$	$< 0,01$	$1,78$ $1,1 < 3,1$
Регулярное употребление алкоголя	$42,9 \pm 25,9\%$	$27,3\%$ $4,9 < 61,9\%$	$> 0,05$	$1,57(1?)$ $0,5 < 4,9$
Наличие метаболитов в моче: Каннабис	$70,4 \pm 17,2\%$	$35,7\%$ $12,1 < 65,2\%$	$> 0,05$	$1,97(1?)$ $0,9 < 4,1$

ствами. В отношении превалентных и относительных рисков формирования регулярных форм употребления алкоголя и каннабиса в данной нозологической группе между подростками мужского и женского пола нами выявлено не было.

Нами был проведен сравнительный анализ распространенности лиц, страдающих никотиновой зависимостью, и лиц с регулярными форм употребления табака, алкоголя и каннабиса отдельно в мужской и женской популяции, в зависимости от наличия или отсутствия у них специфических личностных расстройств. Для этого мы отобрали группу психически здоровых подростков и группу подростков, у которых были выявлены специфические личностные расстройства – психопатии и сравнили их между собой по гендерным характеристикам (таблицы 3, 4).

Таким образом, мы смогли рассчитать относительные риски формирования никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, ал-

коголя и каннабиса по данному исследуемому параметру (наличие психопатии).

В мужской группе, среди подростков, страдающих психопатиями, лица, регулярно употребляющие табак составили  $88,9\%$  ( $68,1\% < 96,2\%$ ), а лица с никотиновой зависимостью –  $51,9\%$  ( $\pm 18,8\%$ ). В группе регулярно курящих подростков с психопатическими расстройствами никотин-зависимые подростки составили  $58,4\%$ . Напомним, что среди психически здоровых подростков, регулярно употребляющих табак, лица с никотиновой зависимостью составили  $27,4\%$ . То есть, наличие психопатии увеличивает относительные риски формирования никотиновой зависимости в группе курящих подростков (регулярно употребляющих табак) мужского пола в среднем в  $2,1$  раза. В отношении лиц, регулярно употребляющих алкоголь и каннабис, было так же выявлено достоверное превышение частоты их встречаемости в группе подростков, страдающих психопатиями.

Таблица 3.

*Риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса в мужской популяции: 1 группа – психически здоровые подростки (n=97), 2 группа (n=27) – подростки, страдающие психопатиями*

Мужская группа	1 группа (n = 97)	2 группа (n = 27)	P	RR
Синдром зависимости от табака (F 17.2)	8,2 ± 5,5%	51,9 ± 18,8%	<0,01	6,29 2,9<>13,4
Употребление табака без зависимости	21,6 ± 8,2%	37 ± 18,2%	>0,05	1,71(1?) 0,9<>3,2
Употребляет табак	29,9 ± 9,1%	88,9% 68,1<>96,2%	<0,01	2,97 2,1<>4,1
Регулярное употребление алкоголя	8 ± 5,7%	42,9 ± 25,9%	<0,01	5,39 2,1<>13,7
Наличие метаболитов в моче: каннабис	8,2 ± 5,5%	70,4 ± 17,2%	<0,01	8,53 4,2<>17,3

Таблица 4.

*Риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса в женской популяции: 1 группа – психически здоровые подростки (n=141), 2 группа (n=14) – подростки, страдающие психопатиями*

Женская группа	1 группа (n = 141)	2 группа (n = 14)	P	RR
Синдром зависимости от табака (F 17.2)	4,3 ± 3,3%	21,4% 4,3<>51,9%	<0,05	5,04 1,4<>18
Употребление табака без зависимости	1,4% 0,7<>5,4%	28,6% 7,5<>58,3%	<0,01	20,14 4<>100,4
Регулярное употребление табака	5,7 ± 3,8%	50 ± 26,2%	<0,01	8,81 3,8<>20,7
Регулярное употребление алкоголя	0,8% 0,4<>4,6%	27,3% 4,9<>61,9%	<0,01	36 4,1<>31,8
Наличие метаболитов в моче: каннабис	0,7% 0,4<>4,4%	35,7% 2,1<>65,2%	<0,01	50,36 6,3<>40,3

Следовательно, наличие психопатии в мужской популяции достоверно увеличивает относительные риски формирования: регулярных форм употребления алкоголя в среднем в 5,39 (2,1<>13,7) раза; регулярных форм употребления каннабиса в среднем в 8,53 (4,2<>17,3) раза.

В женской группе, среди подростков, страдающих психопатиями, лица, регулярно употребляющие табак составили 50,0% (±26,2%), а лица с никотиновой зависимостью – 21,4% (4,3<>51,9%). В группе регулярно курящих подростков - женщин с психопатическими расстройствами никотин зависимые подростки составили 42,8%. Напомним, что среди психически здоровых подростков - женщин, регулярно употребляющих табак, лица с никотиновой зависимостью составили 75,4%. Однако распространенность лиц, регулярно употребляющих табак, в группе подростков женского пола, страдающих психопатиями, с высокой степенью достоверности в 8,8 раза превышает аналогичные показатели в группе психи-

чески здоровых подростков (50±26,2% и 5,7±3,8%). То есть, наличие психопатии в женской подростковой популяции увеличивает относительные риски регулярного употребления табака в среднем в 8,81 (3,8<>20,7) раза; регулярного употребления табака без признаков никотиновой зависимости в среднем в 20,14 (4<>100,4) раза. Соответственно, в группе подростков-женщин, страдающих психопатиями, увеличивается процент лиц, регулярно употребляющих табак и не имеющих клинических признаков никотиновой зависимости (28,6%). Этот факт может свидетельствовать в пользу того, что мотивы употребления табака данным контингентом носят скорее не аддиктивный характер, а являются проявлением или клиническим признаком психического расстройства – психопатии. И процесс формирования никотиновой зависимости протекает не так быстро, как в том случае, когда употребление табака обусловлено механизмами химической аддикции. Следовательно, учитывая, что в женской популяции, в группе под-

ростков, имеющих психопатии, в сравнении с психически здоровыми подростками, абсолютные показатели распространенности никотин - зависимых лиц превышают, а относительные показатели соотношения никотин - зависимых подростков в общей группе курящих девочек снижаются, можно сделать вывод, что наличие психопатии не является фактором риска скорости формирования никотиновой зависимости у уже курящих (регулярно употребляющих табак).

#### **Использованная литература:**

1. Белокрылов И. В., Даренский И. Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ / В книге: *Руководство по наркологии, том I. Под редакцией Н. Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2002. - Глава 10. - С. 161 – 182.*
2. Бохан Н. А. Коморбидность формирования алкоголизма в аддиктивных семьях / *Организация психиатрической помощи: Материалы международной научно-практической конференции (Омск, 5-6- декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, Томск - Омск: ООО «Издательство «РАСКО», 2002. - С. 18-22.*
3. Бохан Н. А., Мандель А. И., Ветлугина Т. П. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики / *Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2001. - № 3 (21). - С. 28 – 33.*
4. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно. – М.: Академический проспект, ОППЛ, 2000. – 719 с.
5. Иванец Н. Н. Наркология – предмет и задачи. / Н. Н. Иванец. Лекции по наркологии. Издание третье, под редакцией Н. Н. Иванца – М.: Медпрактика, 2001. - С. 6 – 13.

В отношении лиц, регулярно употребляющих алкоголь и каннабис, было выявлено достоверное превышение частоты их встречаемости в группе подростков, страдающих психопатиями. То есть, наличие психопатии достоверно в женской популяции увеличивает относительные риски формирования: регулярных форм употребления алкоголя, в среднем, в 36 (4,1 <math>\diamond</math> 31,8) раз; регулярных форм употребления каннабиса, в среднем, в 50,36 (6,3 <math>\diamond</math> 40,3) раза с высокой степенью достоверности ( $P < 0,01$ ).

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ КЛИНИКО-ПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ СТАТУСОВ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНОГО НАРКОМАНИЕЙ: КОГНИТИВНАЯ СФЕРА**

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова, Т. В. Пак

Для определения фенотипических признаков или индикаторов доминирующего персонологического типа (доминирующих ЛС) личности больного наркоманией в тот или иной период лечения мы сравнили две группы пациентов с опийной зависимостью. В первую группу вошли те лица, кто, с нашей точки зрения, находился в статусе «Я - наркоман» (доминирующий патологический ЛС) – клиничко-персонологический тип «наркоманическая / патологическая личность» (n = 209 чел.). Это были, в основном, пациенты, кто досрочно был исключен из лечебной программы, т.е. выписан из стационара за нарушение лечебного режима. Вторую группу составили пациенты, находившиеся в доминирующем нормативном статусе – клиничко-персонологический тип «нормативная личность» (n = 66 чел.). Это внешняя группа сравнения, т.е. те пациенты, у которых отмечалась устойчивая качественная ремиссия (полное воздержание от употребления наркотика не менее 12 месяцев), и которые приезжали на профилактическое лечение в РНПЦ МСПН (группы АН, социальная реабилита-

ция в условиях ТС), но не входили в общую исследуемую группу.

В таблицах №1 и №2 отражены различия основных характеристик когнитивной сферы – индикаторов клиничко - персонологических статусов.

Согласно результатам нашего исследования для пациентов, находящихся в клиничко-персонологическом статусе «патологической / наркоманической личности» (доминирование патологического ЛС «Я - наркоман»), в 95,2% случаев ( $\pm 2,9\%$ ) была характерна неадекватная оценка своего настоящего состояния, в то время как среди пациентов, пребывающих в персонологическом статусе «нормативной личности» (доминирование нормативных ЛС), случаи неадекватной оценки своего настоящего состояния встречались достоверно в 12,7 раза реже – 7,5% {2,4 <math>\diamond</math> 18,1%}.

*Неадекватная оценка своего настоящего состояния.* К неадекватной оценке своего настоящего состояния мы относили следующие особенности оценок окружающей действительности, собственной личности – самооценки и самопрезентации: изби-

*Индикаторы когнитивной сферы клинико-персоналогических статусов: «наркоманическая личность» и «нормативная зависимая личность» у больных опиоидной наркоманией*

Исследуемый параметр	Группа №1 (n = 209)	Группа №2 (n = 66)	P
Неадекватная оценка своего настоящего состояния	95,2 ± 2,9%	7,5% {2,4<>18,1%}	< 0,01
Избирательная адекватность в оценке контекста ситуации	90,9 ± 3,0%	4,5% {1,2<>14,3%}	< 0,01
Навыки рефлексии	8,6 ± 3,8%	92,5% {71,4<>97,4%}	< 0,01
Анозогнозия	81,6 ± 3,1%	0% {0<>6%}	< 0,01
Внешний локус контроля	75,1 ± 5,5%	7,5% {2,4<>18,1%}	< 0,05
Внутренний локус контроля	4,3 ± 2,7%	78,4 ± 11,3%	< 0,05
Эгоцентрический склад мышления	58,8 ± 6,7%	13,6 ± 8,3%	< 0,05
Качественные изменения понятийного аппарата мышления	95,2 ± 2,9%	4,5% {1,2<>14,3%}	< 0,01
Наркоманическая детализация мышления	89,0 ± 4,2%	0% {0<>6%}	< 0,01
Тангенциальное мышление (резонерство)	36,4 ± 6,5%	0% {0<>6%}	< 0,05
Наркоманический характер ЦОЕ референтной группы	100% {97,1<>100%}	0% {0<>6%}	< 0,01

рательная поверхностность суждений; селективность восприятия; избирательная адекватность оценки контекста ситуации; гипертрофия/гиперкомпенсация самопрезентации; внешний локус контроля; анозогнозия; отождествление употребления наркотика с жизненным сценарием; перераспределение морально-этических норм в сторону асоциальных/антисоциальных установок.

*Селективность восприятия.* Ю. В. Валентик и Н. А. Сирота (2002) в своих исследованиях отмечают, что для личности зависимой от ПАВ, находящейся в доминирующем состоянии патологического ЛС «Я - наркоман» характерна селективность восприятия. По их наблюдениям, таких больных «занимают и приводят в возбуждение преимущественно стимулы, связанные с алкоголем и с их алкогольной деятельностью..., в то же время иные, даже очень существенные с позиций нормативного окружения, события оставляют больных безучастными или игнорируются» (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002). В наших наблюдениях селективность восприятия, в основном, проявлялась в избирательности адекватной оценки контекста ситуации.

*Избирательная адекватность в оценке контекста ситуации.* У больных, находящихся в доминантном состоянии патологического ЛС «Я - наркоман», наблюдается некоторая избирательность критичес-

кой оценки контекста ситуации (90,9 ± 3,0% или 190 человек). Например, если ситуация касалась вопросов проноса в отделение наркотического вещества, то контекст ситуации оценивался очень тщательно. Больные просчитывали возможное развитие ситуации на несколько шагов вперед. Они заблаговременно планировали и моделировали ситуацию достижения поставленных целей (проноса наркотика), адекватно оценивали силы «противника» – медицинского персонала, использовали различные способы манипуляции, включая сделку или подкуп медицинского персонала. Однако, в то же время больными, находящимися в данном клинико - персоналогическом статусе (доминирование патологического ЛС «Я - наркоман»), игнорировались или неадекватно оценивались ситуации, связанные с лечением и/или воздержанием от приема наркотиков. Например, больные могли вести разговоры в отделении о наркоманической жизни, «не замечая» рядом медицинского персонала и тем самым, игнорируя правила лечебного режима. Они пытались перевести отношения с медицинским персоналом в рамки «товарищеских отношений» – общаться на «Ты», особенно с медицинским персоналом молодого возраста и младшего звена (медсестры, санитары), нарушали субординацию, подчеркнуто интересуясь личной жизнью медицинского персонала и т.д. Но в выгодных для

них ситуациях они сохраняли способность быстро мобилизоваться и четко отслеживать контекст ситуации – вопросы субординации и т.п. Для них был характерен феномен, описанный Ю. В. Валентиком и Н. А. Сирота (2002), который мы условно назвали «свой свояка видит издали». Пациенты очень легко распознавали и адекватно оценивали других пациентов, находящихся в аналогичном клинико-персонологическом статусе «наркоманическая личность» и очень легко и быстро входили в контакт. В то же время они не вступали в глубокий контакт или блокировали его, если перед ними был партнер по потенциальному общению, который находился в устойчивом доминирующем клинико-персонологическом статусе «нормативная личность» или «нормативная зависимая личность». Избирательность общения определялась по принципу адекватной и точной оценки «свой - чужой». То есть, критически оценивались те составляющие ситуации, которые никак не представляли угрозу и не противоречили мотивам патологического ЛС «Я - наркоман». Остальные ситуации либо игнорировались, либо формально, т.е. неадекватно, оценивались. Для пациентов, находящихся в клинико-персонологическом статусе «нормативная личность», избирательная адекватность в оценке контекста ситуации не была характерна (4,5% {1,2% <math>\lt; 14,3\%</math>} или 3 пациента).

*Наркоманический характер ценностно-ориентационного единства референтной группы.* Ценностно-ориентационное единство (ЦОЕ) – это один из основных показателей групповой сплоченности, степень совпадения позиций и оценок членами группы наиболее значимых для данной группы явлений (Еникеев М. И., 2002). Избирательность общения по принципу оценки «свой - чужой» приводила к тому, что больные, находящиеся в клинико-персонологическом статусе «наркоманической личности», собирались в группы, где единством была наркоманическая атмосфера. Круг разговоров в таких группах составляли темы, касающиеся наркоманической жизни: кто и как доставал наркотики, кто и как употреблял их; какого качества наркотики и какие на них цены в различных регионах; какие «барыги» (поставщики наркотиков) и какие «менты» (представители правоохранительных органов); невероятные случаи из жизни и т.п. В такую группу допускались только лица «единые по духу».

Результаты наших наблюдений показали, что наркоманический характер ценностно-ориентационного единства группы был присущ во всех случаях (100%) пациентам первой группы (больные, находящиеся в клинико-персонологическом статусе «наркоманической личности», доминирующем патологическом ЛС «Я - наркоман»). Для пациентов, чей доминирующий статус был нормативным «нормативная зависимая личность», работающих в группах, не было характерным ценностно-ориентационное единство, наполненное наркоманическими смыслами и мотивами. Напротив, вектор ценностно-ориен-

тационного единства группы у этих пациентов был направлен в просоциальную сторону, сторону нормативной жизни.

*Особенности мышления.* Особенности процессов мыслительной деятельности крайне важны для оценки психического состояния как в клинико-диагностическом, так и в лечебно-прогностическом плане (Жмуров В. А., 2002). В нашем исследовании мы выявили некоторые особенности процессов мышления, которые могут быть фенотипическими признаками или индикаторами тех или иных клинико-персонологических статусов личности больного наркоманией. К ним мы отнесли: избирательную поверхностность суждений; качественные изменения используемых понятий (понятийного аппарата мышления); эгоцентризм мышления; наркоманическую детализацию мышления; неадекватная оценка собственной самопрезентации (гипертрофированная самопрезентация).

*Избирательная поверхностность суждений,* которая внешне может восприниматься как инфантильность суждений. В общем, можно отметить наличие факта того, что больными наркоманией, находящимися в доминантном состоянии патологического ЛС «Я - наркоман», подробно и глубоко обсуждаются только темы, связанные с употреблением наркотика. На обсуждения наркоманической жизни уходит всё свободное время. Больные «смакуют» все мельчайшие подробности «добычи», особенные, «эксклюзивные» случаи приготовления наркотика, эффектов опьянения, стоимости и чистоты потребляемого наркотика, успешных случаев избегания от ответственности и преследования правоохранительными органами и т.п. глубоко и ответственно обсуждаются вопросы «наркоманической чести и морали». В то же время они стараются избегать вовсе или не обсуждать глубоко вопросы, связанные с рефлексией, анализом причин начала и систематизации употребления наркотика, лечения и реабилитации наркомании. Более того, блокируются попытки рефлексии и разговоров на эти темы. Темы лечения и полного воздержания являются закрытыми для глубокого обсуждения и рефлексии. Обычно такие темы прерываются репликами типа: «тебе двигают крышу», «тебя держат за подопытную крысу» и т.п. Так же не обсуждаются вовсе или обсуждаются на поверхностном уровне *негативные последствия* наркомании как для себя самого, так и для ближайшего социального окружения (родственники, семья). По результатам наших исследований для пациентов, пребывающих в персонологическом статусе «нормативной личности», характерна регулярная рефлексия своего состояния – 92,5% {71,4% <math>\lt; 97,4\%</math>}. Для них навыки рефлексии являются нормой жизни. Для пациентов, находящихся в клинико-персонологическом статусе «патологической / наркоманической личности» лиц, с развитыми навыками рефлексии, оказалось достоверно меньше в 10,8 раза (8,6±3,8%).

---

---

*Качественные изменения понятийного аппарата мышления.* Понятие – это отражение в сознании существенных свойств предметов и явлений (Жмуров В. А., 2002). Понятия составляют образно-смысловое пространство личности, с помощью которого происходит осознанный и понятный процесс коммуникации. Если партнеры разговаривают «на одном языке», т.е. оперируют понятиями доступными друг для друга, то процесс коммуникации является продуктивным для его понимания. Для больных наркоманией характерно появление качественно новых собирательных, общих и абстрактных понятий, отражающих наркоманическую жизнь. Больной наркоманией, находящийся в доминирующем клинико-персоналогическом статусе «наркоманическая/патологическая личность», в основном, оперирует этими новыми понятиями. В нашем исследовании 95,2% ( $\pm 2,9\%$ ) больных, находящихся в данном статусе, использовали эти новые понятия, т.е. разговаривали на сленге. Причем это был не только поведенческий аспект, но и, в первую очередь, когнитивный, поскольку многие пациенты признавались в том, что они и думают на «языке наркомана». То есть эти качественно новые понятия прочно заняли свое место в образно-смысловом пространстве. В то время как среди пациентов, находящихся в клинико-персоналогическом статусе «нормативная зависимая личность» такой феномен наблюдался всего лишь в 4,5%, т.е. в 21,2 раза реже.

Приведем пример некоторых специфических для наркоманического клинико-персоналогического статуса понятий. *Абстрактные понятия:* «катать вату» – заниматься чем-либо бесполезным, резонерствовать; «держат стояк» – настаивать на своем, отрицать употребление наркотика; «сворачивать кровь» – нервировать, раздражать; «маргариновая броня» – внешне неконгруэнтная и неубедительная решительность, настойчивость, уверенность; «открыть форточку» – уклоняться от обсуждения болезненных тем, манипулировать, актуализировать патологический ЛС. *Собирательные понятия:* «раскумариться» – купировать состояние отмены (абстинентный синдром); «зависнуть/зависать» – глубокое наркотическое опьянение. *Общие понятия:* «кайф» – состояние эйфории в период наркотического опьянения; «кумар» – состояние отмены (абстинентный синдром); «конь» – приспособление для нелегальной доставки наркотика в отделение или нелегально доставленный наркотик.

*Нарушение эгоцентрического мышления. Эгоцентрический склад мышления.* Познавательный эгоцентризм опирается на недостаточную способность дифференцировать свою точку зрения от других возможных и в основном характерен для мышления детского возраста (до 12 - 14 лет), как вариант нормы (Жмуров В. А.), а так же ювенильных личностей демонстративного круга. Однако наши наблюдения выявили тот факт, что для больных опийной

наркоманией, находящихся в доминирующем клинико - персоналогическом статусе, «наркоманическая личность» характерны признаки нарушения эгоцентрического мышления в виде эгоцентрического склада мышления. Для пациентов первой группы (доминирование патологического ЛС «Я - наркоман») в 58,8% случаев ( $\pm 6,7\%$ ) был характерен эгоцентрический склад мышления. Для них была характерной убежденность в приоритете собственного мнения над взглядами окружающих.

В случае если какие-то вещи или вопросы были им ясны, но не были столь очевидными для других пациентов, то они демонстрировали свое нетерпение, недоумение, вплоть до раздражения. Хотя для них во многих случаях было характерным ослабление критики к собственным суждениям: если им казалось, что их суждения были достаточны для обоснования, то любые замечания или возражения со стороны других пациентов по поводу недостаточной обоснованности этих суждений либо не воспринимались в категорической форме, либо воспринимались с враждебным оттенком. Для пациентов, находящихся в статусе «наркоманическая личность», так же было характерным навязывать или диктовать свое мнение, если оно казалось им ценным и убедительным и проявлять чрезвычайное упорство и неподатливость в спорах. На групповых сессиях или заседаниях терапевтического сообщества (ТС), а так в общении с пациентами, для таких больных были характерны чрезмерная самоуверенность в суждениях, и неспособность признавать свои ошибки и/или неправоту. Даже при очевидном противоречии с фактами они продолжали спорить и настаивать на своем суждении. В их лексиконе есть специфический термин, отражающий такое поведение: «держат стояк», т.е. настаивать на своем суждении, не смотря ни на что. Эта категоричность и бескомпромиссность, авторитарность и упорство в стремлении рассматривать происходящее через призму собственных представлений, как правило, являлись непродуктивными и нерациональными в ситуации (на групповых занятиях, собраниях ТС и т.п.) и нередко приводили к групповому конфликту. Нередко в спорах для больных, находящихся в доминирующем патологическом ЛС «Я - наркоман», особенно если расклад был не в их пользу, была присуща некоторая готовность к идеям отношения с типичным для них эгоцентризмом. Замечания в их адрес воспринимались враждебно, иногда обида и враждебная реакция на замечание вербализовалась в упрек типа: «Вы специально выбрали меня в качестве жертвы», «Вы относитесь ко мне предвзято», «Вы специально «грузите» меня» и т.п. Для больных наркоманией, находящихся в состоянии доминирования нормативных ЛС, т.е. для «нормативной зависимой личности», эгоцентрический склад мышления характерен в меньшей степени, чем для клинико - персоналогического статуса «наркоманическая личность»; сре-

ди них он встречается реже, в среднем, в 4,3 раза ( $13,6 \pm 8,3\%$ ). Хотя необходимо отметить, что почти у 14% больных, находящихся в состоянии доминирующих нормативных ЛС, отмечаются признаки эгоцентрического склада мышления. Они не столь категоричны и резки при отстаивании своего мнения, но по-прежнему склонны к доминированию своей точки зрения, только уже не в сторону жизни с наркотиком, а в сторону личной независимости и самостоятельности. Эгоцентризм больного наркоманией, пребывающего в статусе «нормативной зависимой личности», более мягкий и более конструктивный, чем у пациента, пребывающего в статусе «наркоманической личности». Основным отличием является то, что эгоцентризм больного наркоманией, пребывающего в статусе «нормативной зависимой личности», не обращен в сторону употребления наркотика и не отстаивает интересы и мотивы «наркоманической личности» – жизнь с наркотиком.

*Нарушение образного мышления: наркоманическая детализация мышления.* К общепринятым нарушениям образного мышления относятся: патологическое фантазирование; реактивная детализация мышления и ипохондрическая детализация мышления, а так же дементная и бредовая форма детализации мышления (Жмуров В. А., 2002; Бухановский А. О. и соавт., 2003). Детализация мышления проявляется в виде излишне пространного описания обстоятельств и чрезмерно подробного изложения событий, имеющих для больных специфический (например, бредовой) смысл и соответствующую аффективную окраску. Однако наши наблюдения показали, что данное расстройство образного мышления характерно и для больных наркоманией, в частности, для такого их клинико-персоналогического статуса, как «наркоманическая / патологическая личность» (доминирование патологического ЛС «Я - наркоман»).

Наркоманическая детализация мышления касается вопросов, связанных с добычей, приготовлением и употреблением наркотика. Больные чрезмерно детально и очень подробно рассказывают в самых мелких деталях об этих ситуациях. Как и в случае с реактивной, ипохондрической и бредовой детализацией мышления на ход мыслительной деятельности при наркоманической детализации большое влияние оказывают эмоции. Только в этом случае преобладают эмоции со знаком плюс. Больные буквально смакуют, рассказывая самые мелкие подробности ситуаций, связанных с употреблением наркотика. По результатам наших наблюдений, в среднем, в 89,0% случаев ( $\pm 4,2\%$ ) среди больных наркоманией, пребывающих в статусе «наркоманическая личность», отмечается наркоманическая детализация мышления. В то время как для пациентов, находящихся в состоянии доминирующих нормативных ЛС (статус «нормативная зависимая личность»), совсем не характерен данный вид расстройства мышления. Бо-

лее того, эти пациенты склонны к избеганию детальных разговоров о наркотиках.

Этот симптом – наркоманическая детализация мышления – является наиболее специфическим признаком того, что больной находится в статусе «наркоманической личности» (доминирование патологического ЛС «Я - наркоман»).

*Нарушение логического мышления: Тангенциальное мышление (резонерство).* Резонерство, с нашей точки зрения, является так же достаточно специфическим симптомом того, что больной находится в статусе «наркоманической личности». По определению В. А. Жмурова (2002), основными его признаками являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. В отношении больных наркоманией данный симптом имеет некоторую специфичность. Во-первых, данный симптом проявляется, как правило, на групповых сессиях или собраниях ТС, когда больной сталкивается с необходимостью обсуждения вопросов, связанных с негативными последствиями употребления наркотиков или необходимостью отказа от их употребления. Рассуждения таких больных на групповых сессиях, особенно в первые дни после купирования физических (болевыми) проявлений состояния отмены, приобретают характер беспочвенных, беспредметных, витиеватых и многозначительных словесных построений.

Нельзя сказать, что у больного вовсе отсутствует способность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства, что является одним из основных признаков данного расстройства мышления. В последствии, если у больного наблюдается положительная терапевтическая динамика, и он становится способным отслеживать и контролировать актуализацию патологического ЛС «Я - наркоман», то он хорошо отслеживает склонность к резонерству, как у себя, так и у других пациентов. У больных наркоманией существует специфический термин «катать вату», который, по сути, и отражает склонность к резонерству. Резонерство может выглядеть как попытка манипулирования ситуацией – попытка избежать обсуждения неприятной, болезненной темы. С нашей точки зрения, доминирующий патологический ЛС «Я - наркоман» или наркоманическая часть личности активно сопротивляется в отношении угрозы её ведущему мотиву – употреблению наркотика, и это чаще всего бессознательный процесс. То есть, наркоманическая часть личности блокировала способность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства, касающиеся вопросов, направленных против наркоманической жизни. По результатам наших наблюдений, среди пациентов, находящихся в статусе «наркоманической/патологической личности», в среднем, в 36,4% случаев ( $\pm 6,5\%$ ) наблюдалась тангенциальность мышления. В то время как среди пациентов, находящихся в статусе «нормативной личности», случаев тангенциального мышления не было

выявлено вовсе. Более того, эти пациенты чётко отслеживали случаи резонерства у других пациентов. Это говорит о проходящем характере тангенциального мышления у больных наркоманией.

*Неадекватная самооценка.* Одной из психологических характеристик личности является самооценка. Самооценка – это та ценность, которая приписывается индивидом себе или отдельным своим качествам. В качестве основного критерия оценивания выступает система личностных смыслов индивида. По определению П. Д. Шабанова (2002), самооценка как особое образование самосознания является результатом интегрированной работы в сферах самопознания и эмоционально-ценностного отношения к себе и служит показателем его развития. Выше мы уже отметили тот факт, что в процессе развития наркомании личность диссоциируется и как бы расщепляется на разные персоны: «нормативная личность», «диссоциированная зависимая личность», «наркоманическая/патологическая личность», впоследствии «нормативная зависимая личность». Соответственно, для каждого клиничко-персонологического типа будут характерны свои самосознание и самооценка.

По мнению П. Д. Шабанова (2002), наркозависимым пациентам присуща в большинстве случаев низкая самооценка, чувство неполноценности, чувство неуверенности в себе. С нашей точки зрения, это не совсем так. Самооценка будет меняться - от позитивной до негативной, в зависимости от того, какой персонологический статус является доминирующим у больного наркоманией в каждый конк-

ретный момент. Для таких клиничко-персонологических статусов, как «диссоциированная зависимая личность» и в меньшей степени «нормативная зависимая личность» самооценка действительно будет занижена. В статусе «нормативная личность» самооценка чаще будет адекватной. А в патологическом личностном статусе «Я - наркоман» или «наркоманическая/патологическая личность» самооценка часто будет неадекватно завышенной. Другое дело, что это вариант неосознаваемой психологической защиты данного статуса – гиперкомпенсация, но субъективно самооценка будет достаточно высокой и самосознание будет жизнеутверждающим – утверждающим жизнь, но жизнь с наркотиком, особенно если нет «ломки» (состояния отмены), есть наркотик или деньги на его приобретение. В отношении завышенной самооценки больных наркоманией, находящихся в патологическом личностном статусе «Я - наркоман» среди врачей - наркологов есть такая поговорка-шутка: «Если у тебя все замечательно в жизни; если ты доволен собой и своим состоянием; если у тебя отличное настроение и ничто тебя не тревожит, тебе остается только одно – сказать НЕТ наркотикам».

Мы исследовали и сравнили самооценку у больных опийной наркоманией, вошедших в первую группу (пациенты в доминирующем клиничко-персонологическом статусе «наркоманическая/патологическая личность», n = 209 чел.), и пациентов второй группы (пациенты в доминирующем клиничко-персонологическом статусе «нормативная личность», n = 66 чел.) (таблица 2).

Таблица №2

*Индикаторы когнитивной сферы клиничко-персонологических статусов: «наркоманическая личность» и «нормативная зависимая личность» у больных опийной наркоманией*

Исследуемый параметр	Группа №1 (n = 209)	Группа №2 (n = 66)	P
Самооценка адекватная	13,9 ± 4,7%	68,2 ± 13,1%	< 0,05
Самооценка неадекватная	86,1 ± 4,3%	31,8 ± 13,3%	< 0,05
Самооценка завышена	48,8 ± 6,7%	0% {0<>6%}	< 0,01
Самооценка занижена	37,3 ± 6,2%	31,8 ± 13,3%	> 0,05
Гипертрофия/гиперкомпенсация са- мопрезентации	85,7 ± 4,3%	24,5 ± 12,0%	< 0,05
Дефект целеполагания	81,6 ± 3,1%	4,5% {1,2<>14,3%}	< 0,05
Наркоманическая целесообразность	100% {97,1<>100%}	0% {0<>6%}	< 0,01
Криминальные морально-этические нормы	83,2 ± 4,5%	0% {0<>6%}	< 0,01
Просоциальные морально - этические нормы	16,8 ± 5,0%	100% {90,8<>100%}	< 0,01

Результаты сравнения показали (см. таблицу №2), что адекватная самооценка у пациентов первой группы была только в 13,9 ( $\pm 4,7$ ) % случаев (29 пациентов), тогда как в группе внешнего контроля в 4,9 раза больше, т.е. в 68,2% случаев ( $\pm 13,1\%$ ) или 45 пациентов. Следовательно, в группе пациентов в доминирующем клиничко - персонологическом статусе «наркоманическая/патологическая личность», лиц с неадекватной оценкой оказалось 86,1% ( $\pm 4,3\%$ ) или 180 пациентов, а в группе пациентов в статусе «нормативная личность» в 2,7 раза меньше 31,8% ( $\pm 13,3\%$ ) или 21 пациент.

Причем в группе пациентов в доминирующем клиничко - персонологическом статусе «наркоманическая / патологическая личность», у 102 пациентов отмечалась завышенная самооценка, что, в среднем, составило 48,8% ( $\pm 6,7\%$ ) от числа общей группы и 56,7% от числа группы лиц с неадекватной оценкой; и у 78 пациентов отмечались признаки заниженной самооценки, что, в среднем, составило 37,3% ( $\pm 6,2\%$ ) от числа общей группы и 43,3% от числа группы лиц с неадекватной оценкой. Пациенты с завышенной самооценкой демонстрировали свое превосходство над другими пациентами, нередко требовали от среднего медперсонала обращаться к ним уважительно, в некоторых случаях по имени и отчеству, несмотря на молодой возраст. Скорее всего, завышенная самооценка в этом случае являлась психологической защитой, реакцией гиперкомпенсации, своеобразной защитой своего настоящего персонологического статуса «наркоманическая личность», «Я - наркоман». Это предположение подтверждает тот факт, что пациенты не принимали постороннее суждение о том, что у них занижена самооценка. Нередко отмечались случаи, когда пациенты с явно заниженной самооценкой, пребывающие в доминирующем статусе «наркоманической личности», демонстративно заявляли на групповых сессиях и отстаивали свою «нормальную» самооценку.

В группе пациентов в доминирующем клиничко - персонологическом статусе «нормативная личность» не было выявлено лиц с завышенной самооценкой, т.е. у всех пациентов, составивших группу лиц с неадекватной оценкой (21 человек или 31,8%), отмечалась заниженная самооценка в той или иной степени.

С нашей точки зрения, компенсаторным вариантом завышенной / неадекватной самооценки может служить гипертрофия/гиперкомпенсация самопрезентации.

*Гипертрофия/гиперкомпенсация самопрезентации.* Неадекватная оценка собственной самопрезентации в виде ее гипертрофированного или гиперкомпенсированного варианта. Гипертрофированная самопрезентация как особенность или индикатор персонологического типа – «патологическая / наркоманическая личность», по сути, является вариантом психологической защиты, основным мотивом

которой является демонстрация «нормальности» и «крутости» настоящей жизни. Гипертрофированная самопрезентация заключается в следующем. Больные наркоманией подчеркнуто следят за своим имиджем. Они, в отличие от больных алкоголизмом, стараются произвести эффект своим внешним видом. Они носят дорогую и модную одежду, обувь (спортивные костюмы, кроссовки и т.п.), стараясь находиться на «пике моды», курят дорогие и престижные сорта сигарет. В сравнении с больными алкоголизмом они подчеркнуто, опрятны, пользуются модным дорогим парфюмом. Они сознательно избегают общения с больными алкоголизмом, считая их «низшим классом». У них стильные стрижки, экстравагантные формы бородки, бакенбард и т.д. Если они татуированы, то татуировки, как правило, очень качественные, цветные, сделанные в тату – салонах, и отражают агрессивный характер (либо остроконечные, абстрактные или эзотерические формы (чаще у мужчин), либо изображения хищных животных (чаще у женщин)). Они пользуются мобильными телефонами дорогих и престижных марок, современной и дорогостоящей аудиотехникой. Одним словом – они подчеркнуто и гипертрофированно опрятны, чистоплотны, обладают чувством стиля, современны, модны.

*Дефект целеполагания.* По определению М. И. Еникеева (2002), целеполагание – это формирование цели субъективного идеального образа. Согласно теории стадийного психосоциального развития личности Э. Эриксона, целеполагание как личностная способность формируется на третьей стадии её развития (3 - 6 лет). Способность личности ставить перед собой цели с определенной временной перспективой, включая цель всей жизни, так же есть целеполагание, т.е. способность полагать на цель. Дефект целеполагания, присущий для лиц, зависимым от ПАВ, отмечали разные авторы, определяя данный дефект как отсутствие жизненной временной транспективы (Ковалев В. И., 1993), закрытость психологического будущего и, в определенной мере, психологического прошлого, затруднение реализации нормативных жизненных планов (Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002), отсутствие позитивного жизненного сценария (Катков А. Л., 2001; Катков А. Л., Россинский Ю. А., 2003; Катков А. Л. и соавт., 2002; Пак Т. В., 2002; Россинский Ю. А., 2005).

Результаты наших исследований так же показали, что у пациентов, чье состояние детерминировано доминирующим патологическим ЛС («наркоманическая личность», «Я - наркоман») в большей степени – в 81,6% случаев ( $\pm 3,1\%$ ) отсутствовал четкий осознанный позитивный жизненный сценарий, включающий употребление ПАВ. В то время как среди пациентов пребывающих в статусе «нормативная зависимая личность» (доминирование нормативных ЛС) жизненный сценарий отсутствовал всего в 4,5% случаев.

---

---

*Наркоманическая целесообразность.* Целесообразность есть психическая активность и деятельность, организующая процесс в соответствии с ведущим мотивом и рациональной целью. По целесообразности мы можем судить о ведущем мотиве или цели, даже если она не осознается. В наших исследованиях мы часто сталкивались с фактом того, что пациент заявлял о своем намерении досрочно прервать лечение, приводя множество доводов о необходимости этого и заявляя, что это никак не связано с влечением к наркотику, и что он уверен в успехе воздержания от наркотика после ухода из клиники. Но после того, как он покинул клинику, у него отмечался наркотический срыв, приводящий к рецидиву болезни. Согласно данным наших наблюдений, практически у всех пациентов (100%), прервавших лечение досрочно, сразу же после редукции физических проявлений состояния отмены отмечался срыв в течение первой недели после выписки и, как правило, приводящий к рецидиву болезни. Этот факт свидетельствует о том, что неосознанным мотивом и неосознаваемой целью поведения, направленного на досрочное прекращение лечения, у больного опиоидной наркоманией в этот момент проявлялся, возникал (выбрать одно из двух слов) мотив употребления наркотика, т.е. патологическое влечение к наркотику, психическая зависимость от наркотика. По сути, поведение пациента направленное на досрочное прерывание лечения в его ранние сроки есть процесс наркоманической целесообразности.

*Перераспределение морально-этических норм.* Изменение самооценки в статусно-ролевом контексте приводит к перераспределению морально-этических норм наркомана. Ю. В. Валентик и Н. А. Сирота (2002) отмечают, что по мере формирования патологического ЛС «Я - наркоман» у личности происходят качественные изменения когнитивной и нравственной сферы, своеобразное наполнение личности новыми ценностями, смыслами и новой моралью. Авторы четко дифференцируют такое изменение личности с изменением личности по экзо-органическому типу, т.е. «оборганичиванием» психики, связанным с кумуляцией токсических эффектов ПАВ и других повреждающих эффектов, связанных с образом жизни пациентов (характер питания, травматизация и т.д.). По мере того, как личность наполняется новыми наркоманическими смыслами, ценностно-ролевыми установками, новой моралью, она приобретает или вырабатывает новый стиль поведения, новый характер взаимоотношений, которые совершенно не были свойственны поведенческим стереотипам прежней, нормативной или аддиктивной личности.

Наполняясь новыми ценностями и новой моралью, «наркоманическая личность» заметно меняется: в начале - заметно для себя (этап формирования «диссоциированной зависимой личности» – ДЗЛ), а в последствии - для близких окружающих. События,

очень значимые ранее, не вызывают теперь у личности наркомана такого эмоционального резонанса как прежде, а то и вовсе игнорируются. Сначала они забывают поздравить с праздником или днем рождения знакомых, друзей; в последствии, в разгар зависимости они «забрасывают» собственных маленьких детей, а в лучшем случае, просто отдают их своим родителям, не интересуются здоровьем больных родственников и т.п. Они лгут, изворачиваются, манипулируют родными или просто крадут деньги, ценности с целью приобретения наркотика. Но в то же время, они жестко соблюдают «кодекс чести» наркомана. Они покрывают своих партнеров по наркоманической жизни. Для них недопустимо «крысятничать» – грубо нарушать этот «кодекс чести» наркомана. Например, оставаться безучастным к товарищу по несчастью, когда он в беде, т.е. не помогать ему «раскумариться», «снять ломку» – купить состояние отмены, (приобрести или поделиться наркотиком) или выдать следственным органам информацию о месте приобретения наркотика или «сдать барыгу» – выдать информацию о поставщике наркотика.

В нашем случае в «кодекс чести» входили следующие правила, характерные для «наркоманической личности». Если в отделение попадал наркотик, об этом категорически запрещалось сообщать медперсоналу, что, по сути, являлось грубым нарушением лечебного режима. Пациенты, прервавшие лечение, часто пытались тайно передать наркотик в отделение – «запустить коня» – для своих «братьев». Для «наркомана» – больного наркоманией, находящегося в доминирующем патологическом ЛС «Я - наркоман» (клинико-персоналогический статус «наркоманическая личность»), характерно жить по основным «наркоманическим» законам, похожим на законы «тюремной культуры»: «никому не верь, никого не бойся, ни у кого не проси». Не смотря на тот факт, что больной может в любое время добровольно прервать лечение и покинуть пределы центра, многие больные совершают побеги, нередко достаточно опасным путем. Например, за время нашего исследования было несколько случаев, когда пациент убежал с пятого этажа здания по водосточной трубе и второй случай – с шестого этажа по телекоммуникационному кабелю.

При группировании больные, находящиеся в доминирующем патологическом статусе «наркоманические личности», формировали и культивировали, в полном смысле этого понятия, «наркоманическую культуру», которая, практически, соответствовала «тюремной культуре». Отчасти, мы об этом уже говорили ранее. Эту сформированную группу, как правило, возглавлял негативный лидер – пациент, отрицательно настроенный по отношению к лечебному режиму, но открыто не заявляющий об этом. Часто таким лидером являлся больной, который уже имел опыт длительного пребывания в местах лише-

---

---

ния свободы. Этот лидер, как правило, являлся «смотрящим», на сленге уголовников – это человек, контролирующий порядок в отведенной ему зоне/пространстве. Он поддерживал эти криминальные нормы и правила общежития. Как правило, культивировалась круговая порука по принципу «свой - чужой», где «чужим» являлся медперсонал и в первую очередь - врачи. В целом, эта «культура» и эти «правила» саботировали лечебный режим.

Наши наблюдения позволяют сделать вывод, что перераспределение морально-этических норм в просоциальную сторону, в сторону тюремно-криминальной культуры является одним из основных и наиболее важных признаков или индикаторов того, что больной наркоманией находится в клинко - персонологическом статусе «наркоманическая/патологическая» личность, в статусе доминирования патологического ЛС «Я - наркоман». В наших наблюдениях 83,2% ( $\pm 4,5\%$ ) больных, вошедших в первую подгруппу (лица с доминирующим патологическим ЛС «Я - наркоман»), жили по криминальным/наркоманическим морально-этическим нормам. И всего было 16,8% ( $\pm 5,0\%$ ) больных, которые пытались не включаться во взаимоотношения «наркоманической/криминальной» культуры, и придерживаться правил лечебного режима, т.е. жить в рамках просоциальных морально - этических норм.

*Перераспределение активаторов моральных эмоций.* Перераспределение морально-этических норм в асоциальную/антисоциальную сторону естественным образом и неизбежно приведет к перераспределению ситуаций, которые являются активаторами основных моральных эмоций – вины, стыда и отчасти страха. Этот факт так же будет являться диагностическим признаком того, в каком из статусов в данное время находится пациент: в статусе «нормативной зависимой личности», в статусе «диссоциированной личности» или в статусе «наркоманической/патологической личности». Например, если пациент искренне раскаивается в том, что он доставил много неприятностей своим родным и близким, сожалеет о своих ошибках и своем «наркоманическом» поведении. И при этом психотерапевт отслеживает конгруэнтность пациента, то он может уверенно сделать вывод, что в данный момент пациент находится не в статусе «наркоманической личности», а в статусе либо «диссоциированной личности», либо «нормативной зависимой личности». То есть, если у больного наркоманией вызывают вину, стыд те события, которые вызывали и до формирования наркозависимости, но которые не вызывали этих чувств в процессе активного употребления наркотиков, можно предполагать, что пациент возвращается в сторону прежних норм этики и морали. И, следовательно, пациент перешел в новое личностное состояние (клинко - персонологический статус), например, в статус «диссоциированной личности» или в статус «нормативной зависимой личности».

И наоборот, если пациент перестал реагировать переживанием чувства вины или стыда, совершая те поступки, которые ранее вызывали у него эти эмоции, то данный признак можно интерпретировать как вероятный неблагоприятный факт того, что пациент перешел в состояние «наркоманической личности» (доминирования патологического ЛС «Я - наркоман»).

*Анозогнозия.* Анозогнозия выступает как явный индикатор факта пребывания пациента в персонологическом состоянии доминирующего патологического ЛС «Я - наркоман». Анозогнозия может проявляться как в полном отрицании болезни и проблем, связанных с наркотической зависимостью, так и в частичном формальном принятии проблемы зависимости. Для таких больных характерна неадекватная уверенность в возможности самостоятельного и быстрого решения данной проблемы: «Я легко могу бросить/завязать», «Бросить – для меня это не проблема» и т.п. По данным наших исследований, среди пациентов, находящихся в персонологическом статусе «патологической/наркоманической личности» (доминантного патологического ЛС «Я - наркоман») в 81,6% случаев ( $\pm 3,1\%$ ) отмечалась анозогнозия, в то время как среди успешных абстинентов, находящихся в персонологическом статусе «нормативной личности» (доминирующих нормативных ЛС), случаев анозогнозии не было выявлено.

*Интернальность (локус контроля).* Исследования ряда авторов (Валентик Ю. В., 1998-2002; Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002; Катков А. Л., 2003-2006; Россинский Ю. А., 2003 - 2006; Пак Т. В., 2003; Бохан Н. А. и соавт., 2005) указывали на тот факт, что для личности, страдающей наркотической зависимостью, характерна внешняя интернальность или внешний локус контроля. Наши исследования показали, что для первой группы пациентов, находящихся в статусе «патологической/наркоманической личности» (доминирование патологического ЛС «Я - наркоман»), в 75,1% ( $\pm 5,5\%$ ) случаев отмечалась внешняя интернальность или внешний локус контроля. В то время как в группе устойчивых абстинентов, находящихся в персонологическом статусе «нормативной личности» (доминирующих нормативных ЛС), таких лиц достоверно оказалось в 10 раз меньше – 7,5% {2,4% <math>\langle > 18,1\% </math>}. И наоборот, в группе устойчивых абстинентов, находящихся в персонологическом статусе «нормативной личности», лиц с внутренним локусом контроля оказалось в 18,2 раза больше, чем среди больных, находящихся в «патологическом / наркоманическом» персонологическом статусе (78,4 $\pm$ 11,3% и 4,3 $\pm$ 2,7%, при  $P < 0,05$ ) (см. таблицу №2). С нашей точки зрения, локус контроля является клинко-персонологическим признаком наркомании. Но в тоже время и в большей степени интернальность или локус контроля является индикатором доминиро-

вания различных личностных состояний (по определению Ю. В. Валентика) или персонологических статусов – «патологической / наркоманической личности» (доминирования патологического ЛС «Я - наркоман») и «нормативной личности» (доминирования нормативных ЛС). Для персонологического статуса «патологической/наркоманической личности» характерен внешний локус контроля, для персонологического статуса «нормативной личности» – внутренний локус контроля.

*Данные экспериментально-психологического исследования.* С целью подтверждения клинических заключений, характеризующих фенотипические признаки или индикаторы клинко - персонологических типов больных опийной наркоманией, мы провели психологическое исследование (тестирование) пациентов обеих групп: пациенты, находящиеся в доминирующем клинко - персонологическом статусе «наркоманическая личность» (n = 209) и «нормативная зависимая личность» (n = 66) (таблица №3).

Таблица №3

*Показатели психологических тестов клинко - персонологических статусов: «наркоманическая личность» и «нормативная зависимая личность» у больных опийной наркоманией*

Исследуемый параметр (значения в баллах)		Группа №1 (n = 209)	Группа №2 (n = 66)	P
Методика УСК Дж. Роттера	Шкала «Ио»	2,86 ± 0,18	5,80 ± 0,37	< 0,01
	Шкала «Ин»	2,67 ± 0,25	5,64 ± 0,34	< 0,01
	Шкала «Ис»	3,18 ± 0,25	5,75 ± 0,31	< 0,01
САТ – опросник ЛИО Э. Шострома	Шкала «Sr»	37,10 ± 0,61	54,14 ± 0,96	< 0,01
	Шкала «Ex»	39,50 ± 0,58	48,66 ± 1,0	< 0,01
	Шкала «Nc»	37,49 ± 0,73	51,05 ± 0,96	< 0,01
16 – F опросник Р. Кеттелла	Фактор «L»	5,95 ± 0,25	3,11 ± 0,15	< 0,01
	Фактор «Q2»	3,69 ± 0,26	7,44 ± 0,31	< 0,01

*Методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера.* Из данных таблицы №3 видно, что для пациентов, у которых доминировал статус «нормативной личности» («нормативная зависимая личность»), с высокой степенью достоверности (P < 0,01) преобладали показатели методики диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера, в частности таких шкал, как «Общая интернальность» («Ио»), Интернальность в области неудач («Ин»), «Интернальность в области семейных отношений» («Ис») над показателями тех пациентов, у которых доминировал статус «наркоманическая личность».

*Шкала «Общая интернальность» («Ио»).* Высокие показатели этой шкалы свидетельствуют о высоком уровне субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, т.е. о внутреннем локусе контроля. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как склады-

вается их жизнь в целом. Низкие показатели данной шкалы свидетельствуют о внешнем локусе контроля, т.е. соответствуют низкому уровню субъективного контроля. Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей. Из данных таблицы №3 видно, что в группе пациентов, у которых доминировал статус «нормативной личности» показатели шкалы «Ио» достоверно в 2 раза больше аналогичных показателей пациентов, у которых доминировал статус «наркоманическая личность» (5,80±0,37 баллов и 2,86±0,18 баллов).

*Шкала «Интернальность в области неудач» («Ин»).* Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. Низ-

кие показатели данной шкалы свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать эти события результатом невезения. Из таблицы №4 так же видно, что в группе пациентов, у которых доминировал статус «нормативной личности» показатели шкалы «Ин» достоверно в 2,1 раза выше аналогичных показателей тех пациентов, у которых доминировал статус «наркоманическая личность» ( $5,64 \pm 0,34$  баллов и  $2,67 \pm 0,25$  баллов).

*Шкала «Интернальность в области семейных отношений» («Ис»)*. Высокие показатели этой шкалы означают, что человек считает себя ответственным за события, происходящие в его семейной жизни, низкие – то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье. Данные этой шкалы у пациентов в доминирующем статусе «нормативная личность» достоверно в 1,8 раза выше аналогичных показателей пациентов, у которых доминировал статус «наркоманическая личность» ( $5,75 \pm 0,31$  баллов и  $3,18 \pm 0,25$  баллов).

*Самоактуализационный тест (САТ) – опросник личностной ориентации Э. Шострома*. При исследовании пациентов с различными доминирующими клинично-персоналогическими типами вопросником личностной ориентации Э. Шострома – самоактуализационным тестом (САТ) мы получили достоверные различия ( $P < 0,01$ ) по следующим шкалам: «Самоуважение» – «Sr»; «Экзистенциальность (гибкость поведения)» – «Ex»; «Природа человека» – «Nc».

*Шкала «Самоуважение» – «Sr»*. Высокие показатели этой шкалы характеризуют уважение и самооценку личности вне зависимости от тех результатов, которые он демонстрирует. Результаты наших наблюдений показали, что в группе пациентов, у которых доминировал статус «нормативной личности», показатели этой шкалы достоверно выше, в среднем, в 1,5 раза в сравнении с пациентами, у которых доминировал статус «наркоманическая личность» ( $54,14 \pm 0,96$  баллов и  $37,10 \pm 0,61$  баллов). Объективные показатели данного теста характеризовали пациентов с доминирующим статусом «нормативная зависимая личность», как личностей с более развитым чувством самоуважения и самооценки, в отличие от пациентов с доминирующим патологическим ЛС «наркоманическая личность».

С нашей точки зрения это важный момент, так как на первый взгляд эти данные противоречат данным о собственной самооценке (таблица №2). Выше мы отметили, что согласно нашим наблюдениям среди пациентов, находящихся в доминирующем клинично-персоналогическом статусе «наркоманическая личность», у 102 пациентов отмечалась завышенная самооценка, что в среднем составило 48,8% от числа общей группы, т.е. практически ее половину. Если учитывать тот факт, что в группе пациентов, пребывающих в доминирующем статусе «норматив-

ной зависимой личности», в 31,8% случаев были выявлены признаки заниженной самооценки в той или иной степени, что практически совпадало с показателями распространенности случаев заниженной самооценки в группе пациентов, находящихся в статусе «патологической/наркоманической личности» (37,3%), то каким образом средняя большая оценка «самоуважения» в этой группе достоверно оказалась выше в полтора раза? С нашей точки зрения, объяснить этот факт можно тем, что завышенная самооценка в этом случае являлась психологической защитой, реакцией гиперкомпенсации, своеобразной защитой своего настоящего персоналогического статуса «наркоманическая личность», «Я - наркоман», т.е. по сути – демонстрации своей завышенной самооценки. Об этом мы уже говорили выше. Это так же подтверждается тем фактом, что для пациентов, находящихся в доминантном патологическом/наркоманическом статусе, характерен такой компенсаторный вариант завышенной самооценки как гипертрофия или гиперкомпенсация самопрезентации.

*Шкала «Экзистенциальность (гибкость поведения)» – «Ex»*. Чем выше балл по этой шкале, тем более гибко и менее догматично поведение испытуемого. Результаты наших наблюдений показали, что в группе пациентов, у которых доминировал статус «нормативной личности», показатели этой шкалы достоверно выше в среднем в 1,2 раза в сравнении с пациентами, у которых доминировал статус «наркоманическая / патологическая личность» ( $48,66 \pm 1,0$  баллов и  $39,50 \pm 0,58$  баллов). Этот факт свидетельствует в пользу селективности восприятия, избирательности объективной оценки, эгоцентрического мышления, склонности к манипулированию больных наркоманией, у которых патологический персоналогический статус «наркоманическая личность» или «Я - наркоман» находится в доминирующем состоянии.

*Шкала «Природа человека» – «Nc»*. Данная шкала измеряет склонность испытуемого оценивать людей, в целом, как «хороших». Высокий балл по этой шкале свидетельствует о склонности испытуемого рассматривать людей как добрых по своей природе. Низкий балл означает, что у испытуемого проявляется тенденция считать других людей плохими и злыми. Результаты наших исследований показали, что у пациентов, находящихся в статусе «нормативной личности», показатели этой шкалы достоверно выше аналогичных показателей пациентов, находящихся в статусе «патологической / наркоманической личности», в среднем, в 1,4 раза ( $51,05 \pm 0,96$  баллов и  $37,49 \pm 0,73$  баллов, при  $P < 0,01$ ).

Объяснение этому может случить следующее. Природа патологического ЛС «Я - наркоман», по своей сути, является агрессивной. Психологическая причина конфронтационной жизненной стратегии «наркоманической личности», с нашей точки зрения, заключается в следующем. Личностный статус

«Я - наркоман» по мере своего формирования проявляется, как антагонист нормативной жизни, и поэтому постоянно живет в угрозе со стороны этой нормативной жизни (нормативных ЛС, нормативного ближайшего ресурсного окружения – ЗДЛ, нормативного социума) по отношению к своей власти и своему существованию. С другой стороны, здесь может играть свою роль и личностный аспект, т.е. несформированность базального доверия. В своих исследованиях, посвященных изучению уровня развития психологического здоровья, А. Л. Катков (2002 - 2006), А. Л. Катков и соавт. (2003), Н. А. Бохан и соавт. (2005), Т. В. Пак (2003 - 2006), Ю. А. Россинский (2003 - 2006) и др. отмечают тот факт, что у больных наркоманией не развито свойство базального доверия, а напротив - развито свойство базального недоверия.

16 - факторный опросник Кеттелла (форма «С»). При сравнительном анализе особенностей когнитивной сферы пациентов с различными доминирующими клиничко - персонологическими типами мы так же получили достоверные различия ( $P < 0,01$ ) показателей некоторых шкал 16 - факторного опросника Р. Кеттелла, в частности, шкала «доверчивость-подозрительность» – «Фактор L»; шкала «самостоятельность-внушаемость» – «Фактор Q<sub>2</sub>».

Шкала «Фактор L» – «доверчивость - подозрительность». В целом, фактор говорит об эмоциональном отношении к людям. При низких оценках по данной шкале человек характеризуется открытостью, доверчивостью, благожелательностью по отношению к другим людям, терпимостью, уживчивостью; человек свободен от зависти, легко ладит с людьми и хорошо работает в коллективе. При

высоких оценках - человек характеризуется подозрительностью, ему свойственно большое сомнение и недоверие в отношении других. Его интересы обращены на самого себя, он эгоцентричен. Результаты наших исследований показали, что у пациентов, находящихся в статусе «нормативной личности», показатели этой шкалы достоверно ниже аналогичных показателей пациентов, находящихся в статусе «патологической / наркоманической личности», в среднем, в 1,9 раза ( $3,11 \pm 0,15$  баллов и  $5,95 \pm 0,25$  баллов, при  $P < 0,01$ ). То есть, данные результаты свидетельствуют в пользу того, что для пациентов, находящихся в доминированном статусе «наркоманическая личность», характерны: эгоцентрический склад мышления; наркоманическая тангенциальность мышления; конфронтационная жизненная стратегия.

Шкала «Фактор Q<sub>2</sub>» – «самостоятельность-внушаемость». Высокие показатели (8 стенов и выше) свидетельствуют о предпочтении только собственному мнению, независимости во взглядах, о стремлении к самостоятельным решениям, действиям. Средними считаются показатели в 4 - 7 стенов. Низкие показатели (1 - 3 стенов) характеризуют зависимость от чужого мнения, предпочтение принятию решений совместно с другими людьми, ориентировка на социальное одобрение. Наши исследования показали, что для пациентов с доминирующим статусом «нормативной личности» характерны не очень высокие показатели по данной шкале, а для пациентов, находящихся в статусе «патологической / наркоманической личности» – относительно низкие:  $7,44 \pm 0,31$  баллов и  $3,69 \pm 0,26$  баллов.

Таблица №4

*Индикаторы клиничко-персонологического типа «наркоманическая личность»: когнитивная сфера*

«Патологическая / наркоманическая личность»	<p>- <i>Жизненный сценарий:</i></p> <p>-- Ведущий жизненный мотив – жизнь с наркотиком. Доминирующие жизненные планы – поиск наркотика и ликвидация последствий от употребления наркотика;</p> <p>-- Конфронтационная жизненная стратегия. Жизнь по принципу: «Никому не верь, никого не бойся, ни у кого не проси».</p> <p>- <i>Неадекватная оценка своего настоящего состояния:</i></p> <p>-- Избирательная поверхностность суждений: подробно и глубоко обсуждаются только темы, связанные с употреблением наркотика; не обсуждаются вовсе или обсуждаются на поверхностном уровне темы длительного воздержания и лечения наркомании, вопросы негативных последствий наркомании, как для себя самого, так и для ближайшего социального окружения (родственники, семья);</p> <p>-- Избирательность адекватной оценки контекста ситуации: адекватно оцениваются ситуации, связанные с приобретением и употреблением наркотика; игнорируются или неадекватно оцениваются ситуации, связанные с лечением и/или воздержанием от приема наркотиков;</p> <p>-- Селективность восприятия: общение по принципу оценки «свой - чужой»; рефлексия избирательная, хорошо осознается только мотив употребления ПАВ;</p> <p>-- Неадекватная, завышенная самооценка. Гипертрофия/гиперкомпенсация самопрезентации;</p> <p>- <i>Нарушение мыслительной деятельности:</i></p> <p>-- Качественные изменения понятийного аппарата мышления (мышление наркоманическими понятиями/категориями);</p>
---	---

«Патологическая / наркоманическая личность»	<p>-- Эгоцентрический склад мышления; наркоманическая детализация мышления, тангенциальность мышления (резонерство).</p> <p>- <i>Перераспределение морально-этических норм:</i></p> <p>-- Наркоманические/криминальные (асоциальные / антисоциальные морально-этические нормы). Перераспределение активаторов моральных эмоций (вины, стыда, страха).</p> <p>- Анозогнозия. Отрицание наличия глубокой личностной проблемы.</p> <p>- <i>Экспериментально-психологическое исследование:</i></p> <p>-- Методика диагностики УСК Дж. Роттера – низкие показатели следующих шкал: «Ио», «Ин», «Ис».</p> <p>-- Самоактуализационный тест (САТ) Э. Шострома – низкие показатели следующих шкал: «Sr», «Ex», «Nc».</p> <p>-- 16 F тест Кеттелла – средне-низкие показатели шкалы «Фактор Q<sub>2</sub>», высокие показатели шкалы «Фактор L».</p>
Диссоциированная зависимая личность»	<p>- <i>Жизненный сценарий:</i></p> <p>-- Борьба жизненных мотивов по принципу: «так дальше жить нельзя ↔ нужен наркотик». Доминирующие жизненные планы – решение прекратить употребление наркотика ↔ поиск наркотика и ликвидация последствий от употребления наркотика.</p> <p>-- Признаки восстановления прежних морально-этических норм. Восстановление прежних активаторов моральных эмоций (вины, стыда, страха).</p> <p>- <i>Оценка состояния и отношение к болезни:</i></p> <p>-- Признание проблемы зависимости. Частичная критика к своему состоянию.</p> <p>-- Недостаточность понимания собственной роли и активности в употреблении ПАВ. Недостаточность понимания собственной роли и активности в лечебном процессе. Отсутствие надежды только на собственные силы.</p> <p>-- Неустойчивость трезвой позиции, колебания в возможности отказа от наркотиков. Ограничение срока трезвости. Сомнения в успешности трезвой жизни и борьбы с зависимостью.</p> <p>-- Способность идентифицировать и отслеживать влечение к наркотику, активизацию патологического ЛС «Я - наркоман», борьбу мотивов.</p> <p>-- Периодически согласие/принятие необходимости лечения, интерес к психотерапии.</p>
«Нормативная зависимая личность»	<p>- <i>Жизненный сценарий:</i></p> <p>-- Доминирование жизненного мотива, предусматривающего полное воздержание от употребления наркотика, впоследствии любого ПАВ. Появление конкретных реальных планов на будущее. Осознание необходимости дальнейшего самосовершенствования.</p> <p>- <i>Перераспределение морально-этических норм в просоциальную сторону:</i></p> <p>-- Прежние и новые морально-этические нормы просоциального характера. Обратное перераспределение активаторов моральных эмоций (вины, стыда, страха).</p> <p>- <i>Оценка состояния и отношение к болезни:</i></p> <p>-- Полное признание проблемы зависимости. Полная критика к своему состоянию. Полное осознание глубины проблемы.</p> <p>-- Полное осознание и принятие личной ответственности за успех лечения, необходимости в длительном лечении.</p> <p>-- Способность как навык идентифицировать, отслеживать и контролировать влечение к наркотику, активизацию патологического ЛС «Я-наркоман», борьбу мотивов. Рефлексия как навык.</p> <p>-- Осознанное желание и потребность в регулярной психотерапии, группах взаимопомощи. Полное осознание в необходимости абсолютного воздержания от наркотика и отказа от других ПАВ;</p>

*Индикаторы персонологических типов «диссоциированная личность», «Нормативная личность»: когнитивная сфера.* Таким образом, мы можем выделить основные фенотипические признаки – клинико-психологические индикаторы когнитивной сферы, которые являются специфическими для различных персонологических типов личности больного наркоманией: «патологическая/наркоманическая личность», «диссоциированная зависимая личность» и «нормативная зависимая личность».

#### **Список использованной литературы:**

1. Валентик Ю. В., Сирота Н. А *Работа с мотивацией // Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.* – Москва, 2002. – С. 55-100.
2. *Психиатрия // Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. В. П. Самохвалова.* - Ростов – на - Дону.: Феникс, 2002. - 576 с.

---

---

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ЛИЧНОСТИ НАРКОЗАВИСИМЫХ: УРОВНЕВЫЕ И СТРУКТУРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

К. А. Хохлова

г. Кемерово

В современной клинической практике, при разности взглядов специалистов на эффективность различных методов лечения и реабилитации наркозависимых, всеобще признана необходимость индивидуализировать терапевтический и реабилитационный процесс с целью повышения его эффективности [2].

Подход к изучению феномена наркозависимости, с точки зрения психологии здоровья, по нашему мнению, открывает доступ к пониманию психических ресурсов личности, необходимых наркозависимому пациенту в процессе его реабилитации и развития [3].

В контексте адаптационной модели феномен наркотической зависимости может рассматриваться как проявление социально-психологической дезадаптации. Задачей нашего исследования является определение специфики качественных и количественных, уровневых и структурных характеристик психологической адаптации личности наркозависимых.

Исследование проводилось на базе отделения реабилитации наркологического клинического диспансера. Выборку составили пациенты отделения в возрасте от 19 лет до 31 года, с разными сроками пребывания в реабилитационной программе.

Согласно выбранной нами методологии, адаптационные способности личности закономерно рассматривать на различных уровнях, начиная от биологических задатков и заканчивая адаптационным аспектом ценностно - смысловой сферы. Для исследования параметров психологической адаптации личности наркозависимого в психодиагностическую батарею нами были включены следующие методики:

- Опросник К. Леонгарда (акцентуации характера);
- Личностный опросник “Адаптивность” А. Г. Маклакова, С. В. Чермянина (адаптационные способности личности);
- Опросник Келлермана - Плутчика (психологические защитные механизмы);
- Опросник диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера;
- Опросник потерь и приобретений Н. Е. Водопьяновой, М. В. Штейна (уровень “ресурсной” достаточности личности);
- Опросник смысложизненных ориентаций А. Н. Леонтьева;
- Опросник Ш. Шварца по определению ценностных ориентаций личности.

В результате исследования выявлены следующие особенности психологической адаптации пациентов реабилитационной программы. В данной группе преобладающими типами акцентуаций являются:

гипертимический (18,13) и экзальтированный тип (18,09). Это означает, что большинство пациентов отличаются повышенным фоном настроения в сочетании с жадной деятельностью, высокой активностью, предприимчивостью. Также испытуемым данной группы свойственен большой диапазон эмоциональных состояний: от радостных до печальных. Циклотимический тип акцентуации (16,9) также выражен у представителей данной группы, что свидетельствует о периодических колебаниях настроения - от хмурого, подавленного до приподнятого. По данным исследователей (Алтынбеков С. А., Грузман А. В., 2005) наличие акцентуаций характера по циклотимическому и экзальтированному типам является благоприятным предиктором эффективности противоречивой терапии [1].

Уровень адаптационных способностей (АС) в данной группе средний (4,6), что, по А. Г. Маклакову соответствует второй группе психического здоровья. Среди компонентов, составляющих интегральный показатель уровня АС, низкий показатель наблюдается только у параметра “нервно-психическая устойчивость” (2,8), тогда как параметры “коммуникативные особенности” (4,4) и “моральная нормативность” (4,9) имеют средний уровень выраженности. Нервно-психическая устойчивость относится к базовым характеристикам личности и, возможно, недостаточный уровень её развития у пациентов исследуемой группы компенсируется развитием социально обусловленных характеристик (коммуникативные особенности и моральная нормативность), что позволяет, в целом, повысить уровень психического здоровья.

Среди ведущих психологических защит у пациентов группы выявлены компенсация (0,53) и рационализация (0,5). Данные защитные механизмы принято считать более зрелыми и конструктивными для психологической адаптации личности, по сравнению с остальными типами психологических защит, описанных З. Фрейдом и его последователями. Таким образом, пациентам данной группы свойственны: усиленное развитие тех достоинств, которые способны восполнить собственные недостатки, а также логический поиск причин, определяющих собственные неприемлемые тенденции.

Показатель общей интернальности испытуемых носит уровень выше среднего (5,95). Также выше среднего уровень интернальности в области достижений (6,72), в области неудач (6,5), в области межличностных (6,6) и семейных отношений (6,6). Интернальность в области производственных отношений имеет средний показатель - 4,8. В целом, пока-

---

---

затели свидетельствуют о достаточном уровне личностной зрелости и социальной активности пациентов данной группы. Большинство пациентов данной группы отличаются преобладанием внутреннего локуса контроля и склонны считать, что происходящие значимые события в различных сферах жизни в большей степени являются результатом их собственных усилий, чем действия случайных внешних факторов.

Показатели уровня осмысленности жизни испытуемых чуть ниже среднего (по сравнению с показателями осмысленности жизни, полученными на выборке 425 студентов Кемеровского госуниверситета) [4]. Наивысшее значение имеет параметр “Цели в жизни” (29,3). Наиболее низкие показатели отмечаются по параметрам “Результативность жизни” (21,3) и “Локус контроля - жизнь” (23,8). Это говорит о том, что представители данной группы психологически ориентированы в будущее, имеют цели, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. С другой стороны, пройденный этап жизни они не считают очень продуктивным, как и себя – в полной мере способными воплощать принятые решения в жизнь. Возможно, это связано со спецификой стационарного реабилитационного этапа, на котором производится определение целей и формирование мотивации на трезвую жизнь, но реализация этих целей на практике будет происходить в дальнейшем, на амбулаторном этапе реабилитации и после его завершения.

Индекс “ресурсной” достаточности личности по методике “Опросник потерь и приобретений” у большинства пациентов данной группы низкий и имеет отрицательные значения. Положительные значения индекса “ресурсности” отмечены только у 22,7% испытуемых, среди которых лишь у одного испытуемого данный показатель имеет средний и у двоих - высокий уровень. Данные результаты свидетельствуют об общем низком уровне адаптивных возможностей и толерантности к стрессам большинства группы испытуемых. На первый взгляд, это может быть противоречием с результатами методики А. Г. Маклакова, С. В. Чермянина, по которой показатель уровня личностной адаптированности испытуемых данной группы имеет среднее значение. Данный факт мы связываем с тем, что вышеназванные методики производят измерение различных личностных уровней адаптивности. Методика А. Г. Маклакова, на наш взгляд, определяет в большей степени уровень потенциальных возможностей адаптации личности, в то время как «Опросник потерь и приобретений» дает картину результатов фактической реализации адаптационного потенциала личности. Но поскольку наркозависимые лица, проходящие курс стационарной реабилитации, не имеют возможности в настоящее время в полной мере реализовывать свой адаптационный потенциал в социуме за стенами реабилитационного центра, то показатели по данной методике у них низкие. Средние и высокие показате-

ли наблюдаются у испытуемых, продолжающих курс реабилитации уже в амбулаторных условиях и имеющих возможность продолжать адаптацию в социуме. Данный факт ещё раз подчеркивает важность поэтапного процесса реабилитации, включающего в себя как стационарный, так и амбулаторный периоды.

По методике Ш. Шварца нами были получены результаты, свидетельствующие о высокой степени вариативности ценностного профиля испытуемых. Тем не менее, следует отметить некоторые общие тенденции, характерные для испытуемых данной группы.

Ведущими ценностями для представителей данной группы на уровне убеждений являются:

- “конформность” (5,5) – сдерживание действий и побуждений, которые могут нанести вред другим;
- “доброта” (5,5), - сохранение и повышение благополучия близких людей;
- “безопасность” (5,5) – стабильность общества, отношений и самого себя; “самостоятельность” (5,2) – самостоятельность мысли и действия;
- “достижения” (5,16) – личный успех в соответствии с социальными стандартами.

Данные ценности оказывают наибольшее влияние на всю личность, но не всегда проявляются в реальном социальном поведении.

На уровне поведения ведущими ценностями также являются “конформность” (2,65) и “достижения” (2,52). Но наибольшее субъективное значение имеет ценность “универсализм” (2,75) – понимание, терпимость и защита благополучия всех людей и природы. Причём, среди ценностей, находящихся на уровне убеждений, “универсализм” имеет одно из наименьших значений (4,09). Также среди значимых ценностей отмечен “гедонизм” (2,54) – наслаждение, чувственное удовольствие.

Наименьшей значимостью, как на уровне нормативных идеалов, так и на уровне реализуемого поведения, обладают такие ценности, как “стимуляция” (3,7; 2,3) – волнение и новизна и “власть” (4,1; 2,2) – социальный статус, доминирование над людьми и ресурсами. Также невысокий показатель среди ценностей на уровне поведения имеет ценность “традиция” (2,22) – уважение и ответственность за религиозные обычаи и идеи.

Мы проанализировали корреляционные связи параметров психологической адаптации испытуемых данной группы (линейная корреляция Пирсона,  $r < 0,01$ ). Получены следующие результаты (см. рисунок 1). Наибольшее количество связей (по 3) имеют параметры: “нервно-психическая устойчивость”, ценность “власть” на уровне убеждений и “интернальность в области неудач”. Нервно-психическая устойчивость имеет слабые отрицательные связи с параметрами “регрессия” (- 0,65) и “застревающий тип акцентуации характера” (- 0,62) и среднюю отрицательную связь с параметром “замещение” (- 0,72). Это говорит о том, что при более высоком уровне нервно - психической устойчивости (НПУ), у пред-

---

---

ставителей данной группы менее выражены такие психологические защиты, как “уход” на более раннюю стадию развития и переключение эмоциональных импульсов с одного недоступного объекта на другой, доступный и безопасный. Также уровень НПУ выше при более низкой выраженности чрезмерной стойкости аффекта с формированием сверхценных идей.

Параметр ценности “власть” на уровне убеждений имеет слабые отрицательные связи с показателями “интернальность в области семейных отношений” (- 0,63), “интернальность в области неудач” (- 0,68) и среднюю отрицательную связь с общим уровнем интернальности (- 0,7). Таким образом, чем выше в убеждениях испытуемых значимость социального статуса, доминирования над людьми и ресурсами, тем они чувствуют себя менее ответственными за значимые события жизни, в целом, и в области неудач и семейных отношений, в частности. И наоборот, испытуемые, чувствующие в себе способность управлять значимыми событиями жизни, менее склонны придавать значимость такой ценности, как “власть”.

“Интернальность в области неудач” также имеет слабые отрицательные связи с ценностями “гедонизм” (- 0,67) и “достижения” (- 0,66) в сфере реализуемого поведения. Чем более ответственным представитель данной группы считает себя за свои неудачи, тем менее в социальном поведении он склонен искать удовольствий и наслаждений и добиваться личного успеха в соответствии с социальными стандартами.

Показатель застревающего типа акцентуации характера имеет ещё одну слабую отрицательную связь с параметром “коммуникативные особенности” (- 0,67), т. е. при данной акцентуации характера у человека могут быть трудности в области общения, недостаточно развитая коммуникативная компетентность.

Интегральный показатель адаптационных способностей личности (АС) имеет слабые отрицательные связи с параметрами “циклотимия” (-0,67) и “замещение” (- 0,69). Таким образом, при меньшей выраженности колебаний настроения от подавленного - к приподнятому и меньшей склонности переключать эмоциональные импульсы с недоступного объекта на другой – доступный и безопасный наблюдается более высокий уровень личностных адаптационных способностей.

Показатель ценности «власть» на уровне реализуемого поведения имеет слабую положительную корреляцию с параметром “гипертимия” (0,62) и слабую отрицательную корреляцию с параметром “тревожность” (- 0,61).

Следовательно, испытуемые с преимущественно повышенным фоном настроения, высокой активностью и жадной деятельностью чаще в поведении занимают позицию лидера и стремятся к управле-

нию людьми и ресурсами. При более высокой склонности к страхам, повышенной робости и пугливости, напротив, тенденции реализовывать лидерство в поведении отсутствуют.

Итак, можно сделать выводы, что показатели “нервно-психическая устойчивость”, ценность “власть” на уровне убеждений и “интернальность в области неудач” являются корреляционными ядрами для ряда обозначенных параметров психологической адаптации, и, следовательно, наиболее интегрированными характеристиками личности, приводимыми в нашем исследовании. Таким образом, залогом успешности процесса лечения и реабилитации наркозависимого может являться обретение способности управления собственными нервно-психическими ресурсами и принятие на себя ответственности за происходящие с ним в жизни неудачи.

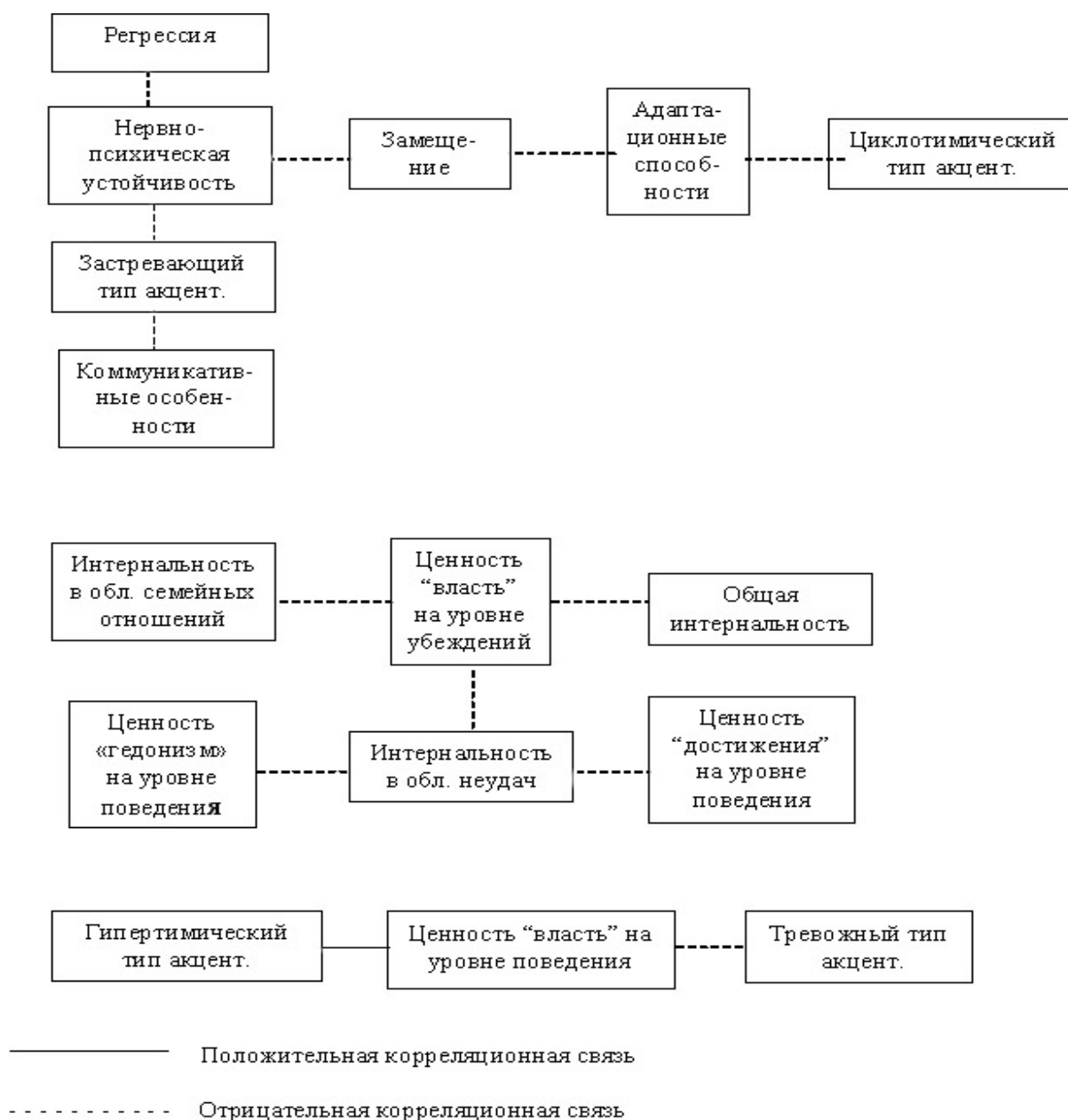
Также мы проанализировали взаимосвязь показателей длительности нахождения испытуемых в реабилитационном процессе с параметрами психологической адаптации (линейная корреляция Пирсона,  $p < 0,05$ ). Наблюдаются положительные корреляции длительности нахождения в реабилитационном процессе с показателями компенсации (0,61) и результативности жизни (0,7).

Следовательно, чем дольше пациент находится в реабилитационном процессе, тем он испытывает большую удовлетворенность пройденным отрезком жизни и все более начинает воспринимать свою жизнь, как продуктивную и осмысленную. Мы связываем это не столько с жизненными изменениями пациента на этапе реабилитации, сколько с изменениями, происходящими в системе ценностей пациента, позволяющими ему по-новому смотреть на свою жизнь и выносить позитивный опыт практически из всех её моментов. Также с длительностью прохождения курса реабилитации у пациента возрастает способность при неудачах в одной сфере жизни реализовывать себя в других сферах.

Полученные результаты исследования позволяют предположить, что анализ лишь уровневых характеристик адаптации личности не может со всей полнотой и достоверностью составить у исследователя представление о своеобразии процесса личностной адаптации наркозависимого.

Личностную адаптацию наркозависимых следует рассматривать как системное образование. Анализ связей и отношений параметров адаптации является необходимым условием адекватной оценки актуального состояния наркозависимого и прогноза успешности его реабилитации. Именно в анализе качественного своеобразия взаимосвязанных разноразноуровневых параметров адаптации личности заключается возможность выбора терапевтических “мишеней” - тех характеристик личности, воздействие на которые на данном этапе реабилитационного процесса обеспечит его максимальную продуктивность.

## Корреляционные связи исследуемых параметров адаптации личности наркозависимых

**Литература:**

1. Алтынбеков С. А., Грузман А. В. Медикаментозная противорецидивная терапия при опийной наркомании (новый подход). – Павлодар, 2005. – С. 32 - 33.
2. Тазетдинов И. М., Менделевич В. Д., Фаттахов Ф. З. Психологические и психопатологические особенности больных наркоманией и меры эффективности их реабилитации // Наркология. - 2005. - № 7. – С. 48 - 50.
3. Хохлова К. А., Портнова А. Г. Проблема методологических подходов к изучению личности наркозависимого // Естествознание и гуманизм. Сборник научных работ: под ред. д.б.н. Ильинских Н. Н. - Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2005. – С. 90 - 91.
4. Яницкий М. С. Изучение ценностно-смысловой сферы личности // Методические рекомендации. – Кемерово, 1997. – 38 с.

---

---

## ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОЦЕССА НЕОАБИЛИТАЦИИ ЛИЧНОСТИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

К. А. Хохлова

г. Кемерово

В современной практике лечения и реабилитации наркозависимых актуальной является разработка критериев прогноза результативности «ответа» личности пациента на терапевтическое воздействие. В качестве критериев реабилитационного потенциала пациента Т. Н. Дудко, В. А. Пузиенко, Л. А. Котельникова предлагают рассматривать: преморбидное состояние; клинические особенности заболевания наркоманией; особенности социального статуса и социальных последствий наркомании; личностные особенности наркозависимого [4]. Среди преморбидных личностных особенностей И. М. Тазетдинов, В. Д. Менделевич, Ф. З. Фаттахов в качестве основных маркеров эффективности реабилитации наркозависимых пациентов выделяют уровень тревожности, аффективные особенности личности, уровень эгоцентризма, а также социальную направленность личности [6].

Анализируя проблему прогноза эффективности реабилитационных воздействий на личность наркозависимого, мы обращаемся к феномену адаптации личности наркозависимого. Личностный адаптационный потенциал наркозависимого пациента является значимым фактором, определяющим динамику его личностных изменений в процессе реабилитации.

На сегодняшний день существуют разнообразные подходы к прогнозированию личностной адаптации. Прогноз можно осуществлять на основании:

- анализа специфики единичных, изолированных характеристик личности, например: уровня тревожности (Ф. Б. Березин), фрустрированности (С. Розенцвейг), нервно-психической устойчивости и др.;
- совокупности показателей, специально подобранных в соответствии со спецификой и задачами адаптации личности (В. И. Медведев);
- анализа интегральных характеристик, обобщающих систему показателей (А. Г. Макалов, С. Т. Посохова, А. Г. Портнова);
- на основании моделирования путем математико-статистических процедур (Е. С. Каган, А. Г. Портнова).

В современной отечественной психологии адаптационный потенциал принято рассматривать как системное свойство личности, определяющее границы адаптационных возможностей и характер протекания адаптации личности в ответ на воздействие тех или иных факторов и условий среды (Богомолов А. М.).

А. Л. Катков подчеркивает значимость психологических составляющих феномена антинаркотической устойчивости, то есть динамического звена реабилитационного потенциала личности пациента [4].

А. М. Богомолов, рассматривая специфику и соотношение структурных и динамических свойств ресурсов психологической адаптации личности, также подчеркивает приоритет именно динамических свойств, как адаптационных ресурсов, так и адаптационного потенциала в целом.

Динамические свойства характеризуют изменчивость и активность функций и структуры ресурсов во времени и включают: интенсивность использования, склонность к консервации, устойчивость и др. Переплетение динамических и структурных свойств может наблюдаться в процессах возобновляемости, взаимообогащения и взаимозамены ресурсов, то есть в гибкости их использования в пределах некоторых границ индивидуального потенциала.

Динамические свойства ресурсов, и в целом, потенциала являются наиболее значимыми, так как успешность адаптации и процесса развития определяются не абсолютной величиной потенциала, а относительной: способами, механизмами формирования ресурсов, их интенсификации, индивидуальным стилем расходования и возобновления, широкими возможностями компенсации недостающих или нарушенных ресурсов. Таким образом, даже при низких адаптационных ресурсах в отдельности, характер объединения их в потенциал, при определенных внутренних и внешних условиях, может привести к высокой эффективности адаптации и развития личности (Богомолов А. М.).

Учитывая изначальный дефицит адаптационных психологических способностей в той или иной степени присущий химически зависимым, мы, принимая точку зрения А. Л. Каткова, Ю. А. Россинского, более адекватным обозначением процесса развития новых для личности психологических свойств в результате терапевтического воздействия, считаем термин *неоабилитация* (нео – новые, ability – способности) [2]. Таким образом, речь будет идти о прогнозировании успешности не реабилитационного (возвращение прежних личностных свойств), а неоабилитационного процесса (развитие новых свойств личности).

Как отмечает А. Г. Софронов и другие авторы, процесс психологической адаптации наркозависимых имеет свою специфику. Наркозависимые предпочитают взаимодействовать с окружающей средой из искусственного, патологического состояния наркотической интоксикации. При этом их адаптационные способности на фоне регулярной наркотизации могут быть выше, чем в преморбиде наркомании, тогда как отмена наркотика ведет к обнажению «наркоманического дефекта личности» или преморбид-

ных аномалий личности, претерпевших наркотизацию. Данный механизм можно охарактеризовать как «псевдоадаптацию», патологическую по своей сути. Поэтому, с целью избежать противоречия, в контексте исследования личностных особенностей наркозависимых, вместо термина «адаптационный потенциал» мы более уместным считаем использование термина «саногенный потенциал» личности. Таким образом, основным критерием прогноза специфики неоабилитационного процесса мы определяем уровень и характер (индивидуальный «профиль») развития саногенного потенциала личности наркозависимого.

Мы предлагаем подход к определению прогноза продуктивности неоабилитационного процесса личности наркозависимого в рамках парадигмы психологии здоровья.

Для более ясного понимания предлагаемой нами теоретической модели прогнозирования уместно будет обратиться к системному подходу, являющемуся одним из важнейших методологических принципов современной науки и практики. Он позволяет интегрировать и систематизировать накопленные научные знания, преодолевать их излишнюю избыточность, формулировать новые научные гипотезы и создавать системные описания психических явлений. Для структурирования и организации больших массивов информации В. А. Ганзен предлагает использовать базисы системных описаний. Суть базиса заключается в том, что множество элементов описания объекта соотносится с множеством элементов описания базиса. Основными характеристиками любого объекта являются пространственные, временные, информационные и энергетические пара-

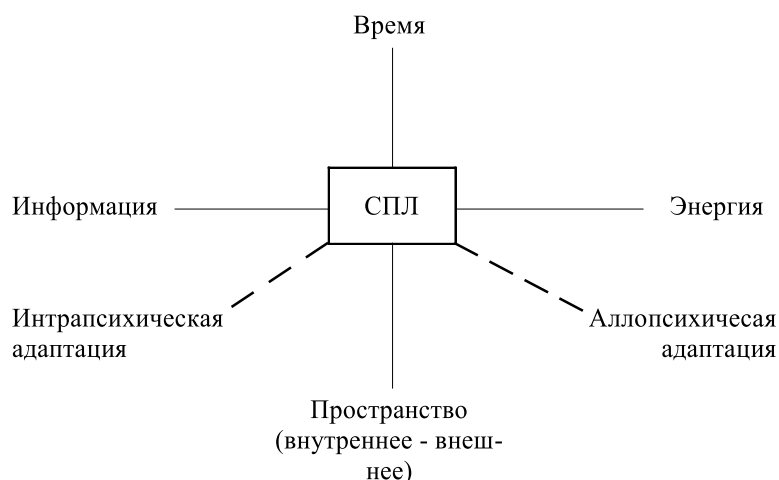
метры. Ими обладает субстрат объекта, выполняющий функцию интегратора перечисленных характеристик. Таким образом, пентабазис состоит из четырех рядоположенных понятий (пространство, время, информация, энергия) и одного объединяющего – субстрат [3].

В предлагаемой нами теоретической модели, на основании пентабазиса, мы сопоставляем характеристики адаптации личности, представив их в виде четырех координат, с видами направленности психологической адаптации по Ф. Б. Березину – интрапсихической (направленность внутрь) и аллопсихической (направленность во вне) адаптацией личности (см. рисунок 1).

Как показано на предложенной схеме, субстратом пентабазиса является саногенный потенциал личности (СПЛ). Энергетическую функцию саногенного потенциала выполняют особенности эмоционально-волевой сферы личности. Информационную функцию - характерологические особенности личности. Пространственная составляющая саногенного потенциала личности подразделяется на внешнюю и внутреннюю составляющие. Внутренняя составляющая характеризует широту и глубину вовлеченности компонентов структуры личности в неоабилитационный процесс. Внешняя составляющая характеризует широту и разнообразие сфер социальной среды, в которых личность реализует свои адаптационные возможности. Также мы выделяем две дополнительных оси: ось интрапсихической и аллопсихической адаптации, где интрапсихическая адаптация представлена механизмами психологической защиты, а аллопсихическая адаптация – самоотношением и локусом контроля личности.

Рисунок 1.

Структура саногенного потенциала личности



---

---

Расположение двух данных осей на схеме условно и определяется преобладанием пространственно-информационных компонентов в механизмах интрапсихической адаптации и пространственно-энергетических компонентов, соответственно, в механизмах аллопсихической адаптации. Временная (векторная) составляющая представлена временным локусом - направленностью психологической активности личности на прошлое, настоящее или будущее, а также особенностями мотивационной сферы личности. По К. К. Платонову, одной из наиболее важных ресурсных составляющих личности является направленность. В структуре личности, предложенной данным автором, направленность занимает наиболее высокий уровень и содержит мотивационные компоненты: потребности личности, её интересы, склонности, идеалы, убеждения, цели и установки. Мотивационная сфера определяет масштаб и характер личности [5].

Мы относим мотивационную сферу личности к временной составляющей саногенного потенциала, поскольку именно мотивация регулирует темп, скорость, направленность изменений личности пациента в терапевтическом процессе. Согласно Б. Г. Аняньеву, направленность (временной компонент саногенного потенциала) является системообразующей характеристикой личности. А. М. Богомолов подчеркивает особую значимость именно хронологического аспекта структуры адаптационного потенциала личности. Также, именно направленность активности личности является фактором, определяющим, по какому пути (алло- или интрапсихической адаптации) преимущественно пойдет адаптационный процесс. Таким образом, в нашей теоретической модели мы выделяем временную составляющую саногенного потенциала личности как основную и системообразующую.

Учитывая значимость временной составляющей саногенного потенциала личности наркозависимых

уместно выдвинуть следующее предположение: у наркозависимых лиц, находящихся в неоабилитационном процессе более длительное время, наблюдаются более высокие показатели саногенного потенциала. Также, по нашему предположению, с увеличением времени включенности личности наркозависимого в неоабилитационный процесс, показатели уровня саногенного потенциала личности возрастают нелинейно.

Динамика информационных, энергетических, пространственных, временных, пространственно-информационных и пространственно-энергетических составляющих саногенного потенциала, в целом, составляют единую кумулятивную картину изменений саногенного потенциала личности наркозависимого под влиянием терапевтического воздействия. Специфика профиля графического изображения структуры саногенного потенциала, в каждом отдельном случае, является важнейшей компонентой достоверного прогноза качественных и количественных, структурных и динамических характеристик неоабилитационного процесса личности наркозависимого.

Предложенная нами теоретическая модель позволяет рассматривать саногенный потенциал личности наркозависимого не как совокупность отдельных личностных свойств, а как системное образование, что способствует более адекватной оценке ресурса психологического здоровья личности. Использование данной модели поможет индивидуализировать прогноз специфики неоабилитационного процесса наркозависимого за счет более целенаправленного выбора диагностического инструментария, выявления наиболее «ресурсных» компонентов саногенного потенциала личности пациента и определения первоочередных и отдаленных терапевтических «мишеней» для наиболее эффективного воздействия терапевтической программы на личность наркозависимого.

#### **Литература:**

1. Березин Ф. Б. *Психическая и психофизиологическая адаптация человека*. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
2. Бохан Н. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. *Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией*. – Павлодар, 2005. – С. 47 - 48.
3. Ганзен В. А. *Системные описания в психологии*. - Ленинград, 1984. - 176 с.
4. Молчанов С. Н. *Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью // Диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук – Павлодар, 2006.*
5. Платонов К. К. *Структура и развитие личности*. - М.: Просвещение, 1986. - 224с.
6. Тазетдинов И. М., Менделевич В. Д., Фаттахов Ф. З. *Психологические и психопатологические особенности больных наркоманией и меры эффективности их реабилитации // Наркология*. - 2005. - № 7. – С.48 - 50.

---

---

## КЛИНИКА

### КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ В ПЕРИОД АБСТИНЕНЦИИ И ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

В. В. Востриков, В. П. Павленко, П. Д. Шабанов

г. Санкт - Петербург

Результаты нейробиологических и нейрохимических исследований, проводимых в последние годы, позволяют сделать вывод о принципиальном единстве центральных механизмов зависимости от разных наркотиков, будь то этанол, опиаты или психостимуляторы [3, 13, 16]. Значительная роль в патогенезе зависимости отводится различным нарушениям функционирования нейромедиаторных систем, центральных механизмов стресса (система кортиколиберин – АКТГ – глюкокортикоиды), а также нейропептидам (субстанция Р, тахикинины, энкефалины), участвующим в формировании боли и анальгезии [2, 14, 18, 20, 22]. В настоящее время принято считать, что основным звеном формирования зависимости являются изменения нейромедиации в головном мозге [1, 5, 15, 17]. На этом основании можно предположить, что именно среди нейромедиаторных систем и именно на этом уровне следует вести поиск нарушений, которые можно квалифицировать как своеобразные биохимические маркеры зависимости. Поиск таких маркеров традиционно ведется среди четырех основных нейромедиаторных систем: дофамин- [1, 15], опиоид- [3, 14, 16], ГАМК- [18, 19] и глутаматергической [4, 8, 10, 17]. Важно отметить, что эти системы не в одинаковой степени вовлекаются в формирование зависимости. По-видимому, специфика разных видов зависимости и определяется долевым или преимущественным вовлечением той или иной медиаторной системы в патогенез зависимости. Так, при алкоголизме и зависимости от психостимуляторов в первую очередь вовлекается дофаминергическая система мозга [1, 3, 15], при опиоидной зависимости – опиоидная и глутаматергическая (N – метил – D – аспаргатовая) система [4 - 7, 11, 12], при зависимости от транквилизаторов и барбитуратов – ГАМК - ергическая система мозга [14, 21]. В то же время, несмотря на интенсивные исследования в области поиска нейрохимических и молекулярных коррелятов действия наркотических средств, до сих пор нет достаточно простых, объективных и легко воспроизводимых тестов для оценки состояния пациента в той или иной стадии заболевания алкогольной или опиоидной зависимостью. Поэтому целью настоящего исследования явилось выяснение роли основных нейромедиаторных систем (ГАМК -, глутамат - и опиоидергической) в патогенезе опиоидной наркомании в остром периоде и в процессе формирования ремиссии у человека.

#### МЕТОДИКА

Было обследовано 147 больных опиоидной наркоманией, госпитализированных в клинику Ленинградского областного наркологического диспансера в 1995 - 2003 годах. В исследование были включены пациенты мужского пола в возрасте от 18 до 44 лет. Контрольную группу составили 56 здоровых испытуемых, мужчин в возрасте 30 - 35 лет, не употребляющих транквилизаторов, наркотических и седативных средств, не злоупотребляющих алкоголем и опиатами и не имеющих в анамнезе черепно-мозговых травм.

Исследования проводили в острый период (состояние абстиненции) и в период ремиссии. В группу больных опиоидной наркоманией были включены пациенты с опиоидным абстинентным синдромом (ОАС) средней степени тяжести. Состояние ремиссии констатировали на основании отсутствия в крови и моче наркотиков, катamnестических данных и бесед с родственниками. Также в группу исследуемых включали пациентов, направленных на обследование в связи с призывом в ряды Вооруженных сил РФ (направление военкомата), на период обследования не получавших лечения.

**Методы клинического обследования больных опиоидной наркоманией.** Для постановки клинического диагноза у больных анализировали анамнестические сведения (анамнез жизни, перенесенные и сопутствующие заболевания, наркологический анамнез) и результаты объективного осмотра (неврологический и соматический статусы, осмотр терапевта и невропатолога). Всем больным проводили стандартное клинико-лабораторное обследование: клинический и биохимический (активность аланин- и аспаргатаминотрансфераз, содержание мочевины, С-реактивного белка) анализы крови, общий анализ мочи и кала. Данные перенесенного гепатита подтверждались выявлением носительства австралийского антигена (HBsAg). Для исключения острой патологии сердечно-сосудистой системы регистрировали ЭКГ. Больным также проводили психологическое обследование. Для стандартизации оценки анамнестических данных, состояния больного и результатов обследования применяли «Карту осмотра наркологического больного», разработанную в Ленинградском областном наркологическом диспансере. Здесь же указывали на день исследования показатели гамма - аминокислотной кислоты (ГАМК), активность моноаминоксидазы типа В (МАО - В), уро-

вень титра аутоантител к глутаматным и опиатным рецепторам. Исследование соматического состояния, биохимических показателей и уровня титра аутоантител проводили на 1-й, 3-й, 7-й, 10-й, 20-й, 30-й и 45-й дни после поступления и у пациентов в состоянии ремиссии. Указанные параметры регистрировали непосредственно перед забором анализа крови из локтевой вены утром, натощак.

Из исследования исключали пациентов с психическими заболеваниями, не связанными с наркологической патологией и пациентов с острым соматическим состоянием (острый инфаркт миокарда, инсульт, острое состояние после черепно-мозговой травмы, грипп, острая респираторно - вирусная инфекция и т.п.).

#### **Характеристика больных опийной наркоманией.**

В процессе обследования на основании наркологического анамнеза и психологического тестового обследования устанавливали диагноз и стадию заболевания. Группа пациентов с опийной наркоманией была разделена на 3 подгруппы - в зависимости от степени выраженности заболевания, способа употребления наркотического препарата и вида потребляемого наркотика:

- 1 группа: злоупотребление опиатами без явлений физической зависимости;
- 2 группа: наркозависимые с сочетанным употреблением разных опиатов (героин + ацетилованная маковая соломка внутривенно);
- 3 группа: наркозависимые с чередованием употребления разных опиатов (героин + ацетилованная маковая соломка внутривенно).

Таким образом, было сформировано несколько подгрупп больных опийной наркоманией, отличающихся по клинической картине и анамнестическим данным, у которых проводили биохимическое исследование крови с определением содержания ГАМК, активности MAO-B, уровней аутоантител к NMDA-рецепторам и их субъединице NR2A, уровней аутоантител к опиатным рецепторам (MDOR).

**Сроки забора материала на исследование.** Для исследования показателей уровня аутоантител к глутаматным и опиатным рецепторам у пациентов из подгрупп и в контрольной группе забирали около 1 мл крови из вены, центрифугировали при комнатной температуре и получали сыворотку, которую хранили при температуре минус 20°C – минус 70°C до времени анализа.

**Биохимические методы исследования обмена нейромедиаторов и уровня аутоантител к NMDA-рецепторам и мю-опиатным рецепторам (MDOR) головного мозга.** Определение концентрации ГАМК проводили на спектрофлуориметре «Люминал» при использовании волн 380 и 450 нм на основании оценки концентрации образования флуоресцентного продукта между ГАМК и нингидрином при щелочном pH в присутствии глутаминовой кислоты [9, 11]. Для определения моноаминоксидазной активности

тромбоцитов (MAO-B) сначала выделяли взвесь тромбоцитов. Определение активности MAO-B тромбоцитов проводили по методу О. Н. Волошиной и Т. А. Москвитиной [9, 11]. Уровень аутоантител к глутаматным рецепторам определяли с помощью набора «Эпитест» (Россия) согласно инструкции. Набор реагентов теста предназначен для полуколичественного иммуноферментного определения содержания аутоантител к синтетическому фрагменту глутаматсвязывающего белка (ГМБ) головного мозга человека в сыворотке крови. Сорбция синтетического фрагмента ГМБ на поверхности полистиролового планшета позволяет избирательно извлекать аутоантитела из сыворотки крови. Образовавшийся комплекс антиген - антитело выявляется с помощью вторых антител против иммуноглобулинов человека, конъюгированных с пероксидазой. Уровень аутоантител к ГМБ оценивается по изменению окраски субстратной смеси, регистрируемой с помощью спектрофотометра вертикального сканирования при длине волны 492 нм [6].

Уровень аутоантител к опиатным рецепторам определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью наборов «Наркотест» (Россия). Принцип метода состоит в выявлении аутоантител к синтетическому фрагменту мю-опиатных рецепторов (MDOR) головного мозга человека. Сорбция синтетического фрагмента MDOR на поверхности полистиролового планшета позволяет избирательно извлекать аутоантитела из сыворотки крови или ликвора сходно с тем, как описано выше для «Эпитеста». Уровень аутоантител к MDOR оценивается по изменению окраски субстратной смеси, регистрируемой с помощью спектрофотометра вертикального сканирования при длине волны 490 нм [6, 8].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

**Общая характеристика больных опийной наркоманией.** В исследование было включено 147 больных, злоупотребляющих опиатами, мужчин в возрасте от 18 до 44 лет. Анамнестические данные больных всех групп представлены в таблице №1.

Исследования проводили в острый период (состояние абстиненции) и в период становления ремиссии. Контрольную группу составили здоровые испытуемые мужчины в возрасте 30 - 35 лет (32,4±2,7), не употребляющие транквилизаторов, наркотических и седативных средств, не злоупотребляющие алкоголем и опиатами и не имеющие в анамнезе черепно-мозговых травм (ЧМТ).

Пациенты из разных подгрупп существенно не отличались по возрасту. Для подгруппы больных с полинаркоманией (и преимущественным употреблением героина внутривенно) характерны в большей степени: отягощенная наследственность по алкоголизму (100%) и частота перенесенных ранее ЧМТ (50%). Перенесенный гепатит с большей частотой

## Анамнестические данные пациентов

Диагноз	Здоровые	Злоупотребляющие опиатами	Больные опийной наркоманией
Число больных	28	36	111
Возраст (лет)	32,4±2,7	18,9±0,1	21,3±0,4
Отягощенная наследственность по алкоголизму	нет	13,9%	29,7%
ЧМТ в анамнезе	нет	38,9%	42,3%
Гепатит в анамнезе	нет	25%	32,4%

наблюдался в подгруппе больных наркоманией, употребляющих ацетилованную маковую соломку и героин внутривенно (34,6%).

При анализе динамики развития заболевания отмечали более длительный период (48,5±9,1 месяца) употребления опиатов в подгруппе с внутривенным введением ацетилованной маковой соломки, когда как в других подгруппах этот период составлял от 1,5 (злоупотребление опиатами без физической зависимости) до 19 месяцев (внутривенное употребление героина). При этом, в подгруппе с внутривенным введением ацетилованной маковой соломки период формирования абстинентного синдрома был более длительным (38,7±9,6 месяца). Следует отметить более частое употребление опиатов в течение суток в подгруппах, употребляющих ацетилованную маковую соломку и героин внутривенно и только героин внутривенно (от 1 до 9 раз в день), а наибольшая толерантность отмечалась в подгруппе с полинаркоманией, то есть с преимущественным употреблением героина внутривенно (0,43±0,58 г).

При анализе сочетанного употребления наркотических веществ отмечено, что наиболее частое употребление каннабиноидов наблюдалось в подгруппах с внутривенным употреблением только ацетилованной маковой соломки (90%) и с полинаркоманией (100%).

Таким образом, было сформировано несколько подгрупп больных опийной наркоманией, отличавшихся по клинической картине и анамнестическим данным, у которых проводили биохимическое исследование крови с определением содержания ГАМК, активности MAO-B, уровней аутоантител к NMDA-рецепторам и их субъединице NR2A, уровней аутоантител к опиатным рецепторам (MDOR).

**Изучение содержания ГАМК, активности MAO-B и уровня аутоантител к NMDA- и MDOR-рецепторам у больных опийной наркоманией.** Оценивали биохимические (содержание ГАМК и активность MAO-B) и иммунологические (уровень аутоантител к мю-опиатным рецепторам – MDOR, NMDA-рецепторам и их субъединице NR2A) показатели крови больных опийной наркоманией в острой стадии заболевания (опийный абстинентный синдром) и в

период становления ремиссии. Данные этой серии представлены ниже.

В таблице №2 приведёнными данными показано, что в период абстиненции уровень ГАМК в крови оставался значительно ниже соответствующих значений здоровых добровольцев из контрольной группы. При этом обращает на себя внимание то, что устойчиво сниженный уровень ГАМК сохраняется вплоть до 45 дней после наркотического эксцесса, то есть охватывает весь период абстиненции и начало становления ремиссии. Это подчеркивает важность соблюдения соответствующих терапевтических мероприятий в течение всего времени нахождения пациента в стационаре (до 45 дней по рекомендации Минздрава РФ). По отдельным выделенным группам существенных колебаний не отмечалось, величины снижения уровня ГАМК составляли, как правило, 40 - 50% от уровня здоровых добровольцев.

Сходную закономерность наблюдали при оценке активности MAO-B тромбоцитов в крови. В этом случае активность фермента также снижалась, хотя величины этого снижения были существенно меньше, чем при определении уровня ГАМК, составляя, как правило, 15 - 20%, редко до 25%. Тем не менее, сниженные показатели активности фермента сохранялись вплоть до 45 дней от момента последней наркотизации.

В противоположность этому, уровень аутоантител к NMDA- рецепторам у всех наркозависимых повышался более чем в 2-2,5 раза (см. таблицу №3).

Несмотря на проводимое лечение, показатели титра аутоантител к NMDA-рецепторам не нормализовались в течение месяца, указывая на то, что данный признак является диагностически значимым. В то же время, существенных различий между показателями в разных подгруппах не отмечалось. Это говорит в пользу предположения о значимости признака (титра аутоантител к NMDA-рецепторам) как фактора наличия самой наркотизации, а не оценки преимущественно потребляемых видов наркотиков.

В противоположность этому, титр аутоантител к NR2A-субъединице глутаматных рецепторов увеличивался менее значимо (в целом на 25 - 30%), при-

Содержание ГАМК (нг/мл) у больных опишной наркоманией в разные сроки абстинентного синдрома и периода становления ремиссии

День исследования	Все наркозависимые, n=12	Наркозависимые с сочетанным употреблением разных опиатов, n=14	Наркозависимые с чередованием употребления разных опиатов, n=16
Здоровые добровольцы (контроль)	57,5±12,0		
1-й день	30,6±3,5***	24,0±1,7**	31,3±3,8*
3-й день	33,5±3,6***	34,6±8,4	32,0±4,0*
7-й день	37,4±2,7***	30,6±4,8*	33,9±4,0
10-й день	37,5±4,4**	35,0±6,5	37,5±4,4
20-й день	35,5±2,6***	38,3±5,6	32,0±3,2*
30-й день	25,0±1,7***	37,9±6,4	25,0±1,9**
45-й день	32,0±2,2***	-	-

Примечание. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$  по отношению к контрольной группе.

Таблица №3

Уровень аутоантител к NMDA-рецепторам (нг/мл) у больных наркоманией в период абстинентного синдрома и становления ремиссии

День исследования	Все наркозависимые, n=10	Наркозависимые с сочетанным употреблением разных опиатов, n=13	Наркозависимые с чередованием употребления разных опиатов, n=14
Здоровые добровольцы (контроль)	0,25±0,01		
1-й день	0,57±0,01***	0,57±0,02***	0,61±0,12**
3-й день	0,59±0,03*	0,61±0,05***	0,51±0,13*
7-й день	0,61±0,05**	0,61±0,20	0,59±0,09***
10-й день	0,64±0,09*	0,64±0,04***	0,54±0,19
20-й день	0,60±0,05*	0,61±0,17*	0,48±0,06***
30-й день	0,61±0,04**	0,61±0,21	0,61±0,08***

Примечание. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$  по отношению к контрольной группе.

Таблица №4

Уровень аутоантител к NR2A-субъединице глутаматных рецепторов (нг/мл) у больных наркоманией в период абстинентного синдрома и становления ремиссии

День исследования	Все наркозависимые, n=10	Наркозависимые с сочетанным употреблением разных опиатов, n=13	Наркозависимые с чередованием употребления разных опиатов, n=11
Здоровые добровольцы (контроль)	0,16±0,01		
1-й день	0,18±0,05	0,23±0,21	0,14±0,03
3-й день	0,20±0,06	0,22±0,12	0,13±0,09
7-й день	0,19±0,06	0,28±0,20	0,14±0,04
10-й день	0,17±0,06	0,20±0,03***	0,17±0,06
20-й день	0,16±0,03	0,21±0,02***	0,16±0,05
30-й день	0,13±0,04	0,19±0,01**	0,13±0,02**

Примечание. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$  по отношению к контрольной группе.

чём имелись различия по выделенным группам пациентов (см. таблицу № 4).

Так, в группе наркозависимых с сочетанным употреблением разных опиатов титр аутоантител к NR2A-субъединице глутаматных рецепторов возрастал бо-

лее существенно, особенно в первую неделю абстиненции. По-видимому, этот диагностический признак (титр аутоантител к NR2A-субъединице глутаматных рецепторов) важен не только для оценки наркотизации в целом, но и для отдельных видов наркотиков.

Таблица №5

*Уровень аутоантител к мю-опиатным (MDOR) рецепторам (нг/мл) у больных наркоманией в период абстинентного синдрома и становления ремиссии*

День исследования	Все наркозависимые, n=13	Наркозависимые с сочетанным употреблением разных опиатов, n=11	Наркозависимые с чередованием употребления разных опиатов, n=14
Здоровые добровольцы (контроль)	0,29±0,01		
1-й день	0,39±0,03**	0,39±0,08	0,42±0,04**
3-й день	0,43±0,07	0,45±0,18	0,41±0,08
7-й день	0,42±0,04**	0,32±0,04	0,34±0,01**
10-й день	0,37±0,03*	0,39±0,03**	0,39±0,03**
20-й день	0,41±0,03***	0,38±0,04*	0,41±0,05*
30-й день	0,38±0,02***	0,39±0,03***	0,41±0,09
45-й день	0,42±0,05*	0,38±0,03**	0,45±0,06***

Примечание. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$  по отношению к контрольной группе.

Подтверждением данного предположения могут рассматриваться результаты с изучением уровня аутоантител к MDOR-рецепторам (см. таблицу № 5). В этом случае максимальное увеличение титра антител наблюдали преимущественно у пациентов, не использовавших комбинирование наркотических веществ (3-я группа). При этом в первые 7 - 10 дней абстиненции повышение титра аутоантител было приблизительно равным во всех группах. В дальней-

шем титр аутоантител возрастал в большей степени у пациентов, придерживавшихся потребления какого-то одного наркотика.

В настоящее исследование было также включено изучение активности MAO-B и титра аутоантител к мю-рецепторам у больных опиоидной наркоманией в процессе становления ремиссии (от 1,5 мес до 4 лет). Данные представлены в таблице №6.

Таблица №6

*Активность MAO-B и уровень аутоантител к MDOR-рецепторам у больных опиоидной наркоманией (общая группа) в разные сроки становления ремиссии*

Ремиссия, месяцы	Активность MAO-B, нмоль/мг ч	Уровень аутоантител к MDOR-рецепторам, нг/мл
Здоровые добровольцы (контроль), n=24	84,5±3,2	0,29±0,01
1	83,7±6,1*	0,35±0,002**
1,5	97,3±8,1	0,42±0,05*
2	83,7±8,3*	0,34±0,02***
2,5	86,8±4,3*	0,37±0,04*
3	85,9±6,2*	0,39±0,01***
3,5	88,4±8,2*	0,42±0,02***
6	89,1±3,3*	0,40±0,01***
8	90,7±8,3*	0,40±0,08
8,5	91,4±5,6*	0,38±0,01***
до 2 лет	91,7±8,3*	0,41±0,09
2-4 года	90,1±5,3*	0,39±0,04*

Примечание. Каждое значение объединяет исследование проб не менее чем у 12-15 пациентов. \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$  по отношению к контрольной группе.

Видно, что активность MAO - В у наркозависимых пациентов в процессе становления ремиссии меняется незначительно. Тем не менее, отмечалось определённое (на 7 - 10%) повышение активности фермента вплоть до 4 лет ремиссии. В противоположность этому, титр аутоантител к MDOR- рецепторам оставался устойчиво повышенным и не зависел от сроков воздержания от наркотика (ремиссии).

Таким образом, анализ 5 биохимических и иммунологических показателей (уровень ГАМК, активность MAO-В, титр аутоантител к NMDA- рецепторам, к NR2A-субъединице глутаматных рецепторов и MDOR- рецепторам) свидетельствует о том, что в период опийного абстинентного синдрома и период становления ремиссии (до 45 дней от момента прекращения наркотизации) и в период длительного воздержания от употребления опиатов все исследованные клинико-лабораторные показатели меняются, в той или иной степени. Наиболее значимыми признаками являются устойчиво сниженный уровень ГАМК и повышение уровня аутоантител к NMDA- и опиатным рецепторам, которые регистрируются у всех наркозависимых пациентов. Активность MAO-В и титр аутоантител к NR2A-субъединице глутаматных рецепторов при этом меняются незначительно. По-видимому, значимым признаком-маркером при употреблении наркотических средств опийной группы является титр аутоантител к MDOR-рецепторам, который сохраняется повышенным вплоть до 4 лет ремиссии.

Рассматривая общую картину динамики изменений биохимических и иммунологических показателей крови при развитии опийного абстинентного синдрома, можно отметить постоянное и стабиль-

ное снижение уровня ГАМК аналогично динамике при алкогольном абстинентном синдроме и остром алкогольном психозе [8, 10]. При этом уровень исследуемых аутоантител к NMDA- и MDOR-рецепторам остается высоким, что говорит о постоянных динамических деструктивных процессах этих рецепторов. В то же время в группах больных, употребляющих опиаты, на различных сроках формирования ремиссии можно отметить незначительные изменения активности MAO-В, что говорит о стабильности фермента при данной патологии. При этом стабильно высокие цифры уровня аутоантител к MDOR-рецепторам подтверждают высказанные ранее предположения [6 - 10] о длительной динамике деструктивных процессов в опиатных рецепторах вне зависимости от давности последнего приема опиатов у больных наркоманией.

### Выводы

1. У больных опийной наркоманией в период опийного абстинентного синдрома и период становления ремиссии (до 45 дней от момента прекращения наркотизации) наиболее значимыми диагностическими признаками являются устойчиво сниженный уровень ГАМК и повышение уровня аутоантител к NMDA- и опиатным (MDOR) рецепторам, которые регистрируются у всех наркозависимых пациентов. Активность MAO-В и титр аутоантител к NR2A-субъединице глутаматных рецепторов при этом меняются незначительно.

2. В период длительного воздержания от употребления опиатов значимым биохимическим маркером является титр аутоантител к MDOR- рецепторам, который сохраняется повышенным вплоть до 4 лет ремиссии.

### Литература

1. Анохина И. П. Роль опиатной системы в механизмах формирования алкогольной зависимости // *Вопросы наркологии*. – 1989. – № 3. – С. 3 – 11.
2. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ // *Вопр. наркологии*. – 1995. – № 2. – С. 27 – 31.
3. Анохина И. П. Наследственная предрасположенность к злоупотреблению психоактивными веществами // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2001. – Т. 3, № 3. – С. 59 – 65.
4. Белозерцева И. В., Беспалов А. Ю. Канальные блокаторы NMDA- рецепторного комплекса и толерантность к анальгетическому эффекту морфина у мышей // *Экспериментальная и клиническая фармакология болеутоляющих средств*. – СПб.: СПбГМУ, 1998. – С. 34 – 42.
5. Беспалов А. Ю., Звартау Э. Э. *Нейропсихофармакология антагонистов NMDA-рецепторов*. – СПб.: Невский Диалект. – 2000. – 297 с.
6. Бычков Е. Р., Востриков В. В., Крупицкий Е. М. и др. Исследование уровня аутоантител к опиатным рецепторам в крови больных опийной наркоманией // *Вопр. мед. химии*. – 2001. – № 5. – С. 547 – 553.
7. Бычков Е. Р., Востриков В. В., Крупицкий Е. М. и др. Антитела к фрагменту опиатного рецептора у больных опийной наркоманией // *Нейроиммунология. 9-я научно-практ. конф. неврологов*. – СПб., 2000. – С. 15 – 16.
8. Востриков В. В. *Активность MAO-В, уровни ГАМК и аутоантител к глутаматным и опиатным рецепторам в крови при медикаментозном лечении больных алкоголизмом и наркоманией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук*. – СПб., 2004. – 24 с.
9. Востриков В. В., Бычков Е. Р., Крупицкий Е. М., Гриненко А. Я., Дамбинова С. А. *Уровень аутоантител к фрагменту опиатного рецептора как маркер опийной наркомании* // *Нейроиммунология. 9-я научно-практ. конф.* – СПб., 2001. – С. 48 – 49.

---

---

10. Востриков В. В., Павленко В. П., Шабанов П. Д. Динамика клинико-биохимических показателей крови больных алкоголизмом в период абстиненции и формирования ремиссии // *Наркология*. – 2006. – № 7 (в печати).

11. Дамбинова С. А., Изыкенова Г. А., Сиренко В. В. и др. Фармакологическая характеристика, иммунохимическая идентификация и исследование локализации квисквалатных рецепторов головного мозга крысы и человека // *Журн. эволюц. биохим. и физиол.* – 1992. – Т. 28, № 2. – С. 201 – 210.

12. Драволина О. А., Беспалов А. Ю., Звартау Э. Э. Подкрепляющие свойства опиатов: нейробиология и нейрофармакология // *Героиновая наркомания: актуальные проблемы. Сб. науч. трудов / Под ред. Э. Э. Звартау*. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2002. – С. 5 – 33.

13. Иванец Н. Н., Винникова М. А. *Героиновая зависимость*. – М.: Медпрактика-М, 2001. – 128 с.

14. Шабанов П. Д. *Основы наркологии*. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.

15. Шабанов П. Д., Лебедев А. А., Мещеров Ш. К. *Дофамин и подкрепляющие системы мозга*. – СПб.: Лань, 2002. – 208 с.

16. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. *Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация*. – СПб.: Лань, 2000. – 368 с.

17. He X. P., Patel M., Whitney K. D. et al. *Glutamate receptor GluR3 antibodies and death of cortical cells* // *Neuron*. – 1998. – Vol. 20, № 1. – P. 153 – 163.

18. Koob G. F. *Drug abuse and alcoholism. Overview* // *Adv. Pharmacol.* – 1998. – Vol. 42. – P. 969 – 977.

19. Koob G. F., Maldonado R., Stimus L. *Neuronal substrates of opiate withdrawal* // *Trends Neurosci.* – 1992. – Vol. 15. – P. 186 – 191.

20. Koob G. F., Nestler E. J. *Neurobiology of drug addiction* // *J. Neuropsych. and Clin. Neurosci.* – 1997. – Vol. 9, № 3. – P. 482 – 429.

21. Le A. D., Kiiianmaa K., Cunningham C. L. et al. *Neurobiological processes in alcohol addiction* // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* – 2001. – Vol. 25, Suppl. 5. (ISBRA) – P. 144S-151S.

22. Morrow A. L., VanDoren M. J., Penland S. N., Matthews D. B. *The role of GABA-ergic neuroactive steroids in ethanol action, tolerance and dependence* // *Brain Res. Rev.* – 2001. – Vol. 37, № 1-3. – P. 98 – 109.

## МЕКСИДОЛ (МЕКСИКОР) В ЛЕЧЕНИИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

В. В. Востриков, Л. Б. Кузембаева, В. П. Павленко, П. Д. Шабанов

### Введение

Вопросы терапии зависимости от психоактивных веществ сохраняют свою актуальность и в настоящее время, ставя профилактику, лечение и реабилитацию этих больных на первое место и определяя актуальность проблемы [8]. Выбор фармакологических препаратов, используемых сегодня для купирования проявлений болезни на различных этапах, достаточно широк. Это диктует необходимость оптимизировать лечебные подходы, применять дифференцированные комплексные программы, направленные на четкое приложении психофармакологической модели к различным группам больных.

При рассмотрении механизма действия этанола на клеточном уровне необходимо учитывать, что он является мембранотропным липофильным веществом, способным растворять липидные слои мембран, изменять состояние рецепторных комплексов мембран и проникать в нервные клетки [2, 12]. При этом происходит непосредственное воздействие свободных радикалов на мозговую ткань, которое мо-

жет выражаться в отеке мозга, гибели нейронов и повреждении гематоэнцефалического барьера [5]. С этими основными свойствами и связано токсическое действие этанола на центральную нервную систему (ЦНС).

Следует учитывать, что купирование синдрома отмены любого психотропного вещества не является показателем нормализации баланса центральной нервной системы [1]. В этот период у больных с зависимостью от психоактивных веществ выявляются характеризующие постабстинентное состояние высокий уровень астенизации, аффективные расстройства, выражающиеся в высокой степени невротизации, проявлении тревоги и депрессии [3]. При этом достаточно часто наблюдается развитие острой психопатологической симптоматики или обострение ранее имевшейся соматоневрологической патологии.

В последние годы большой интерес вызывают фармакологические средства, повышающие устойчивость организма к гипоксии и относящиеся к классу антигипоксантов и антиоксидантов, сочетающие, как

---

---

правило, антирадикальное действие и влияние на перекисное окисление липидов с антигипоксантами активностью [5, 6, 11]. В настоящее время нет убедительных данных о выраженной антирадикальной активности эндогенных веществ (прежде всего пептидов) при различной патологии у человека. Следует отметить, что синтетические антиоксиданты характеризуются более частыми нежелательными эффектами по сравнению с эндогенными соединениями. Создание лекарственных препаратов, обладающих не только высокой фармакологической активностью, но и низкой токсичностью и, соответственно, минимальными побочными действиями, является одной из важных проблем современной медицины. Поиск новых препаратов широкого спектра действия, сочетающих в себе противоастенические и антиоксидантные свойства, остается одной из приоритетных задач психофармакологии.

Настоящая работа посвящена изучению нового антиоксиданта и антигипоксанта мексидола (мексикора) в постабстинентном периоде у больных алкоголизмом со сформированной зависимостью от алкоголя. В качестве исследуемого препарата использовали раствор мексикора для внутривенного и внутримышечного введения в ампулах по 2 мл (50 мг), действующим веществом которого является оксиметилэтилпиридина сукцинат, вспомогательные вещества – янтарная кислота, трилон Б, вода для инъекций. Мексикор относится к фармакологической группе антиоксидантов и антигипоксантов и применяется как кардиопротективное, антиангинальное, ангиопротективное, гипохолестеринемическое средство. Оказывает стресс-протективное, антиамнестическое действие. Усиливает компенсаторную активацию аэробного гликолиза, способствует восстановлению митохондриальных окислительно-восстановительных процессов в условиях гипоксии, увеличивает синтез АТФ и креатининфосфата. Ингибирует перекисное окисление липидов, модулирует активность мембраносвязанных ферментов (фосфодиэстеразы, аденилатциклазы, ацетилхолинэстеразы). Стабилизирует мембранную структуру сосудистой стенки, уменьшает агрегацию тромбоцитов, улучшает реологические свойства крови. Улучшает кровоснабжение и активизирует метаболические процессы в ишемизированном участке миокарда, уменьшает зону некроза, восстанавливает и/или улучшает электрическую активность и сократимость миокарда. Также уменьшает последствия реперфузионного синдрома при острой коронарной недостаточности. При введении в организм препарат быстро распределяется по органам и тканям (при внутривенном введении – в течение 0,5–1,5 ч),  $C_{\max}$  в плазме при внутримышечном введении достигается через 30–40 мин и составляет 2,5–3 мкг/мл. Метаболиты определяются в плазме крови на протяжении 7–9 часов. Выводится с мочой в виде конъюгатов с глюконовой кислотой и в незначительных количествах – в неизмененном виде.

## Материалы и методы

В исследование включали пациентов среднего возраста с зависимостью от алкоголя, перенесших синдром отмены алкоголя (СОА) средней степени тяжести и находящихся в постабстинентном периоде. Методом случайной выборки проводили рандомизацию пациентов, выделяя две группы: группу, получавшую плацебо-терапию и группу, получавшую мексикор. Из исследования исключали больных с выраженным аллергологическим статусом, психотическими заболеваниями, не связанными с наркологической патологией и больные с острым соматическим состоянием (острая коронарная недостаточность, инсульт, острое состояние после черепно-мозговой травмы и т.п.).

Верификация алкогольной зависимости основывалась на характерной клинической картине, достоверных анамнестических сведениях, психологических тестах – тесте мотивации потребления алкоголя (МПА) [4], методике Холмса и Раге на определение стрессоустойчивости и социальной адаптации [7]. Психологическое состояние больных в динамике оценивали с использованием пакета стандартных психологических тестов: опросника Вассермана (уровень невротизации), шкалы самооценки тревожности Спилбергера (уровень тревоги), шкалы депрессии Гамильтона (HDRS, уровень депрессии), самооценки самочувствия по тесту САН (самочувствие, активность, настроение), степени выраженности влечения к алкоголю (опросник потребности в приеме алкоголя). Эффективность мексикора (первичные критерии эффективности) верифицировалась статистически значимым снижением и/или редукцией аффективных расстройств. Для оценки достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента для попарно сопряженных вариантов [10], статистический анализ осуществляли с помощью стандартного пакета программ Statistica for Windows [9]. Безопасность изучаемого препарата оценивали по числу неблагоприятных побочных явлений. Препарат вводили один раз в сутки внутримышечно в дозе 50 мг (одна ампула 2 мл). Частота, дозировка и временные условия введения плацебо (2 мл 0,9 - процентного раствора хлорида натрия внутримышечно) соблюдались те же, что и в исследуемой группе. Курс введения мексикора и плацебо составлял 14 дней.

## Результаты исследования и их обсуждение

Выборку составили 30 пациентов в возрасте от 37 лет до 41 года ( $39,2 \pm 1,7$ ) с синдромом зависимости от алкоголя (мотивационное напряжение по тесту МПА 50 и более баллов), перенесшие синдром отмены алкоголя (СОА) средней степени тяжести, находящиеся в постабстинентном периоде и имеющие низкую степень социальной адаптации и сопротивляемости стрессу. Для включения пациентов в исследование после курса детоксикации проводили психологическое обследование по скрининговому

тесту. Госпитальная шкала (HADS) [7], где 0 - 7 баллов – отсутствие тревоги/депрессии, 8 - 10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 и более баллов – клинически выраженная тревога/депрессия. В группы включали пациентов, имевших клинически выраженные эмоциональные нарушения в виде тревоги и/или депрессии.

В группах выборки преобладали пациенты с уровнем мотивационного напряжения по тесту МПА 64,9±7,8 и 81,9±4,9 баллов (группа, получавшая мексикор, и группа, получавшая плацебо, соответственно). При этом у большинства пациентов с зависимостью от алкоголя в 66,7% случаев степень социальной адаптации и сопротивляемости стрессу находилась на низком уровне, что говорит о высокой, до 90%, вероятности возникновения какого-либо заболевания. У 8 пациентов (26,7%) степень социальной адаптации была высокой, а в 6,7% случаев (2 пациента) находилась на пороговом уровне. Для всех групп пациентов в начале исследования было характерно наличие субклинической формы тревоги (группа, получавшая мексикор – 9,2±0,6 баллов, группа, получавшая плацебо – 10,1±0,4 баллов). При этом выраженность депрессивного эпизода находится на границе норма/субклиническая форма в обеих группах (группа, получавшая мексикор, – 9,2±0,6 баллов, группа, получавшая плацебо, – 10,1±0,4 баллов).

В период изучения эффективности мексикора клинические наблюдения показали, что 53% больных, получавших препарат, к 5 - 7 дню его введения отмечали появление чувства «оживления», небольшого прилива сил и активности, повышение трудоспособности. В дальнейшем, эта группа пациентов более активно участвовала в процессе лечения, больные раньше обращались с просьбой о трудоустройстве. На основании шкалы активности теста САН и

данных клинических наблюдений все больные были разделены на две подгруппы:

- высокочувствительные (ВЧ) к препарату – больные, получавшие мексикор и отмечавшие прилив сил и активности (подгруппа 1.1);
- низкочувствительные (НЧ) к препарату – больные, получавшие мексикор и не отмечавшие прилива сил и активности (подгруппа 1.2).

При рассмотрении анамнеза заболевания выявлено, что длительность алкогольных эксцессов (39,3±13,1 дней) и промежутков между запоями (34,7±13,1 дней) в подгруппе ВЧ достигала более полутора месяцев, тогда как в подгруппе НЧ длительность запойных состояний и промежутков между ними составляла, соответственно, 17,3±3,5 и 26,0±6,7 дня. При этом пациенты, входящие в подгруппу ВЧ, в меньшей степени употребляли алкогольные суррогаты – 71,4% против 100% в подгруппе НЧ.

Сравнительный анализ психологического обследования по тесту МПА (где 50 и более баллов – сформированная зависимость от алкоголя) показал, что для больных из подгруппы ВЧ характерно более низкое мотивационное напряжение – 57,4±10,7 баллов, тогда как для больных из подгруппы НЧ мотивационное напряжение составило 73,7±14,9 баллов. При этом степень стрессоустойчивости и социальной адаптации по одноименному тесту Холмса и Раге у пациентов из подгруппы ВЧ в 87,5% случаев была низкой, тогда как в группе НЧ она составила 71,4%.

Данные психологического обследования по опроснику Вассермана (см. табл. №1) показали более быстрое и достоверное снижение уровня невротизации уже к седьмому дню исследования у больных из подгруппы ВЧ. В подгруппе НЧ показатель уровня невротизации имел значительные колебания и к четырнадцатому дню исследования оставался на среднем уровне.

Таблица №1

*Уровень невротизации по опроснику Вассермана (в баллах)*

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая (n = 30)	20,8 ± 1,4	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	18,1 ± 2,7	15,4 ± 2,2*	11,4 ± 2,7**
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	18,1 ± 4,7	10,4 ± 2,7#	8,9 ± 2,3
4	Мексикор НЧ (n = 7)	18,0 ± 3,7	21,2 ± 4,1	15,0 ± 5,4
5	Плацебо (n = 15)	22,7 ± 1,8	17,0 ± 1,9+	14,4 ± 1,7++

*Примечание: + внутригрупповая достоверность (+ p<0,05, ++ p<0,01); # межгрупповая достоверность в подгруппах, получавших мексикор, в сравнении с группой плацебо (#p<0,05). 0 - 10 баллов – низкий уровень невротизации; 11 - 24 баллов – средний уровень невротизации; 25 баллов и выше – высокий уровень невротизации.*

Анализ уровня ситуативной тревоги по шкале Спилбергера (см. табл. №2) показал более выраженное и быстрое нарастание данного показателя в подгруппе ВЧ. При этом уровень личностной тревоги (см. табл. №3) в обеих подгруппах колебался, при

наличии тенденции к снижению в конце исследования. Этот уровень был более выражен в подгруппе ВЧ, где данный показатель снижался к концу наблюдения до среднего уровня, тогда как в подгруппе НЧ данный показатель характеризовал высокий уровень

## Уровень ситуативной тревоги по шкале тревожности Спилбергера (в баллах)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая (n = 30)	44,2 ± 1,7	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	48,6 ± 3,0*	50,6 ± 2,4*	52,3 ± 2,5**
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	48,6 ± 5,1	51,6 ± 3,0	53,7 ± 3,9
4	Мексикор НЧ (n = 7)	48,7 ± 3,0*	49,5 ± 5,0	50,2 ± 5,4
5	Плацебо (n = 15)	41,4 ± 1,6	47,1 ± 2,7	45,7 ± 3,0

Примечание. \* межгрупповая достоверность (\* p<0,05). Уровень тревоги низкий – до 30 баллов; уровень тревоги средний – 31-45 баллов; уровень тревоги высокий – 46 баллов и более.

Таблица №3

## Уровень личностной тревоги по шкале тревожности Спилбергера (в баллах)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая (n = 30)	48,7 ± 1,2	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	46,9 ± 2,4	44,4 ± 1,7*	45,2 ± 2,0
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	45,3 ± 3,6	43,3 ± 2,9	44,3 ± 3,3
4	Мексикор НЧ (n = 7)	48,7 ± 4,8	45,7 ± 2,7	46,4 ± 2,8
5	Плацебо (n = 15)	50,5 ± 1,7	47,3 ± 1,7	44,1 ± 1,5++

Примечание. + внутригрупповая достоверность (++ p<0,01). Уровень тревоги низкий – до 30 баллов; уровень тревоги средний – 31 - 45 баллов; уровень тревоги высокий – 46 баллов и более.

личностной тревоги к концу наблюдения, что коррелирует с данными тестов уровня невротизации.

Анализ уровня депрессии по объективной шкале Гамильтона (см. табл. №4) показывает сохранение данного показателя в подгруппе ВЧ к концу ис-

следования на уровне малого депрессивного эпизода, тогда как в подгруппе НЧ данный показатель имел тенденцию к снижению. При этом степень снижения депрессивного эпизода более выражена в подгруппе НЧ.

Таблица №4

## Уровень депрессии по шкале Гамильтона (в баллах)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая (n = 30)	15,0 ± 0,5	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	14,0 ± 0,4	9,9 ± 0,4***+++	8,9 ± 0,6***+++
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	14,1 ± 0,8	9,9 ± 0,8+++	9,1 ± 1,1+++
4	Мексикор НЧ (n = 7)	13,8 ± 0,7	10,0 ± 0,7+++	8,6 ± 0,9+++
5	Плацебо (n = 15)	15,7 ± 0,8	9,0 ± 0,7+++	6,5 ± 0,7+++

Примечание. + внутригрупповая достоверность (+++ p<0,001). 0 - 6 баллов – отсутствие депрессивного эпизода; 7 - 15 баллов – малый депрессивный эпизод; 16 и выше баллов – большой депрессивный эпизод.

Интерпретация результатов психологического обследования по тесту САН (табл. 5), показала, что в подгруппе ВЧ показатели самочувствия и настроения в период исследования претерпевали схожую динамику колебания с тенденцией к их снижению к концу лечения (14-му дню наблюдения), при этом показатель активности в этой подгруппе уже с 7-

го дня возрастал до высокого уровня и сохранялся в этих пределах до конца исследования. В подгруппе НЧ состояние самочувствия и настроения к концу исследования достигало уровня хорошего, однако при этом состояние активности в период наблюдения в этой подгруппе не претерпевало никакой динамики.

## Шкала самочувствия теста САН (в баллах)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
Самочувствие				
1	Общая (n = 30)	53,0 ± 1,7	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	56,3 ± 3,2	61,6 ± 1,0***	61,3 ± 1,7***
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	57,3 ± 5,6	62,3 ± 1,1**	61,6 ± 2,7
4	Мексикор НЧ (n = 7)	55,2 ± 4,4	60,8 ± 2,0	61,0 ± 2,4
5	Плацебо (n = 15)	51,1 ± 2,3	53,7 ± 2,6	55,7 ± 1,7
Активность				
1	Общая (n = 30)	45,7 ± 1,9	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	55,1 ± 1,5***	60,9 ± 1,7***+++	61,8 ± 2,2***+
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	54,1 ± 5,1*	63,0 ± 2,6**	64,4 ± 2,9**
4	Мексикор НЧ (n = 7)	56,2 ± 4,4**	58,3 ± 3,2	58,0 ± 3,9
5	Плацебо (n = 15)	39,7 ± 2,6	50,0 ± 3,3+++	51,7 ± 2,9+++
Настроение				
1	Общая (n = 30)	53,7 ± 2,1	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	56,6 ± 3,4	59,7 ± 3,7	61,3 ± 1,8**
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	56,9 ± 5,9	64,1 ± 3,0*	61,4 ± 3,0
4	Мексикор НЧ (n = 7)	56,3 ± 6,0	54,5 ± 7,1	61,0 ± 4,5
5	Плацебо (n = 15)	51,7 ± 2,9	53,0 ± 3,0	54,5 ± 2,6

Примечание. + – внутригрупповая достоверность (+p<0,05, ++p<0,01; +++p<0,001); \* – межгрупповая достоверность в подгруппах, получавших мексикор, в сравнении с группой плацебо (\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001). 10-39 баллов – самочувствие и настроение неудовлетворительные, активность резко снижена; 40-49 баллов – самочувствие удовлетворительное, настроение и активность на среднем уровне; 50-70 баллов – самочувствие и настроение хорошие, активность высокая.

Психологическое исследование степени выраженности влечения к алкоголю (табл. 6) показало, что группа ВЧ изначально имела невыраженное влечение к алкоголю. В течение всего периода наблюдения данный

показатель в этой подгруппе имел незначительное повышение к концу исследования, тогда как в группе НЧ влечение к алкоголю имело тенденцию к колебаниям и к концу исследования оставалось более выраженным.

Таблица №6

## Степень выраженности влечения к алкоголю (в баллах)

№	Группа	День исследования		
		Д0	Д7	Д14
1	Общая (n = 30)	15,5 ± 1,6	–	–
2	Мексикор общая (n = 15)	11,5 ± 1,4	8,6 ± 0,4***+	9,6 ± 0,6***
3	Мексикор ВЧ (n = 8)	8,7 ± 0,8***	8,4 ± 0,5***	9,0 ± 0,9*
4	Мексикор НЧ (n = 7)	14,7 ± 2,8	8,8 ± 0,9***+	10,4 ± 1,3
5	Плацебо (n = 15)	18,4 ± 2,2	14,2 ± 1,3	13,8 ± 1,5

Примечание. \* межгрупповая достоверность (\*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001); + внутригрупповая достоверность (+p<0,05). Влечение к алкоголю не выражено – 8 баллов; слабовыраженное влечение к алкоголю – 9-32 баллов, выраженное влечение к алкоголю – 33-56 баллов.

Таким образом, проведенное исследование показало неоднозначное и достаточно своеобразное действие мексикора у больных с синдромом зависимости от алкоголя в постабстинентном периоде. При этом отмечена высокая степень переносимости и безопасности препарата, а также готовность пациентов принимать его в качестве

компонента комбинированной терапии данного заболевания.

Разделение группы больных, получавшей мексикор, по степени выраженности терапевтических эффектов на две подгруппы – высокочувствительных (ВЧ) и низкочувствительных (НЧ) к препарату показало достоверные различия между данными под-

---

---

группами. У ВЧ к мексикору больных отмечали более длительные алкогольные эксцессы, чем в группе НЧ. У ВЧ пациентов регистрировали наступление эффекта препарата уже к седьмому дню лечения с последующей его стабилизацией. Пациенты с НЧ к препарату характеризовались более высокой мотивацией к употреблению алкоголя, которая в процессе лечения умеренно снижалась, у ВЧ пациентов мотивация к алкоголю в процессе лечения не менялась.

Особенностью действия мексикора являлось снижение выраженности и колебание в процессе исследования параметров психологического состояния больных с зависимостью от алкоголя в постдетоксикационный период и различное реагирование больных с алкогольной зависимостью на его введение в постабстинентном периоде. Учитывая тот факт, что в основе действия препарата лежит антиоксидантная активность, способность тормозить свободно-радикальные процессы и способствовать в условиях гипоксии восстановлению митохондриальных окислительно-восстановительных процессов, позво-

ляющие обеспечивать целостность морфологических структур и физиологических функций [6], можно предполагать, что наиболее рационально и эффективно мексикор можно применять в остром периоде абстинентного состояния. Это будет способствовать формированию у больных стойких положительных эмоций и выработки установки на дальнейшее лечение. При этом применение препарата будет наиболее эффективно у группы больных, имеющих длительное запойное состояние, превышающее 1-1,5 мес.

В связи с вышесказанным мексикор может иметь перспективу применения в наркологии как компонент терапевтической программы при синдроме зависимости от алкоголя. Его эффективность будет более выражена в период купирования собственно абстинентного состояния у больных, имеющих выраженное запойное состояние. Курс введения препарата, по нашему мнению, должен быть непродолжительным (оптимально 6-7 дней), при этом допускается увеличение дозы и частоты введения препарата в 1,5-2 раза.

#### **Литература**

1. *Аффективные нарушения при алкоголизме / Под ред. И. В. Бокий. – Л.: ПНИИ им. В. М. Бехтерева, 1983. – 65 с.*
2. *Буров Ю. В., Ведерникова Н. Н. Нейрохимия и фармакология алкоголизма. – М., 1985. – 240 с.*
3. *Варфоломеева Ю. Е. Тревожные расстройства в структуре алкогольного абстинентного синдрома // XIII съезд психиатров России. Материалы съезда. – М.: Российское общество психиатров, 2000. – С. 31.*
4. *Завьялов В. М. Мотивации потребления алкоголя. – М., 1988. – 115 с.*
5. *Зарубина И. В., Шабанов П. Д. Молекулярная фармакология антигипоксантов. – СПб.: Н-Л, 2004. – 368 с.*
6. *Оковитый С. В. Клиническая фармакология антиоксидантов // Фарминдекс-Практик. – 2003. – № 5. – С. 85 – 111.*
7. *Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика (методики и тесты): Уч. пособие. – Самара: Барбах, 1998. – 672 с.*
8. *Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Фармакотерапия в наркологии. – М.: Медицина, 2000. – С.24 – 37.*
9. *Тюрин Ю. Н., Макаров А. А. Статистический анализ данных на компьютере / Под ред. В.Э. Фигурнова. – М.: Инфа - М., 1998. – 528 с.*
10. *Урбах В. Ю. Математическая статистика для биологов и медиков. – М., 1964. – 336 с.*
11. *Шабанов П. Д. Концепция адаптогенов: истоки, современное состояние, перспективы. Акт. Речь на 2-х Лазаревских чтениях. – СПб.: ВМедА, 2002. – 72 с.*
12. *Филиппович Ю. Б. Основы биохимии. – М.: Высшая школа, 1993. – 495 с.*

---

---

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОМНОЛА (ЗОПИКЛОНА) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДИССОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ

А. В. Грузман, Д. Е. Аяганова, Е. В. Бредихина,  
Л. Р. Камзина, А. А. Кусаинов, А. Н. Рамм,  
Ж. Г. Сабир, Г. А. Садвакасова, К. Е. Султанова, Б. Е. Тулегенова

Актуальность проблемы. Нарушения диссомнического характера широко представлены в клинике постабстинентного периода у больных с зависимостью от опиоидов. К наиболее распространённым следует отнести затрудненное засыпание, поверхностный сон, поверхностный сон, утрата чувства сна, сновидения с наркотической тематикой (3). Для медикаментозной коррекции этих расстройств применяются препараты различных групп: транквилизаторы бензодиазепинового ряда, ГАМК, нейролептики, антидепрессанты, но лишь отдельные публикации указывают на целесообразность использования у этих пациентов снотворных препаратов нового поколения (1). Имеются в виду препараты группы циклопирролонов, которые представлены на фармакологическом рынке Казахстана препаратом *Сомнол* (зопиклон). Данный препарат, с точки зрения требований фармакокинетики к снотворным веществам, отвечает самым современным критериям. Препарат обладает высокой селективностью к омега - рецепторам ГАМК - эргического рецептурного комплекса и связывается только с рецепторами, локализованными в ЦНС. Подобная высокая селективность обеспечивает отсутствие седативного эффекта, миорелаксирующего и других нежелательных эффектов, возникающих при приёме снотворных препаратов других групп.

### Цель исследования.

Определить эффективность сомнола (зопиклона) при диссомнических расстройствах, возникающих в структуре постабстинентных расстройств у больных зависимостью от опиоидов.

### Задачи исследования.

1. Разработка методики применения сомнола у больных с опиоидной зависимостью с диссомническими расстройствами в постабстинентном периоде.
2. Оценка влияния сомнола на различные симптомы диссомнического генеза в постабстинентном периоде
3. Выделение предикторов эффективности и неэффективности лечения сомнолом диссомнических расстройств у данного контингента больных
4. Выделение контингента больных, которому показано лечение сомнолом.

### Материал и методы исследования.

Критерии включения в исследование. Основным материалом исследования являлись пациенты с зависимостью от опиоидов, проходившие лечение в отделениях медикаментозной коррекции, психотера-

пии и реабилитации Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (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.

### Критерии исключения из исследования:

1. Рутинные противопоказания для препаратов зопиклона
2. Острые психотические расстройства, имеющие место в постабстинентном периоде.

### Методика использования сомнола.

Сомнол назначался строго ограниченными курсами длительность, которых колебалась от 7 до 12 дней и зависела от степени выраженности диссомнических нарушений и назначаемых дозировок препарата. Более длительно препарат не назначался, так как больные с зависимостью от психоактивных веществ склонны к формированию перекрёстной зависимости к различным психотропным препаратам. Поэтому, при отсутствии эффекта в течение этого времени сомнол следует отменить, и в дальнейшем назначить препараты из группы нейролептиков или антидепрессантов. Изначальная назначаемая дозировка составляла 7,5 мг на ночь. Если сон нормализуется, то её дают в течение 5 дней, затем отменяют по 1/2 таблетки ежедневно. Один курс лечения составляет 7 дней. В дальнейшем, при необходимости применяли препарат в той же дозе, но короткими курсами – 1 - 2 дня.

При неэффективности начальной дозы её повышают ежедневно на 1/2 таблетки, максимально до 15 мг (2 таблетки) на ночь. Указанную дозу также дают 5 дней, затем отменяют литически - по 1/2 таблетки сомнола в день. Таким образом, при дозировке 1,5 таблетки на ночь, один курс лечения займёт 10 дней, а при дозе 2 таблетки на ночь - 12 дней. На время лечения сомнолом отменялись дозы нейролептиков и антидепрессантов, назначаемые на ночь. При обострении диссомнических расстройств на фоне отмены препарата необходимо возвратиться на 2 дня к той дозировке, при которой сохранялся эффект и затем, вновь продолжить отмену по пред-

---

---

лагаемой схеме. В том случае, если после отмены препарата сон нормализуется, то в течение светлого промежутка больной не получает снотворных препаратов. А при периодическом обострении диссомнических расстройств возможно эпизодическое назначение препарата или повторение лечения по вышеуказанной схеме. При неэффективности сомнола в дозе 15 мг в течение 1 - 2 дней лечение сомнолом следует отменить. При возникновении побочных реакций препарат отменяют в тот же день.

Всего в исследование было введено 84 пациента, у которых в структуре постабстинентных расстройств отмечались диссомнические нарушения. Пациенты наблюдались в течение 8 недель пребывания в стационарных отделениях Центра.

Было исследовано влияние сомнола на ряд клинических параметров, характеризующих интенсивность диссомнических расстройств. Эти параметры оценивались на момент начала и на момент завершения курса лечения. Исследовались следующие параметры: время засыпания (в минутах), средняя продолжительность сна (в часах), количество просыпаний в течение ночи, наличие сновидений тревожного и/или наркотического содержания.

Степень оценки нарушений сна оценивалась от 0 до 3 баллов.

- 0 баллов - симптом отсутствует: состояние пациента не соответствует определению расстройства.

- 1 балл - симптом слабо выражен: пациент засыпает не сразу. Наступление сна в пределах одного часа запаздывает. Изредка просыпается ночью, но вскоре засыпает. Общая продолжительность сна практически не меняется.

- 2 балла - симптом умеренно выражен: почти постоянно, в течение двух часов не может уснуть. Часто перед сном пациент испытывает наплыв мыслей, воспоминаний неприятного содержания по типу obsessions. Частые ночные пробуждения, порой несколько раз за ночь. Не сразу засыпает после пробуждений. Состояние «полусна» не приносит свежести. Пациент обращается за помощью.

- 3 балла - симптом резко выражен: мучительная бессонница в течение более двух часов. Сопровождается беспокойством, страхом наступающей бессонной ночи. У пациента отсутствует чувство сна. Говорит, что не спит вовсе или очень мало. Объективно периоды поверхностного сна сменяются частыми пробуждениями. Активно ищет врачебной помощи.

Определялись сроки купирования диссомнических расстройств при лечении сомнолом. Диссомнические расстройства считаются купированными, если в течение 5 дней пациент не нуждался в назначении снотворных препаратов. Исследовались побочные эффекты, возникающие на фоне лечения. Оценивалась субъективная оценка качества сна на момент завершения лечения. Удовлетворённость качеством сна отмечалась знаком плюс (+), а неудовлетворённость качеством сна знаком минус (-). Кро-

ме того, для определения предикторов эффективности лечения сомнолом дополнительно были исследованы и подвергнуты статической обработке параметры Базисной Исследовательской Карты (БИК), заполняемой на каждого больного, поступающего на лечение в отделения Центра. Результаты были подвергнуты статической обработке по методике Стьюдента.

**Полученные результаты.** По результатам проведенного исследования больные были разделены на 3 группы.

В первую группу вошли 27 пациентов (32%), у которых отмечался благоприятный эффект от назначения сомнола при купировании диссомнических расстройств. Имеются в виду те пациенты, у которых после завершения курса лечения степень нарушений сна редуцировалась до 0 баллов и у которых отмечалась субъективная удовлетворённость качеством сна в течение 5 дней после завершения лечения.

Во вторую группу вошли 23 пациента (28%) с частичным эффектом от приёма препарата. У этих больных снизилась степень выраженности нарушений сна, но диссомнические расстройства полностью не редуцировались на фоне максимально используемых дозировок препарата.

В третью группу вошли 34 пациента (40%), у которых эффект от приёма сомнола полностью отсутствовал, даже на фоне применения максимальных дозировок сомнола.

Анализ клинических особенностей у пациентов из первой группы показал, что сроки купирования диссомнических расстройств в данной группе составляли, в среднем, 9 дней, включая курсовое лечение и эпизодические приёмы препарата. Необходимый эффект достигался на дозе не превышающей 7,5 мг. В этой группе пациентов отмечались достоверные отличия со стороны клинических параметров, характеризующих качество сна, которые были исследованы в начале и в конце курса лечения. Эти данные представлены в таблице № 1 и отражают положительную динамику основных показателей качества сна в результате проведённого лечения.

Были выявлены сопутствующие клинические признаки, которые достоверно чаще встречались в группе с благоприятным эффектом от лечения сомнолом. У всех пациентов этой группы степень нарушения сна до начала лечения не превышала 2 баллов. Отсутствовало актуальное влечение к наркотикам. Лечение сомнолом было начато не ранее, чем через 15 дней после полного купирования абстинентных расстройств. Изначальная степень абстинентного состояния лёгкой степени тяжести [2]. У больных отмечались тревожные расстройства, препятствующие засыпанию. Они проявлялись тревожными мыслями о будущем, тревогой о близких людях, тревогой о состоянии собственного здоровья, возникающей в период засыпания. В ходе исследования

*Изменение клинических параметров сна у пациентов с благоприятным эффектом от лечения сомнолом*

№ п/п	Исследуемый признак	Параметры признаков на момент начала лечения	Параметры признаков на момент завершения лечения	Степень достоверности Р
1	Оценка степени нарушений сна в баллах	1,9 ± 0,1	0,6 ± 0,4	<0,05
2	Время засыпания (в минутах).	127,5 ± 31,2	47,2 ± 23,2	<0,05
3	Количество просыпаний за ночь.	2,0 ± 0,5	0,6 ± 0,5	<0,05
4	Средняя продолжительность сна (в часах).	4,8 ± 0,5	6,4 ± 0,6	<0,05
5	Субъективная оценка качества сна на момент завершения лечения (+) (в % от количества пациентов в группе)	28,7±3,6	85,7± 4,5	<0,01

было выявлено дифференцированное прогностическое значение сновидений различного содержания. Благоприятный прогностический эффект отмечался при наличии у больных тревожных снов, не содержащих сюжетов, связанных с употреблением наркотиков. На фоне лечения эти сновидения полностью редуцировались. Сон нормализовался, больные субъективно отмечали снижение

тревожности в дневное время. Снижение тревоги в дневное время, по-видимому, было результатом редукции нарушений сна с последующей нормализацией аффективной сферы. Прогностическое значение сновидений, содержащих наркотическую тематику, будет дано ниже. Признаки достоверно чаще встречающиеся в этой группе представлены в таблице № 2.

Таблица № 2

*Клинические признаки достоверно чаще встречающиеся в группе с благоприятным эффектом от назначения сомнола*

№ п/п	Клинические признаки	Степень достоверности Р
1	Степень нарушений сна в начале лечения не превышает 2 балла	<0,05
2	Отсутствие актуального влечения к наркотику	<0,05
3	Тревожные расстройства, препятствующие засыпанию	<0,05
4	Тревожная тематика сновидений	<0,05
5	Лёгкая степень выраженности перенесённого абстинентного синдрома	<0,05

Анализ клинических особенностей у пациентов из второй группы показал, что у пациентов расстройства сна в этой группе сочетались с расстройствами аффективной сферы, которые по критериям МКБ - 10 [6] были расценены как дистимия и депрессивное расстройство лёгкой степени тяжести. Назначения сомнола в средних (11,25 мг) и максимальных дозировках (15 мг) смягчали диссомнические расстройства, но не купировали их полностью, но не купировали их полностью. Для нормализации сна у этих больных применялась тактика сочетания сомнола и антидепрессантов седативного действия. По нашему опыту, наиболее эффективным оказалось сочетание сомнола - 7,5 мг на ночь (в 22 часа) и феварина в дозе 50 мг, который больные получали в 20

часов вечера. Эта терапевтическая комбинация устраняла бессонницу и позволяла избегать использования максимальных дозировок как сомнола, так и феварина. Побочного эффекта на фоне такого сочетания мы не наблюдали.

Анализ клинических особенностей пациентов из третьей группы показал, что у пациентов расстройства сна в этой группе возникали на фоне обострившегося влечения к наркотику. Средний показатель оценки степени нарушений сна составлял более 2 баллов. Изначальная степень абстинентных расстройств укладывалась в критерии абстинентного состояния средней и тяжелой степени выраженности [2]. Диссомнические расстройства также сочетались с депрессивными расстройствами средней и тя-

желой степени тяжести, по критериям МКБ - 10 [6], и поведенческими расстройствами, сопровождавшимися выраженными негативными и агрессивными тенденциями. Это было связано с тем, что такие пациенты нуждались в назначении достаточно больших доз нейролептиков и антидепрессантов. Сочетание этих препаратов с большими дозами сомнола нам кажется нецелесообразным. Поэтому наличие таких состояний следует отнести к противопоказаниям для назначения сомнола. В тех случаях, когда в сновидениях пациентов преобладала наркотическая тематика, это имело неблагоприятное прогностическое значение в плане лечения сомнолом. Диссомнические расстройства в этих случаях носили упорный, персистирующий характер, и такие сновидения не редуцировались, даже при назначении максималь-

ных дозировок. Отсутствие эффекта от лечения отмечалось и в тех случаях, когда бессонница была обусловлена двигательным беспокойством и выраженными парестезиями в нижних конечностях, преобладающими в первой половине ночи и заставляющими больного вставать и ходить. Эти проявления были расценены, как синдром «беспокойных ног» в понимании Ekbom К. (1960). Полученные данные подтверждают имеющееся в литературе сведения о том, что тяжелые случаи синдрома «беспокойных ног», ведущего к диссомническим расстройствам, уступают не препаратам из группы ГАМК и бензодиазепинам, а опиодным производным [4].

Клинические признаки достоверно чаще встречающиеся в группе с неблагоприятным эффектом от применения сомнола отражены в таблице № 3.

Таблица № 3

*Клинические признаки достоверно чаще встречающиеся в группе с неблагоприятным эффектом от назначения сомнола*

№ п/п	Клинические признаки	Степень достоверности Р
1	Степень нарушений сна в начале лечения превышает 2 балла	<0,05
2	Актуальное влечение к наркотику.	<0,05
3	Средняя и тяжелая степени выраженности перенесённого абстинентного синдрома	<0,05
4	Депрессивные расстройства средней и тяжелой степени тяжести и выраженные поведенческие расстройства.	<0,05
5	Сновидения с наркотической тематикой.	<0,05
6	Синдром «беспокойных ног»	<0,05

Заключение.

В результате проведенного исследования разработана методика применения сомнола у больных с наркотической зависимостью от опиоидов, позволившая избежать формирования перекрёстной зависимости от гипнотика и появления побочных эффектов при использовании препарата.

Предложена тактика ведения больных, у которых диссомнические расстройства сочетались с аффективными расстройствами по типу дистимии или с депрессивными расстройствами лёгкой степени тяжести (сочетание малых доз сомнола и феварина).

Показано благотворное влияние сомнола на основные клинические характеристики сна.

Выявлены положительные и отрицательные предикторы эффективности сомнола у исследуемого контингента больных.

К положительным предикторам следует отнести неглубокую степень диссомнических расстройств, отсутствие актуального влечения к наркотику и выраженных абстинентных расстройств в анамнезе, а также наличие у пациентов сновидений тревожного характера.

К отрицательным предикторам следует отнести выраженный характер диссомнических расстройств, возникающих на фоне актуального влечения к наркотику, наличие в анамнезе абстинентных расстройств средней и тяжелой степени тяжести, сочетание диссомнических расстройств с выраженными аффективными и поведенческими расстройствами. Наличие сновидений с наркотической тематикой и синдрома «беспокойных ног».

Определён контингент больных, страдающих зависимостью от опиоидов, которому показано назначение сомнола для купирования диссомнических расстройств в постабстинентном периоде. Это пациенты с неглубокими нарушениями сна, тревожными личностными чертами и сновидениями тревожного характера, без выраженных аффективных и поведенческих расстройств, без сновидений наркотического содержания, отсутствием в анамнезе тяжелого синдрома отмены и у которых диссомнические нарушения возникали на фоне отсутствия актуального влечения к наркотику.

---

---

### **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. 27.
2. Грузман А. В., Кусаинов А. А., Рамм А. Н., Садвокасова Г. А., Тулегенова Б. Е., Башилов В. В. *Дифференцированное лечение синдромов отмены и патологического влечения к наркотику у больных с зависимостью от опиоидов* // *Методические рекомендации*. – Павлодар, 2006. – 13 с.
3. Иванец Н. Н., Винникова М. А. *Героиновая наркомания*. – М.: Медпрактика, 2001. – 121 с.
4. Джекобсон Д. Ж., Джекобсон А. М. *Секреты психиатрии*. – М: «МЕДпресс-информация», 2005. – С. 336.
5. Ekbot K. *Restless leg syndrome* // *Neurology*. – 1960. – V10. – P. 868-869.
6. МКБ - 10. *Классификация психических и поведенческих расстройств*. – Санкт - Петербург: «Адис», 1994. – 303 с.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РИСПОЛЕПТА (РИСПЕРИДОНА) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ**

Б. А. Кожаметова, Г. А. Булекова

### **Введение**

Рост наркомании в мире, низкое качество и малая эффективность терапии наркологических заболеваний постоянно побуждают ученых и врачей-практиков к продолжению активного поиска новых средств и методов лечения химической зависимости. Наиболее важная задача, стоящая в настоящее время – это достижение более длительных сроков ремиссий. Эту задачу решить можно лишь при правильном выборе мишени терапевтического воздействия. Но до настоящего времени не создано психофармакологического средства, избирательно подавляющего стержневой симптомокомплекс химической зависимости – патологическое влечение к потреблению психоактивного вещества.

В наркологической практике для купирования патологического влечения к наркотикам используются нейролептики. В последнее время на рынке появились нейролептики нового поколения – атипичные антипсихотики, к которым относится рисполепт. Рисполепт синтезирован в 1994 году для лечения шизофрении, является производным бензоксазола. Главное его отличие от типичных нейролептиков – в биохимическом механизме действия. Препарат одновременно проявляет антагонизм к дофаминовым и серотониновым рецепторам. Остальные отличия связаны экстрапирамидными расстройствами. При его длительном применении не развиваются явления поздней дискинезии; он не влияет на секрецию пролактина; эффективен при лечении пациентов с лекарственной резистентностью; обладает адренергическим действием и слабым антигистаминным действием.

Эффективность рисполепта до сих пор оспаривается многими авторами. Но, несмотря на это, применение рисполепта в наркологии представляется перспективным, так как его действие сочетает в себе высокую терапевтическую эффективность, безопасность, хорошую переносимость и малую выраженность экстрапирамидных расстройств.

Наше исследование направлено на изучение терапевтических возможностей рисполепта при лечении опийной наркомании, оценку его влияния на патологическое влечение к наркотику, психопатоподобную и аффективную симптоматику, определение его действия на возможность формирования более длительных и качественных ремиссий.

### **Материалы и методы исследования**

Рисполепт применялся у 8 пациентов, страдающих героиновой наркоманией. Все пациенты - мужского пола. Возраст – от 16 до 31 года (средний возраст – 22 года). Все пациенты - неработающие. Длительность потребления наркотиков от 4 месяцев до 10 лет. Суточная доза героина находилась в пределах от 0,5 до 2,0 граммов героина. Все пациенты являлись потребителями инъекционных наркотиков. У всех пациентов сформирована клиническая картина героиновой наркомании, включавшая психическую зависимость, сформировавшийся опийный абстинентный синдром, высокую толерантность, соматические и социальные последствия хронической интоксикации. Исследование проводилось методом прямого клинического наблюдения.

### **Схема исследования**

6 пациентам (60%) рисполепт назначали в дозе 4 мг/сутки на фоне базисной терапии в абстинент-

---

---

ном синдроме. Лечение абстинентного синдрома было комплексным, включало назначение агонистов  $\alpha$ -2-адренорецепторов (клофеллин в дозе 0,045 мг/сутки), обезболивающих (ксефокам в дозе 8-16 мг/сутки, трамадол в дозе 200 мг/сутки), транквилизаторов (сибазон, нозепам), витаминотерапию, типичных нейролептиков (тизерцин в дозе 50 мг/сутки, дроперидол 3,0). Рисполепт назначали с 1-го дня.

У 3 пациентов (42%) после 10 дней применения рисполепта отмечалось усиление патологического влечения к наркотикам, неустойчивый психоэмоциональный фон, беспокойство. При исследовании на наркотические вещества были обнаружены положительные результаты на каннабиноиды, что привело к отказу пациентов от дальнейшего лечения. Это говорит о стимулирующем действии рисполепта, которое проявлялось в актуализации патологического влечения к наркотикам.

3 больных (42%) продолжали принимать рисполепт в комплексной терапии. Из них у 1 пациента развилась бессонница на фоне приема транквилизаторов. В то же время, снизились аффективная напряженность и злобность, снизилась интенсивность болевых ощущений.

Все пациенты оставались бодрыми в течение дня, отсутствовала моторная и идеаторная заторможенность. Не отмечалось экстрапирамидных нарушений.

У 2 пациентов рисполепт применялся в постабстинентной стадии. У них отмечалось снижение выраженности тревожной, дисфорической симптоматики. Фон настроения был ровным в течение дня, что позволило включить их в лечебно-реабилитаци-

онный процесс. Не отмечалось признаков «нейролептической загруженности», экстрапирамидных расстройств. В постабстинентной стадии рисполепт назначался в комплексе с антидепрессантами (амитриптиллин в дозе 50 мг/сутки). Эти пациенты прошли полный курс лечения, включая психотерапевтические методы лечения, выработана мотивация на отказ от наркотиков, произошел рост самооценки и уровня субъективного контроля.

### Результаты

К преимуществам применения рисполепта относятся:

- отсутствие экстрапирамидных расстройств и нейролептической загруженности;
- снижение аффективной напряженности и злобности;
- снижение интенсивности болей.

В постабстинентной стадии – стабилизация эмоционального фона, снижение влечения к наркотикам.

Недостатком препарата является стимулирующий эффект в виде усиления патологического влечения к наркотику и развитие бессонницы при применении рисполепта в абстинентной стадии.

### Выводы

При лечении героиновой наркомании применение рисполепта эффективно в постабстинентной стадии при длительном непрерывном применении с целью профилактики ранних рецидивов и формирования более длительных и стабильных ремиссий.

---

---

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ПРОПРОТЕН - 100 ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Л. Б. Кузембаева

г. Актобе

Применение в наркологии биологически активных веществ в сверхмалых дозах – это новое направление в лечении больных, страдающих алкоголизмом и опийной наркоманией, разрабатывается рядом исследователей (О. И. Эпштейн, М. Б. Штарк, Т. М. Воробьева, К. В. Судаков, А.Ф. Мещарякова). Соответствующие препараты изготавливаются с использованием классической гомеопатической методики – каждое разведение сопровождается интенсивным встряхиванием раствора (потенцирование). Эта процедура приводит к тому, что весь объем жидкости, независимо от степени концентрации исходного вещества, становится носителем необходимой информации. Действенность изготавливаемых препаратов подтверждена разнообразными лабораторными исследованиями.

Пропротен - 100 – это потенцированные по правилам гомеопатии антитела к специфическому белку S - 100. Экспериментально установлена активность препарата в отношении ряда физиологических реакций (метаболических, иммунологических, поведенческих). Препарат повышает устойчивость к стрессующим воздействиям, способен компенсировать иммунодефицитные состояния. Пропротен - 100 оказывает регуляторное воздействие на пептидные лиганды S - 100, на систему естественных антител. В результате восстанавливается активность белков, участвующих в обмене ионов, нейропептидов и медиаторов. Это, в свою очередь, приводит к нормализации уровня внутриклеточных мессенджеров, снижению активности дофаминергической системы и повышению активности серотонинергической сис-

---

---

темы, восстановлению активности ГАМК - ергической системы, восстановлению активности метаболических систем нейронов. В результате нормализуется функционирование эндогенных гуморальных систем вознаграждения (снижение агрессивности, антидепрессивный эффект), снижается влечение к алкоголю, за счет ноотропного эффекта нормализуются когнитивные функции. Столь многообразное влияние препарата проявляется в антиабстинентном действии за счет анксиолитического, седативного, гипногенного и вегетостабилизирующего эффектов.

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности и переносимости препарата Пропротен - 100 в лечении алкоголизма.

В задачи работы входило изучение динамики клинической картины заболевания и психометрических показателей на фоне терапии Пропротеном - 100.

#### **Материалы и методы исследования**

В испытание были включены 30 больных (10 женщин, 20 мужчин) с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя.

Критериями включения в испытание являлись больные с признаками хронического алкоголизма.

Критериями исключения из исследования являлись: пациенты с острыми психотическими состояниями, в том числе с пределириозными расстройствами; с высоким суицидальным риском; с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения.

Возраст больных колебался от 25 до 65 лет, преобладали пациенты в возрасте от 35 до 50 лет. Длительность заболевания составила от 1 года до 20 лет, в среднем  $5,2 \pm 0,5$  года.

По тяжести заболевания большинство больных (21 человек) были отнесены к группе с проявлениями второй стадии алкоголизма, у 2 больных была диагностирована переходная стадия от II к III, у семи пациентов – III стадия.

У больных со второй стадией алкоголизма клинические проявления характеризовались отчетливым, полностью сформированным патологическим влечением к алкоголю, постоянной или псевдозапойной формой пьянства, симптомом утраты количественного контроля, повышенной толерантностью к алкоголю. Абстинентный синдром включал в себя сочетание соматовегетативных и непсихотических психических расстройств. Из психопатологических расстройств преобладали: подавленное настроение, тревога, дисфория, внутренняя напряженность, беспричинные опасения, нарушения сна и пр. У всех больных отмечались: гипергидроз, жажда, тремор, диспепсические нарушения, колебания АД, тахикардия, слабость, разбитость.

У больных с переходной II - III и исходной III стадией заболевания запои проявлялись в особо тяжелой форме. По механизму возникновения они приближались к истинным, сопровождалась падением

толерантности к алкоголю и нарастанием в структуре абстинентного синдрома соматоневрологических и органических расстройств. Изменения личности сопровождались алкогольной деградацией. Обнаруживались признаки органического психосиндрома с интеллектуально - мнестическими нарушениями.

Клиническое исследование проводилось в 2 этапа. На первом этапе осуществлялось купирование соматоневрологических и психических расстройств в рамках абстинентного синдрома. Лечение абстинентного синдрома было комплексным, включало детоксикационные мероприятия, общеукрепляющее и симптоматическое лечение. Назначались: инфузионные вливания совместно с витаминными препаратами, сосудистыми препаратами, препаратами калия; сернокислая магнезия; гепатопротекторы – карсил, эссенциале и пр. Из психотропных препаратов – транквилизаторы и антиконвульсанты.

На первом этапе препарат назначался по 1 таблетке несколько раз в день, в течение 5 - 7 дней. Каждый следующий прием осуществлялся при ослаблении эффекта предыдущей дозы. Последний приём препарата назначался не позднее 18 часов.

На втором этапе лечения пациенты переводились на приём препарата по 1 таблетке 2 раза в день (утром и днем).

На всем протяжении проведения испытания проводилась индивидуальная и групповая рациональная психотерапия.

Длительность клинического испытания, в целом, составила 4 недели.

Обследование больных проводилось в день поступления (0 день), в дальнейшем – на третий, седьмой и тридцатый дни терапии.

Эффект препарата признавался хорошим, если достигалась 70 - процентная редукция симптоматики по шкале оценки соматовегетативных и психопатологических проявлений на 3-й день терапии и 70 - процентная редукция симптоматики на 7-й день исследования.

#### **Результаты исследования**

При анализе эффективности применения препарата Пропротен-100 у группы больных алкоголизмом в первую очередь исследовалось его купирующее влияние на проявления абстинентного синдрома.

Влияние препарата на соматовегетативную симптоматику в рамках абстинентного синдрома можно оценить как положительное, умеренно выраженное (табл. 1). Положительный эффект наблюдался во всех случаях без исключения. Речь идет, прежде всего, о таких симптомах, как чувство разбитости, тяжесть в голове, головная боль. Значительное воздействие препарата было отмечено на следующую симптоматику: потливость, тремор, головокружение, отсутствие аппетита.

К важным положительным особенностям действия Пропротена - 100 следует отнести заметный

*Динамика соматовегетативных проявлений в структуре абстинентного синдрома при применении пропротена – 100*

Клинические проявления	Эффективность терапии Пропротеном - 100 (в баллах)							
	До лечения	Длительность лечения (в днях)						
		1	2	3	4	5	6	7
Разбитость	2,1	1,8	1,3	0,7	0,6	0,4	0,1	0,1
Астения	2,8	1,7	1,3	1,0	0,6	0,3	0	0
Тяжесть в голове	2,0	1,8	1,6	1,0	0,7	0,2	0	0
Потливость	2,5	0,7	0,2	0,1	0	0	0	0
Атаксия	1,5	1,1	0,5	0,1	0	0	0	0
Отсутствие аппетита	1,6	0,9	0,5	0,1	0	0	0	0
Тремор	2,5	1,6	0,9	0,4	0,1	0	0	0
Озноб	1,7	1,0	0,4	0	0	0	0	0
Жажда	2,5	2,3	1,7	0,8	0,3	0	0	0

стимулирующий эффект. Препарат устраняет астенические проявления, в том числе: слабость, затруднения в концентрации внимания.

При оценке влияния пропротена-100 на психопатологическую симптоматику в рамках абстинентного синдрома (табл.2), следует отметить, что

выраженный эффект от применения препарата наблюдался в отношении таких нарушений, как расстройства психогенного характера, ощущения вялости, апатии, истощаемость. Отмечалось также умеренное влияние на чувство тревоги, раздражительности.

Таблица №2

*Динамика психопатологических проявлений в структуре абстинентного синдрома*

Клинические проявления	Эффективность терапии Пропротеном - 100 (в баллах)							
	До лечения	Длительность лечения (в днях)						
		1	2	3	4	5	6	7
Пониженное настроение	2,5	2,2	2,1	1,7	1,2	0,7	0,4	0,1
Внутренняя напряженность	1,8	1,5	1,1	0,8	0,6	0,3	0,3	0,3
Тревога	2,1	1,5	1,2	0,6	0,4	0,4	0,2	0,2
Раздражительность	1,9	1,7	1,6	1,2	0,7	0,4	0,2	0,1
Патологическое влечение к алкоголю	2,4	1,9	1,7	0,8	0,4	0,3	0,1	0,1

Воздействие Пропротена - 100 на патологическое влечение к алкоголю в абстинентном состоянии было выраженным. Больные отмечали значительное снижение влечения к алкоголю, что проявлялось в отсутствии мыслей о спиртных напитках. Клинически это проявлялось в стабилизации фона настроения, поведения больных, улучшении аппетита, отсутствие эмоциональной лабильности в течение дня. Достаточное воздействие препарата на патологическое влечение к алкоголю отмечалось и в постабстинентном состоянии и на

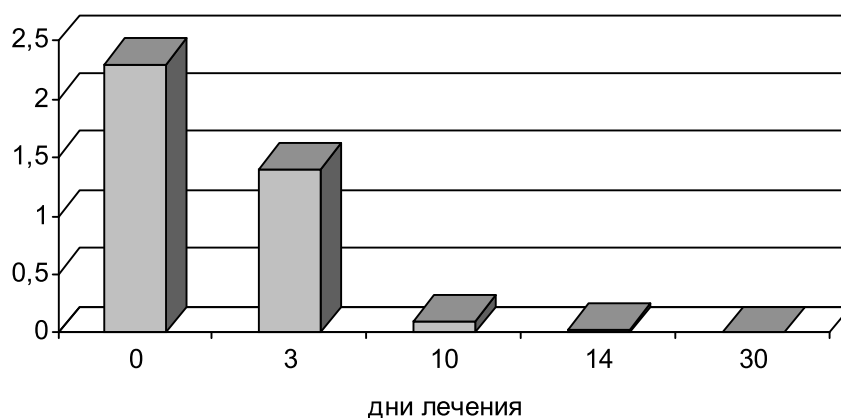
стадии формирования ремиссии: наблюдалась полная редукция этого определяющего симптомокомплекса болезни в течение четырех недель. При применении пропротена-100 отмечалась значительная динамика и редукция таких нарушений, как тревога, раздражительность, напряженность. Вегетостабилизирующий эффект проявлялся в редукции таких расстройств, как потливость, приступы озноба, дрожи, отсутствие сновидений на тему об алкоголе. На этом этапе заметным становился ноотропный эффект препарата. Он проявлялся в

большинстве случаев (82% человек) в заметном улучшении концентрации внимания, памяти, быстром пробуждении по утрам, ощущении бодрости в

течение дня, повышенной работоспособности и лучшей переносимости как физических, так и психических нагрузок.

Рисунок 1.

*Динамика патологического влечения к алкоголю при применении Пропротена - 100*



Положительный терапевтический эффект наблюдался также в случаях наличия у больных затяжных субдепрессивных состояний с вялостью, апатичностью, адинамией. Уже на второй неделе лечения они отмечали заметное улучшение состояния: становились более спокойными, исчезали явления слабости, выравнивалось настроение. В то же время, при наличии в клинической картине дисфорической симптоматики эффективность Пропротена - 100 можно оценить как умеренно выраженную.

Побочных явлений и осложнений при длительном приеме Пропротена - 100 не наблюдалось.

#### **Заключение и выводы**

Проведенное исследование показало хорошую переносимость Пропротена - 100 и его высокую эффективность в лечении алкогольной зависимос-

ти. Выявлена достаточная терапевтическая эффективность по отношению к таким психопатологическим проявлениям, как вялость, разбитость, апатичность. У препарата также выражено вегетостабилизирующее действие, которое проявляется уже на 3 - 4 день применения.

В постабстинентном состоянии становится очевидной его ноотропная активность. Больные отмечали улучшение памяти, концентрации внимания, повышались работоспособность и общие адаптивные возможности организма. Пропротен - 100 быстро купирует проявления астенического синдрома, обладает активирующим действием.

Полученные результаты показали достаточную эффективность и безопасность препарата Пропротен - 100 в комплексном терапевтическом лечении больных алкоголизмом.

#### **Литература:**

1. Шабанов П. Д. *Руководство по наркологии*, СПб, 1998.
2. Гофман А. Г. *Клиническая наркология*, М., 2003.
3. Иванец Н. Н. *Руководство по наркологии*, М., 2002.
4. Морозов Г. В., Рожнов В. Е., Бабаян Э. А. *Алкоголизм*, М., 1983.
5. Ураков И. Г., Куликов В. В. *Хронический алкоголизм*, М., 1977.
6. Энтин Г. М. *Лечение алкоголизма*, М., 1990.
7. Гофман А. Г., Музыченко А. П., Энтин Г. М., Крылов Е. Н., Денева Н. Р. *Лекарственные средства в клинике алкоголизма и наркоманий*, М., 1999.

---

---

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «ВЕЛАКСИН» В ТЕРАПИИ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ

О. В. Лаврентьев

При лечении пациентов с наркотической зависимостью мы постоянно сталкиваемся с проблемой, остающейся насущной и по сей день - это постабстинентный синдром. Проявляется состояние постабстинентного синдрома в виде колебаний настроения, повышения тревожности, нарушении сна, обострения влечения к психоактивному веществу. Согласно нейрофизиологической природе постабстиненции данные нарушения связаны с дефицитом моноаминовых нейромедиаторов, прежде всего норадреналина и серотонина, в головном мозге пациентов.

До недавнего времени в терапии нейромедиаторных расстройств применяли синтезированные и внедренные в клиническую практику в 50 – 60 годах прошлого века антидепрессанты — ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО) и трициклические антидепрессанты (ТЦА), применение которых сопровождалось увеличением концентрации серотонина и норадреналина в нейрональном межсинаптическом пространстве. Вместе с тем, воздействие ИМАО и ТЦА на другие нейромедиаторные системы, в первую очередь на ацетилхолинергическую, лежит в основе их побочных эффектов, таких как сухость в полости рта, чувство жажды, нарушения аккомодации, тахикардия, задержка мочеиспускания, запоры. Побочные эффекты применения ТЦА могут явиться одной из основных причин отказа больных от приёма препаратов после выписки из стационара, с последующим возобновлением приёма психоактивных веществ.

В настоящее время стратегия применения антидепрессантов связана с внедрением в практику препаратов двойного действия, ликвидирующих дефицит как серотонина, так и норадреналина в структурах головного мозга. Это новое поколение антидепрессантов - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) - всё более признается специалистами в качестве наиболее патогенетически обоснованного варианта фармакотерапии депрессивно - тревожных состояний.

Одним из представителей класса СИОЗСН является препарат венлафаксин (в Казахстане зарегистрирован под торговым названием “Велаксин”), антидепрессант двойного действия. Венлафаксин, структурно отличаясь от известных трициклических и тетрациклических антидепрессантов, является ингибитором нейронального обратного захвата серотонина, норадреналина и, в меньшей степени, допамина.

Несмотря на то, что “Велаксин” имеет на сегодняшний день обширный мировой опыт клинического применения и является наиболее изученным представителем СИОЗСН, применение его в условиях

наркологии исследовано недостаточно. На базе отделения реабилитации Республиканского центра медико-социальных проблем наркомании было решено восполнить данный пробел.

С использованием методики слепого плацебоконтролируемого исследования «Велаксин» применялся при терапии постабстинентного состояния, сопровождавшегося тревогой, понижением настроения, нарушением сна. В исследовании принимали участие 30 пациентов с диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления опиоидов в состоянии воздержания, в условиях, исключающих употребление психоактивных веществ (F 1121). Кроме того, у всех пациентов, в той или иной степени, имелись проявления постабстинентного состояния. Средний возраст пациентов составил 24,3 года из них - 25 (83%) мужчин и 5 (17%) женщин. «Велаксин» назначался в начальной суточной дозе 75 мг. Время исследования составило 30 дней. Индикаторами эффективности препарата служили показатели шкалы Монтгомери - Асберга для оценки депрессии (MADRS), теста SF-36 (качество жизни) и клинические наблюдения врачей психиатров-наркологов.

Согласно индикаторам шкалы Монтгомери-Асберга, 45% пациентов имели суммарный балл от 16 до 25, т.е. проявления малого депрессивного эпизода; 34% пациентов имели суммарный балл от 26 до 30, т.е. проявления среднего депрессивного эпизода и у 21% отсутствовала депрессивная симптоматика, но наличествовали повышение тревожности и нарушение сна; были преходящие нарушения настроения.

По показателям теста SF-36 (качество жизни) показатели, в среднем, распределились следующим образом (при максимальном показателе 100 баллов).

За время апробации препарат показал эффективность в регулировании настроения, уменьшении тревожности, улучшении сна. Следует отметить быстрое (на 3 - 4 день) наступление фармакологического эффекта «Велаксина».

На рисунке 3 показано, что процентное соотношение пациентов со средним депрессивным эпизодом снизилось от 34% до 12%, с малым депрессивным эпизодом снизилось от 45% до 27%, а количество пациентов с отсутствием депрессивной симптоматики увеличилось с 21% до 61%.

Значительную эффективность препарат проявил в показателях влияния на качество жизни. В среднем, показатели увеличились на 73%, показатель физической боли снизился с 12 до 3.

Неплохо препарат зарекомендовал себя, как средство профилактики проявлений депрессивно - тре-

Показатели шкалы Монтгомери - Асберга до начала лечения (в процентах)

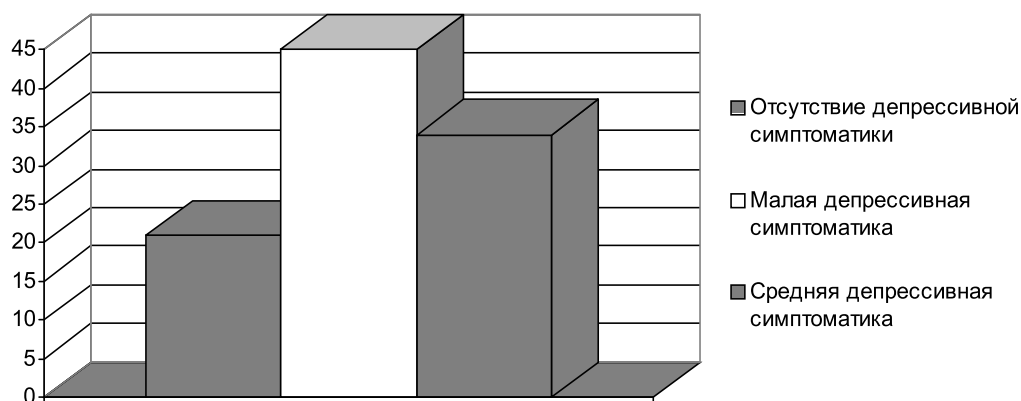


Рисунок 2.

Показатели теста SF-36 (качество жизни) до начала лечения (в баллах)

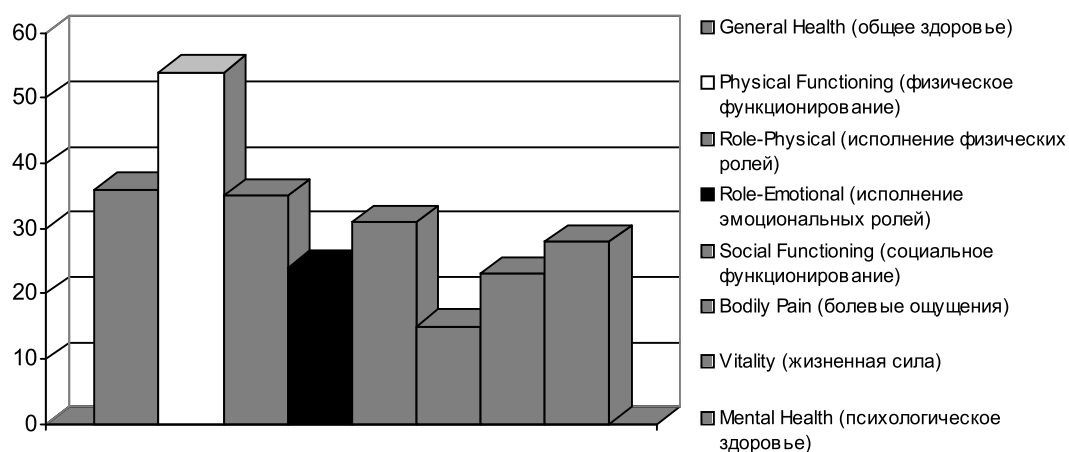
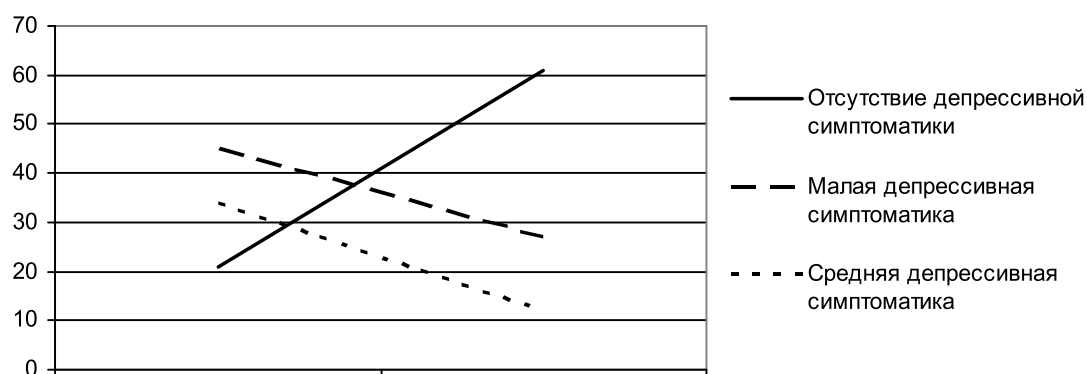
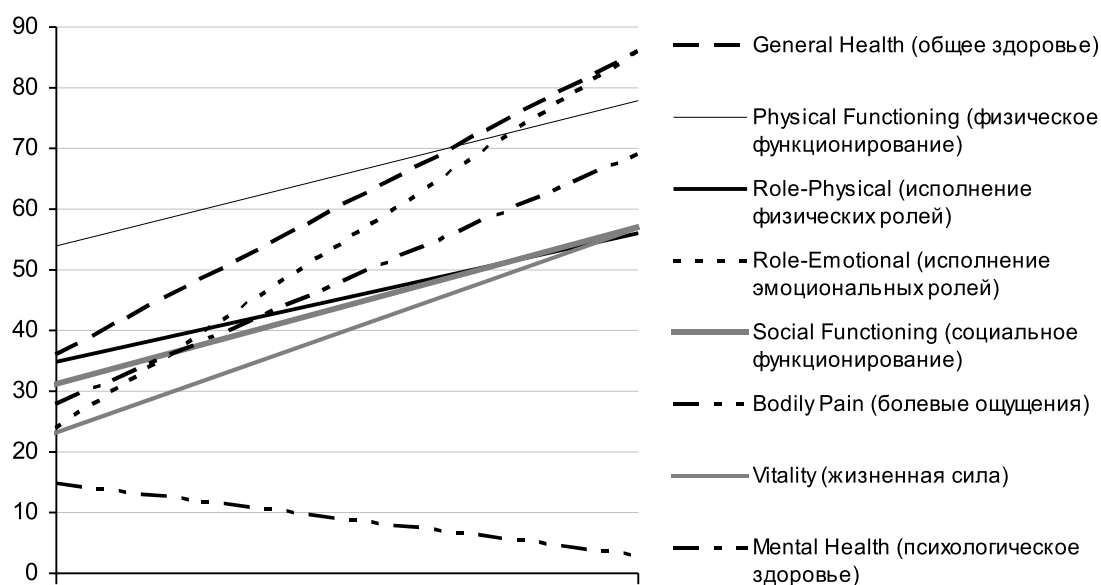


Рисунок 3.

Динамика показателей шкалы Монтгомери-Асберга на конец лечения (в процентах)



Динамика показателей теста SF-36 (качество жизни) на конец лечения (в процентах)



вожных эпизодов. Ни у одного из наблюдаемых пациентов не обнаружилось обострения постабстинентного состояния в процессе терапии «Велаксином».

При приеме препарата пациенты показали относительно хорошую его переносимость. Только в двух случаях отмечено появление у пациентов тошноты, купированной снижением дозировки препарата. У одного пациента наблюдалась сонливость, купированная переносом времени приёма препарата – с дневного на вечернее. По описанию врачей, наблюдавших за эффектом назначения препарата, кроме выше описанных изменений у пациентов наблюдалось также уменьшение количества соматических

жалоб, снижение тревожности, улучшение сна, регулирование поведения, пациенты легче соблюдали режим отделения.

Следовательно, препарат может быть рекомендован для терапии и профилактики депрессивных, тревожных расстройств как изолированно, так и в структуре постабстинентных состояний у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ.

В будущем нами планируется проведение расширенного исследования применения препарата «Велаксин» для профилактики рецидивов наркотических расстройств с целью выработки методик его применения.

## ПРЕВАЛЕНТНОСТЬ СЛУЧАЕВ ДОСРОЧНОГО ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В АБСТИНЕНТНЫЙ И РАННИЙ ПОСТАБСТИНЕНТНЫЙ ПЕРИОДЫ

Ю. А. Россинский, Ж. К. Мусабекова

Мы проанализировали причины случаев досрочного прекращения лечения. В таблице 1 отражена распространенность случаев и причины досрочного прерывания лечебной программы больными опиоидной наркоманией в общей группе (n = 567). В первой группе отмечены случаи досрочного прерывания программы в период с первого по двадцатый дни, а во второй группе – случаи досрочного прекращения лечения в период с двадцать первого дня по пятьдесят пятый.

Как видно из таблицы 1 в начальный период (первые 20 дней) общее количество случаев досрочного прекращения лечения по отношению к периоду с 21 по 55 дни достоверно превышает в среднем в 1,6 раза ( $43,4 \pm 4,5\%$  или 246 случаев и  $27,2 \pm 4\%$  или 154 случая, при  $P < 0,05$ ). Этот факт подтверждает нашу гипотезу о том, что доминирующие в период с 6 - 7 дня по 20-й день неосознаваемые или неадекватно оцениваемые психоэмоциональные расстройства (доминирующий «дефицитный психический статус»), явля-

Распространенность случаев досрочного прерывания лечебной программы больными опиоидной наркоманией в общей группе (n = 567) с 1 по 20 дни (группа № 1) и с 21 по 55 дни (группа № 2)

Досрочное прерывание лечебной программы		Группа №1 в % (n)	Группа №2 в % (n)
Исключение за нарушение режима (случаи)	пронос/употребление наркотика	4,8 ± 1,8% (27)	4,4 ± 1,8% (25)
	драки, открытый протест	4,2 ± 1,6% (24)	2,1 ± 1,2% (12)
	нарушение правил отпуска	3,2 ± 1,4% (18)	1,6 ± 1,3% (9)
	отказ от посещения психотерапевтических групп*	5,5 ± 1,9% (31)*	1,4 ± 1,2% (8)*
	отказ от врачебных назначений*	4,2 ± 1,6% (24)*	0,7% * {0,6% < 2,4%} (4)
	саботаж лечебного режима*	4,4 ± 1,8% (25)*	0,7% * {0,6% < 2,4%} (4)
	Всего исключения из программы*	26,3 ± 4% (149)*	10,9 ± 7,2% (62)*
Добровольный выход из программы	наличие причины	2,1 ± 1,2% (12)	2,1 ± 1,2% (12)
	отсутствие причины	15,0 ± 2,9% (85)	14,1 ± 2,8% (80)
	всего	17,1 ± 3,2% (97)	16,3 ± 3,4% (92)
Всего случаев досрочного прерывания лечения*		43,4 ± 4,5% (246)*	27,2 ± 4,0% (154)*

ются пусковыми механизмами патологического влечения к наркотику и неосознанного поведения, направленного на поиск возможности употребления наркотика, закономерно ведущего к досрочному прерыванию лечения. Так же подтверждением этому является тот факт, что в нашем исследовании было зарегистрировано 52 случая проноса наркотика в отделение и употребления его, что в среднем составляет 9,2%. Причем, в первой (1 - 20 день) половине лечения и во второй половине (21 - 55 день) процент случаев проноса наркотиков в отделение и их употребления являлся практически стабильным (27 случаев или 4,8±1,8% и 25 случаев или 4,4±1,8%).

С нашей точки зрения, именно поэтому выявляется положительная корреляция между интенсивностью психо - эмоциональных и поведенческих расстройств в абстинентный и ранний постабстинентный периоды. То есть, поведенческие расстройства являются вторичными по отношению к расстройствам психо - эмоциональной сферы и являются внешним проявлением неосознанных процессов совладания с потребностным состоянием и мотивации употребления наркотика (патологического влечения к ПАВ). Причиной нарушений поведения в этом случае, с одной стороны, является рассогласование

биологических, психических систем гомеостаза («дефицитарный психический статус»), которые запускают психологические механизмы аддиктивного поведения (обострение психической зависимости и патологического влечения к ПАВ), усугубляющие поведенческие расстройства. С другой стороны, активизированные психическая зависимость и патологическое влечение к ПАВ, актуализируют патологический личностный статус «Я - наркоман». Этот статус, в свою очередь, «программирует» поведение, направленное на обслуживание патологического личностного статуса и патологического влечения к наркотику. Как правило, в условиях лечебной программы это поведение будет противоречить правилам и будет выходить за рамки норм лечебного режима.

Данное предположение подтверждается тремя фактами:

1) относительным превалированием случаев досрочного прекращения лечения в период с 1 по 20 день в соотношении с периодом с 21 по 55 день;

2) относительным превалированием случаев исключения из лечебной программы за нарушение режима в период с 1 по 20 день в соотношении с периодом с 21 по 55 день;

\* Различия, отмеченные звездочкой (\*) являются достоверными, где P < 0,05.

---

---

3) относительным превалированием случаев исключения из программы на нарушения режима (деструктивный вариант поведения) и прекращения лечения без каких-либо обоснованных причин, над случаями обоснованного добровольного прекращения лечения без нарушения режима по отношению к общему их числу.

Выше мы уже отметили, что в наших наблюдениях отмечалось относительное превалирование случаев досрочного прекращения лечения в период 1 - 20 день в соотношении с периодом 21 - 55 дня, в среднем, в 1,6 раза. В таблице 1 показано, что в период 1 - 20 дня количество случаев досрочного прекращения лечения в связи с исключением из лечебной программы за грубые нарушения, в среднем, в 2,4 раза превышает аналогичные показатели, характеризующие период 21 - 55 дня ( $26,3 \pm 4\%$  или 149 случаев и  $10,9 \pm 7,2\%$  или 62 случая, при  $P < 0,05$ ).

К регистрируемым случаям нарушения лечебного режима мы относили тяжелые или грубые нарушения, однократное совершение которых предполагало немедленную выписку, и менее тяжелые – то есть те нарушения режима, повторение которых предполагало выписку из стационара. К первому типу, в основном, относились нарушения:

- пронос в стационар и/или употребление в стационаре наркотиков или алкоголя (52 случая или 9,2%);
- воровство, драки, открытый протест и провокация к групповой агрессии против медперсонала (36 случаев или 6,3%).

Ко второму типу относились нарушения:

- нарушение правил официального отпуска (употребление наркотика или алкоголя во время отпуска, приобретение наркотика и попытка проноса его в отделение по возвращению из отпуска, несвоевременное возвращение из отпуска) (27 случаев или 4,8%);
- отказ от посещения групповой психотерапии или систематические пропуски лечебных групп (39 случаев или 6,9%);
- отказ от врачебных назначений и лечебных мероприятий (отказ от участия в заседании терапевтического сообщества, отказ от приема медицинских процедур), игнорирование предусмотренных правилами режима лечебной программы (зарядка, гигиена и т.п.) (28 случаев или 4,9%);
- скрытый саботаж режима лечебной программы, подстрекание других к нарушению режима, попытка культивирования порядков тюремного толка

или попытка внедрения «тюремной культуры» взаимоотношений (29 случаев или 5,1%).

В понятие «тюремной культуры» взаимоотношений мы включали такие поведенческие особенности, которые, с нашей точки зрения, полностью соответствуют наркоманическому поведению. То есть поведению, программируемому доминирующим патологическим личностным статусом «Я - наркоман». Формировалась подгруппа из пациентов, которую возглавлял негативный лидер, пациент отрицательно настроенный к лечебному режиму, но открыто не заявляющий об этом. Данный лидер (в пеницинарных учреждениях – «пахан», «хозяин» или «смотрящий»), как правило, формирует через своих подчиненных нормы и правила общежития в сообществе, которые противоречат существующим правилам нормативного сообщества. Этот факт свидетельствует о том, данная патологическая форма социального общежития после того, как сформируется патологический личностный статус «Я - наркоман» (*мишень № 3*) является условной нормой для патологической наркоманической личности. Это соответствует тому, что отмечают Ю. В. Валентик и Н. А. Сирота (2002) в отношении лиц, зависимых от ПАВ, со сформировавшимся патологическим личностным статусом «Я - наркоман»: «... они руководствуются четкими ценностными ориентациями, только это патологические (алкогольные, наркоманические) ориентации. По мере прогрессирования болезни доминирующий патологический личностный статус («Я - алкоголик», «Я - наркоман») приводит к всё большему оттеснению на периферию нормативных личностных статусов (ЛС), их «сдавлению» и деформации. Это потенцируется процессом всё более нарастающей социальной дезадаптации. В конечном счете, атрофированные нормативные ЛС, в сочетании с длительным доминированием алкогольного (наркоманического) статуса, приводят к деформации личности...».

Таким образом, причины случаев досрочного прекращения лечения в абстинентный и ранний постабстинентный периоды коррелируют с интенсивностью проявлений психического статуса, который, в свою очередь, активизирует патологический личностный статус «Я - наркоман», основным мотивом которого является употребление ПАВ. Следовательно, вышеуказанные причины досрочного выхода из лечебной программы являются поведенческим радикалом доминирующего ПЛС «Я - наркоман»

### **Использованная литература:**

1. Валентик Ю. В. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / Ю. В. Валентик, Н. А. Сирота. – М.: Литера - 2000, 2002. - 256 с.

---

---

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НООФЕНА В ЛЕЧЕНИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ

С. В. Рудяков, П. Г. Брыжахин,  
С. Х. Хасс, А. И. Филиппов

г. Семипалатинск

Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов в состоянии отмены приобретают всё большую актуальность. Наряду с соматовегетативными расстройствами немаловажную, а порой и главенствующую роль играют неврозоподобные состояния тревожно-ипохондрического характера, которые определяют как психическое состояние больных, так и патологическое влечение к наркотику в период острой отмены опиоидов.

В этот период больным свойственна стойкая неудовлетворенность собственным самочувствием, нередко приводящая к тому, что настойчивые просьбы о назначении дополнительных лекарственных средств принимают противоречивый и взаимоисключающий характер. В основном, больные стремятся к продолжительному сну либо к выраженной седации (как правило, с помощью завышенных доз бензодиазепинов), и в то же время они тяготеют к нахлынувшей сонливостью и заторможенностью, явившейся следствием приема психотропных препаратов.

Учитывая преобладание психопатологических расстройств невротического характера, с целью их купирования нами использовался препарат «Ноофен» (Фенибут), производства Olain Farm, Латвия, который обладает не только ноотропными свойствами, но и позитивно воздействует на невротическую симптоматику.

Терапию прошли 23 мужчины, средний возраст которых составил 26 лет ( $\pm 3$  года), употребляющие в течение 2 - 3 лет внутривенно героин, со средней толерантностью 1,0 гр. ( $\pm 0,5$  г) низкопробного кустарного производства наркотического вещества в сутки. Все больные имели общий стаж наркотизации (в среднем) 5,5 лет ( $\pm 0,5$  года). Все пациенты имели низкий уровень мотивации на лечение, так как предпочли только детоксикационную терапию.

Лечебная программа была рассчитана на 12 дней. В неё включались специфические фармацевтические препараты (клонидин, трамадол), транквилизаторы и нейролептические препараты (диазепам, левомепромазин в стандартных дозировках), витамины (С, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, Е), гепатопротекторы и ноофен.

Нами отмечено, что с применением препарата ноофен (2,0 - 2,25 г/сутки в 4 приема) у больных значительно быстрее редуцировалась невропатическая симптоматика, как правило, на 7 - 8 день исчезали или заметно ослабевали просьбы о назначении дополнительных лекарственных средств седативного действия. В течение всего дня больные проявляли активность, были продуктивны в контакте, заметно уменьшалась и исчезала вязкость мышления, акцентуация на своем самочувствии, ночной сон становился более продолжительным и спокойным, как правило, без дополнительных назначений транквилизаторов в течение ночи. Только 7 пациентов из этой группы больных продолжали предъявлять жалобы невротического характера на протяжении всего курса лечения, дополнительно получая седативную терапию. Из них двое, прервали детоксикационную терапию ввиду неудовлетворенности лечением, изначально имея низкую мотивацию на излечение.

Таким образом, нами установлено, что одним из альтернативных решений в купировании острой симптоматики синдрома отмены опиоидов, и в частности его неврозоподобной составляющей, ноофен зарекомендовал себя с положительной стороны. Нами было отмечено, что ноофен убедительно воздействует на купирование тревожно-ипохондрической симптоматики. При этом, без ухудшения общего психического состояния больных можно снизить дозы транквилизаторов и нейролептиков до минимума, что всегда является актуальной проблемой в лечении наркозависимых лиц.

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

### СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА О РАСПРОСТРАНЁННОСТИ, ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ КУСТАРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ (обзор)

Н. И. Гузь

г. Павлодар

За последние годы в Казахстане, так же как и в странах СНГ в структуре наркомании отмечается рост удельного веса лиц с зависимостью от кустарно изготовленных наркотических веществ [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Среди различных видов злоупотребления психоактивными веществами существенную долю составляют наркомании с зависимостью от психостимуляторов. Поскольку большинство психостимуляторов, вызывающих зависимость, снято с производства и законодательно запрещено к применению, а в отношении других имеются ограничения и их оборот находится под контролем, в среде наркозависимых чаще используются кустарно изготовленные наркотики. Их легко готовят в домашних условиях из лекарственных компонентов и других легальных компонентов [9].

Истинные масштабы распространённости злоупотребления психостимуляторами не известны, так как наркозависимые лица, их использующие, гораздо реже попадают в поле зрения наркологов, чем лица с зависимостью от опиоидов. Учтёнными оказываются, в основном, лишь те, кого задерживают органы милиции в связи с незаконным хранением наркотиков, либо те, кто обращаются за помощью в связи с возникшими соматоневрологическими осложнениями. В конце 90-х годов прошлого столетия в России сложилась угрожающая ситуация, связанная со стремительным ростом употребления наркотических и других психоактивных веществ (ПАВ). При этом отмечается отчётливая тенденция к снижению среднего возраста потребителей ПАВ, что существенно усугубляет негативные медико-социальные последствия наркотизации. Начало заболевания и полное формирование клинической картины зависимости в значительной части случаев приходится на среднюю и позднюю фазы пубертата. Учитывая, что в подростковом возрасте в связи с резкими изменениями реактивности, «перестройкой» организма, формированием духовных ценностей, активной социализацией существенно повышается восприимчивость к различным экзогенным вредностям, следует признать, что даже эпизодическая интоксикация ПАВ в пубертатный период способна привести к явлениям дизонтогенеза – искажению развития организма и личности [10].

Хорошо изучены и описаны в литературе эфедроновая, первитиновая наркомании и эфедриновая токсикомания [11, 12, 13, 14]. Традиционно исходными для кустарного изготовления психостимуляторов (эфедрин и первитин) являются лекарственные средства, содержащие эфедрин. В последнее время с этой целью стали использовать препараты, применяемые при симптоматическом лечении ринитов, кашля, простудных заболеваний: «Колдакт», «Эффект», «Трайфед», «Активед», «Флюколдакт» и т.д. [7, 10]. Основным действующим веществом этих средств является фенилпропаноламин –  $\alpha$ - и  $\beta$ - адреномиметик, оказывающий прямое воздействие, главным образом, на  $\alpha$ - и  $\beta$ - адренорецепторы. Содержание фенилпропаноламина во всех этих препаратах составляет 50 мг в одной таблетке или капсуле. Стимулирующий эффект на ЦНС у этого вещества выражен в меньшей степени, чем у эфедрина. Так же в состав этих препаратов входит в небольших количествах блокатор гистаминовых  $H_1$ - рецепторов – антигистаминный препарат, обладающий умеренно выраженной седативной активностью [2]. По аналогии с кустарным способом получения эфедрона, из фенилпропаноламина при несложной обработке получается катинон (норэфедрон) – наркотическое вещество [5].

Катинон был впервые обнаружен в листьях ката (Cathedulis), произрастающего и употребляемого как психостимулятор преимущественно в восточной Африке. Обнаружено, что катинон является нестойким соединением и содержится только в свежеприготовленных растениях ката. В 1978 году в лаборатории ВОЗ катинон был получен синтетическим путем. Отмечалось, что в связи с возможностью такого синтеза, катинон представляет собой серьезную опасность [13].

До появления первых сообщений об аддиктивном применении вещества, изготовленного из капсул «Эффект» и «Колдакт», в литературе не было сведений о злоупотреблении синтетическим катиноном [3, 4].

Доступность этих препаратов привела к тому, что среди определенной группы подростков и молодых людей он достаточно популярен и стал применяться не только как токсикоманическое средство, но и для викарной заместительной интоксикации лицами, зависимыми от героина, в отсутствии героина или, что реже, для сочетанного приёма вместе с героином [1, 2].

---

---

К факторам, способствующим злоупотреблению фенилпропаноламином, относится, прежде всего, «порочная микросреда»: родители-алкоголики, безнадзорное детство, компании асоциальных подростков. Именно при этой форме наркомании примерно в 25% случаев у подростков наблюдается активный поиск одурманивающих средств, а 50% пациентов ищет новые ощущения: в прошлом они имели опыт приема кетамина, циклодола, эфедрона, гашиша, героина, алкоголя. В некоторых случаях, это способ социализации, вхождения в группу и лишь у незначительной части подростков (около 4%) – проявление своей независимости [7].

При кустарном изготовлении психостимуляторов, содержащих фенилпропаноламин, из одной стандартной упаковки медицинского препарата («Колдакт», «Эффект», и др.) получается примерно 50 мл раствора желтого цвета. Первоначальная доза составляет 3-4 мл раствора внутривенно. Сразу же после инъекции или во время внутривенного введения, наступает опьянение, сопровождаемое волной тепла в теле с приятным познабливанием и переживанием радости – это первая фаза интоксикации, собственно эйфорическая. Длительность первой фазы опьянения составляет 5 - 7 минут. Вторая фаза интоксикации характеризуется приливом сил, повышенным фоном настроения, лёгкостью в теле, однако двигательная активность умеренная, чаще появляется желание поговорить, хотя сами разговоры и общение между собой происходят вяло. Первоначально эта фаза у начинающих токсикоманов длится до 5 часов. По описаниям картина интоксикации сходна с опьянением эфедроном (митилкатиноном), но, в отличие от последнего, отсутствует моторная активность, бессмысленная суетливость, нет повышения сексуальности, прилива творческих фантазий, энергии со скачком мыслей и идей. Характерен внешний вид токсикомана в опьянении: лицо бледное, гипомимичное, отмечается легкий полуптоз, зрачки не изменены, с вялой или отсутствующей реакцией на свет, глаза тусклые, «стеклянные». Наблюдается легкое нарушение координации в статических пробах. При объективном исследовании можно отметить умеренную гипертензию, тахикардию до 120 ударов в 1 минуту. Интоксикация у начинающих заканчивается сонливостью, которая легко переходит в сон, длительностью до 12 - 18 часов [2].

Таким образом, психическая зависимость (1 стадия заболевания) к токсиканту формируется достаточно быстро, в течение 3 - 4 недель. Уже через 1,5 - 2 месяца ежедневного приёма формируется физическая зависимость (вторая стадия заболевания), которая характеризуется дальнейшим повышением разовой толерантности до 8 - 10 мл и суточной до 50 - 80 мл препарата, частота приёма токсиканта увеличивается до 6 - 8 раз в сутки [1, 2].

В России фенилпропаноламин и его соли, наряду с эфедрином, входят в «Список прекурсоров - 4»

(«Перечня наркотических средств, психотропных веществ, подлежащих контролю в РФ»), утвержденный постановлением Правительства РФ № 681 от 30.06.1998 г. Токсиканты, полученные путем кустарной химической модификации, рассматриваются как наркотические вещества. Наркогенным агентом, в этом случае, является катинон, относящийся к амфетаминоподобным веществам, обладающим одурманивающим действием, со стимулирующим ЦНС эффектом. В последние годы вышло несколько публикаций, посвященных фенилпропаноламиновой наркомании, особенностям формирования патологической зависимости и ассоциированных с ней расстройств, этапности клинических картин наркотического опьянения [3, 8, 9, 10].

Клиническая характеристика пациентов, употребляющих психотропные препараты на основе фенилпропаноламина, не исчерпывается проявлениями зависимости. Через 2 - 3 месяца ежедневного приёма начинают развиваться и быстро прогрессировать неврологические нарушения. На первый план выходят признаки тяжёлого органического поражения головного мозга. Происхождение церебральной симптоматики связываются как с токсическим влиянием основного действующего вещества, так и с наличием побочных токсических продуктов, прежде всего – марганца [3, 15].

Токсическая энцефалопатия, развивающаяся при употреблении суррогатных наркотиков, содержащих марганец, клинически сходна с энцефалопатией, связанной с хронической или острой интоксикацией марганцем. Марганцевая интоксикация часто развивается у шахтеров, добывающих марганцевую руду, электросварщиков, рабочих обогатительных комбинатов. При хронической интоксикации марганцем неврологические симптомы возникают постепенно. Сроки развития симптоматики зависят от количества марганца, попавшего в организм, от скорости и путей его поступления, а также от индивидуальных, возможно, генетически детерминированных особенностей обмена марганца у различных индивидуумов. В ряде исследований, посвященных хронической марганцевой интоксикации, было доказано, что в дебюте возможна продрома в виде галлюциноза, острого психоза, что, возможно, связано с нарушением дофаминергического тормозного контроля над кортикостриарной возбуждающей активностью вследствие селективного поражения D2-дофаминовых пресинаптических рецепторов [16, 17].

По мере прогрессирования заболевания в клинической картине доминирует синдром паркинсонизма в сочетании с дистониями и миоклониями. Паркинсонизм при марганцевой интоксикации характеризуется двусторонним дебютом, ранними постуральными нарушениями, расстройствами ходьбы и резистентностью к препаратам леводопы. Тремор покоя при марганцевом паркинсонизме встре-

чается редко, а постуральный тремор в руках, наоборот, является довольно частым симптомом [18].

Дистонический синдром, в основном, представлен оромандибулярной дистонией («дистоническая улыбка») и дистонией стоп («петушиная походка»). При МРТ головного мозга практически всегда можно выявить гиперинтенсивность сигнала в проекции медиального сегмента бледного шара и ретикулярной части черной субстанции в T1-режиме [19, 20].

При патоморфологических исследованиях головного мозга у пациентов с марганцевой интоксикацией и 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. Подобные структурные изменения обнаруживаются и у больных с токсической энцефалопатией, связанной с приемом суррогатных наркотиков. Во всех случаях отмечалось двустороннее накопление марганца в медиальном сегменте бледного шара, ретикулярной части черной субстанции, хвостатом ядре, скорлупе и субталамическом ядре [6].

При обследовании больных токсической энцефалопатией с помощью эмиссионной томографии выявлялась сохранность нигростриарных нейронов. В нескольких исследованиях *in vivo* и *in vitro* отмечена корреляция между повышением концентрации марганца в мозговой ткани и изменением содержания и метаболизма дофамина, ГАМК и глутамата [12].

Предполагается, что на фоне интоксикации марганцем уменьшается обратный захват глутамата астроцитами, что приводит к запуску механизма эксайтоксичности. Избирательное поражение базальных ганглиев при марганцевой интоксикации объясняется высоким содержанием в них окислительных ферментов. Под их влиянием нетоксичный – двухвалентный марганец превращается в токсичный – трехвалентный, с последующим его вовлечением в процесс оксидантного стресса [6].

Токсическая энцефалопатия, развивающаяся при употреблении суррогатных наркотиков, содержащих марганец, характеризуется быстрым развитием и прогрессированием неврологических нарушений. При этом пациенты жалуются на резкую замедленность речи, вплоть до полной афазии; скованность, замедленность произвольных движений; общую слабость; насильственные движения (дрожание конечностей, подергивание мышц, спазмы лицевой мускулатуры, судорожные сведения конечностей, генерализованные гиперкинезы); шаткость походки, нарушение координации движений; затруднения при самообслуживании. Первыми проявлениями токсического поражения ЦНС являются психическая и двигательная заторможенность, общая скованность, вегетативная лабильность, потливость, сонливость. Наблюдаются повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу с симптомом «зубчатого колеса», пропульсивные движения. Характерен и

внешний вид больных: лицо маскообразное, амимичное, рот с трудом открывается, выражены слезо- и слюнотечение, полуптоз [1].

По данным Волошиной Н. П. с соавт. [4], при неврологическом обследовании у пациентов, употребляющих состав, приготовленный из препарата «Эффект» или «Колдакт», отмечены следующие симптомы:

- гипомимия (100%);
- общая брадикинезия (80%);
- диффузное снижение мышечной силы (100%);
- гипертонус мышц по гиперпластическому типу (80%);
- оживление сухожильных рефлексов и их асимметрия (60%);
- патологические пирамидные симптомы (60%);
- атаксия (100%), координаторные нарушения (100%);
- дизартрия и другие нарушения речи (80%);
- вегетативные нарушения – сухость кожи, гипергидроз, трофические нарушения, гиперсаливация (80%);
- тремор конечностей (60%), гиперкинезы типа хореи, гемибаллизма (20%);
- лицевой пара- и гемиспазм (20%).

Носатовский И. А., в результате динамического наблюдения за больными, злоупотреблявшими кустарно изготовленными стимуляторами на основе фенилпропаноламина, выявил осложнения в виде психоорганического синдрома, развивающегося уже после первого месяца систематической наркотизации, который включает астенические, эмоционально-волевые нарушения, снижение интеллектуально-мнестических функций с социальной декомпенсацией. Так же автором выявлены неврологические осложнения с развитием амиостатического синдрома. Показана роль марганца, включённого в состав токсиканта, в формировании подкорковой энцефалопатии. Проведённая магнитно-резонансная томография (МРТ) демонстрирует поражение базальных ганглиев головного мозга. При этом, несмотря на прекращение наркотизации, у больных длительно сохраняются тяжелые нервно-психические расстройства, ограниченно поддающиеся фармакотерапии [9].

И. П. Петрюк представляет данные результатов исследования больных наркоманией, вызванной внутривенным употреблением катинона, кустарно изготовленного из препаратов «Эффект» и «Колдакт».

Авторы выявили выраженную неврологическую симптоматику в виде нарушения координации движений, пропульсий и ретропульсий, затруднения при изменении положения тела, практического отсутствия спонтанных движений, маскообразность лица, дизартрии и гипофонии, в некоторых случаях – провисание мягкого неба, тремор пальцев рук. В отдельных случаях нарушения речи и мимики были на-

---

---

столько выражены, что значительно затрудняли речевой контакт с исследуемыми больными [7].

Надеждин А. В. представляет данные результатов исследования больных, злоупотребляющих кустарно изготовленными психостимуляторами на основе фенилпропаноламина. Выявлено, что при выраженной интоксикации, когда суточная доза достигает 250 мл раствора и более, могут появляться элементы дереализации с ощущением «смещения» окружающих предметов, элементарные слуховые галлюцинации (шорох, стук, треск, звонки). Оценивают это состояние больные двойственно: они переживают эффект необъяснимой тревоги и страха, в то же время понимая, что эти расстройства возникли на фоне передозировки ПАВ. Прекращение многодневного потребления психостимуляторов сопровождается выраженной астенией, гиперсомнией, идеаторной заторможенностью, гипомимией. Данное состояние продолжается от трёх до семи дней с литической реакцией астенических проявлений. Их место постепенно занимает нарастающая дисфория, при этом, в большинстве наблюдений поведение больных характеризовалось практически полной некритичностью, категорическим отказом от продолжения лечения, монотонной навязчивостью и зачастую агрессивностью [10].

По результатам исследований Найденовой Н. Г. с соавт., фенилпропаноламинавая токсикомания характеризуется формированием картины токсической энцефалопатии и развитием марганцевого паркинсонизма. Первыми проявлениями токсического поражения являются психическая и двигательная заторможенность, общая скованность, вегетативная лабильность, потливость, сонливость, полуптоз [2].

Данные исследования Тузиковой Ю. Б. [8] выявили при неврологическом исследовании больных, употребляющих ПАВ на основе фенилпропаноламина, недостаточность черепно-мозговой иннервации в виде вялой реакции зрачков на свет, горизонтального нистагма при латеральных отведениях глазных яблок, недостаточности конвергенции, отсутствия плоточных рефлексов, оживления надбровных рефлексов. Кроме того, были выявлены и другие неврологические симптомы: рефлексы орального автоматизма, мышечные расстройства, оживление сухожильных рефлексов; постуральные нарушения: усаживание «с размаху», отсутствие плавности движений, неустойчивость при поворотах. На МРТ головного мозга больных были выявлены симметричные очаги гиперинтенсивного сигнала в проекции бледного шара и височных отделах. Данные ЭЭГ свидетельствовали о выраженной дисфункции глубоких срединных структур и передних отделов головного мозга, заинтересованность височных областей.

Результаты аналогичных исследований Ахметжанова В. К. [15] также свидетельствуют о развитии токсической энцефалопатии у больных, злоупотребля-

ющих ПАВ на основе фенилпропаноламина. При этом ведущими симптомами в развитии токсической энцефалопатии у больных были гиперкинезы типа хорей, гемибаллизма, а так же вегетативные расстройства – сухость кожи, гипергидроз, диффузные трофические нарушения, гиперсаливация.

Абстинентный синдром после начала наркотизации психостимулятором, получаемым из препарата «Колдакт» или «Эффект», проявляется астено-депрессивной симптоматикой. У большинства больных его развитие осуществляется в нескольких фазах, сменяющих друг друга. В первые часы прекращения наркотизации состояние больных можно обозначить, как гиперстеническую форму астенического синдрома, который характеризуется раздражительностью, вспыльчивостью, грубостью, негативизмом, иногда истероформными реакциями, компульсивным влечением к наркотику, двигательным беспокойством. Затем эти проявления сменяются гипостенической формой астенического синдрома. В этой фазе для больных характерны: сонливость, чувство усталости, недомогание, субдепрессивный фон настроения, плаксивость. В зависимости от продолжительности периода систематической наркотизации перед госпитализацией в стационар указанная симптоматика проходит через 2 - 5 дней. Больные вновь становятся раздражительными, конфликтными, стремятся уйти из стационара, заявляя о своем «полном выздоровлении», отказываясь от лечения [4].

Прогрессиентность психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении кустарными психостимуляторами проявляется быстрым формированием синдрома зависимости, большим количеством употребляемого одурманивающего вещества, многократным приёмом в течение дня, быстро возникающей токсической энцефалопатией, которая наиболее часто проявляется паркинсоноподобным синдромом, вялостью, заторможенностью, апато-депрессивным и астено - депрессивным синдромами. С появлением указанной симптоматики изменяется характер приёма психоактивного вещества. Доминирует тенденция смены наркотического запоя ежедневным приёмом. Это обусловлено тем, что катинон, меткатинон, псевдометкатинон, купируют паркинсоноподобный синдром и больной получает возможность относительно нормально функционировать какое-то время, маскировать последствия наркотизации от окружающих. Таким образом, токсическая энцефалопатия сама часто становится мощнейшим фактором прогрессирования заболевания. Больной купирует введением психостимуляторов на короткое время паркинсоноподобный синдром и ещё более усугубляет токсическое поражение головного мозга. Лечение выраженных неврологических расстройств становится поводом обращения к врачам [5].

Наиболее часто в научной литературе описывалось при хронических интоксикациях наркотиками

---

---

функциональное общесистемное истощение. Для всех форм наркомании характерны соматическая ослабленность, трофические нарушения, раннее увядание, преждевременное старение. Так было показано, что у молодых женщин, злоупотреблявших ранее опиатами и не принимавших их в течение нескольких месяцев или лет до времени обследования, тем не менее, достоверно значимо, по сравнению с контрольной группой, выявлялись при проведении специальных клинических тестов признаки экстрапирамидной недостаточности. Эти исследования авторов подчеркнули вероятность формирования стойкого неврологического дефекта в период длительного употребления наркотиков и сохранения неврологических нарушений в отдаленные сроки после прекращения приема этих веществ, с одной стороны, а также показали определенную тропность повреждающего действия опиатов к подкорковым структурам головного мозга. С другой стороны ранние признаки экстрапирамидной недостаточности, в том числе паркинсонизма, у наркозависимых отображают общесистемную направленность в их преждевременном старении [4].

Основной компонент психотропного средства, получаемого кустарно-химическим путем – катинон, как отмечалось выше, весьма близок по структуре и свойствам к эфедрону, при передозировке которого отмечаются возбуждение, бессонница, расстройства кровообращения, дрожание конечностей и другие токсические явления. В механизме действия препаратов этой группы большую роль играет их способность вызывать высвобождение из гранул пресинаптических нервных окончаний норадреналина и дофамина, и стимулировать, таким образом, центральные норадреналинергические и, в большей степени, дофаминергические рецепторы. Проникая через гематоэнцефалический барьер, эфедроподобные вещества оказывают специфическое стимулирующее влияние на ЦНС. Можно предполагать, что при длительном применении высоких доз данных веществ, происходит истощение дофаминергических структур, что может являться одним из звеньев формирования психических нарушений и вышеописанного симптомокомплекса экстрапирамидных расстройств у обследованных больных [3].

Помимо токсического действия больших доз продуктов трансформации фенилпропаноламина, можно предполагать еще один путь формирования экстрапирамидных нарушений. Один из компонентов для кустарного изготовления рассматриваемого психостимулятора – перманганат калия, вероятнее всего, не полностью удаляется из конечного продукта. Таким образом, в кровь попадает сложная смесь веществ, содержащая, в частности, соединения марганца, которые относятся к агрессивным нейротропным ядам хронического действия. Известно, что марганец способен вызывать специфические клинические проявления в виде так называемого марганцево-

го паркинсонизма. В литературе имеются детальные описания характерных для марганцевого отравления неврологических (прежде всего экстрапирамидных, паркинсоноподобных) нарушений, приводятся описания типичных психопатологических проявлений хронической марганцевой интоксикации – специфических аффективных и когнитивных расстройств. Марганцевое отравление может являться звеном в патогенетической цепи формирования столь злокачественной зависимости. Как известно, развитие экстрапирамидных нарушений при марганцевых интоксикациях реализуется через систему моноаминовых нейромедиаторов [11].

Для развития марганцевой энцефалопатии, которая раньше встречалась у рабочих горнодобывающей, металлургической и электротехнической промышленности, определяющее значение имели концентрация в воздухе марганецсодержащей пыли или паров и время их воздействия. Основное количество марганца, поступающего через дыхательные пути в организм, откладывается в печени, почках, поджелудочной железе, мозг содержит значительно меньшее его количество [9].

В экспериментальных исследованиях показано, что через 3 месяца после прекращения интоксикации количество отложившегося марганца резко снижается, хотя циркуляция его может продолжаться в течение ряда лет. Концентрация марганца в крови у лиц, страдающих выраженными формами хронической интоксикации, даже в отдаленных периодах заболевания оказалась повышенной. Однако не отмечено корреляции между степенью снижения концентрации марганца в моче, отражающей изменение его содержания в тканях, и наличием неврологической симптоматики. При систематическом, продолжительном внутривенном введении марганцевого калия в составе кустарного токсиканта создаются ранее не встречавшиеся особые условия его быстрого поступления, и затем накопления в организме и токсического воздействия на ЦНС [6, 9].

Высокая наркогенность кустарного стимулятора, тяжесть нервно-психических расстройств, инвалидизация больных, ограниченность эффективных средств лечения, наряду с доступностью исходных компонентов для изготовления наркотика, определяют большую медико-социальную опасность этого нового вида наркомании. Специфичность неврологических осложнений при фенилпропаноламиновой наркомании выделяет её среди прочих видов наркотизма. Разработка средств и методов лечения этой патологии, представляет собой сложную проблему для наркологов, психиатров и неврологов. Актуальной представляется организация раннего выявления молодых лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами кустарного производства для привлечения их к своевременному лечению.

---

---

### Список литературы:

1. Пятницкая И. Н., Найденова Н. Г. Подростковая наркомания // *Руководство для врачей.* — Москва: «Медицина», 2002. — С. 123-128.
2. Найденова Н. Г., Найденова И. И., Власова И. Б. Фенилпропаноламиновая токсикомания // *Вопросы наркологии.* — Москва, 2000. — № 4. — С.56-63.
3. Сосин И. К., Линский И. В., Чуев Ю. Ф. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путём кустарной химической модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // *Архів психіатрії.* — Киев, 2001. — № 4. — С. 117-122.
4. Волошина Н. П., Тайцлин В. И., Линский И. В. Психические и неврологические расстройства вследствие употребления психостимулятора кустарного изготовления, получаемого из препарата «Эффект» // *Український вісник психоневрології.* — 2000. — Т. 8, в 2 т. — С. 74-76.
5. Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления. // *Український вісник психоневрології.* — 2002. — Т. 10, в 1. — С. 190-192.
6. Фёдорова Н. В., Исмаилова Т. Ф. Токсическая энцефалопатия, вызванная употреблением суррогатных наркотиков, содержащих марганец: особенности клинической картины и диагностика // *Неврологический журнал.* — 2005. — № 3. — С.17-22.
7. Петрюк П. Т., Канищев А. В. Наркотическая зависимость от препарата, изготовленного кустарным путём из капсул «Эффект» и «Колдакт» (клинические особенности в судебно-психиатрической практике) // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* — 2001. — № 1. — С. 65-69.
8. Тузикова Ю. Б. Случаи зависимости от нового самодельного психостимулятора на основе фенилпропаноламина // *Вопросы наркологии.* — 2000. — № 1. — С. 49-55.
9. Носатовский И. А. Наркомания, вызванная кустарным стимулятором на основе фенилпропаноламина // *Наркология.* — 2003. — № 7. — С. 44 - 52.
10. Надеждин А. В., Тетенова Е. Ю. Злоупотребление амфетаминоподобными веществами, кустарно изготовленными на основе фенилпропаноламина // *Вопросы наркологии.* — 2000. — № 1. — С. 45 - 49.
11. Левин О. С. Эфедроновая энцефалопатия // *Журнал неврологии и психиатрии.* - 2005. — № 7. — С. 12-20.
12. Исмаилова Т. Ф., Федорова Н. В., Савченко А. М. // *Журнал неврологии и психиатрии.* — 2005. — № 12. — С. 18-21.
13. Брагин Р. Б., Брагина А. Б. Характеристика соматических нарушений при употреблении  $\alpha$ -аминокетонных стимуляторов // *Роль сосудистого фактора в генезе нервных и психических заболеваний: Сборник научных трудов.* - Харьков, 1998. — С. 59-63.
14. Кабдрахманова Г. Б. Клиника и патогенетические механизмы неврологических проявлений опийной наркомании: Автореф. дис... д.м.н. — Алматы, 2002. — 46 с.
15. Ахметжанов В. К., Смаилова Г. Ж. Клинические особенности течения катиновой наркотической зависимости. // *Астана медициналык журналы.* — 2003. - № 1. - С. 138-140.
16. Calabresi P., Ammassari-Teule M., Gubellini P. A synaptic mechanism underlying the behavioral abnormalities induced by manganese intoxication // *Neurobiol. Dis.* — 2001. — Vol. 8. - P. 419-432.
17. Elise A. M., Attila G. D., John L. B. et al. Existing and emerging mechanisms for transport of iron and manganese to the brain // *J. Neurosci. Res.* — 1999. — Vol. 56. — P. 113-122.
18. Erikson K. M., Ashner M. Manganese neurotoxicity and glutamate-GABA interaction // *Neurochem. Int.* - 2003. — Vol. 43. — P. 475-480.
19. Fahn S., Elton R. Unified Parkinson's disease rating scale. Recent developments in Parkinson's disease // *Millan Health care Information.* — 1987. — Vol. 5. — P. 153-163.
20. Folstein M., Folstein S., Hugh P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* — 1975. — Vol. 12. — P. 189-198.

---

---

## ТҮЙІН

### **ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТҮЕЛДІ ТҮЛДІАЛАРДА САУЫҚТЫРУ ҚЛУЕТ ДЕРГЕЙІН АНЫҚТАУ САУЫҚТЫРУ БАҚДАРЛАМАНЫ ТАҚДАУДЫ ДИАНОСТИКАЛЫҚ ЕСДЕУІ СИЯҚТЫ**

С. Н. Молчанов

Мақалада есірткіге түелділердің медициналық-қлеуметтік қрдісінде психотерапиялық қсеріні  
нысана табуына бағытталған ылыми-зерттеу жұмысының қзіндісі талданған.

Маңызды сздер: сауықтыру қлует, ремиссияның қзақтығы, «есірткілік» деректері.

### **НАШАҚОРЛЫҚ ПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТҚЛДАНЫҚ ЖЕКЕ ЖАҚДАЙДЫ КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТЕҚЕСТІРУІ: ТҚРТІПТІК САЛАСЫ**

Ж. Қ. Мқсабекова, Ю. А. Россинский, Т. В. Пак

Осы мақалада дискриптік-феноменологиялық және клиникалық-психологиялық қдістерімен  
белгіленген түртіп ерекшелігінің негізгі айқындағышы қарастырылады және опийндік нашақорлық  
түлдіаның қр түрлі қстем ететін клиникалық-қызметтік мқртебелерге ерекшелік болып табылады.

### **НАШАҚОРЛЫҚ ПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТҚЛДАНЫҚ ЖЕКЕ ЖАҚДАЙДЫ КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТЕҚЕСТІРУІ: ТІЛ ЖҚ НЕ АУЫЗША БАЙЛАНЫС**

Ж. Қ. Мқсабекова, Ю. А. Россинский, Т. В. Пак

Осы мақалада медициналық-қлеуметтік сауықтыру бақдарламасында опийндік нашақорлық  
науқастармен психотерапиялық қсер қрдісінде тіл және ауызша байланыстың психосемантиканың негізгі  
айқындағышы қарастырылады.

### **НАШАҚОРЛЫҚ ПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТҚЛДАНЫҚ ЖЕКЕ ЖАҚДАЙДЫ КЛИНИКАЛЫҚ-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТЕҚЕСТІРУІ: ҚСЕРШЕҚ-ЕРІКТІ САЛА**

Ю. А. Россинский, Ж. Қ. Мқсабекова, Т. В. Пак

Осы мақалада медициналық-қлеуметтік сауықтыру бақдарламасында терапиялық қсер ету қрдісінде  
нашақорлық науқастарда клиникалық-қызметтік мқртебесіне сипатты қсершеқ-ерікті саланың ерекшелік  
айқындағышы қарастырылады.

### **ПСИХОПАТИЯМЕН ҚАСІРЕТ ЕТЕТІН ЖАСҚ СПІРІМДЕРДЕ НИКОТИНДІК ТҮЕЛДІЛІКТІҚ ЖҚ НЕ ТЕМЕКІ, АЛКОГОЛЬ МЕН КАННАБИСТІ ПАЙДАЛАНУДЫҚ ЖҚ ЙЕЛІ НЫСАНДАРДЫҚ ПРЕВАЛЕНТТІК ЖҚ НЕ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҚ УЕКЕЛДЕР**

Б. Ж. Нқралиев, Ж. Қ. Мқсабекова, Ю. А. Россинский

Осы мақалада қазқстанның оқтқстік аймағының жасқспірімдер арасында арнаулы жеке бқзылулар  
болуынан – психопатия түелділігінен никотиндік түулдіктің преваленттік және салыстырмалы  
тқуекелдердің нқтижелері және темекі, алкоголь мен каннабисті пайдаланудың жқйелі нысандары  
кқрсетілген.

---

---

**НАША ОРЛЫ ПЕН АУЫРАТЫН НАУ АСТ ЛАНЫ ЖЕКЕ ЖАДАЙДЫ  
КЛИНИКАЛЫ -ПСИХОЛОГИЯЛЫ ТЕ ЕСТІРУІ: КОГНИТИВТІК САЛАСЫ**

Ж. . Мсабекова, Ю. А. Россинский, Т. В. Пак

Осы дискриптік-феноменологиялы және клиникалы-психологиялы ідістерімен белгіленген когнитивтік саласы ерекшелігіні негізгі айындаышы арастырылады және опийндік нашаорлы тланы пр тлі стем ететін клиникалы-ызыметтік мртебелерге ерекшелік болып табылады.

**ЕСІРТКІГЕ Т УЕЛДІ Т ЛАНЫ ПСИХОЛОГИЯЛЫ БЕЙІМДЕЛУІ: ДЕ ГЕЙЛІ  
Ж НЕ ІІ РЫЛЫМДЫ СІПАТТАМАСЫ**

К. А. Хохлова

Маалада медициналы-леуметтік сауытыру кезеінде болан есірткіге т уелділерді психологиялы бейімделуіні дегейді және іі рылымды сипаттама зерттеуіні мселелері тсіндірілген. Мінезді ерекшелігі, жйке-психикалы тратылы, коммуникативтік ерекшелік, психикалы орауа механизмы, тланы «ресурстік» жеткіліктігі, субъективтік баылау, тланы інды-мндік салалары сияты психологиялы бейімделу жағдарды зерттеу нтижесі крстелген. Психикалы бейімделуді те дегейлі жағдар арасындаы байланыс талдауы крсетілген және терапиялы ісерді «насана» тадау мкіндігі туралы орытындысы сынылған.

Маызды сздер: есірткіге т уелділерді психологиялы бейімделуі, тланы бейімделу луеті, тланы психикалы бейімделу сипаттамасы.

**ЕСІРТКІГЕ Т УЕЛДІ Т ЛАНЫ НЕОАБИЛИТАЦИЯ ІРДІСІНІ ТЕОРЕТИКАЛЫ  
БОЛЖАМЫ**

К. А. Хохлова

Осы маала есірткіге т уелді емделушілерді тла неоабилитация ірдісіні тиімділік болжам мселесіне арналған. Жйелі сыныс негізінде бейімделу парадигма шектігінде есірткіге т уелді тланы саногендік луетті теоретикалы іі рылым трі сынылды. арастыратын тла бейімделу трі трт ійлесінде сынылған: кеістік, уаыт, уат және аппарат, тланы психологиялы бейімделу баыытау трлерімен салатырылады.

Маызды сздер: терапиялы ісеріні тиімділік болжамы, неоабилитациялы ірдісі, интра- және аллопсихикалы бейімделу, есірткіге т уелді тланы саногендік луетті іі рылымы.

**АБСТИНЕНЦИЯ Ж НЕ РЕМИССИЯ І АЛЫПТАСУ КЕЗЕ ІНДЕ ОПИЙН  
НАША ОРЛЫ НАУ АСТАРДА І АННЫ КЛИНИКАЛЫ -БИОХИМИКАЛЫ  
К ІРСЕТКІШТЕРІ**

В. В. Востриков, В. П. Павленко, П. Д. Шабанов

147 нашаорлыпен ауыратын науастарда абстинетті синдром кезінде, нашаорды абылдамаған кезде(ремиссия) 45 күнге шейін, ауруды траты және айталамалы биохимиялы белгілері аныталады, бларды диагностикалы критерийлер деп те араула болады.

Бл ГАМК- траты тменгі дегейі мен NMDA және мю-опиат(MDOR) рецепторларыны аутоденелерге дегейіні жоарлауы.

MAO- белсенділігі мен NRGA глутамат рецепторларыны аутоденелер титрі ізгерістері байаусыз.

Нашаор абылдауды аза уаыт бойы тоатаннан кезде негізгі биохимиялы маркері болып, MDOR –рецепторларыны аутоденелер титрі ашы болады, кейде олар 4 жылға дейін ремиссия болады.

Науастарды биохимиялы маркеріні крсеткіштерін лабораториялы тексерілу кезінде алынған мліметтер деп крсетуге болады.

Негізгі сздер: нашаорлы; ГАМК; MAO-; NMDA рецепторларыны антиденелері, MDOR рецепторларыны антиденелері.

---

---

## ІШІМДІЛІККЕ ТҮЕЛДІ НАУҚАСТАРДЫ АБСТИНЕТТІК ЖАҒДАЙДАН КЕЙІНГІ КЕЗДЕ МЕКСИДОЛДЫ (МЕКСИКОР) ҰОЛДАНЫП ЕМДЕУ

В. В. Востриков, Л. Б. Кузембаева, В. П. Павленко, П. Д. Шабанов

Ішімділікке түелді 30 науқасқа (абстиненттік синдромды жойғаннан кейін, эмоционалды және когнитивтік өзгерістерді жою мақсатында мексидол (мексинорды) 50 мг/түлігіне, 14 күн бойынша) антиоксидантты тиімділігін клиникалық тексеруден өткізді. Мексикор алған барлық науқастар 2 топқа бөлінді: препаратқа сезімталдылығы жоғары (СЖ) және препаратқа сезімталдылығы төмен (ТС).

(ЖС) мексикор алған науқастардың, (ТС) парақанда ұзау уақыт бойы ішімдігіне экцесі анықталды, ал (ЖС) науқастарда препарат тиімділігінің 7 күнге дейін басталғандығын көрсетті. (ТС) науқастарда ішімдік қабылдауға жоғары қолмарлығы барлығын көрсетті, ал (ЖС) науқастарда ішімдік қабылдауды қолмарлығы болмады. Бұдан, науқастарға метаболикалық процесі бар препараттарды тағайындаған кезде, препаратқа деген және адамның сезімталдығын анықтау алу керек екендігі көрсетілді.

Негізгі сөздер: ішімдікке түелді, абстиненттік жағдай, астения, антиоксиданттар, мексидол, мексикор.

## ОПИОИДТАРДАН ТҮЕЛДІ НАУҚАСТАРДА ПОСТАБСТИНЕНТТІК КЕЗЕҒЕ ДИССОМНИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАР ЕМДЕУІНДЕ СОМНОЛДЫ (ЗОПИКЛОНА) ҰОЛДАНУ

А. В. Грузман, Д. Е. Аяғанова, Е. В. Бредихина,  
Л. Р. Камзина, А. А. Қосайнов, А. Н. Рамм,  
Ж. П. Сәбір, Г. А. Садуақасова, П. Е. Сұлтанова, Б. Е. Төлегенова

Зерттеудің мақсатты опиоидтардан түелді науқастарда постабстиненттік бұзылулар қолрамында болатын диссомникалық бұзылуларында сомнолды (зопиклона) тиімділігін анықтау болды. Зерттеуде 84 емделушілер қатынасты, оларда постабстиненттік бұзылулар қолрамында диссомникалық бұзылулар белгіленді. Емделушілер «Наша қоллығы медициналық-психологиялық проблемаларының республикалық ғылыми-практикалық орталығы» стационарлық қоллығынде болған кезде 8 апта бойы бақылауда болды. Өткізген зерттеу нәтижесі бойынша препаратты қолданған кезде қосалғы процесін қолретін және қолзарбаудан түііспе түелділікті қолалыптасуынан қолтылуға мүмкіндік беретін опиоидтардан есіркілік түелді науқастарда сомнолды қолданудың қолдістемесі дайындалды. Дистимия немесе ауырлығының депрессивтік бұзылудың жеңіл дәрежесі (сомнол мен фебариннің шалын мүлшер қоллесуі) түрі бойынша аффективтік бұзылуларымен қоллесетін диссомникалық бұзылулары бар науқастарды қолргізу түсілі қолсынылды. Сомнол қоллығының негізгі клиникалық сипаттамасына жақсы процесі еткенін көрсетті. Зерттелген науқастарда сомнол тиімділігінің дәрыс және теріс шектіктері анықталды. Дәрыс шектіктеріне диссомникалық бұзылулардың жеңіл дәрежесін, есірткіге қолзекті қолуестігін және анамнезде белгіленген абстиненттік бұзылуларын жатқызу қажет, сонымен қатар емделушілерде мазасыз қоллығы болуы жатады. Теріс шектікке есіркіге қолзекті қолуестік негізінде болатын диссомникалық бұзылулар, анамнезде орта және ауыр дәрежелі абстиненттік бұзылулар, аффективтік және мінез-қоллығының бұзылғанмен қоллесетін белгіленген диссомникалық бұзылуларды жатқызу қажет. Есірткілік тақырыпты және «мазасыз аяқ» синдром қоллығының болуы.

Постабстиненттік кезеңде диссомникалық бұзылуларды жайылдырмау үшін сомнолды тағайындалымы көрсетілген, опиоидтардан түелділіктен шалдыққан науқастар контингенті анықталды. Ол – терең емес қоллығысы бұзылған, мазасыз жеке мінезді және мазасыз сипатты қоллығысы бар, көрсетілмеген аффективтік пен мінез-қоллығының бұзылулар, есірткісіз қоллығы, анамнезде ауыр синдром болмауы және диссомникалық бұзылулар есірткіге деген қолзекті қолуестік негізінде болмаған диссомникалық бұзылулар бар емделушілер.

## АБСТИНЕНТТІК ЖӘНЕ ЕРТЕ ПОСТАБСТИНЕНТТІК КЕЗЕҒЕ ДЕРІНДЕ ЕМДЕУДІҢ МЕЗГІЛІНЕН БҰРЫН ТӨТАТУ ЖАҒДАЙЛАРЫНЫҢ ПРЕВАЛЕНТТІГІ

Ю. А. Россинкий, Ж. П. Мұсабекова

Осы мақалада абстиненттік және ерте постабстиненттік кезеңдерінде емдеудің мезгілінен бұрын төтату жағдайларының себептері қарастырылады.

---

---

**ҚОЛДАН ЖАСАЛҒАН ПСИХОСТИМУЛЯТОРЛАРДЫ Қ ПАЙДАЛАНУ НЕГІЗІНДЕ  
НЕВРОЛОГИЯЛЫҚ БҒЗЫЛУДЫ ТАРАТУ, ПАТОГЕНЕЗ ЖӘНЕ КЛИНИКАСЫ  
ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕНІ Қ АЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ  
(шолу)**

Н. И. Гузь

Қазақстан және басқа елдерде есірткілік заттарды қолдан жасалған есірткілік түрлерді түрлерін салмағының қосу және тарату туралы мәліметтер берілген. «Колдакт», «Эффект» препараттар негізінде амфетаминмен бірге бірігіп психостимуляторларды теріс пайдалану дерегі берілген. Ресей мен Украина әдебиеті шолу бойынша қарастырылған, сонымен бірге алыс шетел елдерінде соңғы уақытта осы нашарлық түрін қосу. Осы нашарлық түрін клиникасы сипатталған; толеранттық жоғары қосу сипатталған. Қолдан жасалған есірткілерді пайдалану негізінде болған қолданған энцефалопатия бар нашарлық клиникалық- неврологиялық зерттеуді мәліметтер нәтижелері берілген. Ауыр неврологиялық бұзылулары жүйелі есірткі пайдалануды екінші айдан соң дамиды. Токсикант құрамына кіретін фенилпропаноламин, марганецті ролі теріс астындағы энцефалопатия қалыптасуында. Есірткіні пайдаланбаған кезінде бірамастан нашарлықта фармакотерапияға шекті берілетін ауыр бұзылулары сақталады. Фенилпропаноламиндік нашарлық кезінде неврологиялық асшыну ерекшелігі оны есірткілік басқа түрлер арасында біледі. Осы патологияны емдеуде амал мен әдістерін дайындауы неврологтар, наркологтар, психиатрлар үшін ауыр мәселе болып табылады.

---

---

## SUMMARY

### **IDENTIFICATION OF A LEVEL OF REHABILITATION POTENTIAL, AS DIAGNOSTIC PROCEDURE OF A CHOICE OF THE REHABILITATION PROGRAM AT PERSONS WITH DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

S. N. Molchanov

In the article the fragment of the research work directed on search of goals of psychotherapeutic action during of medico-social rehabilitation of drug addicts is analyzed.

The key words: rehabilitation potential, duration of remission, «pro-narcotic» factors.

### **CLINICAL-PSYCHOLOGICAL IDENTIFICATION OF PERSONALOGICAL CONDITIONS OF THE PATIENT WITH DRUG ADDICTION: BEHAVIORAL SPHERE**

Z. K. Musabekova, Yu. A. Rossinskiy, T. V. Pak

In the given article the basic indicators of features of the behavior allocated with phenomenological and clinical-psychological methods and being specific for various dominating clinical-personalological statuses of the patient with opioid dependence are considered.

### **CLINICAL-PSYCHOLOGICAL IDENTIFICATION OF PERSONALOGICAL CONDITIONS OF THE PATIENT WITH DRUG ADDICTION: SPEECH AND AUDIO COMMUNICATIONS**

Z. K. Musabekova, Yu. A. Rossinskiy, T. V. Pak

In given article the basic indicators of psychosemantics of speeches and audio communications during psychotherapeutic interventions with patients in the program of medical-social rehabilitation are considered.

### **CLINICAL-PSYCHOLOGICAL IDENTIFICATION OF PERSONALOGICAL CONDITIONS OF THE PATIENT WITH DRUG ADDICTION: EMOTIONAL AND VOLITION SPHERE**

Yu. A. Rossinskiy, T. V. Pak, Z. K. Musabekova

In given article specific indicators of emotional and volition sphere, characteristic for clilical-personalological statuses of the patient with drug addiction during therapeutic interventions in the program of medical-social rehabilitation are considered.

### **PREVALENT AND RELATIVE RISKS OF NICOTIN DEPENDENCE AND REGULAR FORMS OF THE TOBACCO USE, ALCOHOL AND CANNABIS AT THE ADOLESCENTS SUFFERING PSYCHOPATHY**

B. Z. Nuraliev, Z. K. Musabekova, Yu. A. Rossinskiy

In the present article results of research of prevalent and relative risks of nicotine dependence and regular forms of the tobacco use, alcohol and cannabis, among adolescents of southern region of Kazakhstan are resulted, depending on presence of specific personal disorders - psychopathy.

---

---

## **CLINICAL-PSYCHOLOGICAL IDENTIFICATION OF PERSONALOGICAL CONDITIONS OF THE PATIENT WITH DRUG ADDICTION: COGNITIVE SPHERE**

Yu. A. Rossinskiy, Zh. K. Musabekova, T. V. Pak

In given article the basic indicators of the cognitive sphere features, allocated with phenomenological and clinical-psychological methods and being specific for various dominating clinical-personalological statuses of the patient with opioid dependence are considered.

## **PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF DRUG ADDICTED PEOPLE: LEVEL AND STRUCTURAL CHARACTERISTICS**

K. A. Khohlova

The article is about a problem of investigation of level and structural characteristics of psychological adaptation among the drug addicted patients. The authors present the results of research of following psychological adaptation components: accentuations of character, neural stability, communicational skills, psychological defense mechanisms, psychological «resource» of personality, level of subjective control, value and sense aspects of personality. The article includes the analysis of correlations between adaptation components of various level and conclusions about possibility to choose the reasonable aims of psychothe-rapeutical intervention.

Key words: psychological adaptation of drug addicts, adaptation potential of personality, characteristics of psychological adaptation.

## **THEORETICAL PROGNOSIS OF NEOHABILITATIONAL PROCESS OF DRUG ADDICTED PATIENTS**

K. A. Khohlova

The problem of prognosis of neohabilitational process effectiveness for drug addicted patients in psychotherapeutic environment is considered in this article. The theoretical model of sanogenic potential structure is offered in context of adaptation paradigm basing on system approach. The model shows characteristics of personal adaptation in four co-ordinate axes (space, time, energy and information) which are compared with kinds of direction of psy-chological adaptation.

Key words: prognosis of effectiveness of therapeutic involvement, neohabilitational process, intra-and allopsychical adaptation, structure of sanogenic potential of drug addicted patients.

## **CLINICAL AND BIOCHEMICAL BLOOD INDICES OF OPIATE DEPENDENCE PATIENTS IN WITHDRAWAL PERIOD AND IN THE PROCESS OF REMISSION FORMATION**

V. V. Vostrikov, V. P. Pavlenko, P. D. Shabanov

The stable and repeated biochemical signs of the disease (GABA contents decrease, high level of autoantiseria to NMDA receptors and autoantiseria to mu-opiate MDOR receptors) were revealed in the blood serum of 147 opiate

---

---

dependence patients in withdrawal period and in the process of remission formation. The activity of MAO-B and autoantiserum to NR2A-subunit of glutamate receptor did not change. The most diagnostic sign in the period of the prolonged remission was titre of autoantiserum to MDOR receptors, which persisted on high level within 4 years of remission. The data obtained shows on the laboratory significance of these biochemical indices for opiate dependence diagnostics.

Key words: opiate dependence, GABA, MAO-B, antisera to NMDA receptors, antisera to MDOR receptors.

### **MEXIDOL (MEXICOR) IN TREATMENT OF ALCOHOLIC PATIENTS IN POSTWITHDRAWAL PERIOD**

V. V. Vostrikov, L. B. Kuzembaeva, V. P. Pavlenko, P. D. Shabanov

The clinic investigation of antioxidant mexidol (mexicor; 50 mg/kg, 14 days) for the correction of emotional and cognitive disorders was carried out in 30 alcoholic patients after alcohol withdrawal syndrome arrest. All patients treated with mexicor were divided into two groups: with high sensitivity (HS) and low sensitivity (LS) to mexicor. In HS patients, the more prolonged alcoholic excesses were registered in comparison with LS group. In HS patients, the therapeutic effect began by 7th day with follow up stabilization. The HS patients were characterized with high alcoholic motivation, which decreased moderately during therapy, the alcoholic motivation in HS patients did not change. It is suggested that when the treatment of alcoholic patients is carried out with the drugs of metabolic type of action the individual sensitivity to the drug is necessary to consider. The individual sensitivity determines advance or failure of therapy of alcoholic patients.

Key words: alcohol dependence, withdrawal syndrome, asthenia, antioxidants, mexidol, mexicor.

### **USE OF SOMNOL FOR CORRECTION OF DISSOMNIA DISORDERS IN POST-ABSTINENT PERIOD AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE**

A. V. Gruzman, D. E. Ayaganova, E. V. Bredihina, L. R. Kamzina,  
A. A. Kusainov, A. N. Ramm, Zh. G. Sabir, G. A. Sadvakasova, K. E. Sultanova, B. E. Tulegenova

The purpose of research became definition of somnol efficiency at dissomnia disorders arising in structure of post-abstinence disturbances, at patients with opioid dependence. In total 84 patients have been included in research in whose structures of post-abstinence disturbances were marked dissomnia disorders. Patients were observed within 8 weeks of stay in stationary units of the Republican scientific-practical Center of medical-and-social problems of drug addiction. By results of the carried out research the technique of somnol application at patients with opioid dependence was developed, allowed to avoid formation of cross dependence from hypnotics and occurrence of side-effects at use of this medication. Beneficial influence of somnol on the basic clinical characteristics of dream is shown. There are revealed positive and negative predictors of somnol efficiency at the researched contingent of patients. The contingent of the patients, suffering with opioid dependence is determined to which somnol for knocking over dissomnia disorders in the postabstinent period is shown. They are patients - with superficial dream disorders, anxious personal features and dreams of anxious character, without the expressed affective and behavioral disorders, without dreams of the drug contents, absence in the anamnesis of a heavy withdrawal syndrome and whose dissomnia disorders arose on a background of absence of an actual craving to a drug.

### **PREVALENCE OF CASES OF THE PRESCHEDULE TERMINATION OF TREATMENT IN ABSTINENT AND EARLY POST-ABSTINENT PERIODS**

Yu. A. Rossinskiy, Z. K. Musabekova

In given article the reasons of cases of the preschedule termination of treatment in abstinent and early post-abstinent periods are considered.

---

---

**MODERN CONDITION OF AN ISSUE ON PREVALENCE, PATHOGENESIS AND CLINIC OF  
NEUROLOGIC DISORDERS IN CONSEQUENCE OF THE USE OF STIMULANTS OF HOME-MADE  
MANUFACTURING  
(Review)**

N. I. Guz

The data on prevalence and growth of densities of persons with drug addiction from the home-made substances in Kazakhstan and other countries are submitted. In particular, the fact of stimulant abusing with amphetamine action on the basis of preparations «Coldact», «Effect» is considered. The clinic of the given kind of drug addiction and fast growth of tolerance are described. Results of clinical-neurologic research of the given patients with the toxic encephalopathy caused by application of the home-made drugs are resulted. Heavy neurologic disorders develop already after the second month of regular abusing. Despite of the abuse termination, the long heavy disorders are kept, which is limited for pharmacotherapy. Development of means and methods of treatment of this pathology, represents a challenge for neurologists, experts in narcology and psychiatrists.

---

---

**БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ  
«ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА»  
ЗА 2006 ГОД**

**Редакторские статьи**

Катков А. Л. Наркологическая служба Республики Казахстан. Проблемы, пути совершенствования. Том 6, № 1, 2006

**Фундаментальные исследования**

Грузман А. В., Садвокасова Г. А., Тулегенова Б. Е., Кусаинов А. А. Комбинированная медикаментозная коррекция поведенческих и психических расстройств в раннем постабстинентном периоде опийной наркомании, Том 6, № 2, 2006

Грузман А. В., Султанова К. Е. Уровень реабилитационного потенциала у пациентов с зависимостью от опиоидов как предиктор эффективности реабилитационных программ, Том 6, № 2, 2006

Ескалиева А. Т. Нарушения социально-психологической адаптации при ВИЧ-инфекции, Том 6, № 1, 2006

Катков А. Л., Нургазина А. З. Психологические факторы, определяющие уровни психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в подростковом возрасте, Том 6, № 3, 2006

Комарова О. Н., Катков А. Л. Исследование базисных потребностей и реального сектора услуг, предоставляемых наркозависимым ЛЖВС, Том 6, № 1, 2006

Молчанов С. Н. Определение уровня реабилитационного потенциала, как диагностическая процедура выбора реабилитационной программы у лиц, зависимых от психоактивных веществ, Том 6, № 4, 2006

Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А. Клинико-диагностические особенности больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ, Том 6, № 3, 2006

Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А., Пак Т. В. Клинико-психологическая идентификация персонологических состояний личности больного наркоманией: поведенческая сфера, Том 6, № 4, 2006

Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А., Пак Т. В. Клинико-психологическая идентификация персонологических состояний личности больного наркоманией: речь и аудиальная коммуникация, Том 6, № 4, 2006

Пак Т. В. Континуальная психотерапия больных наркоманией в программах МСР, Том 6, № 3, 2006

Россинский Ю. А., Пак Т. В., Мусабекова Ж. К. Клинико-психологическая идентификация персонологических состояний личности больного наркоманией: эмоционально-волевая сфера, Том 6, № 4, 2006

**Профилактика и реабилитация**

Ажигулов Ж. К., Комарова О. Н., Новикова Е. В., Иванова Н. М. Опыт проведенного добровольного тестирования на наличие наркотических веществ в биологических жидкостях контингента учащейся молодежи г. Астаны в 2004 г., Том 6, № 4, 2006

Алтынбекова Г. И., Ахметова Т. М., Кульшарипова З. К., Хусаинова Т. Актуальные проблемы сохранения здоровья у бывшего наркозависимого человека в постреабилитационный период в условиях взаимодействия в семье и обществе, Том 6, № 2, 2006

Бултачиев Ж. Ж. Тотальное восприятие факторов риска возникновения зависимости у жителей Приаралья, Том 6, № 3, 2006

Грузман А. В. Социально-клинические параметры, имеющие корреляционные связи с длительностью пребывания в стационарных реабилитационных программах пациентов с зависимостью от опиоидов, Том 6, № 2, 2006

Ескалиева А. Т. Клинико-эпидемиологические предпосылки ВИЧ-инфицирования в семьях потребителей инъекционных наркотиков, Том 6, № 1, 2006

Жолдасова Ж. А. Динамика эмоционально-чувственной сферы у больных с опийной зависимостью при применении телесной психотерапии, Том 6, № 2, 2006

Загребельный Н. Ф. Некоторые особенности развития групповой динамики в условиях отделения принудительного лечения, Том 6, № 2, 2006

Каражанова А. С. Определение уровня реабилитационного потенциала в возрастном аспекте неблагоприятных регионов Республики Казахстан, Том 6, № 3, 2006

Катков А. Л., Нургазина А. З. Общие принципы и основные этапы групповой психотерапии с подростками группы риска наркологического профиля, Том 6, № 3, 2006

---

---

Кузнецов А. П., Прокудина О. В., Колесникова О. А., Мухтарова Ф. Г., Шмакова Т. И., Тюлендина Н. С. Многоступенчатая система антинаркотической профилактики молодежи, Том 6, № 1, 2006

Кульшарипова З. К., Ахметова Т. М., Сыздыкова А. К. Социальные отношения выздоравливающего наркозависимого индивида и обмен идеалами, ценностями и установками в условиях социальной реадaptации в обществе, Том 6, № 2, 2006

Николаева Н. В., Каражанова А. С. Несформированность коммуникативных навыков как одна из причин проявления аддитивного поведения, Том 6, № 3, 2006

Нуралиев Б. Ж., Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А. Преvalентные и относительные риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у подростков, страдающих психопатиями, Том 6, № 4, 2006

Нургазина А. З., Азанова Б. А. Влияние микросреды на формирования личности подростков группы риска по наркологическому профилю, Том 6, № 3, 2006

Пак Т. В. Особенности медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом, Том 6, № 2, 2006

Пак Т. В. Противоречивая и поддерживающая психотерапии лиц, зависимых от психоактивных веществ, Том 6, № 2, 2006

Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К., Пак Т. В. Клинико-психологическая идентификация клинико-персоналогического статуса личности больного наркоманией: когнитивная сфера, Том 6, № 4, 2006

Хохлова К. А. Психологическая адаптация личности наркозависимых: уровневые и структурные характеристики, Том 6, № 4, 2006

Хохлова К. А. Теоретическое прогнозирование процесса неоабилитации личности наркозависимых, Том 6, № 4, 2006

### Клиника

Абдикаримов Е., Колесникова О. А., Шакеева Л. Г. Сопутствующие патологии среди наркозависимых больных отделения принудительного лечения, Том 6, № 2, 2006

Азанова Б. А., Ешматова А. К. Особенности клинической динамики формирования ремиссий у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности, Том 6, № 2, 2006

Азанова Б. А., Абеева А. Г. Динамика формирования ремиссий у больных героиновой наркоманией с расстройствами личности, Том 6, № 2, 2006

Арсененко Л. Д., Ветлугина Т. П. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: галавит в терапии туберкулеза у ВИЧ инфицированного с опиатной зависимостью, Том 6, № 3, 2006

Бултачев Ж. Ж., Шайхутдинов Д. Ф. Мотивационные особенности формирования донологических форм алкогольной зависимости в популяции населения, проживающего в Приаралье, Том 6, № 3, 2006

Востриков В. В., Павленко В. П., Шабанов П. Д. Клинико-биохимические показатели крови больных опийной наркоманией в период абстиненции и формирования ремиссии, Том 6, № 4, 2006

Востриков В. В., Кузембаева Л. Б., Павленко В. П., Шабанов П. Д. Мексидол (мексикор) в лечении постабстинентного состояния у больных с зависимостью от алкоголя, Том 6, № 4, 2006

Грузман А. В., Аяганова Д. Е., Бредихина Е. В., Камзина Л. Р., Кусаинов А. А., Рамм А. Н., Сабир Ж. Г., Садвакасова Г. А., Султанова К. Е., Тулегенова Б. Е. Использование сомнола (зопиклона) для коррекции диссомнических расстройств в постабстинентном периоде у больных с зависимостью от опиоидов, Том 6, № 4, 2006

Грузман А. В. Дифференцированный подход к комбинированной медикаментозной терапии поведенческих и психических расстройств в раннем постабстинентном периоде опийной наркомании, Том 6, № 3, 2006

Грузман А. В., Кусаинов А. А., Рамм А. Н., Башилов В. В., Садвакасова Г. А., Тулегенова Б. Е. Дифференцированное лечение синдромов отмены и патологического влечения к наркотику у больных зависимостью от опиоидов, Том 6, № 3, 2006

Гузь Н. И. Неврологические расстройства при злоупотреблении кустарно изготовленных амфетаминоподобных наркотиков на основе препарата «Колдакт», Том 6, № 3, 2006

Дервянко О. И., Симбинов Д. Ш., Карибаева А. К., Нурпеисова А. К., Заикин О. А. Особенности генеза, клинических проявлений и основные принципы лечения женского алкоголизма, Том 6, № 2, 2006

Джолдыгулов Г. А. Некоторые особенности формирования зависимости от компьютерных игр, Том 6, № 2, 2006

Ескалиева А. Т. Клинико-социальные характеристики ВИЧ - инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в Карагандинской области, Том 6, № 1, 2006

Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К. Динамика характера наркотического опьянения у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ, Том 6, № 3, 2006

Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К. Коморбидные психические расстройства у больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ, Том 6, № 3, 2006

- 
- 
- Ескалиева А. Т., Мусабекова Ж. К., Россинский Ю. А. Социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ, Том 6, № 3, 2006
- Жанузаков М. А. Соматические аспекты героиновой наркомании (обзор литературы), Том 6, № 1, 2006
- Жолдасова Ж. А. Динамика клинико-психопатологического статуса больных опийной наркоманией в результате применения телесно-ориентированного тренинга, Том 6, № 2, 2006
- Каражанова А. С., Сексенова Ж. Х., Мусин Д. С. Закономерности формирования зависимости от токсических и других психоактивных веществ в возрастном аспекте, Том 6, № 1, 2006
- Киспаева Т. Т., Минбаев С. К., Омарова Ж. К., Шинтемирова К. П. Применение препарата Мексидол в комплексном лечении острых токсических энцефалопатий на фоне отравления суррогатами алкоголя, Том 6, № 1, 2006
- Кожрахметова Б. А., Ескалиева А. Т., Горбунова Г. П. Случай патологического влечения к азартным играм на фоне алкогольной зависимости, Том 6, № 1, 2006
- Кожрахметова Б. А., Ескалиева А. Т., Симбинов Д. Ш., Нурпеисова А. К., Деревянко О. И. Опыт применения эглонила и коаксила в лечении героиновой наркомании, Том 6, № 2, 2006
- Кожрахметова Б. А., Булекова Г. А. Опыт применения рисполепта (рисперидона) при лечении больных наркоманией, Том 6, № 4, 2006
- Кузембаева Л. Б. Применение препарата Пропротен - 100 при лечении больных алкоголизмом, Том 6, № 4, 2006
- Лаврентьев О. В. Применение препарата «Велаксин» в терапии постабстинентного состояния у пациентов с зависимостью от опиоидов, Том 6, № 4, 2006
- Кузнецов А. П., Прокудина О. В., Колесникова О. А., Шмакова Т. И., Мухтарова Ф. Г. Нормотимики в терапии патологического влечения к алкоголю, Том 6, № 1, 2006
- Маринина Е. А., Габдракипова Р. Ф., Хван Е. Э., Кожрахметова Б. А., Мажитова Д. К. О результатах применения флуоксетина в амбулаторных условиях в диспансерном отделении ОНЦ г. Караганды, Том 6, № 1, 2006
- Медетова М. М., Кажгалиева Ж. Т. Никотинизм (табачная зависимость), Том 6, № 2, 2006
- Минько Н. В., Кужаев Р. С. Опыт применения налтрексона в лечении алкогольной зависимости, Том 6, № 1, 2006
- Мусабекова Ж. К., Ескалиева А. Т., Россинский Ю. А. Характеристики состояния отмены (абстинентного синдрома) у больных опийной наркоманией, с положительным и отрицательным статусом ВИЧ, Том 6, № 3, 2006
- Россинский Ю. А., Мусабекова Ж. К. Преvalентность случаев досрочного прекращения лечения в абстинентный и ранний постабстинентный периоды, Том 6, № 4, 2006
- Рудяков С. В., Брыжахин П. Г., Хасс С. Х., Филиппов А. И. Опыт применения ноофена в лечении наркозависимых лиц, Том 6, № 4, 2006
- Хван Е. Э., Габдракипова Р. Ф., Маринина Е. А., Кожрахметова Б. А., Мажитова Д. К. Опыт применения продепа в лечении алкоголизма в амбулаторных условиях диспансерного отделения КОНЦ, Том 6, № 1, 2006

### **Организация наркологической помощи**

- Кузнецов А. П., Евтушенко Т. Р. Некоторые аспекты наркологической службы Костанайской области по предупреждению, профилактике наркомании и токсикомании, снижения спроса на наркотики, Том 6, № 2, 2006
- Кузнецов А. П., Прокудина О. В., Мухтарова Ф. Г., Колесникова О. А., Шмакова Т. И., Тюлендина Н. С., Сомусев Е. В. Опыт работы телефонной консультативной службы Костанайского областного наркологического диспансера, Том 6, № 1, 2006
- Маханова С., Байтокаева К., Тогызбаева Г., Ибрашева Г. Об оказании психологической помощи в Кызылординском областном наркологическом центре, Том 6, № 1, 2006
- Оспанова С. А., Ескалиева А. Т., Кожрахметова Б. А. Деятельность работы приемного покоя Карагандинского областного наркологического центра, Том 6, № 1, 2006
- Темиргалиева Д. Б., Карибаева А. К., Кожрахметова Б. А. Практический опыт деятельности отделения медико-социальной реабилитации в Карагандинском регионе, Том 6, № 1, 2006

### **Информация, обзоры**

- Азанова Б. А. Опиоидная зависимость и коморбидные личностные расстройства (литературный обзор), Том 6, № 2, 2006
- Гузь Н. И. Современное состояние вопроса о распространённости, патогенезе и клинике неврологических расстройств вследствие употребления психостимуляторов кустарного изготовления (обзор), Том 6, № 4, 2006
- Кузембаева Л. Б., Жумашева А. В. Воздействие психоактивных веществ на плод, Том 6, № 2, 2006
- Нургазина А. З. Риски вовлечения в зависимость от психоактивных веществ в подростковом возрасте и способы их коррекции (аналитический обзор литературы), Том 6, № 3, 2006