
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том XI № 1

2011

Павлодар

Редакционная коллегия:

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

Редакционный совет:

С.А. Алтынбеков (Алматы); А.А. Аканов (Алматы); С.З. Каирбекова (Астана); Н.Б. Ережепов (Павлодар); В.Ю. Завьялов (Новосибирск); Н.Н. Иванец (Москва); Р.Б. Исаева (Алматы); Г.М. Кудьярова (Алматы); И.Е. Куприянова (Томск); В.Н. Михайлов (Москва); А.В. Нерсесов (Астана); Л.А. Степанова (Томск); 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(7182) 60-50-93.
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

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

**Том XI
№ 1
2011 год**

**выходит
4 раза в год**

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

- Байкенов Е.Б.*
Мотивы и виды использования Интернета. Типы Интернет-зависимостей. 7-10
- Байкенов Е.Б.*
Психологические аспекты интернет-аддикции 10-11
- Кусаинов А.А.*
Негативные астенические расстройства у больных героиновой наркоманией и их динамика через шесть месяцев после выписки из стационара 12-18
- Мусабеева Ж.К.*
Актуальность проведения первично-профилактических скрининговых мероприятий в предупреждении развития химических зависимостей у клиентов общей медицинской сети 18-27
- Пак Т.В., Битигова Г.К., Манасов К.Ж.*
Конструктивные жизненные сценарии и социальные эпидемии – два полюса психологического здоровья 27-30

КЛИНИКА

- Абетова А.А., Жолдасова Ж.А., Нургазина А.З., Ни Т.В.*
«Рационализация» наркологической и психосоматической болезни как система «объяснений» 31-33
- Абетова А.А., Нургазина А.З., Жолдасова Ж.А.*
Некоторые аспекты суицидального поведения при наркологических и психосоматических расстройствах 33-35
- Арефьева Ж.А.*
Фенотип лимфоцитов крови у пациентов, получающих антиретровирусную терапию 35-37
- Калекенова Б.Ж.*
Некоторые аспекты применения нейролептика клопиксола в наркологической практике 37-38
- Мажитова Д.К.*
Особенности клинических проявлений зависимости от психоактивных веществ у женщин 39-42
- Ни Т.В.*
Опиоидная зависимость и коморбидные психические и поведенческие расстройства 42-44
- Перевёртова Л.Н.*
Клинический случай коинфекции у потребителя инъекционных наркотиков 44-46
- Сидоренко Л.М.*
Особенности клинико-социальных аспектов алкоголизма у женщин 46-48

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

- Абетова А.А.*
К вопросу о профилактике аутоагрессивного поведения 49-52



<i>Агурьева О.М.</i> К вопросу о проблеме наркомании в Казахстане <i>Базарбекова Г.Б., Агурьева О.М., Мукаева Б.А., Садыр- балина А.А.</i>	53-55
Разрушающее воздействие алкоголя на организм человека <i>Барболова К.Ш.</i>	55-60
Тропикамид – глазные капли или новый наркотик? <i>Ганина Л.Ю.</i>	61-62
Результаты дозорного эпидемиологического надзора в рам- ках Программы по противодействию эпидемии СПИДа 2006-2010 годы <i>Калекенова Б.Ж.</i>	63-72
Некоторые особенности личностных расстройств у боль- ных с зависимостью от психоактивных веществ <i>Мажитова Д.К., Дуйсенбаева Б.Д., Тауирбаева А.О., Би- менов А.А.</i>	72-74
Особенности эпилептических приступов при алкоголизме <i>Маликов М.К.</i>	74-76
К вопросу о донозологических формах алкоголизма <i>Сидоренко Л.М.</i>	77-78
Распространенность наркомании в городе Балхаше <i>Тюменцева О.В., Еришова Т.П., Жанарбаева А.Е., Нурга- зина А.З.</i>	79-81
Роль семьи в формировании наркотизации у подростков <i>Чемерис Л.С.</i>	81-84
Некоторые аспекты компьютерной зависимости у детей и подростков	84-85
<i>Резюме</i>	86-91

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

CONTENT

FOUNDERS:

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

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

Volume XI
№ 1
2011

Published
4 times in a year

SOCIAL EPIDEMICS

- Baikenov E.B.*
Motives and kinds of use of the Internet. Types of Internet dependences. 7-10
- Baikenov E.B.*
Psychological aspects of Internet addiction 10-11
- Kusainov A.A.*
Negative asthenic disorders at sick of a heroin addiction, and their dynamics in six months after discharge 12-18
- Mussabekova Zh.K.*
Urgency of carrying out initially-preventive and skrinning actions in the prevention of development of chemical dependences at clients of the general medical network 18-27
- Pak T.V., Bitigova G.K., Manasov K.Zh.*
Constructive vital scenarios and social epidemics – two poles of psychological health 27-30

CLINIC

- Abetova A.A., Zholdasova Zh.A., Nurgazina A.Z., Nee T.V.*
«Rationalization» of narcological and psychosomatic illness or system of «explanations» 31-33
- Abetova A.A., Nurgazina A.Z., Zholdasova Zh.A.*
Some aspects of suicidal behavior at narcological and psychosomatic disorders 33-35
- Arefyeva Zh.A.*
Phenotype of lymphocytes of a blood at the patients receiving antiretroviral therapy 35-37
- Kalekenova B.Zh.*
Some features of application of a neuroleptic Clopixol in narcological practice 37-38
- Mazhitova D.K.*
Features of implications of dependence on psychoactive substances at women 39-42
- Nee T.V.*
Opioid dependence and comorbid mental and behavioural disorders 42-44
- Perevertova L.N.*
Clinical case of a coinfection at the consumer of IV drugs 44-46
- Sidorenko L.M.*
Clinical and social aspects of alcoholism in women 46-48

THE INFORMATION AND REVIEWS

- Abetova A.A.*
To a question on preventive maintenance of auto-aggressive behavior 49-52



<i>Aguryeva O.M.</i> Problem of a youth drug addiction (the Kazakhstan experience)	53-55
<i>Bazarbekova G.B., Aguryeva O.M., Mukaeva B.A., Sadyrbalina A.A.</i> Blasting influence of alcohol on a human constitution	55-60
<i>Barbolova K.Sh.</i> Tropicamid – eye drops or a new drug?	61-62
<i>Ganina L.Y.</i> Results of patrol epidemiological supervision among consumers of IV drugs in Program realization on counteraction of epidemic of AIDS 2006-2010	63-72
<i>Kalekenova B.Zh.</i> To a question of personal disorders at patients with dependence on psychoactive substances	72-74
<i>Mazhitova D.K., Duysenbaeva B.D., Taurirbaeva A.O., Bimenov A.A.</i> To a problem of an alcoholic epilepsy	74-76
<i>Malikov M.K.</i> On prenosological forms of alcoholism	77-78
<i>Sidorenko L.M.</i> Urgency of a problem of diffusion of dependence on psychoactive substances in the city of Balkhash	79-81
<i>Tumentseva O.V., Ershova T.P., Zhanarbaeva A.E., Nurgazina A.Z.</i> Family's role in the formation of drug addiction in adolescents	81-84
<i>Chemeris L.S.</i> Some aspects of computer dependence at children and teenagers	84-85
<i>Summery</i>	86-91

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

МОТИВЫ И ВИДЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТА. ТИПЫ ИНТЕРНЕТ - ЗАВИСИМОСТЕЙ.

Е.Б. Байкенов

руководитель патентно-информационного отдела РНПЦ МСПН

Активное развитие новых технологий массовой коммуникации в несколько последних лет породило возникновение новых типов психических расстройств, связанных с интенсивным рекламным воздействием в прессе и в телевизионных передачах, с нарастающим использованием электронной почты, Интернета, сотовой связи и других технологий связи в общении людей. Одним из наиболее дискутируемых в психологии и психиатрии последствий нарастающей информатизации общества является Интернет - зависимое расстройство (Интернет - зависимость) (Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В., 2004).

Основные разновидности деятельности, осуществляемой посредством Интернета, - а именно, общение, познание и игра (развлечение) - обладают свойством захватывать человека целиком, не оставляя ему иной раз ни времени, ни сил на другие виды деятельности (Войскунский А.Е., 2000).

В настоящее время выделяют несколько видов пользования Интернетом:

1. Интернет как система доступа к информации;
2. Интернет-коммерция;
3. Профессиональная деятельность в Интернет;
4. Интернет как средство коммуникации;
5. Интернет в качестве социальной среды и субкультуры.

Исследуя мотивацию Интернет-пользователей Арестова О.Н. с соавторами (2000) указывают на её полимотивационный характер, выделяя следующие мотивации:

- 1) деловая мотивация;
- 2) познавательная мотивация;
- 3) мотивация сотрудничества;
- 4) мотивация самореализации;
- 5) рекреационная и игровая мотивация;
- 6) аффилиативная мотивация;
- 7) мотивация самоутверждения;
- 8) коммуникативная мотивация.

Авторы указывают на уменьшение веса мотивов делового и профессионального характера в деятельности пользователей Интернета. Напротив, мотивы коммуникативного, корпоративного и креативного содержания, мотивы личного общения приобретают все большую представленность в системе мотивационной регуляции.

Таким образом, среди видов пользования сети особо необходимо выделить Интернет как средство коммуникации. Выделяют следующие формы общения в Интернете: телеконференция, чат, MUDs (мно-

гопользовательский мир), переписка по e-mail, гостевые книги и ICQ (Жичкина А., 2003; Нестеров В., 2004). По мнению Л.О. Пережогина (2005), коммуникация в режиме реального времени даёт возможность индивидууму менять роли, входя в аудиторию под разными именами и создавая различные виртуальные образы, что позволяет отрабатывать коммуникационные навыки и коммуникационные стратегии. Однако обратной стороной этого процесса является фактор деперсонализации - подмены собственных аутоидентифицирующих факторов сконструированными виртуальными. Этот процесс автор обозначил как метаперсонализация и считает их ведущими в формировании предпосылок к интернет-аддикции. М. Griffiths (1998) также выдвинул гипотезу, что интернет-аддикция может формироваться на базе возможного средства коммуникации при отсутствии контакта лицом к лицу, интереса к непосредственному содержанию сайта (например, порносайты), социальной активности on-line (например, общение в чатах или игры с участием нескольких человек).

Для обоснования взглядов на Интернет, как на среду, провоцирующую зависимость, А.Г. Асмолов с соавт. (2004) предлагает классификацию способов коммуникации по ряду значимых характеристик (таблица 1).

Исследователи попытались идентифицировать подтипы или субкатегории интернет-аддикции. Davis (2001) разделил проблемное пользование Интернетом на 2 типа: специфический тип (чрезмерное пользование конкретной функцией или назначением) и генерализованный тип («многофакторное» чрезмерное пользование Интернетом). Young (1999) выделила 5 типов интернет-аддикции: киберсексуальную аддикцию; болезненное пристрастие к киберотношениям; компульсивный характер влечения к пребыванию в сети (например, азартная игра или покупки по Интернету); перегруженность информацией (например, компульсивный поиск информации в базах данных); пристрастие к компьютеру (чрезмерное занятие играми). М. Гриффитс (1995) делит Интернет-зависимых лиц на две группы, выделяя аддиктов первого и второго порядков. Аддикты первого порядка чувствуют себя в приподнятом настроении во время игры. Они любят играть группами в сети, получают позитивное подкрепление со стороны группы, когда становятся победителями и именно это является для них главным. Компьютер для них

Классификация способов коммуникаций

Личностно-смысловая сфера личности		Выразительные средства в общении		Познавательная сфера		
Личностная близость (конфиденциальность контакта)	Смысловая насыщенность коммуникации	Насыщенность невербальными средствами (общая)	Эмоционально-интонационная насыщенность	Информационная нагрузка на процессы восприятия	Информативность	
Способы передачи сообщения	Диалог	В среднем высокая	Высокая	Очень высокая	Средняя	Высокая
	Письменная речь (рукописная и печать).	Рукописная – высокая Печать – средняя и высокая	Средняя	Средняя и выше средней	Низкая	Высокая
	Радиопередача речевых сигналов.	Средняя	Средняя	Средняя и несколько выше	Средняя	Средняя
	Телефония	Средняя и низкая	Средняя	Выше средней	Средняя	Низкая
	Звуковое кино	Высокая	Высокая	Высокая	Высокая	Низкая
	Телепередача	Средняя и высокая	Высокая	Высокая	Высокая	Средняя
	Электронная почта	Низкая	Только эмодзи (смайлы)	Плоские, однообразные., реактивные эмоции – низкая	Выше средней	
	Интернет (чаты, форумы)	Очень низкая	Смайлы	Эмоциональность - высокая интонационность - отсутствует	Очень высокая	Зависит от ресурса - в чатах – очень низкая, специализированные сайты (в провокации зависимости не замечены) - высокая

Характеристики личностно-смысловой сферы, с точки зрения авторов, следует квантифицировать по «глубине» вовлечения личности в процесс коммуникации: от высшего уровня – смысловых образований, средний – вовлечены мотивы, эмоции, волевая регуляция, на низшем уровне – самоощущение (в данном контексте – переживание простейших реактивных эмоциональных состояний).

– средство получить социальное вознаграждение. Аддикты второго порядка используют компьютер для бегства от чего-либо в своей жизни и их привязанность к машине – симптом более глубоких проблем (например, физические недостатки, низкое самоуважение и т.д.). М. Шоттон (1989) разработала типологию зависимости от компьютера, включив туда 3 разновидности такой зависимости.

Во-первых, это «сетевики» (networkers): они оптимистичны, в наибольшей степени - сравнительно с другими типами зависимости - социально активны и позитивно настроены к другим людям, имеют друзей, в том числе лиц противоположного пола, поддерживают нормальные отношения с родителями. Компьютер для них - нечто вроде хобби: они могут интересоваться поиском в удаленных базах данных или, к примеру, играть в ролевые групповые игры типа MUD. Однако при этом они меньше, чем другие выделенные типы зависимых от компьютеров людей, самостоятельно программируют, в меньшей степени интересуются приложениями, в частности компьютерной графикой или аппаратным обеспечением.

Во-вторых, это «рабочие» (workers) - самая малочисленная группа. Они владеют наиболее современными и дорогими компьютерами. Процесс программирования у них четко спланирован, программы пишутся ими для достижения нужного результата. Как правило, представители этой группы прекрасно учились или учатся, причём их не удовлетворяет стандартная программа обучения, и они посещают дополнительные учебные курсы. Для них характерна весьма строгая «рабочая этика»: например, неприемлем всякий род «компьютерного пиратства».

В-третьих, это «исследователи» (explorers) - самая многочисленная группа. Для них программирование сродни интеллектуальному вызову и одновременно развлечению. Они пишут сверхсложные программы, зачастую даже не доводя их до конца и принимаясь за новые, еще более сложные программы. Представители этой группы с удовольствием занимаются отладкой программ; компьютерное пиратство и хакерство они приемлют, полагая их «честной игрой» против других программистов (разработчиков программ) и/или администраторов вычислительных систем. С формальной стороны уровень образования у них ниже, чем, скажем, у «рабочих», при этом они не только не отстают от имеющих более весомые дипломы коллег, но и зачастую превосходят их объемом знаний. Амбиций также немного: ни высокие должности, ни большие оклады не играют для них главенствующей роли. Таким образом, к социальным критериям жизненного преуспевания они довольно равнодушны. Для «исследователей» компьютер - своего рода партнер и друг, он одушевлен, с ним проще взаимодействовать, нежели с людьми.

По содержанию деятельности можно выделить следующие формы интернет-аддикции:

1. Хакерство, которое представляет собой движение, преследующее целью монополизацию пространства программных продуктов и демократизацию доступа к Интернет-ресурсам. Хакерство наносит ущерб интеллектуальной собственности, может вторгаться в коммерческие интересы производителей программного обеспечения (ущерб, наносимый хакерами, трудно оценить как очень значительный в масштабах фирм-производителей ПО., технологии хакеров могут быть использованы в преступных целях. Многих подростков потенциально привлекает хакерская деятельность, что стимулирует большую отдачу времени общению в сети, что в итоге ведёт к формированию Интернет-зависимости (Tisserland I.N., 2000).

2. Создание вредоносных программ. Создание вредоносных программ (вирусов) возникло задолго до создания Интернета, но именно в Интернете приобрело столь катастрофические (в том числе и по последствиям) масштабы. Создание вредоносных программ отражает в полной мере деструктивность, присущую подросткам в силу их возрастных особенностей.

3. Геймерство. Вероятно, геймерство – это самая распространенная среди подростков форма Интернет-зависимости. Значительной проблемой Интернет-геймерства является развитие в сети игорного бизнеса, создание широкой и не регулируемой сети Интернет-казино. Фактически этот род деятельности мало отличается от обычных форм игорного бизнеса, за исключением его доступности широким кругам пользователей (Korn D.A., 2000).

4. Интернет-преступность. Интернет-преступность, имея те же основные признаки, что и преступность в целом, обладает рядом особенностей, которые позволяют отнести её проявления к особому типу «преступлений высоких технологий». Большая часть преступлений данного разряда формально может оцениваться как мошенничество, незаконные финансовые операции, обман потребителя и т.д. (Пережогин Л.О., 2005).

В. Д. Менделевич (2007) обобщая данные, выделяет следующие типы Интернет-зависимых людей:

- 1) Интернет-гемблеры пользуются разнообразными Интернет-играми, тотализаторами, аукционами, лотереями и т. д.;
- 2) Интернет-трудоголики реализуют свой работоголизм посредством сети (поиск баз данных, составление программ и т. д.);
- 3) Интернет-сексоголики посещают разнообразные порносайты, занимаются виртуальным сексом;
- 4) Интернет-эроголики - это любовные аддикты, которые знакомятся, заводят романы посредством сети;
- 5) Интернет-покупатели, реализующие аддикцию к трате денег посредством бесконечных покупок on-line;

б) Интернет-аддикты отношений часами общаются в чатах, бесконечно проверяют электронную почту и т. д., то есть заменяют реальную аддикцию отношений на виртуальную.

В настоящее время Интернет представляет собой ресурс не только для профессиональной деятельнос-

ти, но для деятельности, связанной с удовлетворением потребностей личностного характера. Последние, как указывалось выше, обладают большим аддитивным потенциалом. В связи с этим изучение мотивов и видов использования Интернета является важным с позиции профилактики интернет-зависимости.

Список литературы:

1. Асмолов А.Г. *Психологическая модель Интернет-зависимости личности* / А.Г. Асмолов, Н.А. Цветкова, А.В. Цветков – *Мир психологии*, №1, 2004.
2. Пережогин Л.О. *Интернет-аддикция в подростковой среде* / Л. Пережогин // *Вопросы психического здоровья детей и подростков* - 2005. Т. 5. № 2. С. 20-27.
3. Griffiths M. *Psychology of computer use: some comments on «addictive use of the internet» by Young.* // *Psychological reports*, 1997, Vol. 80, pp. 181-182.
4. Young K.S. *Psychology of computer use: addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype.* // *Psychological reports*, 1996, Vol. 79, pp. 899-902.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-АДДИКЦИИ

Е.Б. Байкенов

руководитель патентно-информационного отдела РНПЦ МСПН

В последние годы наряду с химическими аддикциями обсуждаются проблемы, касающиеся нехимических аддикций, к которым относятся азартные игры (гэмблинг), аддикция отношений, сексуальная, любовная аддикции, аддикция избегания, работоголизм, аддикция к трате денег, ургентная аддикция и др. (Murphy, 1994; Griffiths, 1997; Young, 1998; McBride, 2000; Короленко П., 2001; Гоголева А. В., 2002; Менделевич В. Д., 2003; Kjelsas et al., 2003; Войскунский А. Е., 2004; Постнов В. В., Дереча В. А., 2004). Для обозначения новых форм нехимических (поведенческих) аддикций, связанных с высокими технологиями, М. Гриффите (Griffiths, 1995) предложил термин «технологические зависимости», которые разделил на пассивные (например, зависимость от телевизора) и активные (интернет-игры). В последующем сюда добавились зависимости от различных электронных приборов (электронных ежедневников, игрушек типа тамагочи, и особенно мобильных телефонов), обозначаемые в западной литературе как гаджет-аддикции (от англ. gadget - безделушка, техническая новинка). Последние два десятилетия ознаменовались повсеместным распространением Интернета, как в профессиональной, так и обычной жизни десятков миллионов людей (Менделевич В. Д., 2003).

Определенные характеристики, которые делают интернет-функции аддитивными, были описаны несколькими авторами (Купер, 1998; Young, Pistner, O'Mara, & Buchanan, 1999; Orford, 2005). Купер в «Тройном механизме» описывает как доступ, доступность и анонимность повышают захватывающие

качества on-line эротика. Точно также К. Янг в «АСЕ model» (анонимность, удобство, и уход от реальности) описывает свойства интернет-функций, которые усиливают аддитивный потенциал. Наконец, Орфорд утверждал, что доступность, возможность быстро достигнуть интенсивной эмоциональной награды и элемента непрерывности, - это функции, которые могут сделать on-line действия аддитивными. Данные модели указывают, что Интернет – это легкий, очень доступный и дешевый способ немедленно удовлетворить множество потребностей. Субъективная анонимность понижает пороги и стимулирует растормаживание (Suler, 2004) и может использоваться как уход из повседневной жизни и побег от проблем.

Особенностями Интернета по сравнению с реальным социальным миром являются:

- 1) невидимость субъекта коммуникации;
- 2) анонимность;
- 3) слабая регламентированность поведения;
- 4) разнообразие сред общения, видов деятельности и способов самопрезентации (Reid, 1994, Suler, 1996; Turkle, 1997).

А.Е. Войскунский (2000) указывает, что интернет-аддикции не подчиняются закономерностям формирования химических зависимостей. В частности сроки формирования интернет-зависимости сокращены более резко, чем при химических зависимостях. Так автор, ссылаясь на исследования К. Янг, приводит следующие данные: 25% аддиктов приобрели зависимость в течение полугода после начала работы в Интернете, 58% - в течение второго полугодия, а 17% - вскоре по прошествии года.

Среди психологических особенностей Интернет-зависимых лиц авторы выделяют интраверсию, повышенный уровень социальной фрустрированности, тревожность, сензитивность, эмоциональную неустойчивость, низкий самоконтроль (Спиркина Т. С., 2008). По мнению Л. Пережогина (2005), одним из механизмов, обуславливающих выраженную интернет-зависимость, является создание виртуальных образов, зачастую очень далеких от реального образа. Также автор указывает на реализацию патологической идентификации, в частности идентификации с противоположным полом. На роль нарушения идентификации указывают и другие авторы. Так по данным Н.В. Чудовой (2000), почти 80% лиц, зависимых от Интернета, имеют определенные проблемы в этой области: 20% обладают заниженной самооценкой (СО), почти 40% - нереалистичскими и недифференцированными представлениями о себе и своем месте в жизни. Еще 20% лиц, зависимых от Интернета, оценивают свою «независимость» как чрезмерную (Я-идеальное на 30% - 50% ниже Я-реального). По мнению Дж. Б. Уолтер (1999), интернет-зависимым лицам присуща неясность самопрезентации и самоидентификации и неясность в сексуальных ролях. (Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В., 2004). В исследованиях А. Жичкиной (2001) обнаружены проблемы в плане принятия своего физического Я.

R. Davis (2001) предложил когнитивно-поведенческую модель патологического использования Интернета. Данная модель фокусируется на дисфункциональных убеждениях, связанных с патологическим использованием Интернета. Эти убеждения – центральные достаточные факторы возникновения интрнет-аддикции. Дисфункциональные убеждения могут быть разбиты на два подтипа: убеждения о себе и убеждения о мире. Убеждения о себе могут быть такими: «Я хорош только в Интернете», «Я ничего не стою в реальном мире, но в Интернете я из себя что-то представляю» и «Вне Интернета - я неудачник». Когнитивные искажения о мире включают обобщение отдельных событий до мирового масштаба. Другими словами, индивидуум может думать

«Интернет – единственное место, где меня уважают», «Никто не любит меня вне Интернета», «Интернет – мой единственный друг», или «Вне Интернета люди думают обо мне плохо». Эти искажения усиливают зависимость индивидуума от Интернета и автоматически возникают всякий раз, когда появляется раздражитель, связанный с Интернетом. Поэтому сразу же после входа индивидуума, например, в чат, у него возникают автоматические мысли, связанные с подобными убеждениями.

Среди характерологических особенностей важную роль играют акцентуации характера. Так, по данным А. Егорова (2005), среди Интернет-зависимых лиц преобладают подростки с шизоидным (29,8%), истероидным (19,3%), лабильным и эпилютоидным (по 12,3%) типами акцентуации, а также акцентуациям по неустойчивому и сензитивно-шизоидному типам (Андреев А.С., Анцыборов А.В., 2002).

Применение компьютерных сетей ведет к структурным и функциональным изменениям в психологической структуре деятельности человека. Эти изменения затрагивают познавательную, коммуникативную и личностную сферы, что ведет к сужению социальных связей вплоть до одиночества, сокращению внутрисемейного общения, развитию депрессивных состояний к неадекватным эффектам в процессах социальной перцепции и др. (Kraut et al., 1998; Арестова О.Н., Бабанин Л.Н., Войскунский А.Е., 2000). Также, среди психологических изменений навязчивого использования Интернета А.Г. Асмолов и др. (2004) указывают на то, что смысловая составляющая коммуникации подвергается редукции, уступая место примитивно-эмоциональным переживаниям.

Последние годы Интернет приобретает все большее значение среди средств коммуникации, обеспечивая быстрый доступ к необходимой информации, а также возможность быстрого обмена информацией, что является одним из достоинств Интернета. Однако наряду с этим возрастает число навязчивого использования данного ресурса, что определяет актуальность изучения данной проблемы.

Список литературы:

1. Асмолов, А.Г. Психологическая модель Интернет-зависимости личности / А.Г. Асмолов, Н.А. Цветкова, А.В. Цветков – Мир психологии. – 2004. - № 1.
2. Андреев, А.С. Интернет-аддикция как форма зависимого поведения / А.С. Андреев, А.В. Анцыборов. – Ростов-на-Дону, 2002.
3. Жичкина, А.Е. Идентичность пользователя и особенности поведения в Интернете: / Автореферат диссертации кандидата психологических наук: 19.00.05 / А.Е. Жичкина. - М., 2001.- 25 с.
4. Менделевич, В.Д. Руководство по аддиктологии / В.Д. Менделевич. –СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
5. Пережогин, Л.О. Интернет-аддикция в подростковой среде / Л. Пережогин // Вопросы психического здоровья детей и подростков - 2005. - Т. 5., № 2. - С. 20-27.
6. Тезисы 2-ой Российской конференции по экологической психологии (Москва, 12-14 апреля 2000 г.). - М.: Экспоцентр РОСС. - С. 269-270.

НЕГАТИВНЫЕ АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ И ИХ ДИНАМИКА ЧЕРЕЗ ШЕСТЬ МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА

А.А. Кусаинов

г. Павлодар

Введение

Многие авторы, описывающие клинику лиц употребляющих наркотики инъекционным путем, указывали на симптомы астении, встречающиеся у всех пациентов, вне зависимости от стажа употребления наркотиков [1, 2, 3, 4, 5].

Как известно, нарушения астенического регистра включают в себя как позитивные, так и негативные симптомокомплексы [6]. К негативным симптомокомплексам относят снижение энергетического потенциала, быструю утомляемость, вялость, изнуряющую слабость. Многими авторами описан так называемый гипостеничный вариант астенического синдрома, который характеризуется психической и физической истощаемостью, вялостью, адинамией, анергией, замедлением мыслительных процессов. В отличие от «позитивного» астенического синдрома, при негативных изменениях, как правило, практически не наблюдается обратной динамики расстройств.

Основной гипотезой данного исследования являлось предположение о токсическом действии героина, приводящем к характерным нарушениям астенического регистра.

Цели и задачи исследования

Целью данного исследования являлась выявление и типологизация негативного астенического симптомокомплекса в клинике героиновой наркомании и оценка динамики его формирования и развития.

Оценивались такие параметры, как общая астения, понижение активности, снижение мотивации, физическая и психическая астения.

Материал и методы исследования

Объектом исследования явились больные с зависимостью от героина, представленные репрезентативной выборкой.

Предмет исследования: негативные расстройства, возникающие у больных героиновой наркоманией и их динамика в зависимости от стажа злоупотребления героином.

Исследование состояло из двух частей, при этом использовался наблюдательный метод исследования. Этап набора материала (отбор групп, проведение обследования, заполнение карт исследования, формирование базы данных) – 2006-2010 годы.

Характеристика материала исследования

В рамках настоящей работы было обследовано 140 больных, имеющих зависимость от героина и проходивших лечение в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) в 2007-2009 гг., а также были обследованы пациенты, имеющие зависимость от героина и состоящие на диспансерном учете в Областном центре лечения и профилактики психических заболеваний (г. Павлодар). Исследуемая группа была поделена на две подгруппы; в 1 подгруппу исследуемой группы вошли пациенты с общим стажем наркотизации не более 1 года (n=62), во 2 подгруппу вошли пациенты с общим стажем наркотизации более 5 лет (n=78). Помимо исследуемой группы была набрана группа контроля (n=92), в состав которой вошли лица без признаков зависимости. Возрастной состав и образовательный уровень лиц из контрольной группы были сопоставимы с аналогичными критериями лиц из исследуемой группы.

Критерии включения в обследование больных соответствовали диагностическим категориям Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ -10) (1994) и включали синдром зависимости в результате употребления опиоидов (F11.2).

Критериями исключения из обследования являлись:

- умственная отсталость;
- эндогенные психические заболевания;
- установленный диагноз специфическое расстройство зрелой личности;
- тяжелые органические поражения мозга не наркотической этиологии;
- декомпенсация хронических соматических заболеваний;
- сочетанное употребление наркотиков и психоактивных веществ, когда система приема хаотична и неопределенна, а последствия злоупотребления различными веществами неразделимо смешанны.

Общая характеристика группы исследования

Распределение исследуемых групп по полу было следующим: в первой подгруппе исследуемой группы 71,8%, от общего количества составили мужчины, оставшиеся 28,2% - составили женщины. Во второй подгруппе мужчины и женщины составили 86% и 14%, соответственно. В контрольной группе количество мужчин составило 60,4%, количество женщин составило 39,6%. Возраст обследованных колебался от 18 до 32 лет и в среднем составлял 23,2±3,24 года. Распределение больных по возрастным группам представлено на рисунке 1.

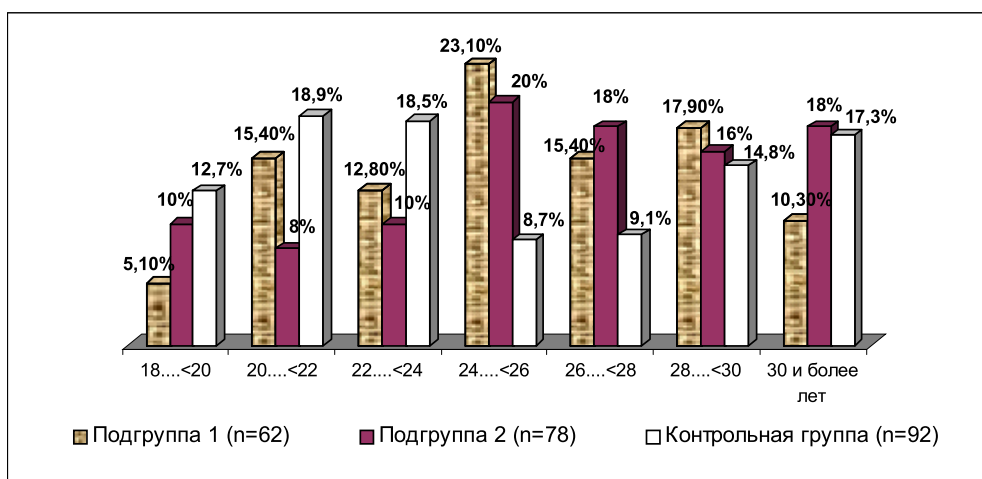


Рисунок 1. Распределение пациентов в исследуемой и контрольной группах по возрасту

Как следует из представленных на рисунке 1 данных, героиновой наркоманией были поражены лица активного молодого возраста. Наиболее часто встречались молодые люди в возрасте от 22 до 30 лет.

Подавляющее число пациентов во всех группах (67,5%; 65,4%; 63,0%, соответственно) составляли лица, имеющие среднее образование. Лица с высшим образованием во всех группах составили 12,5%, 11,5%, 15,2%, соответственно. Наиболее низкий процент составили пациенты с неполным средним образованием (2,5%, 3,8%, 2,2%). Распределение пациентов по уровню образования представлено на рисунке 2.

На момент обследования 40% из числа больных 1 подгруппы исследуемой группы не состояли в браке и ранее никогда в него не вступали. Во 2 подгруппе данные показатели составили 36,5%, а в контрольной группе данный показатель составил 60,9%. Состояли в браке в 1 подгруппе исследуемой группы - 25%, во 2 подгруппе - 15,4%, а в группе контроля - 17,4%.

Количество лиц, расторгнувших брак, во всех группах представлено следующими цифрами:

- 1 подгруппа - 12,5%,
- 2 подгруппа - данный показатель был выше - 19,2%,

- контрольная группа - 4,3%.

Большинство наркозависимых лиц, расторгнувших брак, сообщали, что ведущей причиной распада брака являлась их наркотизация.

Более подробная характеристика семейного положения пациентов представлена на рисунке 3.

Невысокий удельный вес лиц, состоящих в браке, из 1 и 2 подгрупп, по всей видимости, объясняется их аддиктивными установками и поведением.

Характеристика наследственной отягощенности у пациентов исследуемых подгрупп представлена данными в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1 больные обеих подгрупп исследуемой группы достоверно не отличаются, что в целом соответствует методике формирования групп (рандомизация).

Таким образом, косвенно подтверждается гипотеза о преобладании среди факторов, способствующих развитию негативной симптоматики, длительности употребления наркотиков, а так же частота их употребления (массивность наркотизации).

Сводные данные, касающиеся структуры преморбидных особенностей личности обследованных лиц представлены в таблице 2.

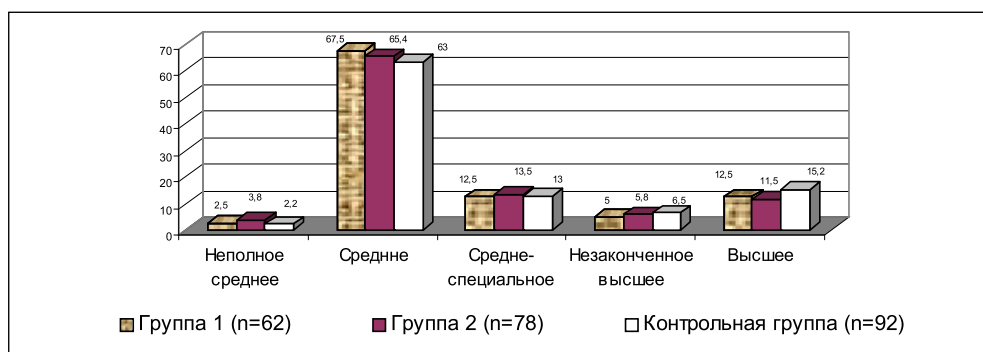


Рисунок 2. Распределение пациентов в исследуемой и контрольной группах по уровню образования

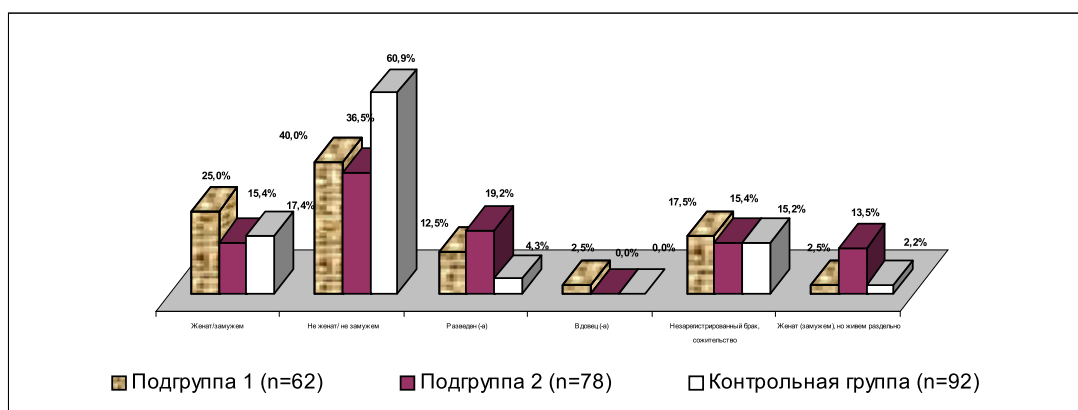


Рисунок 3. Семейное положение пациентов

Таблица 1

Характеристика наследственной отягощенности у пациентов обеих подгрупп исследуемой группы

Наследственная отягощенность	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
Алкоголизм матери	1	1,6	3	3,8±2,2
Алкоголизм отца	7	11,3±4,0	12	15,4±4,1
Алкоголизм у обоих родителей	0	0,0	1	1,3
Наркомания матери	0	0,0	0	0,0
Наркомания отца	2	3,2±2,2	2	2,6±1,8
Наркомания у обоих родителей	0	0,0	0	0,0
Шизофрения у родителей	0	0,0	1	1,3
Эпилепсия у родителей	1	1,6	1	1,3
Наследственной отягощенности нет	51	82,3±4,9	58	74,4±4,9

Примечание – Достоверных различий между подгруппами не обнаружено ($P > 0,05$)

Таблица 2

Структура преморбидных особенностей личности обследованных лиц

Преморбид	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)		P
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	
Неустойчивый	14	22,6±5,3	25	32,1±5,3	<0,05
Шизоидный	0	0,0	1	1,3	>0,05
Эпилептоидный	2	3,2±2,2	4	5,1±2,5	>0,05
Истероидный	12	19,4±5,0	15	19,2±4,5	>0,05
Психастенический	2	3,2±2,2	2	2,6±1,8	>0,05
Без акцентуации	33	53,23±6,3	31	39,7±5,5	<0,05
Экзогенно-органическая патология	0	0	0	0	>0,05

Как видно из таблицы 2, во 2 подгруппе достоверно чаще отмечены лица преморбидно неустойчивого типа (32,1% против 22,6%) и достоверно реже - преморбидно гармоничные (39,7% и 51,6%, соответственно по подгруппам исследования).

Средний возраст начала систематического злоупотребления героином в обеих подгруппах был в целом сопоставимым, без статистически достоверных различий (в 1 подгруппе - 19,7±2,7 года, во 2 подгруппе - 18,9±2,5 года). Этот фактор (возраст начала

наркотизации) учитывался нами при наборе подгрупп как один из лимитирующих; в дальнейшем это позволило оценить степень выраженности негативной симптоматики на различных этапах течения болезни путем сравнения пациентов с малым и большим стажем наркотизации. Данные о скорости формирования героиневой наркомании у пациентов исследуемой группы приведены в таблице 3.

Скорость формирования зависимости от героина зависит, прежде всего, от частоты и способа употребле-

Скорость формирования героиновой наркомании у пациентов исследуемой группы

Скорость формирования наркомании	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)		P
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	
Высокая	22	35,5	19	24,4	>0,05
Средняя	28	45,2	41	52,6	>0,05
Малая	12	19,4	18	23,1	>0,05

Примечание - Скорость формирования героиновой наркомании – время от начала систематического злоупотребления героином до формирования патологического влечения к нему - высокая (до 3 месяцев), средняя (1-2 года), малая (более 3 лет).

ления наркотика. Наиболее наркогенным является ежедневное, внутривенное введение героина (становление наркомании происходит после 3-5 инъекции). Средняя продолжительность формирования зависимости по различным данным составляет 2-3 месяца.

Как видно из данных таблицы 3, скорость формирования наркомании у больных 1 и 2 подгрупп исследуемой группы существенно не отличались.

Интересным фактом на наш взгляд являлось то, что в первой подгруппе отмечалась большая численность пациентов с высокой скоростью формирования наркомании в 1 подгруппе (35,5% по сравнению с 24,4% во 2 подгруппе).

Мы объясняем данный факт, установленный в ходе исследования, следующим образом. Во 2 подгруппе лиц с длительным стажем наркотизации (более 5 лет) постепенно происходил «отсев» наиболее агрессивно наркотизирующихся пациентов (то есть лиц, употреблявших наркотики в больших количествах), как за счет смертности в результате передозировок и сопутствующих наркозависимости заболеваний, так и за счет более активного терапевтического вмешательства. В 1 подгруппе данный процесс находился в самом начале, чем и объясняется больший процент пациентов с высокой скоростью формирования наркомании. Длительность заболевания (героиновая зависимость) в исследуемых группах была следующей: у большинства лиц с зависимостью от героина в 1 подгруппе (39,1%) стаж наркотизации составлял от 9 до 12 месяцев, и у 26,1% от 3-6 месяцев. Во 2 подгруппе длительность заболевания составляла следующие показатели: 38,9% употребляли героин в течение 3-6 лет, а также 38,9% употребляли героин в течение 9-12 лет.

Учитывая принципиальную невозможность сохранения всеми пациентами режима воздержания, а также методологические сложности в обследовании пациентов, сменивших место жительства, численность подгрупп через 6 месяцев выглядела следующим образом (таблица 4).

Методы исследования

Для выявления астенических расстройств нами был использован клиничко-психопатологический метод и субъективный опросник астении MFI-20.

Статистический анализ

Математический анализ осуществлялся с помощью программы Agstat.exe, входящей в экспертную систему ЭС-AG.

В кросс - секционном исследовании вычислялись средние коэффициенты корреляции, линейная и нелинейная регрессия, множественные корреляции и регрессия. Эти вычисления производились в соответствии с руководствами Г.Ф. Лакина (1980) и М.В. Славина (1989).

Результаты и обсуждение

Согласно нашим наблюдениям, в ходе настоящего исследования, у большинства пациентов, независимо от стажа наркотизации, отмечались астенические расстройства: 32 чел. (51,6%) в 1 подгруппе и 53 чел. (67,9%) во 2 подгруппе.

Наиболее часто регистрируемыми симптомами астении у пациентов исследуемой группы являлись

Численность пациентов исследуемой группы спустя 6 месяцев с момента выписки

Статус	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
Находится в воздержании (участвуют в исследовании)	44	71,0	51	65,4
В активном употреблении	12	19,4	14	18,0
Смена местожительства	2	3,2	7	9,0
Нет данных	4	6,5	6	7,7

симптомы физической астении, проявляющиеся вялостью, быстрой утомляемостью снижением активности и т.п. У пациентов первой подгруппы исследуемой группы (то есть у лиц с небольшим стажем наркотизации) наиболее часто встречался гиперстенический вариант астении с такими характерными симптомами, как повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность и ослабленный самоконтроль. Пациенты данной категории выказывали недовольство существующим режимом отделения, часто вступали в конфликт с персоналом и другими больными. В работе психотерапевтических групп вели себя крайне пассивно, без интереса участвовали в обсуждении различного рода запросах и всем своим видом показывали, что крайне тяготеют своим нахождением в стационаре. Во второй подгруппе исследуемой группы (у лиц с большим сроком наркотизации), напротив, наиболее часто встречался гипостенический вариант астении с такими характерными чертами, как психическая и физическая истощаемость, вялость, адинамия, анергия, замедление мыслительных процессов. Пациенты данной категории любыми путями пытались уклониться от индивидуальной и групповой психотерапии, залеживались в кровати, предъявляя массу соматических жалоб: «Голова раскалывается», «Общая слабость страшная» и т.д. Свободное время проводили бесцельно, слонялись по коридору, либо группировались в курилке, где вели бесконечные разговоры, в основном, «наркотического» содержания. Данные симптомы свидетельствовали о значительном снижении энергетического потенциала, что и позволило нам отнести симптомы этих пациентов к негативным расстройствам астенического круга.

Для выявления астенических нарушений, у пациентов исследуемой группы, нами был использован субъективный опросник астении MFI-20. В таблице 5 представлены результаты, полученные по субъективному опроснику астении MFI-20.

Как следует из полученных данных таблицы 5 в структуре астенических расстройств у пациентов 1

подгруппы исследуемой группы, при сравнении с пациентами 2 подгруппы общая астения отмечалась в обоих случаях.

Достоверность различия была получена по показателям понижения активности и снижения мотивации. При сравнении же 1 подгруппы исследуемой группы с контрольной группой достоверность различий получена по следующим показателям: понижение активности и снижение мотивации. Полученные данные по 2 подгруппе в сравнении с контрольной группой представлены следующим образом - достоверность различий получена по всем пяти показателям: общая астения, понижение активности, снижение мотивации, физическая и психическая астения.

На основании полученных данных, мы сделали следующие выводы:

1) общая астения, отмечаемая в исследуемой и контрольной группах, не зависит от стажа употребления наркотиков и, по всей вероятности, является обязательным компонентом клинической картины героиновой наркомании;

2) понижение активности и снижение мотивации, достоверно чаще регистрируемые у пациентов с большим стажем употребления героина, по-видимому, обусловлены формированием своеобразного дефекта астенического плана у больных с зависимостью от героина.

В таблице 6 показано распределение в исследуемой группе диагностированных случаев астенических расстройств в зависимости от варианта астении.

Как следует из полученных данных таблицы 6, для подавляющего большинства пациентов 1 подгруппы (38,6%) был более характерен гиперстенический вариант астении (гипостенический вариант встречался в 17,7% случаев) с такими характерными клиническими симптомами данного варианта астении, как повышенная возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, нетерпеливость, несдержанность и ослабленный самоконтроль. Во 2 подгруппе наиболее часто встречался гипостенический вариант астении (с достоверностью различий $P < 0,01$) с такими симптомами, как вялость, адинамия, анер-

Таблица 5

Оценка выраженности астении у пациентов исследуемой и контрольной групп (по шкале MFI-20) (в баллах)

Шкала оценки астении	Исследуемая группа		P	Контрольная группа (n=92)	P*	P**
	1 подгруппа (n=62)	2 подгруппа (n=78)				
Общая астения	10,8±1,7	12,1±2,1	>0,05	8,1±0,9	<0,05	<0,05
Понижение активности	12,7±1,2	16,3±1,8	<0,05	9,1±1,1	>0,05	<0,01
Снижение мотивации	11,3±1,6	15,1±1,9	<0,05	10,1±1,2	>0,05	<0,05
Физическая астения	10,1±1,1	10,7±1,2	>0,05	7,9±0,8	<0,05	<0,05
Психическая астения	10,5±1,1	11,7±1,2	>0,05	8,7±1,1	>0,05	<0,05
Общий балл	55,4±2,8	63,6±3,1	<0,05	43,9±2,5	<0,05	<0,05
* - достоверность различий 1 подгруппы по отношению к контрольной группе;						
** - достоверность различий 2 подгруппы по отношению к контрольной группе						

Распределение диагностированных случаев астенических расстройств в зависимости от варианта астении в исследуемой группе (% к общей численности группы)

Вариант астении	Исследуемая группа				P
	1 подгруппа (n=62)		2 подгруппа (n=78)		
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	
Гиперстенический	24	38,7	21	26,9	>0,05
Гипостенический	11	17,7	32	41	<0,01

гия, замедлением мыслительных процессов, психическая и физическая истощаемость.

Таким образом, динамика астенических расстройств по мере увеличения стажа наркотической зависимости характеризуется трансформацией её гиперстенического варианта в астенический со снижением способности к обратному развитию и нивелированию.

Динамика астенических расстройств у пациентов исследуемых подгрупп, находящихся в воздержании, через 6 месяцев после выписки

Через 6 месяцев после выписки количество пациентов, участвующих в исследовании, сократилось. Основным фактором выхода из исследования явился рецидив заболевания. Количество участников в первой подгруппе составило 44 человека, во второй - 51 человек.

Осмотр пациентов исследуемых подгрупп через 6 месяцев воздержания выявил следующие особенности. Пациенты со стажем зависимости до 1 года демонстрировали большую работоспособность, меньше утомлялись в ходе беседы, степень концентрации внимания у них была выше. Напротив, у пациентов с длительным стажем наркотической зависимости астенические расстройства были более выражены. Пациенты при выполнении заданий, требующих достаточно длительных усилий, быстро утомлялись, начинали раздражаться, на их взгляд, на недостаточно чётко сформулированные вопросы, пытались прекратить выполнение заданий, мотивируя это плохим самочувствием, со словами «внезапно заболела голова», «стал неважно себя чувствовать» и так далее. Со слов родственников, у подавляющего большинства исследованных пациентов (причем,

именно это было характерно для пациентов с длительным стажем наркотизации), после выписки отмечалась склонность к безделью. Пациенты неохотно выполняли домашние обязанности, даже если это касалось не только работы по дому, но и элементарных повседневных занятий (уборка и мытье посуды за собой после еды и тому подобное). Многие пациенты с длительным стажем употребления наркотиков после выписки из стационара в течение дня заживались в кровати, в вечернее же время, а чаще и в ночное, проводили время перед телевизором, либо за компьютером. В этот период времени пациенты практически не проявляли интереса к противоположному полу, что, по всей видимости, объясняется снижением либидо.

Полученные в ходе клинического наблюдения данные подтверждались и данными объективного обследования пациентов с помощью шкалы астении, которые представлены в таблице 7.

На основании анализа полученных результатов исследования (проведенного в среднем через полгода после выписки из стационара), установлено, что динамика выраженности астении зависит от стажа наркотизации:

- степень редукции общей астении выше у пациентов 1 подгруппы ($P < 0,05$). Это позволяет сделать вывод, что степень выраженности и скорость редукции общей астении у больных героиновой наркоманией находятся в прямой зависимости от стажа наркотизации.

- по показателю снижение активности во 2 подгруппе исследуемой группы гораздо менее выражено восстановление; в 1 подгруппе данный показатель был существенно выше с достоверностью различия ($P < 0,05$). То есть у больных с небольшим ста-

Таблица 7

Динамика выраженности астении у пациентов исследуемой группы (по шкале MFI-20) (в баллах)

Шкала оценки астении	1 подгруппа (n=44)		P	2 подгруппа (n=51)		P
	после выписки	через 6 месяцев		после выписки	через 6 месяцев	
Общая астения	10,8±1,7	6,8±1,0	<0,05	12,1±2,1	9,5±1,3	>0,05
Понижение активности	12,7±1,2	8,7±0,9	<0,05	16,3±1,8	13,7±1,5	>0,05
Снижение мотивации	11,3±1,6	6,6±0,8	<0,001	15,1±1,9	11,8±1,1	<0,05
Физическая астения	10,1±1,1	4,7±0,7	<0,001	10,7±1,2	6,5±0,9	<0,05
Психическая астения	10,5±1,1	5,3±1,0	<0,05	11,7±1,7	8,9±1,5	>0,05
Общий балл	55,4±2,8	31,7±2,6	<0,05	63,6±3,1	51,4±2,8	<0,05

жем наркотизации активность восстанавливается быстрее, чем у пациентов с длительным стажем наркотизации.

- показатель снижения мотивации спустя 6 месяцев после выписки у пациентов 2 подгруппы почти в 2 раза выше ($P < 0,05$), чем у пациентов в 1 подгруппе.

- выявляемая разница между выраженностью психической и физической астенией асимметрична: во 2 подгруппе при относительно высокой степени восстановления физической активности ($P < 0,05$), сохраняется выраженная психическая астенция; аналогичные показатели у пациентов 1 подгруппы существенно отличаются от показателей 2 подгруппы; отмечается практически одновременное восстановление психической и физической активности.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы: для лиц с общим стажем наркотизации более 5 лет характерна меньшая способность к восстановлению психической активности в процессе воздержания от употребления наркотиков, а также стабильно сохраняющееся снижение мотивации. Вышеизложенное позволило нам сделать заключение, что астенические расстройства формируются уже на начальных этапах наркотизации, постепенно нарастают по мере прогрессивной динамики героиновой наркомании и со временем становятся стойкими и необратимыми.

Литература:

1. Бориневич В.В. Наркомании. - М., 1963. - 275 с.
2. Горовой-Шалтан В.А. О патогенезе морфинной абстиненции. Дисс. докт. мед. наук. Из психиатрической клиники Военно-медицинской академии Красной Армии им. С.М. Кирова. 1942. - 159 с.
3. Корсаков С.С. Курс психиатрии. - М., 1901. - 1113 с.
4. Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии. 3-е рус. изд., перевод Чернышевского А., СПб.: Риккер, 1897. - 889 с.
5. Крепелин Э. Учебник психиатрии. - М., 1910. - 468 с.
6. Снежневский А.В. О нозологической специфичности психопатологических симптомов // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1960. - № 1. - С. 91-96.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЗАВИСИМОСТЕЙ У КЛИЕНТОВ ОБЩЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

Ж.К. Мусабекова

руководитель отдела биостатистики Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, к.м.н.

Проблемное потребление алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) представляет собой серьёзную проблему, с которой встречаются в своей ежедневной практике все работники медицинской сети. Не только врачам, но и среднему медицинскому персоналу необходимы знания и навыки, позволяющие эффективно работать с лицами, входящими в группу высокого риска по развитию химической зависимости, а также с теми пациентами, которые уже испытывают те или иные проблемы, связанные с потреблением психоактивных веществ. Злоупотребление ПАВ влечёт за собой далеко идущие социальные и экономические последствия. Проблемы, возникающие в результате злоупотребления психоактивными веществами, затрагивают не только самого потребителя, но и его семью, и живущих рядом людей. Все больше организаторов общественного здравоохранения считают, что именно врачи общей медицинской сети могут занимать гораздо более активную позицию в процес-

се распознавания и предупреждения ущерба, связанного со злоупотреблением ПАВ [1, 2, 5, 6].

Это связано по нескольким причинам.

1. Врачи сталкиваются в своей практике со значительным числом клиентов, имеющих проблемы с потреблением ПАВ.
2. У лиц, злоупотребляющих ПАВ, возникает больше проблем со здоровьем (инфекционные болезни, инфекции, передающиеся половым путем, болезни печени и др.). Поэтому эти лица, гораздо чаще, обращаются к врачу именно с этими заболеваниями, чем с собственно с зависимостью.
3. Многие из проблем, с которыми сталкиваются врачи, вызваны либо осложнены злоупотреблением ПАВ.
4. Чем раньше была выявлена проблема злоупотребления и зависимость о ПАВ, тем лучший отдаленный результат.

-
-
5. Краткосрочное вмешательство, проводимое обычно в течение 10-15 минут, является достаточно эффективным и внушающим доверие мероприятием, если проводится давно знакомым участковым врачом, к словам которого привычно прислушиваться.

Таким образом, в общем перечне предоставляемых медицинских услуг населению, первично-профилактическая наркологическая помощь является прерогативой сотрудников первичного медицинского звена.

Как же представляется роль врача общемедицинской сети в данном аспекте? Врачу или другому медицинскому работнику, специально обученному, необходимо знать в своей ежедневной практике следующее:

- 1) иметь представление о скрининге как об одной из эффективных интервенций в широкие слои населения;
- 2) овладеть лучшими скрининговыми диагностическими инструментами в выявлении злоупотребления алкоголем и другими ПАВ;
- 3) оценку и диагностику собственно проблемы (определение группы риска);
- 4) профилактику посредством ранней диагностики и перенаправления к специалисту наркологического профиля в случае выявления и добровольного согласия клиента на консультацию в специализированное учреждение наркологического профиля;
- 5) лечение медицинских осложнений и сопутствующих болезней.

Точкой соприкосновения деятельности работников первичного звена общей медицинской сети и сотрудников учреждений наркологического профиля является скрининг психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ, то есть выявление лиц, относящихся к группе повышенного риска развития химической зависимости, с целью получения *максимальной* информации при *минимальных* затратах времени. Одним из вариантов решения этой проблемы является использование психологических тестов, с помощью которых появляется возможность выявления той или иной патологии среди лиц, не предъявляющих каких-либо жалоб по поводу здоровья.

Скрининг (от англ. *screening* - просеивание) - общее название методов специальных проверок, обследований, применяемых в медицине, биохимии, а также в бизнесе и т.п.

В медицине под скринингом понимают проведение простых и безопасных исследований больших групп населения с целью выделения групп риска развития той или иной патологии.

В данной статье мы не будем касаться биологических методов определения психоактивных веществ и/или их метаболитов в биологических жидкостях организма (таких как общеизвестные приборы для

определения наличия паров спирта в выдыхаемом воздухе, тест-полоски для определения наркотиков в моче, слюне и т.п.), оставим их для специалистов наркологического профиля. Эту статью хотелось бы посвятить именно опросникам, отвечающим требованиям хорошего простого, неинвазивного, доступного и надежного диагностического скринингового инструмента, который может использовать в своей ежедневной работе врач или средний медицинский работник.

Еще в 1960 году E. Jellinek разработал J-карту, с помощью которой можно было получить информацию, характеризующую стадии развития алкоголизма и особенности поведения больного. В настоящее время существует достаточно много тестов, которые нашли применение в наркологии. Среди них можно отметить такие как:

- опросник CRIT (Criteria for the Diagnosis of Alcoholism), который состоит из 16 разделов, включающий психологические, поведенческие и социальные функции опрашиваемого;

- MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), включающий 25 разделов (влияние алкоголя на межличностные отношения, работоспособность, здоровье и т.п.), BMAST (Brief Michigan Alcoholism Screening Test), MAC (MacAndrew Alcoholism Scale), IASI (Iowa Alcoholic Stage Index) - в состав которых входит 5 разделов (работа, семья, финансы, взаимоотношения с полицией, здоровье) и позволяющие определять ранние, средние и поздние стадии алкоголизма [4];

- TWEAK, AUDIT and AUDIT-C, DAST-10, CRAFFT, Drug Check, ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (полные тексты и особенности применения приведены в приложении).

История развития скрининговых опросников такова, что исследователи старались разработать инструмент, который бы отвечал основным требованиям хорошего диагностического инструмента, то есть опросник должен иметь высокую надежность, чувствительность и валидность, и самое главное - определять риск попадания в зависимость для клиента от многих психоактивных веществ, а не только от одной группы химических веществ.

Рассмотрим наиболее распространенные в мире скрининговые опросники.

CAGE - это скрининговый инструмент, состоящий из 4 вопросов. Вначале он был разработан как скрининговый опросник для выявления только алкогольных проблем, но при последующей модификации его сделали пригодным для выявления проблем, связанных с употреблением наркотиков.

Вопросы CAGE:

- 1) У Вас когда-нибудь возникало чувство, что Вы должны постараться уменьшить потребление алкоголя или наркотиков?
 - 2) У Вас когда-нибудь люди вызывали раздражение в отношении Вашего употребления алкоголя или наркотиков?
-
-

- 3) Испытывали ли Вы когда-нибудь чувство вины по поводу своего употребления алкоголя или наркотиков?
- 4) Вы когда-нибудь утром опохмелялись/употребляли наркотики, чтобы успокоить свои нервы или избавиться от плохого самочувствия, или чтобы обрести способность что-нибудь делать?

Имеется русскоязычный адаптированный вариант CAGE - БРВИП:

- 1) Пытались ли Вы когда-либо бросить пить?
- 2) Раздражает ли Вас, когда люди спрашивают о том, как Вы пьете?
- 3) Испытываете ли Вы чувство вины за то, как Вы пьете?
- 4) Похмелялись ли Вы когда-нибудь по утрам?

Риск существования алкогольных проблем имеется при положительном ответе на любой из этих вопросов. Проблема вероятна, если пациент положительно отвечает на два или три вопроса. Четыре положительных ответа свидетельствуют о высокой вероятности алкогольной (наркоманической) зависимости.

Вопросы CAGE полезны не только для скрининга, но и для объяснения связи между употреблением алкоголя или наркотиков и потенциальными негативными последствиями употребления. К примеру, за положительным ответом на вопрос о чувстве вины может последовать вопрос: «Что вызывает у Вас чувство вины?». Это может позволить выявить, что употребление психоактивных веществ имеет следствием трудности на работе или дома.

- AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) (тест по выявлению расстройств, связанных с употреблением алкоголя) был разработан ВОЗ в 80-х годах XX века для выявления лиц на ранних этапах алкогольных проблем. Однако этот скрининговый инструмент может также определять более выраженные проблемы с достаточно высокой точностью. В опроснике 3 вопроса посвящены количеству употребляемого алкоголя и частоте выпивок, 3 вопроса - зависимости от алкоголя, и 4 вопроса - проблемам, вызванным алкоголем, включая неблагоприятные психологические реакции. Состоит опросник из 10 вопросов, касающихся употребления алкоголя, поведения, связанного употреблением, также связанных с этим проблем.

Есть несколько вариантов проведения скрининга:

- 1) во время проведения рутинного физического обследования;
- 2) в процессе сбора анамнеза, когда задаются вопросы о принимаемых сейчас или ранее медикаментах;
- 3) в момент, когда выясняется характер питания клиента;
- 4) в ситуации, когда клиент проявляет озабоченность по поводу потребления психоактивных веществ;

- 5) во время визитов по другим поводам (например, контрацепции).

Некоторые советы при проведении скрининга:

- используйте безоценочный, мотивационный подход;
- не навешивайте ярлыки;
- вставляйте скрининговые вопросы в общую оценку проблем, связанных со здоровьем.

Вопросы должны быть сформулированы таким образом, чтобы ослабить возможную оборонительную позицию пациента.

Отдельно стоит рассмотреть опросник ASSIST [3, 5], разработанный международной исследовательской группой в 1997 при поддержке ВОЗ и координации Drs. Robert Ali и Rachel Humeniuk из Drug & Alcohol Services Council (Аделаида, Австралия). Опросник основан на скрининговой модели AUDIT и краткосрочных интервенциях при проблемах, связанных с потреблением алкоголя (также при поддержке ВОЗ). Опросник ASSIST состоит из 8 вопросов в отношении алкоголя, табака и наркотиков (включая инъекционное потребление наркотиков), даёт информацию по рискованному, вредному потреблению и зависимости (включая инъекционное потребление наркотиков). Он разработан для поликлиник и является интервью. Эффективность опросника была изучена в различных культурах в 8 странах.

Более подробно остановимся на технологиях предоставления обратной связи и информации клиенту соответственно той сумме баллов, которую он набрал по результатам данного вопросника.

Ниже приведена таблица с баллами и рекомендациями по проведению интервенций, определяемых суммой баллов в отношении психоактивного вещества.

На рисунке 1 приведена схема взаимосвязи суммы баллов и действиями интервьюера.

Как осуществлять краткосрочные интервенции на основе ASSIST? (9 шагов)

1. **ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ:** используйте отчетную карточку
2. **СОВЕТ**
3. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**
4. **ОТНОШЕНИЕ** к результатам
5. **ХОРОШИЕ стороны потребления**
6. **НЕ ОЧЕНЬ ХОРОШИЕ стороны потребления**
7. **ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ**
8. **ОТНОШЕНИЕ** к не очень хорошим сторонам
9. **ИНФОРМАЦИЯ с собой** в виде карточки с суммой баллов.

1. Обеспечение обратной связи

- Используйте отчетную карточку, чтобы обеспечить обратной связью пациента

Пример: «Я хотел бы поделиться с Вами результатами опроса, который мы с

Баллы и рекомендации по проведению интервенций, определяемых суммой баллов в отношении психоактивного вещества

Наименование психоактивного вещества	Запишите набранную сумму баллов	Низкий риск Нет интервенций	Средний риск Краткосрочные интервенции	Высокий риск Более интенсивное лечение
Табак		0 - 3	4 - 26	27+
Алкоголь		0 - 10	11 - 26	27+
Каннабис		0 - 3	4 - 26	27+
Кокаин		0 - 3	4 - 26	27+
Амфетамины		0 - 3	4 - 26	27+
Ингалянты		0 - 3	4 - 26	27+
Седативные вещества		0 - 3	4 - 26	27+
Галлюциногены		0 - 3	4 - 26	27+
Опиоиды		0 - 3	4 - 26	27+
Другие		0 - 3	4 - 26	27+

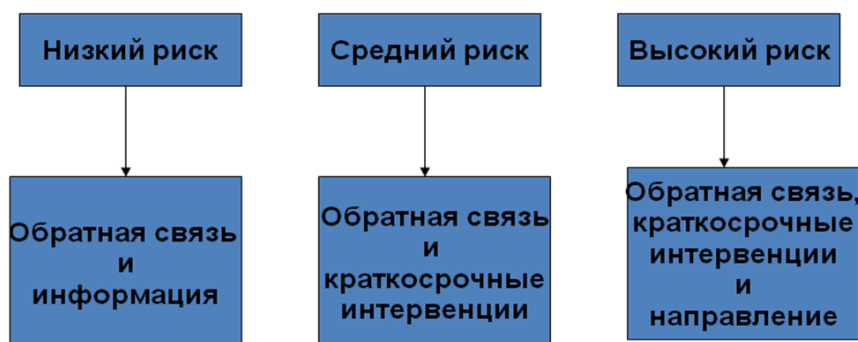


Рисунок 1. Схема взаимосвязи суммы баллов с последующими шагами интервьюера

Вами только что завершили. Это Ваши баллы в отношении каждого вещества, о которых мы с Вами говорили. Вы набрали 14 баллов по алкоголю, из чего следует, что Вы находитесь в группе среднего риска в отношении данного вещества. Ваши результаты по остальным веществам показывают, что Вы находитесь в группе низкого риска в отношении этих веществ».

2. Предложите совет

- «Лучший путь сократить риск вреда связанного с потреблением алкоголя - это сократить его потребление, что сдвинет Вас из категории среднего риска (укажите на отчетную карточку) назад в категорию низкого риска (укажите)».

3. Возложите ответственность за изменения на пациента

- «Что Вы будете делать с этой информацией, это Ваше дело. Я здесь только для того, чтобы помочь Вам, если Вы желаете такой

помощи, сократить Ваше потребление алкоголя».

Выявляйте отношение пациента.

- «Что Вы думаете по поводу Ваших результатов, в частности в отношении алкоголя?» (Обращайте внимание на разговор пациента об изменениях).

4. Попросите пациента взвесить выгоды рискованного потребления

5. Попросите пациента взвесить затраты рискованного потребления

- Что хорошего в потреблении алкоголя для Вас лично? Что не очень хорошего? Каково Ваше отношение к этим не очень хорошим вещам?

6. Подведение итогов

- Подводите итоги, выявляя противоречия: «Хорошо, с одной стороны, Вы упомянули много хороших вещей в выпивках – Вы хорошо проводите время, Вы чувствуете себя комфортно с друзьями – все думают, что

Вы являетесь душой компании. Но с другой стороны, Вы пропустили очень много занятий, Ваша успеваемость резко снизилась, а учеба очень важна для Вас».

7. Направление

- *Будьте готовы сделать направление для дальнейшей оценки и лечения.*
- *Просто дать номер телефона недостаточно.*
- *Ознакомьтесь с ресурсами, существующими в Вашем городе (НПО, оказывающие услуги различным группам населения, в том числе, со злоупотреблением ПАВ и др.).*
- *Примите на себя активную роль в изучении возможности назначения встречи, предоставления возможности лечения, стоимости, транспорта, и определении контактных лиц в этих учреждениях.*

8. Поощряйте последующие визиты

Во время последующих визитов:

- *Спрашивайте об употреблении.*
- *Пересматривайте цели и сделанный прогресс.*
- *Мотивируйте и поддерживайте клиента в его изменениях.*
- *Давайте полезные советы, чтобы поддерживать прогресс.*

Установление поддерживающих взаимоотношений является одним из необходимых этапов на длительном пути избавления клиента от зависимости. Важным является информирование клиента и подтверждение, возможно, его смутных догадок о том, что нарастающие проблемы со здоровьем напрямую связаны со злоупотреблением алкоголем или другими ПАВ. Клиент должен знать о безопасной дозе алкоголя. Дозы, конечно, варьируют от страны к стра-

не, но в среднем составляют 3-4 стандартные дозы (1 стандартная доза эквивалента примерно 10 граммам чистого этанола) за один приём (в течение одного вечера) для мужчин и 2-3 дозы для женщин при этом с 2-3 днями трезвости в неделю.

Возможные реакции клиента на факт установления группы высокого риска.

Согласие: Некоторые клиенты могут испытывать облегчение от возможности обсудить сложившуюся с ним тяжелую ситуацию.

Замешательство: У некоторых пациентов это может вызвать искренне удивление или замешательство. «Неужели эти проблемы действительно вызваны тем, что я выпиваю?».

Пассивное принятие: Другие могут демонстрировать пассивное принятие проблемы, однако при этом не испытывать никакой озабоченности по поводу злоупотребления. Полезно будет в таком случае уточнить реакцию клиента. «Мне, кажется, Вы вполне осознаете необходимость прекращения употребления?»

Рационализация: Пациенты могут рационализировать характер потребления. «Я знаю, что много пью, но выпивка помогает справиться со стрессом».

Гнев: Некоторые клиенты начинают испытывать гнев или даже проявлять враждебность, так как любое обсуждение их состояния интерпретируется как в качестве угрозы.

Формат данной статьи не ставит целью освещение особенностей мотивационного консультирования, в котором могут нуждаться клиенты, этой теме посвящено достаточно публикаций в ранних изданиях.

В заключение хочется надеяться, что простой тезис о том, что «болезнь легче предупредить, чем лечить», станет все-таки во главу угла и медицина из лечебной станет охранительной, то есть профилактической.

Список использованной литературы:

1. *Национальный центр подготовки специалистов по вопросам зависимости (National Centre for Education and Training on Addiction Consortium): www.nceta.flinders.edu.au/*
2. *www.projectcork.org*
3. *Humeniuk, RE, Ali RA, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, Boerngen de Larcercda R, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhiwhatiwa S, Pal H, Poznyak V & Simon S (2008). Validation of the Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction* 103(6): – P. 1039-1047.*
4. *Joel D., Killen. Weight Concerns Influence The development of Eating Disorders: A 4-year prospective study / Joel D., Killen, C. Barr Taylor, Chris Hayward. Stanford University School of Medicine // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. – Vol.64. –P. 936-940.*
5. *WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97 (9): 1183-1194.*
6. *www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/*

A. VO3 - ASSIST V3.0

Врач

Страна

Клиника

Пациент

Дата

ВВЕДЕНИЕ (Пожалуйста, прочтите пациенту)

Спасибо, что согласились принять участие в этом кратком интервью об алкоголе, табачной продукции и других наркотических средствах. Я задам Вам несколько вопросов о потреблении этих веществ в течение всей жизни и в последние 3 месяца. Эти вещества могут потребляться посредством курения, глотания, вдыхания через нос и рот, инъекций или в виде таблеток (покажите карточку с перечнем наркотических средств).

Некоторые из указанных веществ могут быть прописаны врачом (например, амфетамины, седативные и болеутоляющие средства). В рамках этого интервью мы не будем записывать медикаменты, которые используются по назначению Вашего врача. Тем не менее, пожалуйста, сообщите мне, если Вы принимали эти медикаменты по иным причинам, не по назначению, или принимали их чаще или в более высоких дозах, чем Вам было назначено. Так как нас также интересует информация об употреблении Вами различных запрещенных наркотиков, пожалуйста, будьте уверены, что подобная информация будет рассматриваться как строго конфиденциальная.

ПРИМЕЧАНИЕ: ПЕРЕД ТЕМ, КАК ЗАДАТЬ ВОПРОСЫ, ПЕРЕДАЙТЕ ПАЦИЕНТУ КАРТОЧКУ ОТВЕТОВ ASSIST

Вопрос 1

(Если пациент отвечает на вопросы повторно, сверьте его ответы с первыми ответами на вопрос 1. Необходимо объяснить причину любых расхождений в ответах на этот вопрос.)

Какие из следующих веществ Вы когда-либо пробовали в течение Вашей жизни? (ТОЛЬКО НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ)	Нет	Да
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	3
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	3
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	3
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	3
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	3
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, разбавители для красок и т.д.)	0	3
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	3
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	3
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	3
к. Другие - поясните	0	3

Вопрос 2

В течение <u>последних 3 месяцев</u> как часто Вы употребляли упомянутые Вами вещества (ПЕРВОЕ ВЕЩЕСТВО, ВТОРОЕ ВЕЩЕСТВО И Т.Д.)?					
	Ни разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	2	3	4	6
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	2	3	4	6
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	2	3	4	6
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	2	3	4	6
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	2	3	4	6
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, разбавители для красок и т.д.)	0	2	3	4	6
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	2	3	4	6
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	2	3	4	6
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	2	3	4	6
к. Другие - поясните	0	2	3	4	6

В случае ответа «Никогда» по всем пунктам в вопросе 2, переходите к вопросу 6.

Если какие-либо вещества в вопросе 2 потреблялись в течение предыдущих трех месяцев, задайте вопросы 3, 4 и 5 в отношении каждого из употребленных веществ.

Вопрос 3

Как часто у Вас возникало сильное желание или позыв к употреблению (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.) в течение <u>последних 3 месяцев</u> ?	Ни разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	3	4	5	6
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	3	4	5	6
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	3	4	5	6
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	3	4	5	6
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	3	4	5	6
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, разбавители для красок и т.д.)	0	3	4	5	6
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	3	4	5	6
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	3	4	5	6
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	3	4	5	6
к. Другие - поясните	0	3	4	5	6

Вопрос 4

Как часто употребление (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.) приводило к проблемам со здоровьем, с законом, социальным или финансовым проблемам в течение <u>последних 3 месяцев</u> ?	Ни разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	4	5	6	7
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	4	5	6	7
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	4	5	6	7
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	4	5	6	7
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	4	5	6	7
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, разбавители для красок и т.д.)	0	4	5	6	7
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	4	5	6	7
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	4	5	6	7
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	4	5	6	7
к. Другие - поясните	0	4	5	6	7

Вопрос 5

Как часто Вам не удавалось сделать то, что от Вас обычно ожидается, по причине употребления Вами (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.) в течение <u>последних 3 месяцев</u> ?	Ни разу	Однажды или дважды	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно
а. Табачные изделия	0	5	6	7	8
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	5	6	7	8
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	5	6	7	8
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	5	6	7	8
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	5	6	7	8
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, разбавители для красок и т.д.)	0	5	6	7	8
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	5	6	7	8
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	5	6	7	8
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	5	6	7	8
к. Другие - поясните	0	5	6	7	8

Задайте вопросы 6 и 7 по всем когда-либо употреблявшимся веществам (т.е. отмеченным в вопросе 1).

Вопрос 6

Выражал ли <u>когда-либо</u> Ваш друг, родственник или кто-либо еще обеспокоенность в связи с потреблением Вами (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.)?	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	6	3
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	6	3
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	6	3
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	6	3
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	6	3
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, разбавители для красок и т.д.)	0	6	3
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	6	3
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	6	3
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	6	3
к. Другие - поясните	0	6	3

Вопрос 7

Предпринимали ли Вы <u>когда-либо</u> неудавшиеся попытки контролировать, сократить или прекратить потребление (ПЕРВОГО ВЕЩЕСТВА, ВТОРОГО ВЕЩЕСТВА И Т.Д.)?	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
а. Табачные изделия (сигареты, жевательный табак, сигары и т.д.)	0	6	3
б. Алкогольные напитки (пиво, вино и т.д.)	0	6	3
в. Марихуана (травка, анаша, гашиш, план и т.д.)	0	6	3
г. Кокаин (кокс, крэк и т.д.)	0	6	3
д. Стимуляторы амфетаминового ряда ("спид", таблетки для похудения, экстази и т.д.)	0	6	3
е. Ингаляционные наркотики (веселящий газ, клей, бензин, разбавители для красок и т.д.)	0	6	3
ж. Седативные или снотворные средства ("Валиум", "Серепакс", "Рогипнол" и т.д.)	0	6	3
з. Галлюциногены (ЛСД, фенциклидин, кетамин и т.д.)	0	6	3
и. Опиоиды (героин, морфин, метадон, кодеин и т.д.)	0	6	3
к. Другие - поясните	0	6	3

Вопрос 8

	Нет, никогда	Да, в последние 3 месяца	Да, но не в последние 3 месяца
Вы <u>когда-либо</u> потребляли какое-либо ПАВ инъекционным путем? (ТОЛЬКО НЕМЕДИЦИНСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ)	0	2	1

ВАЖНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ:

Пациентов, которые потребляли психоактивные вещества инъекционным способом в последние 3 месяца, следует спросить о характере потребления инъекционных наркотиков в течение этого периода времени для того, чтобы определить уровень риска и наилучшее направление вмешательства.

**ХАРАКТЕР ПОТРЕБЛЕНИЯ
ИНЪЕКЦИОННЫХ
НАРКОТИКОВ**

**Один раз в неделю или менее
или**

**Более одного раза в неделю
или**

**РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ**

**Срочные вмешательства, включая
точку "риски, связанные с
потреблением инъекционных наркотиков"**

**Дальнейшая оценка и более интенсивное
лечение**

КАК ПОДСЧИТАТЬ СУММУ БАЛЛОВ ПО ПРОБЛЕМАМ, СВЯЗАННЫМ С КОНКРЕТНЫМ ПАВ.

По каждому веществу (обозначенному от а. до к.), суммируются баллы, полученные в ответ на вопросы 2-7 включительно. Не включайте результаты, полученные в ответ на вопросы 1 или 8 в этот подсчет. Например, балл для марихуаны будет рассчитан следующим образом: **V2в + V3в + V4в + V5в + V6в + V7в.**

Заметьте, что V5 в отношении табака не кодируется, и рассчитывается как **V2а + V3а + V4а + V6а + V7а.**

Вид вмешательства определяется баллом пациента по проблемам, связанным с конкретным веществом.

	Запишите балл по конкретному веществу	Низкий риск Нет вмешательств	Умеренный риск Краткосрочное вмешательство	Высокий риск Более интенсивное лечение*
а. табак		0-3	4-26	27+
б. алкоголь		0-10	11-26	27+
в. марихуана		0-3	4-26	27+
г. кокаин		0-3	4-26	27+
д. амфетамины		0-3	4-26	27+
е. ингаляционные наркотики		0-3	4-26	27+
ж. седативные средства		0-3	4-26	27+
з. галлюциногены		0-3	4-26	27+
и. опиоиды		0-3	4-26	27+
к. другие		0-3	4-26	27+

*ПРИМЕЧАНИЕ: * Дальнейшая оценка и более интенсивное лечение могут быть предоставлены медицинским(и) работником(ами) в Вашем учреждении ПМСП или, по возможности, специалистом службы по лечению наркотической и алкогольной зависимости.*

В. ВОЗ - ASSIST V3.0 КАРТОЧКА ОТВЕТОВ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Карточка ответов (Вопросы ASSIST 2-5)

Никогда: не потреблял в течение последних 3 месяцев

Однажды или дважды: 1 или 2 раза в последние 3 месяца

Ежемесячно: от 1 до 3 раз в течение месяца

Еженедельно: от 1 до 4 раз в неделю

Ежедневно или почти ежедневно: от 5 до 7 раз в неделю

Карточка ответов (Вопросы ASSIST 6-8)

Нет, никогда

Да, но не в последние 3 месяца

Да, в последние 3 месяца

Что означают Ваши баллы?	
Невысокий:	Вы подвергаетесь небольшому риску для здоровья и возникновения других проблем в связи с потреблением Вами ПАВ в настоящее время.
Умеренный:	Вы подвергаетесь риску для здоровья и возникновения других проблем в связи с потреблением Вами ПАВ в настоящее время.
Высокий:	Вы подвергаетесь высокому риску возникновения серьезных проблем (со здоровьем, с законом, социальных, финансовых, в отношениях с другими людьми) и по всей вероятности Вы зависимы от ПАВ. Вы обеспокоены в связи с потреблением Вами ПАВ?

D. КАРТОЧКА О РИСКАХ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЕМ – ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Употребление психоактивных веществ инъекционным путем увеличивает риск причинения вреда в результате потребления этих веществ.

Этот вред может быть следствием:

- **Потребляемого вещества**
 - ✓ Если Вы вводите какой-нибудь наркотик инъекционно, то Вы с большей вероятностью можете стать зависимым.
 - ✓ Если Вы вводите амфетамины или кокаин инъекционно, то Вы с большей вероятностью можете испытать психоз.
 - ✓ Если Вы вводите героин или другие седативные вещества инъекционно, то у Вас выше вероятность передозировки.
- **Инъекционного поведения**
 - ✓ Если Вы потребляете наркотики инъекционным путем, то Вы можете повредить кожу и вену и занести инфекцию.
 - ✓ Вы можете вызвать раны, синяки, опухоли, абсцессы и язвы.
 - ✓ Ваши вены могут исчезнуть.
 - ✓ Если Вы делаете инъекции в шею, это может привести к инсульту.
- **Использования нестерильного инъекционного инструментария**
 - ✓ Если Вы используете нестерильный инъекционный инструментарий (иглы, шприцы, ложки, фильтры и т.д.), то Вы с большей вероятностью можете являться источником распространения вирусных инфекций, таких как гепатит В, гепатит С и ВИЧ.
- **Безопаснее не делать инъекции.**
- **Если Вы делаете инъекции, то:**
 - ✓ всегда используйте стерильный инструментарий (иглы, шприцы, ложки, фильтры и т.д.)
 - ✓ всегда используйте новый шприц и иглу
 - ✓ не обменивайтесь инструментами с другими людьми
 - ✓ очистите место для подготовки к инъекции
 - ✓ тщательно вымойте руки
 - ✓ дезинфицируйте место для инъекции
 - ✓ используйте каждый раз другое место для инъекции
 - ✓ вводите раствор медленно
 - ✓ поместите использованные иглу и шприц в твердый контейнер и безопасно избавьтесь от него
- **Если Вы употребляете стимуляторы типа амфетаминов или кокаина, следующие советы могут помочь Вам снизить риск психоза.**
 - ✓ избегайте инъекций и курения
 - ✓ избегайте ежедневного потребления
- **Если Вы употребляете антидепрессанты типа героина, следующие советы могут помочь Вам снизить риск передозировки.**
 - ✓ избегайте потребления других наркотиков, особенно седативных средств или алкоголя, в тот же день
 - ✓ употребляйте небольшое количество и всегда предварительно попробуйте «на вкус» новую партию
 - ✓ кто-нибудь должен находиться рядом с Вами во время употребления
 - ✓ избегайте инъекций в местах, где Вас никто не сможет обнаружить, если у Вас будет передозировка
 - ✓ запомните телефонный номер скорой помощи

КОНСТРУКТИВНЫЕ ЖИЗНЕННЫЕ СЦЕНАРИИ И СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ – ДВА ПОЛЮСА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Т.В. Пак	заместитель директора по научно-исследовательской работе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании, к.м.н.
Г.К. Битигова	главный врач Павлодарского областного кожно - венерологического диспансера
К.Ж. Манасов	врач психиатр Павлодарского областного психоневрологического диспансера

ВВЕДЕНИЕ

Социальные проблемы современной реальности проявляются в расслоении населения по уровню качества жизни; в идеологическом, экономическом и политическом кризисе; в росте преступности, в том числе вооруженных конфликтов и терроризма; эпидемии нар-

комании и сопутствующего ВИЧ/СПИДа; в ухудшении экологической ситуации. Низкая способность личности, социума к самоорганизации и адаптации в условиях агрессивной, быстро меняющейся внешней среды провоцирует рост социальных эпидемий, а именно наркомании, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании.

Способность личности к самоорганизации А.Л. Катков определяет как качественный уровень психического здоровья, выделяя категорию психологического здоровья. Развитие высокого уровня психологического здоровья позволяет личности быть устойчивой, социально-компетентной, успешной, т.е. реализовывать конструктивный жизненный сценарий в объективной реальности и достигать высокое качество жизни.

Следовательно, проблема уровня индивидуального и социального здоровья населения может быть рассмотрена в аспекте развития личностных и социальных свойств психологического здоровья. То есть адекватная реализация позитивного жизненного сценария и химическая/нехимическая зависимость – это два полюса психологического здоровья. Это основная тема концепции психологического здоровья А.Л. Каткова (2002), в основе которой лежат теоретические разработки ведущих исследователей:

- А. Маслоу (1954) - Иерархия индивидуальных потребностей;
- Э. Эриксон (1959) - Жизненные кризисы и формирование личностной идентичности;
- Д. Роттер (1947) - Личностные свойства интернальности – экстернальности;
- Ю.В. Валентик (1998) - Потребностные циклы и формирование зависимости от психоактивных веществ;
- А.Л. Катков (1998) - Функциональная концепция психического, концепция интегрального здоровья.

Таким образом, психологическое здоровье – интегральное понятие, определяющее способность адекватно воспринимать, усваивать, перерабатывать и генерировать информацию, позволяющую выстраивать и успешно реализовывать в быстро меняющейся, агрессивной среде конструктивные жизненные сценарии. Великий основоположник психоанализа З. Фрейд (цитата по Sanson A., Lewis V., 2001) писал, что психологически здоровые люди могут «хорошо жить, хорошо любить, хорошо работать, хорошо отдыхать/развлекаться, хорошо надеяться». А Н.В. Фав (1995) в свою очередь отождествлял психологическое здоровье со способностью каждого «успешно справляться с разнообразием вызовов жизни и рикошетом неудач».

В основе концепции психологического здоровья Ю.А. Россинский (2004) выделяет теорию личностных свойств устойчивости к вовлечению в зависимость от психоактивных веществ; базисные стратегии поведения индивида в агрессивной среде; принципы перехода конфронтационной стратегии поведения в синергетическую; алгоритм формирования свойств психологического здоровья – антинаркоти-

ческой устойчивости; прикладную концепцию превенции распространения химической и нехимической зависимости.

Авторами рассматриваются ключевые понятия растоществления осознаваемой личности, психической инстанции бессознательного и объектной реальности; феномен диалогизированного сознания; способность личности к самоорганизации и саморазвитию; теория ресурсной функции бессознательного. А также идентифицируются основные свойства психологического здоровья:

- полноценное завершение личностной идентификации (кто Я?);
- формирование конструктивного жизненного сценария;
- развитие навыка ответственного выбора;
- наличие внутреннего локус - контроля;
- наличие доступа к ресурсам личности для реализации жизненного сценария.

Психологическое свойство «Полноценное завершение личностной идентификации»

Личностное качество «Кто Я и чего хочу в жизни?» изучено Э. Эриксонем с описанием кризисов развития, базисных приобретений и новообразований возраста. Формируется данное психологическое свойство с младенчества и к 18 годам завершается его развитие. Психологическое качество личностной идентификации характеризует осознание собственной уникальности. Осмысление перспектив жизненного пути и достижение жизненных целей за счет личностных ресурсов обеспечивает высокое качество жизни индивида.

Психологическое свойство «Формирование конструктивного жизненного сценария»

Данное свойство психологического здоровья неразрывно связано с личностной идентификацией, является глубинным, устойчивым и спаянным с ядром личности. Формирование качества завершается к 19-20 годам, характеризуется осознанием «главных» жизненных желаний и предназначений, принятием конструктивных решений в отношении целенаправленного продвижения и действий, уверенной реализации поставленных целей. Процесс формирования, развития и реализации конструктивного жизненного сценария снижает уровень базисной тревоги и поискового поведения.

Психологическое свойство «Навыки ответственного выбора»

В основе личностного качества лежат автономность и уверенность, формируемые в возрасте 2-3 лет, а также инициатива, развитие которой наблюдается в 3-6-летнем возрасте. Навык ответственного выбора в отношении реализации конструктивного жизненного сценария вытесняет и обеспечивает отказ от конкурирующих сценариев:

-
-
- а) вовлечение в химическую зависимость – алкоголизм, наркомании, токсикомании;
 - б) вовлечение в психологическую зависимость – тоталитарные секты, экстремистские, криминальные организации, игромания и др.

Проявляется полноценное развитие данного психологического свойства в принятии ответственного решения в неопределенной, нестандартной ситуации. Навык ответственного выбора в совокупности с другими базисными свойствами психологического здоровья формирует антинаркотическую устойчивость и обеспечивает высокое качество жизни.

Психологическое свойство «Внутренний локус - контроля»

Личностные качества «Интернальность – экстернальность» описаны Джулианом Роттером в 1947 г. Данное психологическое свойство развивается в 12-18 лет, базируется на автономности, формируемой в 2-3 года, инициативе, которая развивается в 3-6-летнем возрасте, а также ответственности в 5-12 лет.

Интернальность – это психологическое свойство, определяющее способность индивида изменить не мир вокруг, что является невозможным, а себя, свое поведение и нести ответственность за происходящие изменения. Соответственно, экстернальность – это качество внешнего локуса - контроля, для которого характерен перенос ответственности за все происходящее на внешние факторы и агенты при отсутствии личностной ответственности.

Психологическое свойство «Доступ к ресурсам личности»

Доступ к внутренним ресурсам личности – это доступ к суперресурсным инстанциям психического (бессознательного). Активизация стереотипных психологических ресурсов через существующие знания, умения, навыки происходит в стандартных ситуациях адаптации. Активизация креативно-пластических ресурсов в нестандартных ситуациях предполагает доступ к суперресурсным инстанциям психического, т.е. высокий уровень адаптационных способностей и соответственно, высокое качество жизни. Низкий уровень адаптации приводит к потерям в достижениях и качестве жизни. Данное психологическое свойство формируется на протяжении всей жизни, активная фаза развития соответствует возрастному периоду 12-25 лет.

К внутренним ресурсам личности относятся следующие психологические качества:

- креативность;
- конструктивные копинг-стратегии поведения;
- дифференцированная сензитивность;
- ассертивность;
- коммуникативность;
- синергетическая стратегия поведения;
- самоорганизация и саморазвитие.

Реализация *конструктивного сценария* развития жизни базируется на осознании истинных потребностей, на их успешном удовлетворении с использованием внутренних ресурсов личности и ресурсов окружения.

Деструктивный сценарий развития, который характеризуется заменой (сублимацией) истинных потребностей, уходом в мир фантазий и грез, потреблением психоактивных веществ (ПАВ), а также рискованным поведением, агрессией, аутоагрессией, предполагает высокие риски вовлечения в социальные эпидемии.

Таким образом, отсутствие удовлетворения потребностного цикла, реализация деструктивного жизненного сценария, низкий уровень самоорганизующей активности, дефицит свойств психологического здоровья – это психологические риски вовлечения в химические и нехимические (психологические) зависимости.

Высокий уровень развития идентифицированных психологических свойств препятствует вовлечению в химическую и психологическую (религиозные секты, экстремистские, террористические, криминальные организации) зависимости, а низкий – способствует формированию высоких рисков вовлечения в социальные эпидемии.

Под социальными эпидемиями нами понимаются кризисные социальные явления с высокой степенью деструктивности, связанные с вовлечением в зависимость от психоактивных веществ, в тоталитарные секты, экстремистские, террористические, криминальные организации, масштабы распространения которых, представляют угрозу социальному потенциалу развития нации.

Социальные эпидемии обнаруживают тенденцию к неконтролируемому распространению, имеют косвенную взаимозависимость, их деструктивное воздействие влияет на существенную часть общества, вовлекаемого в психологическую, либо химическую зависимость (5-7% населения). Существующие сегодня способы профилактики и противодействия социальным эпидемиям малоэффективны.

На основе результатов научных исследований, проведенных сотрудниками Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения Республики Казахстан (РНПЦ МСПН МЗ РК), была разработана концепция и профилактические технологии противодействия социальным эпидемиям. В контексте данных технологий особое внимание уделяется ведущей функции профессиональной психотерапии – развитие и формирование свойств психологического здоровья - устойчивости у лиц с рисками вовлечения в психологическую и химическую зависимости (Катков А.Л., 2004, 2007).

В условиях возрастания агрессивности внешней среды (информационной, биологической, экологической) наблюдается снижение адаптационных способностей человека и социума, т.е. констатируется

дефицит соответствующих конструктивных самоорганизующих ресурсов.

Следовательно, возникла актуальная потребность в разработке и масштабных внедрениях технологий эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации.

Список литературы:

1. Агишев В.Г., Бондарев Н.В. Социальные и психологические предпосылки вовлечения в нетрадиционные религиозные образования (секты) и причины обращения их последователей за психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 11-14.
2. Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Беловиков А.Л. Этнорелигиозный терроризм М. Аспект Пресс, 2006-318 с.
3. Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В. Психологическая модель Интернет-зависимости личности // Ж. Мир психологии. – 2004. – № 1. – С. 179-193.
4. Барту Э.К. психологии терроризма. – 2003. – www.russ.ru/politics/20030806-bertou.html
5. Баева Л.В. Экстремизм: природа и формы проявления. – 2008.
6. Данилова Т.Г. Политический терроризм как предмет политической науки. Проблема изучения в контексте современности. – 2003.
7. Материалы 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе».
8. Доклад Российского Фонда Фундаментальных исследований. Связь терроризма с социальными, политическими, экономическими и международными условиями. Пределы моделирования. – 2005.
9. Елизаров А.Н., Михайлова А.А. Профилактика вовлечения молодежи в деструктивные религиозные организации // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2003. – № 2. – С. 40-46.
10. Ениколопов С.Н., Мкртычян А.А. Психологические последствия терроризма // Ж. Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 71-80.
11. Катков А.Л. Метамоделю социальной психотерапии // Восточно-Европейский институт психоанализа. – СПб, 2004. – С. 238-248.
12. Катков А.Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии». – Павлодар, 2007. – С. 172-235.
13. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией // Дисс. канд. наук. – Алматы, 2004. – 227 с.
14. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты) // Дисс. докт. мед. наук. – Павлодар - Томск, 2005. – 533 с.
15. Ханьжов К.В. Правовые основы противодействия экстремизму как фактору дестабилизации общественного порядка в Российской Федерации // Эл. научный журнал «Исследовано в России». – <http://zhurnal.ape.relarn.ru/articles/2006/227.pdf>
16. Яковенко И.Г. Терроризм. – www.krugosvet.ru/articles/104/1010495/1010495a2.htm

«РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ» НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ КАК СИСТЕМА «ОБЪЯСНЕНИЙ»

А.А. Абетова, Ж.А. Жолдасова, А.З. Нургазина, Т.В. Ни

Актуальность исследования

Каждое заболевание имеет для человека сугубо индивидуальный личностный смысл. В одном случае заболевание – не более чем какой-то мимолетный эпизод, в другом – глубокая трагедия, а третьем – «законный заслон» от жизненных проблем, возможность получить какие-то выгоды.

Отношение человека к своей болезни и лечению представляет собой одну из фундаментальных по своей значимости общемедицинских проблем. Это частная область более широкой проблемы человеческого самосознания, имеющей, помимо клинического, самые различные аспекты – философский аспект, психологический, социологический, религиозный и многие другие.

Вопрос об участии личности в формировании, течении и исходах наркологических заболеваний имеет концептуальное значение, являясь предметом пристального изучения, обсуждения и дискуссий. Целостного представления о характере такого участия невозможно составить без глубокого анализа «внутренней картины болезни» - осознания больным собственной болезни и его позиции по отношению к заболеванию и лечению.

Проблема отношения больного к болезни привлекала внимание клиницистов всегда (Лурия Р.А., 1935; Шевалев Е.А., 1936; Краснушкин Е.К., 1948), отмечалась статическая характеристика этого сложного феномена. Эта характеристика служила, скорее всего, для установления терапевтического контакта с больным и решением проблем касательно периода лечения. Для рассмотрения более сложных, особенно прогностических вопросов клиники, а тем более, теории, они оказывались недостаточными. В англоязычной литературе тема отношения к болезни и отрицание болезни при алкоголизме и других видах зависимости пользуется большим уважением, нежели в отечественной наркологии. Не изучено до конца феноменологическое содержание этого сложного клинического явления. Не разработана типология нарушений сознания болезни и критика к болезни при наркологических заболеваниях. Остается неясной роль и взаимосвязь двух основных групп факторов в структурировании феномена. С одной стороны - конституционально-биологических, характерологических, личностных, социальных, культурных, средовых влияний; а с другой - привносимых самой болезнью факторов (ее тяжестью, особенностями синдромального спектра, прогрессивности, дли-

тельности, характера осложнений, глубиной токсического поражения и др.).

Диссимуляция болезни является внешним, наиболее иллюстративным клиническим проявлением отрицания болезни, то есть желанием скрыть или замаскировать болезнь. Модель диссимуляции с «рационализацией» или системой «объяснений» можно считать наиболее «совершенной и прицельной» в патологическом смысле. Можно выделить два основных полюса рационализации. На одном полюсе имеется «экспансивная», «наступательная» система, система «идеологии», «мировоззрения». Больной выступает как «адепт», «активист движения», пропагандирующий злоупотреблением наркотиками. На противоположном полюсе «система объяснений», рационализация болезни не носит такой «наступательной», экспансивной яркости, ее тональность скорее «оправдывающаяся». Для нее более подходит известное определение «алкогольное алиби» - это пассивно-оборонительная система аргументов, «оправдывающая», «обосновывающая». Больной выступает как «жертва». Между ними, естественно, строгого разграничения провести нельзя, есть масса их всевозможных сочетаний, но по «предпочтительности» того или иного варианта можно судить о степени активности патологического процесса.

Все это в конечном итоге оказывает влияние на процесс и эффективность терапии. Пациент, при сохранении этой модели диссимуляции, остается недоступным для проведения как биологических, так и психотерапевтических воздействий, а реабилитация зависимого поведения станет недоступной. В связи с этим определяется актуальность данного исследования.

Целью исследования являлось выявление модели диссимуляции с «рационализацией» или системой «объяснений» и разработка мероприятий, направленных на создание адекватного осознания болезни и достижения терапевтического сотрудничества больного с врачом.

Клинический материал исследования составили 200 человек, больных наиболее распространенными наркологическими заболеваниями. Выделены 2 группы больных:

1 группа - 75 человек, больных опийной наркоманией, в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 26,5±1,4 года), употреблявшие наркотики внутривенно, с длительностью сформированной зависимости

не менее 3-х лет. К моменту начала исследования у 65% больных госпитализация была первичной, остальные неоднократно лечились в стационаре ранее.

2 группа - 125 человек, больных хроническим алкоголизмом, в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 32,4±7,4 года), употреблявшие алкоголь в псевдозапойной форме, с длительностью сформированной зависимости не менее 8 лет.

Анализ внутренней картины болезни основывался, прежде всего, на тщательном клиническом наблюдении, отражающем и регистрирующем чувственное переживание больным своей болезни, интеллектуальную переработку ее, самоанализ, критическую самооценку. В качестве дополнительной методики, способствовавшей получению объективной картины отношения больных к своей болезни и лечению, использовалась шкала формализованной оценки нарушений нозогнозии у наркологических больных. Исследование проводилось в динамике на следующих этапах болезни:

- при поступлении;
- в момент максимальной выраженности абстинентной симптоматики;
- по завершению острых проявлений абстинентного синдрома;
- в периоде становления ремиссии.

Результат исследования: Для больных алкоголизмом типично «объяснение» своих эксцессов, заповей сугубо внешними причинами и поводами, стечением обстоятельств, «стрессами» на работе или в семейных отношениях. Они «вынуждены поддерживать выпивки», чтобы не выглядеть «белой вороной», «чтобы не сорвать важные переговоры или презентации», «не вызвать подозрений и упреков в неуважении компаньонов» и т.д.

Для больных наркоманией типичными оказались «объяснения» начала своего обращения к наркотикам «влиянием товарищей», «любопытством», «подражанием», а «вынужденное» продолжение приема наркотиков всегда обусловлено боязнью развития ломок». Система объяснений чаще носит оттенок гротескности, с нарцисстическим драматизмом.

Для больных обеих групп основанием для отрицания болезни явилось наличие состояний, исключаящих, по их мнению, диагноз алкоголизма или наркомании. К числу таких состояний больные ча-

сто относили переносимость высоких доз психоактивного вещества, отсутствие защитных реакций, наличие интервалов между приемами объекта зависимости, хорошее физическое состояние и приема «как все».

Часть больных отрицали свою принадлежность к алкоголикам потому, что у них отсутствуют проявления, свойственные «классическим» больным: нет непреодолимой тяги к алкоголю, потери контроля поведения, алкогольной анорексии, выраженного похмелья, психозов. Алкоголиками считаются люди, «не могущие жить без выпивки, идущие на все ради водки и т.д. Для больных 1 группы было свойственно отрицание принадлежности себя к наркоманам, потому что у них отсутствуют проявления, свойственные «классическим» больным:

- нет непреодолимой тяги к алкоголю;
- нет потери контроля поведения;
- нет алкогольной анорексии;
- нет выраженного похмелья;
- нет психозов.

Алкоголиками считаются люди, «не могущие жить без выпивки, идущие на все ради водки» и т.д.

Обсуждение

Выявленные различия в клинике и динамике патологического влечения к психоактивным веществам имели прямую связь с преморбидным радикалом личности. Обнаружены патогномичные симптомы диссимуляции болезни, которые имели связь с выраженностью патологического процесса в целом. Выявленные особенности обуславливали необходимость дифференцированного подхода к выбору медикаментозных и психотерапевтических методов лечения с учетом типологических особенностей личности.

Выводы. Патопластическое оформление «рационализации» наркологической и психосоматической болезни или система «объяснений» строится за счет еще сохранных элементов ядра стенической личности – настойчивости, амбициозности, требовательности, высокого сомнения и претензий, а при преобладании астенических черт личности с бессилием перед решением сложных психологических проблем или жизненных трудностей – за счет соматизированных расстройств.

Использованная литература:

1. Альтиуллер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. – М., 1994. – 216 с.
2. Альтиуллер В.Б., Кравченко С.Л., Павлова О.О. Соотношение между депрессией, патологическим влечением к алкоголю и влечением к опиатам // *Материалы международной конференции психиатров.* – М., 1998. – С. 294.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – М.: Медицина, 1998. – 122 с.
4. Генайло С.П. Особенности преморбиды больных наркоманиями. // *Неврология и психология.* – М., 1990. – Т. 90. – С. 42-47.
5. Иванец Н.Н., Винникова М.Л. Героиновая наркомания. Постабстинентное состояние: клиника, лечение. – М: Медицина, 2000. – 122 с.

6. Кириллова Л.А. Психопатологические особенности синдрома патологического влечения у больных героиневой наркоманией // *Материалы международной конференции психиатров: Тез. докл.* - М., 1998. С. 317.

7. Кондратьев Ф.В., Клименко Т.В. Понятие патологического влечения к наркотическим средствам и его основные клинические аспекты // *Проблемы расстройств влечений в судебно-психиатрической практике: Сб. науч. тр.* - М., 1991. - С. 11-17.

8. Наркоситуация в Республике Казахстан в 2007 году // *Проект «Мониторинг эпидемиологии потребления наркотиков».* - Астана, 2009 - С. 14-18.

9. Рохлина М.Л., Воронин К.Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно- и полинаркоманией // *Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях.* - Санкт-Петербург, 1991. - С. 46-50.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

А.А. Абетова, А.З. Нургазина, Ж.А. Жолдасова

Социальная значимость и актуальность изучения суицидального поведения определяет интерес к ней широкого круга специалистов, вследствие чего данная проблема находится на стыке психиатрии, психологии, наркологии, социальных и юридических наук (Абрумова А.Г., 1989). Вопросы социальной агрессии представлены в литературе достаточно широко [17]. Вместе с тем, не менее актуальной остается проблема аутодеструкции - суициды, алкоголизация, наркотизация и пр. [2, 16]. Значительную часть среди лиц с аутоагрессивным поведением занимают пациенты, страдающие различными формами наркоманий. В связи с этим актуальность исследования определяется не только стремительным ростом больных наркоманиями, но и увеличением количества смертельных исходов, основной причиной (прямой, косвенной) которых является злоупотребление наркотическими веществами. Статистический материал подтверждает параллелизм роста наркоманий, убийств и самоубийств [9]. Так, по данным разных авторов суицидальная активность среди пациентов с наркотической зависимостью колеблется от 5% до 81% [6, 11]. Количество незавершенных попыток самоубийств достигает от 100 до 800 на 100 тыс. населения [5], в среднем 1 из четырех парасуицидов попадает в публикации материалов под эгидой ВОЗ [19]. Общий уровень насильственных смертей во многом определяется именно за счет показателей неблагоприятных референтных групп, таких как лица, больные алкоголизмом, наркоманиями, психическими заболеваниями [1]. Большинство работ, рассматривающих наркоманию как «хронический суицид» ограничиваются лишь классическими его проявлениями: токсические передозировки, парасуициды, суицидальные тенденции и самоповреждения [2]. Все сказанное убеждает в актуальности и острой необходимости углубленного и разностороннего изучения данной проблемы, особенно с учетом ее социальной значимости.

Многими авторами указываются на аутодеструктивные действия у больных с психосоматическими расстройствами. Факторами, обуславливающими такое поведение, выделяются депрессия, эмоциональная изоляция, потеря уважения к себе, сильный эмоциональный стресс, хронические соматоформные болевые расстройства. Личность, совершающая суицид, находится в условиях межличностного конфликта при социально-психологической дезадаптации.

В современном понимании аутоагрессия:

- это действия, направленные (сознательно или бессознательно) на причинение себе вреда в физической, психической, социальной или духовной областях [15];
- это намеренная саморазрушающая активность, проявляющаяся на идеаторном, аффективном и поведенческом уровнях [1];
- это отказ от активной жизнедеятельности, от своих гражданских обязанностей, долга, нежелание решать личностные и социальные вопросы [13].

Наркоманию, в плане возможного совершения аутоагрессивных актов, следует считать одним из самых угрожающих болезненных состояний. Между уровнем потребления наркотиков и смертностью имеется прямая связь [7]. И здоровые индивидуумы, и больные наркоманиями широко используют прием наркотических средств перед суицидальной попыткой в качестве «пускового механизма», так как наркотики снимают страх, облегчая реализацию существующего аутоагрессивного намерения. Суицидальный риск больных наркотоксикоманиями превышает таковой у здоровых в 5-350 раз [12].

В качестве одного из факторов формирования «самодеструктивного» поведения у больных с химической зависимостью указывается длительно подавляемая агрессивность [10, 14, 5, 18]. Согласно Фрейду З. (1930), кроме инстинкта жизни (Эрос),

имеется врожденный инстинкт смерти (Танатос). Инстинкт смерти, обращенный вовне, выражается во враждебности, в стремлении к разрушению и убийству. При наличии препятствий для агрессивной «разрядки» Танатос проявляет себя в самонаказании, крайней формой которого является завершённый суицид. По мнению другого автора [18], феномен подавленной агрессивности выражается попытками показать состояние беспомощности невербальными средствами при дефиците коммуникации, пассивным подчинением референтной группе, неспособностью выражать свои чувства, отрицанием и избеганием ответственности, отсутствием мотивации к лечению или ее недостатком. Некоторые авторы [10], описывая механизм пассивно-агрессивного поведения опийных наркоманов, считают, что основными факторами, порождающими латентно-агрессивное состояние, а, следовательно, активизирующими враждебность, является зависимость больных от значимых для них лиц, страх быть отвергнутым этими людьми. По утверждению Менделевича В.Д. [8], основным мотивом включения наркотика в систему ценностей человека и становления наркотического поведения является ощущение бессмысленности существования. Экзистенциальный вакуум, по мнению автора, способен формировать аутоагрессивный, аддиктивный типы девиантного поведения, так как именно при нем отмечается стремление уйти от реальности путем искусственного изменения своего психического состояния. Отсутствие одухотворенного смысла существования и перспектив, стимулирующих творческую и жизненную активность человека, социальная апатия, снижение ценности человеческой жизни являются важными предпосылками суицидальных актов не только у здоровых лиц, но и у больных наркоманиями [4]. В литературе описан особый тип поведения: «поиск ощущений» - поведение, связанное с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях, выражающееся в стремлении к физическому и социальному риску. Исследования мотивации «поиска острых ощущений» показали, что наркоманам в большей мере был свойственен риск в социальной сфере (различные виды отклоняющегося поведения, отрицание социальных норм), тогда как для «здоровой» контрольной группы характерными оказались физические способы удовлетворения потребности в риске, связанные с непосредственной угрозой жизни (например, опасные виды

спорта). Шустов Д.И., Меринов А.В. считают, что суицид, является патогномичным признаком для зависимых, антисоциальных и пограничных личностей, то есть для тех видов девиантного поведения, которые наиболее часто сочетаются с наркотизацией, алкоголизацией - формами их адаптивного приспособления. Вероятно, это зависит от многих факторов (личностных особенностей, воспитания и т.д.), что требует дальнейшего изучения. Хроническая интоксикация наркотиками представляет собой наиболее доступную, непродуктивную, форму ухода, бегства от реальности. И при негативном или оппозиционном отношении к окружающей действительности, вследствие невозможности или нежелания приспособиться к ней, она (наркотизация) выступает фасилитирующим фактором скрытых суицидальных тенденций [8, 20]. В то же время все вышеизложенное: протест против доминирующих в обществе и микросоциуме норм поведения, эпатаж, попытка вывода себя из состояния скуки, безрадостности - являются и ведущей мотивацией агрессивного (иногда садистического) поведения у больных-наркоманов [8].

Таким образом, на основании приведенных данных литературы, можно сделать вывод, что формированию аутоагрессивного (саморазрушающего) поведения в структуре наркотической зависимости способствует множество психологических и социальных факторов. Выделение каких-либо факторов как самостоятельных, превалирующих не представляется возможным, так как они находятся в сложных взаимодействиях с последовательным выходом на первый план то одних, то других на разных стадиях заболевания.

Литературные данные позволяют сделать заключение о необходимости продолжения специальных психологических исследований, более детального изучения личности больных-наркоманов. Это важно для понимания этиопатогенеза, клиники наркоманий и открывает новые возможности совершенствования системы лечения и реабилитации наркологических больных и что самое важное - для профилактики формирования зависимостей.

На наш взгляд, проблема аутодеструкции вообще, и у наркоманов в частности, в дальнейшем должна исследоваться психиатрами-наркологами, психотерапевтами и психологами комплексно, с учетом нормативного и аномального психического развития, особенностей личности и влияния упомянутых ранее факторов.

Список литературы:

1. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. - М., 1989. - 339 с.
2. Амбрумова А.Г., Чуркин Е.А. Клиника аутоагрессивного поведения при алкоголизме: Методические рекомендации. - М., 1980. - 16 с.
3. Бузина Т.С. Должанская И.А. Мотивация к поиску острых ощущений как предпосылка к рискованному поведению в отношении наркотизации и ВИЧ-инфекции // Вопросы наркологии. - 1997. - № 3. - С. 51-52.
4. Великанова Л.П. Телефон Доверия и его возможности в оказании социально-психологической помощи населению // Молодежная политика. - 1999. - С. 5-8.

-
-
5. Демографический ежегодник России: Статистический сборник. - М., 1996. - С. 53.
 6. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А. Дифференцированная система реабилитации в наркологии: Методические рекомендации. - М., 2001. - 39 с.
 7. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Гречаная Т.Б. Сравнительный анализ смертности больных наркоманиями в Москве и Варшаве // Вопросы наркологии. - 1996. - № 2. - С. 67-73.
 8. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. - М.: МЕДпресс, 2001. - 432 с.
 9. Наркомания: Методические рекомендации по преодолению наркозависимости / Под ред. А.Н. Гаранского. - М.: Лаборатория Базовых Знаний, 2000. - 384 с.
 10. Овсянников М.В., Василец Т.Б. Феномен подавленной агрессии, выявляемый при психотерапии опийных наркоманов // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции 18-21 сентября 2001 г. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 577-579.
 11. Сенцов В.Г., Богданов С.И., Кошкина Е.А., Ружников Ю.Н. Острые отравления суррогатами опия и героином: опыт Екатеринбурга // Вопросы наркологии. - 2001. - № 6. - С. 38-28.
 12. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг: поведение как проблема наркологии // Вопросы наркологии. - 1996. - № 1. - С. 76-82.
 13. Социальная психология личности в вопросах и ответах: Учебное пособие / Под ред. В.А. Лабунской. - М.: Гардарики, 1999. - 397 с.
 14. Шевченко Ю.С. Этологические корни агрессии, пути ее социализации // Серийные убийства и социальная агрессия: Что ожидает нас в XXI веке? Медицинские аспекты социальной агрессии: Материалы 3-й Международной научной конференции 18-21 сентября 2001 г. - Ростов-на-Дону, 2001. - С. 543-546.
 15. Шустов Д.И. Аутоагрессивное поведение и алкоголизм (клинико-терапевтическое исследование): Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. - Рязань, 2000. - 48 с.
 16. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью: Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Под ред. Ю.В. Валентика. - Москва, 2000. - 18 с.
 17. Baron R.A., Richardson D.R. (Берон Р., Ричардсон Д.) Агрессия / Пер. с англ. - СПб.: Питер, 1998. - 336 с.
 18. Polding W.J. The psychopathology and psychodynamics of self-destruction // Crisis, 1989. - Vol. 10, № 2. - P. 113-122.
 19. Schmidtke A. Perspective suicide in Europe // Suicide Life-Threatening Behavior. - 1997. - Vol. 27, № 1. - P. 127-136.
 20. Tolle R. (Телле Р.) Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. - Мн.: Выш. Шк., 1999. - 496 с.

ФЕНОТИП ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ АНТИРЕТРОВИРУСНУЮ ТЕРАПИЮ

Ж.А. Арефьева

г. Павлодар

Цель работы: оценка лечения инфицированных ВИЧ пациентов на основе результатов проточной лазерной цитометрии с использованием моноклональных антител с двойной меткой.

Материалы: было обследовано 66 человек, являющихся пациентами Павлодарского центра СПИД, из которых 61 был инфицирован ВИЧ в результате внутривенного употребления наркотиков, 5 человек были инфицированы половым путем. Продолжительность употребления психоактивных веществ (ПАВ) в группе обследуемых составляла от 1 до 8 лет. Возраст обследуемых лиц колебался от 23 до 41 года. У всех пациентов диагноз ВИЧ-инфекция ранее был поставлен на основании обнаружения специфических антител к ВИЧ (методом ИФА) и его отдельных

белков и гликопротеидов (методом иммуноблота). Все пациенты получали антиретровирусную терапию. Иммунологическую эффективность оценивали путем определения количества Т-хелперов, несущих на себе маркеры CD3+/CD4+, а также других иммунокомпетентных клеток. Контрольная группа включала в себя 25 человек пациентов Областного диагностического центра (ОДЦ), которые являлись по ВИЧ негативными.

Методы: Количественное определение субпопуляций лимфоцитов производилось с помощью лазерной цитометрии с использованием моноклональных антител с двойной меткой. Кровь бралась в стерильные одноразовые пробирки с КЗ ЭДТА. Окрашивание клеток крови производилось с помощью

флюорохромов: флюоресцеин-5-изотиционат и фикоэритрин. Красители входили в набор BD Simulset ИМК-Lymphocyte фирмы BD Biosciences:

1. Для индентификации популяций лейкоцитов и выделения лимфопролиферативного окна по малоугловому и боковому светорассеиванию использовался реактив с двойной меткой CD45/CD14.
2. Для контроля неспецифического связывания лимфоцитов с античеловеческими антителами и выделения негативного по флюоресценции лимфоцитарного окна использовался реактив с двойной меткой IG1/IG2.
3. Для определения содержания Т- и В- лимфоцитов применялся реактив содержащий антитела к двойным CD3+/CD19+ маркерам
4. Для определения количества цитотоксических лимфоцитов CD8+ и цитотоксических Т-лимфоцитов CD3+/CD8+ брали реактив с двойной меткой CD3/CD8
5. Для определения количества Т-хелперов, несущих на себе маркеры CD3+/CD4+ использовался реактив с CD3/CD4 двойной меткой.
6. Для определения содержания натуральных киллеров CD3-/CD16+, D56+ использовался реактив, несущий на себе двойную метку CD3/CD16, CD56.

Работа проводилась с цельной кровью и с последующим лизированием эритроцитов, готовым раствором для лизирования этой же фирмы и отмывкой лейкоцитов фосфатным буфером с 0,1% раствором азида натрия. Для фиксирования лимфоцитов применялся 1% параформальдегид.

Анализ образцов проводился на проточном цитометре FACS CALIBUR фирмы BD с помощью автоматической программы Simulset.

В качестве нормы брались международные принятые цифры, выработанные фирмой BD, на своих реактивах:

- 1) общие Т-лимфоциты, несущие на себе маркер CD3+, от 59% до 85%;
- 2) общие В-лимфоциты, имеющие CD19+ от 6% до 22%;
- 3) Т-лимфоциты (хелперы), несущие на себе маркеры CD3+/CD4+, от 28% до 60%;
- 4) Т-лимфоциты (супрессоры), несущие на себе маркеры CD3+/CD8+, от 11% до 38%.
- 5) натуральные киллеры, с маркерами CD3-/CD16+, CD56+, от 6% до 22%.

Результаты и их обсуждение

В таблице 1 представлены данные касательно показателей фенотипа лимфоцитов крови у пациентов, инфицированных ВИЧ.

Таблица 1

Показатели фенотипа лимфоцитов крови

Показатели	При ВИЧ-инфицировании, % лиц, имеющих изменения показателей,	Контрольная группа негативная по ВИЧ, % лиц, имеющие изменения показателей,
	n=66	n=25
Т-лимфоциты CD3+	24%	4%
В-лимфоциты CD19+	20%	7%
Т-хелперы CD4+	62%	10%
Т-супрессоры CD8+	81%	6%
НК CD3-/CD16+, CD56+	9%	3%

Как видно из данных таблицы 1, у ВИЧ-инфицированных пациентов, несмотря на применение противовирусной терапии, не наблюдается изменения содержания всех параметров. На основании, полученных при исследовании данных, нами были выделены 2 варианта фенотипа лимфоцитов крови у ВИЧ инфицированных пациентов.

1. Содержание Т-хелперов CD4+ снижено

Основная масса пациентов (41 человек) имела сниженное количество Т-хелперов, что составляет 62% от общего количество обследуемых лиц. Разброс значе-

ний составил от 3 до 28 относительных единиц. При этом у большинства обследуемых наблюдалось нормальное содержание Т-лимфоцитов CD3+ за счет компенсаторного резкого повышения Т-супрессоров, при относительно нормальных показателях В-лимфоцитов и натуральных киллеров. Такой фенотип лимфоцитов обычен для ВИЧ-инфекции. Небольшое количество лиц, (около 7%) имели повышенное количество НК CD3-/CD16+, CD56+, что может указывать на большое количество «антигенного материала» в организме ВИЧ инфицированных (таблица 2).

Таблица 2

Показатели лимфоцитов крови при сниженных Т-хелперах

Показатели	Нормальные показатели	Повышенные показатели	Пониженные показатели	X среднее
Т-лимфоциты CD3+	70%	23%	7%	76,6
В-лимфоциты CD19+	78%	2%	20%	3,9
Т-супрессоры CD8+	5%	95%	0%	57,2
НК-клеток CD3-/CD16+, CD56+	88%	7%	5%	12,8

2. *Содержание Т-хелперов - нормальные величины*
 Нормальное значение Т-хелперов имели 25 человек, что составило 38% от общего количества обследуемых лиц.

Разброс значений составил от 28 до 48 относительных величин. В этой группе основная масса обследуемых имела нормальные величины Т- лимфоцитов CD3+, при относительно небольшом повыше-

нии Т-супрессоров CD8+ и нормальных показателей NK-клеток CD3-/CD16+, CD56+.

Около 20% имели незначительное снижение количества В-лимфоцитов, что может быть связано с наличием небольшого количества ВИЧ, расположенного внеклеточно. В таблице 3 представлены данные показателей лимфоцитов крови при нормальных величинах Т-хелперов.

Таблица 3

Показатели лимфоцитов крови при нормальных величинах Т-хелперов

Показатели	Нормальные показатели	Повышенные показатели	Пониженные показатели	X среднее
Т-лимфоциты CD3+	84%	16%	0%	78,8
В-лимфоциты CD19+	80%	0%	20%	9,2
Т-супрессоры CD8+	36%	64%	0%	45,9
NK-клеток CD3-/CD16+, CD56+	82%	0%	8%	11,8

Среди ВИЧ-инфицированных пациентов, прошедших противовирусную терапию существует 2 варианта фенотипа Т-хелперов в крови:

- 1) *сниженные показатели*, что может говорить о недостаточной однократно проводимой противовирусной терапии. При этом значительное снижение Т-хелперов и повышение Т-супрессоров, при повышенном содержании NK-клеток может быть связано с тяжелым течением ВИЧ-инфекции и менее благоприятном клиническом течении болезни.

- 2) *нормальное содержание* Т-хелперов при относительно небольшом увеличении Т-супрессоров может говорить об эффективной противовирусной терапии и благоприятном течении для больного ВИЧ-инфекции.

Выводы

Проведенное исследование показало, что, несмотря на активно проводимую антиретровирусную терапию, полной нормализации параметров иммунитета у пациентов, инфицированных ВИЧ и являющихся потребителями наркотических веществ, не происходит.

Список использованной литературы:

1. Пинегин Б.В., Ярилин А.А., Симонова А.В., Климова С.В. *Применение проточной цитометрии для оценки функциональной активности иммунной системы человека. М., 2001. С. 6-7.*
2. Симонова А.В. *Фенотип лимфоцитов крови при воспалительных заболеваниях человека. М., «Инто» - 2001. С. 52-54.*

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТИКА КЛОПИКСОЛА В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Б.Ж. Калекенова

г. Астана

Использование нейролептиков в наркологической практике позволяет быстро купировать острые состояния, сопровождающиеся психомоторным возбуждением, ажитацией, агрессивным поведением, не только при развитии абстинентного синдрома, но и на более отдаленных этапах заболевания, когда речь идет об актуализации патологического влечения [1].

В наркологии традиционно использовались такие нейролептические препараты, как аминазин, тизерцин, трифтазин, галоперидол и др. Но все они помимо мощного антипсихотического эффекта облада-

ют рядом существенных недостатков, связанных с побочными реакциями, местно-раздражающим действием, высокой частотой развития осложнений. Поэтому поиск средств, обладающих выраженным психолептическим действием, реализуемым в короткие сроки, и, по возможности, с минимальными побочными реакциями, свойственными “эталонным” нейролептикам, является актуальным [2].

Клопиксол (зуклопентиксол) – нейролептик, производное тиоксантена. Хлорпромазиновый эквивалент клопиксола составляет 4 единицы. Механизм

действия препарата основан на его способности блокировать центральные дофаминергические (D1, D2) рецепторы. У клопиксола есть слабые холинолитические и б-адренолитические свойства. Помимо мощного антипсихотического действия клопиксол обладает также специфическим тормозящим эффектом. Клопиксол может оказывать преходящий, быстро выявляющийся еще до проявления антипсихотического действия, зависимый от дозы седативный эффект, что также имеет свои преимущества при купировании острых психотических состояний [3].

Нами проведено исследование, задачей которого являлось оценить влияние препарата на динамику выраженности основных психопатологических симптомов и патологическое влечение к наркотику (героину), связанную с ним психопатоподобную и аффективную симптоматику.

Группу исследования составили 29 пациентов, проходивших стационарный курс лечения в наркологическом диспансере. В основную группу были включены 13 человек, больных героиновой наркоманией, получавших клопиксол; группу сравнения составили 16 пациентов со стандартной схемой противорецидивной терапии; по основным социально-демографическим и клинико-динамическим показателям группы не отличались.

Возраст больных составлял от 18 до 35 лет. У всех больных была сформирована клиническая картина

героиновой зависимости, включавшая психическую зависимость, развернутый опийный (героиновый) абстинентный синдром, высокую толерантность, соматические и социальные последствия заболевания. Длительность зависимости варьировала от 2 до 8 лет.

Из исследования исключали лиц, у которых зависимость от героина сочеталась с зависимостью от других групп наркотиков, с хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения, с гиперчувствительностью к препарату.

Клопиксол назначали либо сразу в таблетированной форме в дозе до 100 мг (средняя доза 50–75 мг), либо в форме клопиксол-акуфаз. Начальная доза в таком случае составляла 50 мг (1 мл внутримышечно). В зависимости от клинического эффекта вторую инъекцию производили либо в той же дозе на следующий день (через 24 часа), либо через 3 дня (72 часа) в дозе до 150 мг (3 мл внутримышечно). Начиная с 7-го дня исследования, больных переводили на таблетированный аналог препарата. Суточную дозу препарата рассчитывали, исходя из дозы последней инъекции. Для расчета дозы использовали следующее соотношение: 100 мг клопиксол-акуфаз соответствовало 40 мг клопиксола.

При развитии экстрапирамидной симптоматики назначали корректоры (акинетон, циклодол) в адекватных дозировках с соблюдением правил предосторожности.

Таблица 1

Динамика объективной оценки степени выраженности психопатологических симптомов по 4-балльной шкале

Наименование параметров	Основная группа	Доверительный интервал	Группа сравнения	Доверительный интервал
Влечение к наркотику	1,6	±0,1	1,1	±0,1
Тревога	1,5	±0,2	1,3	±0,2
Аффективная лабильность	1,8	±0,2	1,7	±0,2
Бессонница	1,7	±0,1	1,7	±0,2
Сонливость	1	±0,2	0,7	±0,2
Возбуждение	0,6	±0,1	0,1	±0,2
Агрессивность	0,5	±0,1	0,5	±0,2
Недостаточность суждений и критики	1,3	±0,1	0,9	±0,1
Подавленность	1,2	±0,2	0,5	±0,2
Депрессия	0,2	±0,1	0,1	±0,1

Клиническое исследование позволило сделать вывод о высокой терапевтической эффективности препарата Клопиксол, в ряде случаев не уступающей галоперидолу. Клопиксол, как и галоперидол, достаточно быстро купирует патологическое влечение к наркотику, психомоторное возбуждение. Наиболее выраженное влияние клопиксол оказывает на дисфорическую симптоматику, быстро купировал тревогу, психопатоподобную симптоматику.

При использовании клопиксола явления «нейролептической загруженности» были, по сравнению с галоперидолом, значительно менее выражены. Это свойство, несомненно, является преимуществом

препарата, так как позволяет на более ранних этапах включать пациента в психотерапевтическую работу.

Литература:

1. Винникова М.А., Русинова О.И. *Возможности использования клопиксола (зуклопентиксола) при лечении больных героиновой зависимостью // Психиатрия и психофармакотерапия. – М., 2003. – Т. 5, № 4.*
2. Резник А.М., Арбузов А.Л., Барков Д.А. *Применение нейролептика клопиксол в клинической практике // Пособие для врачей. – М., 2002.*
3. <http://www.talagi.ru/library/klopiksol.htm>

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ЖЕНЩИН

Д.К. Мажитова

г. Караганда

Актуальность

Разрастающаяся проблема алкоголизма и наркомании у женщин является в обществе особенно острой в социальном плане, что связано с увеличением пропорции лиц женского пола в структуре заболеваемости и болезненности алкоголизмом, наркоманией, с нанесением значительного ущерба общественным устоям [2, 5, 7]. Причина, по которой алкоголизм и наркомания у женщин пользуются репутацией злокачественного течения, состоит в существовании общественного табу на женские пьянство и наркозависимость. В отличие от пьяного мужчины, пьяная женщина вызывает всеобщее отвращение. Такой социальный запрет играет роль своеобразного фильтра, через который попадают в поле зрения лишь наиболее тяжелые формы болезни, в остальных случаях женщины не обращаются за помощью опасаясь встретить осуждение, брезгливость, насмешку [2].

Цель исследования

1. Выделение мотивов потребления ПАВ женщинами разных возрастных групп.
2. Изучение особенностей формирования алкогольной и наркотической зависимости у женщин.
3. Разработка наиболее адекватных методов коррекции алкоголизма и наркомании у женщин медикаментозной профилактики и психопрофилактики.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования с учётом возрастных категорий стали женщины, проходившие амбулаторное лечение по поводу алкогольной и наркотической зависимости. Анализ проводился в сравнении за 2007-2009 гг.

Использовались следующие методы исследования:

- клинико-психологический метод использовался для оценки возрастного и патохарактерологического развития, выделения особенностей течения болезни у женщин;
- клинико-динамический метод использовался при ведении амбулаторных карт (для изучения формирования алкогольной и наркотической зависимости и их медикаментозной коррекции).

Результаты исследования

Одним из мотивов потребления женщинами алкоголя, наркотиков является психический травматизм - депрессии, аффективные нарушения, что отрица-

тельно сказывается на течении лечебного процесса, на устойчивости ремиссии, характере и тяжести интоксикации, уровне критики к болезни и установки на лечение [3, 7]. Также к основным причинам, predisposing женщину применять наркотики, можно отнести: неумение контролировать свои эмоции, наличие антиобщественных взглядов, стремление получить удовлетворение своих желаний любой ценой [6].

Клиническая картина хронического алкоголизма определялась наличием и выраженностью болезненного влечения к алкоголю, а также конкурирующих мотивов (угроза распада семьи, чувство ответственности, угрызения совести и т.д.) и различных психотравмирующих состояний. Разные соотношения этих факторов обуславливали существование нескольких вариантов психического статуса больных - психопатоподобного, неврозоподобного, астено-депрессивного [2, 5].

В последнее время в обществе сложилась склонность к детерминированной предрасположенности к алкоголизму, наркомании.

При сравнении обращения на амбулаторное лечение женщин за 2007-2009 годы, можно увидеть следующие результаты (таблица 1).

Таким образом, если брать возраст от 30 до 50 лет, то алкогольная зависимость составляет 58,2%, наркотическая 100%.

За 3 последних года отмечался рост числа женщин, страдающих алкогольной зависимостью на 49,5%, наркотической на 78,9%.

У всех женщин, страдающих алкоголизмом или наркоманией, установлен синдром зависимости, т.е. установлена 2-я стадия заболевания со стажем злоупотребления более 3-х лет, эксплозивным типом заострения особенностей личности, утратой ситуационного и количественного контроля, проявлением соматических, психоневрологических расстройств в структуре абстинентного синдрома, выраженного патологического влечения к ПАВ. Женщины с алкогольной зависимостью злоупотребляли зачастую всеми видами спиртных напитков, могли переходить от приема водки к вину и наоборот. Женщины с наркотической зависимостью употребляли в основном наркотики опийной группы, в частности героин. Были также случаи сочетанного приема ПАВ, когда женщины с наркотической зависимостью начинали принимать алкоголь для усиления действия наркотиков или же для снятия абстинентных проявлений.

Данный возраст (от 30 до 50 лет) относится к *фертильному возрасту*, что также настораживает и заставляет задуматься. Научные исследования доказы-

Количество обращений за амбулаторным лечением женщин
в 2007, 2008, 2009 годах

Параметры	2007 г.	2008 г.	2009 г.	Увеличение количества лиц женского пола
Общее количество больных	528 чел.	616 чел.	873 чел.	40%
Количество лиц женского пола	52 чел.	94 чел.	122 чел.	57,3%
Алкоголизм				
ВСЕГО женщин	52 чел.	90 чел.	103 чел.	49,5%
В возрасте до 30 лет	10 чел.	13 чел.	20 чел.	50%
В возрасте от 30 до 40 лет	18 чел.	32 чел.	27 чел.	33,3%
В возрасте от 40 до 50 лет	13 чел.	30 чел.	33 чел.	60,6%
В возрасте от 50 лет и старше	11 чел.	15 чел.	23 чел.	52,1%
Наркомания				
ВСЕГО женщин	-	4 чел.	19-78,9%	78,9%
В возрасте до 30 лет	-	3 чел.	14-78,5%	78,5%
В возрасте от 30 до 40 лет	-	1 чел.	5-80%	80%
В возрасте от 40 до 50 лет	-	-	-	-

вают, что степень риска возникновения патологии у потомства больных с алкогольной и наркотической зависимостью существенно выше по сравнению со здоровыми лицами. Чрезмерное потребление алкоголя и наркотиков молодыми женщинами развивает диапазон ежемесячных расстройств сексуальной функции и осложнений беременности [1, 4]. При постоянном злоупотреблении алкоголем и наркотиками возможны следующие осложнения: выкидыши, мертворождения, вторичное бесплодие, асфиксии в родах, энцефалопатии у новорожденных, психоорганический синдром, абстинентный синдром, отставание в психофизическом развитии, олигофрени и т.д. Алкогольная и наркотическая интоксикация приводит к высокому уровню корреляции нарушения белковообразовательной и ферментативной функции печени, функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и биогенных аминов. Поэтому, зачатие, эмбриогенез и постнатальное развитие потомства у таких больных проходит на биологически измененной «почве», являясь одним из факторов, способствующих реализации наследственной предрасположенности к психическим заболеваниям. В последнее время в литературе появился термин «наркотический плод», обозначающий ребенка, попавшего еще до рождения в состояние пассивной наркозависимости. Наркотики, также как и алкоголь оказывают сильное негативное влияние на формирование плода. Наркотические соединения могут вызвать хромосомные абберации или мутации генов, мутации, ответственные за формирование врожденных пороков развития, малых аномалий развития и стигм дизэмбриогенеза.

Отмечаются следующие специфические стигмы дизэмбриогенеза детей от наркозависимых женщин:

- широкое пупочное кольцо;
- выступающий лоб;
- брахицефалия;
- страбизм;
- гипоплазия нижней челюсти.

У детей от женщин, зависимых от алкоголя, стигмы несколько отличаются: готическое небо, плоская переносица, долихоцефалия, оттопыренные уши. Поскольку наркозависимые женщины нередко способны кроме наркотиков употреблять алкоголь, то могут наблюдаться сочетанные стигмы, характерные как для наркотического, так и алкогольной фетопатий [4].

Кроме того, неблагоприятные микросоциальные (социо-культуральные, конституциональные, приобретенные личностные особенности родителей) условия, в которых воспитывается ребенок, откладывает свой отпечаток на его дальнейшее развитие. Наряду с другими факторами, алкоголизм или наркомания родителей существенно повышает степень риска у потомства при соответствующей сочетанной патологии у родителей. Так, сочетанная отягощенность эпилепсией и алкоголизмом втроекратно повышает риск возникновения эпилепсии и психопатий.

Увеличивается количество женщин, зависимых от алкоголя в возрасте от 50 лет и старше. Так за три исследуемых года в данной категории отмечается рост числа исследуемого контингента на 52,1%, то есть в 2 раза. Эти данные показывают, что зависимость от ПАВ тесно связана с проблемой одиночества, потерей близкого человека, отсутствием занятости, низких адаптивных способностей, неудовлетворенностью своей жизнью, отсутствием перспективы на будущее.

В ходе исследования отмечен факт того, что у больных пожилого возраста имеет место выражен-

ная интолерантность к алкоголю. Опыание наступало сравнительно быстро от незначительных доз спиртного и сопровождалось превалированием вегетативных компонентов интоксикации (гиперсаливация, учащение пульса и дыхания, гиперемия и бледность кожных покровов, тошнота, икота, ощущение резкой слабости в ногах, снижение мышечного тонуса, головокружение, неуправляемые приступы слабодушия, слезливость, позывы к мочеиспусканию). После приема очередной дозы алкоголя вместо смягчения абстинентной симптоматики нередко наступало усугубление дурного самочувствия, усиление головных болей. Присоединялась дисфория, наблюдалось учащение амнестических эпизодов. Последние сопровождали не только средние или тяжелые, но и легкие формы опьянения. Следующее отличие алкогольной зависимости у пожилых лиц состояло в том, что больные обнаруживали слабо выраженную абстинентную симптоматику. Патогенетические механизмы алкогольной зависимости в пожилом возрасте характеризуются взаимоусиливающим сочетанием факторов старения и интоксикации организма, что накладывает свой отпечаток на клинику и течение заболевания [2].

В данной категории необходимо ориентироваться, прежде всего, на оказании психологической, психотерапевтической помощи.

Выводы:

Учитывая увеличение заболеваемости наркомании, алкоголизма среди женщин, становится очевидной необходимостью профилактических мероприятий и выявления в более ранние периоды заболевания для улучшения качества лечения, стабилизации ремиссии, проведение проф. работ по планированию семьи и т.д.

Первый комплекс профилактических мероприятий - *первичная профилактика*. Эффективность этой работы зависит от того, насколько мы учитываем факторы риска, влияющие на выбор человека потребовать или нет ПАВ. Что это за факторы?

Генетический фактор. Понятно, что наркомания или алкоголизм непосредственно по наследству не передаются. Но генетически передаются нарушения биохимии головного мозга, в частности дофаминовый обмен, ответственный за «стремление к новизне», и серотониновый обмен, определяющий уровень депрессивного реагирования на жизненные неудачи, и ряд других генетических факторов.

Врожденные факторы. Связаны, прежде всего, с употреблением женщиной в период беременности ПАВ (табак, алкоголь, наркотики), следствием чего являются неврологические и соматические расстройства у ребенка. Редко оцениваемым фактором является патология в родах, в том числе неоправданная стимуляция родов, кесарево сечение без жизненной необходимости, что приводит к травматизации моз-

га ребенка, которая в свою очередь, ведет к нарушениям психического развития, трудностям обучения и нарушениям адаптации.

К важным *биологическим факторам* нужно отнести кипекинетиический синдром с дефицитом внимания, внутричерепную гипертензию, обнаруживаемые у детей 2-6 лет.

Факторы риска, связанные с *психологическим климатом* в семье: избыточная гиперопека или гипоопека, дефицит телесного, эмоционального и речевого контакта с матерью, потворство любым пожеланиям детей, сенсорная депривация, злоупотребление техническим образованием в ущерб культурно-мифологическому воспитанию.

Для лечения алкогольной и наркотической зависимости у женщин в амбулаторных условиях была адаптирована комплексная методика, нацеленная на оберегание биологически уязвимого организма женщины. Использовались лекарственные средства с учетом:

- а) их наименьшей токсичности;
- б) применения сочетания различных лекарственных групп;
- в) использования дифференцированных дозировок: повышенных при клинически выраженной симптоматике, пониженных при компенсированной с переходом на минимальные дозы.

Основные лекарственные средства (антидепрессанты, нейролептики и транквилизаторы) назначались по принципу купирования симптомов «мишеней». При подборе лекарственных средств обязательно использовались антидепрессанты. Их назначение обосновывалось тем, что депрессивные, субдепрессивные проявления при алкогольной и наркотической зависимости являются постоянными «спутниками», они могут быть:

- а) первичными (психогенными, эндогенными)
- б) вторичными (за счет алкогольной и наркотической интоксикации)
- в) скрытыми в форме разнообразных синдромов, в т.ч. аффективных.

Из числа корректоров депрессий использовались феварин, зосерт.

Для купирования абстинентно-постабстинентных расстройств: а) в остром периоде-один из транквилизаторов- диазепам, феназепам, гидроксизин (атаракс) + один из препаратов общебиологического действия- глицин, мексидол; б) в постабстинентном периоде-транквилизатор + антидепрессант. Эти препараты назначались вместе с дезинтоксикационной терапией.

Для проведения профилактического (противоречидивного) лечения были рекомендованы следующие препараты: феварин, глицин, карбамазепин, эспераль (для больных с алкогольной зависимостью).

Таким образом, можно говорить о существенном росте заболеваемости и болезненности алкоголизмом и наркоманией. Это не только указывает на сложность проблемы, но и определяет необходи-

мость углубленного изучения распространенности, клинических проявлений и особенностей течения алкоголизма и наркоманий у женщин.

1. Наибольшая распространенность этих заболеваний характерна для самых трудоспособных групп населения - возраста 30-40 лет, что в свою очередь, способствует уменьшению производительности труда и национального дохода, сдерживает экономическое развитие.
2. Высокий уровень алкоголизации и наркотизации женщин молодого и пожилого возраста также говорит о крайне неблагоприятной обстановке.

3. Большое внимание при лечении женщин, страдающих наркопатологией должно уделяться их преморбидным особенностям. Среди них особая роль принадлежит наследственной отягощенности по наркологическим и психическим заболеваниям, черепно-мозговым травмам и другим резидуально-органическим расстройствам, патологическим типам воспитания и расстройствам личности.
4. Лечение данных больных данного профиля должно быть комплексным, индивидуальным и учитывать особенности психопатологической симптоматики.

Список литературы:

1. Иванец Н.Н., Винникова М.Л. Героиновая наркомания. - Медицина, 2000. - С. 15-27.
2. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. - Москва, 2002. - С. 35-40.
3. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. - Ленинград, 1989. - С. 17-25.
4. Каширская Е.И., Джумагазиев А.А., Сибирякова Н.В., Петрова О.В. Фенотипические особенности у детей, рожденных от наркозависимых матерей // Наркология. - 2009. - № 3. - С. 73-75.
5. Овчинников С.В., Цыганков Б.Д., Шамов С.А., Старкова И.В. Алкоголизм и наркомания молодых женщин с девиантным поведением // Наркология. - 2008. - № 3. - С. 67-71.
6. Кастерина С.В. Социально-психологические особенности женщин с наркотической зависимостью, впервые осужденных к лишению свободы. // Наркология. - 2008. - № 3. - С. 73-78.
7. Альтшуллер В.Б. Женский алкоголизм. - М.: Нолидж, 2000.-С. 116-134.

ОПИОИДНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ И КОМОРБИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Т.В. Ни

г. Шымкент

В связи с изменением на территории постсоветского пространства социально-экономической и социально-психологической ситуации среди молодежи возрастает потребление наркотических средств. Опииодная зависимость представляет собой в настоящее время одну из наиболее сложных клинических проблем наркологии. Изучению данной проблемы посвящено большое количество исследований и на постсоветском пространстве, и за рубежом.

Исследования включают как биологический (медицинский) аспект, так и социально-психологический. Это уместно и оправданно, поскольку наркология часто выступает на стыке психологии и медицины, которая в свою очередь изучает соматический, неврологический и психопатологический (психиатрический) характер последствий хронической интоксикации.

В настоящей работе рассматривается хроническая интоксикация опиатами. Поэтому принципиально важным является разделение медицинского и немедицинского аспекта. Особую роль играет клиническая наркология, отражающая клинико-психопатологический аспект зависимости и интегрирующая знания, полученные в смежных дисциплинах для обозначения комплексной понятийной научной базы.

Опийодная зависимость, являясь самым распространенным видом наркотической зависимости, развивается в молодом возрасте. Героиновая зависимость, дебютировавшая в молодом возрасте, является серьезной психопатологической проблемой, требующей психиатрической диагностики и психопатологически детерминированного подхода к работе с данной категорией больных.

Наиболее злокачественное течение наркомании на её начальном этапе, как правило, сочетается с выраженными девиациями психики и поведения в преморбиде, отражающими патологический пубертат.

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

наркоманиями, выявляет достаточно сложную неоднородную картину.

Весьма существенным фактором, определяющим формирование медицинских и социальных последствий наркомании, являются личностные девиации в преморбиде (Врублевский А.Г.). У таких больных, достоверно чаще и быстрее, чем у лиц с нормальным преморбидом, наступали изменения личности и социальные последствия. Однако на тяжесть интеллектуально-мнестических расстройств степень выраженности личностных девиаций в преморбиде влияние не оказывала. Определенное влияние на скорость формирования психоорганических расстройств у больных наркологическими заболеваниями оказывали, в частности, различные преморбидные факторы.

По мнению Сироты Н.А., к таким факторам относятся астенические, истерические и аффективные расстройства, ночные страхи, расстройства сна и вегетативной сферы; разные типы патохарактерологических изменений (тормозимые, неустойчивые, шизоидные, эксплозивно-эпилептоидные).

Рохлин М.Л. и Воронин К.Э. отмечали в преморбиде у преобладающего большинства пациентов (62,1%) личностные девиации, причем у двух третей из них личностные девиации не выходили за рамки акцентуаций характера, у одной трети они могли быть квалифицированы как психопатии. Среди девиаций (более чем в 50% случаев) черты повышенной возбудимости, психического инфантилизма (42,6%).

Психопатологическое обследование включает анализ состояния сознания, сферы мышления, мотивации, интеллектуально-мнестической и познавательной, эмоциональной, волевой, поведенческой сфер.

Наиболее описанными в наркологической литературе при опиоидной зависимости являются эмоциональные нарушения. Анализ клинических проявлений опийной зависимости показал, что за последнее десятилетие произошли существенные изменения большинства клинико-динамических параметров этой нозологической формы. В первую очередь это касается изменения преморбидной почвы опийных наркоманий: модификация конституционально-генетического фона и перераспределения в популяции больных различных типов личностных аномалий.

В исследованиях отмечается, что при анализе медицинских последствий наркоманий указывалось на снижение «уровня личности», клинико-психопатологические признаки которого, были обнаружены у 82% больных: в виде заострения преморбидных черт характера (24%), психопатоподобных нарушений (30,8%), проявлений деградации личности (в 17,2% случаев). В 71% случаев характерным было морально-этическое снижение личности, а у половины больных - интеллектуально-мнестические расстройства.

У больных, систематически употребляющих наркотики самых разных групп, М.Л. Рохлиной и А.А. Козловым отмечено выраженное социальное снижение, а приобретаемые сходные характероло-

гические особенности определены как специфическая наркоманическая личность.

С введением Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) само нарушение норм общественной жизни в определенных случаях стали рассматривать как специфическое расстройство личности. Антисоциальное поведение расценивается как психическое расстройство только при определенной степени его выраженности. Рубрике F 60.2 по МКБ-10 - «Диссоциальное личностное расстройство» соответствуют следующие диагностические частные критерии:

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

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

В зарубежной психиатрической литературе термин «Психопатия» решительно заменяется понятием «расстройство личности». Изменение названия этой наиболее распространенной аномалии психики произошло в результате дискуссии, в которой принимали участие многие известные психиатры. Термин «Психопатия» стал синонимом асоциальности субъекта, а не клиническим диагнозом.

Интерес к проблеме коморбидности в наркологии не исчерпывается социальной значимостью аддиктивных (зависимых) состояний, но имеет своё научное содержание и историю. Коморбидность – это сосуществование любых клинических сущностей, которые могут выявляться или выявлялись в анамнезе болезни пациента. Понятие коморбидность в широком смысле этого слова введено Feinstein (1970) для обозначения «любой отличной дополнительной клинической сущности, которая существу-

ет, или может проявляться в течении другого исследуемого заболевания». Оно отражало объективную необходимость принимать во внимание наличие сочетающихся форм патологии у одного больного не только при дифференциальной диагностике, но особенно при выборе индивидуальной терапевтической стратегии.

С позиций МКБ-10 о коморбидности говорят при наличии двух расстройств на одной оси или по одному расстройству по нескольким осям.

Проблема личности и наркотиков всегда оставалась наиболее существенной в аспекте биосоциальных взаимоотношений.

При работе с психопатическими личностями, по сравнению с остальными пациентами, реабилитационные и психотерапевтические мероприятия осуществлялись с большими затруднениями. В ремиссиях влечение к наркотикам существенно чаще носило у них компульсивный характер и проявлялось в постоянной форме. Периоды воздержания от психоактивных веществ (ПАВ) у психопатических личностей были достоверно короче, чем у остальных пациентов. В целом, у больных с психопатиями зависимость от героина протекала более прогрессивно, чем у пациентов с акцентуациями. Аутоагрессивное поведение, как полагает Трайнина Е.Г., обусловлено сочетанием трех суицидогенных факторов: типом вторичной психопатизации, выраженностью влечения к наркотику, особенностями микросоциального конфликта. Friedman L.S. с соавторами помимо психолого-психиатрической детерминированности суицидального поведения (повышенная импульсивность, безрассудность, нарушения психики), указывают и на его биологическую

обусловленность, связанную со снижением уровня серотонина. Сведения об аутоагрессивном поведении при наркоманиях на исходных стадиях хронической интоксикации мы находим в ряде работ отечественных исследователей. Её возникновению и проявлению способствуют специфические личностные изменения (вторичная психопатизация) и психосоциальная деградация, обусловленные длительным действием токсикантов на центральную нервную систему и формированием психоорганического синдрома.

У больных с различными характерологическими типами течение героиновой зависимости существенно отличается, а у психопатических личностей наркомания протекает заметно тяжелее. Это позволяет индивидуализированно, с учетом, как характера аномалии личности, так и тяжести наркотической зависимости, разрабатывать меры терапевтического и социально-реабилитационного воздействия на больных.

Таким образом, терапевтическая тактика в отношении больных героиновой наркоманией, развивающейся на фоне психопатического склада личности, должна включать фармакологическое воздействие как на основное заболевание (наркоманию), так и на коморбидную психическую патологию. При этом учитываются, во-первых - особенности наркомании (стадия, период на время обращения за помощью - острый в форме абстинентного синдрома, постабстинентное состояние, ремиссия), во-вторых - свойства сопутствующих психопатических нарушений (компенсация, деккомпенсация, меньшая или большая тяжесть). Дифференцированный подход, повышает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы:

1. Личко А. Е. Наркотизм (употребление наркотиков) и подростковая наркомания. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977. — С. 61-70.
2. Личко А. Е., Битенский В. С. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — Л., Медицина, 1991. — 304 с.
3. Пятницкая И. Н. Наркомании. - М.: Медицина, 1994. - 544 с.
4. Пятницкая И. Н., Найдёнова Н. Г. Подростковая наркология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2002. — 253 с.
5. Энтин Г. М., Гофман А. Г., Музыченко А. П., Крылов Е. Н. Алкогольная и наркотическая зависимость: Практическое руководство для врачей. - М.: Медпрактика, 2002. - 328 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОИНФЕКЦИИ У ПОТРЕБИТЕЛЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

Л.Н. Перевёртова

г. Павлодар

Больной Т., 25 лет, доставлен бригадой скорой помощи в стационар больницы скорой медицинской помощи (БСМП) г. Павлодара с диагнозом: Внебольничная пневмония нижнедолевая слева, сред-

ней степени тяжести. При осмотре в приёмном покое жалобы на выраженную слабость, повышение температуры до 39°, редкий непродуктивный кашель. Госпитализирован в связи с нарастанием одышки.

Анамнез: болен в течение 2-х недель до госпитализации, повышение температуры до 39°, боли в грудной клетке, выраженная слабость. Получал амбулаторное лечение по поводу бронхита, но без улучшения. В течение последних 2-х дней появилась мокрота ржавая. Из перенесенных заболеваний, отмечает хронический гепатит. В сентябре 2010 года находился на стационарном лечении в инфекционной больнице с диагнозом: Гепатит неясной этиологии.

Объективно:

Общее состояние тяжелое. Имеет место пониженное питание.

Кожные покровы бледные. Лимфоузлы подчелюстные, шейные, надключичные, паховые размером 0,5-0,8 см мягкие, безболезненные.

Дыхание через нос свободное, частота дыхания (ЧД) в 1 мин - 22. Форма грудной клетки правильная, в дыхании участвует равномерно. Голосовое дрожание – нормальное. Перкуторный звук – легочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы мелкопузырчатые в нижних отделах обоих лёгких.

В областях сердца и крупных сосудов особенности не наблюдаются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, частота сердечных сокращений (ЧСС) - 90 ударов в минуту.

Артериальное давление (АД) 130/80 ртутного столба.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный оформленный.

Область почек при пальпации безболезненна. Симптомы поколачивания Пастернацкого – отрицательны. Отёков нет.

Анализ периферической крови

При поступлении:

Hb – 117 г/л, WBC - 12,3Ч10⁹/л, RBC - 3,79Ч10¹²/л, PLT – 263Ч10⁹/л, СОЭ - 47 мм/ч.

Лейкоцитарная формула:

- промиелоциты - 2%;
- миелоциты - 6%;
- метамиелоциты - 4%;
- палочкоядерные нейтрофилы - 13%;
- сегментоядерные нейтрофилы - 40%;
- эозинофилы - 2%;
- моноциты – 14%;
- лимфоциты - 23%.

При переводе из отделения реанимации и интенсивной терапии (РИТ):

Hb – 128 г/л, WBC - 3,7Ч10⁹/л, RBC - 4,02Ч10¹²/л, PLT – 280Ч10⁹/л, СОЭ - 27 мм/час.

Лейкоцитарная формула:

- миелоциты - 2%;
- метамиелоциты - 4%;
- палочкоядерные нейтрофилы - 8%;
- сегментоядерные нейтрофилы - 35 %;

- эозинофилы - 2%;
- моноциты - 9%;
- лимфоциты - 40%.

При выписке из отделения терапии анализ периферической крови больного Т. был следующим:

Hb – 127 г/л, WBC - 13,0Ч10⁹/л, RBC - 3,74Ч10¹²/л, PLT – 580Ч10⁹/л, СОЭ - 18 мм/ч.

Лейкоцитарная формула:

- миелоциты - 2%;
- метамиелоциты - 2%;
- палочкоядерные нейтрофилы - 3%;
- сегментоядерные нейтрофилы - 32%;
- эозинофилы - 2%;
- моноциты - 9%;
- лимфоциты - 52%.

В периферической крови больного встречаются атипичные мононуклеары, т.е. атипичные лимфоциты.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 24,4 ЕД/л, АСТ - 78,0 ЕД/л, билирубин – 25,2, тимоловая проба - 8,5 ЕД/л, мочевины – 2,1 ммоль/л, СРБ (++).

Реакция Вассермана (RW)(при поступлении) – отрицательная.

ВИЧ (кровь взята при поступлении в стационар) - результат положительный.

ВИЧ (повторно взята кровь для подтверждения): положительный результат. Кровь направлена в Республиканский центр СПИД (г. Алматы) для подтверждения.

Иммуно-ферментный анализ (ИФА) на маркеры гепатитов: HBsAg – результат отрицательный.

Суммарные антитела к гепатиту С – результат положительный.

Бактериологический посев мокроты – дрожжи Ч10¹.

Инструментальные обследования

Для уточнения картины заболевания были проведены следующие обследования данного больного.

Р-графия при поступлении в стационар: признаки 2-сторонней нижнедолевой пневмонии, хронический бронхит, перенесенный ранее туберкулёз лёгких – имеют место остаточные изменения.

УЗИ органов брюшной полости:

- увеличение лимфоузлов ворот печени, селезёнки;
- парапанкреатических лимфоузлов;
- гепатоспленомегалия;
- небольшое количество жидкости в брюшной полости, в плевральных полостях;
- диффузные изменения в печени и почках.

ЭХО – кардиография - диффузные изменения в миокарде (амилоидоз? Токсические изменения в миокарде?).

ЭКГ - Нарушение процессов реполяризации в миокарде передней стенки левого желудочка.

Выводы

Проведенные лабораторно-клинические исследования биологических жидкостей и инструментальные обследования дали следующую картину заболевания.

У больного Т., 25 лет, поступившего с диагнозом: Внебольничная 2-сторонняя пневмония тяжелой степени в периферической крови прослеживается лейкоцитоз с повышением СОЭ, сдвиг лейкоформулы влево, в дальнейшем с нарастанием популяции лимфоцитов. УЗИ обследование органов брюшной полости показали гепатоспленомегалию, увеличение лимфоузлов ворот печени, селезенки, парапанкреатических лимфоузлов. При проведении ЭХО-кардио-

графии выявлены диффузные изменения в миокарде (Амилоидоз? Токсические изменения в миокарде?). Р-графия при поступлении показала признаки 2-сторонней нижнедолевой пневмонии, хронический бронхит, перенесенный ранее туберкулез легких – имеют место остаточные изменения.

Такое течение в начале заболевания, помимо пневмонии, напоминало реактивный лимфоцитоз (инфекционный мононуклеоз) или острый лейкоз. В дальнейшем при исследовании крови больного на маркеры гепатитов и ВИЧ выявлены положительные результаты, которые явились следствием употребления данным больным инъекционных наркотиков (ИН). Потребление ИН явилось основной причиной коинфекции в данном рассматриваемом случае.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИН

Л.М. Сидоренко

участковый врач нарколог КГКП «Наркологический диспансер города Балхаша»

Вопросы женского алкоголизма в настоящее время имеют большую важность в связи с тем, что отмечается рост удельного веса женщин среди лиц, больных алкоголизмом. Распространенность алкоголизма и тенденция к его «омоложению» вызывает необходимость изучения различных сторон этой проблемы.

Необходимо подчеркнуть наличие особой чувствительности женского организма к алкоголю, своеобразие течения и динамики заболеваний алкоголизмом у женщин.

Общеизвестен и подтвержден многими исследователями факт, что женский организм по сравнению с мужским организмом наименее защищен от разрушающего действия алкоголя. Это объясняется более сложной эндокринной системой женского организма и особенностью психологической составляющей женской личности: это специфическая чувственность, эмоциональность, особенности поведения и сексуальность. Разрушительное воздействие алкоголя на женский организм проявляется в том, что темп развития у женщин выше в сравнении с темпом развития зависимости у мужчин. Глубина деструктивных изменений также может быть выражена более ярко. Социально – психологический статус женщины, ставшей на путь болезненной зависимости, разрушается глубже и быстрее со всеми неблагоприятными для неё последствиями и во всех его проявлениях.

Причиной алкоголизации у женщин являются конфликтные моменты, одиночество, жизненная неустроенность, неумение занять свободное время интересным, содержательным занятием, сложные условия жизни, наличие алкоголизма у мужа, психо-

травмы, занятость в торговле, сексуальные причины, алкоголизм у взрослых членов семьи, умственная усталость, наследственность психическими заболеваниями.

Интересен ещё один аспект этих причин. Он связан с негативными проявлениями женской эмансипации. С одной стороны, женщина становится независимой морально и материально, получает образование наравне с мужчиной, может расти в производственном отношении. Вместе с тем, за ней остаются функции материнства, воспитания детей и домашний быт, который уже ставит её в неравное положение с мужчиной. Эти кажущиеся противоречия также иногда приводят к приобщению к пьянству.

Из социальных факторов развития женского пьянства и алкоголизма следует обратить внимание также на более частые случаи пьянства и алкоголизма у женщин, связанных с производством или продажей вино - водочных изделий. Нередко в пьянство женщин вовлекает компания, наличие свободного времени, финансовая и нравственная самостоятельность, а в подростковом, девическом возрасте - подражательство, стремление к утверждению собственного «Я». Большое значение имеют традиции в семье. Имеются в виду семьи, где девочка, наблюдая алкогольные застолья, начинает рано тянуться к рюмке, принимая поведение родных за эталон для подражания. Но особую значимость имеет влияние собственной семьи женщины, поведение мужа. Очень часто именно мужа уговорами, требованиями вовлекают своих жён в пьянство. Если сами не спиваются, то оберегая своё мужское достоинство, долгое время скрывают дурное поведение жён и не желают,

чтобы они лечились. Если же сами спиваются, то все становится безразлично, тем более судьба жены.

Среди женщин, страдающих алкоголизмом, преобладает возрастная группа от 40 до 50 лет, для которой характерно более раннее наступление алкогольной деградации, наличие систематического пьянства, запоев, быстрое старение, ранний климакс, большее число соматических нарушений.

Поведение пьющих женщин быстро меняется. Они становятся вспыльчивыми, раздражительными, злобными, грубыми, эгоистичными, жестокими, циничными, теряют чувство такта, меры. Многие постепенно бросают работу, ведут разгульный образ жизни. Женщины долго, упорно скрывают свой недуг, поздно обращаются за медицинской помощью. В связи с тяжестью патологического процесса и поздним началом лечения терапия часто бывает безуспешной.

Цели исследования

Целью нашего исследования было изучение динамики поступлений на лечение в наркологическое отделение женщин, страдающих хроническим алкоголизмом, в период с 2009 по 2010 год, а также их клиничко-социальный аспект.

Материалы исследования

В 2009 году в стационаре пролечено 98 женщин, страдающих алкоголизмом, что составляет 19,2% от числа мужчин, пролеченных от алкоголизма. В 2010

году пролечено 92 женщин, что составляет 20,8% от числа мужчин, пролеченных от алкоголизма.

Для изучения клиничко-социального аспекта алкоголизма у женщин выборочно проведен анализ 60 историй болезней больных, лечившихся в 2009-2010 годах в наркологическом отделении города Балхаш. Это больные со 2 и 3 стадией болезни, согласно критериям МКБ – 10.

Клиничко-социальная характеристика женщин, страдающих алкоголизмом

В таблице 1 приведены данные относительно клиничко-социальной характеристики женщин, страдающих алкоголизмом, которые были пролечены в стационаре за анализируемый период времени.

Результаты исследования

Анализ приведенных в таблице 1 данных показывает, что среди исследуемого контингента преобладают женщины в возрасте 40-49 лет. Это соответствует выводам о том, что женщины долго упорно скрывают свой недуг, пьют в одиночку или в узком кругу, поздно обращаются за наркологической помощью. Большая часть обследуемых лиц (70%) отрицала у себя наличие алкоголизма. Следует отметить, что 85% больных с хроническим алкоголизмом поступили на лечение по инициативе родственников.

Таблица 1

Клиничко-социальная характеристика женщин, страдающих алкоголизмом, которые были пролечены в стационаре в 2009–2010 годах

Параметры		Общая группа	
		Абсолютное количество (чел.)	%
Половая принадлежность	Женщины	60	100
Возраст	20-29 лет	7	11,6
	30-39 лет	12	20
	40-49 лет	19	31,7
	50-59 лет	18	30
	60 лет и старше	4	6,7
Образование	Среднее	23	38,3
	Среднетехническое	4	6,7
	Среднеспециальное	25	41,7
	Незаконченное высшее	2	3,3
	Высшее	6	10
Трудоспособность	Служащие	7	11,7
	Неквалифицированный труд	15	25
	Пенсионеры	4	6,7
	Инвалиды	2	3,3
	Бомж	2	3,3
Не работают	30	50	
Возраст начала употребления алкоголя	17-20 лет	14	23,3
	21-25 лет	27	45
	26-30 лет	11	18,3
	31-35 лет	7	11,7
	36-40 лет	1	1,7

Большая часть пациенток имеет среднеспециальное образование, так как не имели финансовой возможности для дальнейшего обучения. Среди этой группы лиц имеет предрасположенность к алкоголю и раннему вступлению в брак.

Нигде не работают 50% исследуемых женщин. Получается замкнутый круг: приобщаются к алкоголю, потому что нечем заняться, не работают, а став алкоголиками не могут ни работать, ни учиться, так как быстро разрушается здоровье, психика и социальные установки.

Основной возраст начала употребления алкоголя - 21-25 лет. Ранний алкоголизм у женщин объясняется низким социальным и интеллектуальным статусом, пьянством родителей, личностными преморбидными нарушениями. Причину алкоголизма, развившегося позднее 30 лет, женщины объясняют стрессовыми ситуациями, одиночеством, отсутствием работы, профессии, пьянством мужа, распадом семьи, конфликтами в семье. Заметную роль играет фактор доступности спиртного.

Также следует подчеркнуть, что в 2009 году женщин, поступивших в наркологическое отделение с алкогольными психозами, не было. В 2010 году пролечено 5 женщин с алкогольными психозами. В последнее время появились психозы смешанного генеза, зачастую у женщин, страдающих психопатологией. Увеличение количества психозов, по нашему мнению, связано с низким материальным уровнем больных, безработицей, что ведет к неполноценному питанию, ослаблению организма, присоедине-

нию сопутствующих заболеваний, а при дополнительных вредностях (употребление чаще всего дешевого вина, суррогатов алкоголя, спирта) к нарушению обменных процессов в организме особенно витаминного.

Характер этих данных позволяет сделать выводы.

Выводы

На основании изученного материала можно сделать выводы, что алкоголизм чаще развивается у женщин с низким образовательным уровнем, с узким кругом интересов, находящихся в неблагоприятной малокультурной среде, хотя в последнее время появилась тенденция к формированию алкоголизма у женщин с высшим образованием.

Наиболее опасным «критическим» периодом для развития алкоголизма у женщин следует считать возраст 21-30 лет, когда в большинстве случаев стабилизируется положение в обществе и семейные отношения.

Отмечается рост числа больных женщин, поступивших на стационарное лечение алкогольными психозами.

Большая часть пролеченных женщин нигде не работает, некоторые из них ведут асоциальный образ жизни.

У большинства женщин имеет место отсутствие критики к заболеванию, поэтому они поздно обращаются за наркологической помощью, а если и обращаются, то чаще всего по инициативе родственников.

Список литературы:

1. *Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – М.: Медицина, 1990.*
2. *Лисицин Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. – М.: Медицина, 1990.*
3. *Отчетные форма и таблицы по наркологии: Форма № 37 - Отчет о континентах больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными потреблением психоактивных веществ (ПАВ), таблицы № 1000, 2100, 2500, 2700.*
4. *Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. – М., 1990.*

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

К ВОПРОСУ О ПРОФИЛАКТИКЕ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А.А. Абетова

Актуальность исследования

Осуществление профилактики *аутоагрессивного поведения* при алкоголизме включено в общую программу антиалкогольных мероприятий: больные алкоголизмом со склонностью к суицидам и повторным самоповреждениям выделяются в особую группу наблюдения с активным патронажем по истечении трех дней после выписки из наркологического стационара [12]. К сожалению, констатирует Баттегей (Battegay, 1991), парасуициденты – алкоголики и наркоманы только в 17,2% - 24,5% случаев госпитализируются, так что основная превентивная нагрузка ложится на амбулаторное звено. В этой связи, по мнению Е.Г. Трайниной (1987), необходима диспансеризация алкогольных аутоагрессантов на основе 3-этапной структуры наркологического сектора (амбулаторное и стационарное звенья и психотерапевтический клуб). Автор также рекомендует различные схемы психотропного лечения аутоагрессантов в зависимости от ведущей клинической симптоматики, приводящей к аутоагрессивному акту. Среди рекомендуемых психотерапевтических мероприятий автор выделяет методы, направленные на выработку устойчивой, антиалкогольной и антисуицидальной позиции, ценностную переориентацию личности суицидентов в рамках групповой, семейной психотерапии и аутотренинга.

Существующие методики лечения алкоголизма игнорируют подход к алкоголизму как к потенциально-смертельному заболеванию (Meehan, 1990), что, возможно, связано с культурально-психологическим феноменом отрицания смерти вообще (Аръес, 1992). В силу этого профилактические подходы к больному алкоголизмом как к потенциальному аутоагрессанту нивелированы и активизируются лишь во время горячего периода вслед за активным аутоагрессивным актом. Несмотря на признание то факта, что больные алкоголизмом и их родственники, обращающиеся за помощью в наркологический диспансер, уже находятся в состоянии психологического кризиса (Гриненко, 1991) и даже после купирования абстинентного синдрома испытывают депрессию, чувство вины и опустошенности жизни. И все же большинство популярных методик терапии и психотерапии алкоголизма основаны на использовании страха смерти, умирания или физического разрушения. Имеются в виду методики тетурамо-терапии, имплантация препарата «Эспераль», эмоционально-стрессовые методики (Рожнов, 1996), в том числе

«кодирование» по А.Р. Довженко (1988а, 1988б) и его разновидности, а также варианты общения с пациентом, направленные на повышение мотивации, убеждающие его в разрушительном действии алкоголя на организм или создающие «психотерапевтическую ятрогению». Данные методики в основном адресуются к эмоционально-инстинктивной сфере пациентов без прояснения уже существующей аутоагрессивной модели поведения, и, будучи примерны неумело или неквалифицированно, например, без учета противовеса смертельному запрету в виде «раскодирования», сами по себе могут стимулировать выпивку как символический суицидальный акт.

Основная задача традиционного антиалкогольного лечения – это подавление различными способами (психофармакологическими и психотерапевтическими) патологического влечения к алкоголю с формированием стойкой ремиссии (Бокий, Цицарев, 1983; Альтшулер, 1994), то есть существование вне токсического действия этанола, пусть даже сама ремиссия рассматривается как «форма проявления болезни в отсутствие интоксикации» (Портнов, Пятницкая, 1973). Хейсин с соавт. (Hasin et al., 1988) сравнивая отдаленные последствия лечения больных алкоголизмом и злоупотребляющих наркотиками, совершивших суицидальную попытку в анамнезе, приходят к выводу, что продолжение злоупотребления этанолом и наркотиками парасуицидентами является фактором риска завершённой суицидальной попытки в будущем. В силу этого очевидно, что эффективная превенция аутоагрессивного поведения у больных алкоголизмом немислима без адекватной терапии основного заболевания. С другой стороны, терапия, имеющая целью подавление влечения к алкоголю, должна учитывать и общую аутоагрессивную направленность больных алкоголизмом, проявляющуюся в неожиданном фатальном суициде как без клинических признаков суицидального поведения (Mojestin, 1986), так и без активных или терапевт-индуцированных высказываний желания умереть (Nielsen, Stenager, Brahe, 1993). Понимание этой тенденции особенно актуально, поскольку пользователи наиболее распространенных психотерапевтических методик для лечения больных алкоголизмом настроены на манипулирование темой смерти или тяжелого физического расстройства в результате употребления алкоголя на фоне терапевтического (внушенного или фармакологического) запрета [6, 16, 21, 26].

Стратегия помощи при аутоагрессивной тенденции

1. Выслушивайте – «Я слышу тебя». Не пытайтесь утешить словами типа: «Не все так плохо, вам станет лучше, не стоит этого делать». Дайте ему возможность высказаться. Задавайте вопросы, внимательно слушайте.

2. Обсуждайте - открытое обсуждение планов и проблем снимает тревожность. Не бойтесь говорить об этом – большинство людей чувствует неловкость, говоря о своих проблемах (особенно о самоубийстве), и это проявляется в отрицании и избегании этой темы. Беседы не могут усугубить состояние клиента, тогда как избегание этой темы увеличивает тревожность, подозрительность к психологу.

3. Будьте внимательны к косвенным показателям. Каждое шутливое упоминание или угрозу следует воспринимать всерьез. Подростки часто отрицают, что говорили всерьез, пытаются высмеивать психолога за его излишнюю тревожность, могут изображать гнев. Скажите, что Вы принимаете их всерьез.

4. Задавайте вопросы - обобщайте, проводите рефрейминг – «такое впечатление, что ты на самом деле говоришь о...», «большинство людей задумывалось о самоубийстве...», «ты когда-нибудь думал, что совершишь это?». Если Вы получаете утвердительный ответ, переходите на конкретику: «Пистолет? А ты когда-нибудь стрелял? А где ты его возьмешь? Что тогда произойдет? А что, если у тебя дрогнет рука, и ты промахнешься? Кто тебя найдет? Ты думал о своих похоронах? Кто на них придет?». Недосказанное, затаенное Вы должны сделать явным. Помогите подростку открыто говорить о своих замыслах.

5. Подчеркивайте временный характер проблем. Признайте, что его чувства очень сильны, проблемы сложны – узнайте, чем Вы можете помочь. Поскольку он Вам уже доверяет, узнайте, кто еще мог бы помочь ему в этой ситуации.

6. Если Вам необходимо уехать, назначьте четкое время встречи по возвращении. Можно использовать открытки, письма, телефонные звонки.

Профилактическая беседа при суициде

Беседа с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, - дело чрезвычайно тонкое специфичное и требует тщательной предварительной подготовки. Но порой обстоятельства складываются таким образом, что проводить беседу необходимо безотлагательно.

Как показывает опыт работы с суицидентами [18], для того чтобы беседа прошла эффективно, она должна быть построена определенным образом и складываться из нескольких последовательных этапов, каждый из которых имеет свою специфическую задачу и предполагает использование специальных приемов. Но прежде чем изложить основные правила профилактической беседы, сделаем несколько предварительных замечаний. Они касаются деталей,

частностей, однако следует помнить, что для человека, находящегося в состоянии психологического кризиса, мелочи, детали играют порой не менее важную роль, чем веские логические доводы.

Приглашение на беседу

Ни в коем случае нельзя вызывать к себе человека на беседу через третьих лиц. Приглашение необходимо сделать обязательно лично, желательно с глазу на глаз. Лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-либо несложной просьбой или поручением, выполнение которого даст повод для встречи.

Место беседы

Можно, конечно, провести разговор в служебном кабинете, но предпочтительнее организовать его не в столь «формальном» месте. Главное - отсутствие посторонних. Никто не должен прерывать разговор, сколько бы он не длился.

Поведение во время беседы

В ходе беседы старайтесь не делать никаких записей или ограничивайтесь краткими пометками. Не посматривайте на часы и тем более не выполняйте каких-либо попутных дел. Будьте предельно внимательным, предельно заинтересованным собеседником. Покажите, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет.

Правила оказания первичной психологической помощи

Стремясь оказать человеку первичную психологическую помощь важно соблюдать следующие правила:

- будьте уверены, что Вы в состоянии помочь;
- набирайтесь опыта у тех, кто уже был в такой ситуации;
- будьте терпеливы;
- не старайтесь шокировать или угрожать человеку, говоря «Пойди и сделай это»;
- не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: «Вы так чувствуете себя, потому, что...»;
- не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: «Вы не можете убить себя, потому что...»;
- делайте все от Вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

Рекомендации по проведению беседы

- а) разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе;
- б) уделять все внимание собеседнику, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол;
- в) пересказать то, что собеседник рассказал вам, чтобы он убедился, что вы действительно поняли суть услышанного и ничего не пропустили мимо ушей;
- г) дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он;

- д) говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства;
- е) произносить только позитивно-конструктивные фразы («мгновенный рефрейминг»).

Таким образом, для проведения профилактической беседы с индивидом, находящимся в состоянии психологического кризиса, можно предложить определенное ее построение с выделением основных этапов. Однако возможно, что беседа пойдет в другом направлении, этапы могут меняться местами, совмещаться и т.п., так как любая схема несет в себе элемент условности. Творческое применение методики, искреннее желание помочь человеку в беде, удержать его от рокового шага должно быть главным ориентиром в работе. В результате такой беседы составляется антисуицидальный контракт с последующей психокоррекционной работой с пациентом.

Рекомендации психотерапевту при работе с суицидентом

- проводите тщательный анализ степени суицидального риска, не полагайтесь на собственную интуицию;
- оцените степень импульсивности характера (отсутствие суицидального плана в настоящее время у импульсивных людей не говорит о невысокой степени суицидального риска);
- проявляйте интерес, но не оценивайте, не осуждайте и не пытайтесь переубедить;
- задавайте вопросы прямо, в искренней и спокойной манере; используйте технику активного слушания;
- особенность человека, склонного к самоубийству – амбивалентное отношение к жизни: поиск пути к смерти и желание жить (человек ищет помощи, говоря о том, что хочет умереть);
- выясните, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника (суицидальный план, время и место исполнения, суицидальные мысли и попытки в прошлом, самостоятельная оценка вероятности суицида);
- определите, от какой проблемы или клубка проблем человек хочет сбежать в небытие;
- организуйте лавину обрушившихся проблем в обозримые проблемные блоки, установите их приоритет;
- будьте очень убедительным в выстраивании перспектив выхода из тупика (директивная позиция);
- определите потенциал внутренних (инстинкт самосохранения, интеллект, социальный опыт, коммуникативный потенциал, позитивный опыт решения проблем) и внешних (поддержка семьи, друзей, приверженность религии и др.) ресурсов;
- побудите его высказывать свои чувства, связанные с проблемной областью;

- обсудите, чем человек будет занят в ближайшие часы и дни, с кем и где проведет это время;
- будьте доступны для человека с высоким риском суицидального поведения в любое время (дайте знать об этом ребенку, сообщите ему свой номер телефона);
- если вы поняли, что имеете дело с депрессивным пациентом, подключайте специалистов-смежников;
- будьте готовы к психотерапевтической работе на длительное время;
- человек с любыми признаками суицидальной активности должен находиться под постоянным неназойливым и тактичным наблюдением специалистов.

Терапевтический алгоритм заключения антисуицидального контракта

Антисуицидальный контракт:

«Заключен между Ф.И.О. (пациента) и врачом-психотерапевтом (Ф.И.О.) (дата) и заключается в нижеследующем:

Я, Ф.И.О. пациента), обязуюсь в течение срока терапии и далее (оговаривается срок контракта) не предпринимать попыток самоубийства и попыток самоповреждения, какие бы обстоятельства не сложились.

Я, (Ф.И.О. психотерапевта), приветствую данное решение моего пациента и доверяю ему. Со своей стороны я буду оказывать ему необходимую психотерапевтическую помощь.

Подписи сторон».

В конце записки добавляется следующий текст: «Я также обязуюсь не предпринимать каких-либо действий против моей жизни и здоровья».

Нужно просить пациента произнести вслух последнюю фразу, оставаясь во Взрослом эго-состоянии (состояние «Нормативного Я» по Ю.В. Валентину). При этом активно конфронтировать скептицизм, «юмор висельника» или автоматическую скороговорку Ребенка, предлагая пациенту повторять эту фразу несколько раз до тех пор, пока собственный Взрослый психотерапевта не убедится в рациональной искренности заявления пациента. При этом психотерапевт вслух благодарит пациента за его непростое решение, еще раз не подтверждает, что полностью доверяет его осознанному выбору.

Следует также внимательно прочитать текст контракта вместе с пациентом на предмет выявления описок и неточностей типа «Я также никогда не обязуюсь предпринимать...», свидетельствующих о внутреннем сопротивлении пациента.

Терапевтический алгоритм заключения контракта

1. Формирование рабочего альянса (например, в ходе терапевтического интервью).

2. Прояснение деструктивных тенденций в психике.
3. Разговор с «нормативным Я» или «Взрослым» пациента в ходе недирективного (непатерналистского) контакта «Врач - Пациент».
4. Обсуждение с пациентом необходимости заключения контракта с акцентом на нужности этой процедуры не только для пациента, но и для врача, чтобы спокойно (без тревоги и страха) работать, касаясь, может быть, болезненных и травмирующих психику пациента тем.
5. Прояснение и терапевтическая проработка сомнений пациента.
6. Обсуждение процедуры написания контракта, его формы и текста.

7. Написание контракта (пишет пациент под копиру в двух экземплярах – себе и врачу).
8. Вербализация написанного, поддержка, акцент на проявлении доверия непростому решению пациента.

Критерии эффективности контракта

Понятно, что самым главным критерием эффективности антисуицидального контракта и контракта на несамоповреждение является отсутствие в обозримом будущем суицидальных и аутоагрессивных действий. Другим критерием является бережное отношение к своему физическому здоровью и телу, основывающееся на знании негативных сценарных моментов.

Список использованной литературы:

1. Агапов Д.С. *Практические рекомендации по профилактике аутоагрессивного поведения в ОВД // Материалы конференции УССО СКО «Аутоагрессивное поведение сотрудников ОВД» - 2009.*
2. Акопов Г.В. и др. (ред.) *Методы профилактики суицидального поведения.* – Самара-Ульяновск, 1998.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. *Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации.* – М., 1980.
4. Амбрумова А.Г., Бородин С.В., Михлин А.С. *Предупреждение самоубийств.* – М., 1980.
5. Бек А., Раиш А. И др. *Когнитивная терапия депрессий.* – СПб.: Питер, 2003.
6. Ваисов С.Б. *Наркотическая и алкогольная зависимость. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков.* – СПб.: Наука и техника, 2008. – 272 с.
7. Ведрин Ж., Вебер Д. *Можно ли оценить риск суицида? // Социальная и клиническая психиатрия.* – М., 2004. - № 3. - С. 69-72.
8. Гишинский Я.И. *Самоубийство как социальное явление. Проблемы борьбы с девиантным поведением.* – М., 1989.
9. Гишинский Я.И., Юнацкевич Я.И. *Социологические и психологические основы суицидологии.* – СПб., 1999.
10. Голант М., Голант С. *Если тот, кого вы любите, в депрессии. Помогите себе - помогите другому.* – М.: Институт психотерапии, 2001.
11. Горская М.В. *Диагностика суицидального поведения у подростков // Вестник психосоциальной работы.* - 1994. - № 1. - С. 44-52.
12. *Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / Сост. А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко.* – М., 1981.
13. *Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / Сост. А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко.* - М., 1980.
14. Дюргейм Э. *Самоубийство: Социологический этюд.* – М., 1994.
15. Дюркгейм Э. *Самоубийство // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах.* - М., 2001. - С. 241.
16. Захаров Н.П. *Психотерапия пограничных расстройств и состояний зависимости.* – М.: ДеЛи принт, 2004. – 288 с.
17. Игумнов С.А. *Клиническая психотерапия детей и подростков. Справочное пособие.* - Мн., 1999.
18. Конанчук Н.В. *Первый психотерапевтический контакт после суицида. Психогигиена и психопрофилактика.* – Л., 1983.
19. Моховиков А.Н. *Телефонное консультирование.* - М., 1999.
20. Погодин И.А. *Психология суицидального поведения.* – Мн., 2005.
21. Полищук Ю.И. *О спорном понимании самоубийства как психологического явления // Вопросы психологии.* - М., 1994. - № 1. - С. 128-130.
22. Помро К. *Суицидальное поведение в юношеском возрасте // Социальная и клиническая психиатрия.* – М., 2005. - № 3. - С. 63-68.
23. Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д.Й. *Самоубийство подростков.* – М.: Медицина, 2000.
24. Старшенбаум Г.В. *Суицидология и кризисная психотерапия.* – М., 2005. - 376 с.
25. Хухлаева О.В. *Основы психологического консультирования и психологической коррекции: Учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений.* – М.: Издательский центр «Академия», 2001. – 208 с.
26. Шустов Д.И. *Аутоагрессия, суицид и алкоголизм.* – М.: «Когито-Центр», 2004. – 214 с.

К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ НАРКОМАНИИ В КАЗАХСТАНЕ

О.М. Агурьева

врач терапевт 1 категории, г. Павлодар

Употребление подростками и молодежью наркотических психоактивных веществ (ПАВ) представляет собой серьезную проблему современного общества Казахстана. Проблема употребления молодежью и подростками наркотических психоактивных веществ косвенно или напрямую затрагивает практически каждого пятого жителя нашего государства. Ухудшение состояния здоровья молодого населения страны, распространение курения, употребление алкогольных напитков и наркотиков достигло критического уровня, и дальнейшее нарастание этих тенденций может вызвать необратимые последствия [1].

Наркомания – это заболевание, которое выражается в физической или психической зависимости от наркотиков, неопределимом влечении к ним, что постепенно приводит организм к физическому и психическому истощению. Наркомания и алкоголизм имеют острые социальные последствия: совершаются преступления и аморальные поступки, происходит деградация личности и населения в целом, увеличивается смертность особенно среди молодежи, развиваются и передаются заболевания, увеличивается рождаемость больных и неполноценных детей, распадаются семьи. Именно несовершеннолетние, дети и подростки, быстрее и чаще подвержены вышеперечисленным негативным социальным явлениям современного общества. Поэтому проблема наркомании является актуальной в нашей стране [1].

Причин и условий, способствующих приобщению подростка к наркотикам, довольно много и знание основных из них должно помочь в целенаправленной профилактической работе. Журавлева Л.А. выделяет следующие причины и факторы, способствующие развитию наркотической зависимости у детей и подростков.

1. Социальные факторы:
 - неблагополучная семья (алкоголизм или наркомания родителей, низкий жизненный уровень, отсутствие эмоционального контакта, неполная семья);
 - широкое распространение злоупотребления психоактивными веществами в данной местности;
 - активная пропаганда в средствах массовой информации направлений молодежной субкультуры, связанных с потреблением наркотиков и токсических веществ;
 - неадекватная молодежная политика, отсутствие реальной программы досуга, занятости несовершеннолетних;

- проживание в районах с низким имущественным цензом (районы «городского дна»).
- 2. Конституционально-биологические причины: наследственная отягощенность психическими и/или наркологическими заболеваниями.
- 3. Традиционные: культуральное потребление психоактивных веществ в данной местности.
- 4. Индивидуально - психологические факторы:
 - подражание старшим или авторитетным сверстникам;
 - попытка нейтрализовать отрицательные эмоциональные переживания;
 - стремление соответствовать обычаям значимой для подростка группы сверстников;
 - аномальные черты личности (гедонизм, авантюризм, возбудимость, завышенная или заниженная самооценка, повышенная комфортность, неустойчивость характера);
 - протестные реакции («назло»), направленные против старших (родителей, педагогов);
 - самодеструктивное поведение;
 - любопытство;
 - подчинение давлению и угрозам [2].

Первые исследования наркомании осуществлялись в 20-е годы XX века. Такие авторы, как А.М. Раппорт (1924), М.Н. Гернет (1923), А.С. Шоломович (1926), Ю.П. Лисицын (1922), А.А. Герцензон (1920) и др. разрабатывали методики обследования потребителей наркотиков, устанавливали тесную связь наркотизации с социально-бытовыми условиями, а также искали пути профилактики этого вида социальной патологии. Однако занимались данной проблематикой в основном не социологи, а психиатры, наркологи, юристы (Бориневич В.В., 1923; Стрельчук И.В., 1927; Готланд Я.Г., 1929; Николаева А.П., 1923; Орлов М.Ф., 1929; Бабаян Э.А., 1925; Гонопольский М.Х., 1924; Битенский В.С., 1925; Личко А.Е., 1922; и др.). При этом важной особенностью исследований проблемы на данном этапе являлось то, что помимо анализа наркологических, психологических аспектов проблемы, рассматривались социальные факторы употребления наркотиков. Например, проблемам подростковой наркомании посвящены работы В.С. Битенского (1925), А.Е. Личко (1922), Г.Я. Лукачкер (1923), Т.В. Ивановой (1928), где, помимо изучения влияния различных наркотических веществ на организм и психику подростков, имел место анализ микросоциальных процессов в подростковой среде (употребление наркотиков в асоциальных подростковых группах), связи наркомании с проблемами семьи и т.п., а также вопросов профилактики.

В исследовании А.А. Габияни (1977) путем анкетирования, интервьюирования, экспертных оценок были детально проанализированы социально-демографические характеристики потребителей наркотиков, бытовые условия их жизни, различные обстоятельства потребления наркотических веществ; разрабатывались также направления антинаркотической работы [6].

У преобладающего большинства детей и подростков отсутствует превентивная психологическая защита, ценностный барьер, препятствующий приобщению к психоактивным веществам. Несовершеннолетний, начинающий принимать наркотики, оказывается в сложной социально-психологической ситуации – с одной стороны, мощный прессинг рекламных предложений нового стиля жизни, связанного с наркотизацией, новых ощущений в сочетании с доминирующими у подростка мотивами любопытства и подражания, с другой – безучастность или некомпетентность сверстников, педагогов, родителей. На наркоманию – как форму девиантного поведения – влияет наложение множества факторов: макро- и микросоциологических, объективных и субъективных, социальных, социально-психологических и индивидуально-личностных [3].

Распространение и потребление наркотических средств имеет явную и скрытую формы. Явная выражена в официально зарегистрированной части подростков и молодежи. Это лица, находящиеся на учёте в учреждениях здравоохранения в связи с прохождением лечения, а также уличенные в наркотических преступлениях соответствующими подразделениями ОВД. Анализ ситуации, связанной с потреблением подростками и молодежью наркотических средств, свидетельствует, что их явная часть – количество состоящих под диспансерным наблюдением – составляет в лучшем случае четверть от общего числа злоупотребляющих. Истинное число приобщающихся к потреблению наркотических средств или больных наркоманией известно лишь в самых общих чертах и с определенной степенью вероятности, поскольку сюда входят как те, кто лечится неофициально или самостоятельно, так и те, кто вообще не выявлен [4].

Согласно официальной статистике, в 1986 году в Казахстане было зарегистрировано около 10 тыс. лиц, употребляющих наркотики. Сегодня же, по данным экспертных организаций, число потребителей наркотических и психотропных веществ составляет порядка 50 тыс. человек. По данным, распространенным ОФ «Право» (2010 г.), в Казахстане каждый третий подросток употреблял наркотик хоть раз в жизни, каждый десятый употребляет их время от времени – для развлечения, от скуки или от безысходности. За помощью обращается меньше половины наркозависимых, из которых излечивается только два процента. Таким образом, за 7 последних лет количество лиц, злоупотребляющих наркотическими

средствами и психотропными веществами, увеличилось почти в 5 раз.

По данным Комитета по борьбе с наркоманией и наркобизнесом Министерства юстиции РК в республике из общего числа наркозависимых на учете состоят 1 682 несовершеннолетних лица, зависимых от наркотиков. В текущем году 229 преступлений по факту незаконного оборота наркотиков совершено подростками.

Сегодня точный учёт наркотизации подростков и молодежи ведётся в диспансерах на стадии, когда за помощью обращаются преимущественно больные наркоманией. В этом случае под учёт подпадают только те, кто обратился в государственное учреждение, в то время как многие прибегают к помощи частных врачей либо лечатся сами. Что касается правоохранительных органов, то они учитывают преступников, организующих и реализующих незаконный оборот наркотических средств, психотропных препаратов.

У лиц, потребляющих наркотические средства ежедневно, доминирует другой источник – «профессиональные» продавцы в розницу. Это ещё одно свидетельство того, что на начальной стадии наркомафия приобщает детей и подростков к наркотическим средствам через знакомых и друзей. После достижения цели – наркозависимости подростка – он становится клиентом «профессионального» розничного наркоторговца. По месту учебы или работы наркотические средства или психоактивные вещества потребляют немногие [5]. Друзья и знакомые в качестве источника наркотических средств и психоактивных веществ чаще всего доминируют на начальной стадии потребления; у лиц, пробующих впервые и потребляющих наркотические средства, – относительно редко.

Рассмотрим подробнее опыт по профилактике наркомании в Республике Казахстан (далее в контексте – РК). По данным Агентства РК по статистике [7], в 2005 году в Казахстане проживало 15 миллионов 75 тысяч человек, из которых 48,1% составляют мужчины и 51,9% – женщины. Дети до 4-х лет составляют 7,8% населения страны, 16,8% – это дети от 5 до 14 лет, молодежь от 15 до 29 лет составляет 27,6%. Число наркоманов в стране растёт с каждым годом, особенно в столице – городе Астане. В частности, если в 2004 году в Астане на учете состояли 2 439 человек, то в 2005 году – более 2900. А по данным Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании, в 2007 году зарегистрировано 383 случая заболевания на 100 тысяч населения. Это незначительно, но все же меньше, чем в 2006 году [8]. Что вселяет некую надежду на то, что зло победимо.

При лечении наркомании среди подростков только медикаментозная помощь даёт четыре процента ремиссии. В то время как лечение вообще без медикаментов приносит 5-процентный результат [8].

Терапия наркозависимых лиц должна состоять из пяти этапов. Первый этап – это первичная медика-

ментозная помощь и грамотная профессиональная мотивация. То есть на этом этапе специалист должен заставить человека захотеть избавиться от проблемы. Эту ступень человек может пройти и за несколько недель, и за несколько лет. Второй этап – фармакотерапия. После этого следует этап психотерапии и реабилитации, который длится около двух месяцев (3 этап). Четвертый этап – этап социальной реабилитации – обычно становится завершающим. Последнего этапа – противорецидивной терапии – в стандартном курсе лечения, к сожалению, нет [9]. Может быть, поэтому случаются рецидивы и через пять, и через семь лет после излечения. Так что работать есть над чем. Но показатели ремиссии, которых удалось добиться в республиканском центре, – 21-23%, считаются неплохими.

По оценкам экспертов, каждый наркозависимый вовлекает в употребление наркотиков 13-15 человек в год. Средний возраст приобщения к наркотикам в Казахстане – около 17 лет.

Среди зарегистрированных ВИЧ-инфицированных за 3 месяца 2008 года 60% составили потребители инъекционных наркотиков [9].

Так как здоровье зависит не только от качества медицинского обслуживания, но и в первую очередь – от осознания личностью ценности и значимости хороше-

го самочувствия и физической формы. Если в сознании индивида не заложена мотивация на укрепление здоровья, то при лечении возникших заболеваний усилия врачей могут оказаться напрасными. Такой индивид, вероятнее всего, не будет выполнять предписания и рекомендации медицинских специалистов, будет занимать пассивную позицию в лечении.

В связи с этим, необходимо учитывать, что комплексные программы по укреплению здоровья населения не будут достаточно эффективными без привлечения такого механизма формирования общественного мнения, как средства массовой информации. Бесспорно, на формирование мировоззрения личности влияют такие социальные институты, как семья, образование, здравоохранение и др. И немаловажная роль в пропаганде здоровья, здорового образа жизни отводится средствам массовой информации (СМИ).

Проблема наркомании в Казахстане была и остается актуальной уже долгие годы. И, несмотря на все агитационные мероприятия вроде «Молодежь против наркотиков», наркозависимых лиц не становится намного меньше. Впрочем, усилия специалистов не пропадают даром. Небольшие результаты по лечению наркозависимых все же имеются. И хочется верить в то, что проблема наркомании среди молодежи в Казахстане будет решена в ближайшие годы.

Список литературы:

1. Гришко, А.Я. О наркомании среди подростков / А.Я. Гришко // *Социологические исследования*. - 1989. - № 2. - С. 36-37.
2. Кириллов, И.Н. Отношение учащихся к употреблению спиртных напитков и токсических веществ / И.Н. Кириллов, Ю.В. Шиленко // *Социологические исследования*. - 1992. - № 4. - С. 42-43
3. Журавлева Л. А. Факторы и условия наркотизации молодежи / Л. А. Журавлева // *Социс*. - 2000. - № 6. - С. 43-48.
4. *Методические рекомендации для организаторов педагогической профилактики наркомании в школе*. - Ростов на Дону: Минобразования Ростовской области, 2001.
5. Информационно-публицистический ресурс НАРКОТИКИ.РУ – 2005. // URL: www.narkotiki.ru .
6. Страна на игле // *Деловая жизнь*. - 2004. - № 3-4. - С. 13.
7. Гарашкина Н.В. *Технология социальной работы: Учебно-методическое пособие*. - Изд-во ТГУ им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, 2004. - С. 157.
8. В Казахстане женщин больше, чем мужчин // *Караван*. - 11 ноября 2005. - № 45 (809). - С. 22.
9. <http://www.pharmnews.kz>

УДК 616.89-008.441.13

РАЗРУШАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ АЛКОГОЛЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Г.Б. Базарбекова, О.М. Агурьева,
Б.А. Мукаева, А.А. Садырбалина

г. Павлодар

Алкоголизм – это заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков, характеризующееся патологическим влечением к ним, развитием психической (непреодолимое влеч-

ение) и физической зависимости (появлением абстинентного синдрома при прекращении употребления). В случаях длительного течения болезнь сопровождается стойкими психическими и соматичес-

кими расстройствами. Алкоголизм – это сочетание нарушений в организме, затрагивающих как психику, так физическое здоровье, появляющихся под действием длительного систематического распития алкогольных напитков. Этанол, а также вещества, выделяющиеся при его переработке, оказывают разрушающее влияние на тело, в общем, не обходя ни одну систему. Хроническая форма заболевания бьет по сердцу, печени, почкам и кровеносным сосудам. Далее будет рассмотрен путь спиртного в организме человека и его действие на органы и ткани [1].

Этанол попадает в кровь из стенок желудка, а также тонкой кишки. Это вещество беспрепятственно проходит сквозь клеточные оболочки и моментально проникает в кровь, распределяясь по всем системам. В первую очередь попадает спирт в печень. Этот орган выделяет целый ряд веществ, разделяющих спирт до ацетальдегида, после этого до уксусной кислоты и далее на углекислый газ и воду. Функция печени очень действенна.

Если спирта в крови не слишком много, то этому органу нужно всего пару минут для выделения алкоголя из крови. Но если в организм попало много этанола, возможностей данного органа недостаточно, в организме скапливаются не переработанные вещества, которые очень тяжело влияют на работу нервной системы.

Этиловый спирт провоцирует эйфорию, наркотическое действие, увеличивает способность к общению, уменьшает способность человека к самокритике, создает психологический комфорт. Вещество это влияет на нервную систему человека, подавляя опиатные структуры головного мозга, которые отвечают за восприятие боли, поэтому после употребления спиртного многие люди меньше ощущают боль. Чем больше ацетальдегида в крови человека, тем более подавляющее влияние вещество оказывает на работу головного мозга, вплоть до развития алкогольной комы (впадение в беспамятство, с потерей чувствительности и уменьшением рефлексов). Если человек постоянно пьет спиртное, организм постепенно адаптируется к этанолу и начальные количества не приводят к ожидаемому результату – в организме вырабатывается невосприимчивость к спиртному [2].

Для детей и подростков зависимость от алкоголя оказывает отрицательно влияние на нормальное развитие и созревание, приобретение социальных, образовательных и профессиональных навыков. Основные признаки и симптомы: депрессия, суицидальные мысли или попытки, уход из семьи, вызывающее поведение, жестокость и стремление к разрушению, низкая успеваемость в школе, беспорядочная половая жизнь, скудность интересов и увлечений, неустойчивость настроения. Пожилые люди более чувствительны к влиянию алкоголя. Алкоголизм ча-

сто не диагностируют; симптомы крайне вариabельны и могут быть отнесены на счёт хронических заболеваний или деменции [4].

Мужчины болеют алкоголизмом в 5 раз чаще. Женщины более склонны к одиночному пьянству, но алкоголизм развивается быстрее.

Больные выглядят старше своих лет, волосы тусклые. Лицо пастозное, розоватого цвета. При воздержании лицо становится бледным, и проступают телеангиэктазии на крыльях носа, щеках, шее, верхней части груди. Тургор кожи снижен. Тонус мышц восстанавливается при приёме спиртного

Больной подвержен изменению в поведении. Психологическая и социальная дезадаптация, волевая распушенность, небрежность в одежде, нечистоплотность. Проблемы в семейной жизни (разводы, раздельное проживание супругов). Тревога, депрессия, бессонница. Психологический и физический дискомфорт, исчезающий после приёма алкоголя.

Данная проблема стала особенно актуальна для нашей страны в последние 5-6 лет, когда в связи с политическими и экономическими реформами количество больных этим недугом резко возросло.

Этиология

В формировании алкогольной зависимости решающую роль играют следующие факторы:

- 1) социальные факторы: культурный и материальный уровень жизни, стрессы, информационные перегрузки, урбанизация;
- 2) биологические: наследственная предрасположенность; по данным В.Б. Альтшуллера, до 30% детей, чьи родители злоупотребляли алкоголем, могут стать потенциальными алкоголиками;
- 3) психологические: психоэмоциональные особенности личности, способность к социальной адаптации и противостоянию стрессам.

По нашему мнению, доминирующим фактором, в связи с которым алкоголизм получил широкое распространение в Казахстане, является низкая способность к социальной адаптации у казахстанцев при переходе от одного строя к другому и резкое изменение социального положения населения [8].

В патогенезе алкоголизма по Стрельчуку выделяют три стадии:

- 1 стадия – компенсированная;
- 2 стадия – наркоманическая;
- 3 стадия - терминальная или стадия декомпенсации.

Грозными признаками начала заболевания на 1 стадии служат: главный симптом - непреодолимая тяга к употреблению алкоголя, потеря «чувства меры» по отношению к количеству выпитого спиртного, формирование толерантности к алкоголю и лёгкой формы абстинентного синдрома.

После принятия больших доз алкоголя возникает амнезия, снижается трудоспособность. В 1 стадии формируется лишь психическая зависимость. Уже в это время возможны нарушения функционирования некоторых систем органов: часто наблюдаются алкогольные кардиомиопатии, описана неврастеническая симптоматика - нарушения сна, утомляемость, беспричинные колебания настроения.

Во 2 стадии болезненное влечение к алкоголю усиливается. Этому сопутствуют нарастающие психические изменения: концентрация всех интересов на алкоголе, эгоцентризм - крайняя форма индивидуализма и эгоизма, притупление чувства долга и других высших эмоций, беспечность, эмоциональное огрубление. Характерной особенностью второй стадии является окончательное формирование абстинентного синдрома. Кроме того, во второй стадии продолжается и достигает максимума рост толерантности к алкоголю, начавшийся в первой стадии. По данным А.С. Боброва, из 1026 пациентов, длительно страдающих алкоголизмом (вторая стадия), 78% требовалось для достижения состояния опьянения принять внутрь не менее 500 мл водки. Из соматических расстройств наблюдаются: алкогольная жировая дистрофия и даже цирроз печени; со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) - гастриты, панкреатиты.

В третьей стадии на первый план выдвигаются признаки психического оскудения, соматического одряхления и падения толерантности к алкоголю (что зачастую мы видим у лиц БОМЖ). Амнезия случается даже при приёме малых доз алкоголя. При этом меняются как характер опьянения, так и характер влечения к алкоголю, который из предмета смакования превращается в средство поддержания жизнедеятельности [9].

Общетоксическое действие

1. Мембраноразрушающее действие.
 - этиловый спирт нарушает состояние мембран, изменяя структуру билипидного слоя, изменяя тем самым их проницаемость, грубо нарушает систему трансмембранного транспорта.
2. Патогенное действие продуктов метаболизма этилового спирта:
 - после прохождения гематоэнцефалического барьера сивушные масла и ацетальдегид усиливают высвобождение, взаимодействуют с дофамином и норадреналином, оказывая психостимулирующее и галлюциногенное воздействие.
3. Изменение метаболизма:
 - изменяется жировой обмен - активируется липогенез, синтез холестерина.

Итог атеросклероз, жировая дистрофия печени. Ингибируется цикл Кребса, снижается глюконеогенез, что способствует гипогликемии.

Блокируется синтез белка, в результате чего развивается гипопroteinемия [10].

Эффекты воздействия на ЦНС

Выделяют две фазы действия алкоголя на ЦНС:

- 1) *фаза возбуждения* характеризуется эйфорией, ощущением бодрости и прилива сил, расторможенностью, снижением самокритичности. Во время этой фазы нарушается метаболизм нейронов коры головного мозга (КГМ), снижается количество серотонина, усиливается выделение адреналина, норадреналина, дофамина, которые в эту стадию активно метаболизируются; активируется эндогенная опиоидергическая система: происходит выделение энкефалинов, эндорфинов, благодаря чему изменяется мироощущение человека.
- 2) *фаза угнетения* - эйфория сменяется дисфорией, причиной тому снижение метаболизма норадреналина и дофамина, повышенная концентрация которых вызывает угнетение ЦНС и депрессию [11].

Механизмы развития алкогольной зависимости

Механизмы развития алкогольной зависимости до настоящего времени полностью не расшифрованы. Ранее предполагалось, что формирование зависимости связано с изменением соотношений химических веществ в мозге. В снижении уровня серотонина и морфиноподобных веществ виделась основная причина возникновения абстинентного синдрома, который является пусковым стимулом для «самостимуляции» спиртным. Однако в сопоставлении с клиническим опытом данная теория подтвердилась не полностью. Казалось бы, с внедрением в практику фармакологических препаратов, нормализующих содержание в тканях мозга серотонина, дофамина, эндорфинов, энкефалинов и рецепторов к ним проблема лечения алкоголизма должна была бы быть решена, но, как и прежде, частота рецидивов заболевания остаётся высокой. Как выяснилось недавно, кроме изменения химизма мозга, происходят перестройки его электрической активности и морфологии в образованиях, относящихся к лимбической системе. И именно совокупность химических, морфологических и электрофизических перестроек приводит к установлению стойкой алкогольной зависимости [13].

Эффекты воздействия на репродуктивную систему

Алкоголь, несомненно, оказывает вредное влияние на яички и яичники. При этом одинаково вредно как частое опьянение, так и систематический приём

значительных количеств алкоголя. Под влиянием злоупотребления алкоголем наблюдается жировое перерождение семенных канальцев и разрастание соединительной ткани в паренхиме яичек у лиц, страдающих алкоголизмом. Особой выраженностью токсического действия на железистую ткань яичка обладает пиво, которое намного легче других алкогольных напитков проникает через гематотестикулярный барьер, вызывая жировое перерождение железистого эпителия семенных канальцев.

Наряду с непосредственным токсическим действием алкоголя на яички, известное значение имеет развивающееся у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, нарушение функции печени и способности её разрушать эстроген. Известно, что при циррозе печени значительно повышается количество эстрогена как у мужчин, так и у женщин, что приводит к торможению гонадотропной функции гипофиза и последующей атрофией половых желёз.

Следует указать, что при злоупотреблении алкоголем раньше или позже, в зависимости от индивидуальных особенностей и выносливости организма, нарушается также и половая потенция, что связано со снижением условных и безусловных рефлексов, в следствие тормозного действия на подкорковые центры [14].

У женщин наблюдаются расстройства регулярности менструального цикла. Из-за токсического действия на надпочечники алкоголь ингибирует выработку в них андрогенов, обуславливающих половое влечение, расплата за злоупотребление - снижение либидо, а в далеко зашедших случаях возможно развитие вторичной фригидности. При приёме спиртных напитков во время беременности обнаруживаются тератогенные свойства, возможно формирование у будущего ребёнка генетически детерминированной наследственной склонности к алкоголизму.

Диагностические признаки

Для установления диагноза «алкоголизм» определяют наличие у больного нижеперечисленных симптомов:

- а) отсутствует рвотная реакция на приём большого количества алкоголя;
- б) потеря контроля над количеством выпитого;
- в) частичная ретроградная амнезия;
- г) наличие абстинентного синдрома;
- д) запойное пьянство.

Сегодня во многих средствах массовой информации (СМИ) используется такой термин, как «пивной алкоголизм». Некоторые специалисты не поддерживают выделение этой формы заболевания в отдельную разновидность. В среде профессионалов более склонны полагать, что это лишь ступень развития алкоголизма, обязательно влекущая за собой наступление стадии истинного заболевания. Суще-

ствует достаточно большое количество схем терапии этого заболевания, однако, ни одна из них не даёт стопроцентного результата. Нередко говорят о «кодировании», использовании определенных препаратов, уменьшающих тягу к алкоголю. Однако все эти методы действуют исключительно при внутреннем больному идеи о летальном исходе при употреблении спиртного одновременно с лекарствами. Поэтому действие подобных методов ограничено. И тогда, когда пациент заканчивает курс терапии, чаще всего он снова окунается в пьянки с не меньшим энтузиазмом [1].

В терапии алкоголизма следует изучить причину появления этой болезненной тяги. Иногда бывают эффективными специальные тренинги, консультации психотерапевтов как вместе с другими членами семьи, так и лично. Подобные консультации дают возможность обнаружить внутрисемейные проблемы. Посещение коллективных занятий эффективно благодаря тому, что у больных появляется единая цель вылечиться от тяги к спиртному. Основным моментом в лечении алкоголизма является понимание больным того, что это заболевание, а не недостаток. Нужно знать, что пациент самостоятельно не может бороться с заболеванием, категорически запрещается ставить ему в вину наличие недуга, так как подобные упреки могут лишь усугубить психологическую замкнутость больного [14].

В Казахстане больше 200 тысяч алкоголиков, сообщает корреспондент Tengrinews.kz со ссылкой на информацию, предоставленную Министерством здравоохранения (МЗ) Казахстана. «По итогам 2010 года, на наркологическом учете в Республике Казахстан с диагнозом психические поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, состояли 235 416 человек. В конце первого квартала 2011 года состояли 232 883 человека», - сообщает пресс-служба МЗ.

Кроме того, МЗ Казахстана рассматривает предложение России об изменении размера этикетки на бутылке с алкоголем. Россияне в рамках принятия первоочередных технических регламентов Таможенного союза предлагают сделать предостерегающую надпись на 20% больше. Казахстанская сторона изучает это предложение, «так как для внедрения данной нормы необходимо определить целесообразность маркировки дорогостоящих коллекционных вин, коньячных изделий и другие вопросы», - говорится в сообщении.

В Министерстве здравоохранения Казахстана в ответ на вопрос корреспондента Tengrinews.kz о том, сможет ли увеличенная предупреждающая надпись удержать граждан от чрезмерного употребления спиртного, ответили, что «предупредительная информация снизит чрезмерное употребление алкогольных напитков». Насколько и когда произойдет это

снижение, к сожалению, в ответе, подготовленном пресс-службой министерства, не сообщается [1].

По данным Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ПФЗОЖ), в Казахстане 45,4% населения употребляют алкоголь 1-2 раза в месяц. При этом распространенность употребления алкоголя среди молодежи в возрасте 20-29 лет составляет 64,4%, 15-17 лет - около 37%. Свыше полумиллиона казахстанцев зависимы от алкоголя. Только в Алма-Ате на учете в Наркологическом центре медико-социальной коррекции состоит 5317 женщин, из них 413 - девочки-подростки.

За последнее время в Казахстане наблюдается тенденция снижения пьяной преступности, но в то же время каждое 10 преступление совершается в состоянии алкогольного опьянения. В связи с этим Министерством внутренних дел Республики Казахстан (МВД РК) и его профильным Комитетом (Комитет административной полиции) принимаются комплексные меры по профилактике алкоголизма и преступлений, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения.

Алкоголизм и пьянство зачастую ведут к различного рода негативным последствиям. К примеру, только за три года в стране произошло 55 962 пожаров, при этом погибло 1 138 человек в состоянии алкогольного опьянения.

За шесть лет в РК произошло 4 833 дорожно-транспортных происшествий в «пьяном» состоянии, в которых 977 человек погибло и 7 027 получило ранения. В органах внутренних дел на профилактических учетах состоит около 126 000 лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, и 32 000 наркоманов.

Чтобы как-то решить данную проблему в Казахстане постоянно проводится профилактика пьянства и алкоголизма. Финансируются различные программы, направленные на формирование трезвого образа жизни; оказывается помощь семьям граждан, страдающих алкоголизмом; поддерживаются неправительственные организации, пропагандирующие и продвигающие здоровый образ жизни и др.

Социологами регулярно проводятся исследования по данной теме. Цель данных исследований – определить отношение опрашиваемых респондентов к алкогольным напиткам и их употреблению. Результаты социологического опроса показали следующее: негативное отношение к алкоголю высказали 38% опрошенных лиц. Из них 26% определили алкоголь как яд, отравляющий организм человека, и 12% - как слабость для ненормальных людей. Средством для расслабления и отдыха алкоголь считают 38% опрошенных лиц, и 24% данных лиц видят в нем, прежде всего, способ получения удовольствия [17].

Отношение опрашиваемых лиц к алкоголизму показало, что большинство респондентов рассмат-

ривают алкоголизм как болезнь - 49%. Как к дурной, вредной привычке относятся к алкоголизму 32% респондентов, 16% данных лиц определили алкоголизм как увлечение спиртными напитками, и лишь 3% опрошенных лиц считают алкоголизм обычной привычкой, не хуже остальных.

Отрицательное отношение к людям, страдающим алкогольной зависимостью, высказали 34% опрашиваемых лиц, считая таких людей пропащими, без стимула в жизни (25%) и опасными для окружающих (9%). Согласных с утверждением, что человек, страдающий алкогольной зависимостью - это больной человек, нуждающийся в лечении, оказалось 42% от общего числа респондентов. 24% опрашиваемых лиц считают алкоголика человеком, настроение и самочувствие которого зависит от принятия алкоголя. Как людей безответственных, легкомысленных охарактеризовали их 35% опрошенных лиц, раздражительных, неуравновешенных - 21%, заторможенных, замкнутых - 34%. И только 10% опрошенных лиц считают алкоголиков людьми веселыми и общительными.

Лечение от алкоголизма проводится в наркологических диспансерах и больницах, в специализированных отделениях и палатах психиатрических больниц врачами-наркологами и психиатрами.

Задачами лечения являются снятие абстинентного синдрома, последствий интоксикации, подавление влечения, создание невозможности (сенсбилизация, условно-рефлекторное отвращение) употреблять спиртное, изменение отношения к пьянству (психотерапевтическая переориентация, гипноз). Отказ от лечения требует принудительного направления в ЛТП. Лечение в общемедицинской сети нерезультативно. Исключение составляют острые соматоневрологические расстройства, интеркуррентные заболевания. Больным алкоголизмом противопоказано симптоматическое назначение успокаивающих и снотворных средств ввиду опасности политоксикомании.

В общемедицинской сети возможны случаи развития острого алкогольного психоза, который должен быстро купироваться введением большого в сон (вводятся внутривенно тизерцин, седуксен, элениум, другие бензодиазепины, 2-4-кратная терапевтическая доза барбитуратов; внутримышечно - галоперидол, хлорпротиксен, триседил, литические смеси с амиразином, амитриптилин; оксibuтират натрия перорально и внутривенно, хлоралгидрат в клизме). При этом необходима дегидратация и поддержание сердечнососудистой деятельности. Прогноз зависит от давности и интенсивности злоупотребления алкоголем, вида спиртных напитков, приема суррогатов, характера последствий интоксикации. Смерть наступает в результате декомпенсации жизненно важных систем в связи с запоем, эксцессом, абстинентным состоянием, интеркуррентными заболеваниями, при

которых смертность алкоголиков в 3-4 раза превышает среднюю.

Антиалкогольное лечение лишь на определенном этапе приостанавливает развитие болезни. В запущенных случаях психическая и соматоневрологическая инвалидизация нарастает, несмотря на воздержание от спиртных напитков, вследствие возникшего дефицита нейроэндокринной регуляции, глубоких расстройств обмена веществ, питания, органной патологии (атрофия мозговой ткани, дисфункция печени, поджелудочной железы и т.д.).

Прогноз не улучшается при начале злоупотребления в зрелом возрасте, так как здесь соматоневро-

логические нарушения нередко опережают развитие собственно алкогольной наркоманической симптоматики и психических расстройств.

Проблема алкоголизма для нашей страны сверхактуальна. Этиология и механизмы болезни требуют дополнительного изучения. Как известно, болезнь легче предупредить, чем лечить, поэтому кроме лечения болезни, которое на сегодняшний день не эффективно (до 80% рецидивов), требуется искоренять причины этой проблемы. Относительно простым выходом из данной ситуации было бы стать радикальное повышение цен на спиртные напитки, которое снизило бы их доступность [18].

Список использованной литературы:

1. Алкоголизм: (Руководство для врачей)/ Под ред. Морозова Г.В., В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаяна. - М.: Медицина. 1983. - 432 с.
2. Альтшулер В.Б. Алкоголизм // В кн.: Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2. - М.: Медицина. - 1999. - С. 250-338.
3. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм // В кн.: Лекции по наркологии. 2-е изд/ Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: «Нолидж». - 2000. - С. 116-134.
4. Альтшулер В.Б. Клиника алкоголизма // В кн.: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. Т. 1.- М.: Медпрактика-М, 2002. - С. 203-232.
5. Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л. Типология алкоголизма у женщин: прогредиентность, течение, прогноз. Пособие для врачей. - М.: 2004. 27 с.
6. Бабаян Э.А., Гогопольский М.Х. Наркология. - М.: Медицина, 1987. 336 с.
7. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. 2002. - № 5. - С. 50-54.
8. Кесельман Л.Е., Мацкевич М.Г. Социальное пространство наркотизма. - СПб.: Изд-во «Медпресса». - 2001. - С. 1-164.
9. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний // В кн.: Руководство по наркологии / Под ред. Н.Н. Иванца. - М.: Медпрактика-М, 2002. Т. 1. С. 8-32.
10. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я. Распространенность употребления психоактивных веществ учащимися средних специальных учебных заведений г. Москвы. // Вопросы наркологии, 1994, N 2, с.79-83.
11. Наркология /Под ред. Фридмана Л.С., Флеминга Н.Ф., Робертса Д.Х., Хаймана С.Е. - М.; СПб.: «Бином»- «Невский диалект». - 1998. - 318 с.
12. Нужный В.П., Пометов Ю.Д., Ковалева А.В., Павельев Е.В., Цутко И.В., Овчинникова Н.С., Котовская Ю.В., Огурцов П.П., Кобалава Ж.Д., Моисеев В.С. Сравнительное исследование психо-физиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка// Вопросы наркологии. - 2003. - № 2. - С. 22-35.
13. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. - Л.: Медицина. - 1988. - 288 с.
14. Шабанов П.Д. Руководство по наркологии. 2-е изд. - СПб.: Изд-во «Лань». - 1999. - 352 с.
15. Шайдукова Л.К. Алкоголизм у супругов и стабильность семьи// Казанский мед. журнал. -1993 - №5 - С.360-362
16. Шайдукова Л.К., Овсянников М.В. Феномен стигматизации в наркологической практике// Казанский медицинский журнал. - 2005. - №. 1. - С. 55-58.
17. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. Доклад. - М.: Изд-во «Оптим Групп», 2003. 87 с.
18. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма. - М.: Медицина. - 1990. - 416 с.

ТРОПИКАМИД – ГЛАЗНЫЕ КАПЛИ ИЛИ НОВЫЙ НАРКОТИК?

К.Ш. Барболова

г. Астана

Кажется, много времени прошло уже с тех лет, как ушел со сцены эфедрон – самодельный наркотик - психостимулятор из эфедрина или эфедринсодержащих лекарственных веществ типа солутана, и загубивший немало человеческих жизней; стал неактуальным коаксил (тианептин) из-за его упорного нежелания полностью растворяться в воде: вводимая коаксилы наркоманами внутривенно взвесь - молочко обладала поистине дьявольским свойством - эти нерастворенные полностью микроскопические частички вещества способствовали образованию внутрисосудистых тромбов с последующей закупоркой вены или артерии.

Всё чаще на лестничных площадках, в детских песочницах и на захламленном столе наркопритона обнаруживаются пустые флакончики с надписью «Тропикамид 1% раствор 10,0. Глазные капли».

Зачем же наркозависимые используют тропикамид? Опять всё упирается в замену врожденного природного принципа «разумной достаточности», универсальным жизненным принципом наркоманов: «Стремление к удовольствию любой ценой».

Все дело в нервной системе человека, которая в этом удивительном и тонко настроенном природой механизме делится на несколько подгрупп (классов). Остановимся более подробно на одной из них – холинергической, ведь именно с её работой (вернее со сбоями в её работе) связан сомнительный «тропикамидовый кайф» [3].

Холинергические синапсы проявляют разную чувствительность к лекарственным веществам. Одни из них проявляют большую чувствительность к мускарину - яду гриба мухомора; их называют мускариночувствительными, а расположенные в них рецепторы - мускариночувствительными или м-холинорецепторами; другие - большую чувствительность к никотину (яду листьев табака); их называют никотиночувствительными, а расположенные в них рецепторы - никотиночувствительными, или н-холинорецепторами. М-холинорецепторы расположены в основном в области окончания парасимпатических нервов, иннервирующих внутренние органы (как исключение - в области окончания симпатических нервов, иннервирующих потовые железы, и др.), а также в определенных областях центральной нервной системы (ЦНС); н-холинорецепторы расположены во всех ганглиях (симпатических и парасимпатических): в области окончания двигательных нервов, иннервирующих скелетные мышцы, в мозговом слое надпочечников, каротидном клубочке (хеморецепторы сосудов), в определенных областях ЦНС [1].

Для большинства м-холинолитических средств периферического и смешанного (центрального и пе-

риферического) действия характерными фармакологическими эффектами являются уменьшение секреции слюнных, желудочных, бронхиальных, потовых желез, поджелудочной железы, учащение ритма сокращений сердца, понижение тонуса гладкомышечных органов (бронхи, желудок, кишечник, желчевыводящие и мочевыводящие пути), расширение зрачка и паралич аккомодации. Эти препараты применяют при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, пилороспазме, холецистите, желчекаменной болезни, спазмах кишечника и мочевыводящих путей, бронхиальной астме, для ограничения секреции экзокринных желез, некоторых заболеваний сердца, при болях, связанных со спазмами гладкой мускулатуры и др.

Так вот, тропикамид воздействует на М-холинорецепторы, а именно: он блокирует в рецепторах нормальную работу (синтез и распад) ацетилхолина. Такие вещества давно известны и широко используются в медицинской практике и называются холиноблокаторы, но чаще используют слово холинолитики.

Холинолитики широко используются в медицине и считаются очень серьёзными лекарствами, назначение которых требует вдумчивого подхода. Вот их далеко не полный перечень, но уже из него видно кое-что: атропин, скополамин, платифиллин, метацин, гастропин. Естественно, что и дозировка при медицинском использовании таких серьёзных препаратов тщательно подбирается с учетом возраста, пола и других особенностей.

Особо часто атропином пользовались офтальмологи (в качестве глазных капель) - блокировалась внутриглазная (цилиарная) мышца, зрачок расширялся, и появлялась возможность обследовать глазное дно. Недостатком атропина в офтальмологии являлось то, что уж больно длительно было его действие (от нескольких часов до суток), а расширенный зрачок доставлял массу неприятностей пациенту из-за непереносимости яркого света (фотофобия). Поэтому химики-фармакологи учли это и создали глазные капли «Тропикамид» с коротким периодом действия (1-2 часа), следовательно, более комфортными для пациентов.

Так как же такой замечательный препарат стал головной болью наркологов? Вначале опийные наркоманы закапывали тропикамид в глаза с целью «замести следы» - расширить зрачок. Но, внимательно прочитав инструкцию, наряду с другими побочными эффектами передозировки, можно найти и такое: психомоторное возбуждение (иногда с галлюцинациями). А это не что иное как измененное состояние сознания (ИСС), а за достижение ИСС (любым способом) наркоман способен на всё!

Дальнейшую цепочку предугадать несложно: кто-то, испытав «удар по мозгам» при закапывании тропикамида в глаза, решил поэкспериментировать и добавил 1-2 мл в раствор с героином. И, о блаженный миг! Появились новые (вернее подзабытые старые) ощущения, чем-то напоминающие те благословенные времена, когда только-только начал свой наркомаршрут и испытывал блаженный, но столь короткий и ускользающий миг «прихода». Ну а дальше всё просто: наиболее тупые (молодые или психопатоподобные) начали просто вгонять себе в вены чистый тропикамид в безумной погоне за ускользающим кайфом, умудренные же опытом, те, кому посчастливилось пережить эфедроновый и коаксилонный периоды, потихоньку добавляли всё те же 1-2 мл в раствор.

Возможен и такой поворот событий. Тропикамид был пущен в оборот с лёгкой руки знающих людей. Не секрет, что криминальная наркология не стоит на месте, зачастую опережая (и не на один шаг) наркологию официальную, ежегодно создаются и выбрасываются на рынок всё новые и новые психоактивные вещества, наподобие недавно запрещенных «ароматических средств» («спайсов»).

Изменение сознания при помощи холинолитиков известно давно. Наверняка ещё живы люди, которые помнят советские времена, когда наркология и психиатрия не были ещё отделены друг от друга. Холинолитический психоз (делирий) – изобретение советской психиатрии быстро покинул стены психиатрических учреждений и освоился в наркоманской среде; помимо циклодола огромной популярностью пользовался антидот из аптек противохимической защиты индийского производства тарен (апрофен), особенно во времена недавней перестройки, когда вожделенные пластмассовые коробки-портсигары оранжевого цвета, набитые «кайфом», свободно валялись на складах брошенных гарнизонов. Так вот, знающие люди от криминальной наркологии наверняка обратили внимание, что и циклодол, и тарен относят к группе веществ, обладающих холинолитической активностью. И хотя список большой и масса побочных эффектов имеется у данной группы препаратов помимо психомоторного возбуждения, что с того. Ведь в любой наркогруппе помимо лидера - «шустрилы» (это тот, кто способен раздобыть наркотик хоть на дне морском) обитает вроде бы совсем никчемный и сла-

бохарактерный «лох», основная роль которого – испытывать на себе действие новой «темы» (за этим его и терпят в группе) [1, 2].

Тропикамид не является веществом опиатной (сходной по действию и строению с опиумом) группы. Оказалось что тропикамид - сильнейший галлюциноген. Дальнейшие «эксперименты» выявили, что тропикамид может действовать самостоятельно, без героина. Так появился еще один новый, очень-очень сильный наркотик. Механизм его действия как наркотика еще не достаточно изучен, и он отличается от опиатов. Известно только, что практически моментально развивается сильнейшая зависимость - сильнее, чем от героина. Очень быстро истощаются ресурсы организма.

Последствия употребления тропикамида очень серьезные. Препарат вызывает сильнейшее привыкание, регулярные инъекции приводят к ужасающим последствиям в очень короткие сроки. У наркоманов, употребляющих препарат, кожа в течение считанных недель становится цвета жёлтого воска, гемоглобин падает до 32 г/л (реальная цифра из опыта!). Кроме того, препарат очень доступен [3].

При применении высоких доз вероятны страшные побочные эффекты:

- возбуждение, психозы (практически у всех пациентов эти симптомы сопровождают сильнейшую непреодолимую психическую тягу к препарату);
- головная боль (наблюдается и на высоте ее возникают эпилептические припадки);
- тахикардия (очень изнашивается сердце и клапанный аппарат, возможно, это еще связано с непрерывными инъекциями одним и тем же шприцом и стафилококковым расплавлением клапанов сердца);
- артериальная гипотония (снижение артериального давления), гипертермия (перегревание, накопление избыточного тепла в организме, постоянная температура тела 38-39 градусов);
- сухость во рту;
- дизурия (на поздних стадиях приема тропикамида – недержание мочи).

Тропикамид накапливается в организме подобно мышьяку. Когда концентрация препарата достигает критической отметки, почки или печень просто перестают работать и это вызывает летальный исход. Этот путь к могиле выглядит страшно!

Литература:

1. Буймова Л.Д., Демина Н.Э., Галимуллина Э.Н. Тропикамид: токсикологическое значение и методы исследования // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. – Новосибирск, 2009. – Вып.15. – С. 15.
2. Березин С. В., Лисецкий К. С. Психология ранней наркомании. - Самара: Сам. Университет, 2000. – С. 60.
3. <http://www.narcolikbez.ru/tropik.htm>

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА
В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПО ПРОТИВОДЕЙСТВИЮ ЭПИДЕМИИ СПИДА
2006-2010 ГОДЫ**

Л.Ю. Ганина

руководитель отдела эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией и профилактических мероприятий, Республиканский Центр по профилактике и борьбе со СПИД

Контекст

Инъекционное потребление наркотиков – движущая сила казахстанской эпидемии: 65,7% зарегистрированных лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), инфицировались ВИЧ при инъекционном употреблении наркотиков. Для того чтобы оценить роль популяции потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) в развитии эпидемического процесса, в Казахстане ежегодно проводится дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) среди потребителей инъекционных наркотиков. Дозорный эпидемиологический надзор является ключевым элементом второго поколения эпидемиологического надзора и основой национальной системы мониторинга и оценки, институционализирован в Республике Казахстан. Основанием для проведения дозорного эпидемиологического надзора является приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) от 23.12.2005 г. № 634 «Об организации и проведении дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Казахстан» и прилагаемые к нему типовой календарный план и методические рекомендации. Практически все мероприятия в рамках ДЭН, а именно интервьюирование и сбор биоматериала, лабораторное тестирование, ввод и обработка данных проводятся специалистами службы СПИД. Начиная с 2005 года, ДЭН среди ПИН проводится во всех областях Казахстана. На его проведение выделялись бюджетные средства в рамках Программы по противодействию эпидемии СПИДа на 2006-2010 годы.

Цель

Оценка распространенности ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, моделей поведения и факторов риска, определяющих вероятность заражения ВИЧ, а также эффективности профилактических программ, направленных на популяцию наркопотребителей.

Мониторинг тенденций распространения ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы

Дозорный эпидемиологический надзор (ДЭН) представляет собой серию связанных серологических и поведенческих сквозных исследований. При проведении ДЭН за ВИЧ-инфекцией среди ПИН, в исследование включаются лица, употребляющие

инъекционные наркотики в течение любого времени за 12 последних месяцев. Отбор респондентов осуществляется по методу РДС (выборка, построенная респондентами) или методом «снежного кома». Выборка – это статистически обоснованный метод вербовки индивидуумов из общей популяции. Размер выборки определяется отдельно в каждом городе и зависит от распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН, размера допустимой ошибки, численности ПИН по данным быстрой оценки ситуации (БОС). Выборка рассчитывается в статистическом калькуляторе компьютерной программы EPI-INFO. Размер выборки по РК состоит из суммы выборок по областям.

Проводится связанное серологическое и поведенческое исследование. Анкетирование респондентов проводится по стандартному вопроснику, который состоит из нескольких блоков: социально-демографические характеристики, инъекционное поведение, половое поведение, наличие и поиск лечения при наличии симптомов ИППП, уровень информированности, тестирование на ВИЧ-инфекцию, охват профилактическими программами. Анкета содержит 59 вопросов. Ввод и анализ данных проводится в компьютерной программе EPI-INFO.

В качестве биоматериала для тестирования используется сухая капля капиллярной крови. Методом иммуноферментного анализа определяются антитела к ВИЧ, вирусному гепатиту С (ВГС) и сифилису. Все положительные результаты скринингового теста подтверждаются вторым экспертным ИФА – тестом. Участие ПИН в исследовании анонимное, добровольное. Респондентам проводится дотестовое и послетестовое консультирование. Результаты анализов участники могут узнать по индивидуальному коду респондента.

Данные размера популяции ПИН по БОС (2010 г.) и распространенность наркопотребления среди населения Республики Казахстан

На 01.01.2011 года оценочная численность ПИН (тех, кто употреблял инъекционные наркотики в течение последних 12 месяцев) по данным ОГЦ СПИД в 2010 году составила 119140 человек (в 2006 г. оценочная численность ПИН составляла 129100 человек). Доля ПИН в целом по республике, в пересчете на взрослое население (от 15 лет и старше), составляет 1,0%. Самая высокая распространенность нарको-

потребления наблюдается среди населения Павлодарской области (2,0%) и г. Алматы (1,6%), наименьшее количество - в Акмолинской и Алматинской областях (0,4%).

Места проведения ДЭН среди ПИН в 2010 году, количество сайтов и размер выборки

ДЭН в 2010 году проводился в 22-х сайтах, размер выборки по РК составил 4950 ПИН. География сайтов и размеры выборки ПИН по областям представлены в таблице 1.

Характеристика популяции ПИН

В 2010 году в ДЭН приняли участие 4950 ПИН, в том числе 4063 мужчины (82,1%) 887 женщин (17,9%). Возраст опрошенных респондентов находился в пределах от 16 до 62 лет, медиана возраста составила 32 года (в 2006 году - 29 лет). Начальное образование имели 12,1% (598/4950), среднее - 76,2% (3772/4950), высшее - 11,7% (580/4950) респондентов.

Состоят в браке 29,7% (1471/4950) ПИН; 47,9% нигде не работали и не учились. Удельный вес респондентов, не имевших дохода за последний месяц, равен 38,4%. Среди тех ПИН, кто имел доход, его средний размер в 2010 году составил 36 тыс. тенге (2006 году - 8 тыс. тенге). Среди участников ДЭН - 39,7% респондентов отметили, что состояли на учете в наркологическом диспансере, 13% состояли когда-либо на учете в противотуберкулезном диспансере и 31,8% отметили, что состоят на учете в полиции. Средний стаж употребления инъекционных наркотиков в 2010 году составлял 10 лет (в 2006 году - 6,5 года).

Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса

Средневзвешенный показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН по результатам ДЭН за 2010 год составляет 2,8% (95% ДИ 2,4%-3,3%), распространенность гепатита С составила 58,7% (95% ДИ 57,3%-60,1%) и сифилиса - 8,2% (7,5%-9,0%). Данные о распространенности ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса представлены на рисунке 1.

В динамике распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в период 2006-2008 годов была стабильной с небольшим ростом в 2008 году (с 3,4% до 4,2%); в течение 2009-2010 годов отмечено снижение распространенности (2,9% - 2,8% соответственно). Распространенность ВГС, являющегося маркером распространения опасного инъекционного поведения среди ПИН, постепенно снижалась и составила в 2010 году 58,7% (в 2006 году - 64,5%). Отмечено снижение распространенности сифилиса с 11% - в 2006 году до 8,2% - в 2010 году. Данные представлены на рисунке 2.

Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по областям РК широко варьирует. Наибольший показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди ПИН в 2010 году наблюдался в Карагандинской области - 5,5%, наименьшая распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН сохраняется в западных областях РК (Актюбинская, Мангистауская, Кызылординская). Выше средне-республиканского показателя распространенность ВИЧ составляет в Южно-Казахстанской (5,4%), Восточно-Казахстанской (3,8%), Павлодарской областях (3,7%) и в г. Астане (3,2%) (рисунок 3).

Среднереспубликанский показатель распространенности ВГС по РК составил 58,7% (95 ДИ 57,3%-60,1%). Данные представлены на рисунке 4.

Таблица 1

География сайтов и размеры выборки по каждому сайту

Сайты, в которых дозорный эпидемиологический надзор проводится постоянно	Размер выборки
Акмолинская область	280 чел.
Актюбинская область	150 чел.
Алматинская область	200 чел.
Атырауская область	170 чел.
Восточно-Казахстанская область (г. Усть-Каменогорск, г. Семей)	520 чел.
Жамбылская область	230 чел.
Западно-Казахстанская обл.	250 чел.
Карагандинская область (г. Караганда, г. Темиртау, г. Балхаш, г. Жезказган)	820 чел.
Костанайская область	300 чел.
Кызылординская область	250 чел.
Мангистауская область	200 чел.
Павлодарская область (г. Павлодар) (г. Аксу) (г. Экибастуз)	600 чел.
Северо-Казахстанская область	200 чел.
Южно-Казахстанская область	280 чел.
г. Алматы	280 чел.
г. Астана	220 чел.
Республика Казахстан	4950 чел.

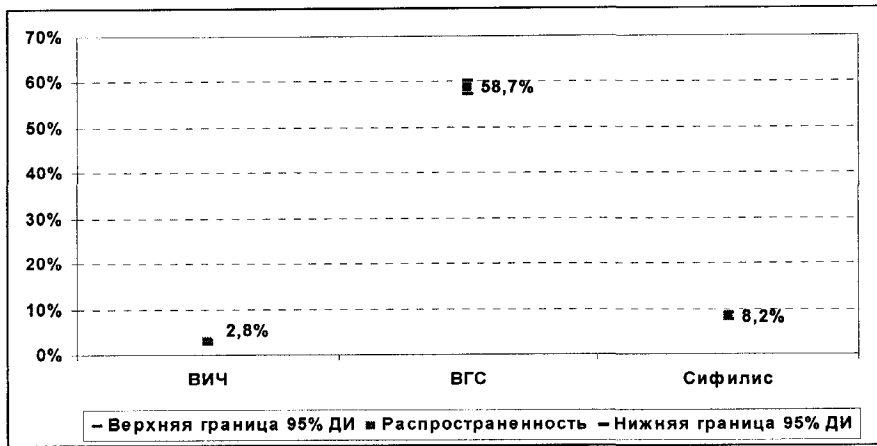


Рисунок 1. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса среди ПИН (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

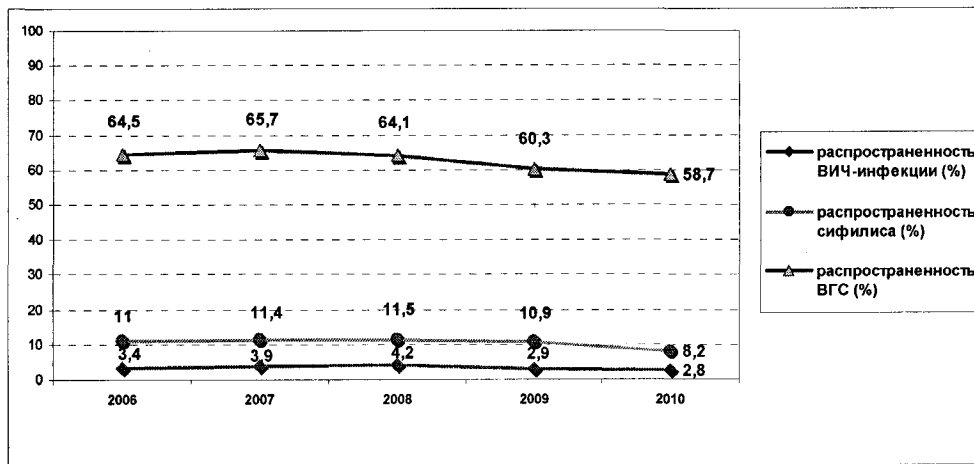


Рисунок 2. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и антител к сифилису среди ПИН РК в динамике (данные ДЭН 2006-2010 г.г.)

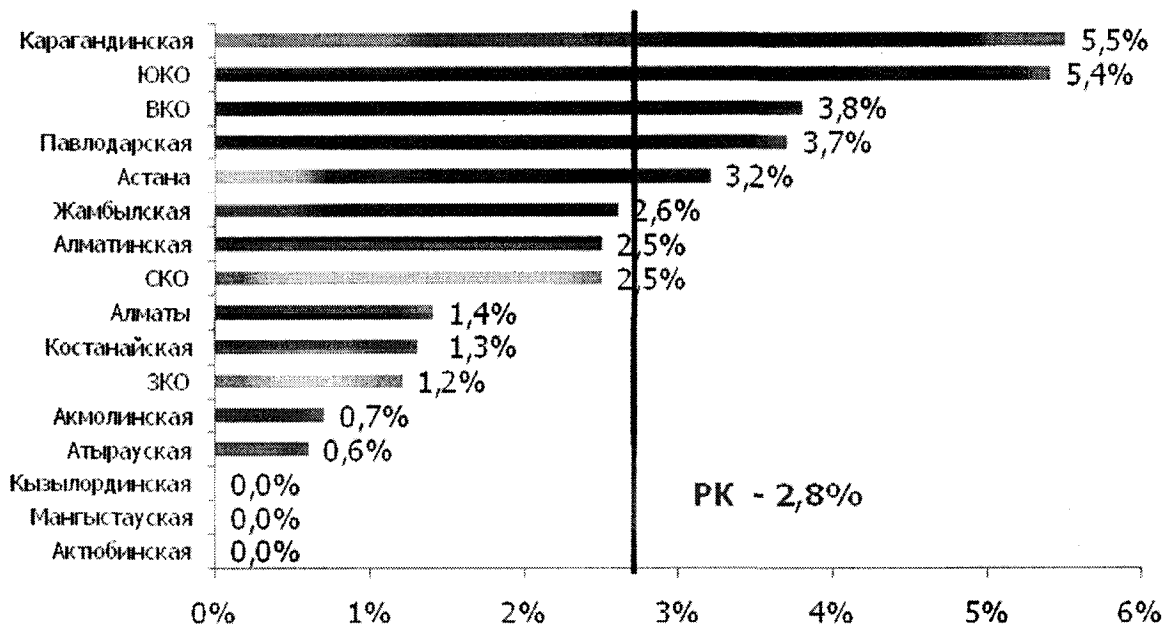


Рисунок 3. Распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН по областям Казахстана (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

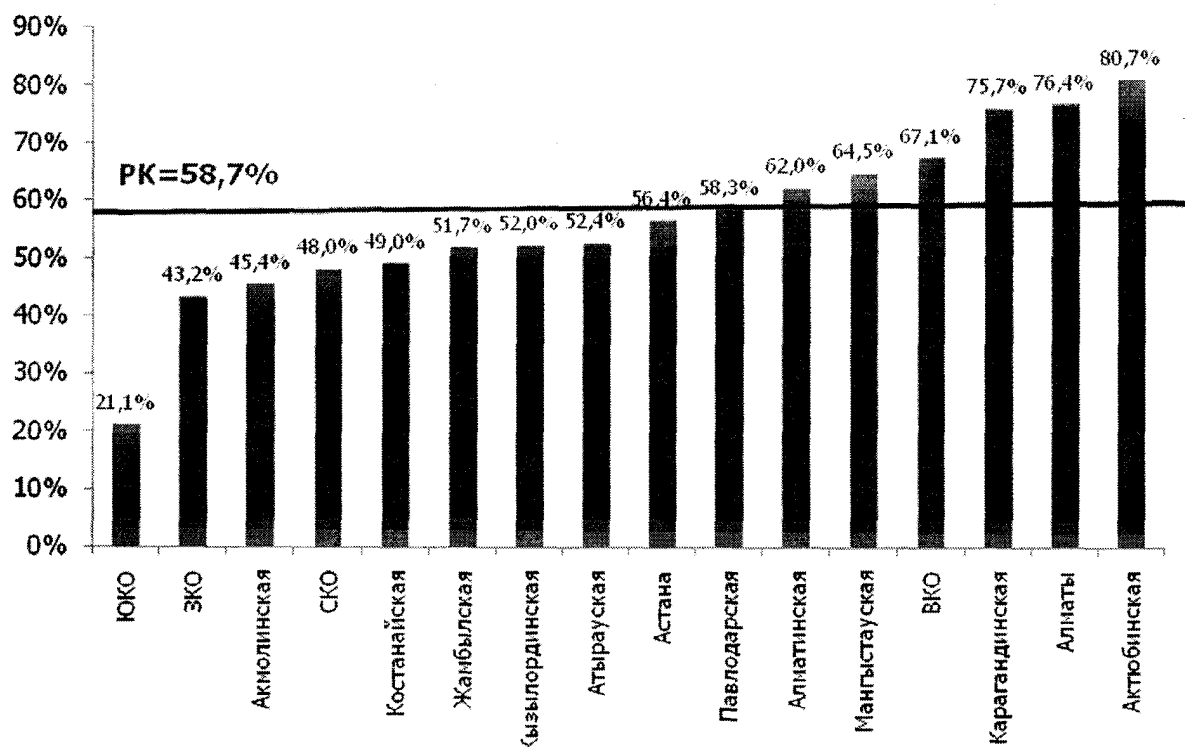


Рисунок 4. Распространенность ВГС среди ПИН по областям Казахстана (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

Наименьшая распространенность ВГС наблюдалась в 2010 году среди ПИН в ЮКО - 21,1%; наибольшая распространенность ВГС отмечена среди ПИН в Актюбинской области (80,7%), г. Алматы (76,4%) и в Карагандинской области (75,7%). Необходимо отметить тот факт, что при высокой распространенности ВГС среди ПИН в Мангыстауской области (2007 год – 82%, 2008 год – 81%, 2009 год – 71%, 2010 г. - 64,5%), распространенность ВИЧ-инфекции, по-прежнему - 0%.

Средне-республиканский показатель распространенности сифилиса составил в 2010 году 8,2%. Наименьшая распространенность сифилиса в 2010 году зарегистрирована в Южно-Казахстанской области (6,8%), максимальная – среди ПИН в Актюбинской области (15,3%) (рисунок 5).

В течение 5 лет распространенность сифилиса остается высокой и находится в пределах 8,2%-11,5%. Данные представлены на рисунке 6.

Анализ результатов ДЭН показал, что распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН, инфицированных сифилисом, в 1,9 раза выше (4,9%), чем среди тех ПИН, у кого не обнаружены антитела к сифилису. Аналогично распространенность ВИЧ-инфекции в 4 раза выше у ПИН, инфицированных ВГС, чем среди тех ПИН, у кого ВГС не диагностирован.

В 2010 году распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН-женщин и ПИН-мужчин находится на одном уровне (2,8%); женщины имеют распространенность ВГС ниже, чем мужчины (54,5%). Распространенность сифилиса среди ПИН-женщин в 2010

году составила 12,5%, то есть, как и во все предыдущие годы, она выше, чем среди мужчин – потребителей инъекционных наркотиков. Это можно объяснить тем, что женщины, употребляющие инъекционные наркотики, нередко занимаются коммерческим сексом с целью заработка на наркотики. При большом количестве клиентов риск заразиться инфекцией, передающейся половым путем (ИППП) и ВИЧ-инфекцией половым путем значительно возрастает. Распределение ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса в зависимости от гендерного состава представлено на рисунке 7.

По результатам ДЭН 2010 года, распространенность ВИЧ-инфекции среди молодых ПИН (<25 лет) и среди ПИН старшего возраста (>25 лет) находится на одном уровне (2,8%); ВГС и сифилис менее распространены среди молодых ПИН, чем среди наркопотребителей старше 25-летнего возраста (таблица 2).

Факторы поведенческого риска ПИН

Поведенческий этап ДЭН позволяет выявить рискованные формы инъекционного и полового поведения ПИН, влияние профилактических программ на формирование навыков безопасного поведения у ПИН и оценить уровень информированности этой группы по вопросам ВИЧ/СПИДа. Внедряемые программы «снижения вреда» предполагают формирование у ПИН устойчивого безопасного инъекционного поведения. Анализ результатов

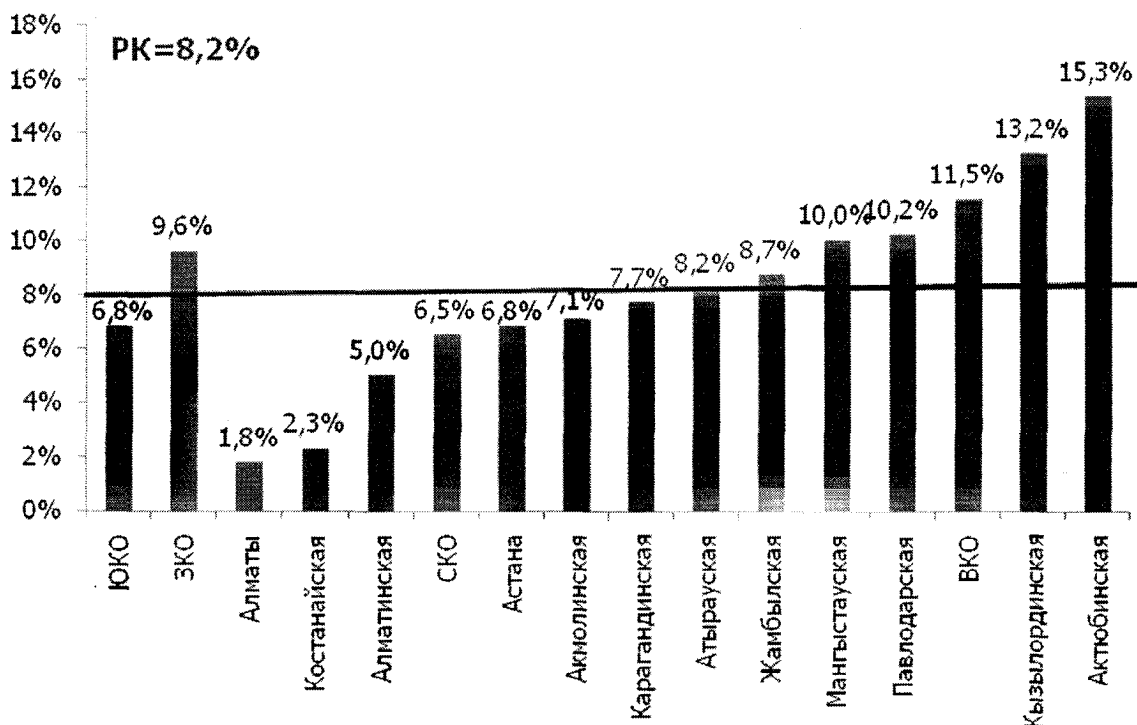


Рисунок 5. Распространенность сифилиса среди ПИН по областям Казахстана (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

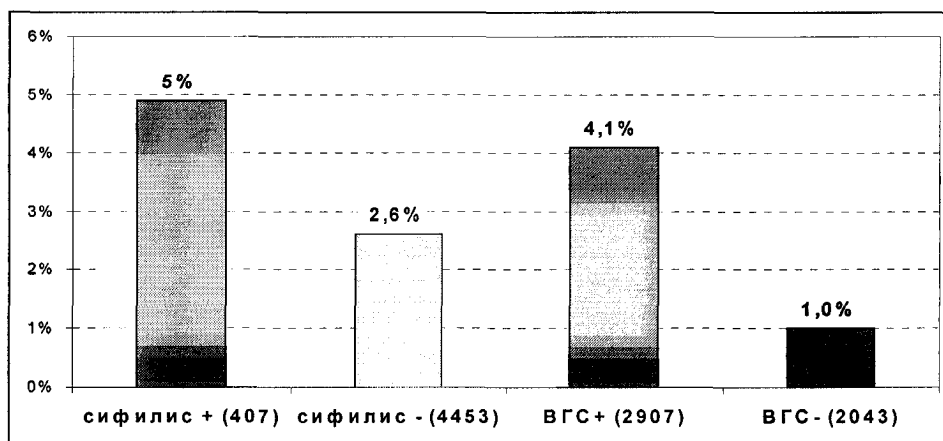


Рисунок 6. Распространенность ВИЧ-инфекции среди лиц, инфицированных и не инфицированных гепатитом С и сифилисом (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

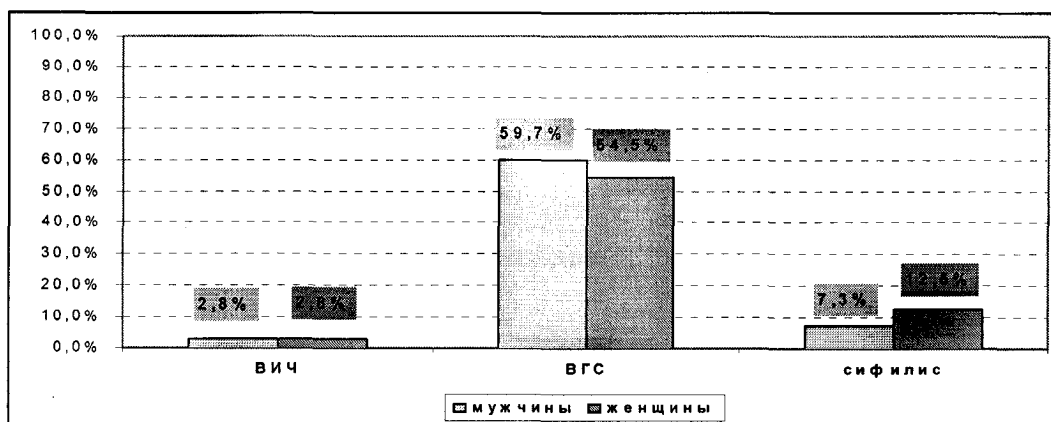


Рисунок 7. Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса среди ПИН – мужчин и женщин, (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

Таблица 2

Распространенность ВИЧ-инфекции, ВГС и сифилиса в возрастных группах (ПИН моложе 25 лет и старше 25 лет), (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

Возраст	ВИЧ-инфекция	ВГС	Сифилис
До 25 лет	2,8%	42,2%	4,7%
25 лет и старше	2,8%	61,2%	8,7%

ДЭН за текущий период и в динамике по годам (2006-2010 г.г.) позволяет оценить произошедшие изменения факторов «риска» и предложить дальнейшие рекомендации по достижению необходимых изменений. В данном разделе приведены некоторые поведенческие характеристики: инъекционное поведение, половое поведение, информированность о мерах профилактики и путях передачи ВИЧ-инфекции, поиск лечения при симптомах ИППП и тестирование на выявление ВИЧ-инфекции.

В стране отмечается снижение числа регистрации внутривенного пути передачи ВИЧ-инфекции,

что является следствием влияния программ «снижения вреда», меняющейся наркоситуации (снижение численности ПИН по БОС) и, возможно, за счет меняющейся распространенности того или иного вида наркотика. Например, в последние 3 года в Казахстане наблюдается снижение доли ПИН, употребляющих ханку (источник: ДЭН, 2007-2010г.). Ведётся постоянный мониторинг распространённости и изменения характеристик употребления нелегальных наркотиков. Данные о распространённости употребления нелегальных наркотиков представлены в таблице 3.

Таблица 3

Распространенность употребления нелегальных наркотиков (данные ДЭН 2007-2010 годов)

Год	Выборка	Ханка	Героин	«Вторяк»	Другой наркотик
2007	4900 ПИН	1054 (21,5%)	4333 (88,4%)	149 (3,0%)	492 (9,0%)
2008	4868 ПИН	877 (18%)	4362 (89,6%)	179 (3,7%)	641 (13,2%)
2009	4860 ПИН	574 (11,8%)	4462 (91,8%)	140 (2,9%)	435 (9,0%)
2010	4950 ПИН	643 (13%)	4306 (87%)	148 (3%)	346 (7%)

Результаты ДЭН показывают, что в сторону увеличения меняется соотношение употребления ПИН героина с 88,4% - в 2007 году до 91,8% - в 2009 году (2010 г. - 87%). При этом достоверно заметно снижение употребления ханки с 21,5% - в 2007 году до 13% - в 2010 году. Употребление других наркотиков варьирует от 7% до 13,2%. «Вторяк» в среднем по РК используют 3% наркопотребителей (рисунок 8).

При этом, несмотря на положительные тенденции в Казахстане в плане снижения парентерального пути

передачи ВИЧ-инфекции, необходимо отметить, что Программы снижения вреда (СВ) для ПИН продолжают оставаться чрезвычайно актуальными в Казахстане, так как почти каждый третий ПИН (29%) употребляет инъекционные наркотики в случайной группе, либо с незнакомым человеком - 17%. При этом, 10% опрошенных ПИН ответили, что не имеют возможности покупать шприцы из-за отсутствия дохода. Данные о поведении ПИН, связанном с риском инфицирования ВИЧ, представлены на рисунке 9.

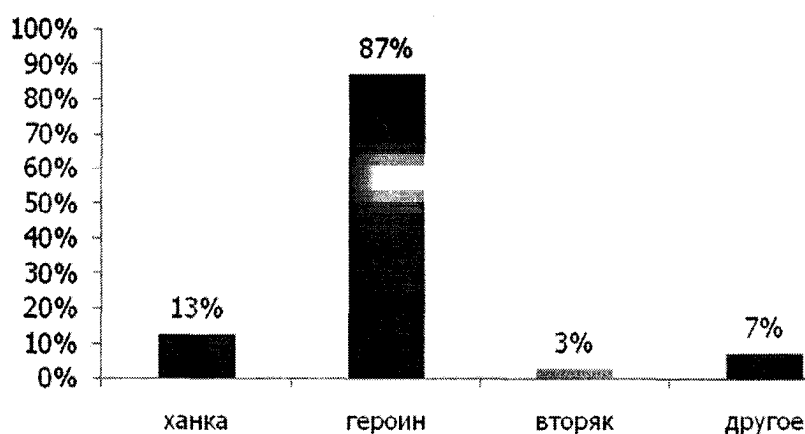


Рисунок 8. Вид употребляемых наркотиков (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

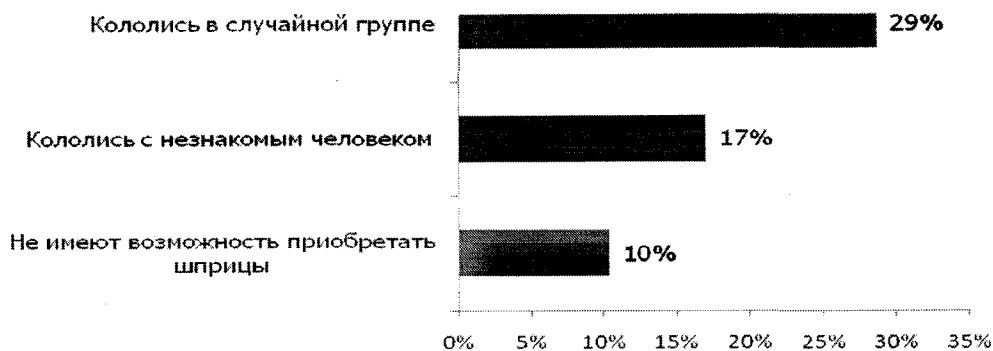


Рисунок 9. Поведение, связанное с риском заражения ВИЧ (n=4950) по данным ДЭН 2010 года

Одной из самых опасных инъекционных практик наркопотребления является использование ПИНами общего шприца. По сравнению с 2005 годом, наблюдается достоверное снижение количества ПИН, пользующихся общими шприцами, с 11% до 5%. Динамика практики использования общего шприца при последней инъекции по годам представлена на рисунке 10.

Половое поведение

О том, что за последние 6 месяцев имели сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами указали 46% ПИН. По

сравнению с 2009 годом, отмечено снижение доли ПИН, имевших сексуальные отношения с непостоянными и коммерческими половыми партнерами, с 54% до 46%. Данные 2010 года по этому индикатору сопоставимы с данными 2006 года (47%). Необходимо отметить, что в 2010 году увеличилась доля ПИН, принявших на себя поведение, снижающее риск половой передачи ВИЧ (пользующихся презервативами) по регионам. Использование презервативов наркопотребителями во время последнего полового контакта в 2010 году составило 55%, тогда как в предыдущие годы этот показатель был существенно ниже: 2009 г. – 46%, 2006 г. - 42% (рисунок 11).

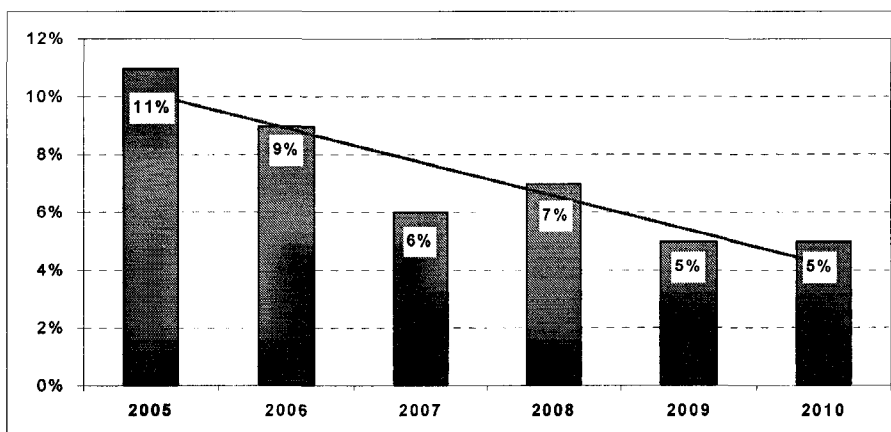


Рисунок 10. Доля потребителей инъекционных наркотиков, использовавших общий шприц при последней инъекции, в динамике по годам (2005 - 2010 годы)

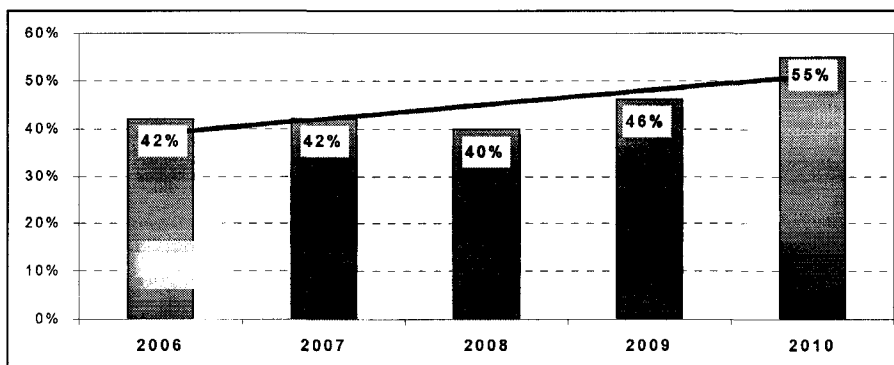


Рисунок 11. Доля потребителей инъекционных наркотиков, принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ половым путем, то есть тех, кто использовал презерватив при последней половой связи (n=4950) по данным ДЭН 2006-2010 годов

Использование презерватива с постоянными половыми партнерами отметили меньшее число ПИН (2006 г. - 24%; 2010 г. – 35,6%), чем с коммерческими или непостоянными половыми партнерами. Поскольку по данным официальной статистики увеличивается число зарегистрированных ЛЖВ, инфицированных половым путем от своих половых партнеров - наркопотребителей, необходимо пропагандировать использование презервативов со всеми половыми партнерами и регулярное обследование ПИН на выявление ВИЧ-инфекции. В 2010 году, доля ПИН, которая указала на использование презервативов с коммерческими половыми партнерами, составила 85,7%, с непостоянными партнерами - 74,2%.

Таким образом, в период реализации Программы по противодействию эпидемии СПИД на 2006 – 2010 гг., произошли положительные изменения, как в инъекционном, так и в половом поведении ПИН, что связано с влиянием профилактических и информационно-образовательных программ. По данным дозорного эпидемиологического надзора, безопасную практику употребления наркотиков и безопасное половое поведение (не пользовались общим

инструментарием или шприцем и всегда использовали презервативы) приняли 14% ПИН - в 2006 году и 22% ПИН - в 2010 году.

В соответствии с Программой по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на 2006-2010 гг. ежегодно 70% лиц из уязвимых групп населения, в том числе наркопотребители, должны были иметь доступ к лечению инфекций, передающихся половым путем (ИППП). Своевременное выявление и лечение ИППП являются ключевыми мерами профилактики ВИЧ-инфекции половым путем, поскольку при ИППП вероятность заражения во время полового контакта увеличивается многократно. Доля ПИН, указавших на наличие хотя бы одного из симптомов ИППП в течение последних 6 месяцев составила 12,5% (в 2006 г. – 8%). Обращаемость за лечением тех ПИН, у которых наблюдались симптомы ИППП, превысила целевой показатель – 70%, заданный Программой только в 2010 году, когда специализированную медицинскую помощь получили 73% ПИН, признавших у себя наличие симптомов ИППП. Это на 8% больше, чем в 2009 году (2009 г. - 65%, 2008 год – 45%). Данные о доле ПИН с симптомами ИППП, представлены на рисунке 12.

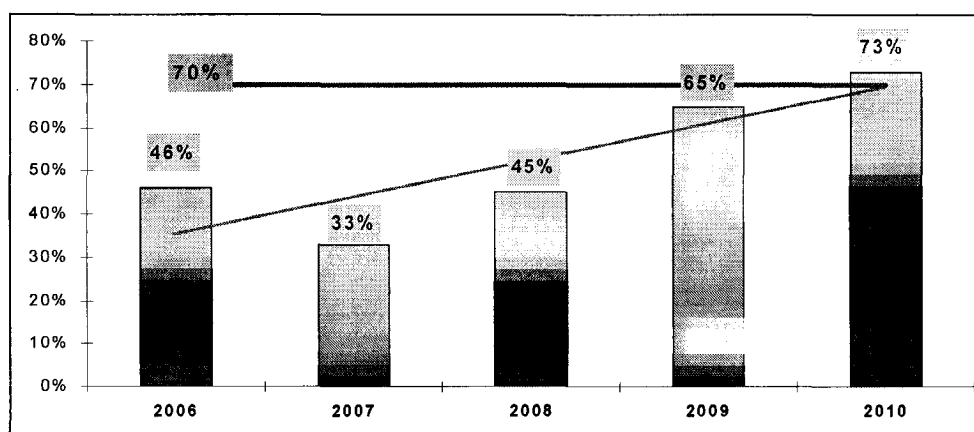


Рисунок 12. Доля потребителей инъекционных наркотиков с симптомами ИППП, получивших услуги по диагностике, лечению и консультированию, во всех сайтах РК (2006-2010 гг.)

Уровень знаний о ВИЧ и СПИДе

Для оценки уровня информированности ПИН относительно ВИЧ-инфекции, респондентам задавались вопросы о мерах профилактики и утверждения о путях передачи, как истинных, так и ложных. В 2010 году, доля ПИН, которые правильно указали способы профилактики и пути передачи ВИЧ и в тоже время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ, составила 83% (в 2009 г. – 64%). Полученные данные наглядно демонстрируют, что по сравнению с 2006 годом, информированность данной группы по вопросам о ВИЧ/СПИДе возросла в 1,7 раза (2006 г. - 47%) (рисунок 13).

Охват профилактическими программами

По данным дозорного эпидемиологического надзора, в 2010 году 61% ПИН, прошли тестирование на ВИЧ за последние 12 месяцев и знают свои результаты. По сравнению с 2006 годом охват ПИН тестированием на выявление ВИЧ-инфекции вырос в 1,3 раза. Результаты исследования в 2010 году дают основания утверждать, что методы профилактической работы стали более эффективны, повысилось усвоение ПИН необходимых знаний, выражающееся в изменении поведения, охват обследованном на выявление ВИЧ-инфекции. В тоже время, необходимо продолжить разработку и внедрение более актив-

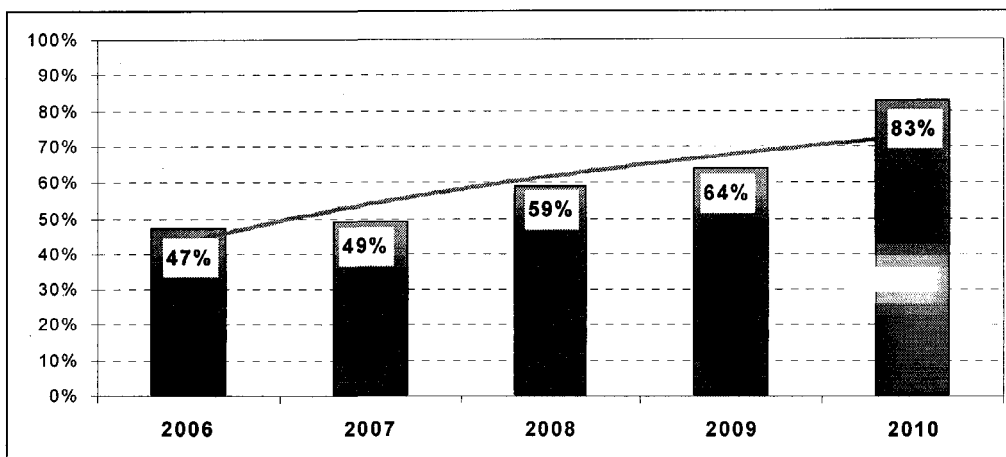


Рисунок 13. Доля потребителей инъекционных наркотиков, которые правильно указали способы профилактики и пути передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергли основные неверные представления о передаче ВИЧ (2006-2010 гг.)

ных методов работы, в том числе в рамках программ снижения вреда. Эффективные превентивные программы для ПИН должны включать в качестве обязательного компонента работу, направленную на создание адекватных условий для сдачи анализов на ВИЧ и предоставления необходимого консультирования. Для решения этого вопроса, начиная с 2011 года во всех стационарных пунктах доверия, оказывающих услуги ПИН, внедряется экспресс-диагностика ВИЧ-инфекции. Ранее экспресс-диагностика осуществлялась только в дружественных кабинетах.

Доля ПИН, которые прошли тестирование на ВИЧ-инфекцию и знают результаты (данный индикатор мониторируется с 2008 года) в 2010 году увеличилась по сравнению с 2008 годом на 8% (рисунок 14).

В 2010 году 68,2% ПИН, участвующих в ДЭН, ответили, что знают, где можно обследоваться на ВИЧ, а также получали шприцы и презервативы, то есть охвачены программами профилактики ВИЧ (2008

год – 53%, 2009 г. - 60%). По сравнению с 2008 годом этот показатель достоверно вырос на 15%.

Заключение

Эпидемия удержана на концентрированной стадии, распространенность ВИЧ-инфекции за период реализации Программы не превысила пороговый уровень в 5%, заданный Программой по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции на 2006-2010 годы.

В динамике наблюдается снижение распространенности ВГС; распространенность сифилиса варьирует в пределах 8%-11%.

При снижении распространенности ВИЧ-инфекции, улучшились качественные показатели, характеризующие сексуальное и инъекционное поведение ПИН. По сравнению с 2006 годом, наблюдается достоверное снижение доли ПИН, пользующихся общими шприцами, с 11% до 5%. Количество ПИН,

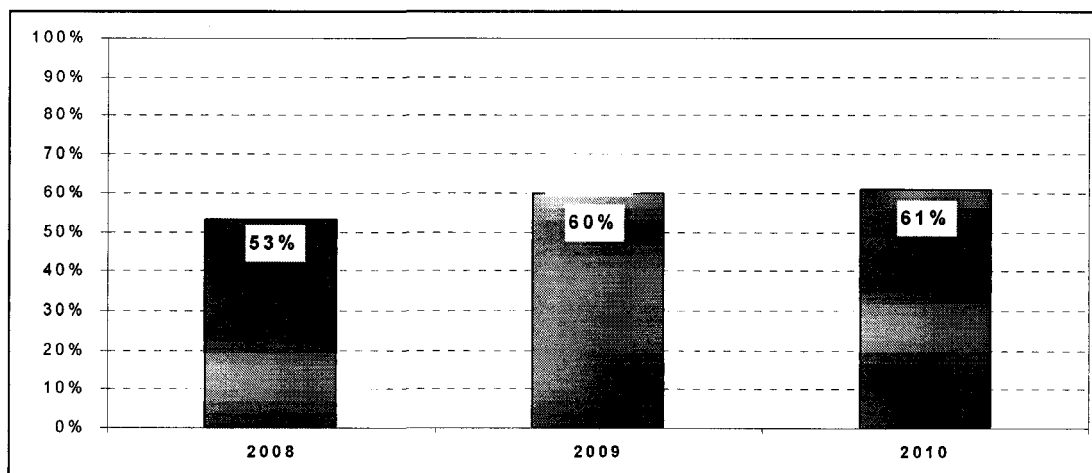


Рисунок 14. Доля потребителей инъекционных наркотиков, прошедших тестирование на ВИЧ-инфекцию за 12 последних месяцев и знающих свой результат (2006-2010 гг.)

принявших одновременно безопасное сексуальное и инъекционное поведение – это показатель, отражающий приверженность безопасному инъекционному и сексуальному поведению, осталось на низком уровне, хотя рост по сравнению с 2005 годом произошел в 2 раза - с 11% до 22%.

Повысилась информированность потребителей инъекционных наркотиков о путях передачи ВИЧ-инфекции и мерах профилактики с 47% до 83%.

Специализированную медицинскую помощь получили в 2010 году в 1,3 раза больше ПИН, признавших у себя наличие симптомов ИППП, чем в 2006 году. Но все же недостаточно потребители инъекционных наркотиков обращаются за лечением при наличии симптомов ИППП (в 2010 г. - 73%), и практически каждый третий наркопотребитель не получает соответствующих услуг по диагностике и лечению ИППП.

Увеличилась доля ПИН, охваченных программами профилактики ВИЧ (68,2%) и тестированием на выявление ВИЧ-инфекции (61%). В тоже время существует большой потенциал передачи ВИЧ половым путем от группы ПИН к их половым партнерам.

Сохраняется достаточно высокий уровень распространенности опасных практик инъекционного поведения среди ПИН, и низкий уровень использования презервативов при половых контактах с постоянными партнерами.

Рекомендации:

1. Расширение программ снижения вреда, включая ОЗТ.

2. Поддержка потенциала и деятельности неправительственных организаций (НПО), работающих с уязвимыми группами населения.
3. Устойчивость бюджетного финансирования профилактических программ, направленных на потребителей инъекционных наркотиков.
4. Внедрение экспресс-тестирования на выявление ВИЧ-инфекции в пунктах доверия.
5. Реализация программ снижения вреда, доказавших свою эффективность.
6. Расширение доступности услуг по лечению и диагностике ИППП на условиях, приемлемых для ПИН, на бесплатной и анонимной основе.
7. Приоритеты при проведении профилактической работы должны быть направлены также на профилактику полового пути передачи ВИЧ-инфекции среди ПИН.
8. Внедрение базы данных по учету клиентов профилактических программ, совершенствование системы мониторинга.

Источники данных:

1. Отчеты по дозорному эпидемиологическому надзору в РК за 2006-2010 гг.
2. Отчеты ОГЦ СПИД о проведении быстрой оценки ситуации среди потребителей инъекционных наркотиков РК за 2006-2010 гг.
3. Отчеты РЦ СПИД по мониторингу профилактических вмешательств в Республике Казахстан за 2006-2010 гг.
4. Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Б.Ж. Калекенова

г. Астана

Многочисленные научные публикации свидетельствуют о значительной роли личностного предрасположения в патогенезе зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Вместе с тем попытки анализа, сопоставления и обобщения результатов исследований этой проблемы нередко наталкиваются на серьезные затруднения, вызванные расхождениями, как в квалификации личностного статуса наркологических больных, так и в определении места преморбидных аномалий характера в процессе развития алкоголизма и наркоманий.

В большинстве наркологических исследований в качестве основополагающего подхода к типологическому дифференцированию личностных аномалий у пациентов используется психиатрическая систематика психопатий характера, представленная в МКБ-

10 и основанная на работах К. Шнайдера, Э. Кречмера, П.Б. Ганнушкина, О.В. Кербилова, К. Леонгарда, А.Е. Личко и др. В качестве основного дифференцирующего признака, определяющего своеобразие патохарактерологического профиля и его терминологическое обозначение, выступает клиническое средство личностных аномалий с шизофренией, паранойей, истерией и т.д.

Диагностическая идентификация доминантных прототипических свойств личностной «почвы», как свидетельствуют данные ряда публикаций, имеет особое значение при выработке схем психофармакотерапии наркологических больных [1, 2].

Клинический опыт многих поколений психиатров-наркологов настойчиво свидетельствует о суще-

ствовании особого склада личности, обладающего значительно большим числом факторов риска в отношении развития зависимости от ПАВ по сравнению с другими психопатологическими расстройствами, не говоря уже о норме [3, 4, 11]. Однако в серии исследований с применением традиционной психиатрической систематики было показано, что выделяемые в соответствии с ее диагностическими принципами осевые свойства (типы) расстройства личности ни в отдельности, ни в совокупности не могут выступать в качестве специфического предиктора зависимости от ПАВ. На основании этой систематики также не удается констатировать наличия принципиальных особенностей структуры личностного предрасположения к основным формам химической зависимости – алкоголизму и наркоманиям.

Поиск более специфических параметров преморбидного личностного статуса больных с зависимостью от ПАВ привел к обособлению и включению в

реестр фигурирующих в работах наркологов «краевых» вариантов патохарактерологических нарушений. Речь идет о «неустойчивых», «синтонных», «дистимических», «асоциальных» и некоторых других типах расстройства личности (акцентуациях). По результатам работ ряда авторов, изучавших репрезентативные выборки наркологических пациентов [5, 6, 7, 8], перечисленные девиации характера составляют относительное большинство (до 70%).

В проведенном нами исследовании уровень психопатизации определялся по психологическому заключению опросника УНП (уровень невротизации и психопатизации). Группу исследования составили 548 пациентов с зависимостью от алкоголя и опиоидов в возрасте от 19 до 46 лет и получили распределение по половому признаку – 499 мужчин и 49 женщин, 245 человек – больные алкоголизмом, 203 – героиновой наркоманией. Данные об уровне психопатизации представлены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень психопатизации по опроснику УНП

Уровень психопатизации	Мужчины			Женщины		
	Число наблюдений	Абсолютное число	Среднее значение	Число наблюдений	Абсолютное число	Среднее значение
Высокий уровень	499	42	8,5%	49	27	55,1%
Промежуточный уровень	499	34	6,9%	49	9	18,4%
Низкий уровень	499	111	22,3%	49	11	22,4%

Анализ обнаруживаемой среди наркологических больных личностной патологии состоит не только в обосновании диагностики личностных нарушений «пограничного уровня». В процессе его проведения был установлен дополнительный ряд различий в структуре преморбидных девиаций между рассматриваемыми в настоящем исследовании нозологическими группами зависимости от ПАВ, что позволяет более целенаправленно планировать и осуществлять патогенетически ориентированные психотерапевтические мероприятия в отношении наркологических пациентов.

Отправной точкой для типологического обособления того или иного патологического склада личности служат статика и динамика нормального пси-

хического развития ребенка, к которым восходят девиации личностного функционирования взрослого человека [9, 10].

Психодинамическому принципу диагностического дифференцирования обязаны своим существованием нарциссический, зависимый и пограничный типы расстройства личности, представляющие собой равноправные рубрики указанных систематик. Согласно данным ряда публикаций, именно эти типы личностных аномалий наиболее часто встречаются у наркологических больных и находятся с зависимостью от ПАВ в отношениях патогенетической коморбидности [12, 13, 14].

Преобладающий тип акцентуации у пациентов исследовался опросником Шмишека (таблица 2).

Таблица 2

Преобладающий тип акцентуации. Заключение по опроснику Шмишека

Тип акцентуации	Абсолютное число	Среднее значение
Без акцентуаций	10	1,8%
Застревающий	29	5,4%
Гипертивный	33	6%
Возбудимый	93	17%
Демонстративный	92	16,7%

Тип акцентуации	Абсолютное число	Среднее значение
Циклотипный	60	11%
Педантичный	43	7,8%
Экзальтированный	4	0,7%
Зависимый	162	29,5%
Тревожный	5	1,1%
Дистимический	16	3%

Таким образом, обнаруживается достаточно узкий круг диагностических единиц личностной патологии, доминирующих у больных с зависимостью от ПАВ. Среди общего многообразия патохарактерологических проявлений существенно преобладают три типа расстройства личности: возбудимый, демонст-

ративный и зависимый. Другие прототипические варианты личностных аномалий были представлены значительно реже. Они сохраняют свое клиническое значение в качестве факультативных патохарактерологических свойств, обеспечивающих своеобразие индивидуального личностного статуса пациентов.

Литературные источники:

1. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение). – М.: Медпрактика, 2000. – 132 с.
2. Новиков Е.М. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными характерологическими чертами истерического круга: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 1978. – 32 с.
3. Белокрылов И.В., Даренский И.Д. Личностные и средовые факторы развития зависимости от психоактивных веществ // Руководство по наркологии (под ред. Н.Н.Иванца). – М.: Медпрактика, 2002. – Т 1. – С. 161-181.
4. Пятницкая И.Н. Наркомании (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1994. – 554 с.
5. Иванец Н.Н., Игонин А.Л. // Сб. Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии.
6. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
7. Небогатиков Г.А. // Сб. Проблемы наркологии. – М., 1989. – С. 106-107.
8. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. – М.: Анахарис, 2001. – 208 с.
9. Блум Дж. Психоаналитические теории личности / Пер. с англ. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. – 224 с.
10. Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. Психоаналитические теории развития: Пер. с англ. – Екатеринбург: Деловая книга, 1998. – 528 с.
11. Knight H. // Bull. Menninger Clinic. – 1937. – Vol. 1. – P. 233-250.
12. Dodes L.M. // Psychoanal. Quart. – 1990. – Vol. 59. – P. 398-419.
13. Krystal H., Raskin H. // In: Classic Contributions in the Addictions, ed. H. Shaffer & Burglass. – New York: Brunner/Mazel. – 1985. – P. 161-172.
14. Wurmser L. The Hidden Dimension. Psychodynamics in Compulsive Drug Use. – New York: Jason Aronson, 1978. – 397 p.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Д.К. Мажитова, Б.Д. Дуйсенбаева, А.О. Тауирбаева, А.А. Бименов

Актуальность

Проблема неотложных состояний в клинике алкоголизма на сегодняшний день остается актуальной. Во-первых, изменилась клиническая картина осложненного абстинентного синдрома. Крайне редко можно наблюдать «белую горячку» в её классической форме. Отмечается преобладание соматических проявлений над психическими, причем

последние носят атипичный характер. Связано это, скорее всего, с ухудшением качества спиртных напитков [1, 2]. Во-вторых, это связано с увеличением массового приема спиртных напитков, ростом заболеваемости алкоголизмом, осложнениями, развивающимися в структуре абстинентного состояния, к одним из основных можно отнести судорожный синдром [2, 3, 4].

Проведение дифференциальной диагностики эпилептических приступов при алкоголизме и генуинной эпилепсии

Алкогольная эпилепсия (синдром при алкоголизме) - разновидность симптоматической эпилепсии, возникающая при алкоголизме и его осложнениях.

В 1852 году Магнус Гусс описал возникновение судорожных приступов при хроническом алкоголизме и указал на их токсическое происхождение. Однако общего мнения относительно терминологии и нозологической очерченности эпилептодуальных расстройств при хроническом алкоголизме до сих пор не существует. Для обозначения этих расстройств большинство авторов употребляют термин «алкогольная эпилепсия», предложенный В. Маньяном в 1859 г.

Наиболее полное определение алкогольной эпилепсии дал С.Г. Жислин (1938, 1965): «Под алкогольной эпилепсией нужно понимать одну из разновидностей симптоматических, токсических эпилепсий, то есть тех форм, при которых можно доказать, что каждый приступ без исключения является результатом интоксикации и при которых после устранения факторов интоксикации исчезают эти приступы и другие эпилептические феномены» [1, 5].

Биологические основы неотложных состояний в клинике хронического алкоголизма

1. Нарушение 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 сердечнососудистой системы.

Частота алкогольных приступов, как при самом алкоголизме, так и при его осложнениях в среднем составляют около 10%.

Описывая эпилептиформные приступы исследователи отмечают их некоторые особенности, которые отображены в таблице 1.

Судорожное состояние в наркологической практике можно наблюдать при острых интоксикациях различными психоактивными веществами, в абстинентном состоянии и даже в ремиссии. В основном судороги развиваются вследствие выраженной гипоксии головного мозга. У больных алкоголизмом в период алкогольного опьянения, особенно после предшествующего длительного запоя с употреблением высоких доз алкоголя, суррогатов, возникают единичные, реже серийные тонико-клонические судороги. У лиц, страдающих эпилепсией в абстинентном состоянии, риск судорог резко повышен; судороги при алкогольном абстинентном синдроме (ААС) чаще всего имеют генерализованный тонико-клонический характер.

По внешнему виду они не отличаются от судорог, вызванных так называемой первичной эпилеп-

Таблица 1

Особенности эпилептиформных приступов

Эпилептиформные приступы при алкоголизме	Генуинная эпилепсия
1. Возникновение связано с длительным обильным приемом алкоголя. Чаще всего эпилептические приступы формируются на 2-ой или 3-й стадии алкоголизма (учитывать клиническую симптоматику алкоголизма).	Возникновение эпилептических приступов не связано с приемом спиртного: первые приступы могут формироваться задолго до первого приема алкоголя, либо возникают от приема его в небольших количествах.
2. Возникают только в определенных случаях: - на 2-4 день развития алкогольного абстинентного синдрома (ААС); - в дебюте или в период манифестных явлений делирия и энцефалопатии Гайе - Вернике.	Развитие приступов не зависит от стадии и периода сосуществующего алкоголизма.
3. Наиболее характерны большие судорожные приступы без трансформации картины, наблюдаются abortивные приступы.	В динамике болезни происходит трансформация малых эпилептических приступов в большие.
4. Не характерны малые приступы, постприпадочная олигофорея, сумеречные помрачения сознания развиваются редко, практически не наблюдаются.	Структура приступов различна, многообразна.
5. Не характерна аура, иногда бывает вегетативная ее форма.	Аура характерна, является «визитной карточкой» каждого клинического случая, большое разнообразие ее клинических проявлений.
6. Отсутствие приступов в период ремиссии и в состоянии опьянения.	Приступы независимо от длительности и тяжести употребления алкоголя.
7. Изменения личности по алкогольному типу.	Изменения личности по эпилептическому типу (эпилептическая деградация).
8. Изменения на ЭЭГ неспецифические или отсутствуют.	Чаще диагностируются специфические изменения ЭЭГ.

сий. Они всегда протекают с потерей сознания, развиваются, начинаясь с поворота головы и падения. После этого наступает тоническая стадия, длящаяся 15-30 секунд. Включаются насильственные открывания и закрывания рта, крики, разгибания и приведения верхних и нижних конечностей. Затем, после кратковременной промежуточной стадии, наступает клоническая фаза припадка (длящаяся 30-90 секунд). В этой фазе ведущим является наличие многочисленных генерализованных сгибательных спазмов. Именно в этот период наблюдается прикус языка, непроизвольное мочеиспускание и дефекация. В послеприпадочном периоде сохраняется изменение сознания вплоть до комы. В случае парциальных припадков, возникающих на фоне неизменного сознания и проявляющихся клоническими подергиваниями, вращением тела, головы или фонетическими нарушениями, развитием паралича Тода. У больного с хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ) необходимо исключить очаговое поражение мозга. Если послеприпадочное состояние сопровождается выраженным изменением сознания, требуются энергичные меры для исключения черепно-мозговой травмы. Эпилептиформные судороги являются следствием выраженных метаболических нарушений [1, 2, 3, 4, 5]. Не осложненные абстинентные припадки обычно прекращаются самостоятельно и специальная противосудорожная терапия не требуется. В том случае, если несколько припадков один за другим или один из припадков продолжается более 25 минут, диагностируется эпилептический статус. Это состояние способно привести к летальному исходу и требует энергичной неотложной терапии [1, 2, 5].

Доступные методы купирования и лечения угрожающих жизни состояний алкогольного генеза

В первую очередь устраняются причины дыхательных расстройств (западение языка, аспирация и т.д.). Целесообразно начать ингаляцию кислорода, лучше через маску. При угнетении дыхания незамедлительно интубируют трахею и начинают искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Препаратами выбора для купирования судорожных состояний являются бензодиазепины. Диазепам (реланиум) вводят внутривенно в дозе 2,0-4,0 мл с последующей инфузией при необходимости. Несколько меньшей эффективностью обладает мидозалам (дормикум) - вводится внутривенно в дозе до 5,0 мл. Наиболее грозный

побочный эффект бензодиазепинов - угнетение дыхания, поэтому необходим тщательный мониторинг функции внешнего дыхания и гемодинамических параметров.

При отсутствии эффекта внутривенно вводится 2,0-4,0 мл витамина В₁ и 40,0-60,0 мл 40% раствора глюкозы (тиамин необходимо вводить до глюкозы с целью предотвращения развития энцефалопатии Гайе-Вернике).

Введение диазепама можно повторять вновь до достижения клинического эффекта. Если применение бензодиазепинов не дает положительного результата, приступают к инфузии барбитуратов (гексенал - 1,0 мл внутривенно на 100 мл 55% раствора глюкозы или натрия оксибутират в дозе 250 мг/кг массы тела).

Кроме всего необходимо восстановление кислотно-щелочного равновесия. Вводится бикарбонат натрия 4% раствора в 200 мл хлорида калия 4% в виде инфузий на физрастворе или глюкозе.

Выводы

Терапия судорожного синдрома в структуре алкоголизма является urgentной, поэтому имеет важные особенности, влияющие на исход и дальнейшую трудоспособность.

1. При возникновении эпилептического статуса дальнейшее ведение больного необходимо осуществлять в отделении интенсивной терапии, где и проводятся дальнейшие диагностические и лечебные мероприятия.

2. При редких припадках, наблюдающихся на высоте абстиненции, прогноз чаще всего благоприятный. В большинстве случаев после прекращения злоупотребления алкоголем припадки прекращаются, и больные могут продолжать работу по своей профессии.

3. В редких случаях припадки не исчезают полностью, а только становятся реже. Этот тип наблюдается при длительном злоупотреблении спиртными напитками и чаще характерен для особо злокачественных вариантов течения алкоголизма, сопровождающихся развитием органических изменений головного мозга. Трудовой прогноз у этой группы больных менее благоприятен. При оценке трудоспособности в этих случаях необходимо учитывать не только характер, частоту эпилептических припадков и степень выраженности алкогольной деградации личности, но и наличие неврологических расстройств [1, 5].

Список литературы:

1. Иванец Н.Н. *Руководство по наркологии*. – М., 2002. – С. 79-82.
2. Огурцов П.П., Жиров И.В. *Неотложная алкогольная патология*. – М., 2001. – С. 72-73.
3. Моисеев В.С., Огурцов П.П. *Алкогольная болезнь*. – М., 1997. – С. 5-12.
4. Трифонова Л. Н. *Терапия неотложного состояния при хроническом алкоголизме // Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2005. – Т. V, № 4. – С. 73-74.
5. Жислин С.Г. *Психиатрический диагност.* – 1965. – С. 65-78.

К ВОПРОСУ О ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМАХ АЛКОГОЛИЗМА

М.К. Маликов

На сегодняшний день диагностические критерии зависимости сформулированы. Однако нозологические границы алкоголизма не всегда четки. Употребление алкоголя по ряду причин представляет собой континуум, на одном полюсе которого расположены случайные алкоголизации, на другой – сформированная нозология. Поэтому зачастую в клинической практике специалистам приходится сталкиваться с размытостью границ данной нозологии, что в практическом отношении порой ведет к гипо- и гипердиагностике состояний. Определение границ патологии, отграничение болезненных явлений от явлений не болезненных важны не только в чисто теоретическом плане. Без знания границ заболевания невозможно установить его распространенность, а, следовательно, планировать объем медицинской помощи. Этот вопрос особенно важен для наркологии, где диагностика заболевания влечет за собой не только медицинские, но и социальные мероприятия.

В настоящее время основой для постановки наркологического диагноза является симптоматический подход. То есть по мере накопления симптомов и формирования самостоятельной феноменологии заболеваний зависимости, границы таковых расширяются.

Согласно критериям МКБ-10, выделенные признаки зависимости должны регистрироваться у лица на протяжении не менее года при обязательном наличии как минимум трех из таковых. В этом случае проводится официальная констатация нозологии. Заболевание в данном случае следует, прежде всего, дифференцировать с состояниями пагубного (с вредными последствиями) употребления, критерии которого согласно МКБ-10 не отличаются такой четкостью и однозначностью, собственно зависимость. В данном случае указывается:

- а) должны иметь место четкие данные, что употребление вещества обусловило физические или психологические вредные изменения, включая нарушения суждений и дисфункциональное поведение, или в значительной мере способствовало их возникновению;
- б) природа вредных изменений должна быть выявляемой и описанной;
- в) характер употребления сохранялся или периодически повторялся в предыдущие 12 месяцев.

В клинической практике врачу-наркологу очень часто приходится оперировать указанными критериями, так как получить достоверную информацию в указанном ключе бывает достаточно проблематично. В критериях МКБ-10 нет указаний на качественную и количественную оценку «вредности психофизических изменений», а тем более не приведен

алгоритм поиска доказательной базы пагубного потребления.

Проводя параллели, можно считать, что «алкоголизм» - это все болезненные формы злоупотребления спиртными напитками, то есть с установленным синдромом зависимости.

Все не болезненные формы употребления спиртных напитков обозначаются двумя терминами – «злоупотребление алкоголем» (синоним «пьянство»), «бытовое пьянство»), которое включает в себя как систематические (алкогольная акцентуация), так и привычные (преалкоголизм) формы, и «употребление алкоголя» (случайное и умеренное).

Каждая последующая форма потребления алкоголя вырастает из предыдущей, которая, по сути, может дать начало нозологии.

Воздержание от употребления алкоголя – это абстиненты, то есть лица, воздерживающиеся от приема алкоголя. Существуют абсолютные и относительные абстиненты. К абсолютным абстинентам относятся лица, совершенно не употреблявшие спиртных напитков в течение, по крайней мере, 1 года. Относительные абстиненты употребляют алкоголь крайне редко (2-3 раза в год) и в небольших количествах (до 100 мл вина), они пьют без желания, часто под давлением окружающих.

Случайное употребление алкоголя – люди, употребляющие алкоголь случайно, поздно общаются к нему. Такие люди пьют редко (от 1 раза в 2-3 месяца до 1-2 раз в месяц) и нерегулярно, только тогда, когда не выпить трудно и отказ может быть неправильно истолкован (часто пьют под нажимом окружающих), обычно не более 50-150 мл в пересчете на водку. Они предпочитают слабые спиртные напитки (вино), крепкие спиртные напитки употребляют редко. Процесс употребления алкоголя в данной группе имеет малую динамику с неразвернутой картиной опьянения, малой его дифференцировкой, низкой толерантностью и невысоким эйфоризирующим эффектом спиртных напитков.

Умеренное употребление алкоголя – периодичность эпизодов приема алкоголя у данной группы лиц отсутствует. Поводом для выпивок являются общепринятые праздники, юбилеи, семейные торжества, то есть важные для приема спиртного среди большинства людей. Обычно употребляется 100-150 мл в пересчете на водку, максимум 300 мл, обычно пьют 1-4 раза в месяц. Опьянение имеется, его внешние признаки выражены негрубо. Эйфоризирующее действие спиртных напитков в целом выражено умеренно. Клиническая картина опьянения недифференцирована, его длительность невелика. Струк-

тура потребностей и мотивов личности не меняется. Желание выпить возникает редко.

Систематическое пьянство (алкогольная акцентуация) – этот вариант сопровождается относительно более ранним знакомством с алкоголем, стремлением к максимальным количествам спиртных напитков, определенной периодичностью выпивок, частыми эпизодами выраженного опьянения и асоциального поведения, существованием отдельных фаз в клинике опьянения, четкой картиной всех этапов развития алкогольной привычки, повышением вероятности возникновения болезненных форм пьянства. Лица с систематической формой пьянства употребляли 200-400 мл водки 1-2 раза в неделю. Система поводов для выпивок расширяется. Опьянение становится выраженным и дифференцированным. Эйфоризирующий эффект выражен более резко. Насыщение наступает позже. Опьянения становятся клишированными. При этом эпизоды пьянства осознаются, могут приниматься попытки ограничить прием алкоголя, при этом формируются механизмы психологической защиты. Закладывается объяснительная система, которая приобретает форму «поводов». Возникает расширение диапазона приемлемости алкоголизации. Лица в этом случае становятся инициаторами в организации выпивок. Алкоголь еще не воспринимается как единственный смыслообразующий мотив. Однако алкоголь является ведущим способом получить удовольствие в жизни, основным его источником. Другие виды деятельности осуществляются в перерывах между выпивками. Изменяется стиль общения, закрепляются контакты с лицами, общение с которыми сопровождается выпивкой.

Существует 3 этапа бытового пьянства:

- начальный этап - с усилением алкоголизации и устойчивости к спиртным напиткам, появлением и развитием алкогольной потребности, изменением характера опьянения;
- этап апогея – толерантность к спиртным напиткам, алкогольная потребность достигают наивысшего для данного индивида уровня, происходят дальнейшая дифференцировка и усложнение картины опьянения, запаздывание симптома насыщения;
- этап исхода – снижение алкогольной потребности и сокращение потребления спиртных напитков, снижение толерантности, падение эйфоризирующего эффекта.

Привычное пьянство (преалкоголизм) – характеризуется учащением приема спиртных напитков,

ростом толерантности и употребляемого количества, изменением картины опьянения – удлинением стадии возбуждения, расслаблением и глубоким сном к концу опьянения, появлением влечения к алкоголю, обуславливающее алкогольдобывательную деятельность, ухудшением настроения в периоды воздержания.

При привычном пьянстве мысли об алкоголе занимают большое место в психической деятельности. Чтобы человек ни делал, все напоминает ему о выпивке и рождает мысли об ее желательности. Человек все чаще видит в воображении картины, связанные с выпивкой. Симптом становится патологическим, когда мысли о желательности алкоголизации делаются навязчивыми и не могут быть устранены из сознания, подавлены личностью.

При привычном пьянстве феномен насыщения алкоголем присутствует, однако значительно запаздывает, при алкоголизме он полностью редуцирован.

Снижение способности к градуальным реакциям и переход на реакцию «все или ничего» тесно связаны с запаздыванием насыщения. Утрата способности к дифференцированию количеств выпитого свидетельствует о возникновении заболевания.

Затруднения при отказе от выпивки чаще всего проявляются в двух ситуациях – трудность отказаться от выпивки при угощении и трудность отказаться от выпивки при уже начавшейся подготовке к ней. Подавить возникшее желание очень трудно, это сопровождается чувством неудовлетворенности, снижением настроения, соматопсихическим дискомфортом. Границей заболевания нужно считать момент, когда эти трудности непреодолимыми для личности, то есть когда затруднения при отказе от выпивки превращаются в невозможность отказаться.

При привычном пьянстве алкогольная потребность удовлетворяется только в рамках социально декретируемого поведения. Патологической алкогольной потребности становится только при выходе за пределы групповых алкогольных норм.

Подводя итог, следует заметить, что использование симптоматического подхода в диагностике алкоголизма и алкогольных состояний ненадежно. Выраженность симптома должна быть достаточной для нарушения функции организма. В этом случае более оправдан функциональный подход, который основан на главном – на возможности выполнять те или иные функции.

Исходя из этого определения, алкоголизм – это злоупотребление с утратой тех или иных функций организма.

Список использованной литературы:

1. Бехтель Э.Е. *Донозологические формы злоупотребления алкоголем.* - М.: Медицина, 1986.
2. Гонопольский М.Х. *Себя преодолеть.* – А-А.: Казахстан, 1987.
3. Лисицын Ю.П. Копыт Н.Я. *Алкоголизм.* – М.: Медицина, 1983.
4. Пятницкая И.Н. *Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма.* – М.: Медицина, 1988.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРКОМАНИИ В ГОРОДЕ БАЛХАШЕ

Л.М. Сидоренко

участковый врач-нарколог КГКП «Наркологический диспансер города Балхаш»

Одной из сложнейших проблем, стоящих перед человечеством в настоящее время является противодействие распространению наркотиков и зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в населении различных регионов мира. На сегодняшний день проблема зависимости от опиатов стоит очень остро. Несмотря на то, что это проблема человечеству знакома уже давно, до сих пор она не решена.

В Казахстане опиоиды - наиболее употребляемый наркотик. На сегодняшний день среди актуальных вопросов, стоящих перед казахстанским обществом и требующих скорейшего решения, на одно из первых мест выходит проблема роста наркомании и наркобизнеса как глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности в целом.

С целью блокирования развития данной ситуации, а также отрицательных социальных артефактов, связанных с употреблением наркотиков (преступность, распространение ВИЧ/СПИД и т.д.) в Республике Казахстан разработана Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2006-2014 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан. Данная стратегия предусматривает многосторонний подход и комплексное воздействие на ситуацию, связанную с распространением наркотической зависимости в Республике Казахстан.

В Стратегии рассмотрен анализ состояния проблемы. Для Казахстана в краткосрочной и среднесрочной перспективе проблема наркобизнеса и роста наркомании может серьезно затронуть следующие важные сферы общества.

В *социальной* сфере - это угроза сохранению здорового генофонда нации.

В *политической* сфере - это опасность, что наркомафия не заинтересована в реальной и национальной стабильности, Прибыли, получаемые от наркотиков, идут на поддержку сил, стремящихся воздействовать на государства центральноазиатского региона. Проблема наркотиков теснейшим образом сопряжена с финансированием международного терроризма и религиозного экстремизма.

В *экономической* сфере - это обострение экономических проблем в переходный период.

Распространенность наркомании в городе Балхаше

В таблице 1 приводятся данные о результатах постановки на учет, снятия с учета в 2009, 2010 годах в Балхаше лиц, страдающих наркоманией.

Анализ данных таблицы 1 показывает, что в 2010 году уменьшилось общее количество больных, состоящих на учете по поводу наркомании, на 7 человек (в 2009 году состояло 151 человек, в 2010 году - 144). Уменьшилось количество лиц, взятых на учет в 2010 году, на 3 человека (в 2009 году взято 22 человека, 2010 году - 19). Количество лиц, снятых с учета в медицинских организациях наркологического профиля, увеличилось в 2010 году на 4 человека (в 2009 году снято 24 человека, в 2010 году - 28). В 2010 году количество лиц, снятых с учета в связи с выздоровлением, уменьшилось на 2 человека (в 2009 снято в связи с выздоровлением 8 человек, в 2010 - 6 человек). Увеличилось количество лиц, снятых в связи со смертью, на 7 человек (в 2009 году снято 4 человека, в 2010 - 11). Примерно одинаково число лиц, боль-

Таблица 1

Сведения о результатах постановки на учет, снятия с учета лиц, страдающих наркоманией в 2009, 2010 годах

Параметры	2009 год	2010 год
Состоит на начало года всего	147 чел.	151 чел.
Из них с опийной наркоманией	89 чел.	81 чел.
С гашишной наркоманией	15 чел.	17 чел.
С сочетанным употреблением наркотиков и алкоголя	43 чел.	53 чел.
Взято на учет в течение года	22 чел.	19 чел.
В том числе впервые в жизни	20 чел.	17 чел.
Снято с учета в отчетном периоде	24 чел.	28 чел.
В том числе с выздоровлением	8 чел.	6 чел.
С осуждением	8 чел.	7 чел.
С изменением постоянного места жительства	1 чел.	1 чел.
Со смертью	4 чел.	11 чел.
Другие причины	3 чел.	3 чел.
Состоит на учете на конец отчетного периода	151 чел.	144 чел.

ных наркоманий, снятых одинаковое число в связи с вынесением приговора суда (в 2009 году 8 человек, в 2010 - 7 человек). В 2010 году увеличилось количество лиц, состоящих на учете с сочетанным употреблением алкоголя и наркотиков, на 10 человек (на 23%), (в 2009 году состояло 43 человека, в 2010 - 53). Снижение количества лиц, состоящих на учете, объясняется снижением социального статуса больных наркоманией - многие из них не имеют прописки, постоянного места жительства, что затрудняет возможность взятия на учет и дальнейшего динамического наблюдения. А также согласно пункту 10 приказа МЗ РК № 808 от 01.12.2009 года «Об утверждении Правил признания лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» для лица, обратившегося добровольно, установление наркологического диагноза не является основанием для постановки его на диспансерный учет без его согласия (для несовершеннолетних - без согласия их законных представителей).

Данные о возрастных группах лиц, состоящих на учёте в медицинских организациях наркологического профиля, представлены в таблице 2. Здесь же представлены данные о социальных категориях лиц, поставленных на учёт в данные организации.

Как видно из данных таблицы 2, преобладают больные наркоманией, состоящие на учете, в возрасте старше 31 года (в 2009 году - 87 человек, 2010 – 86 человек, что составляет 57,6% и соответственно 59,7% от общего количества лиц, состоящих на учете). Более половины наркозависимых лиц нигде не работают и не учатся.

Как видно из данных таблицы 3, количество экспертиз для установления состояния наркотического опьянения увеличилось на 21 человек (на 161%), (в 2009 проведено 13 экспертиз, 2010 году - 34).

Количество проведенных экспертиз в 2010 году увеличилось на 3 человека (в 2009 проведено 48 экспертизы, в 2010 - 51), но в 2010 году рекомендовано принудительное лечение меньше на 6 человек (таблица 4).

Таблица 2

Данные о возрастных группах и социальных категориях лиц, состоящих на учете в медицинских организациях наркологического профиля

Возраст	2009 год	2010 год
До 14 лет	0	0
15-17 лет	6 чел.	3 чел.
18-30 лет	58 чел.	55 чел.
31 и старше	87 чел.	86 чел.
Учащиеся	6 чел.	4 чел.
Не работающие и не учащиеся	101 чел.	120 чел.

Таблица 3

Количество экспертиз освидетельствования для установления состояния наркотического опьянения

Проведено экспертиз	2009 год	2010 год
Освидетельствовано по поводу наркомании	13	34

Таблица 4

Судебно-наркологическая экспертиза

Параметры		2009 год	2010 год
По поводу употребления наркотиков всего		48	51
Из них	Проведено подследственным	44	46
	В том числе рекомендовано принудительное лечение	31	25
	Для направления в СЛПУ	4	5

Таблица 5

Больные с наркоманией пролеченные стационарно

Пролечено	2009 год	2010 год
Всего пролечено с наркоманией	35	54
В том числе, состоящие на «Д» учете	23	27
Из числа пролеченных с опийной наркоманией	19	34
С гашишной наркоманией	1	1
С сочетанным употреблением наркотиков и алкоголя	15	19

Как видно из данных таблицы 5, количество пролеченных наркозависимых больных в 2010 году увеличилось на 19 человек (21%).

В 2009 году из числа всех пролеченных больных 65% составляли больные, состоящие на диспансерном учете, 35% - больные, обратившиеся за лечебной помощью анонимно. В 2010 году количество лиц, состоящих на учете и прошедших лечение анонимно, одинаково - по 50%, соответственно.

Основное количество наркозависимых больных прошли лечение от опиийной зависимости.

Приведенные выше статистические данные свидетельствуют о том, что в терапии наркологических расстройств прослеживается определенный прогресс, но незначительность и нестабильность показателей, определяющих эти тенденции, вызывает необходимость совершенствования применяемых в наркологии методик и активного внедрения в практику современных методов психофармакотерапии ППР, связанных с зависимостью от ПАВ.

Список литературы:

1. Указ Президента РК «Стратегия борьбы с наркоманией наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 год» с. 1-2.
2. Отчетные форма и таблицы по наркологии: Форма № 37 Отчет о континентах больных с психическими и поведенческими расстройствами вызванными потреблением психоактивных веществ (ПАВ), таблицы № 1000, 2100, 2500, 2700.

РОЛЬ СЕМЬИ В ФОРМИРОВАНИИ НАРКОТИЗАЦИИ У ПОДРОСТКОВ

О.В. Тюменцева, Т.П. Ершова, А.Е. Жанарбаева, А.З. Нургазина

В наркологии последнее время уделяют внимание теории семейных систем [1-2]. Система - это целое, поддерживаемое взаимодействием его частей. Семейная система характеризуется структурой и поведением. Структуру составляют такие подсистемы, как родители, дети и другие члены семьи. Эти подсистемы постоянно взаимодействуют. В результате этого каждый член семьи обретает смысл и значение. Самое раннее представление ребенка о себе обеспечивается взаимодействием членов семейной системы.

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

Ch. Stewart считает, что большое значение имеет тип или качество взаимоотношений между родителями и подростком при любой структуре семьи. Автором установлено, что наличие в семье твердых правил, родительского мониторинга может существенно смягчить употребление подростками алко-

Выводы

Таким образом, проведенный анализ статистических данных показал, что имеется тенденция к увеличению числа больных с сочетанным употреблением наркотиков и алкоголя.

Уменьшилось количество лиц, состоящих на учете, за счет того, что обратившиеся за наркологической помощью больные не дают свое согласие на постановку на учет (согласно пункту 10 приказа МЗ РК № 808 от 01.12.2009 года «Об утверждении Правил признания лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» для лица, обратившегося добровольно, установление наркологического диагноза не является основанием для постановки его на диспансерный учёт без его согласия, для несовершеннолетних лиц - без согласия их законных представителей).

Увеличилось количество лиц, состоящих на учете нигде не работающих и не учащихся. Увеличилось количество больных, желающих в добровольном порядке пройти курс лечения в стационарных условиях.

голя, марихуаны и кокаина. Эти защитные факторы важны для подростков обоего пола [2].

Нарушение ролевых семейных функций, эмоциональное отвержение со стороны родителей генерируют у ребенка беспокойство, тревогу, чувство вины, низкую самооценку. В этом контексте употребление психоактивных веществ можно рассматривать, как искусственную аффективную защиту: избавление от напряжения, агрессии, переполняющих негативных эмоций [3-4].

По данным различных авторов, семейными факторами, выступающими как личностный стрессор, являются: семейный сценарий, отношения между детьми и родителями, характер воспитания (гипоопека, гиперопека), «определённая субкультура воспитания», взаимоотношения родителей между собой, состояния «перманентного развода», сиблинговые проблемы, материально-бытовые условия и социальный статус, отношение этнокультуральных особенностей как между членами семьи, так и семьи с окружающим социумом, отягощённость пси-

хическими заболеваниями, алкоголизм и наркомания родителей, отсутствие или потеря родителей или одного из родителей, усыновление, приёмные дети или родители и т.д. [5-12].

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

Другие авторы семейные факторы риска формулировали так - это адаптация к разводу, повторному браку родителей или выраженное ухудшение семейных взаимоотношений; дистантное, малозаботливое и непостоянное родительство; негативные коммуникации в паре родитель - ребенок; плохой мониторинг со стороны родителей; нечеткие семейные правила, ожидания и поощрения; употребление ПАВ родителем или сибсом; хаотический уклад семейной жизни, в особенности в случаях, когда родители злоупотребляют ПАВ или страдают душевным заболеванием; неэффективная практика воспитания ребенка, в особенности в случаях с трудным темпераментом ребенка и проблемным его поведением; недостаток взаимной привязанности и заботы; хроническое внутрисемейное напряжение и разлад; отсутствие руководства со стороны родителей, вседозволенность [13].

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

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

Ц.П. Короленко, Т.А. Донских [14] была предпринята попытка выделить и описать типы воспитания, коррелирующие с аддиктивными расстройствами. К таковым относятся: 1) отчетливо неблагоприятные условия; отсутствие родительского внимания, теплоты (33% случаев); 2) семьи с асоциальными про-

явлениями (18%); 3) воспитание в детских домах (9%); 4) обеспеченные семьи с ориентацией на престижность и карьеру, дети рассматривались как атрибуты социального благополучия, демонстрировались в обществе как символ успеха; 5) благополучные материальные условия, с хорошим психологическим климатом в семье, при наличии резко отрицательного отношения родителей к алкоголю и нетерпимости к его употреблению в любых обстоятельствах 7%; 6) семьи с доминирующим влиянием матерей, отцы часто отсутствовали.

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

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

- характеристики родительского дома (негативные взаимоотношения в парах родитель - ребенок) и окружающей среды (школьные и личные трудности);
- характеристики поведения ребенка (вызывающее поведение, плохой контроль импульсов, беспокойство и трудности концентрации внимания);
- раннее начало экспериментирования с алкоголем и табаком.

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

В настоящее время большое внимание уделяется психотерапии при работе с подростками и их семей. А.И. Захаров (2001) проведя анализ обзора российской литературы, считает, что в психотерапии детей большее внимание, чем у взрослых, уделяется приёмам отвлечения и переключения и то, что, не смотря на большое число исследований психологии игры, психотерапевтическое приложение игры отстаёт от запросов практики. Он также придаёт большую значимость семейной психотерапии и групповой терапии. Обычно психотерапевтические методы индивидуальной и групповой коррекции направлены на работу с проблемным ребенком, подростком. Психотерапия и консультирование проводятся в кабинетах, стационарах, «тепличных» условиях, изолированных от стрессогенной среды и в последующем требуют переноса, не всегда успешного, приоритетных навыков в естественное окружение. Многие авторы подчеркивают существенные отличия психотерапии детей и подростков от психотерапии взрослых и выделяют такие особенности психотерапии в детском и подростковом возрасте:

- а) при выборе адекватного метода психотерапии необходимо учитывать стадию нервно-психического развития ребёнка;
- б) повышенная внушаемость у детей и подростков нередко сочетается с непониманием необходимости лечения и, в связи с этим, отрицательным отношением к психотерапии;
- в) дети и подростки, как правило, проводят чёткую границу между тем, что им говорят сверстники, а что – взрослые; Нередко подросток может осознанно – неосознанно провоцировать терапевта на высказывания, эмоциональные реакции или действия, подтверждающие, что врач «заодно» с родителями;
- г) важную роль в детской, подростковой психотерапии играет искренний интерес к ребёнку, гибкость и способность к эмпатии;
- д) при установлении доверительных отношений существует вероятность того, что ребенок или подросток начнет воспринимать терапевта, как «заменителя» родителей в эмоциональном отношении.

При работе с подростками используется практически весь арсенал методов и технических приемов современной психотерапии:

- 1) поведенческая и когнитивно-бихевиоральная психотерапия;
- 2) психодрама и ролевые игры;
- 3) проблемно ориентированные тренинги;
- 4) арт-терапия;
- 5) психоаналитическая психотерапия;
- 6) личностно ориентированная психотерапия;
- 7) кататимные образные переживания;
- 8) аутогенная тренировка;
- 9) игровая психотерапия;
- 10) рациональная психотерапия;
- 11) гипносуггестивные методы;
- 12) комбинированная психотерапия.

Ряд исследований подчеркивает особую значимость семейной психотерапии при работе с зависимыми детьми и подростками. В исследованиях основной целью психотерапии зависимых детей и подростков, по данным разных авторов, является не столько коррекция клинических проявлений зависимости, сколько коррекция навыков, форм поведения, развитие умения строить межличностные, в том числе семейные отношения, а также становление жизненных целей и ближайших социальных задач. О важности семейной психотерапии при работе с детьми и подростками пишут в своих работах многие авторы.

Вместе с тем, некоторые исследователи подчеркивают, что на сегодняшний день удалось составить лишь общее представление о ходе нормального развития ребенка и его расстройствах. Множество проблем в этой области ждут своего разрешения. Изучение сравнительной эффективности основных направлений психотерапии позволило сделать вывод об отсутствии выраженных пре-

имуществ одного подхода над другим либо одних подходов над другими.

Групповая психотерапия подростков предусматривает проведение комплекса психотерапевтических и педагогических мероприятий, направленных, прежде всего на предотвращение десоциализации подростка, под которой понимают различные нарушения поведения (токсикоманическое, избегание контактов, суицидальное).

Н. Rosenstock, М. McLanghein (1982) предлагают использовать для подростков только техники положительного подкрепления (позитивная группа). Этот принцип позволяет найти положительные качества у себя и партнеров по группе, что способствует повышению самооценки и социальной компетенции подростков.

S. King (1980), S. Peele (1985) полагают, что лечение токсикомании будет успешным, если повысить самооценку у подростка, что создаст навыки контроля ситуации, улучшит межличностное общение и поможет ему вступить в более плодотворные взаимоотношения; стимулирует привычку к работе и будет способствовать постановке и решению приемлемых задач; увеличит толерантность к несовершенству и дискомфорту жизни. С. Bernfeld, L. Clark, G. Parker (1984) рассматривают групповой процесс, как составляющую трех компонентов:

- задача группы, которая должна её решить в процессе занятий;
- групповые роли, которые помогают группе сохранить ее статус;
- индивидуальные роли, выявляющиеся в процессе интеракций и мало помогающие как группе, так и самим участникам.

М. Sugar (1979) рассматривает следующие возможности подростковой психотерапевтической группы:

- 1) поддержание взаимодействия и конфронтации с ровесниками;
- 2) создание в группе реальной жизненной ситуации для изучения поведения и его изменения;
- 3) стимуляция новых путей взаимодействия с ситуацией и получение нового опыта в человеческих отношениях;
- 4) стимуляция новых концепций «я» и новых моделей идентификации;
- 5) формирование чувства меньшей изолированности в окружающем мире;
- 6) создание ощущения защищенности от взрослого мира;
- 7) адекватная помощь для удержания в отделении;
- 8) уменьшение сопротивления или подчинения, усиление независимости и идентификации с лидером;
- 9) открытие проблем взаимоотношений, которые не выявились в индивидуальной психотерапии.

W. Madei (1986) считает, что самая большая ценность группы – это предоставление информации об отношении «Я - другой», что связано с потребностью подростков в самооценке и идентификации.

Таким образом, семья может обладать не только разрушительной силой, но и быть источником исцеления и личностного роста, а современная психотерапия призвана помочь и пациенту, и его семье справиться с заболеваниями [15].

Литература:

1. Vakalahi H.F. *Adolescent substance use and family-based risk and protective factors: A literature review* // *J. Drug Educ.* - 2001. - Vol. 31, № 1. - P. 29-46.
2. Stewart Ch. *Family factors of low-income African-American youth associated with substance abuse: an exploratory analysis* // *J. of Ethnicity in Sub-stance Abuse.* - 2002. - Vol. 1, № 1. - P. 97-111.
3. Алексеев Б.Е. Семейный подход к изучению развития алкоголизма и наркомании // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* - СПб., 1992. - Т. 1. – С.48 - 57.
4. Вострокнутов Н.В. *Семья и проблемы отклоняющегося поведения в современном обществе* // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана.* – Павлодар, 2002. – Т. II, № 2. – С. 56-65.
5. Эйдемиллер Э.Г. *Исследование семей подростков с психопатиями и транзиторными нарушениями поведения в связи с задачами семейной психотерапии* // *Третий Всероссийский съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докл.* - М., 1974. - Т. 2. – С. 402.
6. Бернс Р. *Развитие Я - концепции и воспитание.* Перевод с англ. – М.: Прогресс, 1986. – 424 с.
7. Семке В.Я., Положий С.Б. *Пограничные состояния и психическое здоровье.* – Томск: издательство Томского университета, 1990. - 209 с.
8. Басов А.Н. *Особенности семейной психотерапии при нарушении поведения у подростков с использованием метода транзактного анализа* // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* - Томск, 1998. - № 3.
9. Гуткевич Е.В., Семке А.В., Шеметова Л.Я., Попко Л.Ф. *Семейные факторы риска психических расстройств и медико-генетическая помощь семьям с детьми. Экология и психическое здоровье. Под редакцией академика РАМН В.Я. Семке, профессора А.А. Корнилова и д.м.н. Г.Г. Платонова.* - Кемерово - Томск, 1998. – С. 81-83.
10. Витакер К., Бамберри В. *Танцы с семьей: Семейная терапия: символический подход, основанный на личностном опыте.* (Пер. с англ. А.З. Шапиро). – М.: Независимая фирма «Класс», 1999.– С. 136-146.
11. Дозорцева Е.Г. *Аномальное развитие личности у подростков и юношей с делинквентным и криминальным поведением (материалы докторской диссертации).* - М., 2000.
12. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков.* - Л.: Медицина. - 1977. - 208 с.
13. Mason A., Windle M. *Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study* // *J. Stud. Alcohol.* - 2001. - Vol. 62. - P. 44-53.
14. Короленко Ц.П., Донских Т.А. *Семь путей к катастрофе.* – Новосибирск, 1990.
15. Холмогорова А.Б. *Биопсихосоциальная модель как методическая основа изучения психических расстройств* // *Соц. клин. психиатрия.* - 2002. - № 3. - С. 97-104.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Л.С. Чемерис

Термин «зависимость» определяет патологическое пристрастие субъекта по отношению к чему-либо. На сегодняшний день известна зависимость по отношению к химическим веществам (токсикомания, наркомания, алкоголизм), азартным играм, еде, сексу, видеоиграм и пр. Термин «компьютерная зависимость» определяет патологическое пристрастие человека к работе или проведению времени за компьютером. В разумных пределах работа за компьютером, пользование Интернетом или некоторые видеоигры могут быть даже полезными для

человека, как средства развивающие логику, внимание и мышление.

Многие компьютерные игры могут быть познавательными, а в Интернете можно прочесть много полезной и интересной информации. Проблемы возникают, когда время, проводимое за компьютером, превосходит допустимые пределы (на самом деле эти пределы ни кем не определены), и возникает патологическое пристрастие и необходимость находиться за компьютером больше времени.

Специалисты, работающие с детьми, большую опасность видят в возрастающей компьютерной зависимости детей и подростков. Персональный компьютер (ПК) стал в настоящее время электронным средством, вошедшим в семейный быт, и ребенок не может быть исключен из этого средового информационного поля, даже при формировании зависимых отношений. Преподавание информатики сегодня входит в программу общего образования, и в рамках этих требований ребенок должен приобретать навыки работы на ПК, следовательно, систематически работать на нем.

Большинство современных детей вообще не представляют себе без компьютера ни учебу, ни досуг и часами просиживают один на один со светящимся экраном. Хорошо это или плохо? Некоторых родителей, с раннего возраста приучающих детей к компьютеру, это радует: ребенок сидит дома, не пропадает на улице, а поэтому у них не возникает причин для беспокойства. На чрезмерное увлечение компьютером родители, как правило, не обращают внимания до тех пор, пока в поведении ребенка не появляются ярко выраженные отклонения, такие как воровство денег, прогулы занятий в школе. Но даже эти симптомы не всегда воспринимаются как серьезное нарушение в развитии ребенка. На самом деле игровая или компьютерная зависимость рассматривается психологами и психиатрами как одна из форм аддиктивного поведения.

У детей с «компьютерной зависимостью» выявляется широкий спектр социально-психологических отклонений в значимых для ребенка сферах жизнедеятельности и основных расстройств возрастного психического развития. В сфере семьи это:

- отклонения психопатологического характера у родителей или эмоционально-значимых для ребенка родных, включая особенности аномального родительского воспитательного воздействия, например, материнская депрессия или невротическая тревога и связанная с ней депривация, неопределенность родительских требований;
- стрессы у родителей и стойкие внутрисемейные конфликты с вовлечением в них ребенка;
- противопоставление родительских или семейных ценностей ценностям ребенка.

В сфере школы это:

- а) академическая неуспеваемость и конфликты с учителями;
- б) высокая частота случаев смены школы при конфликтных ситуациях;
- в) непринятие соучениками;
- г) экстернатное обучение (Вострокнутов Н.В. с соавт., 2004).

Среди расстройств возрастного психического развития у подростков с зависимостью от компьютерных игр определяющее значение имели:

- 1) проявления задержанного развития с личностным инфантилизмом;
- 2) расстройства привязанности;
- 3) синдром дефицита внимания и гиперактивности, преимущественно его вариант, свя-

занный с дефицитностью внимания, а не гиперактивностью;

- 4) оппозиционно-вызывающие расстройства поведения;
- 5) расстройства научения, которые часто придавали своеобразную окраску особенностям парциальных нарушений интеллектуального развития, например, дислексические проблемы при хороших компьютерных навыках (Пережогин Л.О., 2001; 2006).

С другой стороны, многие проблемы школьного возрастного периода развития (необходимость собственной психологической территории комфорта, идентификация, страх отвержения, профессиональное самоопределение, выбор личностного сценария) удается компенсировать посредством компьютерных игр и Интернет-активности. Выбор героя игры с его «судьбой», личностными особенностями, формирование коммуникативного игрового (сетевого) пространства, взаимодействие в виртуальном образе с другими игроками обладают мощным компенсаторным потенциалом для невротической личности. При этом, для того чтобы избежать возникновения привязанности ребенка к компьютеру, нужно разнообразить круг его интересов и занятий. Этого можно достичь, например, при обращении внимания ребенка на спорт или различные виды искусств (музыка, рисование и пр.).

И очень важным условием является то, что родители обязательно должны чувствовать ответственность за то, сколько и какого качества внимания они уделяют ребёнку. Согласно классическому психоанализу, первый и главный шаг на пути излечения и профилактики – это *осознание* наличия или опасности заболевания (Лоскутова В.А., 2004).

Список литературы:

1. Вострокнутов Н.В., Харитонова Н.К., Игошин А.Л., Пережогин Л.О. *Организационно-методические основы психотерапевтической и психокоррекционной работы с детьми группы риска употребления психоактивных веществ. Методические рекомендации.* - М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. - 36 с.
2. Лоскутова (Бурова) В.А. *Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.* - Новосибирск. 2004.
3. Пережогин Л.О. *Интернет-аддикция в подростковой среде // Сборник тезисов международной конференции «Подростки и молодежь в меняющемся обществе - проблемы девиантного поведения», Москва, 2001.* - М.: Новый отчет, 2001. - С. 56-68.
4. Пережогин Л.О. *Психологические и клинические особенности интернет-аддикции у подростков // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской психиатрии», Саратов. 25-28 сентября 2006 г.* - С. 91-106.

ТҮЙІНДЕМЕ

ҒАЛАМТОРДЫ ҚОЛДАНУ СЕБЕПТЕРІ МЕН ТҮРЛЕРІ. ҒАЛАМТОР-ТӘУЕЛДІЛІГІ ТИПТЕРІ.

Е.Б. Бәйкенов

Мақалада Ғаламторды қолдану себептері мен түрлері қарастырылған, Ғаламторды қатынас құралы ретінде қолдану түрлеріне басты назар аударылады. Сондай-ақ, Ғаламтор-тәуелділігінің типтері талқыланады.

ҒАЛАМТОР-ҚҰМАРЛЫҒЫНЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Е.Б. Бәйкенов

Мақалада Ғаламтор-құмарлығының психологиялық аспектілері қарастырылған, Ғаламтор-тәуелділігіндегі тұлғалардың психологиялық ерекшеліктері, сондай-ақ осы тәуелділікке елігудің психологиялық механизмдері талқыланады.

ГЕРОИН НАШАҚОРЛЫҒЫ АУРУЫНА ШАЛДЫҚҚАНДАРДА БОЛАТЫН АСТЕНИЯЛЫҚ (ОРГАНИЗМНІҢ ӘЛСІЗДЕНУІ) ЖАҒЫМСЫЗ БҰЗЫЛЫСТАР ЖӘНЕ СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АЛТЫ АЙДАН КЕЙІНГІ ОЛАРДЫҢ ДИНАМИКАСЫ

А.А. Құсайынов

Бұл жұмыста оңалту бағдарламасын өту процесінде емделуші пациенттерде тіркелген астениялық (организмнің әлсізденуі) жағымсыз бұзылыстар, және емделіп шыққаннан алты айдан кейінгі олардың динамикасы көрсетілген.

Түйін сөздер: героин нашақорлығы, астения (организмнің әлсізденуі), адинамия (дененің немесе ағзаның қозғалу белсенділігінің жойылуы, күрт азаюы), анергия (тітіркеніске жауап қайтармау, белсенді әрекеттің болмауы).

ЖАЛПЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖЕЛІДЕ ЕМДЕЛУШІ КЛИЕНТТЕРДЕГІ ХИМИЯЛЫҚ ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ДАМУЫН ЕСКЕРТУДЕ БАСТАПҚЫ-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ СКРИНИНГ (АНЫҚТАП АЛУ ӘДІСІ) ШАРАЛАРЫН ӨТКІЗУДІҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Ж.К. Мұсабекова

Мақалада жалпы медициналық желіде емделуші клиенттердегі химиялық тәуелділіктің дамуы бойынша қауіпті топтарды скрининг әдісі арқылы анықтау ерекшеліктері қарастырылған. Психикаға белсенді әсер ететін заттардан тәуелділікке душар болудың жоғары қауіпіндегі тұлғалар үшін қысқа мерзімді баса көктеу тәсілі ұсынылады.

СЫНДАРЛЫ ӨМІРЛІК КӨРІНІС ПЕН ӘЛЕУМЕТТІК ІНДЕТ – ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ КЕРЕҒАР ЕКІ ЖАҒЫ

Т.В. Пак, Г.К. Битигова, К.Ж. Манасов

Мақалада сындарлы өмірлік көрініс пен әлеуметтік індет – психологиялық денсаулықтың кереғар екі жағының тұжырымдамалық негіздері қарастырылған. Психологиялық денсаулық қасиеттерін пайдалана отырып, сындарлы өмірлік көріністі өткізу мүмкіндігі – психологиялық тұрақтылықты, диагностика мен психикалық түзету жұмыстарын, әлеуметтік індеттің профилактикалық мәселелерін шешуге ниет етеді.

НАШАҚОРЛЫҚ ПЕН ПСИХИКАЛЫҚ АУРУЛАР «ӨНЕРІН ТАБУ» НЕМЕСЕ «ҰҒЫНДЫРУ» ЖҮЙЕСІ

А.А. Әбетова, Ж.А. Жолдасова, А.З. Нұрғазина, Т.В. Ни

Мақалада апиындық нашақорлықтың ең басты белгілерімен байланысты жорға ауыру құрылымындағы барлық кезеңде клиникалы-динамикалық аспектіде апиындарға патологиялық құштарлану синдромы – нашақорлық пен психикалық аурулар «өнерін табу» немесе «ұғындыру» жүйесі мәселесі талқыланады.

НАШАҚОРЛЫҚ ЖӘНЕ ПСИХОСОМАТИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУЛАР БАРЫСЫНДА СУИЦИДАЛДЫҚ (ӨЗІН-ӨЗІ ӨЛТІРУ) МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ

А.А. Әбетова, А.З. Нұрғазина, Ж.А. Жолдасова

Мақалада нашақорлық және психосоматикалық (аурудың пайда болуына психикалық фактордың әсері) бұзылулар барысында суицидалдық (өзін-өзі өлтіру) мінез-құлықтың психологиялық және әлеуметтік аспектілері талқыланады. Аутодеструкцияның (құрылымсыздандудың) жебеуші факторларының ролі, сондай-ақ, есірткіден тәуелді науқастардағы аутоагрессиялық (организмнің өзінде пайда болатын аллергияның шабуылы) пиғылды іске асыруға жағдай жасайтын немесе кедергі келтіретін себептері қарастырылған.

ӘЙЕЛДЕРДЕ ПСИХИКАҒА БЕЛСЕНДІ ӘСЕР ЕТЕТІН ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ БІЛІНУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Д.К. Мәжитова

2007-2009 жылдар кезеңі аралығына әйелдер арасындағы маскүнемдік пен нашақорлыққа салыстырмалы талдау жасалынды. Қарағанды облыстық наркологиялық диспансерінің диспансерлік бөлімшесінде амбулаторлық ем қабылдаушы әйелдерге тексеру жүргізілді. Тексеріс барысында тәуелділік, ауру ағымы және оның болжамдарының жас ерекшеліктеріне баса назар аударылды.

Түйін сөздер: алкогольдік, есірткіден тәуелділік, ПБЗ – психикалық белсенді заттар, абстиненттік (тыйылу, ұстану, тежеу) синдром.

ИНЪЕКЦИЯЛЫҚ ЕСІРТКІЛЕРДІ ТҰТЫНУШЫЛАРДА БОЛАТЫН ЖҰҚПАЛЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Л.Н. Перевёртова

Мақалада жұқпалы клиникалық жағдай және ремиссиядағы (ауру белгілерінің беті қайтып, бәсеңдеуі) инъекциялық есірткі тұтынушыларда оның көріну себептері талқыланды.

Түйін сөздер: жұқпалы, АИТВ, инъекциялық есірткілерді тұтыну (ИЕТ).

АУТОАГРЕССИЯЛЫҚ (ОРГАНИЗМНІҢ ӨЗІНДЕ ПАЙДА БОЛАТЫН АЛЛЕРГЕННІҢ ШАБУЫЛЫ) МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚ ПРОФИЛАКТИКАСЫ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕЛЕРГЕ

А.А. Әбетова

Маскүнемдік пен нашақорлыққа шалдыққан науқастардың аутоагрессиялық (организмнің өзінде пайда болатын аллергияның шабуылы) мінез-құлықтарының мәселелері талқыланып, аутоагрессияның алдын-алу шаралары ұсынылады.

ЖАСТАР НАШАҚОРЛЫҒЫ МӘСЕЛЕЛЕРІ (қазақстандық тәжірибе)

О.М. Агурьева

Бұл мақалада Қазақстан Республикасындағы жасөспірімдер мен жастардың есірткі заттарды қолдану мәселесі, сондай-ақ жасөспірімдер арасында нашакорлықты терапиялық емдеу әдісі қарастырылады.

АЛКОГОЛЬДІҢ АДАМ АҒЗАСЫН КҮЙЗЕЛІСКЕ ҰШЫРАТУЫ

Г.Б. Базарбекова, О.М. Агурьева, Б.А. Мукаева, А.А. Садырбалина

Осы мақалада адам денсаулығына алкогольдің күйзеліске ұшырату әсері, сондай-ақ осы дертті емдеудің негізгі әдістері қарастырылған.

АЛКОГОЛЬДІК ЭПИЛЕПСИЯ (ҚОЯНШЫҚ АУРУЫ) МӘСЕЛЕЛЕРІНЕ ОРАЙ

Д.К. Мажитова, Б.Д. Дүйсенбаева, А.О. Тәуірбаева, А.А. Бименов

Мақалада нарколог дәрігерлерге күрделі мәселелер туғызатын созылмалы маскүнемдік клиникасындағы кезек күттірмес жағдайлар қарастырылған. Осыған байланысты, тұқымында бар эпилепсия мен маскүнемдік барысындағы ашуға булығып қояншығы ұстауға сараланған диагностика жүргізілді.

Түйін сөздер: құрысқактық синдром, созылмалы алкогольдік уыттану (САУ), қояншықтану калпындағы ұстама.

АЛКОГОЛЬДІҢ ДОНОЗОЛОГИЯЛЫҚ ТҮРІ МӘСЕЛЕСІНЕ ОРАЙ

М.К. Мәліков

Мақалада алкогольизмнің донозологиялық түрін диагностикалаудың кейбір аспектілері қарастырылған, алкогольді тұтыну континуумына ерекше назар аударылған. Спирттік ішімдіктерге салынғандықты ертерек анықтайтын диагностика жасау барысында функциональды әдістерді қолдануға нұсқаулық жасайды.

БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ КОМПЬЮТЕРЛІК ТӘУЕЛДІЛІГІНІҢ КЕЙБІР АСПЕКТІЛЕРІ

Л.С. Чемерис

«Компьютер тәуелділігі» термині адамның жұмысқа немесе компьютерге уақыттың аса арнауы патологиялық құмарлық ретінде анықтайды. Компьютермен өткізілетін уақыт мүмкін шектерді асып түскенде мәселелер пайда болады. Баланың компьютерге құштарлықтары пайда болмау үшін көбінесе біраз шараны қолдану керек, мысалы, баланың басқа мүдделерге көңіл тарту немесе ата-аналар балаларына арнайтын уақыттың көбейту керек.

SUMMERY

MOTIVES AND KINDS OF USE OF THE INTERNET. TYPES OF INTERNET DEPENDENCES.

E.B. Baikenov

In article motives and kinds of use the Internet are surveyed, the special attention is given to such kind of use the Internet as a communication. Also types of Internet dependences are discussed.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF INTERNET ADDICTION

E.B. Baikenov

In article psychological aspects of Internet addiction are surveyed, psychological features of Internet dependent persons, and also psychological mechanisms of involving in the given dependence are discussed

NEGATIVE ASTHENIC DISORDERS AT SICK OF A HEROIN ADDICTION, AND THEIR DYNAMICS IN SIX MONTHS AFTER DISCHARGE

A.A. Kusainov

In the given work the negative asthenic disorders registered at patients being on treatment, in the course of passage of the rehabilitational program, and their dynamics in six months after treatment are presented.

Keywords: a heroin addiction, an asthenia, an adynamia, an anergy.

URGENCY OF CARRYING OUT INITIALLY-PREVENTIVE AND SKRINNING ACTIONS IN THE PREVENTION OF DEVELOPMENT OF CHEMICAL DEPENDENCES AT CLIENTS OF THE GENERAL MEDICAL NETWORK

Zh.K. Mussabekova

In article features of skrinning instruments on revealing of groups of risk on development of chemical dependence among clients of general and medical networks are surveyed. For persons with high risk of hit the approach of short-term interventions is presented to dependence on psychoactive substances.

CONSTRUCTIVE VITAL SCENARIOS AND SOCIAL EPIDEMICS – TWO POLES OF PSYCHOLOGICAL HEALTH

T.V. Pak, G.K. Bitigova, K.Zh. Manasov

In article conceptual bases of two poles of psychological health – constructive vital scenarios and social epidemics are surveyed. Ability of realization of the constructive vital scenario, using properties of psychological health – psychological fastness, diagnostics and psychocorrectional work, assumes the complex approach to a solution of a problem of preventive maintenance of social epidemics.

**«RATIONALIZATION» OF NARCOLOGICAL AND PSYCHOSOMATIC ILLNESS
OR SYSTEM OF «EXPLANATIONS»**

A.A. Abetova, Zh.A. Zholdasova, A.Z. Nurgazina, T.V. Nee

In article the problem of «rationalization» of narcological and psychosomatic illness or system of «explanations» in structure of a dissimulation of illness in connection with a cardinal sign of a opioid addiction – a syndrome of a pathological inclination to opiates in clinic-dynamic aspect at all stages is discussed.

**SOME ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOR
AT NARCOLOGICAL AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS**

A.A. Abetova, A.Z. Nurgazina, Zh.A. Zholdasova

In article psychological and social aspects of suicidal behavior are discussed at narcological and psychosomatic disorders. The reasons promoting / interfering realizations of auto aggressive intentions at patients with drug dependence are surveyed.

**FEATURES OF IMPLICATIONS OF DEPENDENCE
ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AT WOMEN**

D.K. Mazhitova

The comparative analysis of alcoholism and drug addiction among women in 2007-2009 is carried out. The women who were on an out-patient treatment in dispensary unit of the Regional narcological dispensary of Karaganda are surveyed. The special accent is made on age features of problems of dependence, a clinical course and its forecast.

Keywords: alcoholic, a drug dependence, psychoactive substances, an abstinent syndrome.

CLINICAL CASE OF A COINFECTION AT THE CONSUMER OF IV DRUGS

L.N. Perevertova

In article the clinical case of a coinfection and the reasons of its occurrence at the consumer of IV drugs in remission is looked.

Keywords: a coinfection, a HIV, consumption of IV drugs.

TO A QUESTION ON PREVENTIVE MAINTENANCE OF AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOR

A.A. Abetova

The problem of auto-aggressive behavior at alcoholics and drug addicted is discussed, measures on preventive maintenance of auto-aggressions are offered.

**PROBLEM OF A YOUTH DRUG ADDICTION
(the Kazakhstan experience)**

O.M. Aguryeva

This article deals with the problem drinking of adolescents and youth drug use in the in the republic of Kazakhstan as well as therapeutic treatments for drug addiction among teenagers.

BLASTING INFLUENCE OF ALCOHOL ON A HUMAN CONSTITUTION

G.B. Bazarbekova, O.M. Aguryeva, B.A. Mukaeva, A.A. Sadyrbalina

In this article influence of alcoholism on health of the person, and also the basic methods of treatment of this disease is surveyed

TO A PROBLEM OF AN ALCOHOLIC EPILEPSY

D.K. Mazhitova, B.D. Duysenbaeva, A.O. Taurbaeva, A.A. Bimenov

In article urgent conditions in clinic of an alcoholism which represent a serious problem for narcologists are surveyed. In this connection differential diagnostics of a genuinical epilepsy and epileptic attacks is spent at alcoholism.

Keywords: a convulsive syndrome, a chronic drunkenness, epilotoform attack.

ON PRENOLOGICAL FORMS OF ALCOHOLISM

M.K. Malikov

The article discusses some aspects of diagnosis prenosological forms of alcoholism, the attention is paid to an alcohol intake continuum. The indicating on use of the functional approach at diagnostics of early forms of abusing of alcohol is resulted.

Keywords: alcoholism, household drunkenness.

SOME ASPECTS OF COMPUTER DEPENDENCE AT CHILDREN AND TEENAGERS

L.S. Chemeris

“Computer addiction” is the term that specifies a pathologic passion of a person to working or just spending time with a computer. The problem arises if a person spends too much time with the PC. Actions such as interest group shifting or increasing time that parents spend with their children might be required to avoid addiction of youngsters to computers.