

---

---

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА**

**Том V № 4**

**2005**

**Павлодар**

---

---

---

---

**Редакционная коллегия:**

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

**Редакционный совет:**

А. А. Аканов (Астана); Ю. В. Валентик (Москва); Е. А. Досаев (Астана);  
Ж. А. Доскалиев (Астана); В. Ю. Завьялов (Новосибирск); Н. Н. Иванец (Москва);  
Р. Г. Илешева (Алматы); Г. М. Кудьярова (Алматы); И. Е. Куприянова (Томск);  
В. Н. Михайлов (Москва); А. В. Нерсесов (Астана); Х. А. Сагын (Астана);  
В. В. Соложенкин (Бишкек); Л. А. Степанова (Томск); М. З. Таргакова (Алматы);  
Н. К. Хамзина (Астана)

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

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

**Журнал основан в 2001 году  
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200  
телефон (факс): 8(3182) 57-29-40.  
E-mail: [press@rncenter.kz](mailto:press@rncenter.kz)**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

## СОДЕРЖАНИЕ

### УЧРЕДИТЕЛИ:

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН**

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

**Том V  
№ 4  
2005 год**

**выходит  
4 раза в год**

### ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Алтынбекова Г. И., Мусабеева Ж. К., Россинский Ю. А., Ескалиева А. Т.*  
Социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией со специфическими личностными расстройствами 7-13
- Нуралиев Б. Ж., Мусабеева Ж. К., Россинский Ю. А.*  
Гендерные особенности никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя, каннабиса у подростков южного региона Казахстана 13-16
- Пак Т. В.*  
Континуальный подход к психотерапии зависимых от опиоидов в программах комплексной медико-социальной реабилитации (клинико-психопатологический, психологический и социальный аспекты эффективности) 16-21

### ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Лазарев В. А., Исмагилов Н. Г.*  
О влиянии некоторых клинических и социально-психологических факторов на длительность ремиссии у больных с наркологическими расстройствами (алкоголизм) 22-23
- Миронова Н. В., Макалчук И. В., Мартыненко М. П.*  
Влияние курения на беременность 23-24
- Пак Т. В., Лаврентьев О. В.*  
Основные подходы к амбулаторной реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ 24-55
- Шахметов Б. А.*  
Модель изменения при использовании нейро – лингвистического программирования (НЛП) в терапии наркозависимости 55-57
- Юсопов О. Г., Тамтишева Д. Р., Абзуллин А. Т.*  
Применение терапии изобразительным искусством в программах медико-социальной реабилитации 57-62

### КЛИНИКА

- Абдулина М. С., Хакимова З. Ж.*  
Острая интоксикация алкоголем 63-64
- Абдулина М. С., Хакимова З. Ж.*  
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов 65-67
- Кузембаева Л. Б.*  
Алкогольная зависимость в подростковом возрасте 67-70
- Кузембаева Л. Б.*  
Использование гептрала в лечении алкогольных поражений печени 70-73

---

---

<i>Трифорова Л. Н.</i> Терапия неотложного состояния при хроническом алкоголизме	73-74
<i>Трумова Ж. З.</i> ВИЧ/СПИД и наркомания у женщин репродуктив- ного возраста	75-76
<i>Юсинова Б. Ж., Абдулина Г. С.</i> Клинические и социально-психологические аспек- ты у подростков с токсикоманиями	76-78

## **ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

<i>Андреева Г. В.</i> Практический опыт организации волонтерской ра- боты в Северо-Казахстанской области	79-82
<i>Хакимова З. Ж., Абдулина М. С.</i> Анализ данных токсикологических исследований за 2002-2004 годы	82-84

## **ПАМЯТИ АЛЕКСЕЯ ДЕРИЕВА**

<i>Жарков Н.</i>	85
<i>Борисовский В.</i>	85
<i>Катков А.</i>	85
<i>Левченко И.</i> Память сердца	86
<i>Макаров В.</i>	86
<i>Россинский Ю.</i>	86
<i>Фридрих С.</i> Про Алексея Дериева и психотерапию	87-92
<i>Резюме</i>	93-96
<i>Библиография к журналу «Вопросы наркологии Казахстана» за 2005 год</i>	97-99

---

---

---

---

# VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

## TABLE OF CONTENTS

<b>FOUNDERS:</b>		<b>BASIC RESEARCHES</b>	
<b>THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN</b>		<i>Altynbekova G. I., Musabekova Zh. K., Rossinsky Yu. A., Eskalieva A. T.</i>	
		The social-biographic characteristics of patients with dependence from opioids with specific personal disorders	7-13
		<i>Nuraliev B. Zh., Musabekova Zh. K., Rossinsky Yu. A.</i>	
		Gender features of nicotine dependence and regular forms of tobacco, alcohol, cannabinol use at adolescents of southern region of Kazakhstan	13-16
		<i>Pak T. V.</i>	
		The continued approach to psychotherapy of dependent from opioids in the complex clinical-social rehabilitation programs (clinical-patopsychological, psychological and social aspects of efficiency)	16-21
		<b>PREVENTION AND REHABILITATION</b>	
<b>RPE “REPUBLICAN SCIENTIFIC-AND- PRACTICAL CENTER OF MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS OF ADDICTION”</b>		<i>Lazarev V. A., Ismagilov N. G.</i>	
		About influence of some clinical and social-psychological factors on remission duration at the patients with narcological disorders (alcoholism)	22-23
		<i>Mironova N. V., Makarchuk I. V., Martynenko M. P.</i>	
		Influence of smoking on pregnancy	23-24
		<i>Pak T. V., Lavrentev O. V.</i>	
		The basic approaches to out-patient rehabilitation of patients with dependence from psychoactive substances	24-55
		<i>Shahmetov B. A.</i>	
		Model of change at use of neuro-linguistic programming in therapy of drug addiction	55-57
		<i>Yussopov O. G., Tampisheva D. R., Abzullin A. T.</i>	
		Application of art therapy in the programs of medico-social rehabilitation	57-62
		<b>Clinic</b>	
		<i>Abdulina M. S., Hakimova Z. Zh.</i>	
		Acute alcohol intoxication	63-64
		<i>Abdulina M. S., Hakimova Z. Zh.</i>	
		Mental and behavioural disorders owing to cannabinoids usage	65-67
		<i>Kuzembaeva L. B.</i>	
		Alcoholic dependence at adolescents	67-70
		<i>Kuzembaeva L. B.</i>	
		Use of geptral in treatment of alcoholic liver injury	70-73

**Volume V  
№ 4  
2005**

**Published  
4 times in a year**

---

---

---

---

<i>Trifonova L. N.</i>	
Therapy of an urgent state at chronic alcoholism	73-74
<i>Trumova Zh. Z.</i>	
HIV/AIDS and dtug addiction at women of reproductive age	75-76
<i>Yusinova B. Zh., Abdulina G. S.</i>	
Clinical and social-psychological aspects of adolescents with toxicomania	76-78

### **ORGANIZATION OF NARCOLOGICAL SERVICE**

<i>Andreeva G. B.</i>	
Practical experience of organization of volunteer work in the North-Kazakhstan region	79-82
<i>Hakimova Z. Zh., Abdulina M. S.</i>	
The analysis of toxicological researches data in 2002-2004	82-84

### **MEMORIES OF ALEXEY DERIEV**

<i>Zharkov N.</i>	85
<i>Borisovskiy V.</i>	85
<i>Katkov A.</i>	85
<i>Levchenko I.</i>	
Heart's Memory	86
<i>Makarov V.</i>	86
<i>Rossinsky Yu.</i>	86
<i>Fridrik S.</i>	
About Alexey Deriev and psychotherapy	87-92
<i>Summary</i>	93-96
<i>The bibliography of the journal «Voprosy narkolodiy Kazahstana» in 2005</i>	97-99

---

---

---

---

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

### СОЦИАЛЬНО-БИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЛИЧНОСТНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Г. И. Алтынбекова, Ж. К. Мусабекова,  
Ю. А. Россинский, А. Т. Ескалиева

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

Нами были исследованы некоторые социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией, в том числе у лиц, имеющих специфические личностные расстройства (психопатии) и некоторые аффективные расстройства настроения (циклотимия). В качестве исследуемых групп, мы отобрали 184 пациента РНПЦ МСПН, больных опийной наркоманией и имеющих специфические расстройства зрелой личности. Расстройства, которые соответствуют критериям Международной классификации болезней 10, пересмотра (МКБ - 10, 1994), раздела F 6 – Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых, подраздел F 60 – Специфические расстройства личности (168 человек) и F 34 – Хронические (аффективные) расстройства настроения, подраздел F 34.0 – Циклотимия, циклоидная личность (16 человек).

В качестве контрольной группы нами были отобраны в случайном порядке 66 человек, больных опийной наркоманией, не имеющих клинических признаков коморбидной психической патологии. Выборка осуществлялась из общего числа пациентов Республиканского научно - практического центра медико - социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), которые проходили курс лечения за период с 24 декабря 2001 года по 09 ноября 2004 года.

Среди больных опийной наркоманией с коморбидной психической патологией в виде специфических расстройств зрелой личности в исследовании были включены следующие группы пациентов:

**F 60.2 – Диссоциальное расстройство личности.** Эту группу составили 36 больных опийной наркоманией, имеющих данное расстройство личности, что составляет 21,4% от числа лиц, имеющих

специфические расстройства личности и 19,6% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения.

*Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациентов данной группы составил 27,1 лет. 32 человека (88,9%) составили мужчины, 4 человека (11,1%) – женщины. 17 человек (47,2%) относились к азиатской этнической принадлежности, 19 человек (52,8%) – представители европеоидного этноса. По полученному образованию больные опийной наркоманией с диссоциальным расстройством личности получили следующее распределение. Высшее образование имели 7 человек (19,4%), 6 человек (16,7%) – неполное высшее. У 19 человек (52,8%) было среднее или средне-специальное образование. Начальное или неполное среднее образование имели 4 человека (11,1%). В данной группе лица без образования отсутствовали.

*Сфера деятельности* данной группы была представлена следующим образом. 12 человек (33,3%) на момент исследования нигде не работали и не учились. 2 человека (2,8%) учились - 1 человек являлся студентом ВУЗа и 1 человек был учащимся в ПТУ. У 25% профессиональная деятельность была связана с бизнесом и финансами, 8,3% исследуемых работали в сфере образования и столько же исследуемых лиц трудились в сфере промышленности и транспортных услуг, 5,6% - в сфере торговли. 2,8% являлись медицинскими работниками.

*Семейное положение.* 19 человек (52,8%) на момент исследования ранее не имели собственной семьи, и были холостыми или не замужними. Состояли в браке на момент исследования 5 человек (13,9%). На момент исследования были разведены, но ранее имели семью 9 человек (25%), проживали в гражданском браке 3 человека (8,3%).

**F 60.30 – Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип.**

Эту группу составили 37 больных опийной наркоманией, имеющих данное расстройство личности, что составляет 22% от числа лиц, имеющих специфические расстройства личности и 20,1% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения.

---

---

*Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациентов данной группы составил 26 лет. 36 человек (93,7%) составили мужчины, 1 человек (2,7%) – женщины. 17 человек (40,5%) относились к азиатской этнической принадлежности, 22 человека (59,5%) – к представителям европеоидного этноса. По полученному образованию больные опийной наркоманией с эмоционально неустойчивым расстройством личности импульсивного типа получили следующее распределение: 5 человек (13,5%) имели высшее образование; 6 человек (16,2%) – неполное высшее. Среднее или средне-специальное было у 22 человек (59,5%). Начальное или неполное среднее образование имели 3 человека (8,1%). В данной группе лица без образования отсутствовали.

*Сфера деятельности* данной группы была представлена следующим образом. На момент исследования нигде не работали и не учились 11 человек (29,7%). 2 человека (5,4%) являлись учащимися ПТУ, 18,9% работали в сфере транспортных услуг, у 16,2% профессиональная деятельность была связана с бизнесом и финансами, по 5,4% трудились в сфере торговли и промышленности. В сельском хозяйстве трудились 2,7% от числа данной группы.

*Семейное положение.* 16 человек (43,2%) на момент исследования ранее не имели собственную семью, были холостыми или не замужними. 9 человек (24,3%) на момент исследования состояли в браке. На момент исследования были разведены, но ранее имели семью 4 человека (10,8%). Проживали в гражданском браке 3 человека (8,1%), 5,4% на момент исследования состояли в браке, но проживали отдельно друг от друга.

#### ***Ф 60.31 – Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип.***

Эту группу составили 25 больных опийной наркоманией, имеющих данное расстройство личности, что составляет 14,9% от числа лиц, имеющих специфические расстройства личности и 13,6% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения.

*Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациентов данной группы составил 26 лет. 22 человека (88%) составили мужчины, 3 человека (12%) – женщины. К азиатской этнической принадлежности 12 человек (48%), 13 человек (52%) – представители европеоидного этноса. По полученному образованию больные опийной наркоманией с эмоционально неустойчивым расстройством личности пограничного типа получили следующее распределение - 9 человек (36%) имели высшее образование, 7 человек (28%) – неполное высшее, 7 человек (28%) – среднее или средне-специальное образование. У 2 человек (8%) было начальное или неполное среднее образо-

вание. В данной группе лица без образования отсутствовали.

*Сфера деятельности* данной группы была представлена следующим образом. На момент исследования нигде не работали и не учились 15 человек (60%). Являлись студентами ВУЗов 2 человека (8%). У 16% трудовая деятельность была связана с бизнесом и финансами, по 4% работали в промышленности, здравоохранении и сфере транспортных услуг.

*Семейное положение.* На момент исследования ранее не имели собственную семью, были холостыми или не замужними 15 человек (60%). Состояли в браке на момент исследования 3 человека (12%). (20%) 5 человек ранее имели свою семью, но на момент исследования были разведены. 4% на момент исследования состояли в браке, но проживали отдельно друг от друга.

#### ***Ф 60.4 – Истерическое расстройство личности.***

Эту группу составили 22 больных опийной наркоманией, имеющих данное расстройство личности, что составляет 13,1% от числа лиц, имеющих специфические расстройства личности и 12% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения. *Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациентов данной группы составил 23,7 лет. 6 человек (27,3%) составили мужчины, 16 человек (72,7%) – женщины. 6 человек (27,3%) относились к азиатской этнической принадлежности, причем все к коренной национальности – казахам, 16 человек (72,7%) – к представителям европеоидного этноса.

По полученному образованию больные опийной наркоманией с истерическим расстройством личности получили следующее распределение - высшее образование имели 3 человека (13,6%), 6 человек (27,3%) – неполное высшее, 10 человек (45,5%) – среднее или средне-специальное образование, 2 человека (9,1%) – начальное или неполное среднее образование. В данной группе лица без образования отсутствовали.

*Сфера деятельности* данной группы была представлена следующим образом. На момент исследования нигде не работали и не учились 5 человек (22,7%). 1 человек (4,5%) учился в ПТУ. У 13,6% трудовая деятельность была связана с бизнесом и финансами, и столько же работали в сфере торговли. 9,1% работали в сфере образования и столько же – в промышленной.

*Семейное положение.* На момент исследования ранее не имели собственной семьи, были холостыми или не замужними 13 человек (59%). 1 человек (4,5%) на момент исследования состоял в браке. Ранее имели семью, но на момент исследования были разведены 4 человека (18,2%) и столько же проживали в гражданском браке.

---

---

***F 60.6 – Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности.***

Эту группу составили 43 больных опийной наркоманией, имеющих данное расстройство личности, что составляет 25,6% от числа лиц, имеющих специфические расстройства личности и 23,4% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения. *Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациентов данной группы составил 24,9 лет. 93% (40 человека) составили мужчины, 7% (3 человека) – женщины. 55,8% (24 человека) относились к азиатской этнической принадлежности, 44,2% (19 человек) – к представителям европеоидного этноса. По полученному образованию больные опийной наркоманией с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности получили следующее распределение. Имели высшее образование 13 человек (30,2%), 6 человек (14%) – неполное высшее, 20 человек (46,5%) – среднее или средне-специальное. У 3 человек (7%) было начальное или неполное среднее образование и 1 человек (2,3%) окончил вспомогательную школу.

*Сфера деятельности* данной группы была представлена следующим образом. На момент исследования нигде не работали и не учились 18 человек (41,8%). Студентами ВУЗов являлись 2 человека (4,7%). У 11,6% трудовая деятельность была связана с бизнесом и финансами. По 9,3% работали в сфере торговли и транспортных услуг, 7% работали в сфере промышленности, по 4,7% – в системе высшего образования и здравоохранении и 2,3% являлись работниками культуры.

*Семейное положение.* На момент исследования ранее не имели собственной семьи, были холостыми или не замужними 30 человек (69,7%). 6 человек (14%) на момент исследования состояли в браке. 3 человека (7%) ранее имели семью, но на момент исследования были разведены. 3 человека (7%) проживали в гражданском браке.

***F 60.7 – Зависимое расстройство личности.***

Эту группу составили 5 больных опийной наркоманией, имеющих данное расстройство личности, что составляет 3% от числа лиц, имеющих специфические расстройства личности и 2,7% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения. *Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациентов данной группы составил 21,2 лет. 100% составили мужчины. 20% относились к азиатской этнической принадлежности, 80% – к представителям европеоидного этноса. По полученному образованию больные опийной наркоманией с зависимым расстройством личности получили следующее распределение. 20% имели неполное высшее образова-

ние, 40% – среднее или средне-специальное и 40% – начальное или неполное среднее образование.

*Профессиональная сфера* данной группы имела следующее распределение. 60% на момент исследования нигде не работали и не учились. 20% являлись студентами ВУЗов. 20% работали в сфере торговли.

*Семейное положение.* 80% на момент исследования ранее не имели собственной семьи, были холостыми. 20% ранее имели семью, но на момент исследования были разведены. Таким образом, на момент исследования лиц, состоящих в браке не оказалось.

***F 34.0 – Циклотимия, циклоидная личность.***

Эту группу составили 16 больных опийной наркоманией, имеющих данное расстройство личности, что составляет 9,5% от числа лиц, имеющих специфические расстройства личности и 8,7% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения. *Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациентов данной группы составил 25,8 лет. 87,5% (14 человека) составили мужчины, 12,5% (2 человека) – женщины. 31,2% (5 человек) относились к азиатской этнической принадлежности, 68,8% (11 человек) – к представителям европеоидного этноса. По полученному образованию больные опийной наркоманией с циклотимией получили следующее распределение, 31,3% (5 человек) имели высшее образование – 6,2% (1 человек) – неполное высшее, 50% (8 человек) – среднее или средне-специальное, 12,5% (2 человека) – начальное или неполное среднее образование. В данной группе не оказалось лиц без образования.

*Сфера деятельности* данной группы имела следующее распределение. 37,5% (6 человек) на момент исследования нигде не работали и не учились. 18,8% (3 человека) работали в сфере промышленности, по 12,5% – в сфере здравоохранения и сфере торговли. У 6,3% профессиональная деятельность была связана с бизнесом и финансами.

*Семейное положение.* 62,5% (10 человек) на момент исследования ранее не имели собственной семьи, были холостыми или не замужними. 12,5% (2 человека) на момент исследования состояли в браке, столько же находились в разводе и столько же проживали в гражданском браке.

***F 11.2 – Больные опийной наркоманией без коморбидной психической патологии.***

Эту группу составили 66 человек, которые были отобраны в случайном порядке от общего количества больных опийной наркоманией, не имеющих коморбидной психической патологии и проходивших курс лечения в РНПЦ МСПН с 24. 12. 2001 года по 09. 11. 2004 года.

*Общие характеристики* данной группы выглядят следующим образом. Средний возраст пациен-

тов данной группы составил 24,6 лет. 86,4% (57 человек) составили мужчины, 13,6% (9 человек) – женщины. 54,5% (36 человек) относились к азиатской этнической принадлежности, 45,5% (30 человек) – к представителям европеоидного этноса. По полученному образованию больные опийной наркоманией без коморбидной психической патологии получили следующее распределение: 11 человек (16,7%) имели высшее образование, 5 человек (7,6%) – неполное высшее. У 36 человек (54,5%) было среднее или средне-специальное образование, у 8 человек (12,1%) – начальное или неполное среднее образование. В данной группе не оказалось лиц без образования.

*Сфера деятельности* данной группы имела следующее распределение. На момент исследования нигде не работали и не учились 20 человек (30,3%). Являлись учащимися ПТУ 4 человека (6,1%). У 12 человек (18,2%) профессиональная деятельность была связана с бизнесом и финансами, 13,6% (9 человек) – работали в сфере промышленности. 4,5% работали в сфере образования и по 3% являлись работниками культуры и работниками торговли.

*Семейное положение.* На момент исследования ранее не имели собственной семьи, были холостыми или не замужними 34 человека (51,5%). Состояли в браке на момент исследования 9 человек (13,6%). 4,5% (3 человека) ранее имели свою семью, но на момент исследования были разведены. 1,5% (1 человек) проживал в гражданском браке. Сравнение вышеуказанных групп пациентов по социально-биографическим характеристикам представлено в таблице 1.

Таким образом, при сравнении было выявлено, что больные опийной наркоманией без коморбидной психической патологии являются, в среднем, на 11 месяцев моложе лиц, наркозависимых от опиоидов, имеющих специфические расстройства личности среди лиц и обратившихся за медицинской помощью в РНПЦ МСПН (24,6 и 25,1 лет). Женщины, в сравнении с мужчинами (опиоидные зависимые, не имеющих личностных расстройств), старше, в среднем, на полгода. А среди больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию, наоборот, женщины оказались, в среднем, на семь месяцев моложе представителей мужского пола.

Таблица 1

**Социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией с специфическими расстройствами личности**

Исследуемый параметр	F 11.2 + F 6 + F 34.0	F 11.2	F 11.2 + F 60.2	F 11.2 + F 60.30	F 11.2 + F 60.31	F 11.2 + F 60.4	F 11.2 + F 60.6	F 11.2 + F 60.7	F 11.2 + F 34.0
Азиаты (%)	42,9	54,5	44,4	35,1	48	27,3	55,8	20	31,2
Европеоиды (%)	57,1	45,5	52,8	59,5	52	72,7	44,2	80	68,8
Средний возраст (лет)	25,5	24,6	27,1	26	26	23,7	24,9	21,2	25,8
Мужчины, ср. возраст	25,6	24,6	27,1	26,1	25,4	23,5	24,8	21,2	26,2
Женщины, ср. возраст	25,0	25,1	27,0	23,0	29,3	23,8	25,7	–	23,0
Азиаты, ср. возраст	27,0	24,6	27,8	27,5	28,2	26	25,3	28	28,2
Европеоиды, ср. возраст	24,4	24,7	26,4	25,1	23,9	22,9	24,4	19,5	24,7
Не работают (%)	34,8	30,3	33,3	29,7	60	22,7	41,8	60	37,5
Работают/учатся (%)	51,7	48,4	55,6	54,0	36,0	49,9	53,6	40,0	50,1
Холост/не замужем (%)	54,9	51,5	52,8	43,2	60	59	69,7	80	62,5
Женат/замужем (%)	14,1	13,6	13,9	24,3	12	4,5	14	0	12,5

Самыми молодыми пациентами оказались лица, больные опийной наркоманией с зависимым личностным расстройством (F 60.7), – 21,2 года. Средний возраст представителей европейской принадлежности данной нозологической подгруппы (F 11.2. в сочетании с F 60.7) составляет 19,5 лет. Самый молодой возраст среди женщин характерен для больных опийной наркоманией с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип (F 60.30) и циклотимией (F 34.0) – 23 года в каждой под-

группе. Самый молодой возраст среди мужчин характерен для опийных наркоманов с зависимым расстройством личности (F 60.7) – 21,2 года.

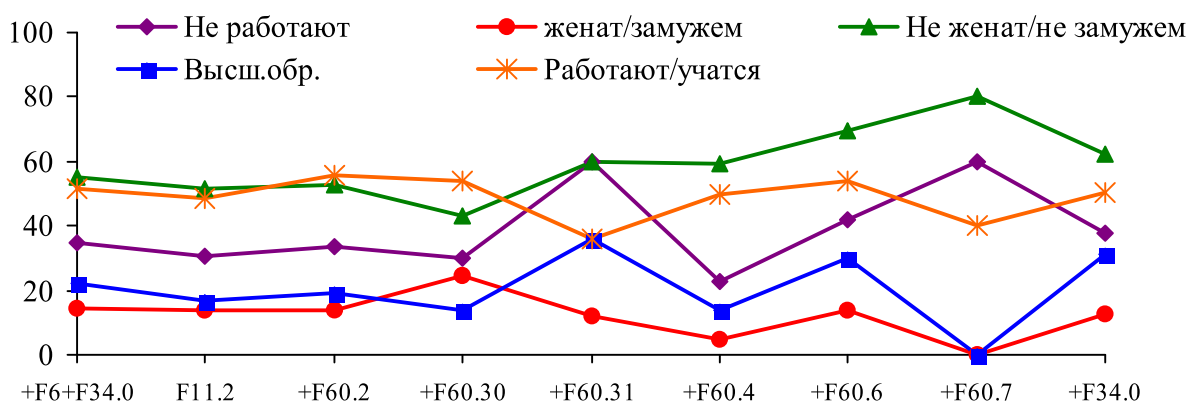
Такие факторы социальной характеристики, как наличие высшего образования, постоянной работы/учебы и семейного положения в различных нозологических подгруппах больных опийной наркоманией отражены на рисунке 1. На рисунке 1 отражено, что наиболее неблагоприятной группой в отношении данных параметров являются больные опий-

ной наркоманией с зависимым личностным расстройством (F 11.2 + F 60.7). Среди пациентов данной группы значительно чаще встречаются лица, не имеющие семьи - (80%), не имеющие постоянного занятия (не работают, не учатся – 60%). Среди лиц, входящих в данную группу, вовсе не обнаружено лиц, имеющих или имевших ранее собственную семью, и лиц, имеющих высшее образование. Факторами, возможно влияющими на данные показатели, явля-

ются возраст (21,2 года средний возраст и 19,5 лет – возраст лиц европеоидного этноса, которые составляют 80% данной подгруппы) и малое количество пациентов, составляющих данную группу (3% от числа лиц, имеющих специфические расстройства личности и 2,7% от числа больных опийной наркоманией, имеющих коморбидную психическую патологию в виде специфических расстройств личности и хронических расстройств настроения).

Рисунок 1

**Социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией, в том числе со специфическими личностными расстройствами**



Тем не менее, с нашей точки зрения, данная информация является важной, так как описание больных опийной наркоманией с зависимым личностным расстройством в недостаточной степени освещены в литературе. По сфере занятости (работа, учеба) и трудовой деятельности, так же неблагоприятными являются группы больных опийной наркоманией с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (пограничный тип) – 60% и циклотимией (циклоидные личности) – 37,5%. Превалентность холостых и незамужних лиц превышает 50% практически во всех нозологических подгруппах. Исключение составляют больные опийной наркоманией с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, импульсивного типа – 43,2%. Наиболее неблагоприятными нозологическими подгруппами в этом плане являются больные опийной наркоманией, имеющие:

- эмоционально-неустойчивое расстройство личности (пограничный тип) – 60%;
- истерическое расстройство личности – 59%;
- тревожное (уклоняющееся) расстройство личности – 69,7%;
- зависимое расстройство личности – 80% и циклотимию – 62,5%.

Интересное сочетание в наличии высшего образования и отсутствия постоянной трудовой занятости было обнаружено в следующих нозологических

подгруппах – у больных опийной наркоманией, имеющих:

- эмоционально - неустойчивое расстройство личности (пограничный тип);
- тревожное (уклоняющееся) личностное расстройство;
- циклотимию.

Например, среди лиц с опиоидной зависимостью: с эмоционально-неустойчивым личностным расстройством (пограничный тип) имели высшее образование 28%, 60% нигде не работали и не учились; с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности 30,2% имели высшее образование и 41,8% не работали и не учились; с циклотимией 31,3% имели высшее образование и 37,5% не работали и не учились.

Практически во всех нозологических подгруппах в 50% случаев пациенты на момент поступления на лечение имели постоянную работу или учились в каких-либо учебных заведениях. Исключение составили наркозависимые лица с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (пограничный тип) – 36,0%, зависимым расстройством личности – 40% и больные опийной наркоманией без коморбидной психической патологии – 48,4%. Наиболее успешными в социальной адаптации оказались больные опийной наркоманией с эмоционально - неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип. Среди них чаще, чем в остальных нозологических

подгруппах встречались те, кто проживал с собственной семьей (24,3%) и имел постоянную работу или учебу (54%). Так же наиболее адаптированными в профессиональном плане оказались наркозависимые с диссоциальным расстройством личности, среди них в 55,6% случаев были те, кто имел постоянную работу или учился на момент обращения за медицинской помощью.

*Этнокультуральный аспект.* Превалентность коморбидной психической патологии у больных опийной наркоманией в этнической принадлежности не показала достоверных различий и примерно поровну распределилась (среди азиатов и европейцев) во всех нозологических подгруппах. Исключения составляют больные опийной наркоманией с зависимым (20% и 80%) и циклоидным (31,2% и 68,8%) расстройством личности. Однако эти различия так же оказались недостоверными ( $P>0,05$ ), в силу малого количества выборки.

Достоверные гендерные различия при сравнении этнических подгрупп (азиаты и европеоиды) были получены в группе больных опийной наркоманией без коморбидной психической патологии. Среди лиц, относящихся к азиатской этнической принадлежности, при сравнении с представителями европеоидного этноса мужчины встречаются достоверно чаще, в среднем в 1,3 раза (96,3% и 73,3%,  $P<0,05$ ), а женщины достоверно реже, в среднем в 7,2 раза (3,7% и 26,7%,  $P<0,05$ ). В остальных нозологических подгруппах среди азиатов и европеоидов, достоверных гендерных различий получено не было.

При распределении по этнической принадлежности в общей группе наркозависимых: мужчины азиаты достоверно встречаются чаще лиц европеоидного этноса в среднем в 1,2 раза (96,3% и 73,3% при  $P<0,05$ ), а женщины достоверно реже, в среднем в 7,2 раза (3,7% и 26,7%,  $P<0,05$ ), соответственно. В группе наркозависимых с коморбидной психичес-

кой патологией было выявлено, что лица относящиеся к европеоидному этносу достоверно в среднем в 1,3 встречаются чаще, чем лица, принадлежащие к азиатской этнической группе (57,1% и 42,9%,  $P<0,05$ ). В группе опийных наркозависимых без коморбидной психической патологии не было выявлено достоверных различий в отношении этнической принадлежности (47% европеоиды и 53% азиаты, при  $P>0,05$ ). Так же были выявлены достоверные возрастные различия в общей группе наркозависимых (с коморбидной и без коморбидной психической патологии) среди азиатов и европеоидов. Так лица, относящиеся к азиатской этнической принадлежности, в среднем на 1 год и 10 месяцев являются старше европеоидов (26,3 года и 24,5 лет).

Таким образом, по социально-биографическим показателям можно выделить наиболее неблагоприятные нозологические подгруппы больных опийной наркоманией:

- по возрасту – больные опийной наркоманией с зависимым расстройством личности;
- по фактору отсутствия профессиональной занятости – больные опийной наркоманией с зависимым расстройством личности и с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (пограничный тип);
- по семейному фактору (отсутствие собственной семьи) – больные опийной наркоманией с зависимым расстройством личности, с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (пограничный тип), с тревожным (уклоняющимся расстройством личности) и циклотимией.

В указанных социально - биографических факторах наиболее неблагоприятными вариантами являются: сочетания опийной наркомании и эмоционально - неустойчивого личностного расстройства (пограничный тип), зависимого личностного расстройства и циклотимии.

#### **Использованная литература:**

1. Фридман Л. С. Наркология. / Л. С. Фридман, Н. Ф. Флеминг, Д.Х. Робертс, С. Е. Хайман (ред.). Пер. с англ. – 2 изд., испр. – М.; СПб.: «Издательство БИНОМ» – «Невский Диалект», 2000. – 320 с., ил.
2. Иванец Н. Н. Некоторые аспекты проблемы «личность и алкоголизм» / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии (сборник научных трудов). / Под ред. Г. В. Морозова. – М., МЗ СССР ЦНИИ судебной психиатрии им. В. П. Сербского, 1978. – С. 21-27.
3. Бохан Н. А. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики. / Н. А. Бохан, А. И. Мандель, Т. П. Ветлугина. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2001. - № 3 (21). - С. 28-33.
4. Макаров В. В. Клинико-социальные аспекты формирования и профилактики раннего пьянства и алкоголизма. / В. В. Макаров. – Томск, 1992. – С. 16 – 18.
5. Бохан Н. А. Когнитивный дефицит при ассоциированных формах алкоголизма: клинические особенности и экспериментально-психологическая идентификация. / Н. А. Бохан, А. И. Мандель. Региональные аспекты современной аддиктологии: Мат - лы международной конференции. - Томск, 1994. - С. 81-85.
6. Мандель А. И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири. / А. И. Мандель. Автореф. Дис. докт. мед. наук. - Томск, 2000.
7. Бохан Н. А. Коморбидность формирования алкоголизма в аддиктивных семьях. / Н. А. Бохан. Организация психиатрической помощи. Материалы международной научно-практической конференции (Омск, 5 - 6 декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, Томск. - Омск: ООО «Изд. «РАСКО», 2002. - С. 18-22;

8. Иванец Н. Н., Винникова М. А. Патологическое влечение к наркотику и аффективные расстройства при героиновой наркомании. / Н. Н. Иванец, М. А. Винникова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - Томск, 2001. - № 3 (21). - С. 76-79.

9. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. / М.Е. Бурно. – М.: Академический проспект, ОППЛ, 2000. – 719 с.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РЕГУЛЯРНЫХ ФОРМ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА, АЛКОГОЛЯ, КАННАБИСА У ПОДРОСТКОВ ЮЖНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

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

г. Павлодар

Гендерные особенности формирования и течения зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) представляют собой острую проблему в вопросах их выявления, лечения, реабилитации и профилактики (Рохлина М. Л., 2001; Батулин Е. В., Паленая Н. В., 2002; Бохан Н. А. и соавт., 2004) и предмет научных споров. Ряд исследователей считает, что женский алкоголизм имеет своё более быстрое формирование и более злокачественное течение (Энтин Г. М., 1990; Пятницкая И. Н., 1988, 2002). Другие же исследователи считают, что таких различий нет и что «это не соответствует действительности, так как данный тезис основывался на анализе далеко зашедших случаев патологии, что отражало позднюю обращаемость женщин» (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В., 2000, стр. 294 - 295).

В этой связи, нами было проведено исследование распространенности, относительных рисков и соотношения шансов табачной зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у подростков общей популяции южного региона Казахстана, в зависимости от их гендерной принадлежности. Настоящее исследование являлось

кросс - секционным и включало случайную выборку из 293 подростков мужского и женского пола в возрасте 16 - 18 лет, которые согласились 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 числа всей 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>.

В таблице 1 представлены данные в отношении превалентных и относительных рисков табачной зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у подростков мужского и женского пола южного региона Казахстана.

Таблица 1

### *Формы употребления табака, алкоголя и каннабиса подростками мужского (1 группа, n=132) и женского (2 группа, n=161) пола общей популяции*

Наименование	1 группа (n=132)	2 группа (n=161)	P	RR	OR
Синдром зависимости от табака (F 17.2)	$18,2 \pm 6,6\%$	$5,6 \pm 3,5\%$	<0,01	3,25 1,6<>6,8	3,75 1,7<>8,4
Употребление табака без зависимости	$23,5 \pm 7,2\%$	$3,7 \pm 2,9\%$	<0,01	6,3 2,7<>14,6	7,93 3,2<>19,7
Регулярное употребление табака	$41,7 \pm 8,4\%$	$9,3 \pm 4,5\%$	<0,01	4,47 2,7<>7,5	6,95 3,7<>13,1
Регулярное употребление алкоголя	$12,7 \pm 6,2\%$	2,7% 1,4<>6,9%	<0,01	4,74 1,6<>14	5,29 1,7<>16,5
Наличие метаболитов в моче: Каннабис	$20,5 \pm 6,9\%$	$3,7 \pm 2,9\%$	<0,01	5,49 2,3<>12,9	6,64 2,7<>16,6

<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.

Мы исследовали общую выборку, включая подростков с психическими расстройствами – психопатиями и РПА. В результате сравнительного анализа было выявлено, что распространенность табачной/никотиновой зависимости, а так же регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса достоверно больше среди подростков мужского пола. Соответственно, так же достоверно выше соотношения шансов и относительные риски никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса подростками мужского пола. Например, соотношение шансов (OR) быть регулярным курильщиком у мальчиков по отношению к девочкам в среднем составляет 6,95 (3,7 <math>></math> 13,1) балла и относительные риски выше в 4,47 (2,7 <math>></math> 7,5) раза. Соотношение шансов (OR) быть зависимым от табака у мальчиков по отношению к девочкам в среднем составляет 3,75 (1,7 <math>></math> 8,4) балла, соответственно от-

носительные риски формирования табачной / никотиновой зависимости у мальчиков достоверно выше в 3,25 (1,6 <math>></math> 6,8) раза, чем у девочек. Так же соотношение шансов, употребления табака без клинических проявлений никотиновой зависимости, т.е. быть регулярным курильщиком, но независимым от никотина у подростков - мужчин в 7,93 (3,2 <math>></math> 19,7) раза больше, чем у женщин, и, соответственно, относительный риск – в среднем в 6,3 (2,7 <math>></math> 14,6) раза. У подростков мужского пола в сравнении с подростками женского пола в среднем в 4,74 (1,6 <math>></math> 14) раза увеличивается относительный риск алкоголизации и в 5,49 (2,3 <math>></math> 12,9) раза – употребления каннабиса.

Мы так же исследовали соотношение шансов и относительные риски формирования табачной зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса у психически здоровых подростков (таблица 2).

Таблица 2

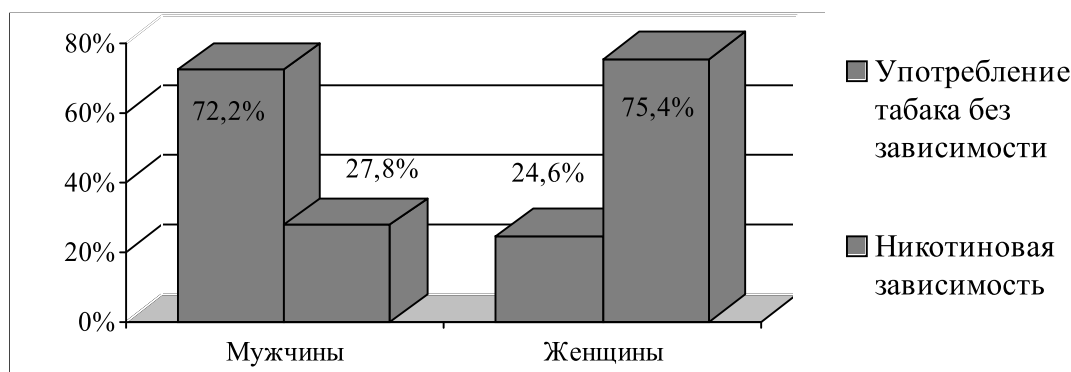
**Формы употребления табака, алкоголя и каннабиса психически здоровыми подростками мужского (1 группа, n=97) и женского (2 группа, n=141) пола**

Наименование	1 группа (n=97)	2 группа (n=141)	P	RR	OR
Синдром зависимости от табака (F 17.2)	8,2 ± 5,5%	4,3 ± 3,3%	>0,05	1,94 (1?)	2,02 (1?)
Употребление табака без зависимости	21,6 ± 8,2%	1,4% 0,7 <math>></math> 5,4%	<0,01	15,26 3,7 <math>></math> 63,6	19,2 4,4 <math>></math> 84,1
Регулярное употребление табака	29,9 ± 9,1%	5,7 ± 3,8%	<0,01	5,27 2,5 <math>></math> 11	7,09 3,1 <math>></math> 16,3
Регулярное употребление алкоголя	8 ± 5,7%	0,8% 0,4 <math>></math> 4,6%	<0,01	10,5 1,3 <math>></math> 83,9	11,32 1,4 <math>></math> 93,7
Наличие метаболитов в моче: Каннабис	8,2 ± 5,5%	0,7% 0,4 <math>></math> 4,4%	<0,01	11,63 1,5 <math>></math> 91,5	12,58 1,5 <math>></math> 102,3

В этом случае мы не учитывали подростков, имеющих психопатии, и тех подростков, у кого были зарегистрированы случаи расстройств психической адаптации. Как видно из таблицы 2 не было выявлено достоверных различий в отношении табачной/никотиновой зависимости ( $P > 0,05$ ), соответственно, было бы некорректным рассчитывать относительные риски. Однако, в отношении регулярных форм употребления табака, алкоголя и каннабиса были выявлены достоверные различия у подростков мужского и женского пола. Например, распространенность регулярного употребления табака у психически здоровых подростков - мужчин в среднем составила 29,9% ( $\pm 9,1\%$ ), а у женщин – 5,7% ( $\pm 3,8\%$ ). Следовательно, соотношение шансов у подростков мужского пола стать регулярным курильщиком достоверно выше, чем у подростков женского пола в 7,09 (3,1 <math>></math> 16,3) раза, относительные риски – в 5,27 (2,5 <math>></math> 11) раз соответственно. В отношении регулярного употребления табака, без клинических признаков никотиновой зависимости, гендерное распределение среди психически здоровых подростков имеет

следующее распределение: 1,4% (0,7% <math>></math> 5,4%) девочек - подростков регулярно употребляют табак, но не имеют никотиновой зависимости, что составляет в среднем 24,6% от общего числа курящих. То есть основная масса подростков женского пола, регулярно употребляющих табак, имеет никотиновую зависимость. Среди подростков мужского пола, употребляющих табак, относительный перевес отмечается в пользу лиц, регулярно употребляющих табак, но не имеющих признаков никотиновой зависимости. Например, психически здоровые подростки, регулярно употребляющие табак, но не имеющие никотиновой зависимости, из числа общей выборки составили 21,6%, ( $\pm 8,2\%$ ), что в среднем составляет 72,2% от курящих подростков. То есть основная масса подростков мужского пола, регулярно употребляющих табак, не имеет никотиновую зависимость. На рис. 1 отображено гендерное соотношение подростков, зависимых от никотина, и подростков, регулярно употребляющих табак, но не имеющих признаков никотиновой зависимости, в группе регулярно употребляющих табак.

**Соотношение никотин зависимых и регулярно употребляющих табак без признаков никотиновой зависимости в группе курящих подростков, гендерный аспект**



В группе курящих подростков (без психических расстройств), по гендерным признакам представляется, совершенно противоположная картина в соотношении лиц, регулярно употребляющих табак и не имеющих никотиновой зависимости и лиц, зависимых от никотина. В женской группе отмечается относительный перевес в пользу подростков, зависимых от никотина (в 3 раза), в мужской группе, наоборот – в пользу регулярно подростков, употребляющих табак, но не имеющих клинических признаков никотиновой зависимости (в 2,6 раза). Данные различия могут быть связаны с тем, что в подростковой женской среде мода и популярность в отношении употребления табака значительно ниже, чем в подростковой мужской среде. Употребление табака подростками женского пола, в основном возможно, обосновано механизмами аддикции. Поэтому употреблять начинают в основном аддикты, и переход от инициальных форм потребления к никотиновой зависимости происходит достаточно быстро.

Таким образом, относительный риск формирования никотиновой зависимости у курящих подростков женского пола в среднем в 2,7 раза выше, чем у курящих подростков мужского пола. Данный факт необходимо учитывать при разработке превентивных программ антитабачной направленности у данного контингента. Хотя, как мы уже отметили выше, распространенность курящих подростков-мужчин и относительные риски употребления табака среди данного контингента в среднем в 5,27 ( $2,5 < 11$ ) раза выше, чем у женщин. Соотношение шансов быть активным курильщиком так же выше, в среднем в 7,09 ( $3,1 < 16,3$ ) раза, у подростков мужского пола, чем у девочек - подростков.

Нами так же были определены относительные риски и соотношение шансов регулярного упот-

ребления алкоголя и каннабиса психически здоровыми подростками в зависимости от гендерной их принадлежности. Данная информация, с нашей точки зрения, важна для ранней профилактики никотиновой, алкогольной и каннабиноидной зависимости. Результаты сравнительного анализа показали, что в мужской популяции распространенность лиц, употребляющих алкоголь, достоверно выше, практически в 10 раз, чем в женской. То есть относительные риски алкоголизации в мужской подростковой среде достоверно выше в 10,5 ( $1,3 < 83,9$ ) раз, в сравнении с подростками женского пола, а, следовательно, соотношения шансов – в 11,32 ( $1,4 < 93,7$ ) раза. Аналогичная ситуация имеет место с регулярным употреблением каннабиса. Относительные риски курения анаши (употребления каннабиса) в мужской подростковой среде достоверно выше в 11,63 ( $1,5 < 91,5$ ) раза, в сравнении с подростками женского пола, а соотношения шансов, следовательно – в 12,58 ( $1,5 < 102,3$ ) раза.

Таким образом, в общей подростковой популяции южного Казахстана, среди психически здоровых подростков (подростки без психопатий и РПА) мужского и женского пола в отношении превалентных и относительных рисков никотиновой зависимости не было выявлено достоверных различий. В то же время, среди курящих (регулярно употребляющих табак) подростков, относительные риски развития никотиновой зависимости достоверно в женской популяции выше, в среднем 2,7 раза, чем в мужской. Распространенность, относительные риски и соотношение шансов регулярных форм употребления табака (включая никотиновую зависимость и употребление табака без клинических признаков зависимости), алкоголя и каннабиса, с высокой степенью достоверности ( $P < 0,01$ ) в мужской подростковой среде выше, чем в женской.

**Использованная литература:**

1. Рохлина М. Л. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у женщин. / М. Л. Рохлина, С. О. Мохначев. Вопросы наркологии. – М., 2001. - № 3. – С. 16 – 26.

---

---

2. Батурин Е. В., Паленая Н. В. *Гендер - зависимые особенности наследственно - мотивационного фона у подростков с героиновой наркоманией. / Организация психиатрической помощи: Материалы международной научно-практической конференции (Омск, 5-6 декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В. Я. Семке, Томск. - Омск: ООО «Изд-во «РАСКО», 2002. - с. 18 – 22.*

3. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. *Социодинамическая психиатрия. – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 2000. – 460 с.*

4. Пятницкая И. Н. *Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. / И. Н. Пятницкая. - М.: Медицина, 1988. – С.24, 174-218.*

5. Пятницкая И. Н. *Подростковая наркология. / И. Н. Пятницкая. – Москва: Медицина, 2002. - 252с.*

6. Энтин Г. М. *Лечение алкоголизма. / Г.М. Энтин. – Москва: мед, 1990. - С.347-353.*

## **КОНТИНУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПРОГРАММАХ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО - СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (КЛИНИКО - ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ)**

к.м.н. Т. В. Пак

г. Павлодар

### **Введение**

Масштабы и темпы распространения наркотической зависимости в мире, России, Республике Казахстан за последние годы существенно возросли [Кошкина Е. А., 1996 - 2000; Иванец Н. Н. и др. 1997 - 2000; Рохлина М. Л. и др. 2001; Субханбердина А. С., 2002]. В Республике Казахстан за последние 10 лет количество вновь выявленных наркопотребителей (показатель первичной заболеваемости) увеличилось в 20 раз.

По материалам многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в Республики Казахстан (2001 – 2003 гг.) реальное число наркозависимых лиц составило 1,7% от всего населения. При этом каждый десятый (11,5% в 2001 г. и 12,4% в 2003 г.) принадлежит к группе риска по профилю наркотической зависимости.

Между тем, существующая система наркологической помощи населению в России, Казахстане не обеспечивает достаточного уровня эффективности противодействующих мер [Валентик Ю. В., Сирота Н. А., 2002; Макаров В. В., 2002; Завьялов В. Ю., 2002; Катков А. Л., Алтынбеков С. А., 2002]. Эффективность ремиссий в течение года, при использовании только медикаментозных средств в программах лечения наркозависимых, составляет 1-3%.

Разработка адекватных психотерапевтических стратегий, используемых в программах МСР лиц, зависимых от ПАВ, является недостаточной. Недостаточной является и разработка основных блоков (мотивационного, противорецидивного, блока семейной и супружеской терапии) континуального подхода к психотерапии в реабилитации больных наркоманией.

Следовательно, необходима теоретическая и практическая разработка реабилитационных

технологий континуального психотерапевтического подхода в программах комплексной МСР, обеспечивающего длительную и стойкую ремиссию, противорецидивную эффективность. И в итоге - высокий уровень социального функционирования и качества жизни лиц с зависимостью от опиоидов.

### **Материалы и методы исследования**

Нами проводилось кросс - секционное исследование группы зависимых от опиоидов на клинической базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании. В исследовании принимали участие 47 больных с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления опиоидов. Синдром зависимости.

Цель исследования: обоснование, разработка, изучение эффективности континуального психотерапевтического подхода, в сравнении с дискретным, в программах комплексной МСР зависимых от опиоидов.

Предмет исследования – клинико-психопатологические, психологические, катamnестические и социальные характеристики зависимых от опиоидов, оцениваемые в системе промежуточных и итоговых индикаторов.

В исследовании использовались следующие методы:

- **Клинико-психопатологический метод** применялся с целью диагностики наркологического заболевания согласно МКБ-10, изучения динамики основных проявлений наркотической зависимости и мониторинга эффективности лечебно-реабилитационного процесса.

- **Экспериментально-психологический метод** применялся для изучения динамики развития свойств психологического здоровья – антинаркоти-

---

---

ческой устойчивости у пациентов основной и контрольной группы с объективизацией результатов по психологическим тестам.

- **Катамнестический метод** применялся в целях изучения длительности и стойкости ремиссии, а также изменений взаимоотношения в семейной системе и ближайшем окружении пациентов.

- **Социально-психологический метод** использовался для определения уровня социального функционирования и качества жизни реабилитантов.

- **Статистический метод** необходим для проведения статистического анализа полученных результатов с использованием экспертной системы ESAG.

### Результаты и их обсуждение

В настоящей работе впервые апробирована модель континуального психотерапевтического подхода, основанная на принципах этапности, преемственности и взаимообусловленности основных блоков психотерапевтической стратегии реабилитации лиц, зависимых от ПАВ:

- блока мотивационной психотерапии на этапе первичной наркологической помощи и на последующих этапах программ комплексной МСР;

- блока интегративно - развивающей групповой психотерапии на этапах программ комплексной МСР;

- блока противорецидивной психотерапии на этапах стационарной и амбулаторной реабилитации;

- блока психотерапевтической работы с созависимыми на этапах стационарной и амбулаторной реабилитации;

- блока семейной (супружеской) психотерапии с участием пациента на этапах стационарной и амбулаторной реабилитации.

В настоящем исследовании проведен многоуровневый анализ эффективности континуального психотерапевтического подхода в программах комплексной МСР зависимых от опиоидов по клинико-психопатологическим, психологическим и социальным аспектам в системе промежуточных и итоговых оценочных индикаторов.

Для анализа результатов исследования использовалась специально разработанная нами базисная исследовательская карта (БИК) больных наркоманиями.

*Результаты исследования на стационарном этапе реабилитации*

К промежуточным оценочным индикаторам относилась скорость и степень редукции клинико-психопатологических проявлений наркотической зависимости. Патологическое влечение к наркотикам, как основное проявление наркотической зависимости, изучалось в структуре абстинентного синдрома и постабстинентного состояния на стационарном и амбулаторном этапах реабилитации.

Показатели средней продолжительности проявлений расстройств поведения у пациентов основной группы на 9,7 дня меньше по сравнению с пациентами контрольной группы.

Показатели средней длительности депрессивных расстройств в основной группе на 3,5 дня меньше в сравнении с контрольной группой.

Средняя динамическая продолжительность проявлений синдрома патологического влечения к наркотику на стационарном этапе реабилитации на 4,9 дня меньше в основной группе по сравнению с контрольной группой.

Анализируя динамику развития свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости на стационарном этапе реабилитации по субъективной и объективной оценке, нами получены результаты, которые отражены в таблицах 1 и 2.

В основной группе положительная динамика по 5-балльной шкале объективной оценки завершения личностной идентификации составила 1,3 балла, в контрольной группе, соответственно, 0,9 баллов в соотношении 1,4:1. Динамика степени формирования навыков ответственного выбора по 6-балльной шкале субъективной оценки имела значительные различия между основной и контрольной группой, соответственно, 2,3 и 0,8 (в соотношении 2,9:1); по 5-балльной шкале объективной оценки соответственно 1,4 и 1,0 (в соотношении 1,4:1). Динамика формирования степени внутреннего локуса контроля по 6-балльной шкале субъективной оценки происходила с достоверным отличием между основной и контрольной группой соответственно 2,3 и 1,0 (в соотношении 2,3:1); по 5-балльной шкале объективной оценки соответственно 1,6 и 1,0 (в соотношении 1,6:1). Динамика формирования позитивного жизненного сценария по 6-балльной шкале субъективной оценки происходила с достоверной разницей между основной и контрольной группой соответственно 1,5 и 0,7 (в соотношении 2,1:1); по 5-балльной шкале объективной оценки соответственно 1,5 и 1,0 (в соотношении 1,5:1). Динамика формирования внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария по 6-балльной шкале субъективной оценки имела достоверные различия между основной и контрольной группой соответственно 2,1 и 0,8 (в соотношении 2,3:1); по 5-балльной шкале объективной оценки соответственно 1,2 и 0,9 (в соотношении 1,3:1).

Пациенты основной группы, отвечая на вопрос «Я сделал свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков, и для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что», продвинулись по 6-балльной шкале субъективной оценки на 2,2 балла и в завершении стационарной реабилитации находились на позиции «Середина пути», или «Развился, но не до конца», или «Однозначно есть»; по 5-балльной шкале объективной оценки «Исключения наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов» - на 1,7 балла. Пациенты контрольной группы продвинулись по 6-балльной шкале субъективной оценки соответственно на 0,9 балла до позиции «Трудно ответить» или «Начало

**Динамика субъективной оценки развития свойств антинаркотической устойчивости по 6 - балльной шкале**

Наименование параметров	Основная группа	Довер. интервал	Контрольная группа	Довер. интервал	P
Я точно знаю, кто я такой и чего хочу в жизни	2,4	±0,4	1,0	±0,5	<0,01
Я точно знаю, что нужно делать для исполнения своих желаний, планов	2,3	±0,4	0,8	±0,5	<0,01
Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни	2,3	±0,4	1,0	±0,5	<0,01
У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей	2,1	±0,4	0,8	±0,5	<0,01
Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что	2,4	±0,4	0,9	±0,5	<0,01
Я хорошо знаю обо всех возможных рисках, связанных с употреблением наркотиков, других ПАВ	1,3	±0,2	0,7	±0,2	<0,01
Я хорошо понимаю, что употребление наркотиков и других ПАВ помешает реализации моих жизненных планов	1,5	±0,3	0,7	±0,3	<0,01
Я сделал свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков, и для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что	2,2	±0,4	0,9	±0,4	<0,01

Средняя динамика развития свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости по субъективной оценке в основной группе составила 2,1 балла по всем позициям в сравнении с контрольной группой – 0,8 балла.

Таблица 2

**Динамика объективной оценки развития свойств антинаркотической устойчивости по 5-и балльной шкале**

Наименование параметров	Основная группа	Довер. интервал	Контрольная группа	Довер. интервал	P
Полноценное завершение личностной идентификации	1,3	±0,2	0,9	±0,2	<0,01
Степень сформированности навыков ответственного выбора	1,4	±0,2	1,0	±0,2	<0,01
Степень сформированности внутреннего локуса контроля	1,6	±0,2	1,0	±0,2	<0,01
Наличие позитивного жизненного сценария	1,5	±0,2	1,0	±0,2	<0,01
Наличие внутренних ресурсов для реализации позитивного жизненного сценария	1,2	±0,2	0,9	±0,2	<0,05
Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления	0,8	±0,1	0,5	±0,2	<0,01
Исключение наркопотребления из всех возможных горизонтов, жизненных планов	1,7	±0,2	0,9	±0,2	<0,01

Средняя динамика развития свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости по объективной оценке в основной группе составила 1,4 балла (по 5- балльной шкале) по всем позициям, а в контрольной группе – 0,9 балла.

пути»; по 5-балльной шкале объективной оценки - на 0,9 балла. Таким образом, достоверные различия между группами по данным параметрам составили 2,2 и 0,9 балла по субъективной оценке в соотношении 2,4:1 и соответственно 1,7 и 0,9 балла по объективной оценке в соотношении 1,9:1.

*Результаты исследования на амбулаторном этапе реабилитации.* Сравнительные характеристики социального аспекта эффективности континуального психотерапевтического подхода в программах комплексной МСР зависимых от опиоидов отражены в таблице 3.

Таблица 3

**Социальные характеристики ремиссии**

Наименование параметров	Основная группа	Довер. интервал	Контрольная группа	Довер. интервал	P
Продвижение в сфере образования: положительная динамика	15,4%	±7,1%	3,4%	1,1<->11,5%	<0,05
Продвижение в сфере образования: отсутствие динамики	82,3%	±7,1%	86,1%	86,6<->98,6%	<0,05
Продвижение в сфере образования: отрицательная динамика	2,3%	0<->5,3%	10,5%	0<->6,5%	<0,05
Изменение в семейном положении: положительная динамика	16,6%	±7,1%	5,2%	±7,7%	<0,05
Изменение в семейном положении: отсутствие динамики	79,6%	±8,0%	88,1%	±8,3%	<0,05
Изменение в семейном положении: отрицательная динамика	3,8%	1,6<->10,9%	6,7%	0,6<->9,0%	<0,05
Продвижение в профессии: положительная динамика	57,7%	±11,0%	18,3%	±12,3%	<0,05
Продвижение в профессии: отсутствие динамики	33,4%	±10,5%	60,8%	±12,5%	<0,05
Продвижение в профессии: Отрицательная динамика	8,9%	±6,3%	20,9%	2,8<->18,5%	<0,05
Уровень социальной динамики: высокий	24,1%	±7,7%	7,2%	1,7<->14,2%	<0,05
Уровень социальной динамики: средний	43,8%	+/-7,7%	33,1%	83,9<->97,8%	<0,05
Уровень социальной динамики: низкий	32,1%	0<->5,3%	59,7%	0<->6,5%	<0,05

Средние динамические показатели высокого уровня социальной динамики в 3,3 раза выше у пациентов основной группы в сравнении с контрольной группой.

Сравнительные показатели психологических характеристик ремиссии пациентов основной и контрольной группы показаны в таблице 4.

Анализируя показатели актуализации патологического влечения к наркотику после завершения стационарной реабилитации выявлены следующие различия: в основной группе проявления ПВ к ПАВ определялись, в среднем, через 6 месяцев, в контрольной группе данные проявления наблюдались в течение первого месяца.

Таким образом, выявленные на данном этапе исследования различия между основной и контрольной группой по клинико - психопатологическо-

му, психологическому и социальному параметрам позволяют определить более высокую эффективность континуального психотерапевтического подхода в программах комплексной МСР лиц, зависимых от опиоидов, при сравнении с дискретным психотерапевтическим подходом. Данный континуальный психотерапевтический подход основан на принципах этапности, преемственности и взаимообусловленности пяти блоков психотерапевтической стратегии, определяющих эффективность соответствующих реабилитационных программ и улучшающих качество наркологической помощи зависимым от опиоидов.

**Литература:**

1. Батищев В. В., Негерши Н. В. *Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика.* – Москва, 2000. – 184 стр.

*Психологические характеристики ремиссии*

Наименование параметров	Основная группа	Довер. интервал	Контрольная группа	Довер. интервал	P
Преобладающее настроение: хорошее	47,6%	±11,0%	27,3%	±14,9%	<0,05
Преобладающее настроение: ровный фон, без особых колебаний	31,0%	±8,1%	27,9%	±11,6%	<0,05
Преобладающее настроение: плохое	21,4%	±9,1%	44,8%	±13,7%	<0,05
Доволен ли собой: да	69,1%	±11,0%	48,8%	±14,9%	<0,05
Доволен ли собой: затрудняюсь с ответом	16,2%	±8,8%	30,3%	±13,7%	<0,05
Доволен ли собой: нет	14,7%	±8,4%	20,9%	±12,2%	<0,05
Доволен ли жизнью: да	66,2%	±11,2%	46,5%	±14,9%	<0,05
Доволен ли жизнью: затрудняюсь с ответом	23,5%	±10,1%	32,6%	±14,0%	<0,05
Доволен ли жизнью: нет	10,3%	±7,2%	20,9%	±12,2%	<0,05
Появился ли интерес (планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ: да	79,4%	±9,6%	45,8%	±14,8%	<0,05
Появился ли интерес (планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ: затрудняюсь с ответом	19,1%	±9,3%	40,2%	±13,7%	<0,05
Появился ли интерес (планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ: нет	1,5%	0,547<->8,1%	14,0%	±10,4%	<0,05
Физическое самочувствие: хорошее	72,1%	±10,7%	48,8%	±14,9%	<0,05
Физическое самочувствие: удовлетворительное	19,1%	±9,3%	37,2%	±14,4%	<0,05
Физическое самочувствие: плохое	8,8%	±6,7%	14,0%	±10,4%	<0,05
Психическое самочувствие: хорошее	67,6%	±11,1%	46,5%	±14,9%	<0,05
Психическое самочувствие: удовлетворительное	22,1%	±9,9%	32,6%	±14,0%	<0,05
Психическое самочувствие: плохое	10,3%	±7,2%	20,9%	±12,2%	<0,05
Уровень психологической динамики: высокий	67,6%	±11,1%	28,8%	±14,9%	<0,05
Уровень психологической динамики: средний	23,5%	±10,1%	44,9%	±14,2%	<0,05
Уровень психологической динамики: низкий	8,8%	±6,7%	26,3%	±11,0%	<0,05

Средние динамические показатели высокого уровня психологической динамики в 2,3 раза выше в основной группе по сравнению с контрольной группой.

2. Белокрылов И. В., Даренский И. Д., Ровенских И. Н. Психотерапия наркологических больных / В кн.: *Руководство по наркологии*. – Т. 2, под ред. Н. Н. Иванца, Медпрактика, наркозависимость. – М., 2002. – С. 120 -172.

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

4. Боршняков А. М. Этнофункциональная психотерапия зависимостей от наркотических веществ// *Профилактика и реабилитация в наркологии*. - 2002, № 1.

5. Валентик Ю. В. Современные методы психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ / В кн.: *Лекции по наркологии, под ред. проф. Иванца Н. Н.: «Нолидж»*. – М., 2000. – С. 309-341.

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

7. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ*. – Литера, 2000. – М.: 2002, 254 стр.

8. Владонь Я. Новый подход к проблемам, связанным с употреблением наркотиков (об уникальном методе Ассоциации Монар, Польша) // *Вопросы наркологии Казахстана*. – Т. 1, № 1, 2001. – С. 25 - 29.

9. Гительман Н. В., Агбалова Т. В. Опыт применения семейной психотерапии в реабилитации женщин с опийной (героиновой) наркоманией // *Вопросы ментальной медицины и экологии* - Т. 7, № 2, 2000. – С. 29 - 32.

- 
- 
10. Дудко Т. Н., Пузиенко В. А., Котельникова Л. А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии. Методические рекомендации. – Москва, 2001. – 38 стр.
  11. Катков А. Л., Алтынбеков С. А. Медико-социальная реабилитация зависимых от психоактивных веществ. Краткий обзор существующих практик. // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2, № 1, 2002. – С. 30 - 33.
  12. Катков А. Л., Россинский Ю. А. Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых // Вопросы наркологии Казахстана. – Т. 2, № 2, 2002. – С. 84 - 88.
  13. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. // Павлодар, 2003, 267 с.
  14. Пак Т. В. Индивидуальная психотерапия, как компонент реабилитации наркозависимых. // «Вопросы наркологии Казахстана», Павлодар, 2001, Том I, № 1, С. 71- 74.
  15. Пак Т. В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия больных наркоманией. // «Наркология», Москва, № 9, 2003, С. 32 - 38.

---

---

## ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

### О ВЛИЯНИИ НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ РЕМИССИИ У БОЛЬНЫХ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (АЛКОГОЛИЗМ)

В. А. Лазарев, Н. Г. Исмагилов

Известно, что на продолжительность и стойкость ремиссии влияет ряд факторов, в том числе критическое отношение к болезни, субъективная установка на трезвый образ жизни, непрерывность и регулярность лечения, возраст и т.д. Однако в оценке этих факторов, особенно клинико-биологических, существует определённые разногласия, что затрудняет возможность их прогноза. С этой целью обследовано в течение года 323 больных мужского пола, обратившихся на лечение по поводу рецидива заболевания. Ремиссии наблюдались у больных в возрасте от 21 года до 50 лет. Ремиссии продолжительностью свыше 1 года чаще встречались в возрасте от 32 лет до 50 лет, ремиссии свыше 3 лет не отмечались у лиц молодого возраста до 30 лет. Выделены три группы больных: первая группа - больные с ремиссией свыше трёх лет - 57 человек; вторая - ремиссия от 1 года до 3 лет - 115 человек и третья группа - короткие ремиссии продолжительностью до 1 года - 151 человек. Среди первой группы преобладали лица с психопатическими чертами (12,3%) и не обнаружено лиц с истерическими и неустойчивыми чертами характера. Больше всего больных с истерическим и неустойчивым типом личности выявлено в группе с короткими ремиссиями (17%). Это позволяет выделить в прогностическом отношении типы: синтонный как наиболее благоприятный и истерический, неустойчивый как наименее благоприятный.

Ремиссии развивались преимущественно в начальной стадии алкоголизма (47 больных). В более поздних стадиях составляли 19 больных. Наиболее значимо влияет на продолжительность ремиссии тип течения заболевания, у которой преобладал умеренный темп прогрессивности заболевания, в то время как для третьей группы характерен высокопрогрессивный тип. Это связано с тем, что в группе были больные с проявлениями деградации.

Таким образом, продолжительность ремиссии, т.е. благоприятный прогноз, определяется комплексом клинико-биологических и социально-психологических факторов. Причём, на ранних этапах заболевания ведущая роль принадлежит социальным и психологическим факторам при относительной значимости клинических. По мере прогрессирования заболевания возрастает неблагоприятное влияние клинических факторов, в числе которых важны: динамика заболевания (стадии),

темпы прогрессивности и алкогольные изменения личности. При анализе эффективности терапии путем имплантации препарата «Эспераль» в зависимости от того, где было проведено антиалкогольное лечение – в стационаре – в стационаре или амбулаторно, а именно до 6 месяцев. В стационаре выявлены в 40%, а амбулаторно - 20%, от полугода до года у 40% и 30%, и более одного года, соответственно, 50% и 15%.

Продолжительность ремиссии зависит, как ранее было отмечено от продолжительности болезни; а также от того, подвергался ли ранее больной антиалкогольному лечению. Продолжительность ремиссии до 6 месяцев до 1 года - это 44,5% случаев, более 1 года – это 41,2% случаев. У больных с продолжительным заболеванием ремиссия до 6 месяцев выявлена у 50%, от 6 месяцев до года 35% и более 1 года - 15%. Это указывает на существование прямой связи между терапевтической эффективностью препарата и продолжительностью заболевания.

Подобная закономерность становится понятной, если учесть связь продолжительности заболевания со степенью трудовой и социальной дезадаптации больных. Выявлена связь между длительностью ремиссии и первичностью или повторностью антиалкогольной терапии, т.е. из 49 человек, прошедших антиалкогольное лечение препаратом «Эспераль», ранее лечению не подвергался 21 больной, а из оставшихся 28 больных ранее проходили лечение тетурамом.

Длительность ремиссии зависит от личностных особенностей больного. Известно, что длительность ремиссии короче у лиц с неустойчивыми чертами характера. Низкая эффективность лечения больных с указанными патохарактерологическими изменениями связана с трудностями, возникающими при проведении психотерапевтического воздействия.

#### **Выводы:**

- 1) Синтонный тип личности, как наиболее благоприятный в прогностическом отношении.
- 2) На продолжительность ремиссии значительно влияет умеренный тип прогрессивности заболевания.
- 3) Существует связь между длительностью ремиссии и повторностью противалкогольной терапии.

---

---

### *Литература:*

1. Алкоголизм // под редакцией академика, профессора Г. В. Морозова, проф. Рожкова В.Е., К.М. Баба-яна. - С. 188-200.
2. Динамика ремиссий при алкоголизме и противорецидивное лечение. // Под общей редакцией М. М. Каба-нова. Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. - 1996. - Т-136. - 188 с.
3. Ерышов О.Ф., Рыбакова Т.Г. Анализ деятельности ремиссии и некоторых психосоциальных характе-ристик у больного.
4. Тофман А. Т., Лошаков И. С. К вопросу о ремиссиях у больных. Профилактика, клиника, лечение алкоголизма и наркомании.

## **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА БЕРЕМЕННОСТЬ**

Н. В. Миронова, И. В. Макаруч, М. П. Мартыненко

Курение, особенно при беременности, может стать причиной серьезных осложнений, таких как маточное кровотечение, досрочное отделение детского места, преждевременное излитие околоплодных вод и, наконец, выкидыш и преждевременные роды (медики считают, что курение становится их причиной в 14% случаев). Курение, бесспорно, влияет и на развитие ребенка в утробе матери. Поскольку никотин вызывает спазм сосудов, в том числе и сосудов плацент, курение матери приводит к нарушению обмена питательными веществами и кислородом между матерью и плодом. Это приводит к задержке развития плода, дети часто рождаются с низким весом, иногда у таких детей долго не проходит «желтуха новорожденных». Кроме того, дети курящих матерей более восприимчивы к болезням органов дыхания. В последние десятилетия во всем мире проведено множество исследований, развивших и углубивших представления о вредном влиянии курения на беременность, так как практически во всех странах мира имеет место выраженный рост числа курящих женщин.

Исследованиями доказано, в чем вред курения. В дыме табака содержится более 30 ядовитых веществ: никотин, углекислый газ, окись углерода, синильная кислота, аммиак, смолистые вещества, органические кислоты и другие. 1-2 пачки сигарет содержат смертельную дозу никотина. Курильщика спасает только то, что эта доза вводится в организм не сразу, а дробно. Осложнения беременности, описываемые у курящих женщин, разделяют на осложнения в организме матери, в организме эмбриона, плода, новорожденных и детей более старшего возраста. Как известно, мать, плод и плацента представляют собой органическое единство, и это отражается на различного рода нарушениях, развивающихся во время беременности у курящих матерей.

Нами был проведен анализ 220 историй родов, 63 родильницы из которых курили, что составило 26%.

В этой группе выявлены разнообразные изменения плаценты, связанные с курением. При исследовании массы плаценты у курящих матерей установлено, что в 55 случаях из 63 она была ниже нормы, более тонкая, имела более круглую форму, что составило 87%.

У курильщиц описаны также ультраструктурные изменения плаценты и нарушения плацентарного кровотока [2, 3].

Повышенная частота спонтанных аборт, неонатальной смертности и последующее замедленное развитие новорожденных у курящих матерей связывают либо с преждевременным отделением плацент и крупными инфарктами плаценты, либо с гипоксией плода. По данным нашего анализа самопроизвольные выкидыши у курящих встречаются в 2 раза чаще, чем у не курящих.

По данным ВОЗ курение во время беременности отрицательно влияет также на состояние периферического кровообращения у женщин и способствует уменьшению респираторных движений плода. Содержащиеся в табачном дыме оксид углерода и никотин влияют на внутриматочный рост плода за счет уменьшения способности гемоглобина к доставке кислорода либо вследствие спазма артерии матки и нарушений в связи с этим плацентарной функции.

Доказано, что вдыхание табачного дыма независимо от содержания никотина приводит к выраженной гипоксии плода, обусловленной оксидом углерода, который свободно через плаценту матери проникает в кровь плода, связывает гемоглобин и образует карбоксигемоглобин.

Концентрация карбоксигемоглобина в крови плода обычно на 10-15% превышает его содержание в крови матери, что в первую очередь приводит к снижению парциального давления кислорода в артериальной крови плода в среднем на 33,8% и к росту насыщения артериальной крови углекислым газом в среднем на 15,7% [4].

Снижение массы плода у курящих матерей может быть связано с хронической гипоксией. Результаты ряда исследований показали поистине драматическую статистически значимую связь между курением матерей и спонтанными абортами. Наблюдается выраженная зависимость частоты спонтанных абортов от числа выкуренных сигарет. Риск спонтанного аборта у женщин, курящих во время беременности, оказывается на 30-70% выше, чем у некурящих. Курение во время беременности существенно увеличивает перинатальную смертность (в 1,8-3,4 раза), причем не последнюю роль в этом играют социальные факторы.

По разным данным, у курящих женщин недоношенные дети рождаются в 6,5-33,5% случаев, в то время как у некурящих - всего в 0,8-11,2% случаев.

Имеются данные о том, что у курящих женщин в 2,2 раза чаще рождаются дети массой тела менее 2500 г. В целом масса тела детей, рожденных от курящих матерей, на 150-350 г меньше массы тела детей, рожденных от некурящих матерей [1].

Нами было проанализировано 220 индивидуальных карт беременных, из которых курят 63 человека (26%). По данным УЗИ у курящих беременных выявлено: гипотрофия плода - 48 человек (76%); гипоксия плода - 56 человек (88%); плацентарная недостаточность - 63 человека (100%). Самопроизвольные выкидыши произошли у 2 беременных (3,1%). В груп-

пе у не курящих беременных эти осложнения составили: гипотрофия плода - 8 человек из 157 (5%), гипоксия плода - 15 человек (9,4%), плацентарная недостаточность - 30 человек (19%). Самопроизвольные выкидыши у 3 чел (1,9%).

Дети, родившиеся у курящих женщин, характеризуются замедлением не только физического, но и интеллектуального, в том числе эмоционального, развития; они позднее начинают читать и считать. Дети, чьи матери курили 10 сигарет в день или более, во время беременности, имели в среднем рост меньше на 1 см и несколько отставали по успеваемости в школе в сравнении с контрольной группой, в частности по чтению и математике [3].

По данным ВОЗ, вредное воздействие курения матерей во время беременности сказывается на детях в течение первых 6 лет жизни. У детей курящих родителей по сравнению с детьми из семей, в которых не курили, выявлены отклонения в развитии способности читать, социальной приспособляемости и в некоторых физиологических параметрах.

Из всего выше перечисленного, можно сделать вывод, что беременность у курящих женщин протекает тяжелее и осложнения, такие как, гипотрофия и гипоксия плода, плацентарная недостаточность возникают чаще в 2-3 раза, чем у не курящих и случаи самопроизвольных выкидышей в 2 раза больше у курящих, чем у не курящих.

#### **Литература:**

1. Каюпова Н. А. Актуальные проблемы репродуктивной медицины в Казахстане // *Материалы медицинского конгресса акушеров-гинекологов.* - 1999. - Т. 11, № 4. - С. 19-23.
2. Мамедалиева Н. М., Исенова С. Ш. Библиотека практического врача. - Алматы, 1999. - с. 88.
3. Ермолаева О. Табакокурение и беременность // *Девять месяцев.* - Москва, 2001. - № 11. - С. 21.
4. Потешных Н. П. Табак и здоровье // *Русский медицинский журнал.* - 1997. - Т. 5, № 4. - С. 14.
5. Запорожан В. И., Гоженко А. И. Влияние никотина на плод. // *Проблемы репродукции.* - 2002. - № 4. - С. 19-23.
6. Новиков В. Д., Горбачев Е. М. *Беременность и токсиканты.* - Новосибирск: Издательство Наука, 1986. - С. 160.

## **ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

к.м.н. Т. В. Пак, О. В. Лаврентьев

г. Павлодар

По материалам многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в Республики Казахстан, проведенного Республиканским научно - практическим центром медико-социальных проблем наркомании в 2001-2003 годах выявлено, что реальное число наркозависимых лиц составляет 1,7% от всего населения Казахстана. При этом каждый десятый (11,5% в 2001 г. и 12,4% в 2003 г.) при-

надлежит к группе риска по профилю наркотической зависимости.

Следовательно, необходима реорганизация системы наркологической помощи населению, которая бы эффективно обеспечивала создание, апробацию и реализацию доступных и привлекательных амбулаторных реабилитационных программ для больных с зависимостью от ПАВ. Для достижения данной цели

---

---

необходимо установить единые стандартные требования (протоколы ведения) к амбулаторной реабилитации; осуществлять контроль объемов, доступности и качества медико-социальной помощи; проводить мониторинг эффективности медико-социальной помощи больным с зависимостью от психоактивных веществ в амбулаторных условиях на территории Казахстана.

На базе Республиканского научно - практического центра «Медико - социальных проблем наркомании» под руководством доктора медицинских наук, профессора А.Л. Каткова разработан проект протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от психоактивных веществ».

Проект протокола амбулаторной реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ содержит следующие подходы:

**Определение и осуществление комплекса взаимосвязанных, взаимообусловленных мероприятий, направленных на эффективное выполнение поэтапных задач:**

- мотивационная работа как один из основных компонентов амбулаторной реабилитационной программы и отказ от употребления наркотиков в процессе:

- мотивационной терапии;
- мотивационного консультирования;
- мотивационного интервью;
- уличной работы.

- продолжение (после завершения стационарной программы МСР) актуализации имеющегося потенциала биологической и социальной адаптации за счёт дальнейшей редукции астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально - мнестических расстройств, а также использование навыков коммуникации, асертивности, креативности и эффективного копинг-поведения в амбулаторных условиях;

- дальнейшее развитие свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости в процессе интегративно-развивающей психотерапии, алгоритм формирования которых включает:

- процесс личностной идентификации с минимизацией патологической субличности и блокированием её влияния на личность в целом, осознание и развитие нормативных частей личности;

- создание идентификационного жизненного сценария с развитием и закреплением нормативной ценностной ориентации, новых моделей поведения и образа жизни, исключающих употребление опиоидов;

- развитие навыков ответственного выбора образа жизни, исключающего употребление опиоидов;
- формирование характеристик внутреннего локуса контроля с повышением нормативных уровней притязаний и социальных интересов;

- развитие личностных ресурсов и доступ к ним для реализации позитивного жизненного сценария и сохранения достигнутых результатов.

- профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе:

- противорецидивной терапии;
- противорецидивных тренингов;
- работы групп само- и взаимопомощи;
- участия в волонтерском движении.

- восстановление семейных отношений и преодоление созависимости в процессе:

- психотерапевтической работы (семейной, супружеской, групповой психотерапии) со значимыми другими лицами;

- информационных семинаров, направленных на расширение знаний о медицинских и социально-психологических последствиях зависимости;

- тренингов, обучающих навыкам оказания психологической поддержки.

- социальная реинтеграция в процессе:

- профессионального обучения;
- трудовой деятельности;
- общего и специального образования;
- реализации жилищных программ;
- индивидуальной социальной работы;
- работы групп само- и взаимопомощи;
- воспитательного опыта;
- спортивно-оздоровительных мероприятий;
- культурно-развлекательных мероприятий.

- практическая работа с заинтересованными организациями по решению конкретных социальных проблем пациентов.

Областью распространения настоящего проекта протокола являются амбулаторные и поликлинические реабилитационные отделения и подразделения, дневные стационарные реабилитационные отделения (центры) специализированных лечебно-профилактических наркологических учреждений.

Проект протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от психоактивных веществ» рассматривает случаи реабилитации зависимых согласно критериям МКБ -10 (от F10 – по F19) с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. Данный проект протокола не охватывает случаи реабилитации лиц, зависимых от ПАВ в сочетании с эндогенными психическими заболеваниями, с выраженным слабоумием (олигофрения, деменция), с декомпенсированной стадией психопатии, а также при выраженной антисоциальной (криминальной) ориентации больных, сопровождающейся отсутствием желания прекратить употребление психоактивных веществ, вызывающих зависимость.

### ***Особенности клиники наркомании на этапе амбулаторной реабилитации***

В амбулаторные реабилитационные программы включаются пациенты с острой интоксикацией неосложненной; с употреблением ПАВ с вредными последствиями; с синдромом зависимости; с состоянием отмены неосложненным.

---

---

*Острая интоксикация, не осложнённая (F1x.00)* – это преходящее, вслед за приемом ПАВ, состояние, приводящее к расстройствам сознания, когнитивных функций, восприятия, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций. Диагноз является основным в тех случаях, когда интоксикация не сопровождается более стойкими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ. В последнем случае предпочтение отдается диагнозу употребления с вредными последствиями, синдрома зависимости или психотических расстройств. Диагностические указания:

- острая интоксикация находится в прямом соответствии с уровнями доз. Исключение составляют пациенты с органическими заболеваниями (например, почечной или печеночной недостаточностью), когда малые дозы вещества оказывают непропорционально острый интоксикационный эффект;
- должна приниматься во внимание расторможенность, обусловленная социальными обстоятельствами (например, поведенческая расторможенность на праздниках, карнавалах и т.д.);
- острая интоксикация – преходящее явление, ее интенсивность со временем уменьшается и при отсутствии дальнейшего употребления вещества ее действие прекращается;
- выздоровление является полным, за исключением случаев, где имеется тканевое повреждение или другое осложнение.

По МКБ - 10 критериями *употребления ПАВ с вредными последствиями* (пагубное употребление - F1x.1) считаются следующие:

- наличие четких данных, что употребление вещества обусловило физические и психологически вредные изменения, включая нарушение суждений или дисфункциональное поведение;
- природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной;
- характер употребления сохранился или периодически повторялся в течение предыдущих 12 месяцев.

Для больных наркоманиями международное сообщество определило следующие диагностические критерии *синдрома зависимости* (F1x.2):

- а) сильное желание или чувство труднопреодолимой тяги к приёму вещества;
- б) сниженная способность контролировать употребление вещества: дозу, время начала и окончания приема, о чём свидетельствует:
  - возрастающая или опасная для здоровья и жизни доза употребляемого вещества;
  - неконтролируемое продление периода употребления вещества в отличие от периода намерения;
  - постоянные намерения и безрезультатные попытки уменьшить, контролировать или прекратить употребление вещества;
- в) состояние отмены (абстинентный синдром), возникающее после длительного употребления пси-

хоактивного вещества, при прекращении или уменьшении его употребления, характеризующееся:

- наличием специфического для данного вещества синдрома отмены;
- использованием данного или приемлемого вещества для облегчения или предотвращения симптомов отмены;
- степенью осознания необходимости в преодолении болезненных проявлений данного состояния;
- г) повышение устойчивости (толерантности) к воздействию психоактивного вещества, характеризующееся:
  - необходимостью повышать дозу вещества для достижения желаемого эффекта;
  - ослаблением наркотического эффекта при хроническом употреблении одной и той же дозы вещества;
- д) полная или частичная замена альтернативных интересов поглощенностью употреблением вещества с увеличением времени, необходимого на деятельность, связанную с приобретением и приемом вещества или восстановлением после его употребления;
- е) продолжение употребления психоактивного вещества, несмотря на очевидные проявления вредных последствий, о чем свидетельствует хроническое употребление вещества при фактическом или предполагаемом осознании природы и степени вредных последствий.

Наличие трёх и более из перечисленных признаков, возникающих в течение определенного времени на протяжении года, позволяет диагностировать синдром зависимости.

Абстинентный синдром (*синдром отмены неосложнённый*) F1x.30 – состояние, характеризующееся группой симптомов различного сочетания и степени тяжести, возникающих при полном или частичном прекращении приема вещества (наркотика или другого психоактивного вещества) после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Диагностические указания: синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости, и этот последний диагноз необходимо иметь в виду, его следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу-специалисту. Физические нарушения варьируют в зависимости от употребляемого вещества. Психические расстройства синдрома отмены (например, беспокойство, депрессия, расстройства сна и др.), обычно, при указании пациента облегчаются последующим употреблением ПАВ.

*Синдром отмены опиоидов* (наркотический абстинентный синдром) в своем развитии проходит четыре фазы. Первая фаза включает признаки психической зависимости: влечение к наркотику, состо-

---

---

яние неудовлетворенности, напряженности; первые признаки вегетативных расстройств (расширение зрачков, зевота, слезотечение, насморк с чиханьем, временами пилоэрекция - «гусиная кожа»). В эту фазу исчезает аппетит, наблюдаются нарушения сна при развитии данного состояния в вечерние и ночные часы. Первая фаза проявляется через 8-12 ч. после последнего употребления наркотика.

Для второй фазы синдрома отмены характерны: озноб, сменяющийся чувством жара, повышенная потливость, слабость, постоянная пилоэрекция («гусиная кожа»), ощущения неловкости, напряженности, онемения в мышцах тела, двигательное беспокойство, боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Усиливаются симптомы первой фазы синдрома отмены: широкие зрачки, узкая кайма радужки, учащенное пароксизмальное чиханье, интенсивная зевота, слезотечение, слюнотечение, кожный зуд по ходу подкожных вен. Выраженность проявлений данных симптомов достигает наивысшей степени к середине вторых суток.

Третья фаза синдрома отмены субъективно характеризуется наиболее тяжелыми проявлениями: мышечные боли в спине, конечностях, реже – в шее, судороги в периферических мышцах, высокая двигательная активность, больные напряжены, депрессивны, настроение тоскливо-злобное с ощущением безнадежности. Степень выраженности симптомов двух предыдущих фаз наивысшая. Патологическое влечение к наркотику носит компульсивный (насильственный) характер.

Четвертая фаза синдрома отмены развивается на третьи сутки после прекращения наркотизации и отличается от предыдущих фаз диспепсическими явлениями: боли в животе, кишечнике, тошнота или рвота, диарея, сопровождаемая тенезмами. Достигнув четвертой фазы, синдром отмены продолжается 5-10 дней и характеризуется следующими объективными признаками: субфебрилитет, умеренная гипертензия (120-145/90-110 мм.рт.ст.), тахикардия (90-110 уд./мин), гипергликемия натощак с высокой и замедленной сахарной кривой, повышенная свертываемость крови – симпатоадреналовые знаки.

Синдром отмены в периоды ремиссий проявляется в виде так называемой «сухой абстиненции», при которой отмечается неярко выраженная симптоматика в виде спонтанного влечения к наркотикам (алкоголю), появления алгических, вегетососудистых, эмоциональных и поведенческих расстройств.

На любом этапе лечебно-реабилитационного процесса наблюдаются спонтанные краткосрочные рецидивы проявлений синдрома отмены в отсутствие реального употребления психоактивных веществ.

*Постабстинентное состояние* – совокупность психопатологических (аффективных и поведенческих) и астеновегетативных расстройств, симптоматика которых является клиническими проявлениями патологического влечения к наркотику. Клинически-

ми критериями начала постабстинентного состояния следует считать редукцию психопатологической, астеновегетативной и алгической симптоматики. Продолжительность постабстинентного состояния, в среднем, составляет 3-4 недели после купирования абстинентного синдрома. Клинические критерии окончания – стабилизация состояния с полным исчезновением психопатологической и астеновегетативной симптоматики. Выделяют три типа постабстинентного состояния:

- первый тип характеризуется преобладанием поведенческих расстройств над аффективными;
- второй тип отличается большей выраженностью аффективных расстройств по сравнению с поведенческими;
- третий тип характеризуется нерезкой выраженностью аффективных расстройств и их abortивным течением при наличии ярко выраженных диссомнических расстройств.

*Патологическое влечение к ПАВ* является основным симптомокомплексом различных видов зависимости и ведущей причиной срывов и рецидивов заболевания, поэтому необходимо выделить универсальные признаки актуализации патологического влечения к ПАВ:

- боль;
- астения;
- изменение аппетита;
- обострение психосоматических хронических заболеваний;
- дискомфорт;
- тревожность, напряжение;
- раздражительность;
- нарушение сна;
- изменение реакции на ПАВ;
- ассоциативные представления;
- желание употребить ПАВ;
- психомоторное возбуждение;
- изменение социальной активности;
- изменение социальных контактов.

*Астенический (неврастенический) синдром* характеризуется следующими проявлениями: вялость, повышенная утомляемость, неустойчивое внимание, быстрая истощаемость, некоторая заторможенность мыслительных процессов, раздражительность, неспособность к продолжительной физической или умственной деятельности, расстройства сна (плохое засыпание, поверхностный сон и др.), в некоторых случаях ипохондричностью, фиксацией на неприятных ощущениях в теле, эмоциональной и вегетативной лабильностью, уклонением от любых видов деятельности. Наблюдается в постабстинентном периоде и на других этапах реабилитации.

*Аффективные расстройства* (депрессии, дистимии и дисфории) проявляются сниженным фоном настроения, ангедонией, апатией или тревожностью, плаксивостью, нарушениями сна, аппетита, снижением умственной и физической активности. В ряде

---

---

случаев могут наблюдаться дисфорические депрессии с характерным для них девиантным поведением в виде повышенной раздражительности, несдержанности, брутальности, отказов от лечения и пр. Колебания настроения не связаны со временем суток, их связь прослеживается с индивидуальным ритмом злоупотребления наркотиками, обострением синдрома влечения и субстрессовыми (стрессовыми) ситуациями. В этих состояниях могут возникать суицидальные мысли, а в ряде случаев — демонстративные суицидальные поступки и значительно реже — суицидальные действия. Аффективные расстройства наблюдаются в постабстинентном периоде и на других этапах реабилитации.

*Поведенческие расстройства* (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатии) возникают при обострении патологического влечения к наркотикам, проявляются выраженным негативным отношением к морально-этическим нормам любой микросоциальной структуры: семья, лечебное учреждение, школа и пр. Больные возбуждены, агрессивны, склонны к разрушительным действиям, отказываются от участия в реабилитационном процессе, пытаются любым способом приобрести наркотики, алкоголь или другие психоактивные вещества. Втягивают в свои девиантные и делинквентные поступки, а нередко и в криминальные действия других пациентов, находящихся в программе реабилитации. Поведение с трудом поддается коррекции. Эти расстройства возникают в постабстинентном периоде, а у больных с выраженными психопатическими нарушениями проявляются на всех этапах реабилитации.

*Интеллектуально - мнестические расстройства* проявляются неглубокими нарушениями ряда важных психических функций: снижением всех видов памяти, концентрации внимания, бедностью ассоциативных процессов, быстрой истощаемостью интеллектуальной деятельности, относительной неспособностью к творчеству. Для таких больных характерна низкая успеваемость, снижение когнитивных способностей и отсутствие интересов к приобретению профессии и осуществлению любой социально значимой деятельности. Для них также характерны различные формы девиантного поведения, рентные и гедонистические установки. Данные расстройства возникают после трёх и более лет интенсивного злоупотребления наркотиками. Наиболее быстро интеллектуально - мнестические расстройства формируются при злоупотреблении седативными и снотворными средствами.

***Общие подходы и основные мишени амбулаторной реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ***

Особенностью реабилитации в амбулаторных условиях является клиент - центрированный подход. Под ним понимается не только концентрация уси-

лий 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.

Основными составляющими социальной реабилитации в амбулаторных условиях являются:

- анализ психосоциальной ситуации пациента (уточнение проблем и областей дисфункционирования; выявление приоритетных проблем; составление плана терапии/помощи, постановка SMART целей, определение объема, интенсивности и длительности терапии/помощи и пр.);

- практическая помощь – помощь в организации и управлении повседневной жизнью (проживание, общее и профессиональное обучение, работа, свободное время), направленная на развитие жизненных практических умений (управление собственным бюджетом, планирование, забота о здоровье и пр.);

- психотерапевтическая помощь, основанная на развивающих технологиях и направленная на развитие адаптационных способностей и навыков, улучшение психосоциального функционирования и т.д.;

- психосоциальная помощь пациенту – восстановление и улучшение социальных отношений с родителями, семьей, друзьями, не употребляющими наркотики, восстановление психосоциального функционирования в семье, на работе, учебе;

- оказание поддержки и мотивирование пациентов на дальнейшее лечение, социальную реабилитацию, на продолжение воздержания от употребления наркотиков;

- направление и сотрудничество с другими организациями (служба занятости, учебные заведения);

- направление в другие ЛПУ для дальнейшего, повторного или специализированного лечения.

Особенностью реабилитационного процесса в амбулаторных условиях является 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 (в первые месяцы реабилитации не менее 3 - 4 раз в неделю). В то же время им необходимо реализовывать основные задачи социальной реабилитации – работать, учиться, творчески и продуктивно использовать свободное время. Поэтому процесс амбулаторной реабилитации наиболее оптимально планировать на вечернее время или на дни отдыха пациента. В дневное время, в основном, осуществляется работа с заинтересованными службами, организациями, помогающими в решении конк-

---

---

ретных социальных проблем пациентов, а также с пациентами, время которых еще не структурировано и не заполнено продуктивной деятельностью.

Основными клинико-психологическими мишенями в процессе амбулаторной реабилитации являются:

- **Мишень № 1** – патологический соматический статус лиц, зависимых от ПАВ (включает: асте-но-вегетативные и сомато - неврологические рас-стройства, проявления псевдоабстинентного синдрома, признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии);

- **Мишень № 2** – патологическое влечение к психоактивному веществу (ПВ к ПАВ) (включает: депрессивные расстройства различной глубины и выраженности, иную аффективную патологию, диссоматические и поведенческие нарушения, астенический и вегетативный симптомокомплекс);

- **Мишень № 3** – патологический личностный статус больных наркоманией (дефицит личностных свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости; характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости);

- **Мишень № 4** – нормативный личностный статус больных наркоманией с формированием и раскрытием дефицитарных нормативных субличностей;

- **Мишень № 5** – дефицитарный социальный статус больных наркоманией (коммуникативных и других поведенческих навыков социального функционирования, деформированных отношений с ближайшим окружением);

- **Мишень № 6** – уровень мотивации больных наркоманией на полноценное прохождение амбулаторной реабилитационной программы, продолжение воздержания от употребления ПАВ, соответственно, на достижение стойкой и длительной ремиссии и повышение качества жизни.

Терапевтическое сообщество (община) «therapeutic community» в условиях амбулаторной реабилитации, являясь одним из основных компонентов лечебно - реабилитационного процесса, представляет хорошо структурированную, отработанную на практике систему с реабилитационно - терапевтическим содержанием, трансформирующую патологическую личность в нормативную. Основные принципы терапевтического сообщества (ТС):

- терапевтическое сообщество – это реабилитационно - терапевтическая среда в течение рабочего дня;

- воспитательный опыт осуществляется в общине себе подобных лиц через идентификацию с ролевыми моделями (сотрудники реабилитационной бригады, старшие резиденты, разделяющие идеи ТС);

- нормы и правила определяют поведение и образ жизни в ТС, способствующие и препятствующие выздоровлению, для всех членов общины (как профессионалов, так и реабилитантов);

- система штрафных санкций и позитивных поощрений, при чем поощрения и привилегии имеют относительно большую терапевтическую ценность;

- переход по вертикали, от одной стадии к другой в пределах иерархии ТС, осуществляется через последовательность определённых ступеней и соответствует личностному и социальному росту;

- принцип самообеспечения и самообслуживания функционирует через реализацию деятельности всех подразделений;

- постоянная занятость (структурирование рабочего дня) обеспечивается различными видами трудовой деятельности и активности;

- система контроля и самоконтроля (определяется условиями контракта и уставом ТС) функционирует по принципу немедленного реагирования на происходящие нарушения;

- принцип потенцирования позитивного потенциала каждого реабилитанта и формирования позитивного ядра ТС обеспечивает эффективность в отношении отрицательных лидеров.

В лечебно-реабилитационном процессе выделяют следующие компоненты реабилитационной работы специалистов мультидисциплинарной команды в амбулаторных условиях:

· после снятия физических симптомов злоупотребления наркотиками или абстинентного синдрома акцент делается на решение психологических и социальных проблем с целью заинтересовать и вовлечь пациентов в амбулаторные программы реабилитации. Так как совокупность и тяжесть данных проблем по своей значимости оказывают большее влияние на возобновление употребления наркотиков. **Основные клинико-психологические мишени данного компонента реабилитационной работы №№ 1, 4, 5;**

· реабилитационная работа начинается с мотивационного консультирования (терапии) пациента и его ближайшего окружения. В процессе первого мотивационного консультирования необходимо определить и уточнить уровень изначальной мотивации и осознания своих проблем, степень критичности к состоянию и заболеванию, запрос на помощь/терапию и уровень готовности к участию в амбулаторной реабилитационной программе. В последующем процессе мотивационного консультирования (терапии) закрепляются позитивные возможности и устремления пациента, корректируются негативные установки, формируется осознанное, устойчивое отношение к необходимым социально-психологическим изменениям, вырабатывается чувство ответственности за результаты реабилитационной работы, развиваются и закрепляются доверительные отношения между сотрудниками команды, пациентом и его ближайшим окружением. **Основные мишени №№ 6, 5, 4;**

· с первых встреч начинается работа с пациентом по опроснику «Белорусская версия индекса

---

---

тяжести зависимости (BASI)». Проводится анализ, и выявляются проблемные области, определяется профиль проблем пациента, осуществляется диагностика его психологического статуса, составляется индивидуальный план амбулаторной реабилитации/помощи с учетом приоритетности проблем, с определением объема работы каждого специалиста и очередности его участия в ЛРП. **Основные мишени №№ 4, 6;**

- на каждом этапе ЛРП одним из основных инструментов реабилитации является проведение индивидуальной и групповой психотерапии, в том числе, индивидуального и группового консультирования с целью развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, раскрытия и актуализации нормативных субличностей, обеспечения доступа к ресурсным состояниям, продолжения воздержания от употребления наркотиков и нормализации социального функционирования. **Основные клинико-психологические мишени данного компонента реабилитационной работы №№ 4, 5, 6;**

- обязательным компонентом амбулаторной реабилитации является программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, асертивности, креативности, эффективного копинг-поведения, а также на развитие нормативных субличностей (Я - телесное, Я - ребенок, Я - взрослый, Я - родитель, Я - партнёр, Я - профессионал), а также программа адаптированных тренингов: завершения личностной идентификации; формирования позитивного жизненного сценария; формирования ответственного выбора; формирования внутреннего локуса-контроля; формирования доступа к ресурсам личности и ресурсам окружения; ситуационно-ролевой тренинг. **Основные мишени №№ 4, 5, 6;**

- в условиях амбулаторной реабилитации особое место занимает противорецидивная работа, направленная на профилактику срыва или рецидива заболевания, упрочение и удлинение ремиссии, профилактику ее 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). **Основные мишени №№ 2, 3, 4, 6;**

- 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. **Основные мишени №№ 4, 5;**

- индивидуальная социальная работа с пациентом включает подробное изучение каждой, из заявленных пациентом, социальных проблем с поиском ресурсов для её решения в самом пациенте, в его ближайшем окружении, в общественных и государственных социальных структурах при непосредственном участии специалиста по социальной работе. Пациент с помощью специалиста по социальной работе (социального работника) определяет конкретные шаги решения проблемной ситуации, используя методы мотивационной, поведенческой терапии, которые направлены на обучение пациента жизненным навыкам, постановке приемлемых целей, выработке ответственности. Основной функцией специалиста по социальной работе в процессе амбулаторной реабилитации является: защита и поддержка пациента, оказание конкретной помощи в трудоустройстве, юридических и правовых вопросах, получении и завершении образования, обучении продуктивному использованию свободного времени – досуга. **Основные мишени №№ 5, 6;**

- установление продуктивного сотрудничества с заинтересованными государственными учреждениями и общественными организациями (службы занятости, учебные заведения, правоохранительные органы, молодежные организации, спортивные и культурные организации и пр.). Через проведение практических семинаров «открытый день» и тематического консультирования (юридическое, семейное, жилищное и др.), в которых принимают участие специалисты перечисленных организаций и служб, осуществляется сотрудничество с конкретными ответственными лицами тех или иных учреждений. **Основные мишени №№ 5, 6.**

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. **Основными клинико-психологическими мишенями являются мишени №№ 1, 2, 4, 6.**

Основные реабилитационные мероприятия этапа:

- мероприятия, направленные на адаптацию пациента к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения амбулатории;
- мероприятия по редукции астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих, интеллектуально - мнестических расстройств и проявлений патологического влечения к ПАВ в постабстинентном периоде;

---

---

- идентификация ПАВ в биологических средах с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования;

- мотивационное консультирование пациента и его ближайшего окружения, направленное на дальнейшее продолжение реабилитационной работы и вовлечение в данный процесс ЗДЛ пациента;

- выявление и составление профиля проблем пациента с помощью опросника BASI, используя его как диагностический инструмент и как инструмент мотивации на дальнейшую работу;

- составление и согласование индивидуально-го плана терапии/помощи пациенту с использованием опросника BASI;

- программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, ассертивности, креативности и эффективного копинг - поведения.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- активизация внутриличностного конфликта между нормативным и патологическим личностными статусами;

- актуализация и развитие нормативного личностного статуса;

- редукция и блокирование патологического личностного статуса;

- синергетическая модель поведения в условиях терапевтического сообщества;

- редукция и блокирование патологического влечения к ПАВ

реализуются через программу социально-психологических тренингов, через техники переходной и рабочей стадии групповой психотерапии, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт - терапии, трансактного анализа, телесно - ориентированной психотерапии, психодрамы.

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 в процессе развивающих практик формируются личностные и социальные свойства психологического здоровья - антинаркотической устойчивости. **Ведущие клинико - психологические мишени №№ 4, 5, 6.** Основные реабилитационные мероприятия:

- мероприятия по реализации возможностей реабилитационной среды - терапевтического сообщества, основанного на принципах само- и взаимопомощи, позитивного взаимовлияния;

- идентификация ПАВ в биологических средах с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования;

- психотерапевтическая работа в формате интегративно - развивающей групповой психотерапии, основной целью которой является формирование и развитие свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья;

- программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, ассертивности, креативности, эффективного копинг - поведения, а также на развитие нормативных субличностей (Я - телесное, Я - ребенок, Я - взрослый, Я - родитель, Я - партнёр, Я - профессионал) и программа дополнительных тренингов: завершения личностной идентификации; формирования позитивного жизненного сценария; формирования ответственного выбора; формирования внутреннего локуса-контроля; формирования доступа к ресурсам личности и ресурсам окружения; ситуационно-ролевой тренинг;

- работа с семьёй, со значимыми другими лицами в процессе семейного консультирования (семьи зависимых лиц), консультирования созависимых, семейной психотерапии, групповой психотерапии со ЗДЛ;

- работа по профилактике срывов и рецидивов в процессе противорецидивной психотерапии, тренингов.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- развитие свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья;

- формирование нормативной системы ценностей;

- создание позитивного жизненного сценария;

- формирование механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;

- преодоление созависимости

реализуются через техники рабочей стадии групповой психотерапии, через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии, а также через программу социально-психологических тренингов.

Продолжительность данного этапа в условиях амбулатории – от 30 до 45 дней 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 подготовке к нормативному функционированию в социальной среде. **Главными являются клинико - психологические мишени №№ 4, 5, 6.**

Основные реабилитационные мероприятия:

- работа по актуализации и закреплению личностных и социальных качеств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья в условиях терапевтического сообщества;

---

---

· идентификация ПАВ в биологических средах с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования;

· работа по дальнейшему развитию нормативных личностных свойств, которые способствуют возвращению в семью, в профессию, в общество;

· программы по профессиональному обучению;

· работа групп анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА);

· профилактическая противорецидивная работа;

· психотерапевтическая работа с созависимыми;

· семейная психотерапия с участием пациента;

· индивидуальная социальная работа по конкретным заявленным социальным проблемам пациента.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- актуализация и закрепление свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья в условиях терапевтического сообщества;

- постановка цели и планирование в трудовой деятельности (трудоустройстве), образовании, создании семьи;

- актуализация и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;

- развитие нормативных семейных отношений реализуются через техники рабочей и заключительной стадии групповой психотерапии, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии.

Длительность данного этапа составляет в амбулаторно - поликлинических условиях для пациентов с высоким, 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 этап может осуществляться в закрытых (реабилитационный центр, реабилитационный стационар), полузакрытых (дневной стационар, община, сообщества АА, АН) и открытых (амбулатория, поликлиническое подразделение) реабилитационных средах.

*Социально-реабилитационный подход в условиях общины (загородного поселения).* Целью данного подхода является подготовка пациента к реинтеграции (возвращению) в большое общество через социализацию, трудовую деятельность, образование и духовность. **Ведущими являются клинико-психологические мишени №№ 4, 5, 6.**

Основные реабилитационные мероприятия:

· совместное проживание и ведение хозяйства в условиях общины;

· работа системы штрафных санкций и позитивных поощрений в условиях ТС;

· идентификация ПАВ в биологических средах с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования;

· использование воспитательного опыта в процессе прохождения ступеней иерархии в условиях ТС;

· увеличение объема трудовой деятельности в условиях общины (микросоциума);

· мотивационная работа, направленная на поиск собственного пути возвращения в общество (ресоциализации);

· программы по профессиональному обучению;

· программы общего и специального образования;

· образовательные программы для консультантов по зависимостям;

· участие в волонтерском движении;

· профилактическая противорецидивная работа;

· работа с семьей и ЗДЛ;

· культурно - развлекательные программы;

· спортивно - оздоровительные программы;

· работа по подготовке к выписке из реабилитационного учреждения.

Основные психотерапевтические мероприятия:

- нормативное функционирование в условиях общины (микросоциума);

- актуализация и закрепление нормативных социальных статусов (Я – мужчина/женщина, Я – партнер, Я – родитель, Я – профессионал / член группы);

- ситуации риска актуализации патологического влечения к ПАВ в социуме;

- навыки распределения денежных средств;

- социальные дезадаптирующие трудности;

- навыки личного планирования досуга;

- восстановление и развитие нормативных семейных отношений;

- план – проект позитивного жизненного сценария реабилитанта;

- ситуация выхода из общины

реализуются через взаимодействие и проживание реабилитантов в условиях терапевтического сообщества, через техники рабочей и заключительной стадии групповой психотерапии, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт-терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии.

Осуществляется данный подход к социальной реабилитации в условиях загородного поселения (общины), его продолжительность для пациентов с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала индивидуальна, составляет в среднем, не менее 4 - 6 месяцев.

*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. Выше перечисленные реабилитационные мероприятия осу-

---

---

ществляются в амбулаторно - поликлинических условиях. Цель данного этапа – нормативное функционирование в социуме. **Реализуемые мишени №№ 2, 4, 5, 6.**

Основные реабилитационные мероприятия этапа:

- программы психолого-социальной поддержки;
- жилищные программы;
- программы профессионального обучения;
- программы трудоустройства и занятости;
- программы общего и специального образования;
- программы правовой (юридической) защиты;
- противорецидивная психотерапия;
- противорецидивные тренинги;
- идентификация ПАВ в биологических средах с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования;
- работа групп анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА);
- семейная и супружеская психотерапия с участием пациента;
- психотерапевтическая работа с созависимыми;
- индивидуальная социальная работа по конкретно заявленным социальным проблемам пациента;
- установление продуктивного сотрудничества с заинтересованными государственными учреждениями и общественными организациями;
- программы по организации и проведению досуга.

Основные психотерапевтические мероприятия этапа:

- повышение мотивации на личностный и социальный рост;
- актуализация и закрепление механизмов самоуправления и саморазвития;
- актуализация и закрепление адаптационных механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- развитие навыков активности и инициативы в различных видах деятельности;
- стабилизация нормативных семейных, супружеских, производственных отношений

реализуются через техники индивидуального и группового консультирования, индивидуальной и групповой психотерапии в амбулаторных условиях, а также через адаптированные психотерапевтические методы гештальт - терапии, трансактного анализа, логотерапии, экзистенциальной терапии.

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.

На протяжении всех этапов амбулаторной реабилитационной работы специалисты мультидисциплинарной команды на регулярных общих собраниях должны проводить мониторинг степени разрешения психологических и социальных проблем пациента; уровня достижения заявленных целей терапии/помощи, первоначально сформулированных с помощью опросника BASI; степени удовлетворенности результатами реабилитации, по мнению пациента и команды специалистов.

Следовательно, критериями завершения процесса амбулаторной реабилитации и эффективности реабилитационной работы являются следующие:

- устойчивая длительная ремиссия, в структуре которой срыв может рассматриваться, как естественный рабочий момент реабилитационной программы, требующий анализа и проработки;
- улучшение физического и психического здоровья;
- нормализация социально - психологического статуса пациента (улучшение взаимоотношений с ближайшим окружением, восстановление старых или построение новых семейных связей, появление нового нормативного круга общения и интересов, стабилизация трудовой и/или образовательной деятельности, разрешение правовых (юридических) проблем);
- полная или значительная степень достижения целей терапии / реабилитации, первоначально сформулированных с помощью опросника BASI;
- высокая или значительная степень удовлетворенности результатами реабилитации, по мнению пациента и команды специалистов;
- катamnестические сведения, подтверждающие наличие ремиссии;
- реальное ослабление угрозы для общественной безопасности.

Соблюдение основных принципов континуального подхода к комплексной медико - социальной реабилитации, правил преемственности в реализации выше перечисленных этапов, и эффективное использование основных компонентов амбулаторной реабилитационной работы обеспечивают доступность и привлекательность амбулаторных программ, а также высокую эффективность реабилитационного процесса лиц, зависимых от ПАВ, в амбулаторных условиях.

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

Все медицинские, психологические, психотерапевтические и социальные реабилитационные ме-

---

---

роприятия должны быть отражены в амбулаторной карте больного.

На каждом реабилитационном этапе, специалистами мультидисциплинарной команды и старшими резидентами ТС проводится аттестация (оценка) достижений пациента по следующим основным направлениям:

- этика поведения в реабилитационном центре (амбулатории);
- критика пациента к своему состоянию, заболеванию;
- навыки самообслуживания;
- уровень вовлеченности в жизнь терапевтического сообщества;
- качество индивидуальной работы по заданиям специалистов реабилитационной бригады и старших резидентов ТС;
- степень активности в работе психотерапевтических групп;
- личное отношение к трудовой деятельности;
- приобретение и совершенствование профессиональных навыков;
- личное отношение к образованию, уровень обучаемости;
- степень ответственности (самоконтроля) за взятые на себя обязательства;
- семейные взаимоотношения, степень преодоления созависимости;
- коммуникативные навыки;
- уровень ассертивности в межличностных отношениях;
- планирование позитивного жизненного сценария;
- планирование индивидуального процесса ресоциализации и т.д.

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.

Итоговая аттестация организуется сотрудниками мультидисциплинарной команды и старшими резидентами терапевтического сообщества по следующим основным темам:

- адекватное понимание наркомании как болезни (медицинские, психологические, социальные аспекты);
- последствия наркомании;
- проявления нормативного и патологического личностных статусов;
- признаки обострения заболевания, актуализации патологического влечения к ПАВ;
- противорецидивные навыки срыва в ситуациях риска;
- планирование трудовой деятельности и образования в процессе выздоровления;
- система ценностей реабилитанта;

- планирование позитивного жизненного сценария;

- планирование индивидуального процесса ресоциализации;

- феномен саморазвития в условиях социума и др.

Собеседование проводится в конструктивной, дружественной обстановке на общем собрании терапевтического сообщества. Реабилитант отвечает на вопросы участников терапевтического сообщества и членов реабилитационной бригады. Обязательным является рассказ о себе, истории заболевания и его последствиях, динамике выздоровления, негативных и позитивных результатах, о взаимоотношениях с другими пациентами, членами реабилитационной бригады, семейных отношениях, планах ресоциализации и ближайшего будущего. Итоговая аттестация с участием родственников пациента завершается добрыми напутствиями и пожеланиями реабилитанту, что укрепляет идеологию и философию Центра.

#### ***Определение уровня реабилитационного потенциала***

Прогностическая оценка потенциальных возможностей пациента к выздоровлению, возвращению в семью и общество, основанная на субъективных и объективных данных о наследственности, преморбиде, особенностях физического и психического развития, личностных и социальных свойствах антинаркотической устойчивости – психологического здоровья, а также форме, тяжести и последствиях наркологического заболевания, определяется как *реабилитационный потенциал*.

*Уровень реабилитационного потенциала* — интегральная характеристика, отражающая этапы формирования болезни и развития личности, основанная на преморбидных особенностях, индивидуальной предрасположенности, клиническом диагнозе, степени личностного и социального развития свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья, индивидуальных мотивационных, когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностях, а также системе ценностей больного наркоманией.

По результатам комплексной оценки степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала, с учетом субъективных и объективных данных больные с зависимостью от ПАВ подразделяются на три группы: пациенты с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала. Для диагностики используется карта оценки уровня реабилитационного потенциала, которая состоит из четырех блоков и коллегиально применяется специалистами реабилитационной бригады. Для практического использования и регистрации данных заполняется специальный бланк оценки уровня реабилитационного потенциала больного наркоманией.

---

---

*Высокий уровень реабилитационного потенциала* характеризуется:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями;
- преимущественно нормативным психическим и физическим развитием, хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- отсутствием выраженного дефицита свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья;
- 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 ПАВ и суицидальных тенденций;
- низкой интенсивностью проявлений наркотического абстинентного синдрома (симптомы нивелируются в течение 2-3 дней);
- невыраженностью постабстинентных расстройств;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений;
- вовлечением в нормативную деятельность (учебу или работу);
- наличием относительного разнообразия социокультуральных интересов (искусство, спорт, хобби и пр.);
- отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- отсутствием стойких изменений личности: интеллектуально - мнестического снижения, грубых аффективных нарушений, выраженных морально-этических отклонений.

У данного контингента больных наблюдаются спонтанные или стойкие терапевтические ремиссии в анамнезе. Чаще отсутствуют соматические заболевания и психопатологические нарушения, приобретаемые в период злоупотребления ПАВ: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция, выраженные эмоциональные и поведенческие расстройства. У пациентов с высоким уровнем реабилитационного потенциала, как правило, критика к заболеванию сохранена и есть обоснованное желание избавиться от зависимости. В связи, с чем мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов на развитие (личностный рост, восходящая социальная динамика, приобретение духовных ценностей и принципов и т.д.).

---

---

*Средний уровень реабилитационного потенциала* характеризуется:

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей (бабушка, дедушка) линии родителей;
- воспитанием в неполной семье и/или проблемными семейными отношениями;
- средним или низким материальным уровнем;
- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития;
- наличием дефицита свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья средней степени выраженности;
- наличием девиантного поведения, нарушениями в сексуальной сфере;
- 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 ПАВ;
- преобладанием постоянной формы влечения к опиоидам, особенно в периоды рецидивов заболевания;
- интенсивностью и стойкостью клинических проявлений абстинентного синдрома (продолжительность до 7 - 10 дней) и постабстинентных расстройств (продолжительность до 1,5 - 2 месяцев.);
- наличием единичных случаев передозировок наркотиками и суицидальных действий;
- редкими случаями неустойчивых спонтанных ремиссий;
- наличием поведенческих расстройств, проявляющихся агрессивностью, повышенной раздражительностью, мотивационной неустойчивостью;
- низким уровнем социальных интересов, утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- морально - этическими изменениями средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, агрессивность и пр.) при наличии желания скрыть употребление наркотиков;
- снижением контроля за эмоциями.

У данного контингента больных часто отмечается бытовое злоупотребление алкоголем, реже - болезненная зависимость. Наблюдаются заболевания, приобретенные в период наркотизации: часто выявляются гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, иногда ВИЧ - инфекция и туберкулез. Из приобретенных психопатологических нарушений отмечаются поведенческие и эмоциональные расстройства, неврастенический синдром.

Мотивация на участие в реабилитационном процессе носит преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагмати-

---

---

ческих мотивов, характеризующихся желанием избавиться от болезненных проявлений абстинентного синдрома, получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания и пр.

*Низкий уровень реабилитационного потенциала* характеризуется:

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (отец, мать) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);
- воспитание в неполной или дисфункциональной семье с проблемными или конфликтными отношениями, злоупотреблением алкоголем одного или обоих родителей;
- средним или низким материальным уровнем;
- задержкой или патологией физического и психического развития (инфантилизм, невротическое развитие, психопатии, девиантное, деликventное поведение в анамнезе и др.);
- наличием дефицита свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья выраженной степени;
- низкой или посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);
- крайне ограниченным и неустойчивым кругом интересов;
- ранним употреблением алкоголя с 11-12 лет и ранним злоупотреблением ПАВ с 12-15 лет;
- продолжительностью заболевания более 3 лет;
- преимущественно внутривенным способом введения наркотика;
- частым параллельным злоупотреблением другими ПАВ (психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.);
- конечной (третьей) стадией зависимости по МКБ-10;
- постоянным видом влечения к наркотикам;
- тяжёлым течением абстинентного синдрома, сопровождающегося выраженными аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, (продолжительностью 9-12 дней);
- выраженностью и продолжительностью (до 2-3 месяцев) постабстинентных расстройств;
- наличием асоциальных поступков и судимостей, связанных с употреблением ПАВ;
- частыми передозировками ПАВ, суицидальными мыслями и действиями в период абстинентного синдрома или в ремиссии;
- отсутствием спонтанных ремиссий;
- отсутствием собственной (супружеской) семьи и/или крайне конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни, агрессивности;
- чаще средним образованием, реже - незаконченным среднеспециальным образованием;

- отсутствием трудовой деятельности и безразлично-пассивным или негативным отношением к работе, учёбе, частичной или полной утратой профессиональных навыков и умений к труду, учебе;
- крайне низким кругом социальных интересов;
- выраженным морально-этическим и интеллектуально - мнестическим снижением: ложь, безответственность; гомосексуальные и садомазохистские тенденции; внешне обвинительная позиция в отношении своего заболевания; торпидность мышления; снижение способности к обобщению, концентрации внимания; преобладание быстрой умственной утомляемости; снижение всех видов памяти; прогрессирующая селективность интеллектуальной деятельности, сосредоточенной на удовлетворении патологической потребности (употребление опиоидов);
- поведенческими нарушениями: психопатоподобное поведение, психопатия, социофобия;
- грубые эмоциональные нарушения: выраженное преобладание подавленного настроения, ипохондричность, аффективная неустойчивость, депрессии, дистимии, тревога, сопровождающиеся суицидальными проявлениями.

У данного контингента больных диагностируются сопутствующие заболевания: гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция. Наркотическая зависимость сочетается с употреблением алкоголя или болезненной зависимостью от алкоголя. В сексуальной сфере отмечается снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют. Критика к поведению, асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии вербального признания заболевания. Мотивация на участие в реабилитационном процессе основана на прагматических намерениях: избежать преследования, наказания, получить «поддержку», выгоду и прочее.

#### ***Определение Индекса Тяжести Зависимости***

Рабочим инструментом, позволяющим индивидуально выявить и оценить проблемы пациента, определить и реализовать план помощи (терапии) является «Белорусская версия Индекса Тяжести Зависимости» (The Belarus Addiction Severity Index) далее – BASI, первично базировавшегося на Европейском Индексе Тяжести Зависимости (Euro ASI). Данный инструмент используется как достаточно удобный в практическом применении для планирования, проведения и оценки реабилитационного процесса.

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

Опросник имеет четыре стадии:

Стадия 1. Формулировка проблем

---

---

Стадия 2. Детализация проблем  
Стадия 3. Формулирование целей реабилитации и плана помощи

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

*Стадия 1 - формулировка проблем*

Целью интервью является проведение скрининга проблемных областей пациента, которые включают следующие разделы:

- физическое здоровье;
- зависимости: алкоголь, наркотики и другие вещества;
- состояние психического здоровья;
- семейный анамнез;
- семья и взаимоотношения с другими людьми;
- закон;
- образование;
- работа и трудоустройство;
- финансы;
- организация досуга;
- жилье;
- отношение родных и близких

(последний раздел заполняется, если возможна встреча с членами семьи или близкими родственниками).

Для определения пациентом и терапевтом степени тяжести проблем по каждому разделу используется шкала оценки тяжести проблемы (см. приложение 5 – Профиль проблем):

- 0 – данная проблема меня вообще не беспокоит;
- 1 – данная проблема беспокоит меня в легкой степени;
- 2 – данная проблема беспокоит меня в умеренной степени;
- 3 – данная проблема беспокоит меня в значительной степени;
- 4 – данная проблема беспокоит меня очень сильно.

Для определения и уточнения пациентом и специалистом потребности в помощи используется шкала оценки потребности в помощи:

- 0 – потребность в помощи полностью отсутствует
- 1 – потребность в помощи низкая
- 2 – потребность в помощи умеренная
- 3 – потребность в помощи значительная
- 4 – потребность в помощи очень сильно выраженная.

По каждому разделу значимыми являются комментарии, где специалист в свободном стиле в процессе интервью уточняет ответы пациента для отбора проблем, требующих более подробного анализа. Проведение интервью занимает от 1,5 до 3-4 часов и может проводиться в несколько приемов. Итогом интервью является определение наиболее актуальных проблем и регистрация результатов интервью в форме *BASI - профиль проблем*.

Профиль проблем позволяет сделать обзор и сравнение рейтингов оценки тяжести проблем и потребности в помощи/терапии как пациента, так и

профессионала, определить приоритетность проблем, требующих первоочередного решения, и выбрать направление терапии/реабилитации в процессе совместного анализа полученного профиля.

*Стадия 2 - детализация проблем*

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

Для уточнения проблемы могут быть использованы следующие ключевые вопросы:

- Частота возникновения данной проблемы?
- Ситуация, в которой возникает данная проблема?
- Лица или организации, вовлеченные в данную проблему?
- Особые периоды времени, в которые возникает данная проблема?
- Особые события, сопровождающие или предшествующие данной проблеме?

Для уточнения потребности в помощи могут быть использованы следующие ключевые вопросы:

- Что думает пациент о том, как разрешить (уменьшить, заблокировать, стабилизировать) проблему?
- Какой вид помощи ожидает пациент от данного специалиста (других специалистов бригады) в процессе реабилитации?
- Ожидает пациент помощи от семьи, ЗДЛ?
- Какой вид помощи от этих людей хочет получить?

Ответы на выше описанные вопросы регистрируются в форме детализации проблем, насколько это возможно, собственными словами и выражениями пациента.

В процессе работы пациент является активным действующим участником и совместно с терапевтом принимает заключительные решения в отношении формулировки уточненной проблемы и требования о помощи, приобретая навык ответственного выбора и принятия решения, в том числе, за результаты и процесс реабилитации.

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

*Стадия 3 - формулирование целей реабилитации и плана помощи*

На этой стадии необходимо сформулировать и согласовать цели и план терапии в максимально конкретной форме для того, чтобы динамику изменений можно было отследить и оценить.

---

---

---

---

Для формулирования согласованных целей удобно использовать принцип постановки SMART-целей. SMART (англ. “умелый”, “здоровый”):

S (Specific) – специфицированный, уточненный в деталях;

M (Measurable) – измеримый или дающий возможность оценки;

A (Acceptable) – приемлемый (согласованный между пациентом и специалистом);

R (Realistic) – реалистичный или выполнимый;

T (Time) – расписанный по времени или соответствующий временной перспективе.

Работа с целями определяет преимущества для пациента и специалиста:

- определяется направление необходимых изменений;
- выявляются конкретные предложения по оказанию помощи, сотрудничеству с определенным специалистом;
- приобретаются новые знания, умения, навыки, способствующие эмоциональным, когнитивным и поведенческим изменениям, мотивирующим на отказ от употребления ПАВ;
- поддерживается мотивация на продолжение терапии/реабилитации;
- определяется возможность формулирования следующих целей в процессе завершения плана помощи.

В общем плане помощи/терапии учитывается био-психо-социальный подход к формулированию целей пациента, позволяющий оказать компетентную помощь со стороны различных специалистов. Общий план каждого реабилитанта обсуждается и принимается на собрании реабилитационной бригады.

В индивидуальный план терапии/реабилитации необходимо включить:

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

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

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

Совместная оценка (по мнению пациента и специалиста) достигнутых результатов терапии/помощи

и общая оценка удовлетворенности результатами лечения проводятся неоднократно по завершению каждого этапа реабилитации и при постановке новых целей, показатели оценки регистрируются в форме индивидуального плана терапии и имеют следующие варианты:

- цель достигнута полностью;
- цель достигнута в значительной степени;
- цель достигнута в незначительной степени;
- цель совершенно не достигнута.

Если в ходе обсуждения пациент и терапевт приходят к выводу, что цель достигнута в недостаточной степени или совершенно не достигнута, необходимо, после проведенного анализа ЛРП, выбрать одну из следующих альтернативных возможностей:

1. Продолжить проводимые терапевтические мероприятия еще некоторое время.
2. Составить новый индивидуальный план терапии/помощи.
3. Вернуться на этап уточнения проблемы, соответствующей проблемной зоне.

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

#### ***Организация медицинской помощи при амбулаторной реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ***

*Оказание медицинской помощи* больным с зависимостью от ПАВ в амбулаторных условиях проводится врачами – психиатрами, наркологами, в компетенцию которых входит установление диагноза основного и сопутствующих заболеваний, наблюдение за больным, оценка динамики клинической симптоматики, проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. В амбулаторной реабилитации больных с зависимостью от ПАВ участвуют психолог, психотерапевт, специалист по социальной работе (социальный работник), медицинские сестры, имеющие специальную подготовку. В случае диагностики инфекционных или соматических заболеваний (например, пиелонефрита, язвенной болезни, заболеваний, передающихся половым путем и т.п.), требующих лечения в период реабилитации, привлекаются врачи соответствующих специальностей (терапевт, инфекционист, дерматовенеролог и т.д.).

Комплекс реабилитационных мероприятий, обеспечивающих поэтапное решение задач лечебно-реабилитационного процесса в амбулаторных условиях, реализуется членами *реабилитационной бригады*, являющейся одним из инструментов реабилитации. В реабилитационную бригаду, кроме специалистов мультидисциплинарной команды (врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе), входят медицинская

---

---

сестра, инструктор по труду, спорту, старший резидент и другие специалисты. Члены реабилитационной бригады определяют и реализуют индивидуальную программу реабилитации для каждого пациента, состоящую из основных лечебных, реабилитационных и психотерапевтических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлинических условиях.

Основными критериями отбора специалистов реабилитационной бригады являются:

- стаж работы с наркозависимыми не менее 1-3 лет;
- владение знаниями по социальной реабилитации (био – психо - социальные подходы);
- наличие опыта психотерапевтической работы;
- специализация в области наркологии (знания в области наркотических и психотропных средств);
- владение современными методиками лечебно-диагностической работы;
- навыки профилактической работы;
- позитивное отношение к пациентам;
- искренняя заинтересованность в работе;
- личностные качества: коммуникабельность, эмпатия, терпимость, энтузиазм, гибкость.

Критерии назначения на должность заведующего реабилитационным подразделением таковы: достаточно высокий уровень компетенции в отношении основных компонентов ЛРП (лечебно-диагностический, психотерапевтический, психологический, социальный); хорошие организаторские способности; безусловный авторитет и заслуженное уважение персонала и пациентов подразделения; личностные качества руководителя, которые не менее важны, чем профессиональная квалификация:

- психотерапевтическая интуиция;
- наличие достаточного жизненного опыта;
- эмоциональная адекватность;
- справедливость;
- жесткость и последовательность при выполнении принятых решений;
- личное обаяние и др.

*Мультидисциплинарный подход* к реализации программ МСР больных с зависимостью от ПАВ в амбулаторных условиях включает:

- объединение в команду нескольких специалистов для совместной работы (врачи - психиатры-наркологи, психотерапевты, медицинские психологи, социальные работники и пр.) под общим управлением заведующего реабилитационным подразделением;
- одновременное, в течение всего ЛРП, воздействие на одного пациента, зависимого от ПАВ, группы специалистов с учетом био-психо-социального подхода к его проблемам;
- взаимное обогащение профессиональным опытом и личностный рост внутри мультидисциплинарной команды среди различных специалистов, обеспечивающих профилактику и преодоление «синдрома сгорания».

Преимущества *мультидисциплинарной работы*:

- с амбулаторной картой пациента работают все сотрудники реабилитационной бригады;
- составление плана терапии/помощи позволяет пациенту и группе специалистов мультидисциплинарной команды выявить различные проблемные зоны;
- соблюдение принципов приоритетности и этапности позволяет структурировать терапевтический/реабилитационный процесс;
- мотивационной работой с пациентом занимается группа специалистов, что позволяет повысить уровень мотивации пациента в целом;
- работа в мультидисциплинарной команде создает творческую атмосферу и способствует рациональному использованию времени и ресурсов, как сотрудников команды, так и пациента.

*Индивидуальная программа реабилитации* прорабатывается с больным наркоманией с целью повышения ее психотерапевтического значения и ответственности самого пациента за ее реализацию и результаты. Программа включает несколько основных блоков: медицинский блок, психотерапевтический (психологический), социальный. Реализацию поэтапных задач каждого из основных блоков курирует соответствующий специалист реабилитационной бригады: медицинского блока - врач психиатр-нарколог; психотерапевтического блока – психотерапевт, психолог; социального блока — специалист по социальной работе (социальный работник).

Амбулаторная программа реабилитации больных с зависимостью от ПАВ осуществляется в специально созданной *реабилитационной среде*, способствующей личностному и социальному развитию (функционированию) пациентов. В основе реабилитационной среды лежит идеология реабилитационного подразделения (дневного стационара), ее инструментами являются: система норм и правил ТС, позитивных подкреплений (поощрений), штрафных санкций (порицаний), а также система взаимной ответственности, психологической помощи и социальной поддержки. Реабилитационная среда характеризуется атмосферой доверия, искренности, взаимопонимания, защищенности, коллективными действиями, все ее элементы имеют терапевтический смысл. Реабилитационная среда защищает от патологического воздействия наркоманической субкультуры, способствует предотвращению срывов и рецидивов заболевания, моделирует нормативное функционирование в обществе и является терапевтическим инструментом реабилитации.

Условно выделяют 3 вида реабилитационных сред для больных с зависимостью от ПАВ:

- *открытые* - специализированная поликлиника (амбулатория), сообщества анонимных алкоголиков, анонимных наркоманов, семейные клубы трезвости и другие, а также позитивно скорректированная семья больного, место учебы, досуга, но только в том случае, если они свободны от психоактивных

---

---

веществ. И если в них создан высокий уровень защищенности больных от влияния наркоманической субкультуры и употребления наркотиков;

- *полузакрытые* - дневной стационар, община, реабилитационное общежитие, «дом на полпути» и т.д.;

- *закрытые* — наркологический реабилитационный центр или больница, монастырь/храм, а также пенитенциарные учреждения как особая система реализации реабилитационных программ.

Реабилитационный процесс в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача психиатра-нарколога, который выступает как член реабилитационной бригады или как консультант (например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях и т.п.).

Степень защищенности от срывов и рецидивов заболевания выше в закрытых реабилитационных средах, в которые преимущественно направляются больные наркоманией со средним или низким уровнем реабилитационного потенциала и выраженным девиантным поведением.

В полузакрытых или открытых реабилитационных средах защищенность реабилитируемых от проникновения наркотика и негативного влияния на процесс лечения и ресоциализации лиц, зависимых от ПАВ, с низкой мотивацией, склонных к агрессии и антисоциальным поступкам, значительно ниже. Вместе с тем, в полузакрытые и открытые реабилитационные среды необходимо преимущественно направлять больных с высоким или средним уровнем реабилитационного потенциала, с достаточной степенью ответственности, желанием и готовностью противостоять повторному вовлечению в наркотизацию, прошедших определенный курс реабилитации в закрытых реабилитационных средах.

Важной необходимостью является реализация принципа «этапности» реабилитации, т.е. своевременного перевода больных из закрытых в полузакрытые и открытые реабилитационные среды для дальнейшего осуществления лечебно-реабилитационного процесса. При этом учитывается степень редукции клинико-психопатологических проявлений заболевания и восстановления личностных и функциональных способностей пациента. В отдельных случаях, при возникновении у пациента трудностей, связанных с влиянием наркоманической субкультуры и употреблением наркотиков в открытой реабилитационной среде, с его согласия он может быть переведен в полузакрытую или закрытую реабилитационную среду.

*Психотерапия* проводится на всех этапах реабилитации и направлена на повышение уровня внутренней мотивации полноценного участия в реабилитационных программах. Динамическими целями психотерапии на этапах ЛРП являются: отказ от употребления ПАВ, редукция патологических личностных и поведенческих расстройств, формирова-

ние эмоциональной адекватности с акцентом на приоритет позитивных эмоций при решении личных и социальных проблем, развитие психологических свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья, формирование нормативных уровней притязаний, ориентация на позитивный жизненный сценарий нормативной личности.

*Выбор психотерапевтического подхода* в индивидуальном, групповом, семейном форматах определяется личностными и социальными особенностями пациента, уровнем реабилитационного потенциала, индексом тяжести зависимости, клиническими особенностями основного заболевания и профессиональным квалификационным уровнем специалиста. Обязательным условием выбора является реализация одного из адаптированных методов психотерапии: мотивационная терапия по Миллеру – Рольнику, гештальт - терапия, трансактный анализ, психодрама, логотерапия, телесно - ориентированная терапия, бихевиоральная (поведенческая) терапия, а также семейная психотерапия.

Проведение *семейной психотерапии* в реабилитации больных наркоманией является обязательным компонентом ЛРП для диагностики и решения семейных проблем, а также для создания внутрисемейной реабилитационной среды, в которую возвращается пациент после завершения программы в амбулаторных условиях. В процессе семейной психотерапии семья, как система, является пациентом. В результате члены семьи приобретают знания и умения конструктивного и внутрисемейного взаимодействия, а также навыки диагностики и предотвращения «срыва», рецидива заболевания.

### ***Реабилитация в амбулаторно-поликлинических условиях***

В амбулаторные реабилитационные отделения направляются больные с зависимостью от ПАВ *по показаниям*:

- с диагнозом: синдром зависимости, употребление с вредными последствиями (пагубное употребление);

- с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала, больные, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий и имеющие желание и готовность пройти реабилитационную программу в амбулаторных условиях;

- переведённые в амбулаторно-поликлинические учреждения (отделения) после частичного или полного завершения реабилитационной программы в наркологических реабилитационных учреждениях (центр, отделение, община и др.);

- больные, прошедшие реабилитацию в религиозных конфессиях (христианских, исламских, буддистских и др.);

- в стадии «срыва» после раннее проведенного лечения и реабилитации в наркологических ре-

---

---

билитационных учреждениях открытого или закрытого типа (амбулатория, центр, община и др.);

- освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах;
- лица, направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию;
- имеющие постоянное место жительства;
- имеющие случаи предыдущих обращений на лечение: 0-4.

*Относительные противопоказания* для направления больных наркоманией в амбулаторные реабилитационные отделения:

- наличие острой и хронической психической симптоматики - острые психозы, МДП, шизофрения;
- наличие инвалидности по психическому заболеванию;
- наличие актуального суицидального поведения в анамнезе;
- нахождение пациента под следствием (до приговора суда);
- наличие более трех судимостей в анамнезе;
- наличие сочетанного употребления двух или более ПАВ.

Данные критерии показаний и противопоказаний для направления больных наркоманией в амбулаторные реабилитационные отделения являются относительными, а не абсолютными, в любом случае важен индивидуальный подход к пациентам.

Особенностью реабилитации в амбулаторных условиях является *клиентцентрированный подход*, включающий не только обобщенность усилий различных специалистов на решении проблем конкретного пациента, но и активное участие самого пациента в реабилитационной работе, а также осознание пациентом своей роли и принятие на себя ответственности за результат реабилитации.

Осуществление реабилитационных программ в амбулаторных условиях и дневном стационаре позволяет больным продолжить работу или учёбу, жить в родной или нуклеарной семье. Вместе с тем, перед больными ставится задача по выполнению расписанной и контролируемой программы, позволяющей поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства, т.е. больные привлекаются к *успешному сотрудничеству* в достижении целей реабилитации и поэтапном решении ее задач.

Изначально, при направлении пациента в амбулаторное реабилитационное отделение, продолжительность реабилитационных программ при высоком уровне реабилитационного потенциала составляет от 6 до 12 месяцев, с учетом возможности *продолжения программ* при необходимости. Во всех других случаях продолжительность данного этапа индивидуальна, определяется степенью ресоциализации пациента и составляет период не менее 2 лет.

В случаях ухудшения клинического состояния пациента, появления неоднократных «срывов» в амбулаторно-поликлинических условиях, больной направляется на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар) на срок не менее двух недель для проведения медикаментозной и восстановительной терапии. Затем, при *добровольном согласии*, переводится в стационарное или амбулаторное реабилитационное отделение для дальнейшего продолжения ЛРП.

*Вспомогательные социальные требования* к реабилитации в условиях реабилитационного учреждения включают:

1. Создание условий для трудовой деятельности, профессионального обучения, занятий спортом, творческой активности, проведения культурно-содержательных досуговых мероприятий, при необходимости и возможностях - учёбы. В реабилитационных программах, осуществляемых в амбулаторных условиях, с пациентами необходимо проводить работу по мотивации, вовлечению в выше описанные виды деятельности.

Таким образом, одним из основных принципов медико-социальной реабилитации является обеспечение реабилитируемых пациентов постоянной занятостью, создание условий для трудовых процессов и выработки навыков к регулярной трудовой деятельности. С этой целью необходимо организовать одно из подразделений реабилитационного центра (дневного стационара, общины):

а) производственное (столярные, слесарные, швейные мастерские и пр.);

б) сельскохозяйственное (теплицы, садовое хозяйство, огородный участок и пр.);

в) животноводческое, реализующее подходы зоотерапии или анимотерапии (конное хозяйство, кролиководство, птицеводство, питомник по разведению и обучению собак и др.). Также создать изостудию (рисование, лепка, фотография и др.), спортивный и досуговый комплекс (открытая спортивная площадка, зал для спортивных игр и тренажеров, зал для проведения видеотренингов, просмотра тематических кинофильмов, телепередач и пр.), кабинет для обучения пациентов компьютерной грамотности, привлекающая собственные и дополнительные возможности.

2. Реализация конкретной социально-психологической, коррекционной и обучающей работы специалистов по социальной работе, профессиональному обучению и др. консультантов, которая состоит из следующих компонентов:

- коррекция поэтапной адаптации пациента к условиям реабилитационного учреждения;
- психокоррекция поведенческих расстройств;
- приобщение пациента к труду, учебе и творческой деятельности;
- обучение самоконтролю за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в работе, учебе и пр.;

- психокоррекционная и консультативная работа с родственниками пациентов по вопросам зависимости;
- помощь в восстановлении и создании конструктивных семейных отношений и социальных связей, в решении социально - бытовых проблем;
- практическая помощь в решении вопросов трудоустройства, профессионального обучения, образования после выписки из реабилитационного учреждения или в период реабилитации в амбулаторных условиях;
- помощь в организации консультирования по правовым юридическим вопросам;
- оказание содействия и поддержки пациенту, его родственникам при вхождении в группы само- и взаимопомощи - анонимных наркоманов (НА), анонимных алкоголиков (АА) и др.;
- практическая помощь в организации собственного бюджета, досуга;
- проведение культурно - содержательных, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;
- привлечение старших резидентов и их родственников в реабилитационную и профилактическую деятельность в качестве волонтеров и консультантов;
- оказание поддержки и мотивирование пациентов на дальнейшее продолжение воздержания от употребления наркотиков;
- обеспечение необходимой информацией о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях; реабилитационных программах; общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами наркомании; возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике; культурно-массовых мероприятиях и акциях против наркотиков и пр.

*Сроки реализации амбулаторных реабилитационных программ* зависят от уровня реабилитационного потенциала и степени адаптации пациента к нормативному функционированию в социуме, в среднем, от 6 мес. до 2 лет. Например, больные с зависимостью от ПАВ со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала первые 2 - 4 месяца проходят лечение в реабилитационном стационаре (отделение, центр). Затем, по показаниям, переводятся в амбулаторные программы на завершающей стадии стабилизационного этапа или на профилактическом этапе ЛРП для продолжения реализации реабилитационных программ и достижения устойчивой (безрецидивной) ресоциализации пациента.

Для больных, зависимых от ПАВ, с высоким уровнем реабилитационного потенциала, возможно осуществление реабилитационных программ в амбулаторных условиях без стационарной госпитализации в наркологический центр или отделение.

Требования к объемам и качеству медицинской помощи, оказываемой больным с зависимостью от ПАВ обязательного уровня при осуществлении лечебно - реабилитационного процесса, в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях идентичны. Требования к объемам и качеству реабилитации пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления каннабиноидов (гашиша), кокаина, психостимуляторов (первитин, эфедрон и др.), а также при сочетанной зависимости от ПАВ (полинаркомания), в целом, совпадают и рассматриваются как общие для группы заболеваний, объединенных термином «наркомания».

### ***Характеристики, определяющие отбор пациента в амбулаторные реабилитационные программы***

Клиническая ситуация: амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от ПАВ.

Группа заболеваний: психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ.

Профиль подразделения, учреждения: амбулаторные отделения наркологического профиля.

Функциональное назначение отделения, учреждения: восстановительно-реабилитационные мероприятия.

*Критерии и признаки, определяющие отбор пациента:*

- наличие в анамнезе систематического употребления психоактивных веществ (природных или синтетических) и наркотической зависимости;
- основной диагноз не должен быть отягощен сопутствующим соматическим, неврологическим или травматическим заболеванием в остром периоде;
- воздержание от употребления наркотиков на протяжении нескольких дней или недель (не менее 12 - 14 дней), отсутствие абстинентных и выраженных постабстинентных расстройств;
- личностная и социальная дезадаптация различной степени;
- завершение восстановительного (предреабилитационного) периода лечебных мероприятий и медицинского обследования;
- наличие внутренней мотивации и готовности к ЛРП в амбулаторных условиях;
- отсутствие острой и хронической психической симптоматики (острые психозы, МДП, шизофрения и др.);
- отсутствие инвалидности по психическому заболеванию;
- отсутствие актуального суицидального поведения;
- отсутствие актуального уголовного расследования (до приговора суда);

*Порядок включения пациента в протокол:*

- состояние больного, соответствующее выше приведенным критериям;

- добровольное согласие пациента на прохождение амбулаторной реабилитационной программы или решение суда о направлении на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию (при наличии такового);

- наличие данных медицинского обследования о состоянии функций внутренних органов, отсутствие у пациента на момент начала амбулаторной

реабилитационной программы инфекционных и иных заболеваний, требующих специального лечения (например, инфекционного гепатита, эндокардита и пр.).

**Требования к восстановительно-реабилитационным мероприятиям в амбулаторно-поликлинических условиях.** Данные требования отражены в таблице 1.

Таблица 1

**Требования к восстановительно - реабилитационным мероприятиям в амбулаторно - поликлинических условиях**

№	Наименование мероприятий	Кратность выполнения
1	Осмотр (консультация) врача психиатра-нарколога первичный	Однократно
2	Осмотр (консультация) врача психиатра-нарколога повторный	Согласно алгоритму
3	Психотерапия (включая психологическое консультирование)	Согласно алгоритму
4	Социально-психологические тренинги	Согласно алгоритму
5	Мотивационная работа	Согласно алгоритму
6	Противорецидивная работа	Согласно алгоритму
7	Работа с семьей (ЗДЛ)	Согласно алгоритму
8	Индивидуальная социальная работа	Согласно алгоритму
9	Установление продуктивного сотрудничества с заинтересованными организациями	Согласно алгоритму
10	Исследование уровня наркотических веществ и их метаболитов в моче	Согласно алгоритму
11	Измерение массы тела	По потребности
12	Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	По потребности
13	Общий (клинический) анализ крови	По потребности
14	Анализ крови биохимический общетерапевтический	По потребности
15	Анализ мочи общий	По потребности
16	Ультразвуковое исследование печени	По потребности
17	Регистрация электрокардиограммы	По потребности
18	Интерпретация электрокардиографических данных	По потребности
19	Электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), эхоэнцефалоскопия (М-Эхо)	По потребности
20	Рентгенография легких	По потребности
21	Взятие крови из пальца	По потребности
22	Взятие крови из периферической вены	По потребности
23	Реакция Вассермана (RW)	По потребности
24	Серологические реакции на различные инфекции, вирусы	По потребности
25	Иглорефлексотерапия (акупунктура)	По потребности
26	Физиотерапия	По потребности

**Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медикаментозной помощи**

Медикаментозная терапия проводится по показаниям с первых дней включения пациента в амбулаторную реабилитационную программу.

Средства для лечения наркомании назначаются индивидуально с учётом особенностей клиники заболевания. В основном в монотерапии или в различных сочетаниях (политерапия) используются общие средства: блокаторы опиатных рецепторов и альдегиддегидрогеназы; антидепрессанты, нейролептики,

---

---

антиконвульсанты, ноотропы, аминокислоты, антиоксиданты, дофа-миностимуляторы, витамины и др).

*Алгоритм терапии блокаторами опиатных рецепторов*

Блокаторы применяются с целью стабилизации ремиссии, профилактики рецидивов опиатной (героиновой) наркомании путем поддержания у больного состояния, при котором этот вид наркотиков не оказывает характерного наркотического действия.

В амбулаторных условиях назначаются с первых дней реабилитации, но не ранее, чем через 7 - 10 дней после воздержания от приема опиатных наркотиков.

Продолжительность курса противорецидивной терапии: для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала - не менее 3 месяцев, для больных со средним и низким - 4 месяца.

Курс лечения проводится:

- сразу при поступлении пациента в амбулаторное реабилитационное отделение;
- при угрозе «срыва» или рецидива заболевания.

С профилактической целью при неблагоприятном микросоциальном окружении курс лечения проводят также перед выпиской больного из реабилитационного стационара и на период адаптации вне условий реабилитационного стационара. В этом случае лечение продолжается до 1 года, общее число курсов: 2 - 3 (в среднем по 3 месяца каждый).

Налтрексон гидрохлорид - начальная доза 25 мг, внутрь. При отсутствии признаков синдрома отмены в течение часа больному дополнительно дают 25 мг препарата. Далее суточная доза препарата устанавливается индивидуально и в среднем составляет 50 мг.

Препарат отменяют при достижении продолжительной (не менее 6 месяцев) ремиссии и стойкой установке на отказ от употребления наркотиков и ресоциализации больного.

В период приёма налтрексона систематически (1 раз в 2 - 3 месяца) оценивают состояние печени, а именно: определяют уровень билирубина, печеночных ферментов, т.к. препарат метаболизируется печенью, способен усиливать проявления цитолитического и холестатического синдромов хронического гепатита.

При наличии признаков гепатита препарат временно, на период лечения - до исчезновения острых проявлений гепатита, отменяют.

*Алгоритм терапии антидепрессантами*

Показаны с целью улучшения психического функционирования, нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, плаксивости, нарушений сна, аппетита и пр., а также для воздействия на синдром патологического влечения.

Применение антидепрессантов патогенетически наиболее оправданно для лечения обсессивного компонента патологического влечения. Препаратами выбора здесь являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувок-

самин, сертралин, амитриптилин в среднесуточных дозировках. Антидепрессанты также используются для купирования аффективных расстройств. Курс 4 - 8 недель. Учитывая, что клиническое действие антидепрессантов развивается через 10 - 14 дней от начала приёма, то на это время целесообразно их сочетание с нейролептиками, обладающими седативными свойствами.

*Алгоритм терапии нейролептиками*

Применяют с целью снижения возбуждения, подавления влечения к психоактивным веществам, коррекции поведения.

В процессе лечения категорически запрещается применять алкоголь. Следует воздерживаться от деятельности, требующей повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций. Например, используют одно из перечисленных средств:

- галоперидол. Назначают исключительно внутримышечно. Дозу и длительность лечения определяют индивидуально, в зависимости состояния больного. Средняя суточная доза: 50 - 200 мг 1 раз в 4 недели;

- пипотиазин. Назначают внутрь. Средняя суточная доза — 0,02 гр.; максимальная — 0,12 гр. Продолжительность курса лечения 1-3 недели. Следует учитывать возможность возникновения при приёме препарата экстрапирамидных расстройств, повышения судорожной готовности, кардиотоксических эффектов;

- флуфеназин. Назначают внутрь. Средняя суточная доза 0,02-0,04 гр., в редких случаях она повышается до 0,06 гр. Продолжительность курса лечения 1-2 недели.

*Алгоритм терапии антиконвульсантами*

Противосудорожные, нормотимические и эмоциотропные свойства антиконвульсантов, возможность их длительного и даже постоянного применения используются для лечения наркологических больных. Применяется как средство воздействия на первичное патологическое влечение к психоактивным веществам и, прежде всего, влечение к алкоголю. Например, используются ниже названные средства.

- карбамазепин. В случаях актуализации влечения к психоактивным веществам назначается в дозе 200 мг 3 раза в сутки. Начальная доза 100 - 200 мг 1-2 раза в сутки в условиях амбулатории. При необходимости в условиях стационара доза препарата может быть увеличена до 400 мг 2 - 3 раза в сутки.

- вальпроат натрия. Суточную дозу определяют из расчета 30 - 50 мг/кг массы тела, обычно она составляет 0,1 - 0,5 г. В условиях амбулатории суточная доза 0,1 - 0,3 г, продолжительность лечения не менее 3 недель. В условиях стационара дозы могут быть увеличены, продолжительность лечения 1 - 1,5 месяца.

*Алгоритм терапии ноотропами*

Применение ноотропов приводит к улучшению концентрации внимания, памяти, продуктивности

мышления, умственной работоспособности и др. Используются по показаниям на любом этапе реабилитации. Назначают одно из ниже перечисленных средств.

- пирацетам. Средняя суточная доза 0,8-2,4 гр. Продолжительность курса лечения: для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала - 1 месяц, со средним и низким - 2 месяца. В случае возникновения нарушений сна рекомендуется отменить вечерний прием препарата, присоединив эту дозу к дневному приёму;

- гамма-аминомасляная кислота. Средняя суточная доза составляет 3 -3,75 гр. Суточную дозу делят на 3 приема и принимают до еды. Продолжительность курса лечения: для больных с высоким уровнем реабилитационного потенциала составляет 2 - 3 недели, со средним и низким – от 2 до 4 месяцев.

*Пациенты с синдромом патологического влечения к наркотику*

В случаях обострения синдрома патологического влечения назначаются подавляющие патологическое влечение к наркотикам и связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства, продолжительность лечения определяется состоянием больного. Такими препаратами являются:

- нейрорептики: галоперидол, пипотиазин, флуфеназин, тиоридазин, алимемазин и др. (2-4 недели);

- блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид, ревиа (2-4 недели);

- антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, миансерин и др. (4 недели);

- антиконвульсанты: карбамазепин, вальпроат натрия (2-4 недели).

Пирогенная терапия. Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.)

*Пациенты с астеническим (неврастеническим) синдромом*

С целью уменьшения повышенной утомляемости, раздражительности, истощаемости, лабильности эмоциональных реакций и пр. назначают стимуляторы центральной нервной системы, седативные, анксиолитические и общеукрепляющие средства. Препаратами выбора являются:

- ноотропы: пирацетам, церебролизин, пикамилон, аминалон и др. — до 1 мес;

- блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид — 2 недели;

- биогенные стимуляторы: женьшень, китайский лимонник и др. — до 1 мес.;

- нейрорептики — тиоридазин, алимемазин — до 2-4 недель;

- витамины — 1 месяц;

- деприм — 1—1,5 месяца;

- аминокислоты — 1 месяц.

Ароматерапия — 1 месяц.

Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж и др.).

*Пациенты с аффективными расстройствами (субдепрессии, депрессии, дистимии или дисфории)*

Для нормализации настроения, снижения тревожности, эмоциональной лабильности, апатии, тоскливости, обострения влечения к психоактивным веществам и пр. Препаратами выбора являются:

- антидепрессанты: амитриптилин, тразодон, миансерин, кломипрамин, тианептин и др. - 4 недели;

- блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид - 4 недели;

- гипнотики: нитразепам, зопиклон и др. - до 7-10 дней;

- нейрорептики: сульпирид - до 4 недель, при стойкой бессоннице малые дозы клозапина 12,5 мг – 25 мг, левомепромазин 12,5 – 25 мг на ночь;

- антиконвульсанты: карбамазепин - до 2 недель.

- Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

*Пациенты с поведенческими расстройствами*

Для купирования поведенческих расстройств (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатий), снятия возбуждения и агрессии, исключения девиантного и делинквентного поведения препаратами выбора являются:

- нейрорептики — корректоры поведения: перициазин, тиоридазин, алимемазин — до 2 недель;

- нейрорептики: хлорпромазин, левомепромазин, клозапин — до 2 недель;

- блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид и др. — 2 недели;

- антиконвульсанты: карбамазепин — до 2 недель.

Пирогенная терапия.

Физиотерапия (электросон, акупунктура, массаж).

*Пациенты с интеллектуально-мнестическими расстройствами*

Назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций — ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности и пр., что неизбежно влечет за собой проблемы, связанные с обучением, работой, участием в коллективных психотерапевтических сессиях и т.д.; препаратами выбора являются:

- ноотропы и аминокислоты: пирацетам, глутаминовая кислота, глицин, церебролизин и др. — в течение 2 месяцев, до трех курсов в год;

- блокаторы опиатных рецепторов: налтрексон гидрохлорид и др. — 4 недели;

- витамины;

- диперицин — 2 месяца.

Физиотерапия (акупунктура, электросон).

*Алгоритм применения обезболивающих препаратов*

При выраженном болевом синдроме, в тех случаях, когда трамадол в дозе 400 – 500 мг в сутки не снимает болевых проявлений или болевые проявления отмечаются более чем 5 дней, целесообразно добавление к лечению нестероидных противовоспалительных средств. Кетопрофен (кетонал) до 100 –

---

---

200 мг в сутки, диклофенак до 150 мг в сутки, лорниксикам (ксефокам) до 24 мг в сутки и др.

*Алгоритм терапии агрипнического синдрома (бессонницы)*

Препаратами выбора могут быть снотворные препараты третьего поколения: зопиклон (имован) и золпидем (нитрест) и производное бензодиазепинов - нитразепам. При назначении снотворных препаратов у больных страдающих зависимостями от психоактивных веществ должны соблюдаться определенные правила. Эти препараты должны применяться в минимально эффективных дозировках (зопиклон - 7,5 мг; золпидем - 10 мг; нитразепам - 5 мг), чередоваться между собой и назначаться курсами не более 5 дней подряд. В случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков левомепромазин (тизерцин) или клозапин (азалептин) в дозах до 50 мг на ночь.

### ***Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи***

*Прием (консультация) врача психиатра-нарколога первичный*

Осмотр осуществляется при первом обращении в реабилитационное подразделение. Выясняются преморбидные особенности развития личности, особенности динамики клиники заболевания, в том числе наличие и отсутствие приема наркотиков в последнее время, личностный и социальный статус пациента (наличие или отсутствие профессии, круг интересов, посещение спортивных секций, культурных мероприятий, степень социальной адаптации, связь с криминальными структурами), мотивация на участие в реабилитационном процессе. С целью получения объективной и полной информации о пациенте проводится беседа с его родственниками или другими значимыми лицами (представители администрации по месту работы или жительства, близкие люди, учитель и т.д.). Акцентируется внимание на исследовании кожных покровов и слизистых с целью выявления свежих следов от инъекций наркотических средств. Измеряется артериальное давление, частота пульса, исследуется область сердца, легких, живота (определяются границы печени). Выявляются признаки:

- обострения патологического влечения к психоактивным веществам;
- астенических расстройств;
- эмоциональных расстройств (депрессии, дисфории, дистимии);
- интеллектуально-мнестических расстройств;
- поведенческих расстройств (психопатоподобное поведение, декомпенсация психопатии);
- состояния наркотической абстиненции: общая слабость, потливость, ринорея, чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, абдоминаль-

ные спазмы, тошнота или рвота, диарея, «гусиная кожа», периодический озноб, тахикардия, зевота, беспокойный сон, дисфория;

- постабстинентных расстройств;
- употребления наркотиков: эйфория, расширение или сужение зрачков и др., при необходимости - диагностическое тестирование мочи на выявление наркотиков и их метаболитов.

По результатам комплексной оценки данных анамнеза, жалоб, физикального осмотра врач - психиатр-нарколог определяет уровень реабилитационного потенциала больного в соответствии со шкалой и совместно со специалистами мультидисциплинарной команды (психотерапевтом, психологом, социальным работником и др.) составляет индивидуальный план реабилитационной программы.

*Прием (консультация) врача - психиатра-нарколога повторный*

Осуществляется в течение всего периода наблюдения в условиях амбулатории с периодичностью не реже 3 раз в неделю на адаптационном этапе, 2 раз в неделю — на интегративном этапе, 1- 2 раз в месяц на стабилизационном этапе. В ходе наблюдения оценивают динамику состояния пациента.

Ежемесячно оцениваются степень достижения целей терапии/помощи и общая удовлетворенность результатами выполнения реабилитационной программы.

Обязательной составляющей алгоритмов и особенностей выполнения немедикаментозной помощи являются:

*Психотерапия (включая индивидуальное и групповое консультирование)*

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

- формирование мотивации на вхождение, участие, успешное завершение лечебно-реабилитационной программы и достижение стойкой ремиссии в процессе:
  - мотивационной психотерапии по Миллеру – Рольнику;
  - мотивационного консультирования;
  - мотивационного тренинга;
  - мотивационного интервью;
  - развитие свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья, что наиболее эффективно осуществляется в процессе интегративно-развивающей, групповой психотерапии по алгоритму:
    - процесс личностной идентификации;
    - создание идентификационного жизненного сценария;
    - развитие навыков ответственного выбора;
    - формирование характеристик внутреннего локуса контроля;
    - развитие личностных ресурсов и доступ к ним;

- профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе:
  - противорецидивной психотерапии;
  - противорецидивного консультирования;
  - противорецидивных тренингов;
- восстановление семейных отношений и преодоление созависимости в процессе:
  - семейной психотерапии;
  - супружеской психотерапии;
  - семейного консультирования;
  - психотерапевтической групповой работы со значимыми другими лицами;
  - тренингов со значимыми другими лицами;
- устранение личностных и поведенческих расстройств в процессе:
  - психотерапевтической работы с патологическим личностным статусом;
  - психотерапевтической работы с патологическим социальным статусом;
  - психотерапевтической работы с патологическим влечением к ПАВ;
- закрепление достигнутых результатов лечения в процессе:
  - психотерапевтической работы с нормативным личностным статусом;
  - развития личностных ресурсов и доступа к ним;
  - создания позитивного жизненного сценария и адаптационной устойчивости к агрессивной среде.

Цели и задачи, описанные выше, реализуются через техники индивидуального консультирования и индивидуальной психотерапии, техники предварительной, начальной, переходной, рабочей и заключительной стадии группового консультирования и групповой психотерапии. А также реализуются через адаптированные психотерапевтические методы мотивационной психотерапии, гештальт-терапии, трансактного анализа, нейролингвистического программирования, когнитивно-поведенческой психотерапии, клиентцентрированной терапии, телесно-ориентированной психотерапии, психодрамы, логотерапии, экзистенциальной терапии, семейной психотерапии, интегративно-развивающей психотерапии.

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

#### *Социально-психологические тренинги*

К дополнительным развивающим практикам, способствующим достижению основных психологических мишеней, относятся *социально - психоло-*

*гические тренинги*, направленные на развитие навыков сензитивности, коммуникативности, асертивности, креативности и эффективного копинг-поведения, а также на развитие субличностей Я - телесное, Я - ребенок, Я - взрослый, Я - родитель, Я - партнер, Я - профессионал нормативного личностного статуса пациента. А также адаптированные тренинги: завершения личностной идентификации; формирования позитивного жизненного сценария; формирования ответственного выбора; формирования внутреннего локуса-контроля; формирования доступа к ресурсам личности и ресурсам окружения; ситуационно-ролевой тренинг.

#### *Мотивационная работа в процессе мотивационного интервью, мотивационного консультирования, мотивационной терапии*

При проведении мотивационного консультирования (собеседования, интервью) и терапии необходимо учитывать следующие основные шаги:

- мотивация на изменение должна появиться у самого пациента и не навязываться извне;
- проговорить и разрешить свою амбивалентность – задача пациента, а не специалиста;
- директивное убеждение не является эффективным методом изменения амбивалентности;
- выявить, исследовать и разрешить амбивалентность в процессе клиентцентрированного и уважительного консультирования;
- сопротивление и отрицание со стороны пациента являются обратной связью в ответ на поведение терапевта.

В процессе мотивационного консультирования и терапии необходимо достичь следующих задач:

- уменьшить привлекательность употребления ПАВ, исследуя преимущества и недостатки потребления наркотиков;
- подчеркнуть личную ответственность (например, за повторяющееся решение пациента употреблять ПАВ);
- поддержать поиск альтернатив поведения;
- выяснить основные проблемы и сформулировать цели как SMART- цели;
- выразить эмпатию с целью понижения сопротивления и повышения само эффективности и сотрудничества с пациентом;
- давать обратную связь как элемент поддержки в условиях принятия и эмпатии;
- давать совет, цель которого – передача знаний и умений относительно последствий и возможностей изменения.

Таким образом, мотивационная работа является не только инструментом для вовлечения пациентов с зависимостью от ПАВ в амбулаторные реабилитационные программы на раннем этапе, но и оценочным индикатором мониторинга процесса собственно реабилитации и ресоциализации на протяжении всех остальных этапов.

---

---

*Противорецидивная работа в процессе психотерапии (когнитивно-поведенческой), консультирования, противорецидивного тренинга*

Основные когнитивно-поведенческие приемы лечения проблем зависимости:

1. Подход, направленный на подкрепление отказа от употребления ПАВ

*Методы и техники:*

- функциональный анализ проблемного поведения;
- обучение социальным навыкам в процессе тренинга;
- поддерживающая поведенческая семейная терапия;
- мотивационная терапия;
- обучение навыкам решения проблем в процессе тренинга.

Цель: изменить стиль жизни и окружающую среду пациента так, чтобы постоянно позитивно подкреплять воздержание от употребления ПАВ.

2. Методы самоконтроля

*Основные элементы работы самих пациентов:*

- обучение постановке целей в процессе тренинга;
- самонаблюдение за поведением;
- техники вознаграждения/поощрения;
- обучение анализу ситуаций, в которых происходит употребление ПАВ;
- обучение социальным навыкам и навыкам решения проблем в процессе тренинга.

3. Профилактика рецидива

*Основные техники:*

- исследование ситуаций повышенного риска;
- переключение внимания с влечения на внешние факторы;
- изменение представлений пациента о рецидиве;
- обучение навыкам в процессе тренинга:
- межличностным (навыкам общения, ассертивности, умению отказать и др.);
- внутриличностным (навыкам совладания с мыслями о наркотиках; с чувствами, связанными с употреблением ПАВ и пр.);
- представление ситуации рецидива in vitro (в воображении пациента).

*Работа с семьей в процессе семейной терапии, консультирования, тренингов*

Специфика амбулаторной реабилитации заключается в том, что необходимо с самого начала привлекать семью для участия в лечебно-реабилитационном процессе с согласия самого пациента. При его несогласии следует проводить мотивационное консультирование в отношении необходимости обязательного участия ЗДЛ в реабилитации.

Процесс семейной реабилитации проводится с учетом динамики развития внутрисемейных отношений при формировании зависимости от ПАВ и включает несколько этапов:

1. Диагностика реабилитационного потенциала семьи;

2. Повышение мотивации семьи на участие в реабилитации;

3. Определение роли семьи в процессе реабилитации;

4. Коррекционная работа с семьей: информирование, переориентация, обучение, психологическая поддержка, обучение самопомощи;

5. Психотерапевтическая работа с семьей.

Основные компоненты работы с семьей:

- консультации для членов семьи перед встречей с пациентом («родительские дни»);
- информационные практики (родительские конференции, семинары);
- тренинги (тренинг коммуникативности, решения проблем, обучения самопомощи и др.);
- семейное консультирование, направленное на сближение и взаимопонимание;
- особая форма работы с семьей – так называемая интервенция;
- индивидуальная и групповая терапия с семьей («родительские группы»);
- группы взаимопомощи ЗДЛ.

Работа с родительской семьей осуществляется в процессе консультирования, терапии, диагностики и коррекции проблем членов семьи и значимых других лиц из ближайшего окружения пациента с целью дальнейшего формирования и реорганизации микросоциальной (семейной) среды нормативного функционирования.

Работа с нуклеарной семьей начинается с диагностики семейного функционирования (с учетом его показателей), со степени прохождения семейных циклов и уровня успешности разрешения возникающих проблем.

Групповая терапия с ЗДЛ – это психотерапевтический подход с преимущественным использованием техник поведенческой терапии, транзактного анализа, интегративно-развивающей терапии, в процессе которых прорабатываются чувства членов семьи, способы их выражения, семейные роли, правила и существующие отношения созависимости.

Основные элементы работы с чувствами:

- изучение чувств (потребностей) супругов;
- деноминация;
- невербальные компоненты;
- взаимопонимание (диалог «Я чувствую»);
- негативные и позитивные чувства;
- тренинг эмоциональной открытости.

Основные элементы работы с семейными ролями:

- определение роли супругов в семье;
- работа с патологическими ролями;
- личностная идентификация;
- работа по ролевым предписаниям;
- решение внутриволевых проблем;
- разрешение межролевых конфликтов;
- ролевой тренинг.

---

---

Основные элементы работы с семейными правилами:

- неявные правила;
- устаревшие правила;
- запрещающие правила;
- правила относительно секса;
- правила в отношении ПАВ.

Основные составляющие тренинга решения проблем:

- идентификация проблемы;
- кристаллизация проблемы;
- поиск альтернативных подходов;
- выбор наиболее конструктивного подхода;
- технические действия по реализации подхода;
- оценка эффективности данного подхода.

Психотерапия специальных проблем:

- выявление семейных стабилизаторов (девиантное поведение как симптом патологической семейной системы);
- реконструкция дисфункциональных семейных мифов;
- создание нормативных семейных ритуалов.

Эффективная работа с созависимостью проводится в условиях построения основы для полноценного нормативного семейного функционирования. Редукция симптоматики созависимости у ЗДЛ технически осуществляется через вскрытие механизмов функционирования отношений созависимости, сложившихся в семье: балльная система, перераспределение ответственности, сговор, параллельное существование.

*Индивидуальная социальная работа с пациентом и ЗДЛ*

Одним из компонентов индивидуальной социальной работы с пациентом является проведение интервью на следующие темы:

- физическое здоровье;
- употребление ПАВ (алкоголя, наркотиков и пр.);
- образование, занятость, доходы;
- закон и правосудие;
- семья и взаимоотношения;
- жилье;
- досуг.

Социальный работник в амбулаторной программе реабилитации в большей степени выступает в роли супервизора / наставника. Он не берет ответственность за пациента, а направляет его в процессе реализации плана терапии/помощи:

- способствует построению планов пациента;
- учит вести бюджет (расходовать собственные средства);
- помогает разрешать конфликты;
- участвует в контроле графика работы и отдыха;
- обучает ведению домашнего хозяйства;
- проводит индивидуальные и групповые занятия;
- участвует в поиске жилья (квартиры, комнаты);
- помогает обустроить жилье;
- поддерживает контакт с местом работы и учебным заведением пациента;

- организует продуктивное сотрудничество между всеми заинтересованными службами, организациями;

- оказывает поддерживающую помощь после окончания лечения (посещение пациента на дому, отслеживание динамики его состояния и пр.);

- помогает в организации досуга.

Социальная работа с ближайшим окружением пациента, проводимая специалистом по социальной работе, предусматривает следующие формы:

- конференции и семинары на темы о биологических, психологических и социальных последствиях зависимости от ПАВ;

- индивидуальное консультирование, направленное на исследование особенностей взаимодействия с зависимой личностью, формирования созависимости у ЗДЛ и повышение мотивации на участие в ЛРП;

- семейное консультирование – одновременная работа с пациентом и его ближайшим окружением, направленная на их сближение и улучшение взаимопонимания;

- «родительские группы», проводимые с целью осознания своей роли в формировании зависимости и поиска решений по ее преодолению;

- содействие в формировании групп взаимопомощи ЗДЛ.

В амбулаторных условиях социальную работу с лицами, зависимыми от ПАВ, следует проводить в соответствии с планом поэтапной психосоциальной помощи:

- установление рабочих контактов с социальными службами, имеющими возможность оказывать действенную социальную помощь в решении проблем конкретного пациента;

- выявление, анализ и детализация проблемных областей каждого пациента, обратившегося за помощью;

- ранжирование психосоциальных проблем по значимости для пациента и определение очередности их решения во времени;

- непосредственное решение конкретной психосоциальной проблемы пациента, выполнение которой наиболее реалистично в данной ситуации с учетом всех ресурсов (самого пациента, его ближайшего окружения, команды специалистов, сотрудников заинтересованных организаций) и таким образом, чтобы создавались предпосылки для достижения последующих целей;

- оценка командой специалистов совместно с пациентом результатов проделанной работы после завершения каждого шага реабилитационного процесса.

*Исследование уровня наркотических веществ и их метаболитов в моче*

Исследование осуществляется при поступлении в амбулаторное подразделение для объективного подтверждения факта воздержания от приема или

---

---

систематического употребления наркотических веществ и их метаболитов, что необходимо знать для осуществления реабилитационной программы и назначения медикаментозного лечения. С целью контроля эффективности реабилитационных мероприятий, исключения тайного употребления наркотических веществ, рецидива заболевания исследование может быть повторено. В течение срока реабилитации - в среднем 1 раз в месяц и по необходимости.

#### *Измерение массы тела*

Производится с целью оценки эффективности реабилитационного процесса у лиц с признаками истощения, расчета индекса массы тела для определения степени риска возникновения сопутствующих заболеваний - сердечно-сосудистых, эндокринных и др.

#### *Общий (клинический) анализ крови*

Производится при поступлении в амбулаторное отделение (подразделение) по потребности как скрининговый тест для выявления анемии, кровотечений, инфекционной и др. патологии. При необходимости повторяется с целью оценки динамики состояния пациентов, риска кровотечений, аллергии и противопоказаний к назначению лекарственных средств.

#### *Анализ крови биохимический общетерапевтический*

Проводится по потребности, как скрининговая методика для диагностики синдрома зависимости от ПАВ, мониторинга режима трезвости в стационарных и амбулаторных условиях, выявления латентно протекающих хронических заболеваний печени, мониторинга динамики состояния и эффективности лечения пациентов с патологией печени.

#### *Комплекс исследований при подозрении на инфицирование вирусом иммунодефицита человека*

Осуществляется в амбулаторных условиях по потребности как скрининговая методика, а также при подозрении на наличие у пациента ВИЧ.

#### *Анализ мочи общий*

Проводится по потребности в амбулаторных условиях для диагностики нарушений мочевыделительной системы, сахарного диабета, противопоказаний к терапии нефротоксичными препаратами.

#### *Ультразвуковое исследование печени*

Производится для диагностики поражений и хронических заболеваний печени и желчевыводящих путей, мониторинга лечебно-реабилитационного процесса.

#### *Регистрация электрокардиограммы (ЭКГ)*

Проводится как скрининговое исследование нарушений сердечно-сосудистой системы (ритма сердца, проводимости и кровоснабжения миокарда). При необходимости исследование повторяется в динамике для мониторинга эффективности лечебно-реабилитационного процесса.

#### *Интерпретация электрокардиографических (ЭКГ) данных*

Осуществляется врачом отделения функциональной диагностики. При данном исследовании оценивают ритм сердца, наличие гипертрофии и ишемии

миокарда, постинфарктных изменений, нарушений проводимости и возбудимости желудочков, степень сердечно-сосудистой недостаточности.

#### *Иглорефлексотерапия (акупунктура)*

Используется для нормализации нервно-вегетативных и сердечно-сосудистых расстройств, психопатологических проявлений. Наиболее эффективно проведение от 1 до 3 сеансов в течение 1 - 2 дней, после купирования острых явлений проводят 5 - 15 сеансов с постепенным снижением до 2 раз, затем 1 раза в неделю. При поддерживающем лечении в период ремиссии назначают 1 сеанс в 1 - 2 месяца.

#### *Рентгенография легких*

Проводится больным, зависимым от ПАВ, в том числе ВИЧ - инфицированным пациентам, имеющим предрасположенность к развитию сопутствующих заболеваний: туберкулез, атипичные формы пневмонии и др., а также с целью диагностики угрожающей жизни патологии.

#### *Взятие крови из пальца*

Осуществляется для обще клинических, биохимических и генетических исследований по показаниям. Проводится сестрой процедурного кабинета, фельдшером - лаборантом или врачом.

#### *Взятие крови из периферической вены*

Осуществляется для обще клинических, биохимических и генетических исследований по показаниям. Проводится сестрой процедурного кабинета, фельдшером-лаборантом или врачом.

#### *Реакция Вассермана (RW)*

Скрининговый тест для потребителей наркотиков, которым присуще рискованное сексуальное поведение и высокий удельный вес сопутствующего заболевания сифилисом. Для инфицированных пациентов повторное исследование служит критерием эффективности ЛРП.

#### *Серологические реакции на различные инфекции, вирусы*

Являются скрининговыми тестами на вирусы гепатита В и С. Результат серологической реакции является диагностическим критерием в отношении срыва, рецидива или ремиссии в динамике наркологического заболевания.

#### *Физиотерапия*

Физиотерапевтические методы включаются в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, используются на всех этапах ЛРП в амбулаторных и стационарных условиях и являются специфической терапией синдрома зависимости и постабстинентного синдрома (используются такие методы как экстракраниальная стимуляция, электросон и др.). Выполняются врачом физиотерапевтом, имеют лечебное и диагностическое значение.

#### **Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации**

Необходимым условием амбулаторной реабилитации является оптимальная организация *распоряд-*

---

---

ка рабочего дня пациента, обеспечивающая продуктивную занятость, конструктивность амбулаторной программы, компонентами которой являются медицинские и психосоциальные мероприятия, трудовая деятельность, обучение и образование, духовно-ориентированная активность, занятия спортом, организованный досуг и др.

Таким образом, организация режима рабочего дня пациента в амбулаторных условиях обеспечивает оптимальные условия для реабилитационного процесса, актуализации и развития нормативной субличности, профилактики срыва, рецидива заболевания и способствует полноценной ресоциализации пациента.

В приложениях №№ 1, 2 приведены варианты примерного распорядка дня амбулаторной реабилитации в условиях поликлиники и дневного стационара, предусматривающих терапевтическую занятость пациентов.

#### ***Требования к уходу за пациентами и вспомогательным процедурам***

В связи со спецификой работы среднего и младшего медицинского персонала в реабилитационных подразделениях требования к уходу за пациентом включают комплексное обслуживание:

- медицинские манипуляции по медикаментозной терапии;
- соблюдение санитарного режима отделения;
- знания и практические умения по наблюдению и уходу за пациентами, зависимыми от ПАВ;
- участие в реализации и поддержании реабилитационных мероприятий отделения (выполнение условий контракта, режима отделения, устава ТС и т.п.);
- умение объяснить основные принципы организации ЛРП пациентам и их родственникам;
- участие в создании особой реабилитационной среды:
  - доброжелательная обстановка;
  - гуманное отношение к пациентам;
  - выполнение деонтологических норм;
  - контроль соблюдения норм и правил лечебно-охранительного режима отделения, как со стороны пациентов, так и со стороны персонала, занятого в процессе реабилитации.

Медицинскими и вспомогательными процедурами при реабилитации больных с зависимостью от ПАВ являются: измерение частоты дыхания, сердцебиения, исследование пульса, артериального давления на периферических артериях, термометрия, введение лекарственных препаратов согласно требованиям к их выполнению, установленным соответствующими нормативными документами.

#### ***Требования к диетическим назначениям и ограничениям***

На всех этапах реабилитации исключается употребление алкоголя, ограничивается прием кофе

и других стимулирующих напитков (крепкий чай, кока-кола и пр.). В течение ЛРП в амбулаторных условиях рекомендуется диета с учетом наличия сопутствующих заболеваний.

#### ***Информированное добровольное согласие пациента при выполнении протокола***

Информированное добровольное согласие пациент дает при вхождении в реабилитационную программу в письменном виде (заявление), которое лично подписывает с указанием даты.

#### ***Дополнительная информация для пациента и членов его семьи***

На всех этапах реабилитации подготовленные специалисты (врач психиатр-нарколог, психотерапевт, психолог, специалист по социальной работе и др.) регулярно (не реже 1 раза в месяц) проводят тематические занятия с родственниками и ЗДЛ пациентов по следующим направлениям:

- медико-социальные последствия наркомании;
- обучение навыкам общения с зависимым от ПАВ;
- особенности создания реабилитационной среды в семье;
- обучение контролю за состоянием лица, зависимого от ПАВ, с целью предупреждения срывов, рецидивов заболевания;
- обучение навыкам оказания им психологической поддержки;
- преодоление созависимости.

#### ***Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола***

При обострении наркотического заболевания пациент переходит в протокол, соответствующий лечению больных наркоманией.

При появлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, пациент переходит в протокол ведения больных с соответствующим выявленным заболеванием или синдромом.

При грубом нарушении пациентом режима реабилитационного учреждения, категорическом отказе от медико-социальной и психологической помощи, нарушении установленных контрактом правил и норм поведения и т.п., пациент исключается из реабилитационной программы.

При обоснованном досрочном выходе из программы за пациентом сохраняется право возвращения в реабилитационную программу.

#### ***Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола***

Мониторинг выполнения протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимо-

---

---

стью от ПАВ» проводится на всей территории Республики Казахстан.

Перечень наркологических лечебно-профилактических учреждений, в которых проводится мониторинг амбулаторной реабилитации настоящего протокола ведения больных, определяется ежегодно учреждением, ответственным за мониторингование. Наркологические учреждения, включенные в перечень по мониторингу протокола ведения больных, уведомляются об это письменно.

Мониторирование протокола ведения больных включает:

- сбор информации об амбулаторной реабилитации больных, зависимых от ПАВ, в лечебно-профилактических учреждениях всех уровней, включая специализированные наркологические реабилитационные учреждения (центры);
- анализ полученных данных;
- составление отчета о результатах проведенного анализа;
- предоставление отчета группе разработчиков протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от ПАВ».

Исходными данными при мониторинговании настоящего проекта протокола являются:

- шкала оценки уровней реабилитационного потенциала больных с зависимостью от ПАВ;
- карта определения уровня реабилитационного потенциала больных с зависимостью от ПАВ;
- план-схема работы одного дня реабилитационного амбулаторно-поликлинического учреждения (подразделения), дневного стационара;
- схема продолжительности реабилитационных этапов и примерный график работы с больными (приложение № 3 к настоящему протоколу ведения больных).

При мониторинговании протокола ведения больных используются индивидуальные амбулаторные карты и иные документы, предусмотренные ЛПУ.

В процессе регистрации и анализа полученных результатов (приложение № 4 - Мониторинг протокола ведения больных «Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от ПАВ») учитываются:

- критерии включения пациентов в программы реабилитации в условиях амбулатории и стационаров;
- перечни медицинских услуг обязательного и дополнительного ассортиментов, продолжительность реабилитации, используемые направления и методы психотерапии;
- количество пациентов, включенных в амбулаторную реабилитационную программу, их удельный вес к общему количеству больных, состоящих на учете в регионе (город, район, область, край и пр.);
- количество пациентов, досрочно вышедших из амбулаторной программы по причине (изменения постоянного места жительства, категорического отказа от медико-социальной помощи, исключе-

ния из программы за грубые нарушения, перевода в другие ЛПУ, смерти);

- количество пациентов, завершивших амбулаторную программу реабилитации;
- продолжительность и качество терапевтических ремиссий (до 3 мес., 4-6 мес., 7-9 мес., 10-12 мес. и др.) (приложение № 5 – Анкета «Комплексные характеристики ремиссии»).

#### ***Порядок исключения пациента из мониторинга***

Пациент считается включенным в мониторинг при заполнении на него карты пациента. Исключение из мониторинга проводится в случае отсутствия возможности заполнения карты (например, неявка на врачебный прием).

#### ***Промежуточная оценка и внесение изменений в протокол***

Оценка выполнения протокола ведения больных по регионам проводится один раз в год наркологическими учреждениями, включенными в перечень по мониторингу. Отчет предоставляется в конце текущего календарного года (не позже 15 декабря) в рабочую группу данного протокола ведения больных.

Внесение изменений в протокол ведения больных проводится в случаях:

- получения убедительных данных о необходимости изменений требований протокола обязательного уровня;
- при обнаружении в протоколе требований, наносящих урон здоровью пациентов;
- при получении убедительных доказательств о новых технологиях (психотерапевтических методиках, лекарственных средствах и пр.), значительно повышающих эффективность лечебно-реабилитационных программ.

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

Приложение № 1

#### **Примерный план - схема одного дня внебольничной реабилитационной программы в амбулаторно-поликлинических условиях**

УТРЕННИЙ ПРИЕМ с 9.00 до 11.00

ВЕЧЕРНИЙ ПРИЕМ с 16.00 до 18.00

9.00 - 10.00 (16.00 - 17.00) Беседа с врачом (по показаниям лечебные мероприятия)

10.00 - 11.00 (17.00 - 18.00) Работа с психотерапевтом (психологом), специалистом по соци-

альной работе (социальным работником) в группе или индивидуально

Работа с родственниками больных (ЗДЛ) в группе или индивидуально в определенные дни недели (в утреннее или вечернее время).

Приложение № 2

**Примерный план-схема одного дня реабилитационной программы дневного стационара**

8.30 - 9.00 Утренняя встреча с пациентами;  
 - медицинские манипуляции (по показаниям)  
 9.00 - 9.30 - завтрак  
 9.30 - 9.45 - уборка столовой  
 9.45 - 10.00 - тема дня, составление плана ТС на день (cull-up)  
 10.00 - 11.45 - УТРЕННЕЕ СОБРАНИЕ ТС (работа с психотерапевтом, психологом, социальным работником):  
 — представление пациентов: ответы на вопросы: «Кто Ты?», «Зачем Ты здесь?» и др.;  
 — новости дня: новости ТС, дневного стационара;  
 — личные новости, новости из внешнего мира, международные новости, объявления;

— игра-разминка, упражнение и т.п.;  
 — шеринг (анализ состояния, обсуждение результатов встречи, ответы на вопросы).

11.45 - 12.45 - Беседа с лечащим врачом / куратором (по показаниям лечебные мероприятия)  
 12.45—13.00 - перерыв, подготовка к обеду  
 13.00—13.45 - обед  
 13.45—14.00 - уборка столовой  
 14.00—17.00 - КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО

**ПОКАЗАНИЯМ:**

— групповая психотерапия, СПТ и т.д. (основные практики);  
 — физиотерапия, рефлексотерапия и др. (по потребности);  
 — арт-терапия;  
 — индивидуальная работа с психотерапевтом, психологом или социальным работником;  
 — работа по заданию (индивидуально).  
 17.00—18.00 - ВЕЧЕРНЕЕ СОБРАНИЕ ТС:  
 — как прошел твой день?  
 — обсуждение чувств;  
 — анализ состояния;  
 — достигнутые результаты;  
 — задание на дом (индивидуально).

РАБОТА С РОДСТВЕННИКАМИ (ЗДЛ) в группе или индивидуально (в утреннее или вечернее время)

Приложение № 3

**Схема продолжительности реабилитационных этапов и примерный график работы с больными в амбулатории**

Этап реабилитации	Продолжительность этапа	Частота посещений	Количество посещений
адаптационный	до 2 недель (при высоком УРП)	3 раза в неделю	6
	до 4 недель (при среднем и низком УРП)	3 раза в неделю	12
интегративный	1 - 1,5 месяца (при высоком УРП)	2 раза в неделю	8 - 12
	2 - 2,5 месяца (при среднем и низком УРП)	2 раза в неделю	16 - 20
стабилизационный	3 - 4 месяца (при 6 - месячной реабилитационной программе)	1 - 2 раза в неделю первые 2 месяца 1 раз в 2 недели в последующие 1 - 2 месяца	8 - 16 2 - 4
	8 - 10 месяцев (при 1 - годичной реабилитационной программе)	1 - 2 раза в неделю	16 - 32
	14 - 15 месяцев (при 1,5 - годичной реабилитационной программе)	первые 4 месяца 1 раз в 2 недели 4 - 6 месяцев	8 - 12
	20 - 21 месяц (при 2 - годичной реабилитационной программе)	1 - 2 раза в неделю первые 4 месяца 1 раз в 2 недели 4 - 6 месяцев	16 - 32 8 - 12
		1 раз в месяц в течение 6 месяцев	6
		1 - 2 раза в неделю первые 4 месяца 1 раз в 2 недели 4 - 6 месяцев	16 - 32 8-12
		1 раз в месяц в течение одного года	12

---

---

Итого посещений:

**при 6-месячной программе**

- для больных с высоким УРП — 20 - 32;
- для больных со средним и низким УРП — 38 - 52;

**при 12-месячной программе**

- для больных с высоким УРП — 34 - 56;
- для больных со средним и низким УРП — 52 - 76;

**при 18-месячной программе**

- для больных с высоким УРП — 40-62;
- для больных со средним и низким УРП — 58 - 82;

**при 24-месячной программе**

- для больных с высоким УРП — 46-68;
- для больных со средним и низким УРП — 64 - 88.

Приложение № 4

**Мониторинг протокола ведения больных  
«Амбулаторная реабилитация больных с зависимостью от ПАВ»**

Наименование ЛПУ: \_\_\_\_\_

Амбулаторная карта (история болезни) № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Пол муж/жен; Возраст \_\_\_\_\_

Диагноз:

— основной \_\_\_\_\_

— сопутствующий \_\_\_\_\_

Уровень реабилитационного потенциала:

— высокий \_\_\_\_\_

— средний \_\_\_\_\_

— низкий \_\_\_\_\_

Продолжительность реабилитации (в месяцах):

— стационар \_\_\_\_\_

— амбулатория \_\_\_\_\_

Какие этапы реабилитации завершены:

— адаптационный \_\_\_\_\_

— интегративный \_\_\_\_\_

— стабилизационный \_\_\_\_\_

— профилактический (противорецидивный) \_\_\_\_\_

Причина досрочного выхода из программы:

\_\_\_\_\_

Перечни медицинских услуг:

— обязательного ассортимента \_\_\_\_\_

— дополнительного ассортимента \_\_\_\_\_

Виды фармакотерапии:

Немедикаментозные методы терапии:

— физиотерапия \_\_\_\_\_

— рефлексотерапия и пр. \_\_\_\_\_

Используемые направления и методы психотерапии:

— индивидуальные \_\_\_\_\_

— групповые \_\_\_\_\_

— семейные \_\_\_\_\_

Используемые досуговые мероприятия: \_\_\_\_\_

Продолжительность ремиссии:

— до 3 месяцев \_\_\_\_\_

— 4—6 месяцев \_\_\_\_\_

— 7—9 месяцев \_\_\_\_\_

— 10—12 месяцев \_\_\_\_\_

— более 1 года \_\_\_\_\_

**Анкета «Комплексные характеристики ремиссии»  
(производится куратором этапа ЛРП, на котором находится больной)**

**I. Длительность ремиссии****1. Продолжается ли ремиссия?**

- если «да», то длительность ремиссии.....месяцев;  
- если «нет», то, сколько длилась ремиссия.....месяцев.

**2. Охарактеризуйте устойчивость ремиссии:**

- устойчивая (не было употребления ПАВ);  
- неустойчивая (однократное употребление ПАВ – «срыв»);  
- рецидив (систематическое возобновление употребления ПАВ).

**II. Социальные характеристики ремиссии** (Высокий, средний, низкий уровень социальной динамики)**1. Есть ли изменения в сфере образования?**

- положительная динамика (восстановился или поступил в учебное заведение; успешно закончил обучение);  
- отсутствие динамики (учился и в настоящее время продолжает учиться; не учился и в настоящее время не обучается);  
- отрицательная динамика (прекратил учебу, не окончив курс обучения).

**2. Есть ли изменение в семейном положении (родительская или собственная семья)?**

- положительная динамика (создал или воссоединился с семьёй);  
- отсутствие динамики (семья не было и нет; продолжает проживать в семье);  
- отрицательная динамика (потеря семьи).

**3. Есть ли изменения в профессии?**

- положительная динамика (поступил или восстановился на работу);  
- отсутствие динамики (работал и продолжает работать; не работал и в настоящее время не имеет работы);  
- отрицательная динамика (потеря места работы).

**Варианты оценки:**

- Высокий уровень, в случае ответов: по следующим позициям: три или две верхние позиции «+» (положительная динамика).

- Низкий уровень, в случае ответов по следующим позициям: три или две нижние позиции «-» (отрицательная динамика).

- Средний уровень - остальные варианты ответов.

**III. Психологические характеристики ремиссии:** (Высокий, средний, низкий уровень психологической динамики)**1. Преобладающее настроение?**

- хорошее;  
- ровный фон, без особых колебаний;  
- плохое.

**2. Доволен ли собой?**

- да;  
- затрудняюсь с ответом;  
- нет.

**3. Доволен ли жизнью?**

- да;  
- затрудняюсь с ответом;  
- нет.

**4. Появился ли интерес (перспективы, планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ?**

- да;  
- затрудняюсь с ответом;  
- нет.

**5. Физическое самочувствие?**

- хорошее;  
- удовлетворительное;  
- плохое.

**6. Психическое самочувствие?**

- хорошее;  
- удовлетворительное;  
- плохое.

**Варианты оценки:**

- Высокий уровень, в случае ответов по следующим позициям: пять или шесть верхних позиций «+».

- Низкий уровень, в случае ответов по следующим позициям: пять или шесть нижних позиций «-».

- Средний уровень - все остальные варианты ответов.

**МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕЙРО–ЛИНГВИСТИЧЕСКОГО  
ПРОГРАММИРОВАНИЯ (НЛП) В ТЕРАПИИ НАРКОЗАВИСИМОСТИ**

Б. А. Шахметов

При работе над любыми ограничивающими убеждениями, в том числе при зависимости от психоактивных веществ, главная задача состоит в том, чтобы перейти от настоящего состояния в желаемое. Первый, и наиболее важный шаг, – это идентифици-

ровать желаемое клиентом состояние. Нужно ясно представлять, что из этого получится. Работая с курьерщиком, необходимо добиться, чтобы он чётко осознал, как он будет себя чувствовать в будущем, и как будет вести себя в отношениях с людьми, на ра-

боте, на отдыхе и т.д., если он больше не будет курить. То есть он решит, «что я буду делать, когда буду свободным от никотина». Как только человек осознал результат, представил будущее, у него уже начинается процесс изменений, потому что мозг – это биоконструктивное устройство (Д. Грэхэм, 1993).

Это означает, что если индивид ясно осознал свою цель, то его мозг организует подсознательное поведение чтобы её достичь. Автоматически в подсознание человека появляется самокорректирующая обратная связь, чтобы вести его по пути к цели.

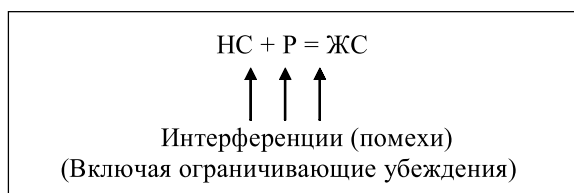
После того как вы идентифицировали свое желаемое состояние (Р. Дилтс, 1994) нужно провести сбор информации о вашей текущей ситуации, вашем настоящем состоянии. Путем противопоставления и сравнения вашего настоящего состояния с желаемым, можно определить, какие способности и ресурсы вам нужны для достижения желаемого состояния.

**Формула НЛП для изменения по Р. Дилтс (1994) следующая:**

Настоящее состояние (проблемное) + ресурсы = желаемое состояние

$$НС + Р = ЖС$$

Это, в основном, тот процесс, при котором используется специфическая техника метода НЛП. В работе могут возникать трудности при прибавлении средств к настоящему состоянию. Что-то в образе мышления человека может мешать. И модель изменения выглядит таким образом:



Распознавание и устранение помех это существенный процесс. Р. Дилтс в шутку называет помехи «внутренними террористами», потому что они являются частью в подсознании, которой нужно дать развитие и склонить на вашу сторону, а не разрушить. Для устранения помех вам нужны дополнительные средства.

Наиболее типичным видом помех являются те, которые находятся внутри личности. Порой люди пытаются добиться желаемого результата, но не осознают, что они извлекают пользу от трудностей (проблем), которые они стремятся преодолеть.

Р. Дилтс помехи делит на три формы:

- Первая форма, когда какая-то часть человека не хочет изменений. Часто человек не осознает эту часть. Чтобы создать перемены, человек должен действительно хотеть изменений.

- Второй вид помех, когда человек не знает, как создать условия для изменений или как бы он вел себя, если бы он действительно изменился. Человек должен знать, как перейти из настоящего состояния

в желаемое, т.е. четко представлять пути перехода и способы достижения желаемого состояния.

- Третий вид помех заключается в том, что люди не давали себе возможности измениться, а человеку нужно дать шанс использовать то, чему он научился. Человеку нужно место и время, чтобы произошло изменение. Давая себе время, в достаточном количестве, вы можете дать себе нужный шанс.

Все вышеизложенное позволяет сделать следующие выводы:

1. Идентифицируя настоящее состояние;
2. Идентифицируя желаемое состояние;
3. Идентифицируя подходящие средства (внутреннее состояние, физиологию, информацию или умения), которые вам нужны, чтобы перейти от настоящего состояния к желаемому;
4. Устраняя любые помехи с использованием этих средств.

Человек должен хотеть измениться, знать, как измениться и дать себе шанс измениться.

Кроме того, Р. Дилтс выделяет еще четыре дополнительных элемента, которые влияют на изменения и являются частью этих позиций:

- 1) физиология;
- 2) стратегии;
- 3) конгруэнтность;
- 4) системы убеждений.

Модель изменения при использовании НЛП по Р. Дилтс, по нашему мнению, целесообразна и при работе с наркозависимостью. В этом случае формула изменений должна быть следующей:

Состояние наркозависимости (СНЗ) + ресурсы (Р) = оптимальное комфортное состояние (ОКС), т.е.

$$СНЗ + Р = ОКС$$

Нами введено понятие ОКС – оптимальное комфортное состояние, которое является желаемым состоянием (по Р. Дилтс), но более развернутое и поэтому лучше осознаваемое человеком. ОКС включает в себя пять взаимосвязанных и взаимовлияющих компонентов.

- 1 – положительный эмоциональный фон (ПЭФ).
- 2 – ощущение собственной значимости (ОСЗ) и на его основе уважение к самому себе.
- 3 – гармония межличностных отношений (ГМО), когда особое значение имеет ближайшее окружение.
- 4 – интегральное здоровье (ИЗ), включающее в себя физическое, психическое и социальное благополучие.
- 5 – финансовый достаток (ФД), т.е. материальное благополучие.

Интегральное здоровье и финансовый достаток являются материальной базой комфортного состояния. Достижение ОКС – это целенаправленная осознанная деятельность по пяти, описанным выше, направлениям, которые являются, по сути своей, стратегиями в жизни человека и должны учитываться в формировании позитивного жизненного сценария.

---

---

Если мы мысленно захотим представить счастливого и успешного человека, то, вероятно, это будет человек с открытой улыбкой на лице и прямой осанкой, развернутыми плечами и свободным дыханием. У этого человека хорошее настроение, хорошее самочувствие и здоровое сильное тело. У него хорошее физическое и психическое здоровье и социальное благополучие – т.е. и социальное здоровье. Поэтому положительный эмоциональный фон (ПЭФ) – это признак интегрального здоровья (ИЗ).

Настроение человека напрямую связано и в определенной степени зависит от ощущения собственной значимости (ОСЗ), т.е. удовлетворенность своим социальным статусом, своей жизнью, семьей, работой, социальной средой. Дается оценка: «Я – О кей», «Они – О кей». Это психология победителя, человека у которого получается хорошо, то чем он занимается.

На настроение и ощущение собственной значимости существенно влияет – гармония межличностных отношений (ГМО), в первую очередь с ближайшим окружением – в семье, на работе, дружеские отношения, доверительные отношения с лицами вне семьи и работы. Сюда входят и сексуальные отношения, которые включают в себя чувство радости, благодарности, признательности и доверия в отношениях.

Укрепляя физическими упражнениями свое тело, оберегая свою душу от негативных мыслей и чувств, поддерживая добрые, позитивные мысли и чувства, стремясь к дружеским, теплым отношениям со своими близкими и окружающими людьми, мы закладываем прочный фундамент своего интегрального здоровья (ИЗ).

Хорошее настроение и самочувствие, доброжелательные отношения будут способствовать физической и психической выносливости. Доброжелательные отношения с окружающими людьми будут

делать более успешной трудовую деятельность и будут способствовать достойной оплате труда и обеспечивать финансовый достаток (ФД), что будет улучшать условия жизни вас и вашей семьи.

### **ПЭФ + ОСЗ + ГМО + ИЗ + ФД = ОКС**

Главной целью программы является достижение ОКС. Задачами программы являются обеспечение элементов, составляющих ОКС – обеспечение положительного эмоционального фона; воспитание полезной привычки улыбаться, причем искренне и непринужденно, от души; стремление поддерживать у себя веселость, как свойство своего характера.

Все знают, что на свете много несчастья, но это не является правилом жизни. ПЭФ подкрепляется ощущением собственной значимости (ОСЗ), уважением к самому себе, любовью к себе и это чувство сочетается и усиливается теплыми, доверительными и доброжелательными взаимоотношениями с лицами ближайшего окружения – гармонией межличностных отношений (ГМО).

При доброжелательном отношении к окружающему естественно доброжелательное, внимательное отношение к собственному телу (физическому), своим мыслям, чувствам и действиям, позитивная их направленность.

При таких условиях естественным является стремление к обеспечению материального достатка самому себе и своим близким. Всё это вместе суммарно обеспечивает успешную деятельность, счастливую жизнь или комфортное состояние души и тела (ОКС). Вопросы здоровья, его укрепления решаются самым естественным образом, в том числе и освобождение от наркотической зависимости, в комплексе с другими видами терапии.

#### **Литература:**

1. Грэхэм Д. *Счастливым невротик или как пользоваться своим биокомпьютером в голове в поисках счастья.* - Москва, 1993.
2. Дилтс Р., Халлбом Т., Смит С. *Убеждения. Пути к здоровью и благополучию.* - Екатеринбург, 1994.
3. Шахметов Б. *Основные положения позитивной психотерапии при лечении психосоматических расстройств. / Методические рекомендации.* - Костанай, 1997.

---

---

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ ИЗОБРАЗИТЕЛЬНЫМ ИСКУССТВОМ В ПРОГРАММАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

О. Г. Юсопов, Д. Р. Тампишева, А. Т. Абзуллин

В настоящее время современная психология и психотерапия все активнее изучают и внедряют в практику терапию искусством, которая вызывает все больший и больший интерес. И на это есть ряд осно-

ваний, которые содержит в себе искусство в целом и каждый его вид в отдельности. Создавая особые психологические условия, побуждая человека к рисованию, можно разбудить его творческие наклонности,

---

---

которые сами по себе способны «гармонизировать» психику и привести ее в состояние равновесия, поскольку творчество требует от человека координации и интеграции всех психических сил. Если понаблюдать за рисующим человеком, то не трудно заметить, что над ним образуется невидимый купол, в котором совершается определенное таинство - «встреча с самим собой». Ценность изобразительного искусства состоит еще и в том, что оно способно, в какой-то мере, компенсировать цвето-информационный дефицит и обеспечить человеку необходимую психологическую разрядку.

Художественное творчество душевнобольных с давних времен привлекало внимание психиатров. Первые публикации, посвященные изобразительному творчеству больных, имеют более чем вековую давность (например, Симон). Однако серьезное изучение этого вопроса началось лишь в 20 годы прошлого столетия с фундаментальных работ Принцхорна, основанных на анализе нескольких тысяч произведений душевнобольных из лечебниц Германии, Швейцарии, Австрии, Японии. Со временем многие известные психиатры, такие как Крепелин, Блейлер, Бумке, Кречмер стали коллекционировать и изучать художественные работы психически больных. В России в 1926 г. вышла первая монография, посвященная этой теме, - книга Карпова «Творчество душевнобольных и его влияние на развитие науки и техники», где проблема творческих проявлений при психических заболеваниях рассматривалась не только в медицинском, но и в историческом, и биологическом аспектах. Карпов один из первых увидел возможности рисования как средства лечения. В США изобразительные средства в психотерапевтическом процессе впервые применил Левис в 1925 году при анализе сновидений своих пациентов.

В Европе практика использования изобразительного творчества в лечении больных, имеющих психические расстройства, относится к началу XX века. В Великобритании такой деятельностью занимались М. Ричардсон, Дж. Дебуффе, Е. Гутман и другие. Осуществляется взаимодействие представителей «художественного мира» с психиатрами. Изобразительная деятельность психически больных оказывается объектом научного осмысления, применяется в целях диагностики. Опыт использования художественного творчества в преодолении недугов и в ускорении процессов восстановления и реабилитации описан в книге А. Хилла «Изобразительное искусство против болезни» (1945). Он ввёл в европейскую науку и практику по отношению к изобразительному искусству как средству лечебного воздействия термин «арттерапия» (А. И. Копытин).

На данный момент можно выделить несколько направлений использования искусства в коррекционной работе: психофизиологическое (связанное с коррекцией психосоматических нарушений), психотерапевтическое (связанное с воздействием на ког-

нитивную и эмоциональную сферы), психологическое (выполняющее катарсическую, регулятивную, коммуникативную функции), социально-педагогическое (связанное с развитием эстетических потребностей, расширением общего и художественно-эстетического кругозора, с активизацией потенциальных возможностей ребенка в художественной практической деятельности и творчестве). (А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Комиссарова, Т. А. Добровольская. «Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании», М.: Academia. – 2001, С. 7- 18).

Эффективность применения искусства в контексте лечения основывается на том, что этот метод позволяет экспериментировать с чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне. Эффективность использования изотерапии в коррекции и лечении подтверждается широким спектром работ (А. И. Захаров, Р. Б. Хайкин, М. Е. Бурно и др.).

В лечении наркозависимости терапия изобразительным искусством получила широкое распространение в лечебно-реабилитационных программах. Однако теоретические разработки по-прежнему остаются крайне малы. Обзор литературы показал, что большинство научных исследований в этой области сделаны зарубежными исследователями, что, скорее всего, связано с тем, что арттерапия и наркология получили своё развитие на постсоветском пространстве лишь в недавнее время.

Нами было проведено исследование основных сфер личности наркозависимых, поступающих на лечение в Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании для определения приоритетных мишеней психокоррекционного и психотерапевтического воздействия. Исходя из полученных данных, было выделено несколько блоков, подлежащих психокоррекции и психотерапевтическим вмешательствам: концепция человека, межличностная чувствительность, эмоции и чувства, самовосприятие.

В соответствии с полученными результатами исследования и с учетом изученных возможностей терапии изобразительным искусством основными задачами при проведении занятий стали:

1. Снятие страха самовыражения и удовлетворение потребности в самовыражении;
2. Снятие напряженности на почве внутренней конфликтности и тревожности;
3. Определение ценностных ориентации и путей их реализации;
4. Ориентация в полюс будущего;
5. Развитие способности осознавать собственные чувства;
6. Развитие способности адекватно проявлять чувства в поведении;
7. Развитие способность ценить свои достоинства, принимать себя;
8. Развитие уверенности в себе;

- 
- 
9. Развитие умений реализации потребностей в поведении;
  10. Развитие навыков целеполагания;
  11. Развитие спонтанности и гибкости в поведении;
  12. Развитие способностей к целостному восприятию мира и людей;
  13. Развитие ответственности и формирование внутреннего локуса контроля;
  14. Развитие способности к быстрому установлению глубоких и тесных эмоционально насыщенных контактов;
  15. Доступ к энергетическим ресурсам и ресурсам креативности;
  16. Активация процесса самоидентификации и ответственного выбора.

Выполнение 1, 2, 5, 6, 11 задач является возможным за счёт рисования как такового, как способа самовыражения и способа выражения чувств и эмоций, а также за счёт собственного творчества.

Выполнение 3, 4, 8, 10, 12, 13 задач возможно за счёт выполнения упражнений касающихся проблем жизненного пути, а именно «линия жизни», «герб», «мое прошлое, настоящее, будущее».

Выполнение 6, 7, 8, 11, 12, 14 задач возможно за счет групповых или парных упражнений рисования, таких как, «метафорический автопортрет», «диалог», «рисунок по кругу», «групповой рисунок», «подарки», «коллективный автопортрет».

Выполнение 1, 2, 7, 8, 12, 14, 16 задач возможно за счет использования упражнений направленных на самопознание, исследование и коррекцию Я - концепции, таких как, «знакомство», «автопортрет», «границы моего Я», «групповой рисунок», «подарки», «коллективный автопортрет», «частица и целое». Здесь же проводится работа с детскими травмами (при наличии). Используются техники ведомого рисования, техники психоаналитической арт-терапии, техники работы со снами, фантазиями, символами.

Выполнение 15 задачи возможно за счёт использования техники «детского рисунка», «маски», рисование руками, «вымешивание» красок, техники ведомого рисования, техники работы со снами, фантазиями, символами, рисуночной работы с первостихиями как доступ к глубинным ресурсам.

С учётом поставленных задач и выделенных средств для их достижения нами была разработана программа терапии изобразительным искусством, которая была включена в общую программу медико-социальной реабилитации центра. Занятия по настоящей программе проводятся каждый день по три часа в течение трех недель, что учитывает особенности и продолжительность пребывания каждого пациента в стационаре центра. Соответственно, если продолжительность пребывания будет больше, то программа может быть расширена.

Ниже приводится краткое описание каждого занятия предлагаемой программы.

### **Занятие 1. Встреча с акварелью.**

Первое занятие включает первую встречу с клиентами, получение первичных данных, разъяснение содержания и особенностей арттерапии, основных правил работы группы. С данного упражнения начинается арттерапевтический цикл. Ведущий занятия создает условия для первичного ознакомления с возможностями художественных средств. В самом начале работы можно посветить несколько сессий, для того чтобы познакомиться с материалом, попробовать различные техники, поэкспериментировать с красками, поиграть с кистью. Такое свободное экспериментирование с художественными материалами позволяет клиентам прийти к небольшим открытиям в отношении материала и самого себя.

### **Занятие 2. Знакомство.**

Участникам необходимо представить себя группе, не прибегая к словам и пользуясь только рисунками. Это может выглядеть как плакат, иллюстрирующий их образ жизни, с помощью которого они могут отразить свои интересы, ценности, семью, друзей. Можно предложить изобразить с помощью цветов, форм и линий особенности своего мироощущения. Интерпретация проводится осторожно, чтобы не шокировать клиента, но в то же время с такой глубиной, чтобы вызвать интерес к данному виду деятельности. Как правило, бывает достаточно того, что клиент начинает с помощью психолога осознавать, как глубоко изобразительные средства способны отразить внутренний мир человека, и что опыт, который клиент и не думал выражать появляется на рисунке и доступен для чтения. При этом ведущий периодически напоминает, что клиент может углубиться настолько, насколько он сам того захочет. Для того чтобы избежать закрытости и боязни в дальнейшем психолог способствует созданию безопасных и доверительных отношений, клиент должен быть уверен, что с ним можно отправиться в это путешествие, в свой мир образов, символов, цвета и форм. Также ведущий осуществляет первичную диагностику и оформляет основные проблемные сферы, с которыми предстоит работать. Он отмечает ряд особенностей изображения, которые предстоит развить и усовершенствовать, помня, что конечной целью арттерапии является гармоничный и целостный рисунок, в котором человек максимально отражает свой опыт.

### **Занятие 3. Фигурное катание.**

В данном упражнении участникам предлагается разбиться на пары. Каждой паре дается один лист бумаги, на котором они должны что-либо изобразить, не договариваясь при этом об общем сюжете и не переговариваясь во время работы. Ведущий пре-

---

---

дупреждает, что сначала рисует один, потом по сигналу: «Меняемся!» - продолжает рисунок другой участник пары. В среднем, времени может даваться около минуты, после чего партнеры меняются местами. После выполнения задания пары могут объединиться в четверки и продолжить аналогичную работу, но уже вчетвером. Соответственно время можно сократить до полминуты. Упражнение можно продолжить уже всей группой. Выполнение данного упражнения может протекать двумя путями. Это зависит от того, какую стратегию выберут участники взаимодействия на каждом этапе – конфронтационную или взаимопонимания и сотрудничества. В случае конфронтационной модели участники могут обнаружить её разрушительный характер, «черноту и грязь», которая соответственно проявится на рисунке, в сопровождении с напряжением, раздражением, дискомфортом. И, наоборот, при модели поведения направленного на сотрудничество участники могут отметить общую сюжетную линию даже при рисовании несколькими людьми, ответственность за свое поведение во время рисования и влияние своих поступков на другого человека. Участники также подчеркивают состояния покоя, радости, близости и понимания во время такого рисования. При таком взаимопонимании и сотрудничестве участники могут провести аналогию с гармоничным и мелодичным танцем.

#### **Занятие 4. Я и Моя болезнь.**

В этом упражнении для клиентов и психолога появляется уникальная возможность проработать внутреннюю картину болезни в полном смысле этого слова, определить и скорректировать отношение клиента к болезни. Как правило, при выполнении этого упражнения участники группы раскрывают несколько фундаментальных особенностей болезни. Таких, как её властные полномочия, появляющиеся «сверхспособности», захват и удержание человека в определенной позиции, фиксация на прошлом и других. Следует отметить, что отношения с болезнью всегда имеют яркий конфронтационный характер. Однако при обсуждении рисунков клиенты приходят к осознанию, что для того, чтобы выбраться из «паутины» или «болота» необходима ещё более авторитетная рука спасителя (значимые люди, врачи, идеи, Бог). Здесь также происходит понимание того, что конфронтационные модели поведения не приносят должного результата, а только обессиливают. При таких условиях процесс оздоровления необходимо поставить на синергетические рельсы, сотрудничая как со «спасателями», так и самой болезнью, извлекая из неё смысл и превращая её в своего партнера.

#### **Занятие 5. Четыре «Я».**

Участникам предлагается нарисовать четыре «Я»: реальное, воспринимаемое со стороны, идеальное, будущее. Настоящее упражнение позволяет

провести исследование Я - концепции и наметить основные направления коррекции. На данном этапе клиенты, как правило, в процессе работы проявляют сосредоточенность, целеустремлённость, вовлечённость, изобретательность, обнаружение проблем и их решение. Цель упражнения: помочь участникам выстраивать адекватную самооценку. После рисования происходит обсуждение: «Когда вы чувствовали большее напряжение - когда рисовали идеальное или реальное?», «Как вы думаете, что вам необходимо предпринять, чтобы эти два понятия стали едиными?» Таким образом, определяются и прорабатываются иррациональные и рациональные установки в отношении собственного Я и ближайших перспектив развития личности.

#### **Занятие 6. Частица и целое.**

Участникам предлагается представить свое «Я» в виде какого-то конкретного образа и изобразить на листе бумаги, после короткого обсуждения они должны представить и отобразить на бумаге то целое, частью чего может быть этот образ. В ходе обсуждения участники могут прийти к некоторым заключениям, касающихся того, как мы создаем окружающую нас среду, как от нашей позиции, нашего отношения зависит, кто и что, нас окружает.

#### **Занятие 7. Рисование левой рукой – Яркое воспоминание из детства.**

Запечатление ранних воспоминаний в рисунке является ценным проективным приёмом, позволяющим оценить особенности восприятия клиента самого себя и окружающих, и определить цели лечения. Данное упражнение связано с представлениями А. Адлера о том, что жизненный стиль человека связан со строением его личности и закладывается в первые годы жизни, когда вырабатываются определённые формы восприятия себя и окружающего мира, которые во многом определяют его поведение. По мнению А. Адлера, ранние воспоминания помогают понять особенности установок, верований, мотивов и других важнейших психологических признаков человека. При этом люди способны вспоминать лишь те события своего раннего детства, которые согласуются с их способами восприятия самих себя и окружающего мира. Для анализа рисунков, отражающих ранние воспоминания, применимы три основных оценочных критерия, характеризующие жизненный стиль: темы, детали и силлогизмы. Интересны замечания участников по поводу рисования левой рукой. Сначала у них появляется желание переложить кисти в другую руку, затем они перестают замечать, что рисуют левой рукой. Таким образом, задействуется нерабочая рука и за счёт этого активизируется работа правого полушария. Кроме того, концентрация на самом процессе рисования, снимает сопротивление, зажимы и блоки, которые затрудняли доступ к

---

---

подсознанию, следовательно, идёт прямая работа с глубинным материалом.

### **Занятие 8. Грани моего «Я».**

В основу этого упражнения легли ключевые положения психосинтеза, разработанного Р. Ассаджоли. Данное упражнение можно использовать для оценки развития разных сторон личности клиента, что способствует развитию их самосознания. Клиент может сформировать навыки интроспекции, а психолог сделать вывод о степени зрелости этих навыков. Перед началом занятия обсуждается вопрос, как мы ведём себя в разных ситуациях и с разными людьми, что каждый человек имеет определённые задатки, то есть обсуждается многогранность личности. Участникам предлагается изобразить себя в центре листа и разместить вокруг образы, отражающие разные грани своей личности. Терапевт обращает особое внимание на расположение образов вокруг центрального изображения, их размер и другие особенности. Данное упражнение можно дополнить следующим техническим действием. Каждому участнику предлагается озвучить три варианта своего имени (например, как называют родственники, сослуживцы и близкие друзья). Затем, каждый член группы представляется, используя эти имена, и описывая ту сторону своего характера, которая соответствует этому имени. А может быть, послужила причиной возникновения этого имени.

### **Занятие 9. Линия жизни.**

В настоящем упражнении, которое основано на принципах нейролингвистического программирования, предлагается изобразить свою жизнь в виде линии или пути на местности, при этом обозначаются символами или словами наиболее значимые события и вехи жизни. Можно также изобразить свой жизненный путь в виде лабиринта или спирали с обозначениями. Данное упражнение даёт уникальные возможности для размышлений о свойствах жизненного пространства, о взаимосвязи и взаимообусловленности прошлого, настоящего, будущего. Клиент после завершения может пройти по этой линии и, соответственно, пройти по своему прошлому, возможно пережив заново некоторые значимые события. Соответственно, у него появляется возможность изменить отношение к прошлым событиям. Например, изменяя или добавляя определённый цвет, терапевт добивается того, чтобы изменяемые или добавляемые цвета и образы не противоречили существующему событию и гармонизировали, в целом, с рисунком. Актуализирующиеся в процессе подобного движения воспоминания о разных этапах жизни дают клиенту ощущение преемственности жизненного опыта, целостности и силы. Необходимо обратить внимание на направление линий жизни, её цель, мотивы, моменты, связанные с преодолением препятствий. Применение этого упражнения помо-

гает клиенту конкретизировать и наглядно представить себе ход времени и взаимосвязь событий жизни, осознать свои достоинства и достижения. Кроме того, освобождаясь от патологической фиксации на болезненных ситуациях, клиент, двигаясь вперёд по своей «линии жизни», начинает ощущать свободу, прилив энергии, в ходе чего формируется новое восприятие жизни, свободное от прежних ограничений. Ведущий может внести в обсуждение ряд важных замечаний по поводу такого движения, а именно, что механическое движение есть перемещение тела в пространстве, а живое — преодоление пространства, что является началом события (со - бытия), поступка, началом свободы.. Условием этого является преодоление самого себя, своих инерционных сил, своей апатии. Лишенное событийности физическое время - это время распада, разложения. Оно не удерживается человеческой памятью, которая событийна, а не хронографична. Обсуждение может подвести к очень значимому выводу по поводу того, что траектория развития каждого человека уникальна, неповторима.

### **Занятие 10. Прошлое, настоящее, будущее.**

Участники создают три рисунка, иллюстрирующих свое прошлое, настоящее и будущее. Вариации данного упражнения могут выглядеть следующим образом. Создать три рисунка, изображающих человека в прошлом, настоящем и будущем. Можно предложить проиллюстрировать, откуда пришел, где находится и куда движется. Цель настоящего упражнения - исследование себя, своих ресурсов в прошлом, настоящем и будущем. Данное упражнение позволяет понять - насколько клиент связывает свои прошлые события с настоящими, и насколько клиент осознает влияние своих настоящих поступков на будущие поступки. Ведущий может построить обсуждение, используя ряд вопросов к каждому времени.

**Прошлое:** «Кто вас окружал?», «Как они действовали на вас?», «Кто были вы?», «К чему вы стремились?», «Как вы достигали своих целей?».

**Настоящее:** «Как вам здесь?», «Кто теперь вас окружает?», «Кто вы?», «К чему стремитесь?», «Что изменилось по сравнению с прошлым?», «Что осталось по-прежнему?».

**Будущее:** «Кто здесь вас окружает, может быть появился кто-то новый, быть может, кто-то исчез?», «Кто вы теперь?», «К чему вы стремитесь?», «Чем занимаетесь?».

При использовании данного упражнения кроме оценки негативных последствий наркотизации, которые, как правило, полностью проявляются в полусе прошлого, появляется перспектива рассмотрения положительных сторон собственного настоящего и будущего, с акцентированием на взаимоотношениях с окружающими, способах преодоления зависимости. В свете рассмотрения через призму настоящих (действующих) и будущих (возможных) событий возможно и изменение отношения к прошедшему.

---

---

### **Занятие 11. Чувства.**

Сфера чувств очень сложна для изучения, т.к. в ней гораздо более, чем в познавательной сфере, выражено субъективное начало. Свойства чувств характеризуются качественной определённой, интенсивностью и длительностью, полярностью, активностью, сложностью, гармоничностью. Особая ценность чувств для личности связана с их побудительной функцией, огромным ресурсом. Научно несостоятельны и ущербны крайности: и отрицания радостей жизни (аскетизм), и абсолютизация роли наслаждения в жизни (гедонизм). Данное упражнение призвано помочь клиентам выразить и осознать свои чувства, увидеть их разнообразие. Ведущий перед началом занятия раздаёт небольшие листы бумаги, количество можно варьировать, но мы используем восемь листков на каждого человека. Соответственно, число рассматриваемых чувств составляет восемь. Затем, каждому участнику в течение 5 минут (состояние цейтнота) на отдельном листке нужно выразить чувство которое назовёт ведущий. После обсуждения можно предложить группе сделать единый коллаж с использованием всех сделанных миниатюр.

### **Занятие 12. Моя группа.**

Совместное рисование. Несколько человек (или вся группа) молча рисуют на одном листе (например, группу, её развитие, настроение, атмосферу в группе и т.д.). По окончании рисования обсуждается участие каждого члена группы, характер его вклада и особенности взаимодействия с другими участниками в процессе рисования. В этом упражнении наглядно видно, кто и какое место занимает в группе, просматриваются особенности групповой коммуникации и взаимоотношений.

### **Занятие 13. Маски.**

Перед началом занятия ведущий инициирует обсуждение различий между маской и живым лицом. В данном упражнении участникам предлагается с помощью красок на лица участников группы нанес-

ти маску. Рисование осуществляется в произвольной форме. Весь процесс протекает в живой и весёлой атмосфере. После завершения работы можно перейти к обсуждению. Желательно, чтобы сам участник не видел своей маски, так как человек, возможно, впервые ощущает момент того что, мы видим всё, кроме своего лица, то есть «разливаемся» в окружающем мире. Обсуждение в группе можно начать с провокационного вопроса «Что мы видим маски или истинное лицо?». Ведущий проявляет осторожность при интерпретации и обсуждении, так как рисование на лицах может усилить черты лица человека, а может действительно быть чей-то маской.

### **Занятие 14. Прощание с акварелью.**

В первой части занятия группа рисует один большой рисунок «Счастье» и помещают его в центр круга. Затем, после короткого обсуждения, участникам предлагается «бросить лестницу» к центральному рисунку. Для этого им предлагается все свои работы разложить в последовательности их рисования. После чего, каждый самостоятельно должен проследить динамику изменений, произошедших за весь курс, и, возможно, внести изменения в свои рисунки.

Перед началом и по завершению занятий нами проводится психологическое тестирование с целью определения психологических изменений у участников программы. Исследование проводится с помощью тест - опросника самооотношения В. В. Столина, опросника способов реагирования на конфликтные ситуации К. Томаса, 16 - факторного опросника Кеттела и УСК. Предварительные результаты в двух группах показывают, что у участников, прошедших программу терапии изобразительным искусством, повышается самоуважение и аутосимпатия, возрастает самоинтерес, самопонимание и самопринятие. Снижается выбор таких стратегий поведения в конфликтных и проблемных ситуациях, как избегание, приспособление и доминирование, возрастает выбор стратегий, направленных на сотрудничество и нахождение компромисса.

### ОСТРАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ АЛКОГОЛЕМ

М. С. Абдулина, З. Ж. Хакимова

В последние годы возрос интерес к идее о том, что количество людей с зависимостью от алкоголя и заболеваниями, вызванными употреблением алкоголя, связано с общим уровнем потребления алкоголя в обществе. Ранее полагали, что уровни потребления алкоголя чрезмерно пьющими людьми не зависят от количества алкоголя, потребляемого умеренно пьющими.

**Спиртные напитки**, употребляемые в быту, представляют собой, в основном, водные растворы алкоголя с различными добавками, которые придают им характерный запах и вкус. Помимо концентрации алкоголя токсичность спиртных напитков определяется содержанием сивушных масел, процент которых особенно высок в напитках кустарного изготовления.

В принципе, в организм человека алкоголь может поступать различными путями, но наибольшее практическое значение имеет желудочно-кишечный тракт.

В обычных условиях около 20% количества принятого алкоголя всасывается через слизистую оболочку желудка, остальные 80% в тонкой кишке. Алкоголь активно возбуждает секрецию желудочных желез. Однако выделяемый при этом желудочный сок беден ферментами, его пищеварительная способность резко снижена. Значительно усиливается моторика желудка, в связи с чем, процесс эвакуации происходит быстрее. В кровеносных сосудах отмечается застой, следствием чего является гиперемия, а затем дистрофические изменения в слизистой оболочке желудка и кишечника, которая становится гладкой и эрозированной. Наиболее выражено этиловый спирт действует на ЦНС. Он вызывает характерное для опьянения возбуждение, затормаживая клетки коры больших полушарий головного мозга, что, в свою очередь, приводит к высвобождению активности подкорковых центров. При увеличении дозы этанола нарушается деятельность не только подкорковых структур, но и спинного мозга. У больных отмечаются нарушение координации движений, шаткость походки, расстройство ортостатических рефлексов, что при дальнейшем увеличении концентрации алкоголя может достигнуть степени коматозной адинамии.

Алкоголь нарушает процессы окисления в высококодифференцированных клетках нервной ткани. Поэтому при алкогольной интоксикации, так или иначе, страдает деятельность всех центров, регулирующих жизненно важные функции.

Показателем степени выраженности интоксикации является уровень этанола в крови. Максималь-

ная концентрация при однократном приеме алкогольного напитка у большинства людей отмечается спустя час. При употреблении алкоголя на пустой желудок это время может сокращаться, но если желудок наполнен пищей, то оно увеличивается. Определенное значение в этом отношении имеет и качество пищи. В наибольшей степени всасыванию алкоголя из желудка препятствует картофель, затем мясо и, наконец, жир. У больных гастритом, язвенной болезнью скорость всасывания алкоголя значительно выше, чем у здоровых людей, что, в свою очередь, может влиять на особенности состояния опьянения.

Большая часть алкоголя, поступающего в организм (до 90% при приеме небольших доз), окисляется ферментами печени (алкогольдегидрогеназами). При усиленной физической нагрузке и при повышении доз резко увеличивается его окисление в мышечной ткани (ферментом каталазой). По данным многих авторов, среднее окисление алкоголя за 1 час в организме практически здорового человека колеблется в пределах от 6,3 до 10 гр., максимально – до 12 гр. В среднем повышенная концентрация алкоголя в организме определяется в течение нескольких дней – до 2 – 3 суток.

Распределение концентраций этанола по разным органам и тканям имеет свои особенности. Практически наиболее важным показателем является концентрация алкоголя в крови, поскольку она может быть использована как универсальный материал для экспертизы, как прижизненной, так и посмертной. Содержание алкоголя в крови принимают за единицу, а при оценке других жидкостей, органов и тканей вводят соответствующие коэффициенты.

От 2 до 10% алкоголя в неизменном виде выделяется с мочой, слюной, выдыхаемым воздухом, потом, калом, причем концентрации его в моче и слюне могут превышать концентрацию в крови. Это объясняет частоту сопутствующих алкоголизму заболеваний ротовой полости, выделительных органов.

**Алкогольное опьянение** представляет собой симптомокомплекс нервно-психических и соматовегетативных нарушений, возникающих в результате повышения концентрации этанола в организме. Степень выраженности алкогольного опьянения зависит от многих факторов, важнейшими из которых являются количество введенного абсолютного алкоголя на 1 кг массы тела и концентрация его в крови. Принято выделять 3 стадии (или степени) простого алкогольного опьянения – легкую, среднюю, и тяжелую.

При легкой степени концентрация алкоголя в крови составляет 0,3 – 1,5‰, при средней – 1,5 – 2,5‰, при тяжелой – 3 – 5‰. Концентрация алкоголя в крови 6 – 8‰ обычно влечет за собой смерть.

Многочисленные клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о том, что далеко не всегда существует четкая корреляция между содержанием алкоголя в крови и клиническими проявлениями опьянения, в частности – его степенью. На степень тяжести, а также на время появления его симптомов, кроме концентрации алкоголя в крови, влияют скорость его всасывания, вид алкогольного напитка, форма его приема (единовременный прием всей дозы или употребление алкоголя дробными дозами), психофизическое состояние организма, возрастные особенности.

**Легкая степень опьянения** сопровождается ощущением тепла, гиперемией кожных покровов, учащением пульса, усилением аппетита. Повышается настроение, появляются чувства бодрости и удовлетворенности, ощущение психического ком-

форта, - испытывают желание говорить, стремление к деятельности, при этом речь становится более громкой, а движения более порывистыми и размашистыми.

**Средняя степень опьянения** характеризуется более грубыми изменениями поведения. Движения становятся неуверенными. Возможность совершать относительно простые координированные действия уменьшается. Речь становится дизартричной, более громкой, из-за увеличения порога слухового восприятия. По мере углубления опьянения поведение в большей степени определяется случайными отрывочными представлениями и впечатлениями. Опьянение сменяется глубоким сном.

**Тяжелая степень опьянения** определяется появлением различных по глубине состояний оглушения сознания – вплоть до комы. После такого опьянения на протяжении ряда дней наблюдается адинамия, сопровождаемая в начале, атаксией, дизартрией, вегетативными расстройствами. Может возникнуть бессонница и анорексия.

#### **Анализ работы кабинета экспертизы алкогольного опьянения**

<b>Наименование экспертизы</b>	<b>2002 г.</b>	<b>2003 г.</b>	<b>2004 г.</b>
Всего экспертиз	9464	11833	15899
В алкогольном опьянении	4512	6011	4792
ДТП	3978 в а\о 164	4691 в а\о 611	494 в а\о 138
Женщины	164	297	188 48
Из предприятий	52	38	
Лабораторное обследование (кровь и моча)	крови 31; 17(+). мочи 126; 72(+)	крови 11; 6 (+). мочи 86; 63 (+)	крови 26; 14(+). мочи 93; 64 (+)

#### **Заключение**

Возможные пути уменьшения потребления алкоголя населением. Методы предотвращения алкоголизации и алкогольной зависимости.

1. Первый подход – это улучшение помощи каждому больному и контроль над ним.
2. Второй подход – это социальные изменения, воздействующие на характер употребления алкоголя в целом.

3. Пути уменьшения потребления алкоголя населением:

- повышение цен на алкогольные напитки, вероятно, уменьшит их потребление;
- пропаганда здорового образа жизни;
- контроль за продажей, то есть ограничение часов продажи или запрещение их продажи;
- реклама: - контролирование и отмена рекламы алкогольных напитков.

#### **Литература:**

1. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. – Л.: Медицина, 1991.
2. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. – 2-е изд., испр. и допол. – М.: Изд-во Эксмо, 2004.
3. Указ Президента Республики Казахстан от 16.05.00 № 394. «О стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в республике Казахстан на 2001 – 2005 годы».
4. Инструкция по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояние опьянения. Приказ № 446 от 3 июля 2003 года.

---

---

## ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ

М. С. Абдулина, З. Ж. Хакимова

г. Костанай

В настоящее время потребление психоактивных веществ (ПАВ) распространилось во всех странах. В Казахстане связанные с этим социальные, криминальные, экономические и медицинские аспекты превратились в одну из трудно разрешимых проблем. Этому способствовали экономический кризис, нестабильность социальной и экономической ситуации, изменение в системе личностных ценностей. В стране началось массовое производство синтетических наркотиков в подпольных лабораториях, стремительно возрос их контрабандный ввоз. Среди молодежи традиционное мировоззрение стало вытесняться гедонистическим – стремление получить максимальное удовольствие любым доступным путем «здесь и сейчас». Это один из немаловажных факторов повышения уровня потребления психоактивных веществ.

Обращает на себя внимание увеличение числа подростков, взятых на учёт с диагнозом наркомания. В среднем начало употребления различных ПАВ приходится на возраст до 23 лет, причём приобщение к большинству их видов начинается в возрасте до 20 лет. Например, курение табака облегчает переход к употреблению каннабиноидов.

**Каннабиноидами** называют вещества, содержащиеся в различных частях растения конопли. Психоактивными являются три изомера: тетрагидроканнабинол, каннабинол и каннабидиол. Степень выраженности наркотического действия того или иного препарата конопли в первую очередь определяется концентрацией тетрагидроканнабинола.

Основными препаратами, содержащими каннабиноиды, являются: марихуана, гашиш и гашишное масло.

Марихуана – это высушенные, размельченные цветы и листья определенных видов конопли. Основным психоактивным компонентом марихуаны является тетрагидроканнабинол, эффективность которого снижается за счет присутствия непсихоактивных каннабиноидов. В сигаретах, содержащих 300 – 500 мг марихуаны, доля тетрагидроканнабинола колеблется в пределах 0,5 – 11%.

Гашиш-смолу получают из того же растения, что и марихуану. Данный препарат распространяется в виде спрессованного крупнодисперсного порошка. Содержание тетрагидроканнабинола в гашише весьма вариабельно.

Наиболее концентрированным препаратом психоактивных каннабиноидов является гашишное масло.

В различных географических областях и этнических группах содержащиеся каннабиноиды препараты называются по-разному: анаша, банг, гуаза,

хуррус, гунья, черес, кафур. Жаргонные обозначения – план, дурь.

Вдыхание дыма, курение – наиболее распространенный способ употребления каннабиноидов. Кроме того, препараты, содержащие каннабиноиды, жуют, заваривают как чай, применяют как добавку к выпечке и другим кондитерским изделиям.

Эффективность различных способов употребления каннабиноидов различна. При курении в кровоток попадает приблизительно 50% поглощаемого вещества – тетрагидроканнабинола. При этом пик концентрации в плазме крови достигается в течение 70 мин. Затем концентрация психоактивного вещества снижается в течение 1 часа, а субъективные эффекты воздействия обычно редуцируются на протяжении 6 - 8 часов. Употребление каннабиноидов внутрь обеспечивает на треть меньшее поступление тетрагидроканнабинола в кровь, чем курение.

Определение наркотической дозы каннабиноидов вне лаборатории невозможно даже приблизительно. Существующее определение количества гашиша в «башах» относится лишь к объему порошка или смолы. При этом, «баш» – это мера, различная в разное время и различных местах. В папиросу, сигарету закладывается гашиш (предварительно измельченный) объемом от горошины до вишни, иногда папироса наполняется смолой на 2/3; чистую смолу редко курят. При курении дозировка определяется числом затяжек, умением «использовать» вдыхаемый дым, емкостью легких и прочими трудноучитываемыми моментами. А поскольку курение часто бывает коллективным, установить дозу, принятую одним участником, практически невозможно.

В лабораторных экспериментах на людях установлено, что пороговой дозой действия является 50 мг тетрагидроканнабинола на 1 кг массы тела испытуемого лица. Ясный эффект наблюдается при введении 200 – 150 мг/кг. Доза 300 – 480 мг/кг вызывает нарушение сознания, галлюцинации. Таким образом, разрыв между начальными и токсическими дозами является 6 - 9 кратным. Это соотношение больше, чем у алкоголя и седативно-снотворных средств, и сходно с тем, что наблюдается при действии опиатов.

В некоторых южных государствах гашишизмом поражено до 60% мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. Как правило, это мусульманские страны, где спиртное традиционно запрещено. В этой связи интересно, что гашиш там курят в той же манере, в какой в странах севера употребляют алкоголь: в компании, с тамадой, с «застольными» беседами.

---

---

По числу пораженных лиц гашишизм – наиболее распространенный вид наркотизма в мире после алкоголизма.

Существует **4 фазы опьянения каннабиноидами:**

**Первая фаза** действия каннабиноидов не обязательна, но наблюдается в подавляющем большинстве случаев. Первым, спустя 5 - 10 минут с момента начала употребления, развивается своеобразный анксиогенный эффект каннабиноидов. Восприятие внешних раздражителей обостряется. Появляется нервозность, подозрительность, тревожность, пугливость, а в ряде случаев – безотчетный страх.

В первой фазе опьянения каннабиноидами наблюдается головокружение, кратковременное чувство, что «перед глазами поплыло». Зрачки расширяются, лицо краснеет, во рту сохнет, может появиться дрожь в руках, парестезии, чувство тепла и тяжести в конечностях. Продолжительность первой фазы опьянения каннабиноидами 5-10 минут.

**Вторая фаза** опьянения каннабиноидами наступает с появлением расслабления, легкости, благодушия. В этой фазе, спустя 10 - 20 минут от начала курения, к эмоциональному сдвигу присоединяются расстройства восприятия мышления и сознания, а также изменение соматических функций.

Расстройства восприятия разнообразны. Нарушается восприятие пространства, освещенности и размеров объектов, цветов, интенсивности и характера звуков и шумов, времени, схемы собственного тела.

С началом эмоционального расслабления, легкости во второй фазе опьянения каннабиноидами, появляется «масляный» блеск глаз, учащается пульс, поднимается артериальное давление. В это время сухожильные рефлексы повышены, координационная функция нарушена, наблюдается латеральный нистагм. Развивается жажда, но опьяневшие лица пьют только горячую воду, так как холодная отрезвляет так же, как еда. Уже на этом этапе появляется чувство голода, которое намеренно не утоляется. К этим анимальным лечением присоединяется подъем либидо, потенция также повышена. Объективным подтверждением возрастания либидо служит то, что самой частой темой разговора в кругу курильщиков служит секс и лишь потом работа, политика, семейные проблемы и т.д.

**Третья фаза** опьянения каннабиноидами характеризуется парадоксальностью восприятия, эмоциональной спутанностью, хаотичностью переживаемых чувств. С углублением интоксикации мышление приобретает черты бессвязности. Эта бессвязность может иметь и элементарное бредовое содержание, если сочетается с аффектом страха и галлюцинациями. Можно думать, что бред здесь вторичен, ибо качество мышление не позволило бы развить и оформить бредовую идею. Отрывочные бредовые представления, оценки скорее диктуются расстройствами восприятия и сферы чувств и носят сугубо интерпретативный характер. В этой глубокой степени интокси-

кации, когда состояние сознания может быть квалифицировано как оглушенность, а эмоциональное состояние как эмоциональная спутанность, возможна индуцированная мимическая имитация аффектов, которые субъективно не ощущаемы.

В третьей фазе наркотического действия каннабиноидов артериальное давление, тахикардия нарастают, может появиться резкая бледность, температура тела падает, кожные покровы холодные, на лбу, руках иногда появляется пот.

В этой фазе, апогее интоксикации, повышаются показатели содержания сахара крови.

**В четвертой фазе** опьянения каннабиноидами наблюдается спад возбуждения, достигающий степени гипергии: бледность, вялость, слабость, гипотония, тахикардия, гипорефлексия. Больной, наконец, позволяет себе поесть и может поглотить огромное количество пищи.

На выходе сознание ясное, хотя отмечается медлительность, заторможенность, апатия. Вскоре, если ничто этому не препятствует, наступает беспокойный, со вздрагиваниями и бормотанием, сон, который может длиться до 10 -12 часов. После пробуждения сохраняется булимия и жажда.

С 2002 года в областном наркологическом диспансере введено проведение тестов на употребление наркотических веществ: марихуану (гашиш), амфетамины, морфин (героин).

Полигест проводится по следующей схеме:

**Правила использования:**

Тесты, образцы мочи и/или контроль должны иметь одинаковую комнатную температуру (15 – 30°С) перед началом.

1. Перед вскрытием тест должен иметь комнатную температуру. Вскройте упаковку, выньте пластинку и сразу используйте для анализа.

2. Снимите защитный колпачок с тестового конца пластинок. Погрузите пластинки в образец мочи в вертикальном положении на 10 – 15 секунд. Погрузите полоски до уровня волнистых линий. Не опускайте пластинку ниже уровня указанного стрелками (MAX).

3. Поместите панель на ровную гладкую поверхность, начните отсчет времени и ждите появления красной (ых) линии (й). Результат считывайте через 5 минут. Не учитывайте результат после 10 минут.

**Отрицательный тест:** Две линии появляются на всех полосках. Одна красная полоса должна быть в контрольной зоне (С) на соответствующей каждому наркотику тест-полоске. Другая красная или розовая полоса – в тестовой зоне (Т) на соответствующей каждому наркотику тест-полоске.

**Примечание:** Оттенок красного цвета в тестовой зоне может варьировать, но даже если появляется слабо розовая полоска, результат следует рассматривать как отрицательный.

**Положительный тест:** Одна красная полоса появляется в контрольной зоне (С) тест-полоски на

---

---

какой-то определённый наркотик. В тестовой зоне соответствующей определённому наркотику, красная полоса не появляется (Т). Отсутствие тестовой линии показывает положительный результат для данного наркотика.

В кабинет экспертизы по подозрению на употребление наркотических веществ доставлены сотрудниками управлений внутренних дел и дорожной полицией всего в 2002 году 29 испытуемых. Из них 14 человек имели положительный тест:

- с диагнозом F11 – эпизодическое употребление опиоидов – 6;
- с диагнозом F12 – эпизодическое употребление каннабиноидов – 8.

В 2003 году доставлено всего 26 испытуемых:

- с диагнозом F11 – эпизодическое употребление опиоидов – 11 человек;
- с диагнозом F12 – эпизодическое употребление каннабиноидов – 15 человек.

В 2004 году доставлено всего 35 испытуемых:

- с диагнозом F11 – эпизодическое употребление опиоидов – 18;
- с диагнозом F12 – эпизодическое употребление каннабиноидов – 17

В областном военкомате обследовано (протестировано):

- **2003 г.** – 4000 человек, из них с положительным тестом 46 человек с диагнозом F12;

- **2004 г.** – 5000, из них с положительным тестом 64 человека:

- с диагнозом F11 – эпизодическое употребление опиоидов – 3;
- с диагнозом F12 – эпизодическое употребление каннабиноидов – 61

#### **Заключение**

1. Готовность наркозависимых участвовать в проекте обмена шприцов;
2. Возможность установления контакта с наркозависимыми и направление их в медицинские и социальные службы;
3. Возможность проведения среды наркозависимых просветительной работы по снижению риска злоупотребления наркотическими средствами;
4. Возможность активного участия самих наркозависимых в образовательных программах по снижению риска заражения инфекционными заболеваниями.

Причины приобщения к ПАВ:

- Употребление ПАВ – явление прогрессирующее, оно начинается с алкоголя и сигарет с переходом в дальнейшем к употреблению для развлечения разрешенных и запрещенных законом наркотических веществ (марихуана) и заканчивается, в конце концов, приемом сильнодействующих наркотиков.
- Семья подростка, религия, школа, рекламы, кино-видео продукции и друзья оказывают влияние на приобщение к ПАВ.

#### **Литература:**

1. Минко А. И. Линский И. В. Наркология. - 2-е изд., испр. и допол. – М.: Изд-во Эксмо, 2004.
2. Веселовская Н. В., Коваленко А. Е. Наркотики. - М.: Триада-Х, 2000.
3. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании. - Л.: Медицина, 1991.

---

---

## **АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Л. Б. Кузембаева

г. Актюбе

В последнее десятилетие особую тревогу вызывает «омоложение» алкоголизма, которое обуславливается, в первую очередь, кризисными социально-экономическими изменениями в стране.

Исследования, проведённые в Актюбинской области, отражают влияние различных факторов на развитие алкоголизма у детей и подростков. В исследование были включены 56 подростков, злоупотребляющих алкоголем. Возраст исследуемой группы составлял 14 - 17 лет. Распределение по полу: женщин - 5, мужчин – 51. Наследственная отягощённость выявлена в 49,8% случаев. Наибольший вес занимала отягощённость алкоголизмом по линии отца – 38,6% случаев. Алкоголизм по линии матери встре-

чался в 2,4% случаев. Частота заболеваемости наркоманией у отцов пациентов составила 1,4% случаев. Личностные девиации (психопатии, психопатические черты) отмечались в 3,7% случаев, также преимущественно у отцов пациентов.

В анамнезе большинства исследованных больных отмечаются неблагоприятные микросоциальные условия (воспитание одним родителем (26,7% случаев), чаще матерью, гипоопека (12,5%) или воспитание в условиях вседозволенности (21,4%), частые конфликты между родителями (78,5%), другие стрессовые события).

Рассмотрим психологическую специфику подросткового и юношеского алкоголизма.

---

---

Аддиктивное поведение (от англ. Addiction – пагубная привычка, порочная склонность) – одна из форм отклоняющегося, девиантного поведения с формированием стремления к уходу от реальности. Такой уход происходит путем искусственного изменения своего психического состояния посредством приёма некоторых психоактивных веществ. Приобретение и употребление этих веществ приводит к постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности, направленных на развитие и поддержание интенсивных эмоций.

Наличие аддиктивного поведения указывает на нарушенную адаптацию к изменившимся условиям микро- и макросреды. Являясь переходной стадией, характеризуется злоупотреблением одним или несколькими психоактивными веществами в сочетании с другими нарушениями поведения, порой криминального характера. Традиционно в аддиктивное поведение включают: алкоголизм, наркоманию, токсикоманию, табакокурение, то есть химическая аддикция. Нехимическая аддикция – это компьютерная аддикция, азартные игры, любовные, сексуальные аддикции, работоголизм, аддикции к еде (переедание, голодание).

Отклоняющееся поведение характеризуется системой поступков, противоречащих принятым в обществе правовым и нравственным нормам. Первые проявления отклоняющегося поведения наблюдаются в детском и подростковом возрасте в виде несбалансированности психических процессов, нарушения социализации, а также в виде уклонения от нравственного и этического контроля над собственным поведением. Причинами аддиктивного поведения являются такие факторы, как относительно низкий уровень интеллектуального развития, незавершенность процессов формирования личности, негативное влияние семьи и ближайшего окружения, зависимость детей и подростков от требований группы и принятых в ней ценностных ориентиров.

Большинство отклонений в поведении несовершеннолетних лиц: безнадзорность, правонарушения, употребление психоактивных веществ, имеют в своей основе один источник – социальную дезадаптацию, корни которой лежат в дезадаптированной семье. Социальная дезадаптация выражена нарушением взаимодействия индивидуума со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, соответствующей его возможностям. Невозможность осуществления позитивной социальной роли вынуждает подростка искать обходные пути для реализации своей потребности в развитии. В результате – уход из семьи или из школы, где невозможны реализация внутренних ресурсов, удовлетворение потребностей развития. Другой способ ухода от действительности – эксперименты с наркотиками и другими психоактивными веществами (ПАВ). И, наконец, совершение правонарушения.

Выделяются следующие причины социальной дезадаптации несовершеннолетних, лежащие в основе аддиктивного поведения:

- дисфункциональность семьи;
- личностные особенности (возрастные, психологические, психические и т. д.);
- школьная дезадаптация;
- воздействие асоциальной неформальной среды;
- причины социально-экономического и демографического характера.

Таким образом, социальная дезадаптация, вызванная совокупностью факторов социального, экономического, психологического и психосоматического характера, приводит к изоляции или утрате подростком основной потребности – потребности в полноценном развитии и самореализации.

Провоцирующими факторами отклоняющегося, аддиктивного поведения считаются нервно-психическая неустойчивость, акцентуации характера (гипертимный, неустойчивый, конформный, истероидный, эпилептоидный типы), поведенческие реакции группирования, реакции эмансипации и другие особенности подросткового возраста. К этим факторам необходимо отнести особенности, обусловленные характерными для этого периода реакциями: эмансипации, группирования, увлечения и формирующимся сексуальным влечением (Личко А. Е., 1986). Существует ряд поведенческих стереотипов, характерных для этого возрастного периода. К ним относятся реакция оппозиции, реакция имитации, реакция гиперкомпенсации, реакция группирования и реакция увлечения.

Отмечается что, риск возникновения алкогольной и наркотической зависимости резко возрастает при эпилептоидной и неустойчивой психопатии, а также у лиц с акцентуацией характера неустойчивого типа (А. Е. Личко, 1979).

В проведенном исследовании у неустойчивых лиц (42,2% случаев) побудительным мотивом для приёма алкоголя служило «желание испытать состояние с весёлым настроением». Гипертимные подростки (13,6% случаев) склонны к употреблению психоактивных веществ «от нечего делать». У подростков с эпилептоидными чертами характера (7% случаев) опьянение иногда протекало по дисфорическому типу, способствуя агрессивным и аутоагрессивным острым аффективным реакциям. При циклоидном складе (2,4% случаев) подростки выпивали только в периоды повышенного настроения, а шизоидные личности (1,7%) употребляли небольшие дозы алкоголя, как правило, в одиночку в качестве средства, снимающего робость и неловкость в общении.

Основным мотивом поведения подростков, склонных к аддиктивным формам поведения, является бегство от реальности. Но также отмечаются и внутренние причины, такие как переживание стойких неудач в школе, конфликты с родителями, учителями, сверстниками, чувство одиночества, полная

---

---

невысказанность в будущем и личная несостоятельность во всех видах деятельности и многое другое. Этим детям не удается найти в реальной действительности какие-либо сферы деятельности, способные привлечь их внимание, вызвать эмоциональную реакцию. И только после употребления различных психоактивных веществ они достигают чувства приподнятости без реального улучшения ситуации. Так возникают все большая зависимость и отторжение от реальной действительности.

Средства массовой информации до определенного времени соревновались в рекламе крепких спиртных напитков, а в настоящее время продолжается реклама на пиво. До определенного времени имела место вседозволенная, бесконтрольная продажа алкогольных напитков. В большинстве случаев коммерческие киоски располагались рядом с детскими садами и учебными заведениями. Пиво отнесено к категории слабоалкогольных напитков и стало обычным, полностью доступным для детей и подростков. Наблюдается увеличение криминальных, аморальных и неполных семей с искореженной системой воспитания.

Развитию алкоголизма способствуют ряд факторов:

- 1) экзогенные вредности – перенесенные в детском и подростковом возрасте черепно-мозговые травмы (18,9%);
- 2) отклонения и задержки в физическом развитии (8%);
- 3) синдромы психической заторможенности или возбуждения в первые годы жизни (5,4%); нарушения ночного сна с кошмарными сновидениями, снохождение, энурез, дислалии, церебрально-органические признаки – головная боль, головокружение, непереносимость или плохая переносимость жары, обмороки, физическая и психическая астения (55,8%);
- 4) интеллектуальные и характерологические отклонения – черты легкой дебилности, некоторые виды акцентуаций характера и собственно психопатий.

Следующим немаловажным фактором приобщения детей и подростков к алкоголю являются специфические особенности поведения, характерные для данного возраста, в частности, потребность к группированию со сверстниками из желания идентификации с ними. Употребление спиртного становится характерным занятием для определенной группы, поэтому подросток, который хочет стать членом такой компании, также начинает пить. Употребление алкоголя – это важная часть роли взрослых, которую им так не терпится играть. Это своеобразный ритуальный обряд перехода во взрослый мир. Очень часто употребление алкоголя является реакцией на ощущение тревоги и одиночества. Алкоголь позволяет на определенное время освободиться от неуверенности в себе, стеснительности, беспокойства, преодолеть общественные запреты. Как показали исследования, лица, злоупотребляющие алкоголем,

испытывали чувство неудовлетворенности собой, отличались безответственностью, незрелостью представлений о жизни, замкнутостью, эгоистичностью и непринятием общепринятых норм и правил.

Не все молодые люди, иногда позволяющие себе крепко выпить, становятся потенциальными алкоголиками. Проблемная ситуация возникает тогда, когда молодой человек начинает выпивать, в основном, по психологическим причинам. Частое употребление алкоголя с целью расслабиться и снять психологическое напряжение говорит о существовании серьезных личностных проблем. Такие подростки плохо контактируют с членами семьи и одноклассниками, хуже учатся, более склонны к совершению правонарушений. Эти обстоятельства составляют важнейшие предпосылки подросткового и юношеского алкоголизма, способствующие более раннему усвоению алкогольных традиций, установок, на фоне которых формируются все психические процессы и личность в целом.

Анализируя динамику психического развития детей, злоупотребляющих спиртным, обращает на себя внимание то, что дошкольный период не вызывает особых опасений у воспитателей: дети подвижны, охотно общаются со сверстниками, их ведущая деятельность соответствует возрасту. Однако иногда отмечается повышенная возбудимость или истощаемость, несколько изменен и характер их игр: в них больше присутствуют мотивы наказания, элементы жестокости. Вследствие семейного неблагополучия эти дети попадают в группу социально и педагогически запущенных. Они быстрее утомляются, более нетерпеливы, возбудимы и раздражительны, не способны к длительному сосредоточению внимания, к длительным психическим нагрузкам. В результате важнейшие потребности ребенка этого возраста, тесно связанные с его учебной деятельностью (потребность в одобрении взрослых, окружающих, родителей, сверстников, потребность в самоуважении и пр.) начинают ущемляться, фрустрироваться, постепенно создавая глубокий внутренний дискомфорт.

Выходы из этого положения могут быть различными и, к сожалению, далеко не всегда благополучными: иногда такой ребенок становится на время забитым, подобострастным, тихим; иногда, напротив, стремится компенсировать недостатки учебы бравадой, дерзостью, агрессией. В раннем детстве и младшем школьном возрасте на операциональном уровне воспринимаются и усваиваются будущими «трудными» детьми разнообразные асоциальные формы поведения, например «выяснение отношений» как обязательная драка и т.п. Наблюдения показывают, что именно с подросткового возраста эти дети начинают злоупотреблять алкоголем. Было бы ошибкой думать, что подросток в виду своего отягощенного психического развития выбирает в качестве предмета новых потребностей собственно алкоголь. Как правило, им выбирается не алкоголь, а компания, группа, в которой обязательным элементом

---

---

общения, времяпрепровождения является потребление алкоголя.

Для подросткового алкоголизма характерна высокая изначальная толерантность к алкоголю или её очень быстрый рост, быстрое угасание рвотного рефлекса, чрезвычайная интенсивность влечения к опьянению, в том числе и в периоды воздержания от потребления спиртного. Изменения психики выражаются в задержках психического развития, особенно заметных, если пьянство началось в раннем подростковом возрасте.

Абстинентный синдром, возникающий после окончания многодневного пьянства, протекает тяжело, соматовегетативные и неврологические нарушения выглядят сглаженными, сон нарушается на 1 - 2 дня. Не возникают гипногические галлюцинации и эпилептические припадки. Через несколько дней проявления абстинентного синдрома исчезают. Очень редко развиваются острые алкогольные психозы, которые протекают в форме abortивных

или кратковременных делириев и галлюцинозов. В структуре делириев значительный удельный вес занимают слуховые галлюцинации. Атипичные, фантастические и тяжело протекающие делирии в подростковом возрасте не наблюдаются.

Алкоголизм, сформировавшийся в подростковом возрасте, может протекать безремиссионно, отличаясь прогрессивностью и злокачественностью.

Лечение подростков, страдающих алкоголизмом, обычно оказывается недостаточно эффективным из-за полного отсутствия критики к злоупотреблению алкоголем, интенсивности патологического влечения. Применение сенсibiliзирующих к алкоголю препаратов и аверсивных методик мало что дает. Лучшие результаты были достигнуты при использовании психокоррекционных методов.

Отмечено, что необходимым условием эффективности терапии является длительная изоляция от аддиктивной компании в сочетании с трудом, учебной, занятием спортом и психотерапией.

#### **Литература:**

1. Анохина И. П. *Вопросы наркологии*. - 1995.
2. Гоголева А. В. *Аддиктивное поведение и его профилактика*. - М., 2002.
3. Гофман А. Г. *Клиническая наркология*. - М., 2003.
4. Клочкова Л. В. *Клинико-психологическое исследование особенностей формирования внутренней картины болезни у больных алкоголизмом*. - 1989.
5. Тресков В. Г. *Групповое поведение и формирование «Я-концепции» больных алкоголизмом*. - Рязань, 1979.
6. Friedman L. S., Fleming N. F. *Source book of substance abuse and addiction*. 2000.

---

---

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГЕПТРАЛА В ЛЕЧЕНИИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ**

Л. Б. Кузембаева

г. Актобе

Препарат ГЕПТРАЛ – гепатопротектор с антидепрессивной активностью. Обладает детоксикационным, регенерирующим, антиоксидантным, антифиброзирующим и нейропротективным действием. Препарат содержит 760 мг адеметионина, 1,4 - бутандисульфата, соответствующие 400 мг катиона адеметионина в каждой лекарственной форме.

Гептрал (адеметионин) включается в биохимические процессы организма, одновременно стимулируя выработку эндогенного адеметионина. Адеметионин (S – аденозил – L – метионин) – биологическое вещество, встречающееся во всех тканях и жидких средах организма. Его молекула включена в большинство биологических реакций и как донор метиловой группы – метилирование фосфолипидов в составе липидного слоя клеточной мембраны (трансметилирование), и как предшественник физиологических тиоловых соединений – цистеина, таурина,

глутатиона, одного из самых важных внутриклеточных антиоксидантных агентов, CoA и др. (транссульфурирование), и как предшественник полиаминов – путресцина, стимулирующего регенерацию клеток, пролиферацию гепатоцитов, спермидина, спермина, входящих в структуру рибосом (аминопропилирование).

**Целью настоящего исследования** явилось определение эффективности и переносимости препарата ГЕПТРАЛ в лечении алкогольного поражения печени.

**В задачи работы** входило изучение динамики клинической картины заболевания и лабораторных показателей на фоне терапии ГЕПТРАЛОМ.

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

В испытание были включены 34 больных (23 мужчины, 11 женщин), находившихся на лечении в наркологическом стационаре с алкогольной зависимос-

тью и проявлениями алкогольного поражения печени. Полностью его завершили 30 больных (89%), были из исследования 4 (11%) больных.

**Критерием включения** в испытание являлись больные с проявлениями алкогольного гепатита.

**Критериями исключения** из исследования служили: опухоли, злокачественная гипертензия, беременность.

В числе 30 пациентов, полностью завершивших исследование, были 20 (76%) мужчин и 10 (33%) женщин. Возраст больных колебался от 35 до 55 лет. Диагноз Алкогольный гепатит ставился в соответствии со следующими критериями: субъективные жалобы больных (гастроинтестинальные расстройства с появлением тошноты, рвоты, анорексии; тяжесть в эпигастральной области и правом подреберье, метеоризм, желтушное окрашивание кожных покровов), увеличение печени в сочетании с данными лабораторных исследований.

Течение заболевания у подавляющего большинства больных – 23 человека (76%) оценивалось средней степени тяжести, а у остальных 7 человек (24%) как тяжелое.

В большинстве наблюдений отмечались астеновегетативный, интоксикационный, диспепсический и геморрагический синдромы. В 3 (10%) случаев наблюдались экстрапеченочные проявления.

Испытание проводили открытым методом. ГЕПТРАЛ назначали по 400мг 2 раза в сутки. Длительность интенсивной терапии составила 2 недели лечения, длительность поддерживающей терапии 3 недели. Параллельно проводилось симптоматическое лечение и полностью исключалось применение других препаратов гепатопротекторного действия.

**Оценка эффективности** лечения больных ГЕПТРАЛОМ основывалась на результатах клинического осмотра и данных лабораторных исследований.

#### **Характеристика группы больных до лечения.**

Основные синдромы исследованных больных:

- Гепатомегалия – 30 (100%);
- Астеновегетативный – 23 (77%);
- Диспепсический – 29 (97%);
- Желтушный – 24 (80%);
- Геморрагический – 4 (13,3%);
- Экстрапеченочные проявления – 3 (10%).

Наряду с вышеперечисленными синдромами имеет место симптоматика абстинентного синдрома. Из психических нарушений, в данной группе исследованных, отмечались в 9 (30%) случаях тревожно-тоскливое состояние, в 18 (60%) случаях – депрессия.

В лабораторных данных отмечается увеличение билирубина, преимущественно конъюгированного; повышение активности ферментов (АЛТ, АСТ, Ф-1-ФА); увеличение тимоловой пробы, снижение протромбинового индекса, повышение гамма-глобулиновой фракции, диспротеинемия.

## **Результаты лечения:**

### **Клиническая характеристика.**

Клиническое наблюдение за больными в ходе испытания выявило улучшение состояния у всех 30 (100%) больных, выразившееся в уменьшении тяжести основных клинических симптомов болезни.

Динамика частоты выявления клинических симптомов на фоне лечения ГЕПТРАЛОМ представлена в рисунках 1 и 2.

Рисунок 1.

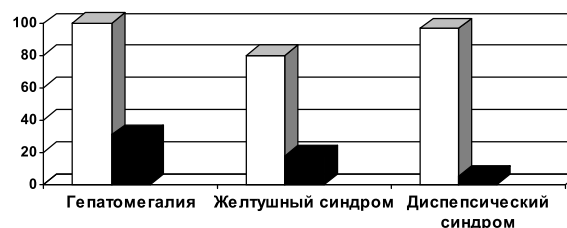
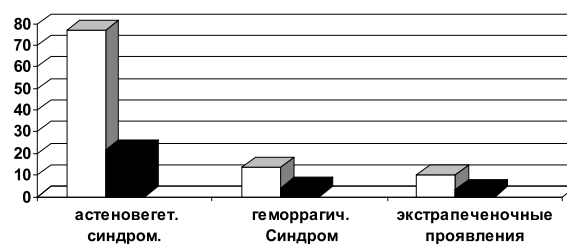


Рисунок 2.



Данные диаграммы наглядно демонстрируют, что к середине курса лечения отмечается: улучшение аппетита в 92% случаев; исчезновение диспепсического синдрома в 87% случаев. Отмечено уменьшение желтушности кожных покровов и слизистых оболочек у 74% больных, уменьшение гепатомегалии в 67%, уменьшение экстрапеченочных проявлений, улучшение фона настроения у 56% больных.

Эта тенденция сохранилась и к тридцатому дню приема ГЕПТРАЛА. Подавляющее большинство пациентов перестали жаловаться на диспепсические расстройства, пониженное настроение, нарушение сна.

В то же время уже к 7 дню лечения отмечались выраженные лабораторные сдвиги. У 86% больных в крови отмечалось снижение уровня общего билирубина до нормативных показателей, исчезновение прямой фракции, исчезновение явления диспротеинемии в 89% случаев, нормализация свертываемости крови у 92% больных, понижение активности ферментов в 54% случаев.

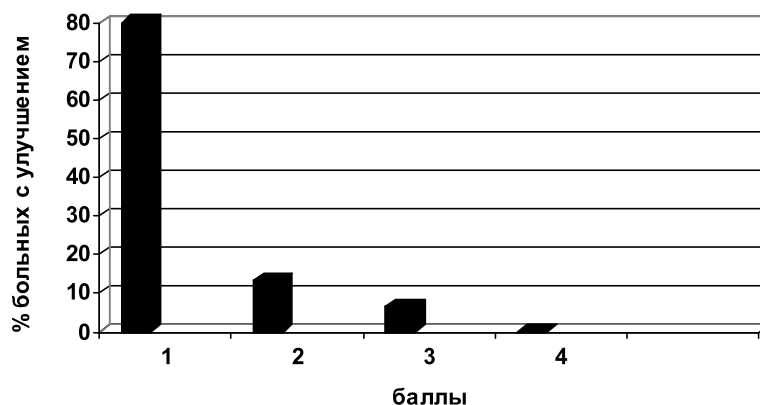
**Оценка клинической эффективности** ГЕПТРАЛА проводилась по окончании лечения, как больным, так и врачом. От «0» - нет эффекта или ухудше-

ние, до «3» - значительное улучшение. Как значительное улучшение оценили свое состояние 24 (80%) больных, 4 больных (13,3%) как умеренное улучшение и остальные 2 больных (6,6%) как незначительное улучшение.

Ухудшение самочувствия не отметил ни один из больных. Общая оценка эффективности коррелировала с уменьшением интенсивности симптомов, при этом оценки, данные врачом и пациентами, в высокой степени совпадали (Рисунок 3).

Рисунок 3.

#### Шкала общего клинического впечатления

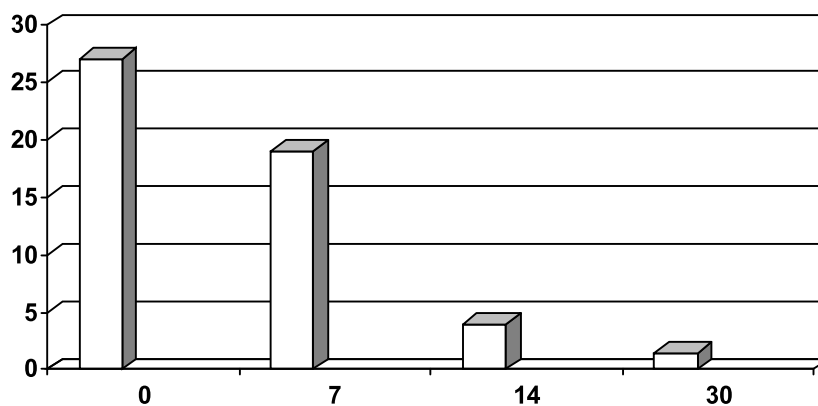


При наличии в клинической картине заболевания астенических, астено-депрессивных и суб-депрессивных состояний с вялостью, подавленностью, апатичностью, адинамией, астеноневро-

тическими проявлениями препарат оказывал выраженное влияние. Уже к 7 дню лечения больные отмечали заметное улучшение состояния (рисунок 4).

Рисунок 4.

#### Динамика проявлений астенической симптоматики в ходе терапии гептралом



Они становились более спокойными, исчезали явления раздражительной слабости, выравнивалось настроение.

В лабораторных исследованиях уже к 7 дню лечения отмечается нормализация биохимических показателей крови.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Проведенное исследование показало хорошую переносимость гептрала и его высокую эффективность в лечении поражений печени в результате токсического воздействия алкоголя, а также выражен-

ный антидепрессивный эффект. Терапевтическое действие препарата проявилось в виде уменьшения тяжести клинических симптомов болезни, вплоть до их полного регресса.

#### ВЫВОДЫ.

Полученные нами результаты клинико-лабораторного исследования 30 больных показали стабильность позитивных изменений клинических, психологических проявлений болезни и исследованных лабораторных данных при сравнении с исходными данными.

---

---

## Литература:

1. Братусь Б. С., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика алкоголизма. - М., 1984.
2. Гофман А. Г. Клиническая наркология. - М., 2003.
3. Нисевич Н. И. Токсические гепатиты. - М., 1982.
4. Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. - М., 1984.
5. Friedman L. S., Roberts D. H. Source book of substance abuse and addiction. - 2000.

## ТЕРАПИЯ НЕОТЛОЖНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Л. Н. Трифонова

Неотложные состояния в клинике хронического алкоголизма всегда представляли серьёзную проблему для практического врача. В последнее время эта проблема стала ещё более актуальной.

Во-первых, изменилась клиническая картина осложненного абстинентного синдрома. Крайне редко можно наблюдать «белую горячку» в её классическом варианте. Примечательной чертой для этих состояний стало преобладание соматических проявлений над психическими, причём последние носят атипичный характер. Связано это, скорее всего, с ухудшением качества спиртных напитков.

Во-вторых, это связано с увеличением массового потребления спиртных напитков, ростом заболеваемости алкоголизмом и более частой обращаемостью больных за медицинской помощью.

Что должен знать врач при оказании помощи больным с неотложными состояниями при хроническом алкоголизме:

- 1) Биологические основы неотложных состояний в клинике хронического алкоголизма.
- 2) Клинические мишени при лечении неотложных состояний у больных алкоголизмом.
- 3) Группы препаратов, применяемых для лечения неотложных состояний.
- 4) Основные осложнения, развивающиеся при лечении неотложных состояний при алкоголизме.

### Биологические основы неотложных состояний в клинике хронического алкоголизма.

1. Нарушения функций ЦНС (нарушение обмена нейромедиаторов, в том числе катехоламинов);
2. Гипоксия мозга;
3. Нарушение водно-электролитного баланса;
4. Сдвиг кислотно-щелочного баланса;
5. Гиповитаминоз;
6. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы.

### Клинические мишени при лечении неотложных состояний у больного хроническим алкоголизмом.

1. Острый алкогольный абстинентный синдром (предпсихотическое и предделириозное состояния);
2. Делириозный синдром;
3. Делириозный синдром с судорожными проявлениями;
4. Острый амнестический (Корсаковский) синдром;
5. Клинические проявления отёка мозга;
6. Клинические проявления сердечно-сосудистой недостаточности.

Прогностически неблагоприятные варианты делирия.

#### І вариант

- развивается, как правило, у лиц старше 40 лет при алкоголизме II - III стадии, с длительными запоями в анамнезе;
- делирий с сердечным компонентом;
- отсутствие эффекта от проводимой терапии на 2-3 сутки от начала делирия;
- нередко присоединяется пневмония;
- смерть наступает на фоне ухудшения соматического состояния – при явлениях остроразвивающейся сердечной недостаточности.

Наращение тяжести психопатологической симптоматики алкогольного психоза: от тяжелого абстинентного состояния к типичному делирию, далее к профессиональному и мусситирующему делирию, т.е. амнестивным состояниям, затем к сопору и коме.

Возможен вариант «белой горячки», протекающий с прогрессирующим обезвоживанием организма.

Терапия достигается путём выбора, адекватных для данного больного, средств. Обычно реализуется следующий комплекс лечебных мер:

1. Коррекция гиповолемии и восстановление водно-электролитного баланса. Внутривенно капельно вводятся полиионные растворы: полидез, реополиглюкин, гемодез, наиболее широко применяется

---

---

физиологический раствор. Назначаются панангин, калия ортат, сульфат магния. Внутрь – соки, молоко, чай. Наиболее широко используется раствор гемодеза – синтетический коллоидный плазмозаменитель, который содержит ионы натрия, калия, кальция, магния, хлора. Он оказывает детоксикационный эффект, компенсирует гиповолемию, восстанавливает в организме электролитный баланс. Реополиглюкин – 10% раствор низкомолекулярного декстрана в изотоническом растворе хлорида натрия.

2. Тканевая дегидратация и форсированный диурез. Эффективны внутривенные инфузии полиглюкина (осмотические диуретики: лазикс, маннит).

3. Восстановление кислотно-щелочного равновесия осуществляется с помощью бикарбоната натрия 4% раствора в 200 мл, кокарбоксилазы, до 0,2 - 0,4 гр. дисоли, хлорида калия 4% в виде инфузий на физиологическом растворе или глюкозе.

4. Коррекция метаболических нарушений. Предусматривает назначение таких препаратов как витамин В6 – 5% до 5 мл, витамин С – 5% до 4 мл, никотиновая кислота 1% до 5,0 мл. Витамин В1 2,5% - 4,0 мл, витамин В12 до 5 мл.

5. Борьба с гипоксией мозга. С этой целью используются такие препараты как ноотропы – пирацетам 20% по 5-10 мл внутривенно.

6. Дезинтоксикация осуществляется с использованием – тиосульфата натрия 30% - 10,0 внутривенно, гемодеза, глюкоза 5% до 400 мл и более в сочетании с инсулином от 6 -12 ЕД.

7. Для купирования психоза используют чаще всего транквилизаторы: седуксен 0,5% до 4 - 6 мл внутривенно, внутримышечно, феназепам 1 мг (по 2 таб. до 3 - 4 раз в день), радедорм 5 мг.

Применять нейролептики для купирования острых состояний у наркологических больных следует осторожно. Высокая степень риска аментивноподобных состояний, сопора, комы возможно при применении нейролептиков.

#### **Навыки необходимые врачу для оказания помощи при неотложных состояниях при алкоголизме.**

1. Методы пункции и катетеризации периферических и центральных вен.

2. Методы инфузионной терапии, форсированный диурез.

3. Методы сердечно-легочной реанимации:

а) прямой массаж сердца;

б) искусственная вентиляция легких.

4. Катетеризация желудка и его промывание.

5. Катетеризация мочевого пузыря.

#### **Острое алкогольное отравление (алкогольная кома).**

Острые отравления алкоголем обычно бывают связаны с приёмом этилового спирта или напитков, содержащих более 12% этилового спирта.

**Алкогольная кома** – развивается при концентрации этанола в крови около 3 г/л, смертельная доза – 5-6 г/л. Выделяют две стадии алкогольной комы: поверхностную и глубокую.

**Поверхностная кома** проявляется потерей сознания, отсутствием речевого контакта, снижением корниальных, зрачковых рефлексов, резким угнетением болевой чувствительности.

**Глубокая кома** выражается полной утратой болевой чувствительности, отсутствием корниальных, зрачковых сухожильных рефлексов, мышечной атонией.

Оказание помощи должно начинаться с восстановления адекватной легочной вентиляции в зависимости от форм нарушения дыхания.

При поверхностной коме вводят воздуховод, при глубокой коме выполняют интубацию с последующим отсасыванием содержимого верхних дыхательных путей. Для снижения гиперсаливации подкожно вводят атропин 1 - 2 мл 0,1% раствора. После установления адекватного дыхания больным промывают желудок через зонд.

При тяжелых гемодинамических расстройствах проводится противошоковая терапия: внутривенное введение – полиглюкина, гемодеза, реополиглюкина, 5% раствора глюкозы, а при стойкой гипотонии – преднизолон 60 - 100 мл внутривенно на глюкозе.

Желудок промывают через зонд. Больному, лежащему по боку, через зонд вводят 5 - 8 литров воды, до чистых промывных вод. С целью коррекции метаболического ацидоза внутривенно вводят 200,0 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия.

Для ускорения окисления алкоголя внутривенно вводят 400 мл 20% раствора глюкозы с 20 ЕД инсулина, витаминов В1, В6 – 5 мл, 1% раствора никотиновой кислоты, 5 - 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, оказывающие дезинтоксикационное действие и способствующих нормализации обменных процессов.

---

---

## ВИЧ/СПИД И НАРКОМАНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

к.м.н. Ж. З. Трумова

На сегодня глобальными медико-социальными проблемами в мире являются эпидемии ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и наркомании среди молодежи, обусловившие быстрый рост ВИЧ - инфекции в 1996 – 1997 годах.

Согласно оценкам Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в течение последних лет пандемия ВИЧ/СПИД ежегодно уносит жизни 2,5 – 3,5 миллионов человек, преимущественно молодого возраста, а 5 - 6 миллионов вновь заражаются ВИЧ. На начало 2005 года с ВИЧ/СПИДом в мире жило более 40 миллионов человек, из них 90% в развивающихся странах; около 25 миллионов человек умерло от СПИДа.

Если в Европейских странах подавляющее число случаев заражения ВИЧ происходит за счет гетеросексуальных контактов, то в Центральной Азии, в том числе и в Казахстане, приходится на лица, употребляющие наркотики внутривенно. На сегодня уже 114 стран заявили о наличии ВИЧ - инфекции в среде молодежи, злоупотребляющих наркотиками (в 1992 г. – было 52 страны) [1].

Эпидемия ВИЧ/СПИДа, унесшая десятки миллионов человеческих жизней во всем мире, затронула Республику Казахстан сравнительно недавно. Первый подъем заболеваемости пришелся на 1996 - 1997 годы (с 48 случаев до 437 кумулятивно); второй подъем пришёлся на 2001 год (1175 случаев, или 22% от всех выявленных случаев). Быстрому распространению ВИЧ - инфекции в среде наркопотребителей способствовала опасная практика группового употребления наркотиков, изготовленных кустарным способом в общей емкости, введение наркотика общим шприцем и иглой без их обработки, а также незащищенные сексуальные контакты, в ряде случаев непосредственно с ВИЧ – инфицированными лицами. Казахстан всё ещё остается страной с относительно низкой распространенностью ВИЧ - инфекции, которой в 2004 году было поражено, согласно оценкам Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом, 0,2% населения в возрасте 15 - 49 лет (при среднем мировом показателе 1,1% и среднем показателе в регионе Восточной Европы и Центральной Азии 0,8%). К началу 2005 года отмечалось снижение темпов прироста ВИЧ – инфекции. Если в 2001 г. прирост составил 87,2%, то в 2002 г. – 29,1%, в 2003 г. – уже 22,9% и в 2004 году – 17,5%. Показатель заболеваемости ВИЧ - инфекцией в стране составил 31,4 на 100 тысяч населения.

Сдерживанию эпидемии на этом уровне способствовала реализация Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на

2001-2005 годы, принятой Постановлением Правительства РК 14 сентября 2001 г. за № 1207 [2].

Всего на 1 сентября 2005 года в республике зарегистрировано кумулятивно 5274 случая ВИЧ - инфекции, в том числе у мужчин - 4008 (76%), у женщин - 1266 (24%), детей до 14 лет - 40.

Среди людей с ВИЧ, зарегистрированных в стране, 4002 (76%) случая приходится на потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Из них - 3313 (83%) составили мужчины, 689 (17%) женщины, 3804 (72%) безработные, лица в возрасте 15 - 29 лет – 3280 (62,2%). ВИЧ - инфекция выявлена у 21 ребёнка, заразившегося от матерей в период беременности, родов и вскармливания грудным молоком.

Факторами, способствующими широкому распространению ВИЧ-инфекции, являются опасное инъекционное и половое поведение.

В последние годы неуклонно возрастает регистрация передачи ВИЧ половым путем, на её долю в структуре впервые зарегистрированных случаев в 2001 г. пришлось 5%, а в 2004 году – 29,3%.

Согласно данным совместной оценки ведущих национальных центров Казахстана численность лиц, систематически употребляющих наркотики в стране достигает 200 000 – 250 000 человек, из которых только пятая часть зарегистрирована [3].

По данным мониторинга Национальной Программы на 1 января 2005 года в республике зарегистрировано 43309 больных наркоманией, в том числе 86,5% составляют мужчины, 11,1% - женщины, 2,1% - подростки до 18 лет, 0,2% - дети до 14 лет.

На фоне общего замедления темпов развития эпидемии ВИЧ вызывает тревогу рост числа женщин среди ВИЧ – инфицированных лиц. Если в 2000 г. доля инфицированных женщин из общего числа ВИЧ – инфицированных лиц составляла 19%, то в 2004 г. – 32 процента. Скорость распространения ВИЧ - инфекции среди женщин, потребляющих наркотики, существенно выше, чем в мужской популяции, так как у них помимо шприцевого пути заражения, очень эффективно действует половой путь. По данным РЦ СПИД за 2004 год преобладающим у мужчин путем инфицирования, среди лиц, вновь заразившихся ВИЧ - инфекцией, являлась внутривенная инъекция наркотиков (73,6%). У женщин подавляющим путем инфицирования явилось незащищенные сексуальные контакты, которые составили 55,1% от общего числа случаев, т.е. в 3 раза чаще, чем у мужчин (17,1%). ВИЧ - инфицирование при внутривенном использовании наркотиков у женщин составило – 37,3%, т.е. в 2 раза реже.

Общеизвестными ко-факторами у ВИЧ - инфицированных являются ИППП (32% случаев), т.к. в

большинстве своем это люди молодого, сексуально активного возраста, практикующие небезопасный секс. Однако это не ведущий ко-фактор, каковыми являются парентеральные вирусные гепатиты в 84,2% (гепатит С 50,3% и микст-гепатит С+В 25,4%) и наркомания 76%.

Два последних фактора равнозначны и закономерно взаимосвязаны, т.к. высокая распространенность гепатита С среди наркопотребителей (в 2004 году – 56%) является индикатором рискованной практики инъекционного введения наркотиков, что доказано исследованиями СДС в Казахстане (СДС, 2000–2004 г.г.).

Анализ базы данных (РЦ СПИД) на 1269 ВИЧ - инфицированных женщин показал что 1149 (90%) – это городские и 120 (10%) – сельские жители.

По социальным группам: неработающие – 1061 (84%), работающие - 156 (12%), учащиеся - 34 (3%) и неорганизованные - 18 (1%).

По возрастным группам преобладает группа 15 - 29 лет – 893 (70%), 30-39 лет – 270 (21%).

По путям передачи: при инъекционном употреблении наркотиков инфицировались ВИЧ 689 женщин, или 54,4%. На половой путь передачи приходится 484 случая, или 38%.

В связи с увеличением доли инфицированных ВИЧ женщин стали регистрироваться случаи беременности, и возросло число рожденных ими детей.

По данным, полученным в обследованных территориях за период с 1996 года и 8 месяцев 2005 года, у каждой третьей ВИЧ - инфицированной женщины наступала беременность (387 случаев кумулятивно). У каждой второй женщины беременность закончилась родами. Порядка 74% родов произошли в течение 2,5 лет (2003 – 2005 г.г.).

#### **Литература:**

1. *VNAIDS Report on the global HIV/AIDS epidemic, 4 th global report 2004.*
2. *Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 г.г. - 2001. - 160 с.*
3. *Результаты изучения реальной ситуации с потреблением наркотиков в Республике Казахстан // Отчет 2004 г. МЗ РК, НЦПФ ЗОЖ, РНПЦ медико-социальных проблем наркомании, РНЦП психиатрии, психотерапии и наркологии, РЦ СПИД. – Алматы, 2004.*

От ВИЧ - инфицированных матерей родилось 179 детей, ВИЧ - инфицирование подтверждено у 21 ребенка и снято у 96 детей, 67 детей находятся под наблюдением до уточнения их инфекционного статуса.

Случаи ВИЧ - инфекции у беременных женщин зарегистрированы в 14 регионах республики. Большею частью эти случаи зарегистрированы в Карагандинской (39%), Павлодарской (23%), г. Алматы (11%), Костанайской (8%) и Южно-Казахстанской (6%) областях. Данные регионы остаются одними из самых неблагополучных территорий в стране по распространению ВИЧ - инфекции, где показатель заболеваемости на 01.09.2005 г. составил 110,4 – 120,7 – 54,8 – 37,8 – 26,8 на 100 тыс. населения соответственно. На этих территориях в 1996 – 2002 годах был отмечен резкий подъем заболеваемости ВИЧ, преимущественно среди потребителей инъекционных наркотиков, с вовлечением в процесс женщин молодого, репродуктивного возраста.

Таким образом, на данный момент остаются нерешенными проблемы эпидемии СПИДа и наркомании, которые взаимосвязаны и взаимообусловлены. Становится явной проблема ВИЧ - инфекции у молодых женщин репродуктивного возраста, большей частью наркозависимых, влекущая за собой серьезную угрозу передачу ВИЧ - инфекции от матери к ребёнку.

В этой связи, необходима коррекция существующих национальных программ по борьбе с этими процессами в целях уменьшения последствий для социально приоритетных слоев населения, к которым относятся женщины и дети.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ У ПОДРОСТКОВ С ТОКСИКОМАНИЯМИ**

Б. Ж. Юсинова, Г. С. Абдулина

г. Астана

Актуальность проблемы потребления психоактивных веществ (ПАВ) на территории Республики Казахстан в настоящий момент не вызывает сомнений. Неблагоприятным фактором является тенденция омоложения возраста токсикоманов.

В России (А. Н. Кривенков, А. И. Игожин) по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, за неполные десять лет, показатели заболеваемости токсикоманиями среди несовершеннолетних выросли в 1,8 раза.

---

---

Многие авторы подчеркивают особую злокачественность подростковой токсикомании, вызванной ингаляцией токсических средств бытовой химии, её выраженную прогрессивность и тяжесть, возникающих при ней, соматоневрологических осложнений.

Для уточнения различных факторов, влияющих на динамику и прогноз заболевания, его возникновения и профилактику рецидивов необходимо проведение исследований.

В клинко-катамнестическом исследовании принимали участие 18 подростков мужского пола в возрасте 12 - 17 лет. Длительность катамнеза составила от 3 месяцев до 1 года. В большинстве случаев имело место влияние неблагоприятной микросоциальной среды:

- 9 подростков росли в неполных семьях, 7 - в "деформированных" семьях (с отчимом), причем отношения с отчимом были плохими. В остальных семьях родители постоянно конфликтовали друг с другом, были агрессивны по отношению к подросткам.

- В 12 семьях родители злоупотребляли алкоголем, причем в 5 семьях - оба родители. Соответственно и материальные условия в таких семьях были крайне неудовлетворительными.

Лишь в 3 семьях воспитание можно было оценить как относительно правильное, в остальных семьях отмечена гипоопека. Преморбидная психическая патология выявлена у 14 подростков. В 8 случаях это была олигофрения, осложненная психопатоподобным поведением, в 3 случаях - психогенное характерологическое развитие личности по возбудимому и неустойчивому типу, в двух - психопатия возбудимого типа.

Большинство подростков начали употреблять токсические вещества в 11 - 12 лет. Ингаляционным путем подростки употребляли органические растворители, бензин, клей "Момент". Большинство подростков занимались этим в компании приятелей, некоторые - в одиночку. Чаще всего первоначальным мотивом ингаляций было стремление не отставать от сверстников (подростки с неустойчивыми чертами характера). Реже первые ингаляции были связаны с поисками острых ощущений, стремлением уйти от психотравмирующей ситуации, улучшить настроение (подростки с возбудимыми чертами характера). Максимальная продолжительность ингаляций составляла от 5 минут до 1,5 - 2 часов с повторением в течение суток 2 - 5 раз в сутки и более. Нередко употреблению средств бытовой химии предшествовал довольно длительный период систематической алкоголизации. Однако с началом ингаляций алкоголизация обычно прекращалась. По-видимому, это было связано с тем, что ингаляции вызывали у подростков качественно иное и субъективно более приятное состояние.

В большинстве случаев наркотизация сочеталась с видами девиантного поведения: социальным (ухо-

ды из дома, бродяжничество) и делинквентным (угонны транспортных средств, кражи).

Стационарное клинко-психопатологическое обследование позволило диагностировать у 4 подростков симптомы измененной реактивности на токсическое вещество при отсутствии психической зависимости, у 10 подростков диагностирован синдром физической зависимости, который сформировался при длительном (более 6 месяцев) систематическом употреблении бензина и клея "Момент". Клинически он проявляется депрессивно - дисфорическими, соматовегативными расстройствами и компульсивным влечением к токсическому веществу.

Все исследовавшиеся подростки получили комплексную терапию, включающую средства дезинтоксикации, ноотропы, биогенные стимуляторы, витамины. Из нейролептиков им был назначен рисперид для подавления патологического влечения, коррекции поведения лиц с психопатологическими чертами, а также с целью антидепрессивного и нормотимического эффекта. Медикаментозное лечение проходило на фоне проводимой психотерапии (индивидуальной, групповой, семейной).

С целью получения катамнеза все подростки были обследованы на дому после выписки из стационара через 3 - 12 месяцев. Информация подростков дополнялась объективными сведениями от родителей и других родственников.

Катамнез позволил разделить подростков на 4 группы:

- 1 группа - 8 человек. Подростки, вскоре после выписки, продолжили ингаляции токсических веществ. В этой группе выявлены 2 подростка с олигофренией в степени дебильности; 2 человека - с патохарактерологическим развитием личности; 1 - с психопатией и 1 человек выявлена резидуально - органическая недостаточность. У двух подростков преморбидной психической патологии не отмечалось. В этой группе четко прослеживалось отрицательное влияние неблагоприятного микросоциального окружения. Гипоопека, отсутствие контроля со стороны родителей способствовали возврату подростков в асоциальную группу сверстников. Основной причиной возобновления ингаляций было отсутствие у подростка положительных эмоций; по словам одного из них, он "не видел другого способа улучшить плохое настроение". Характерно то, что у всех больных этой группы имелась выраженная ретардация физического и полового созревания.

- 2 группы - 4 человека. Подростки прекратили ингаляции и переключились на злоупотребление спиртными напитками, причём у всех выявились симптомы психической зависимости от алкоголя. В этой группе были 2 подростка, больных олигофренией, и 2 подростка преморбидно здоровых. Во всех случаях семейная обстановка была неблагоприятной.

---

---

- 3 группа - 6 человек. За совершение противоправных действий они были направлены в воспитательно-трудовые колонии для несовершеннолетних, катанез на них получить не удалось.

- 4 группа - 4 человека. У подростков отмечалась благоприятная динамика. Подростки прекратили употребление токсических веществ, их социальная адаптация была вполне удовлетворительной. Преморбидно 2 подростков этой группы были психически здоровы, у двоих - выявлена олигофрения в степени дебильности. При стационарном обследовании у первых двух были диагностированы симптомы измененной реактивности. Благоприятной динамике в этих наблюдениях способствовали строгий контроль со стороны родителей, перестройка внутрисемейных взаимоотношений с учётом выявившегося неблагополучия, увлечение подростков рабочей специальностью.

Большую роль во всех случаях сыграло своевременное направление таких подростков на обследование к наркологу. Представляется важным, что подростки этой группы начали употребление токсических веществ в более позднем возрасте (15 - 17 лет),

чем подростки с неблагоприятной динамикой заболели (12 - 14 лет).

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что в большинстве случаев рецидив токсикомании происходит при участии комплекса биологических и микросоциальных факторов. Среди биологических факторов существенное значение, вероятно, имеют ретардация физического и полового созревания и возрастной фактор (раннее начало ингаляций). Однако ведущую роль здесь играют неблагоприятные микросоциальные условия. Это подтверждается случаями прогрессивного течения токсикомании у психически здоровых подростков из неблагополучных семей, а также случаями благоприятной динамики токсикомании даже при наличии биологически неполноценной "почвы" благодаря хорошему микроклимату.

Факторы среды окружения в становлении токсикомании у подростков определяют ведущую роль коррекционно-воспитательных, социально - терапевтических, медико-педагогических воздействий в комплексе профилактических и противорецидивных лечебно - реабилитационных мероприятий.

#### ***Литература:***

1. Личко А. Е., Битенский В. С. *Подростковая наркология.* - 1991.
2. Надеждин А. В., Иванов А. И., Авдеев Е. Н. *Социальные и психопатологические предпосылки формирования нарко- и токсикомании у несовершеннолетних в современных условиях./ Пособие для врачей психиатров - наркологов.* - Москва, 1998.
3. *Психологическая и наркологическая помощь населения Республики Казахстан / Статистический сборник, 2000 - 2001 год.* - Алматы.
4. Пятницкая И. Н. *Подростковая наркология.* - Москва: "Медицина", 2002.

---

---

## ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

### ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ В СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Г. В. Андреева

*«Чего не понимают, тем не владеют»  
И. Гёте.*

Сегодня перед наркологией стоит задача не только лечения наркологических расстройств, но и формирования реабилитационных структур, способных реализовывать разнообразные и дифференцированные для различных контингентов наркозависимых психотерапевтические, воспитательные, образовательные, трудовые программы и реально обеспечивать возвращение пациентов к жизни в обществе.

Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании для Северо-Казахстанского областного наркологического Центра было подготовлено 4 консультанта по зависимости из числа наркологических больных, успешно прошедших курс реабилитационного лечения.

Надо сразу сделать оговорку, что первый волонтер после рецидива заболевания прекратил свою работу и прервал контакт с врачами, отказавшись от дальнейшего лечения. Второй волонтер, начав эпизодически употреблять спиртное, прервал свою работу с зависимыми и направлен на прохождение длительной реабилитации и последующей работы в новый создающийся Центр социально-психологической реабилитации «ДОМ НА ПОЛПУТИ».

Два других консультанта: Голованов Александр и Ковальская Наталья, при активном содействии специалистов Центра медико-социальных проблем наркомании и ОНЦ г. Петропавловска, занялись проведением комплекса мероприятий по профилактике наркологических расстройств и реабилитации наркозависимых.

Чёткая мотивация установки на здоровый образ жизни, качественная теоретическая подготовка волонтеров, желание оказать действенную помощь людям позволили создать неформальную реабилитационную структуру, деятельность которой получила всестороннюю поддержку и содействие профильных, государственных, административных и общественных организаций. На самих наркопотребителей наибольший эффект оказывает тот факт, что работа консультантов по зависимости строится по принципу персонификации, т.е. «победители порока». Бывшие больные, имеющие особое право говорить о необходимости отказа от ПАВ, дают действенные советы по работе над собой, глубже могут понять состояние пациента, чем достигается подлинность воздействия.

Кроме того, в области с 1999 года уже действует научно обоснованная в соответствии с социально-культурной обстановкой и адаптированная к данной территории программа профилактики наркологических расстройств в молодёжной среде, имеется достаточное количество, подготовлённых соответствующим образом, специалистов - психологов, педагогов, медиков, социальных работников, разработаны эффективные способы межведомственной координации. Областной наркологический центр г. Петропавловска, будучи напрямую заинтересован в волонтерской помощи, выделил врача - куратора, помогающего организовать и координировать совместную реабилитационную работу. Все вышеперечисленные факторы объясняют востребованность волонтерской деятельности в Северо-Казахстанской области.

Волонтер – консультант по зависимости, прошедший полный курс медико-социальной реабилитации и специализацию в РНПЦ МСПН, официально назначен директором филиала общественного фонда «ОСВОБОЖДЕНИЕ». Республиканский научно-практический центр обеспечил ребят не только методическими разработками, но и компьютером, видеокамерой, телевизором, видеомагнитофоном, видеоматериалами. Создание филиалов общественного фонда «ОСВОБОЖДЕНИЕ» проводится по всему Казахстану. Цели, задачи, предмет деятельности фонда известны, в дополнительном освещении не нуждаются, имеют прочную научно-методическую основу. Все виды его профилактической работы направлены на неоабилитацию молодёжи группы риска, наркопотребителей и наркозависимых.

Начав свою работу, волонтеры и врачи-наркологи столкнулись с проблемой изолированности молодых людей, ведущих активный, здоровый образ жизни от так называемых «проблемных» сверстников. Как бы ни велась пропаганда здорового образа жизни подросткам группы риска, это закрытая для них субкультура.

По инициативе консультантов по зависимости была создана общественная молодёжная организация «ПОИСК», которая ставит задачей укрепление активной жизненной позиции людей, ведущих здоровый образ жизни, вовлечение их в работу с детьми и подростками, переживающими кризисные состояния, с теми, кому необходима поддержка в вы-

боре жизненного пути. Организуется встречное общественное молодёжное движение, позволяющее повысить наркотическую устойчивость молодёжи, поддерживающее волонтерскую деятельность по профилактике наркологических расстройств. В Павлодаре имеют опыт подобной работы. Программа «ВЫБОР» охватывает высшие учебные заведения, колледжи, старшие классы школ. Мы посчитали, что эта часть учащейся молодёжи достаточно охвачена профилактическими и реабилитационными мероприятиями, работа с ней может проводиться уже существующими

ми структурами, необходимо лишь улучшить качество данной помощи, расширить количество применяемых методик. Организация «ПОИСК» решила направить основные свои усилия на оказание помощи детям и подросткам, находящимся в детских домах, школах - интернатах для детей - сирот, коррекционных школах-интернатах, в центре временной изоляции, адаптации и реабилитации несовершеннолетних.

Таким образом, в структуру волонтерского движения в Северо - Казахстанской области входят: (См схему № 1).

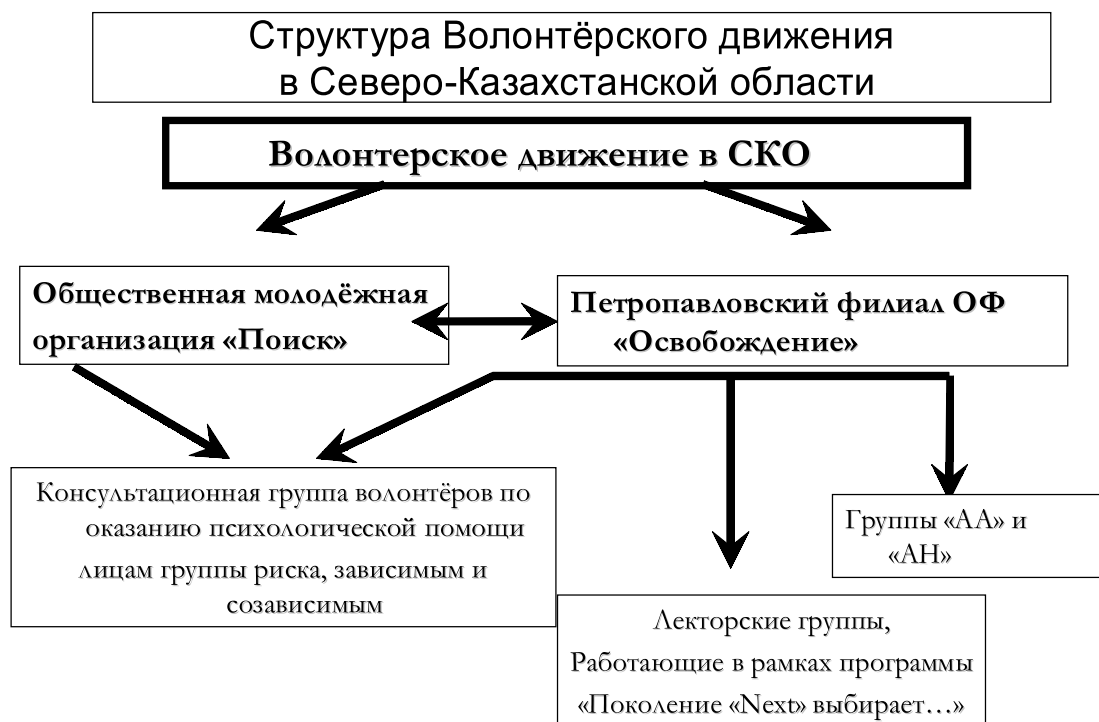


Схема №1

**А. Филиал общественного Фонда «ОСВОБОЖДЕНИЕ»**

1) Группы первичной профилактики вовлечения детей и подростков в среду наркотизации, работающие в рамках программы «Поколение «NEXT» выбирает...».

2) Группы «АН» и «АА», работающие по программе «12 шагов» (Миннесотская модель) – организация вторичной и третичной профилактики наркомании, токсикомании и алкоголизма.

**Б. Общественная молодёжная организация «ПОИСК».**

**В. Консультативная группа по оказанию психологической помощи лицам, оказавшимся в кризисных состояниях, детям и подросткам группы риска, наркозависимым и созависимым** - совместная работа филиала Фонда и молодёжной организации.

Деятельность волонтеров охватывает пять основных направлений:

1. Комплексная психолого-педагогическая работа по укреплению жизненной позиции, социальной активности молодёжи, ведущей здоровый образ жизни, привлечение её к реадaptации лиц группы риска и профилактике наркомании;

2. Профилактическая работа с детьми и подростками в учебных заведениях города. Участие в организации и проведении мероприятий, направленных на предотвращение вовлечения молодёжи в наркотизацию, на пропаганду здорового образа жизни;

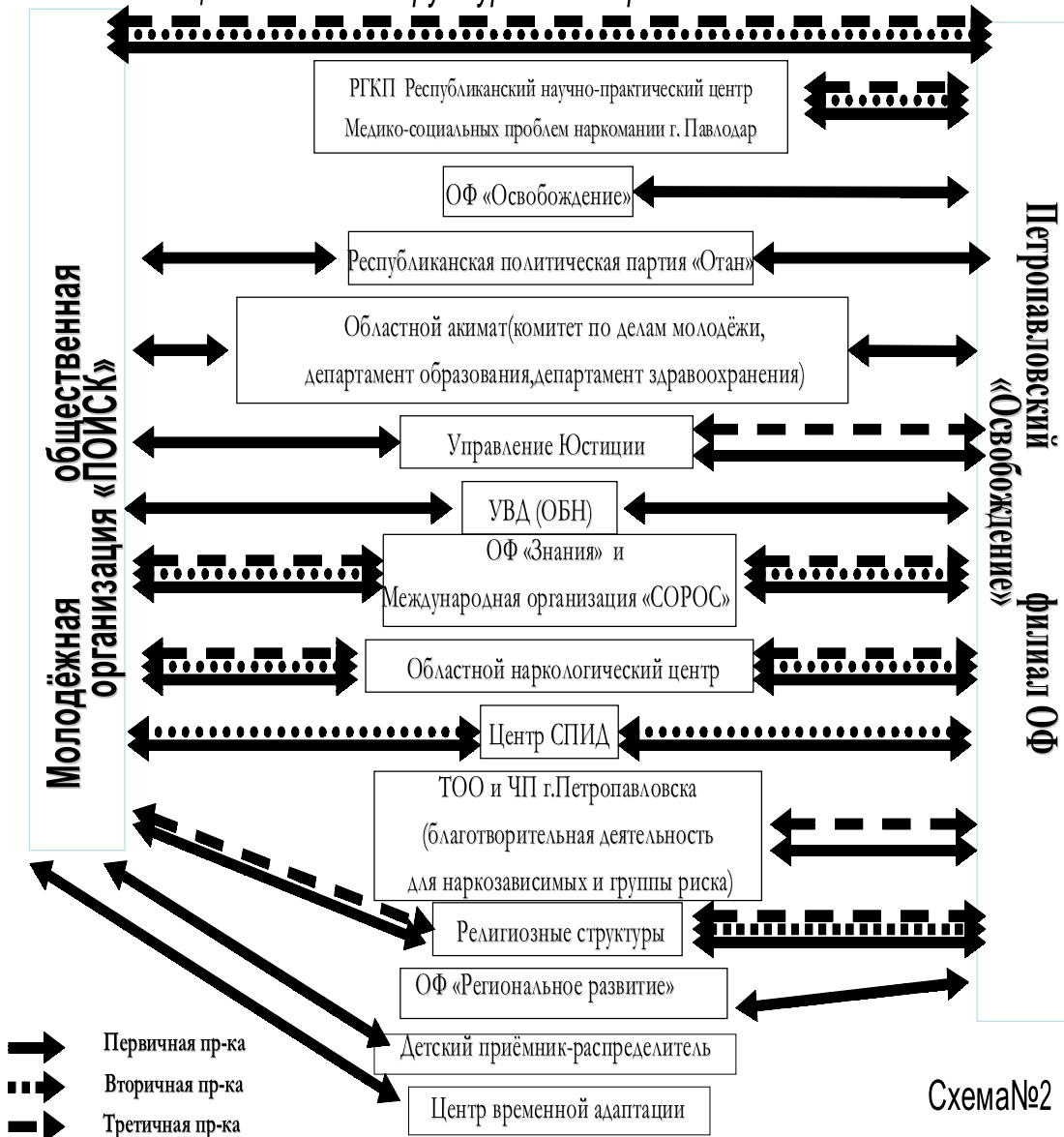
3. Реабилитационная работа с наркобольшими на этапах стационарного и амбулаторного лечения.

4. Работа с зависимыми лицами, успешно прошедшими курс лечения по поводу употребления ПАВ по их дальнейшей неоабилитации. Оказание психологической поддержки пациентам, решившим самостоятельно отказаться от употребления алкоголя или наркотиков. Консультативная помощь созависимым.

5. Развитие и укрепление связей с профильными организациями Республики Казахстан, других стран, международными институтами, поддержива-

ющими цели и задачи фонда и общественной молодёжной организации. Обмен опытом, научно-исследовательская работа. (См. схему №2)

Схема взаимодействия волонтерских организаций с государственными и общественными структурами Северо-Казахстанской области



Действия волонтеров четко скоординированы. Созданные ими структуры поддерживают тесную связь между собой, ведут обмен информацией и опытом работы. После проведения акции «Твое здоровье в твоих руках» Областное отделение республиканской партии «ОТАН» намерено продолжать сотрудничество и оказывать поддержку волонтерскому движению. Совместно с акиматом области, комитетом по делам молодёжи волонтеры приняли участие в проведении таких массовых мероприятий, как факельное шествие, молодёжные фестивали рок-музыки, хип-хоп культуры, акция «Молодёжь про-

тив наркотиков», разработали план совместных мероприятий. Департамент образования, после проведения в учебных заведениях города молодёжных форумов, составил план совместной работы с консультантами по зависимости. Медицинский колледж и колледж искусств намерен проводить на основе программы «Поколение «NEXT» выбирает...» комплексную профилактику наркомании «Поиск». Для оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий волонтеры выбрали школу № 5, где наиболее неблагоприятная ситуация с распространением наркотиков. Эта школа станет эксперимен-

---

---

тальной площадкой для волонтерской деятельности. Запланированы лекции-семинары консультантов по зависимости для педагогов школ города и области, для врачей общелечебной сети. Комитет по борьбе с наркобизнесом и управление юстиции не только планируют и проводят совместные мероприятия по профилактике наркологических расстройств, но и используют консультативную помощь волонтеров, прошедших серьезную теоретическую подготовку по вопросам организации реабилитационной работы в новом центре социально-психологической реабилитации «ДОМ НА ПОЛПУТИ». В этот центр для прохождения длительной реабилитации филиалом общественного фонда «ОСВОБОЖДЕНИЕ» было направлено 2 человека, ещё один пациент наркологического стационара, заканчивая курс лечения, готовится к поездке. С волонтером ОФ заключён договор об оказании практической помощи по медико-социальной реабилитации пациентов данной организации. Сотрудничество с обществом «Знание» не ограничивается проведением лекционной работы. Представители молодежной организации «Поиск», филиала ОФ «Освобождение» привлекаются обществом «Знание» и ОФ «Региональное развитие» к работе по осуществлению проекта международной организации Сороса «Мониторинг прав потребителей инъекционных наркотиков и людей, живущих с вирусом СПИДа». Центр «СПИД» постоянно сотрудничает с консультантами по проведению анкетирования наркозависимых и оказывает практическую помощь в организации молодежного движения «Поиск». Волонтеры не обошли вниманием Петропавловский центр социальной адаптации для лиц без определённого места жительства, где размещены бывшие пациенты наркологического стационара, успешно прошедшие курс лечения по поводу алкогольной или наркотической зависимости, а также лица, находящиеся в кризисных состояниях. Желающие посещают занятия групп «АА», «АН». Деятельность общества анонимных наркоманов и алкоголиков тесно связана с религиозными структурами. Консультанты по зависимости сотрудничают с двумя религиозными объедине-

ниями протестантской церкви. Для оказания благотворительной материальной помощи лицам группы риска и нуждающимся осуществляется связь с предприятиями малого и среднего бизнеса, индивидуальными предпринимателями, поддерживающими идеи и задачи волонтерской деятельности.

Молодёжная организация «Поиск» выступила инициатором движения за сохранение экологии «Здоровые мысли, здоровые души, здоровая планета». Молодёжь выходит на очистку районов города, берега реки Ишим от мусора.

Отдельно надо остановиться на взаимодействии волонтеров с наркологическим центром города Петропавловска. Диспансер предоставил помещение для общества анонимных наркоманов и алкоголиков. Заседания общества проводятся 3 раза в неделю, чётко разделяются дни проведения 12 шаговой программы, несущей религиозный акцент, информационно-образовательных занятий с применением социально-развивающих методик и дни проведения психологических тренингов.

Главным, при проведении занятий, является не сообщение какой-либо информации, а побуждение думать, анализировать, самостоятельно доискиваться до истины. На заседаниях общества «За чашкой чая» обсуждаются значимые жизненные события, отмечаются дни рождения, праздники. Деятельность общества всё больше приобретает характер клубной работы. При обществе «За чашкой чая» работает телефон доверия. Не обойдены вниманием стационарные больные. С ними консультанты по зависимости совместно с психологами центра проводят индивидуальные психотерапевтические беседы, групповую психотерапию, арттерапию, видеотренинги, проводят дополнительное психологическое тестирование. Пациенты с установкой на отказ от употребления ПАВ привлекаются к работе обществ «АА» и «АН».

Роль волонтерской деятельности в проведении профилактики наркомании трудно переоценить. Необходимо всячески поддерживать и развивать волонтерское движение.

---

---

## АНАЛИЗ ДАННЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗА 2002-2004 ГОДЫ

З. Ж. Хакимова, М. С. Абдулина

г. Костанай

В последние годы, на фоне резкого увеличения количества острых отравлений, наблюдается значительный рост числа интоксикаций, обусловленных употреблением спиртных напитков и суррогатов алкоголя. Это связано, в первую очередь, с резким повышением уровня алкоголизации населения, с рос-

том количества некачественных спиртных напитков, с употреблением, с целью опьянения, технических спиртосодержащих жидкостей.

Газожидкостная хроматография (ГЖХ) является наиболее приемлемым методом анализа, позволяющим определить в биологической пробе присут-

ствие любого спирта ряда C1 – C5 (алканы), сочетающим селективность и высокую чувствительность с быстротой определения.

Лаборатория Костанайского областного наркологического диспансера использует для определения этилового алкоголя в крови и моче от живого лица газовый хроматограф «Цвет - 500» (модель - 3700). Газовый хроматограф представляет собой аналитический комплекс функционально соединенных средств измерения и вспомогательных устройств, обеспечивающих разделение анализируемой смеси на компоненты, детектирование и количественный анализ.

Модель «Цвет - 500» имеет детектор теплопроводности и детектор плазменно - канизоционный, включая дополнительные узлы для работы с капиллярными колонками. Параллельная работа двух детекторов не предусмотрена. Мы пользуемся детектором по теплопроводности. Хроматограф имеет в своем составе устройство криогенное для поддержания в термостате колонок температур ниже комнатной температуры. Основу хроматографа составляют блок аналитический и блок управления. Основу конструкции аналитического блока составляет термостат колонок, имеющий камеру размером 30 \* 275 \* 210 мм с принудительной циркуляцией воздуха.

Испарители и детекторы расположены над камерой термостата колонок. Термостатирование колонок осуществляется в диапазоне от - 99 до + 339 градусов по Цельсию с помощью терморегулятора «РТП-35». В хроматографе реализована традиционная 2- колоночная система. Два испарителя термостатируются до 450 градусов по Цельсию с помощью одного терморегулятора температура термостата 2.

Детектор по теплопроводности имеет индивидуальный термостат, являющийся принадлежностью детектора, с диапазоном температур от 50 до 400 градусов. Регулирование детекторов производится одним и тем же терморегулятором. Температура термостата 1 регулируется терморегулятором температуры «2РТН-36». Газ - носитель - гелий. Анализируемый газ подается через штуцер «Вход. Анализ. Газ»

и с помощью дросселя устанавливается необходимая скорость. В качестве колонки нами используются насадки из стекла с внутренним диаметром 3 мм и длиной 3 м.

Детектор по теплопроводности предназначен для преобразования концентрации органических и неорганических веществ в потоке газа-носителя в электрический. Принцип действия детектора основан на сравнении теплопроводности чистого газа-носителя с анализируемым веществом. Анализируемое вещество после разделения с помощью самописца отражается на хроматографической ленте в виде пиков. Перед работой обязательно в хроматограф вводится смесь спиртов:

- метилового;
- этилового;
- изопропилового;
- пропилового;
- изобутилового;
- бутилового;
- изоамилового;
- амилового.

Когда смесь спиртов выписывается нормально на хроматографической ленте, то приступаем к работе.

Для получения графика используем в качестве стандарта абсолютный спирт. Абсолютный спирт получаем путем добавления меди сульфата, колбу со спиртом встряхиваем несколько раз и затем нагреваем на водяной бане с обратным холодильником до тех пор, пока соль не примет светло-голубой цвет. После этого, отделив соль фильтрованием, спирт отгоняем.

Самым лучшим обезвоживающим средством для спирта является этилат магния.

В качестве среды используем 0,5 мл крови или мочи, взбалтываем, добавляем 0,25 мл 30 - процентного раствора нитрита натрия, взбалтываем в течение 1 минуты, отстаиваем 1 минуту. Затем с помощью шприца газообразную смесь вводим в хроматограф и если на хроматографической ленте имеется пик этилнитрита, то приступаем к количественному определению. В качестве внутреннего стандарта используем 4 - процентный изопропиловый спирт.

#### *Количество анализов, выполненных в КДЛ*

№ п/п	Наименование	2002 г.	2003 г.	2004 г.
1	Дел	542	702	854
2	Проб	1927	1987	2337
3	Кровь	423	596	758
4	Моча	125	106	96
5	Результаты +	356	475	583
6	Результаты -	186	227	271

---

---

**Количество выполненных нагрузок, переведенных в полные анализы**

№ п/п	Наименование	2002г.	2003г.	2004г.
1	Токсикология	96,3	116,9	99,3

При норме – 55 условно-производственных единиц в год на одну ставку, предусмотренных приказом.

**Заключение**

Все вышесказанное доказывает несомненное

преимущество хроматографа в токсикологической лаборатории. Работа на этом приборе позволяет выполнять широкий спектр исследований с высоким качеством и существенной экономией средств.

**Литература:**

1. *Руководство по судебно - медицинской экспертизе отравлений // под редакцией Бережного Р. В., Смасуна, Томилина В. В., Ширинского П. П. - М., 1980.*
2. *Лужникова Е. А. Костомарова Л. Г. Острое отравление. // Руководство. – М., 1989.*
3. *Меньшиков В. В. Руководство по клинической лабораторной диагностике. - М.: Медицина, 1982.*
4. *Лабораторная медицина. - 1998. - № 1.*
5. *Лабораторная медицина. - 1999. - № 2.*
6. *Медицинское освидетельствование для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения. // Методические указания. - М., 1998.*

---

---

## ПАМЯТИ АЛЕКСЕЯ ДЕРИЕВА



Медленно кружат осенние листья  
Опускаясь на мокрую землю  
Мастер ушел

Николай Жарков

Ушел друг. Удивительно добрый и безотказный человек, к которому можно было обратиться с любой просьбой. Случилось так, что Лёша (так мы все его называли) был первым из тех, благодаря кому я начал узнавать, что такое психотерапия. Таким он и останется в памяти. Добрый друг. Первый учитель.

Владимир Борисовский

Время, по большому счету, измеряется не часами и минутами, а жизнями живущих людей. И их памятью об ушедших.

Твое время, Леша, теперь продолжается памятью о тебе и о том, как изменился мир, когда ты его оставил.

Что вспоминается сразу, «в лет?». Конечно, наши многочасовые «тусовочные» марафоны на декадах, где ты, Леша, был душой компании без всяких кавычек. Твои психотерапевтические анекдоты, рассказы о первых красноярских гештальт-сессиях в лицах, когда присутствующие буквально падали на пол от смеха, твое участие в неповторимых курсантских импровизациях, и, конечно же, хит на все времена – «чучаларим»... Это была какая-то непрерывная («необъявленная», как выражается один наш коллега) психотерапия для профессионалов – преподавателей, которой мы все дорожили чрезвычайно, и которая теперь, к большому сожалению, уходит из ткани декадников. А многочасовые дебаты по поводу новых идей в психотерапии, а соревнование в стиле «хокку» до утра в перемешку с песнями, где ты «зажигался» стихами, мелодией и какой-то своей внутренней музыкой.

Со временем она слышится все более отчетливо – твоя неповторимая внутренне - музыкальная тема сочетания мастерства, экспрессии, незауряд-

ного артистического темперамента, затаенной боли, огромного человеческого тепла, щедрости и обаяния.

Я помню, как ты дорожил людьми (они отвечали тебе тем же) и событиями. Видимо отсюда твое увлечение видеосъемкой. Только поэтому и осталось много уникальных видеосвидетельств об удивительном времени почти стихийной становлении психотерапии в России и Казахстане.

Помню наш разговор после того, как я впервые посмотрел один из твоих фильмов, снятый в Костаное. Тогда я наугад позвонил в Новосибирск уже не надеясь застать тебя на работе, но застал и сказал все что думал и чувствовал в этот момент. Ты больше молчал, но и молчать можно по разному, и я понял как важно для тебя, когда те, кто соприкасается с твоим трудом видят и чувствуют, что ты хотел сказать... Вот это твоя знаменитая присказка: «этого (мгновения, события) не будет больше никогда...». Ты остро чувствовал уникальность и скоротечность прекрасных композиций бытия и пытался сказать об этом людям – пусть запомнят и продлят этому скоротечному прекрасному мигу жизнь.

Ибо память живущих людей способна останавливать время бытия. И уж конечно, наша память способна продлевать время бытия тех, кто создает эту память. Создает со-бытия. Создает жизнь.

Александр Катков

---

---

## ПАМЯТЬ СЕРДЦА

Лёшенька, я все помню. Помню, мои первые декадни в Кустанае в качестве курсанта. Когда я, уже опытный психотерапевт советской школы с восхищением смотрел на твоё изящное исполнение Эриксоновских штук. И потом я не однократно убеждался в твоей правоте, что психотерапевт должен работать играючи, легко и непринуждённо. Я помню, как ты встретил меня, задыхающегося с разрывающей болью в груди на Новосибирском вокзале, как, используя обаяние своей личности, всеми правдами и неправдами устроил меня в клинику для операции. Я отчётливо

Алексей Дериев отличался самым высоким профессионализмом, любовью к пациентам, кристальной честностью и добротой. Он искренний и преданный друг для многих из нас. Он был психотерапевтом единого реестра профессиональных психотерапевтов Европы, автором метода дозированного употребления средств вызывающих зависимость.

Очень печально, что так случилось с Алексеем Дериевым. Об Алексее Яковлевиче можно говорить сколько угодно долго. Говорить, как о замечательном докторе – ученом и практике, блестящем психотерапевте – авторе многих профессиональных методик, яркой творческой личности – певце, музыканте, актере, танцоре, писателе, мудром собеседнике, прекрасном рассказчике, любящем и заботливым сыне, внимательном брате, надежном друге.

Учиться психотерапии можно по книгам, на семинарах, проходя личную терапию, а можно – общаясь с такими людьми, как Алексей Дериев. Во всех фундаментальных руководствах по психотерапии в отношении личности, занимающейся психотерапией, буквально сказано, что психотерапевт должен обладать таким же набором качеств, что и другие члены группы, но у него должны быть сильнее выражены те качества, которые принято считать положительными. Вот эти качества: уравновешенность, рассудительность, зрелость, сила Я или сила Эго (харизматичность), умение подчинять себе окружающих, высокий порог возникновения тревоги, восприимчивость, интуиция, уверенность в себе, энтузиазм, умение убеждать, эмпатия, богатое воображение, решительность, желание помочь людям, терпимость к фрустрации, терпимость к неопределённости, ум. Алексей очень любил юмор, и сам мог красиво шутить. Наверняка, услышав эти «квалификационные требования» пошутил бы: «Да ребята, это, действительно все – правда, и это, действительно

помню, как через 3 дня после операции, придя в сознание первым, что я увидел, была твоя улыбающаяся физиономия в дверях реанимационной палаты. Я хорошо помню, как потом у тебя дома по вечерам под водочку ты проводил мне личную психотерапию по возвращению к жизни и к профессии. И с той поры ты постоянно присутствуешь и в моей жизни и в моей работе. Мне нравятся твои шуточные терапевтические интервенции. Мне нравятся твои удивительно характерные фонограммы, которые звучат в моей клинике. Лёшенька, я всё помню.

Иван Левченко

Он был и останется нашей совестью.

Все коллеги, пациенты и друзья, знающие Алексея глубоко скорбят по поводу этой невосполнимой утраты!

Скорбим вместе с родным братом Алексея – Анатолием, родными и близкими умершего.

Виктор Макаров

но все про меня, хотя и перечислена *только малая часть*». И, конечно же, произнес бы свою, ставшую крылатой, фразу: «Но это неважно».

Алексей был всеобщим любимцем. На любом декаднике, в любой компании, если какое-то время он отсутствовал, тут же звучали вопросы: а где Дериев, Вы не видели Алексея?, а то и просто кричали хором: Леша ты где?! И когда появлялся Алексей, сразу все становилось на свои места: атмосфера наполнялась Лешей. На павлодарском декаднике в 2000 году Алексею была присуждена неформальная номинация: ЛУЧШИЙ ИЗ НАС. Алексей действительно был лучшим. Он был всеобщим любимцем, но для этого он ничего не делал специально. Он просто был самим собой, он просто был добрым, хорошим человеком, зрелой самодостаточной личностью.

Думая об Алексее Яковлевиче Дериеве, на сердце приходят слова Велимира Хлебникова: когда умирают солнца, они гаснут, когда умирают кони, они плачут, когда умирают люди, о них поют песни. Жизнь Алексея Дериева и была его песней, как говорил сам Леша – песней психотерапевта.

Для меня Алексей был и остается очень близким и значимым человеком. Он очень много хорошего сделал для меня лично, для моей семьи, близких мне людей.

Я очень многому научился у тебя, дорогой мой друг Леша! Большое тебе спасибо и низкий тебе поклон. Мне очень печально, что так случилось, я помню о тебе.

Твой друг Юра Россинский.

---

---

---

---

## ПРО АЛЕКСЕЯ ДЕРИЕВА И ПСИХОТЕРАПИЮ

Мастер от жизни устал...Мастер ушел отдыхать...

Я была рядом с Алексеем Дериевым последние пять суток этой его земной жизни...

Также тихо было в их новом с Анатолием доме... Алексей уходил тихо... Он еще узнал меня, когда я приехала. Так совпало, не знаю, то ли я успела, то ли меня он дождался... Через сутки он уже не приходил в себя. Был и здесь и не здесь, видел и наш мир и иные просторы... Когда я приехала, рядом с ним уже был Ангел, молодой, красивый, спокойный... Он ждал. Толик еще надеялся на улучшение, он очень хотел, чтобы Леша просто пожил в новом доме, ни о чем не думая, просто был бы вместе с братом и радовался уютному красивому дому. Долгие годы разлуки братьев уже позади. Только жить бы да радоваться... Не пришлось. Мне было трудно сказать Анатолию сразу, что скоро Леша уйдет. Через сутки Толя и сам все понял, сам увидел, что ему снова одному оставаться... Снова надолго, на всю оставшуюся жизнь...

На Толика невозможно было смотреть, когда он просил Лешу не спешить, гладил его по руке и тихо плакал...

Когда я говорила с Лешей, уезжая, его Душа уже была спокойна. Я все сделала, что могла, и что должна была сделать для Леша. Уже два Ангела были возле него. Оставалось только ждать. Мне ехать уже было время. Я говорила ему, и он меня слышал. «Лешенька, я все сделала. Ты будь спокоен и ни о чем не волнуйся. Нам с тобой в путь отправляться. Мне ехать пора. В добрый путь и мне, и тебе (здесь он вздохнул глубоко.) Ты отдыхай, родной. Мне еще много предстоит сделать в этой жизни. Я все сделаю, а ты спокойно отдыхай. Мы с тобой встретимся, и ты это знаешь. Все самое трудное, самое плохое уже позади. Следующая твоя жизнь будет легкой и радостной, я тебе обещаю. Ты знаешь меня, я всегда держу свое слово. Прости меня. Прощай.» Я сама удивилась, откуда взялись мои последние слова. Мы с Лешей не обижали никогда друг друга, мы с ним друг друга берегли, как могли. Но после этих слов мне было легко уходить от Алексея.

Я уже ехала в поезде, когда Толик позвонил мне. Леша умер через 4 часа после моего отъезда, в 00.30 времени Новосибирска 16 октября 2005 года. Он прожил 54 года, до дня рождения двух месяцев не дожил.

Вечером в воскресенье в Перми мне ребята сказали, что пришла рассылка лиги, в понедельник дома уже я увидела текст – о кончине Алексея, от 16 октября.

Толику я позвонила, телефон в его доме ожил после смерти брата. Звонили многие люди, в том числе и психотерапевты, в том числе и те, кто говорил не раз при мне о своей любви к Алексею Дери-

еву, в том числе и те, кто считали себя друзьями Леша... Леша давно не слышал их голосов.

Я написала Виктору Викторовичу, что вернулась от Алексея, поблагодарила за его сердечные слова в рассылке.

Он мне ответил: *«Света! Алексей просветлённый человек. Большая редкость в нашем мире, нашей профессии.»*

Я ответила ему: *«Да, Виктор Викторович! БОЛЬШАЯ РЕДКОСТЬ В НАШЕМ МИРЕ, В НАШЕЙ ПРОФЕССИИ.»*

Это и странно для нашей профессии...

Хотя... Просветленные люди долго не живут.

Путь к свету мало кто выбирает осознанно...

Леша ДУШОЙ жил. Не знал он, что он просветленный...

Света».

Странное что-то то ли в нашей профессии, то ли в людях самих... Не знаю. МОЯ ИСТОРИЯ С АЛЕКСЕЕМ ДЕРИЕВЫМ, написанная мною недавно, есть на моем сайте <http://fridrik.narod.ru>. Мне написали многие. Простые человеческие слова из души про Алексея были сказаны многими людьми. Виктор Викторович сразу же откликнулся. Психотерапевты написали очень немногие. Как это ни странно.

Внутри каждого человека звучит голос его совести, голос Бога внутри. У каждого человека совесть своя. И Бог внутри каждого – Тот, Которого этот человек создает. Всему есть место под Солнцем. Не обязательно грустить о том, что Алексей Дериев болен. Можно и радоваться его болезни. Кому – что. У кого какая совесть. Каждый сам со своим живет. И КАЖДЫМ СВОИМ ДЕЙСТВИЕМ КАЖДЫЙ ЧЕЛОВЕК САМ СОЗДАЕТ СВОЮ СУДЬБУ.

В Новосибирске мне Анатолий Дериев сказал: *«Я видел телепередачу о психотерапии. Оказывается, психотерапевты живут до 55 лет. Алексею 54 года...»*

Я не знаю статистику продолжительности жизни психотерапевтов, мне известна статистика хирургов.

НО Я ТОЧНО ЗНАЮ, ЧТО ПСИХОТЕРАПИЯ ОЧЕНЬ НЕБЕЗОПАСНА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ. Синдромы сгорания и угасания – далеко еще не все. И синдром просветления, и алкоголизация, и соматические заболевания, и несчастные случаи – все это на пути профессионалов психотерапевтов. Все это со мной БЫЛО, все это я сама прошла. Я ЭТО ПО СЕБЕ ЗНАЮ. Я могу рассказывать только то, о чем я сама знаю не из книг и не понаслышке. КАК СОХРАНЯТЬ СВОЕ ЗДОРОВЬЕ ПСИХОТЕРАПЕВТУ – такую работу я делаю, показываю и рассказываю коллегам все, что знаю и умею сама.

Среди тех, с кем вместе мы много лет назад начинали свой путь в современной психотерапии, нет уже Александра Малышева из Нижнего Новгорода, Ан-

---

---

дрея Дорошенко из Красноярска, Павла Бутенко из Павлодара, Алексея Дериева. Все они ушли из жизни молодыми, все они были и остаются для тех, кто их помнит, сильными и талантливыми психотерапевтами, яркими и творческими людьми. Все они зарабатывали на жизнь психотерапией, много работали с клиентами.

Много лет назад на еще совсем новом для всех нас пути психотерапии я почувствовала, что нужно искать какие-то способы своей защиты. **Как себя защищать в работе с клиентом?** Этот вопрос возник у меня в самом начале. **Кто несет в себе нападение, тому нужна защита. Что внутри, то снаружи.** Я тогда не-сла, вот и искала способы защиты. **Высшая защита – незащищаемость.** Это теперь я знаю. **НИКТО ВЕДЬ НЕ НАПАДАЕТ.** В психотерапии способы защиты ищут в начале работы многие. С этим вопросом я обращалась к Андрею Дорошенко, первому встреченному мною в жизни гештальт-терапевту. Андрей мне сказал, как защищается в работе он. Мне его способы не подходили. Это были способы снятия напряжения после работы. Александр Малышев показывал свою работу, но о способах защиты во время работы он мне не мог сказать. **НИКТО ИЗ НАС ТОГДА ИХ НЕ ЗНАЛ.** Я чувствовала, как устаю, истошаюсь во время работы, поэтому продолжала их искать, продолжала спрашивать у профессионалов. Нифонт Долгополов, тоже гештальтист из Москвы с удивлением спросил меня: «Как ТЕБЕ защищаться?». И я услышала. Сама стала ограничивать количество клиентов в день. Больше двух было невозможно. Я года три работала так, как мне было комфортно.

И лишь Алексей Дериев очень просто в трех словах мне объяснил **первое и главное** – не влезать в «рубашку» клиента. «Как?», - спросила я. «Ты просто посмотри на клиента, увидь все – лицо, позу, какой он. Увидела – и ты уже не присоединена». И ВСЕ. И с этого я начала выздоравливать. Я тогда увлеченно занималась гештальт-терапией. Мне стало полностью ясно главное требование Фредерика Перлза: «Гештальт-терапевт должен быть пустым, непредвзятым». Пустота внутри – это та самая пустота-наполненность просветленных. К ней тоже можно прийти, если поставить перед собой задачу. Это непросто и не скоро, но возможно. **БЫТЬ ПУСТЫМ, СВОБОДНЫМ** от своего личного отношения к клиенту «нравится – не нравится», от своих целей к клиенту «помочь ему», «получить его деньги», быть пустым от мнений, от мыслей, от оценок, от диагнозов, от своих личных чувств, **ВИДЕТЬ И СЛЫШАТЬ** все, что происходит с клиентом, делать все, что необходимо в работе с этим человеком. Потом была моя встреча с Ошо, по описанию его близких, соматически не здоровым просветленным человеком. Потом я увидела Станислава Грофа, красивого семидесятилетнего молодого мужчину. Все это – путь в профессии психотерапевта. В нашей профессии невозможно стоять на месте, и на пенсию мы не уходим.

**НЕЛЬЗЯ СМЕШИВАТЬ СВОЕ И ЧУЖОЕ В ОРГАНИЗМЕ. ОТ ЭТОГО И БОЛЕЗНИ. ЭТО ТЕПЕРЬ УЖЕ МОИ СЛОВА. ПРОСТЫЕ И ЯСНЫЕ.** Про это я много примеров людям в своей книге «МОЕ У МЕНЯ» показывать буду. **Я очень хочу, чтобы здоровых и высокопрофессиональных психотерапевтов было много.** В нашей стране работы для всех психотерапевтов хватит на всю жизнь.

Мне сейчас 46 лет, я физически абсолютно здорова. А до 30 лет у меня были некоторые серьезные диагнозы. **МЕНЯ СПАСЛО ТО, что я ВЕРЮ СЕБЕ, СВОИМ ГЛАЗАМ И УШАМ, СВОИМ ЧУВСТВАМ И ЖЕЛАНИЯМ** больше, чем словам других людей. А диагнозы это лишь «метки для меток». Когда человек **САМ ХОЧЕТ**, он способен избавиться от любого диагноза.

Как-то в Кургане на декаднике мы с Алексеем делали совместную работу. Я работала на своей ленте, Алексей на своей ленте рассказывал курсантам, **ЧТО ИМЕННО** я делаю. Это было очень удобно для обучения, так как во время клиентской работы я не прерывалась на объяснения. «Хочешь разрушить метафору, объясни ее». А на следующее утро объяснения Алексея очень хорошо усваивались слушателями. Мы с Алексеем делаем не НЛП, а нейролингвистическое **РАСПРОГРАММИРОВАНИЕ**, сказала я тогда одному из курсантов. В каждом человеке есть заложенные в него когда-то чужеродные для него программы. Именно они и вызывают со временем расстройства здоровья, жизненные нарушения. Их необходимо убрать, пусть человек сам создает для себя ту программу, которая подходит именно ему.

Меня спросил тогда кто-то из слушателей, медитирую ли я? «Зачем? Я живу осознанно» - ответила я. Со словами «осознание», «медитация» много запутанного. Даже какие-то тексты трансовые медитациями называют. Что это такое? Ошо назвал медитацию осознанностью. Быть включенным в жизнь, внимательным к жизни, любить и радоваться жизни. Вот и вся медитация. Я добавляю к ней **НЕПРЕРЫВНОЕ ДЕЙСТВИЕ, НЕ СТОЯНИЕ НА МЕСТЕ.**

**ТЕЧЕНИЕ РЕКИ. ТАМ ГДЕ ВОДА СТОИТ, ОБРАЗУЕТСЯ БОЛОТО. ТОЖЕ ЖИЗНЬ, ТОЖЕ СВОЕ ЖИВОЕ ЦАРСТВО – ЛИЛИИ, КУВШИНКИ, ОСОКА, ЛЯГУШКИ, ЦАПЛИ, ВОДЯНЫЕ КРЫСЫ, ТОЖЕ СВОЙ ЗАПАХ ТУХЛОЙ ВОДЫ И СЕРОВОДОРОДА, СВОЯ ТИНА, ГРЯЗЬ, В МАЛЫХ ДОЗАХ ЦЕЛЕБНАЯ, А В ИБЫТКЕ ЗАСАСЫВАЮЩАЯ.**

**Каждый человек сам может выбрать, быть в его жизни реке или превратить ее в болото. КОМУ ЧТО НРАВИТСЯ.**

Остановка происходит у человека тогда, когда он говорит себе и чувствует: **Я ДОСТИГ**. Совершенства в своем методе ли, положения ли, статуса ли, количества денег ли, да чего угодно. Когда человек начинает пожинать плоды или почивать на лаврах. И **С ЭТОГО МОМЕНТА НЕТ ДВИЖЕНИЯ ВПЕРЕД**, есть много разных действий, много хлопот по удержанию достигнутого, но **ЭТО УЖЕ ОСТАНОВКА.**

---

---

КОГДА ЕСТЬ ОЩУЩЕНИЕ, ЧТО Я ЕЩЕ НИЧЕГО НЕ СДЕЛАЛ В СВОЕЙ ЖИЗНИ, ЕЩЕ МНОГОЕ ХОЧУ СДЕЛАТЬ, ЕЩЕ МНОГОГО Я НЕ ЗНАЮ, ЕЩЕ МНОГОЕ Я ХОЧУ УЗНАТЬ - ЭТО ДВИЖЕТ ЧЕЛОВЕКА ВПЕРЕД. Это – спираль развития. Остановка – замкнутый круг.

В профессии психотерапевта работают не техники, не методы – работает каждый терапевт своим собственным организмом. И лучше знать изначально, что путь в нашей профессии – через тернии к звездам. Не к собственной звездности, а в безграничность. Когда терапевт работает каким-то методом, он ограничивает себя рамками этого метода. Своим клиентам он, конечно же, высокопрофессионально помогает. Но здесь две ловушки для такого психотерапевта. Он ограничен сам в своей внутренней реальности и ограничен круг его клиентов, кому подходит именно только этот метод. Его личная внутренняя реальность – лишь этот метод. Любые ограничения внутри приведут со временем к нарастанию внутреннего напряжения и к расстройствам в здоровье или в жизни. Будет взрыв – либо внутрь, либо наружу. Все методы психотерапии имеют свои показания и противопоказания. Терапевт ограничен и в способе заработать на жизнь, если он работает в какой-то одной модели психотерапии. Можно вполне безопасно преподавать в ВУЗЕ. Но когда терапевт постоянно работает с клиентами, лучше для него самого расширять свой профессионализм, обогащая себя новыми знаниями и новыми способами работы.

#### **Картинка из жизни.**

**О ЖЕНЩИНЕ И ЕЕ СТРАХЕ ЗВОНИТЬ ПО ТЕЛЕФОНУ:**

Мы работали на декаднике в Екатеринбурге. Была моя лента, Алексей сидел в круге, далеко сбоку от меня. На стул передо мной села женщина, Алексей ее видел тоже сбоку. Она сказала: «Я боюсь звонить по телефону. Даже чтобы узнать, где проходит декадник, я не смогла позвонить, мне пришлось уйти из дома, ехать в другой конец города, чтобы узнать всю информацию о декаднике. Я здесь уже посетила занятия одного психотерапевта, там я все для себя сделала. Он вчера уехал, у меня еще остался страх звонить по телефону. Я хочу здесь от него избавиться».

Я: «А кто звонит вместо тебя из дома, когда это сильно необходимо?»

Она: «... Муж...».

Я: «Когда ты хочешь уйти от своего мужа?»

Она, вспыхнув, замолчала. Через паузу: «Мне достаточно».

В перерыве она подошла ко мне и сказала: «Теперь я все сделала. Спасибо».

Алексей был просто поражен: «Как ты так сразу в точку попала? Я слушаю, что за нелепый страх, телефонного аппарата, что ли?». Я ему объясняю: «Леша, ты же сбоку сидел, поэтому ты не видел всю картинку. А я не только слышала, но и видела все –

клиентка ведь передо мной. Она вспомнила про мужчину-психотерапевта, он ей понравился, жаль, что он вчера уехал, говорило ее лицо. О муже она вспомнила совсем с другим лицом. И все.».

Леша часто удивлялся: «Как ты видишь все? Я вот не вижу – я дискретный». В тот раз я сказала ему: «Ты, Алексей, **думаешь**, что ты не видишь. Это ведь ты меня научил когда-то смотреть всю картинку и не присоединяться к клиенту». Он меня услышал. С тех пор он себя «дискретным» больше не называл.

Как-то Алексей сказал мне: «Света, женщина-психотерапевт – это нонсенс. Ты – исключение», - засмеялся он. «У меня фамилия такое – не женское», - сказала я.

Дважды я слышала от моих клиентов слова: «Ты не женщина, ты – психотерапевт». В Перми и в Новосибирске. Это были молодые парни, перенесшие на меня свою несостоятельность в отношениях с женщинами их жизни. Один психотерапевт как-то сам о себе так сказал: «Я не мужчина, я психотерапевт». Алексей часто вспоминал мой ответ в Новосибирске: «**НЕТ. Я – ЖЕНЩИНА-ПСИХОТЕРАПЕВТ**», говорила я оба раза ребятам. В нашей работе необходимо четко знать, «кто я» – женщина или мужчина. Чтобы не возникало ненужных, мешающих ЧИСТОТЕ работы состояний влюбленности-привязанности в паре «психотерапевт - клиент». Я была клиенткой у очень многих профессионалов, видела работу очень многих. Мужчины работают из головы все же больше, я работаю больше изнутри, от сердца, из чутья. Мне Алексей как-то сказал: «Света, нет метафоры для клиента, придумай ее». Я видела, как мастерски Леша придумывал своим клиентам подходящие метафоры про надутые шины автомобиля для снятия внутреннего напряжения, про растворение сахара в стакане – для растворения желчных камней, про удаление ножницами ненужных кадров из отснятой пленки. Я честно пыталась придумывать из головы метафоры, у меня ничего не получалось – я вспоминала придуманные Лешей метафоры или метафоры Милтона Эриксона, пыталась их использовать, но это не годилось к моим клиентам. Я **УБЕДИЛАСЬ, ЧТО ВСЕ СЛУЧАЕТСЯ В ЖИЗНИ ОДИН ТОЛЬКО РАЗ**, повторить невозможно, повторы – это лишь бледная копия чего-то. Я увидела, что мне легко вспомнить что-то похожее - из жизни ли картинку, из моей работы ли. Придумывать я не способна, такого таланта мне Бог не дал. Все мои метафоры в работе примерно такие «Однажды я работала с клиенткой или с клиентом...» или «Однажды я видела или слышала...».

**ИНТУИЦИЯ** – то, что есть у меня. Я **ВНИМАТЕЛЬНО СМОТРЮ И ВИЖУ**. Все очень просто. Многие говорят об интуиции, подразумевая **НЕЧТО** эфемерное, мистическое, загадочное. «Внутреннее чутье, догадка, проницательность, основанная на предыдущем опыте», - есть такое определение интуиции. А само слово от латыни очень простое – **СМОТ-**

---

---

РЕТЬ И ВИДЕТЬ. (intueri – внимательно смотреть). И все. ВСЯ ИНТУИЦИЯ. Любой психотерапевт, **кто сам захочет**, может легко стать интуитивным, ведь психотерапия без интуиции как сухой пресный сухарь во рту застревающий. НЕВКУСНО, хотя чем-то может быть и полезно. **Любой профессионал может ЯСНО ВИДЕТЬ. Для этого нужно просто ВНИМАТЕЛЬНО СМОТРЕТЬ. И БЫТЬ НЕПРЕДВЗЯТЫМ. ПУСТЫМ. НЕ ОБДУМЫВАТЬ ПРОИСХОДЯЩЕЕ, ПОДГОНЯЯ ПОД СВОИ ЗНАНИЯ. НЕ БЫТЬ В ТИСКАХ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ КАКОГО-ТО МЕТОДА, КАКОЙ-ТО ФИЛОСОФИИ, КАКОГО-ТО УЧЕНИЯ.** Ясно видеть глазами – вот и все ясное видение. Незачем пугаться этого слова. Через глаза видящие поступает в организм вся информация. Через не видящие – не поступает. Видеть можно только когда светло. В абсолютной темноте глазам не видно. Поэтому **ВИДЯЩИЕ ЛЮДИ** видят свет. Не видящие люди свет не видят. Алексей был видящим. Те, кто его знают, могут вспомнить **как** смотрели его глаза в работе с клиентом. Как он утилизировал и вздох клиента, и побежавшую слезу. Это может делать только видящий терапевт.

Очень много подарков людям Алексей сделал в своей жизни. Он любил дарить, ничего не требуя взамен.

Его очень простая небольшая уникальная книга психотерапевта-практика «Купи меня. Книга о гипнозе» вышла в 1999 году, мы с ним вместе стали продавать свои книжки впервые на Павлодарском декаднике в августе. Какой Алексей сам легкий человек, так же легко, смешно написана его книга. Читать ее и учиться по ней – одно удовольствие. В его книге есть его «песни психотерапевта», и правила их исполнения, и его истории из практики, его рассказы о тонкостях терапии в трансовом состоянии. Шикарная книга. Я научилась у Алексея очень многому. Быть очень внимательной к своим словам, слышать **каждое** свое слово, говорить широко и размыто, давая клиенту простор для его выбора. Научилась утилизировать все происходящее, свободно пропускать сквозь себя все посторонние звуки, не вникая в речь многословных клиентов. Научилась получать четкую заявку от клиента, возвращать ее обратно в очищенном виде. Мне были в подарок знаменитые слова Алексея: «Если Вы хотите сделать свою речь мертвой, почаще говорите слово «как бы». Именно через них я спустя годы стала различать живые и мертвые слова, стала работать с живой информацией Вселенной. Именно Алексей подарил мне основы той психотерапевтической гомеопатии, которую я теперь делаю. Через Алексея я увидела, как происходит включение и отключение проверяющего ума, какими способами причиняется вред человеку, увидела, как можно помочь каждому желающему избежать любое скрытое чужеродное вредное воздействие. Благодаря его названию «песни психотерапевта», я стала исполнять свои песни, не повторяясь в их

текстах. Он подарил мне свои слова: «Не нужно решать свои личные проблемы за счет клиента и за его же деньги». Есть в его текстах гениальные слова о скрытом смысле и скрытом смысле скрытого смысла, об умении помнить и умении не помнить. Сам Алексей именно этим «умением не помнить» и помогал себе, так как в его внутренней реальности оно было. Ему проще было не помнить, чем помнить все, что может не нравится. Причем, это происходило у Леши очень легко, он действительно быстро забывал многое. Я так не умею, я не забываю пока не сделала, не сказала, не закончила дело полностью. Я просто все до конца проживаю и действую. Чтобы мусор в теле не накапливался, я говорю все свои слова вовремя, что думаю, то и говорю. Иначе я заболела. Когда человек думает одно, а говорит совсем другое – он рано или поздно обязательно заболеет. Все что не сказано, остается в теле. Мне лично для моего здоровья необходимо быть пустой. Когда я пуста, во мне и рождается новая книга, новые мои способности, новые интересные идеи. А иначе откуда? Из старого мусора многолетнего невозможно хорошему родиться. Память – это чистая функция ума, не помнить – это из памяти ума вытесненное, но в теле своем сохраненное. Если бы мы помнили все неприятное, что было с нами в нашей жизни, у нас просто не было бы возможности жить. Все, что пришлось нам умом забыть, осталось в нашем теле и хранится и накапливается в нем до какого-то критического уровня. Этот неприятный груз неприятностей с годами все больше и больше, ум о них забыл, а тело тяжелеет и болеет. Лучше (и это вполне возможно) проживать все свои чувства полностью и своими действиями своевременно освобождаться от груза неприятностей. Так лучше и для души, и для тела, и для здоровья, и для жизни. Естественно это делать лучше так, чтобы другие люди не страдали вокруг. **ПОСКОЛЬКУ ВЕРНЕТСЯ ВСЕ ИСТОЧНИКУ В СВОЕ ВРЕМЯ.**

У всех своих ушедших из жизни коллег я чему-то научилась. У Александра Малышева я научилась много лет назад выходить из манипуляций, чего бы мне это ни стоило. Он проводил в Кустанае в 1994 году свой странный тогда для меня гештальт-тренинг «постройте свою проблему молча». Меня удивило, что участники действительно строили скульптуры «своих проблем». Саша запретил выходить из круга, запрет был жестким «нельзя выходить раньше, иначе умрете». Когда очередь дошла до меня, я просто расставила всех участников на первоначальные места. После меня следующий опять стал возводить пирамиду из нас. Это мне скоро надоело, я пару раз всех рассаживала, ну, хватит уже. После меня – снова гора из тел. После того, как меня в центре фигуры чьей-то проблемы перевернули вниз головой, я забрала свою сумку и ушла, разозленная: «Я лучше сдохну, чем дам себя вертеть в разные стороны». После того декадника я впервые месяц пролежала. Сначала

---

---

была злость на Сашу - «вот ведь заякорил». Во сне я тогда увидела слова для себя «Психотерапия – это от лукавого», решила бросить психотерапию на-фиг. Проживая свой «тупик» (я шла тогда путем гештальт-терапии), достаточно тяжелый, я почувствовала, что живу и знаю, что выживу. Решила, что пора не спрашивать других тренеров, о чем сама не знаю толком, а работать на декадниках самой, и самой искать ответы на свои вопросы. Я в то время работала через ум, умственно, от ума лукавого. Поэтому и сон такой увидела тогда. Гештальт-терапию я выбрала, благодаря Андрею Дорошенко, в его исполнении я увидела ее впервые. И много лет она была моей внутренней реальностью. Тупики мои были тяжелы и мучительны. Но каждое такое проживание силу мне добавляло. Какой ценой, правда. Но тогда я другого пути не знала. Встреча с холотропным дыханием у меня была еще впереди. Александру Малышеву я после своего первого тяжелого тупика была благодарна именно за его жесткие слова: «Я не умерла, выжила. Сила есть». И стала я тренером на следующем декаднике в Кустанае. Павел Бутенко из Павлодара был нашим с Алексеем другом. В этом человеке я видела беззаветную преданность Ученика Алексею, у которого Павел научился работать (тех, кто себя учениками называл немало я видела, а благодарных по-настоящему и преданных Учеников знаю только двух.). Душевное благородство, кристальная чистота его Души, скромность, безграничная доброта и верность семье, дружбе, делу. Такое, к сожалению, редко встречается в жизни.

Особо хочу сказать о т.н. ресурсных состояниях. Алексей Дериев первый показал мне трансперсональную, «сквозь ум» терапию. Его простая и эффективная работа с телом клиента, без требования «осознай», «я говорю это не тебе, а твоему телу, оно меня слышит, наше тело очень мудрое, оно помнит нас во все мгновения жизни, оно помнит нас, когда мы были довольны собой и слышали какие-то приятные слова людей». Я удивилась очень – так я не смотрела. Вечное недовольство собой меня как-то вело вперед, желание стать лучше, свободнее внутри, чище душою, мне помогало стремиться и двигаться вперед. Я увидела, что я тоже бываю иногда довольна собой... Мне тогда нужно было увидеть и это. И все же использование так называемых «ресурсных состояний» в психотерапии ИСЧЕРПЫВАЕТ внутреннюю силу человека. Это мы с Анной Барг проверили два года назад на себе. Я как-то давно и сразу чувствовала, что в дне сегодняшнем мне силы не дает приятное воспоминание из моего прошлого. Видела, и на своих клиентах, что это работает кратковременно. А почему, мне стало ясно недавно лишь. НЕЛЬЗЯ ИЗ СВОЕЙ СТАРОЙ СИЛЫ ДЕЛАТЬ СИЛУ НОВУЮ. ЗАЧЕМ С МЕСТА НА МЕСТО ОДНО И ТО ЖЕ ПЕРЕНОСИТЬ? НЕ НУЖНО СЕБЯ ИСЧЕРПЫВАТЬ. ПУСТЬ ИЗ НОВОЙ СЛАБОСТИ РОДИТСЯ НОВАЯ СИЛА.

ТОГДА ВСЯ СИЛА ЧЕЛОВЕКА РАСТЕТ С КАЖДЫМ ЕГО НОВЫМ ДЕЙСТВИЕМ В НОВОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ. Когда психотерапевт с клиентами часто использует такую работу с «ресурсными состояниями», он волей-неволей сам себя и истощивает. Клиент пришел и ушел, а терапевт живет в своей внутренней реальности постоянно. Если терапевт много работает с клиентами, если работа с клиентом не его хобби в свободное от основной какой-то работы время, то необходимо пополнять свой сундучок с инструментами, как говорил Леша. К разным клиентам подходят самые разные методы работы. Алексей очень много работал с клиентами. Использовал и ресурсные состояния, и умение не помнить, и делал трансное дыхание, найдя способ не включаться самому в процесс, когда клиент дышит в наушниках. Но во время интенсивного терапевтического дыхания из человека всегда выходит внутреннее напряжение, накопленный внутри мусор струится или темными струйками или прорывается в разном виде, вплоть до т.н. темных сущностей. Именно такая работа самая небезопасная для ведущих ее. Именно в такой работе психотерапевту необходимо быть пустым, необходим свой внутренний СВЕТ, чтобы не брать на себя чужое. Станислав Гроф описал, например, свою работу с клиенткой, из которой выходило «нечто», искажались до неузнаваемости черты ее лица и пр. Он в это время просто сам стал СВЕТОМ, себя и клиентку окружил СВЕТОМ. Все вышло и в СВЕТЕ ИСЧЕЗЛО. Я в своей работе видела и делала много подобного. Экзотизм для трансперсонального психотерапевта вполне возможен при отсутствии у него страха. СВЕТ - ЭТО ЛЮБОВЬ. Темнота и страх в СВЕТЕ исчезают полностью. Я говорю лишь о том, что я сама проверила на себе и в своей работе. Что такое трехчасовая дыхательная сессия холотропного дыхания я хорошо знаю. Я много дышала их в течение двух лет с 1999 года. Сама год делала с людьми классическое холотропное дыхание, потом стала делать трансперсональные трехдневные интенсивы Новой Формы Работы. С ноября 2002 г. по август 2004 г. мы с Анной Барг провели 61 интенсив. Эти цифры о многом говорят сами за себя.

Именно поэтому я удивляюсь, что **просветление действительно редкость в нашей профессии.** БЕЗ СВЕТА невозможно работать, например, в интенсивной терапии с дыханием. В умственной, аналитической психотерапии можно. Ум наш придумывает несуществующую реальность, он там плутает-путает, где глазами не видно. Можно думать и с закрытыми глазами о чем угодно, хоть о проблемах, хоть о духовном развитии, хоть о планах на завтра или на год вперед, о любых благих намерениях. Уму свет и не нужен.

Психотерапевту любого направления всегда поможет простое правило самосохранения – СВОЕ

---

---

**ЛИЧНОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРЕЖДЕ ВСЕГО.** Нельзя терять свое здоровье, чем и как тогда жить и работать?

Я много лет в профессии, и на своем собственном опыте убеждена, что психотерапевт должен быть здоров, красив и богат. Молодым, начинающим профессионалам необходимо это знать в начале пути. Мы шли вслепую почти, искали сами, шишек много набрали. Каждому из нас бить свои шишки, конечно. Но кое-чего можно избежать. Быть внимательным к

себе самим изначально. **Лучше увидеть свет далеко идущего автомобиля, чем увидеть его перед своим носом, угодив под его колеса. Тогда есть возможность сесть в этот автомобиль и ехать в нем в новые путешествия...**

**А СВЕТ УВИДЯТ ВСЕ.** На мой взгляд, все же лучше **ЗАХОТЕТЬ К СВЕТУ**, чем увидеть его неожиданно... Но каждый сам выбирает. Здесь чужой опыт не поможет.

МОЕ У МЕНЯ.  
Светлана Фридрих.  
24 октября 2005 г.

---

---

## SUMMARY

### **THE SOCIAL-BIOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM OPIOIDS WITH SPECIFIC PERSONAL DISORDERS**

G. I. Altynbekova, Zh. K. Musabekova, Yu. A. Rossinsky, A. T. Eskalieva

In the present work the results of research of some social-biographic characteristics of patients with dependence from opioids are resulted, including persons having specific personal disorders (psychopathy), and some temporary insanity disorders of mood (cyclotomy).

### **GENDER FEATURES OF NICOTINE DEPENDENCE AND REGULAR FORMS OF TOBACCO, ALCOHOL, CANNABINOL USE AT ADOLESCENTS OF SOUTHERN REGION OF KAZAKHSTAN**

B. Zh. Nuraliev, Zh. K. Musabekova, Yu. A. Rossinsky

In given article the results of research of prevalent both relative risks of formations and development of tobacco/nicotine dependence and regular forms of tobacco, alcohol, cannabinol use on an example of representative sample of adolescents of Southern region of Kazakhstan, agrees gender accessory are submitted.

### **THE CONTINUED APPROACH TO PSYCHOTHERAPY OF DEPENDENT FROM OPIOIDS IN THE COMPLEX CLINICAL-SOCIAL REHABILITATION PROGRAMS (CLINICAL-PATOPSYCHOLOGICAL, PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS OF EFFICIENCY)**

T. V. Pak

The given research is directed on study of efficiency of continued psychotherapeutic approach in the complex of clinical-social rehabilitation programs in comparison with discrete psychotherapeutic approach dependent from opioids. The comparative efficiency of the given approaches is investigated in system of intermediate and final estimated indicators on clinical-pathopsychological, psychological and social parameters.

The received preliminary results specify comparative efficiency of the continued approach based on principles of phaseness, continuity and correlation of five main frames of general psychotherapeutic strategy in rehabilitation of dependent from opioids.

### **ABOUT INFLUENCE OF SOME CLINICAL AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL FACTORS ON REMISSION DURATION AT THE PATIENTS WITH NARCOLOGICAL DISORDERS (ALCOHOLISM)**

V. A. Lazarev, N. G. Ismagilov

In the article the results of researches concerning efficiency of antialcoholic therapy are submitted. The basic emphasis is made on syntonic person type, as most favorable for prognosis.

---

---

## **INFLUENCE OF SMOKING ON PREGNANCY**

N. V. Mironova, I. V. Makarchuk, M. P. Martynenko

Benchmark analysis of the current to pregnancy beside smoking and not smoking womans, on the grounds of which possible conclude that pregnancy beside smoking womans runs it is heavier, and complications appear in 2-3 times more often, than beside not smoking.

## **THE BASIC APPROACHES TO OUT-PATIENT REHABILITATION OF PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

T. V. Pak, O. V. Lavrentev

In the article the review of the general approaches, basic components and clinical-rehabilitation procedures, including psychotherapeutic ones, being a theoretical and practical substantiation of the programs of out-patient rehabilitation of patients dependent from psychoactive substances are given. On their basis the project of the treatment protocol "Out-patient rehabilitation of patients with dependence from psychoactive substances" is developed. Introduction of the protocols of out-patient rehabilitation of drug addicts and realization them in practical activity of clinics will promote reforming of narcological service system and increase of a general efficiency of the rehabilitation programs, improvement of social functioning and life quality of the persons dependent from psychoactive substances.

## **APPLICATION OF ART THERAPY IN THE PROGRAMS OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION**

O. G. Yussopov, D. R. Tampisheva, A. T. Abzullin

In given article the basic characteristics of the art therapy program in treatment of drug addicts are described. The basic purposes, tasks, stages of art therapy are in detail described, the brief description of techniques used on each training also is resulted. The preliminary results of treatment with art therapy among drug addicts are described.

---

---

**БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ  
«ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА»  
ЗА 2005 ГОД**

**Программные материалы**

Асанов Т. К., Парпиева А. Р. Анализ программы заместительной терапии в Кыргызской Республике, Том 5, № 2, 2005

Грузман А. В. Протоколы лечения психических и поведенческих расстройств вследствие употребления опиоидов в различные периоды опиоидной зависимости. Фармакологический подход. Том 5, № 3, 2005

Грузман А. В. Современный взгляд на модель непрерывного постдипломного образования по специальности «наркология», Том 5, № 1, 2005

Грузман А. В., Садвакасова Г. А., Тулегенова Б. Е. Протоколы фармакологического лечения психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении опиоидами, Том 5, № 2, 2005

Катков А. Л., Василенко И. В. Основные положения концепции первичной наркологической помощи, реализуемой в программах снижения вреда, Том 5, № 3, 2005

Россинский Ю. А., Гафарова Н. В. Правовые и институциональные документы в сфере профилактики, лечения наркомании и ВИЧ/СПИД в Республике Казахстан, Том 5, № 3, 2005

Титова В. В. Клинические исследования с позиций эпидемиологии и доказательной медицины, Том 5, № 1, 2005

**Фундаментальные исследования**

Алимов У. Х., Абетова А. А. Некоторые особенности вегетативной нервной системы у больных героиновой наркоманией, Том 5, № 3, 2005

Алтынбекова Г. И., Мусабеева Ж. К., Россинский Ю. А., Ескалиева А. Т. Социально-биографические характеристики больных опийной наркоманией со специфическими личностными расстройствами, Том 5, № 4, 2005

Каражанова А. С., Грузман А. В. Основные принципы и особенности медикаментозной коррекции несовершеннолетних, зависимых от ПАВ, Том 5, № 2, 2005

Кошегулова Р. М. Применение респлепта в лечении больных опийной (героиновой) наркоманией, Том 5, № 2, 2005

Марашева А. А. Особенности формирования свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста, Том 5, № 3, 2005

Нуралиев Б. Ж., Мусабеева Ж. К., Россинский Ю. А. Гендерные особенности никотиновой зависимости и регулярных форм употребления табака, алкоголя, каннабиса у подростков южного региона Казахстана, Том 5, № 4, 2005

Нуржанова А. М., Ескалиева А. Т. Сравнительный анализ за 2003-2004 г.г. поведенческого и серологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Караганде в рамках эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, Том 5, № 2, 2005

Пак Т. В. Континуальный подход к психотерапии зависимых от опиоидов в программах комплексной медико-социальной реабилитации (клинико-психопатологический, психологический и социальный аспекты эффективности), Том 5, № 4, 2005

**Профилактика и реабилитация**

Владимирова Н. Г. Проблема изучения психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у детей, Том 5, № 3, 2005

Грузман А. В. Разработка эффективного медикаментозного метода противорецидивной терапии при опиоидной наркомании в рамках вторичной профилактики (Предварительное сообщение), Том 5, № 3, 2005

Жаныбеков С. Д., Брыжахин П. Г., Онгарова В. Н., Брыжахина Ж. Д. Профилактика злоупотребления психоактивными веществами, Том 5, № 1, 2005

Лазарев В. А., Исмагилов Н. Г. О влиянии некоторых клинических и социально-психологических факторов на длительность ремиссии у больных с наркологическими расстройствами (алкоголизм), Том 5, № 4, 2005

Марашева А. А. Диагностический аспект концепции антинаркотической устойчивости – психологического здоровья у детей младшего школьного возраста, Том 5, № 3, 2005

Миронова Н. В., Макачук И. В., Мартыненко М. П. Влияние курения на беременность, Том 5, № 4, 2005

Новикова С. А. Роль рекламы табачной продукции в распространении табакокурения среди населения, Том 5, № 1, 2005

Новикова Е. В., Комарова О. Н., Иванова Н. М. Выявление донологических форм наркологических расстройств, Том 5, № 2, 2005

Нуржанова А. М., Ескалиева А. Т. Результаты проведенного дозорного эпидемиологического надзора среди потребителей инъекционных наркотиков в г. Караганде в 2003-2004 годах, Том 5, № 1, 2005

Пак Т. В. Основные подходы к реабилитации зависимых от психоактивных веществ, Том 5, № 2, 2005

Пак Т. В., Лаврентьев О. В. Основные подходы к амбулаторной реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ, Том 5, № 4, 2005

Шарапатова К. Г. Об основных направлениях работы по предупреждению распространения наркомании среди подростков и молодежи, Том 5, № 2, 2005

---

---

Шарапатов К. Г. Фактор курения и некоторые аспекты образа жизни семьи, Том 5, № 2, 2005

Шарапатов К. Г. Фактор курения и некоторые аспекты образа жизни школьников на примере Павлодарской области, Том 5, № 2, 2005

Шахметов Б. А. Оптимальное комфортное состояние – главная стратегия профилактики зависимости от психоактивных веществ, Том 5, № 2, 2005

Шахметов Б. А. Модель изменения при использовании нейро – лингвистического программирования (НЛП) в терапии наркозависимости, Том 5, № 4, 2005

Юсопов О. Г., Тампишева Д. Р., Абдуллин А. Т. Применение терапии изобразительным искусством в программах медико-социальной реабилитации, Том 5, № 4, 2005

### Клиника

Абдулина М. С., Хакимова З. Ж. Острая интоксикация алкоголем, Том 5, № 4, 2005

Абдулина М. С., Хакимова З. Ж. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления каннабиноидов, Том 5, № 4, 2005

Адылов Д. У. Терапия алкоголизма в целительской практике, Том 5, № 3, 2005

Адылов Д. У., Камчибеков Э. Б. Терапия инсомнии у больных с героиновой зависимостью в подростковом периоде, Том 5, № 3, 2005

Адылов Д. У., Маткеримов Т. Ж. Мишени психотерапии у больных с зависимостью, Том 5, № 3, 2005

Байкенова Б. С., Жанабаева З. Х. Опыт применения респалепта в амбулаторных условиях, Том 5, № 1, 2005

Василенко И. В., Катков А. Л. Сравнительный анализ динамики основных психопатологических проявлений и социальной динамики в группах пациентов с опиоидной зависимостью, дифференцированных по моделям оказания первичной наркологической помощи, Том 5, № 3, 2005

Ескалиева А. Т. Особенности клинико-психопатологических проявления опиоидной зависимости у ВИЧ-инфицированных наркопотребителей, Том 5, № 1, 2005

Ескалиева А. Т. Современные тенденции в изучении клинико-психопатологических проявлений опиоидной зависимости у ВИЧ-инфицированных потребителей наркотиков, Том 5, № 1, 2005

Ескалиева А. Т. Диагностика, течение, лечение и реабилитация больных с опиоидной наркоманией в сочетании с ВИЧ-инфекцией, Том 5, № 1, 2005

Катков А. Л., Василенко И. В. Сравнительная динамика формирования ремиссий в группах пациентов с опиоидной зависимостью, дифференцированных по основным моделям оказания наркологической помощи, Том 5, № 3, 2005

Кошугулова Р. М. Исследование клинико-психопатологических проявлений зависимости от героина при терапии атипичными (рисперидон, клозапин)

и классическим (галоперидол) нейролептиками, Том 5, № 1, 2005

Кудайбергенова А. С. Влияние Сермиона методом электроэлиминации на церебральную гемодинамику у больных в отдаленном периоде сотрясения головного мозга, Том 5, № 3, 2005

Кудеринов Т. К., Киспаева Т. Т., Кошикова Р. Б. Метаболические аспекты поражения нервной системы при острой опиоидной интоксикации, Том 5, № 1, 2005

Кузембаева Л. Б. Преморбидные личностные особенности в развитии героиновой зависимости, Том 5, № 1, 2005

Кузембаева Л. Б. Алкогольная зависимость в подростковом возрасте, Том 5, № 4, 2005

Кузембаева Л. Б. Использование гептрала в лечении алкогольных поражений печени, Том 5, № 4, 2005

Парпиева А. Р. Влияние депрессивных нарушений на заключение терапевтического контракта пациентов с наркотической зависимостью, Том 5, № 1, 2005

Патютко Н. С., Селюнина Л. В. Социально-демографическая и медико-психологическая характеристика подростков с наркологическими расстройствами, совершивших противоправные действия, Том 5, № 2, 2005

Прокудина О. В., Колесникова О. А., Мухтарова Ф. Г., Шмакова Т. И., Жукова И. В. Применение препарата ревиа в наркологической практике, Том 5, № 1, 2005

Россинский Ю. А., Алтынбекова Г. И., Нуралиев Б. Ж. Специфические расстройства зрелой личности и опиоидная наркомания: коморбидность как интраморбидная и метаморбидная патология, Том 5, № 2, 2005

Рудяков С. В., Брыжахин П. Г., Хасс С. Х., Филиппов А. И., Ахметова М. А., Жаныбеков С. Д. Опыт купирования абстинентного синдрома у новорожденных детей больных наркоманией, Том 5, № 1, 2005

Трифонов Л. Н. Терапия неотложного состояния при хроническом алкоголизме, Том 5, № 4, 2005

Трумова Ж. З. ВИЧ/СПИД и наркомания у женщин репродуктивного возраста, Том 5, № 4, 2005

Шевченко И. С., Нупрейчик А. И., Фаттахова Н. Г., Сычева А. В., Хабарова Н. В. Влияние алкоголя на развитие и здоровье детей, Том 5, № 1, 2005

Хохлова К. А., Жидкова Н. Р. Особенности механизмов психологической адаптации наркозависимых казахской и русской этнических групп, Том 5, № 1, 2005

Хохлова К. А., Онгербаева Б. К., Сабир Ж. Г. Особенности психологической адаптации наркозависимых, обратившихся за медико-социальной помощью, Том 5, № 1, 2005

Юсинова Б. Ж., Абдулина Г. С. Клинические и социально-психологические аспекты у подростков с токсикоманиями, Том 5, № 4, 2005

Юсопов О. Г., Онгербаева Б. К., Дик Е. Г. Мотивация на лечение в наркологической практике, Том 5, № 1, 2005

---

---

## Организация наркологической помощи

Андреева Г. В. Практический опыт организации волонтерской работы в Северо-Казахстанской области, Том 5, № 4, 2005

Ахаев С. К. Анализ работы пункта доверия для наркозависимых по г. Павлодару, Том 5, № 3, 2005

Брыжахин П. Г., Сулейменова С. Д., Мингалиева О. Б., Асылбекова Г. К., Балтакаева Р. Ж., Мақышева Ш. Т. Опыт работы участковой службы наркологического диспансера г. Семипалатинска, Том 5, № 1, 2005

Джампеисов Е. А. Из опыта работы подростковой службы Восточно-Казахстанского областного наркологического диспансера, Том 5, № 3, 2005

Ескалиева А. Т. Тенденции распространения ВИЧ-инфекции в среде наркозависимых, Том 5, № 1, 2005

Имангазинов С. Б. Некоторые территориальные особенности ВИЧ-инфекции в условиях напряженной ситуации по наркомании, Том 5, № 1, 2005

Катков А. Л., Василенко И. В. Практические аспекты организации комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, Том 5, № 3, 2005

Космухамедова Ж. Наркоситуация в зоне “Ошского узла”, Том 5, № 1, 2005

Нуралиев Б. Ж., Гафарова Н. В., Россинский Ю. А. Система мониторинга проблемы наркомании и ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан, Том 5, № 3, 2005

Нуржанова А. М., Ескалиева А. Т., Кузнецов Н. П. Развитие программы «Снижение вреда» в Карагандинской области и эффективность деятельности пунктов доверия, Том 5, № 2, 2005

Селюнина Л. В., Патютко Н. С. Характеристика наркологической ситуации в Северо-Казахстанской области за 2004 год, Том 5, № 2, 2005

Топол А. В. Динамика выявленной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в Шахтинском регионе, Том 5, № 3, 2005

Хакимова З. Ж., Абдулина М. С. Анализ данных токсикологических исследований за 2002-2004 годы, Том 5, № 4, 2005

## Памяти Алексея Дериева

Жарков Н. Том 5, № 4, 2005

Борисовский В. Том 5, № 4, 2005

Катков А. Том 5, № 4, 2005

Левченко И. Память сердца, Том 5, № 4, 2005

Макаров В. Том 5, № 4, 2005

Россинский Ю. Том 5, № 4, 2005

Фридрих С. Про Алексея Дериева и психотерапию, Том 5, № 4, 2005

## Информация

Ескалиева А. Т. Социально-клинические аспекты наркозависимости на современном этапе (аналитический обзор литературы), Том 5, № 1, 2005

К 80-летию юбилею М. Х. Гонопольского, Том 5, № 3, 2005

Топол А. В. Факты о табаке, Том 5, № 3, 2005

Тургинбаева А. Н. Социально-возрастной и психологический аспекты качества жизни сельских больных эпилепсией, Том 5, № 1, 2005