

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

Том IX

№ 3

2003

Москва-Павлодар

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Профессор, доктор медицинских наук А.Л.Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В.В.Макаров (главный редактор); Е.В.Денисова (ответственный секретарь); А.Н.Рамм (редактор); кандидат медицинских наук С.А.Алтынбеков; профессор Ж.А.Алимханов; профессор О.Т.Жузжанов; профессор Н.Т.Измаилова; кандидат психологических наук Г.А.Макарова; кандидат медицинских наук Ю.А.Россинский; академик РАМН В.Я.Семке; А.К.Тастанова; кандидат медицинских наук В.Ф.Трубецкой; профессор А.А.Чуркин.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Доктор медицинских наук М.Асимов (Алматы); профессор Н.А.Бохан (Томск); профессор М.Е.Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М.Х.Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж.А.Доскалиев (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.Ю.Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р.Г.Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н.А.Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р.Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г.М.Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И.Е.Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х.Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Х.А.Сагын (Астана); доктор медицинских наук, профессор В.В.Соложенкин (Бишкек); кандидат медицинских наук Л.А.Степанова (Томск); М.З.Таргакова (Алматы); профессор, доктор медицинских наук Н.К.Хамзина (Астана).

**Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации**

Республики Казахстан

**Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций**

Журнал основан в 1995 году

Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200.

Телефон (факс): 8(3182) 57-29-39

E-mail: neovitae@pisem.net

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная
Психотерапевтическая
Лига

РГКП
«Республиканский
научно-практический
центр медико-
социальных проблем
наркомании»

Том IX
№ 3
2003 год

выходит
4 раза в год

Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А.	
Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ	9-21
Маджуга А.Г., Маджуга Л.Г.	
Арт-терапия как одно из приоритетных направлений современной коррекционной психологии и педагогики	21-24
Пак Т.В.	
Психотерапия в наркологии (литературный обзор)	24-34
Пак Т.В.	
Новые психотерапевтические подходы в реабилитации наркозависимых	34-43
Тукаев Р.Д.	
Проективные механизмы гипноза и проективная гипнотерапия	43
Титова В.В.	
Новые подходы к психотерапии в программах медико-социальной реабилитации пациентов с наркотической зависимостью	44-48
Чобану И.К.	
Групповая транзактная психотерапия психозов в психиатрическом стационаре	48-50
Шушкевич В.И., Яшина В.А., Саенко П.П.	
О психотерапевтической практике в лечении больных бронхиальной астмой	51-52

ПСИХИАТРИЯ

Бисеналиев С.Б., Бисеналиева К.М.	
Значение исследования качества жизни больных шизофренией для профилактики агрессивных общественно-опасных действий	53
Бисеналиев С.Б., Бисеналиева К.М.	
Особенности посткритического этапа у больных с фебрильной шизофренией	53-54
Бисеналиев С.Б., Бисеналиева К.М.	
Особенности проведения посмертной судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе по факту смерти	54
Галеев А.А., Яkipova Г.Т.	
Социально-демографическая и клинико-психопатологическая структура психически больных, совершивших общественно-опасные действия (ООД)	54-55
Денисова Е.В., Оспан Т.Б., Лободенко А.Г., Кожанова Ж.Т.	
Невербальная диагностика психических заболеваний (обзор литературы и собственные наблюдения)	55-61
Кудьярова Г.М., Саренко А.Н.	
Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическими психическими расстройствами травматического генеза, не исключающими вменяемости (ст. 17 УК РК)	61-63

<i>Кудьярова Г.М., Негай Н.А.</i>	
К вопросу о патогенезе и клинической картине начальных органических психических расстройств сосудистого генеза (по данным литературы)	64-67
<i>Пугачев В.П., Юнусов М.Р., Якимова Г.Т., Бибакова Н.Т.</i>	
О целесообразности использований галоперидола-деканоата в качестве поддерживающей терапии у больных параноидной шизофренией, проживающих в сельской местности	67-72
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Клинико-психопатологический анализ депрессивных состояний и суициального поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ	73-77
<i>Шаяхметова Г.Т., Мусабалинова Н.Б.</i>	
Токсический (медикаментозный) гепатит у психических больных (клинические наблюдения)	77-78

НАРКОЛОГИЯ

<i>Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А.</i>	
Модели незаконного потребления наркотиков, выявленные в ходе экспресс-оценки распространения наркомании в Кыргызстане	79-81
<i>Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А., Асанов Т.К.</i>	
Эпидемиологические особенности инъекционной наркомании в Кыргызстане	81-86
<i>Каражанова А.С.</i>	
Клинико-эпидемиологические аспекты наркозависимости детского возраста	86-112
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Самосознание личности в рамках зависимости от психоактивных веществ	112-114
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Нейрохимические и иммунологические аспекты изучения механизмов зависимости от психоактивных веществ (обзорная статья)	114-116
<i>Толстикова А.Ю.</i>	
Взаимосвязь нейролингвистического программирования и психокибернетической модели, их роль в изучении проблемы зависимости от психоактивных веществ	116-117

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

<i>Галеев А.А., Рудич П.А., Якимова Г.Т.</i>	
Распространенность пограничных состояний с точки зрения психотерапии	118-121
<i>Корабельникова Е.А.</i>	
Современное состояние учения о невротических расстройствах (обзор)	121-130
<i>Рузгис М.В.</i>	
Отдельные аспекты психологической и сексуальной дисгармонии у нарциссических личностей	130-132

**ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ.
ВАЛЕОЛОГИЯ.**

Гирич Я.П.

О программах «Обучения здоровью» (замечания по поводу книги Н.А.Сироты, В.М.Ялтонского, И.И.Хажилиной, Н.С.Видерман «Профилактика наркоманий у подростков: от теории к практике. М, 2001»)

133-135

Резюме

136-145

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

PSYCHOTHERAPY		
FOUNDERS:	<i>Katkov A.L., Pak T.V., Rossinsky Yu.A.</i>	
	Integrative-developing group psychotherapy of persons dependent from psychoactive substances	9-21
Professional Psychotherapeutic League	<i>Madzhuga A.G., Madzhuga L.G.</i>	
	Art-therapy as one of priority directions of modern correctional psychology and pedagogics	21-24
	<i>Pak T.V.</i>	
	Psychotherapy in a narcology (the literary review)	24-34
	<i>Pak T.V.</i>	
	New psychotherapeutic approaches in rehabilitation of наркодепендент	34-43
	<i>Tukaev R.D.</i>	
	Projective mechanisms of hypnosis and projective hypnotherapy	43
	<i>Titova V.V.</i>	
	New approaches to psychotherapy in programs of medico-social rehabilitation of patients with narcotic dependence	44-48
	<i>Chobanu I.K.</i>	
	Group transactional psychotherapy of psychoses in a psychiatric hospital	48-50
	<i>Shushkevich V.I., Yashina V.A., Saenko P.P.</i>	
RPSE «Republican Research-and-Practical Center of Medical-Social Drug Addiction Problems»	About psychotherapeutic practice in treatment of patients with bronchial asthma	51-52
PSYCHIATRY		
Volume IX № 3 2003 Published 4 times in a year	<i>Bisenaliev S.B., Bisenalieva K.M.</i>	
	Value of research of life quality of patients with schizophrenia for preventive maintenance of aggressive social dangerous acts	53
	<i>Bisenaliev S.B., Bisenalieva K.M.</i>	
	Features of a postcritical stage at patients with febrile schizophrenia	53-54
	<i>Bisenaliev S.B., Bisenalieva K.M.</i>	
	Features of realization of posthumous judicial-psychiatric examination in criminal trial on the fact of death	54
	<i>Galeev A.A., Yakipova G.T.</i>	
	Social-demographic and clinic-psychopathological structure mentally diseased patients who have made socially dangerous acts (SDA)	54-55
	<i>Denisova E.V., Ospan T.B., Lobodenko A.G., Kozhanova Z.T.</i>	
	Nonverbal diagnostics of mental diseases (the review of the literature and own observations)	55-61
	<i>Kudyarova G.M., Sarenko A.N.</i>	
	Judicial-psychiatric estimation of persons with organic mental disorders of traumatic genesis, not excluding responsibility	61-63

<i>Kudyarova G.M., Negai N.A.</i>	
To a question on a pathogeny and a clinical picture of initial organic mental disorders of vascular genesis (according to the literature)	64-67
<i>Pugachev V.P., Yunusov M.R., Yakipova G.T., Bibakova N.T.</i>	
About expediency of use of haloperidol as maintenance therapy at patients with paranoid schizophrenia, living in a countryside	67-72
<i>Tolstikova A.Yu.</i>	
The clinic-psychopathological analysis of depressions and suicide behavior at patients with dependence from psychoactive substances	73-77
<i>Shayahmetova G.T., Musabalinova N.B.</i>	
Toxic (medicamentous) hepatites at mental diseased patients (clinical observations)	77-78

NARCOLOGY

<i>Baiyzbekova D.A., Arstanbekova A.A.</i>	
Models of illegal drug usage, the prevalence of drug addiction revealed during express-evaluation to Kirghizstan	79-81
<i>Baiyzbekova D.A., Arstanbekova A.A., Asanov T.K.</i>	
Epidemiological features of injection drug addiction in Kirghizstan	81-86
<i>Karazhanova A.S.</i>	
Clinic-epidemiological aspects of a narcodependence of children	86-112
<i>Tolstikova A.Yu.</i>	
Self-consciousness of the personality within the framework of dependence from psychoactive substances	112-114
<i>Tolstikova A.Yu.</i>	
Neurochemical and immunologic aspects of studying of mechanisms of dependence from psychoactive substances (review)	114-116
<i>Tolstikova A.Yu.</i>	
Interrelation NLP and psychocybernetic models, their role in studying a problem of dependence from psychoactive substances	116-117

BOUNDARY FRUSTRATION

<i>Galeev A.A., Rudich P.A., Yakipova G.T.</i>	
Prevalence of boundary conditions from the point of view of psychotherapy	118-121
<i>Korabelnikova E.A.</i>	
Modern condition of the doctrine about neurotic disorders (review)	121-130
<i>Ruzgis M.V.</i>	
Separate aspects of psychological and sexual disharmony at narcissism persons	130-132

**PEDAGOGICS OF HEALTH.
VALEOLOGY.**

Ghirich J.P.

About programs «Training health» (remarks on the book
N.A.Sirota, V.M.Jaltonsky, I.I. Khajilina, N.S.Viderman
«Prophylaxis of drug dependence by teenagers: from theory
to practice. M, 2001»)

133-135

Summary

136-145

ПСИХОТЕРАПИЯ

ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Л.Катков, Т.В.Пак, Ю.А.Россинский

г. Павлодар

1. Теоретическая аутоидентификация интегративно-развивающей групповой психотерапии (ИРГП) зависимых от ПАВ

Теоретическая аутоидентификация изучаемой модели психотерапии зависимых от ПАВ, изложенная ниже, выполняется в соответствии с требованиями Европейской Ассоциации Психотерапии, предусматривающими: краткое описание теоретических оснований, необходимых для выделения какого-либо метода, направления в обособленную модальность или концепцию психотерапии; описание собственных теоретических построений; адресация к известным теоретическим направлениям и моделям с целью установления степени сходства и отличия от презентируемой психотерапевтической концепции или модальности; описание сущности творческой адаптации известного метода психотерапии, если последнее имело место; обоснованная аргументация достоинств концепции или модальности, по сравнению с другими известными и близкими модальностями психотерапии, оказывающих влияние на весь терапевтический процесс и его результат; определение границ применения и результативности изучаемого метода, направления или концепции психотерапии.

1.1. Характеристика теоретических оснований ИРГП зависимых от ПАВ

Теоретическими основаниями интегративно-развивающей групповой психотерапии зависимых от психоактивных веществ являются: 1) собствено теоретический концепт интегративно-развивающей психотерапии, основанный на выделении уникальной базисной функции психотерапевтического процесса (функциональный, внедисциплинарный системообразующий принцип); 2) концепция психологического здоровья – антитабакотической устойчивости – была разработана сотрудниками Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании в 2001 г. и экспериментально подтверждена результатами специальных многоуровневых исследований, проводившихся в Республике Казахстан в период 2001-2003 г.г. (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2001-2002; С.А.Алтынбеков, А.Л.Катков, 2002).

Первое из перечисленных теоретических оснований – функциональный (внедисциплинарный) системообразующий принцип идентификации и интеграции направлений, методик и методов психотерапии в единое научно-практическое направление (следовательно, и в единое профессиональное поле) – позволяет отойти от необходимости поисков единой концепции личности, с одной стороны, и споров о дефектах эклектического (мультимодального)

подхода – с другой. Таким образом, появляется возможность сосредоточиться на уникальной интегрирующей функции психотерапии, обозначаемой термином «развитие», универсальных механизмах психотерапевтического процесса, обеспечивающих значительные, подчас, невероятно-динамичные изменения в статусе и качестве жизни пациентов (клиентов), соприкоснувшихся с данной практикой.

Выделение функциональной категории «развитие» в качестве основного системообразующего фактора, позволяет позиционировать психотерапию как «универсальную технологию кризисного развития индивида, группы, общества (если иметь в виду условно-патологический вектор приложения данной специальности), или как «универсальную развивающую технологию» (если принимать во внимание первично-профилактический вектор применения психотерапии) (А.Л.Катков, 2001).

Второе теоретическое основание – концепция психологического здоровья – антитабакотической устойчивости – была разработана сотрудниками Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании в 2001 г. и экспериментально подтверждена результатами специальных многоуровневых исследований, проводившихся в Республике Казахстан в период 2001-2003 г.г. (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2001-2002; С.А.Алтынбеков, А.Л.Катков, 2002).

Основные тезисы данной концепции заключаются в следующем:

- степень устойчивости субъекта к агрессивным влияниям внешней среды, необходимая в современном мире для сохранения (выживания) и развития, обеспечивается уже не столько успешностью «охраны» его биологического ресурса прочности (адаптационные возможности человека в условиях прогрессирующей деформации естественных саногенных механизмов непрерывно снижаются), сколько способностью индивида активно расширять (развивать) свой собственный ресурс адаптации;

- следовательно, сущность категории «здоровье» в современном, функционально-понятном значении данного термина предстает в качестве фундаментальной способности человека, группы, общества к самоорганизации, саморазвитию;

- способность к самоорганизации, в свою очередь, является результирующей характеристикой скорости и качества процессов переработки, усвоения

и генерации информации, адекватно адаптирующей индивида к быстро меняющейся, агрессивной среде, то есть, основной характеристикой психологического здоровья индивида;

- искомая степень устойчивости, уровень развития способностей к самоорганизации, следовательно и уровень психологического здоровья, обеспечиваются совокупностью определенных личностных свойств индивида и условиями, способствующими их максимальному развитию;

- достижению высоких уровней здоровья (индивидуального и социального) в современном понимании данного термина, способствует не столько лечебная практика, сколько психологическая или общегуманитарная практика, максимально эффективная в отношении развития упомянутых личностных свойств индивида;

- перспективы успешного блокирования социальных эпидемий (наркозависимость, терроризм, религиозный экстремизм), возникновение которых связано с изначальным дефицитом и депривацией развития свойств, обеспечивающих психологическую устойчивость к агрессивному информационному воздействию у значительной части населения (от 2 до 9-11% в восходящем поколении) состоят, таким образом, в разработке технологий форсированного развития обозначенных психологических свойств (уровней психологического здоровья), которые можно использовать как в профилактических, так и в лечебных целях.

Алгоритм формирования свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости в сокращенном виде выглядит следующим образом:

- полноценно завершается личностная идентификация;
- формируется конструктивный идентификационный жизненный сценарий;
- полноценно формируется навык ответственного выбора;
- формируются характеристики внутреннего локуса контроля;
- имеется (формируется) достаточный уровень личностных ресурсов и облегченный доступ к ним для реализации позитивного жизненного сценария.

Таким образом, завершается первая, основная фаза данного цикла. Далее необходим доступ к адекватной информации о вреде наркотребления по отношению к значимым ценностям основного жизненного сценария индивида.

Следующий этап – фаза реального конфликта сценария (дивидендов) наркотребления и позитивных ценностей идентификационного сценария, которые находятся в позиции антагонистов.

В случае достаточного уровня развития свойств (первая фаза), обеспечивающих «перевес» позитивных ценностей, происходит нейтрализация дивидендов (исключение из системы ценностей)

потребления психоактивных веществ и укрепление «победившей» доминанты – третья фаза.

Четвертая, заключительная фаза формирования антинаркотической устойчивости связана с исключением (вытеснением) сценария наркотребления из всех возможных осознаваемых и (что очень важно) неосознаваемых горизонтов.

Таким же образом, может быть нейтрализовано влияние любого другого агрессивного информационного фактора при наличие достаточных условий для воспроизведения вышеописанного алгоритма.

Как показали масштабные многоуровневые исследования 2001-2003 г.г. степень развития антинаркотической устойчивости может быть достаточно точно идентифицирована средствами психологической диагностики, используемыми и в настоящем исследовании.

Третье теоретическое основание – концепция неоабилитации (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2001-2002) – является опорной базой сквозной стратегии профилактики – диагностики – лечения - ре-социализации наркозависимых, реализуемой в практической деятельности Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании.

Основные составляющие данной концепции следующие:

- термин ре-абилитация в буквальном смысле означает: «возврат способностей». Подобное определение адекватно для обозначения процессов активного восстановления функций в хирургической, неврологической, психиатрической практике. Однако данный термин не вполне точно отражает сущность процессов, необходимых для освобождения пациентов/клиентов от наркотической или иной химической зависимости;

- в свете накопленных данных об изначальном дефиците адаптационных психологических способностей в той или иной степени присущему зависимому от психоактивных веществ, а также лицам, входящим в группу риска по данному профилю, более адекватным обозначением процесса форсированного развития этих новых для индивида, психологических свойств будет термин нео-абилитация, что означает: «развитие новых способностей»;

- полное определение процесса неоабилитации следующее: неоабилитация – есть комплекс взаимосвязанных, взаимообусловленных мероприятий, направленных на эффективное выполнение поэтапных задач:

- а) избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости;

- б) актуализация имеющегося потенциала биологической и социальной адаптации;

- в) форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

- основным стержнем непрерывного, интенсивного неоабилитационного процесса является ежедневная многочасовая интегративно-развивающая психотерапия, реализуемая в групповом, индивидуальном или смешанном формате, отличительной особенностью которой является возможность достижения значительных и стойких изменений в статусе и личностной метапозиции пациентов/клиентов в относительно короткие временные периоды.

Уровень и качество достигаемых изменений эффективно способствует освобождению от наркотической зависимости и формированию конструктивных эволюционных сценариев для которых характерно постоянное развитие самоорганизующих свойств личности;

- сопутствующие развивающие практики (консультирование, социально-психологические тренинги, обучение, труд и т.д.) реализуются в синергетическом режиме с максимально возможным вовлечением универсальных механизмов форсированного развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, в режиме «пространства психотерапии» – феномена, обеспечивающего максимальную пластику изменений;

- технологическое оформление неоабилитационной программы (режим, правила оформления контракта, подбор, подготовка и деятельность персонала и т.д.) также подчинены основной неоабилитационной идеи – форсированному развитию свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Таким образом, основными теоретическими посылками интегративно-развивающей групповой психотерапии зависимых от ПАВ являются как общетеоретические аспекты, касающиеся психотерапевтической науки и практики, как таковой, так и прикладные аспекты теории, касающиеся особенностей психотерапии зависимых от ПАВ.

1.2. Цели, задачи, структурное оформление ИРГП зависимых от ПАВ

Основная цель интегративно-развивающей психотерапии (помимо эффективного решения конкретных проблем разного уровня, заявляемых пациентом/клиентом) заключается в форсированном формировании у пациента/клиента, группы свойств психологического здоровья, обеспечивающих устойчивость и адекватное развитие индивида в агрессивной среде, выражающихся, в частности, в высоком качестве жизни. Цель ИРГП зависимых от ПАВ расширяется за счет включения в нее возможности полного освобождения от наркотической или иной химической зависимости (главным образом от психической (психологической) зависимости, поскольку явления так называемой «физической» (соматической) зависимости достаточно эффективно купируется медикаментозной терапией и детоксикацией).

Таким образом, основная цель ИРГП зависимых от ПАВ заключается в освобождении пациентов/клиентов от наркотической или иной химической зависимости за счет форсированного развития у них свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости.

Основные задачи, последовательно решаемые в ходе проведения ИРГП пациентов с зависимостью от психоактивных веществ следующие:

- установление контакта с нормативным полюсом личности (личностным статусом) пациента/клиента;
- достижение тройного растождествления – неоабилитационный личностный статус, патологический личностный статус, ресурсные инстанции психического пациента/клиента;
- эффективная актуализация и закрепление синергетической модели поведения пациента/клиента;
- достижение критической редукции патологического влечения к ПАВ;
- эскалация внутриличностного конфликта неоабилитационного и патологического личностного статусов у пациента (группы);
- форсированное развитие неоабилитационного личностного статуса пациента/клиента;
- эффективное подавление и редукция патологического личностного статуса;
- полноценное формирование искомого уровня психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у пациента/клиента;
- полное освобождение от наркотической или иной химической зависимости;
- эффективное формирование эволюционных сценариев, способностей саморазвития, механизмов повышения устойчивости к повторному вовлечению в орбиту зависимости от ПАВ.

Выполнение вышеприведенных задач в ходе реализации амбулаторных или стационарных неоабилитационных программ достигается тем успешнее, чем выше неоабилитационный потенциал пациентов/клиентов, при выдерживании стандартных форматов данных программ (временные периоды, дополнительные условия, квалификация персонала и т.д.).

Структурное оформление – координаты ИРГП в общем поле профессиональной психотерапии - следующее:

- принадлежность к общепризнаваемым направлениям психотерапии: ИРГП, по определению, является интегративной психотерапией, то есть, той областью профессиональной психотерапии, которая объединяет подходы различных направлений, а не подпадает под один из них. Вместе с тем, особенности выделения основного системообразующего фактора ИРГП в виде главного функционального принципа психотерапии позволяет полноценно использовать идею каждого из существующих направлений, обогащая и усиливая эффекты от использования соответствующих методик;

- принадлежность к общепризнаваемым методам психотерапии: ИРГП не является каким-либо определенным методом (модальностью) психотерапии, но эффективно интегрирует многие из них (позиция автора в отношении групповой психотерапии заключается в том, что данный способ реализации психотерапевтической коммуникации представляет собой форму психотерапии, а не метод или направление);
- принадлежность к видам психотерапии: ИРГП может быть реализована как в стационарных, так и амбулаторных условиях;
- принадлежность к формам психотерапии: ИРГП, естественно, является групповой формой психотерапии. Однако интегративно-развивающая психотерапия, как таковая, может проводиться и в индивидуальном формате, смешанном формате, в том числе и таком, когда группа используется как фон;
- определение уровня ИРГП: рассматриваемая психотерапевтическая модель зависимых от ПАВ реализуется на 3-ем и 4-ом глубинных уровнях психотерапевтической коммуникации (уровень переформирования отдельных психических свойств и поведенческих паттернов и уровень глубинной личностной реконструкции);
- временные параметры ИРГП: интегративно-развивающая групповая психотерапия проводится от 4-х до 6-ти часов, ежедневно, в течении 2-х – 4-х месяцев (период реализации амбулаторных или стационарных неоабилитационных программ).

1.3. Область применения и границы эффективности ИРГП зависимых от ПАВ

Показаниями к применению интегративно-развивающей, индивидуальной или групповой психотерапии являются вся область показаний к психотерапии вообще (психическая, психосоматическая патология, невротический уровень функционально-психических нарушений, психологический дискомфорт (проблемы), а также желание клиента повысить свой уровень здоровья (адаптации, успешности, качества жизни).

Областью профильного применения ИРГП является наркологическая практика медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, где данный психотерапевтический подход существенно повышает длительность и качество ремиссии.

Областью специального применения ИРГП являются амбулаторные или стационарные программы неоабилитации зависимых от ПАВ, где данная практика используется в качестве основного функционального стержня программы.

Таким образом, показаниями к использованию ИРГП в области профильного и специального применения является факт установления зависимости от ПАВ и желание пациента/клиента участвовать в программе с относительно высоким порогом доступа (оформляемое соответствующим контрактом).

Противопоказаниями (помимо общих противопоказаний к психотерапии) к применению ИРГП в наркологической практике являются состояние наркотического опьянения, тяжелые формы декомпенсации психопатий, выраженная интеллектуальная недостаточность, явно демонстрируемый или скрытый отказ пациента/клиента от участия в неоабилитационной программе.

Эффективность ИРГП в наркологической практике снижается, в случае ограничения длительности общего курса менее 2-х месяцев, ежедневного времени терапевтических сессий менее 4-х часов.

Границы эффективности ИРГП при прочих равных условиях, зависят и от границ компетентности (профессиональной готовности) психотерапевта – ведущего (необходимый профессиональный стандарт для реализации ИРГП – безусловная компетенция в области общих вопросов и методологии психотерапии, компетенция в области методов психотерапии, интегрированных в процесс ИРГП, безусловная компетенция в области теории и практики групповой психотерапии).

1.4. Анализ основных отличий ИРГП от других направлений и методов психотерапии зависимых от ПАВ

Проводя подобный анализ следует иметь в виду, что в сфере психотерапии зависимых от ПАВ в прошлом и настоящем используются практически все известные направления и методы. Таким образом, речь может вестись об отличии рассматриваемой психотерапевтической модели от известных интегративных психотерапевтических подходов, направлений и методов психотерапии, с одной стороны, но, также, о специфических особенностях ИРГП в аспекте неоабилитации зависимых от ПАВ – с другой.

Интегративно-развивающая психотерапия идентифицируется как самостоятельный, достаточно обособленный от уже известных, терапевтический подход на основании оригинальных общетеоретических предпосылок:

- выведения в качестве основного системообразующего (интегрирующего) фактора функционального принципа развития, а не какого-либо единого теоретического концепта психического (например, личности), что позволяет унифицировать все многообразие проблем, предъявляемых пациентов/клиентом (в том числе зависимыми от ПАВ) как проблему кризисного развития индивида;
- выведения в качестве вспомогательного системообразующего фактора общей цели психотерапевтической коммуникации: форсированного развития у пациентов/клиентов психологических свойств, обеспечивающих устойчивость и высокое качество жизни в агрессивной среде, что позволяет унифицировать психотерапевтические цели и эффективно добиваться их реализации;

- выведения в качестве специфического системообразующего фактора общей цели психотерапии зависимых от ПАВ: форсированного развития у пациентов/клиентов свойств психологического здоровья – антитаркотической устойчивости, что позволяет унифицировать систему промежуточных и конечных индикаторов эффективности психотерапии и неоабилитации зависимых от ПАВ и позитивно повышать уровень эффективности психотерапевтического процесса.

Разработка прикладных аспектов вышенназванных теоретических предпосылок, присущих исключительно рассматриваемому психотерапевтическому подходу, позволяет:

- идентифицировать и существенно дополнить представления о, так называемых, общих факторах (универсальных механизмах) психотерапии, которые максимально широко и эффективно используются в процессе ИРГП;
- дополнить представления об оформлении технологического уровня психотерапевтической коммуникации;
- разработать конкретные механизмы потенцирования эффекта использования структурированных психотерапевтических техник за счет максимального вовлечения общих (универсальных) факторов психотерапии;
- разработать прикладные аспекты психотерапевтической теории (концепция психотерапевтического пространства, концепция диалогизированного сознания, концепция синергетической модели поведения и ресурсной метапозиции личности и т.д.), являющихся важным контекстом психотерапевтической коммуникации и базисом для формирования оригинальных технических идей (структурированных психотерапевтических техник);
- рассматривая модель психотерапии наряду с уже известными, включает оригинальные технические приемы групповой индивидуальной и смешанных форм психотерапии, впервые используемых в формате данной модели.

Специфические особенности ИРГП, отличающие данные формы работы с зависимыми от ПАВ от других психотерапевтических подходов, заключаются:

- в точной идентификации алгоритма развития свойств психологического здоровья – антитаркотической устойчивости, форсированное воспроизведение которого и составляет основную идею ИРГП;
- в разработке уникальной стратегии ИРГП (цели, задачи, мишени, этапы, технические средства), адекватной основной идее терапевтического процесса;
- в разработке уникальных технических средств, позволяющих эффективно реализовать базисную терапевтическую стратегию и добиваться поставленных целей.

Все вышенназванные отличия интегративно-развивающей групповой психотерапии зависимых от

известных терапевтических подходов, обеспечивают сравнительно более высокую эффективность ИРГП в работе с зависимыми от ПАВ – той категорией пациентов, которая, по данным литературы, представляется наиболее сложной и труднокурабельной.

Результирующим отличительным свойством интегративно-развивающей психотерапии является уникальное сочетание мета-факторов, способствующих ускоренному развитию изменений в требуемом направлении: принципа удовольствия (З.Фрейд) – пациенты с первых дней «входят» в ресурсное состояние и являются свидетелями увлекательного, доставляющего удовольствие и радость, процесса изменений; принципа цели (В.Франкл) – пациенты с первых дней ясно видят перед собой цель, осознают разницу между теми, кто ни при каких условиях не вовлекается в зависимость, и теми, кто наверняка приобщится к употреблению ПАВ, таким образом, данная дистанция проходит значительно быстрее и эффективнее; принципа максимального вовлечения гиперресурсных неличностных инстанций, генерирующих возможность предельной пластики, энергетики и развития.

Не отвергая и не опровергая ни одной из известных психотерапевтических моделей, методов, направлений, интегративно-развивающая психотерапия, при использовании какого-либо технического фрагмента или метода, выделяет и усиливает в нем тот аспект, который прямо или опосредованно касается формирования свойств психологического здоровья – антитаркотической устойчивости у пациента/клиента. Это и есть основной принцип адаптации известных психотерапевтических методов, используемых в формате ИРГП.

2. Прикладная теория и практика интегративно-развивающей групповой психотерапии зависимых от ПАВ

2.1. Прикладная теоретическая конструкция ИРГП

Прикладная теоретическая конструкция интегративно-развивающей психотерапии описывает универсальные (общие) и структурированные (технические) уровни психотерапевтической коммуникации, характеристики технологических правил и основных структурных блоков, используемых в данной модели, стратегию реализации ИРГП, а также системы промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих эффективность ИРГП зависимых от ПАВ.

В настоящем разделе основное внимание уделено описанию двухуровневой психотерапевтической коммуникации и условиям, способствующим развитию уникальной пластики у пациентов/клиентов максимально вовлеченных в данный процесс.

Итак, основной функцией ИРГП является ее уникальная развивающая способность, оформляемая в

эффективный результат: максимум сущностных изменений у зависимых от ПАВ в плане формирования у них свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, за минимальный период времени.

Такой результат достигается за счет осмысленного, целенаправленного использования возможностей глубинного, универсального уровня психотерапевтической коммуникации и технологического уровня (уровня структурированных психотерапевтических техник). Воздействие первого (глубинного) уровня, как правило, не осознается пациентом/клиентом и не всегда фиксируется психотерапевтом-ведущим (для этого требуется специальная подготовка, отслеживание соответствующих индикаторов, характеризующих степень вовлеченности пациента в глубинный уровень коммуникации). Структурно-технологический уровень психотерапевтической коммуникации вполне осознается и отслеживается всеми участниками психотерапевтического процесса.

Ниже приведены схемы уровней ИРГП с указанием соответствующих психотерапевтических целей, основных механизмов и профессиональных стандартов, необходимых для достижения необходимых эффектов в каждом из них (схемы 1-2).

Ключевыми универсальными психотерапевтическими механизмами (схема 1) выступают первые три. Второй и третий механизм идентифицированы и описаны нами исключительно в интегративно-развивающей модели психотерапии. Из приведенных схем также следует, что на структурно-технологическом уровне психотерапевтической коммуникации, в основном, находят решение конкретные проблемы – источники дискомфорта, с которыми обращается пациент. С известной долей условности их можно обозначить как поверхностные. На глубинном уровне ИРГП эффективно выполняется универсальная задача развивающей терапевтической коммуникации.

Специфику взаимодействия участников двухуровневой психотерапевтической коммуникации проясняет базисное правило ИРГП, сформулированное нами следующим образом: заболевает, получает «проблему», какой-либо уровень дискомфорта – один человек; выздоравливает, решает проблему, избавляется от дискомфорта – другой, изменившийся. У первого «неизменного» тем меньше шансов эффективно решить заявляемую проблему, чем более тяжелой и глубинной она представляется. Из наших собственных наблюдений следует, что достаточно тяжелая проблема наркотической зависимости практически не имеет шансов (4-6% ремиссий в течении года) на излечение, без соответствующей динамики личностных изменений.

Обозначенные уровни психотерапевтической коммуникации «смыкаются», во-первых, за счет специального оформления технических действий

(эти действия будут обсуждаться в следующем разделе), во-вторых, за счет использования 5-уровневой модели терапевтических инсайтов у пациентов. Первый механизм дает значительное повышение эффективности структурных психотерапевтических техник. Второй – осознанное, полноценное формирование конструктивных эволюционных сценариев и навыков саморазвития (конечная задача ИРГП).

Выделяемые в модели ИРГП уровни терапевтических инсайтов следующие:

- инсайты I-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей ситуации);
- инсайты II-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей личности);
- инсайты III-го уровня (осознание зависимости форм реагирования от особенностей условий развития личности);
- инсайты IV-го уровня (осознание имеющегося дискомфорта как сигнала необходимости формированных изменений - развития);
- инсайты V-го уровня (осознание необходимости принятия гибкой стратегии развития, как естественно и основного условия эффективного решения всех возникающих проблем, высокого качества жизни, где сложности не фатальны, а необходимость изменений приветствуется).

Инсайты IV и V уровней, впервые описанные нами в модели ИРГП, являются зоной «перекреста» двух уровней развивающей психотерапевтической коммуникации – чрезвычайно важного актуального поля психотерапии, где возможно наиболее эффективное формирование ресурсной метапозиции индивида и развитие феномена диалогизированного сознания (ключевых конструкций, с точки зрения перспектив самоорганизации индивида).

Одной из наиболее важных теоретических конструкций ИРГП является концепция «психотерапевтического пространства», наиболее точно описывающая условия и механизмы актуализации глубинного (универсального) уровня психотерапевтической коммуникации и возможности достижения максимальной (иногда, запредельной) пластики, скорости изменений у пациентов/клиентов. На основании идентификации (отслеживания) данного феномена в профессиональной коммуникации можно, в сущности, утверждать имела ли место психотерапия как таковая (в особенности – интегративно-развивающая психотерапия) или речь идет о какой-либо другой развивающей практике, использующей заимствованные психотехнологии.

Основными содержательно формирующими характеристиками «психотерапевтического пространства» являются: а) *безопасность* (обусловленная, в первую очередь, свойствами личности психотерапевта, его базисной поддержкой даже в самых драматических моментах происходящего, а так же соответствующими условиями контракта); б) *разряженность* (события в пространстве

Схема 1

Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации

15

Основные уровни терапевтической коммуникации	Иерархия целей психотерапии/развитие уровней психологического здоровья	Основные психотерапевтические механизмы	Содержание профессионального образования
Неосознаваемый, глубинный уровень	<p>1) Достижение внутриличностной гармонии (<i>полноценное завершение личностной идентификации</i>)</p> <p>2) Достижение целостности между основными инстанциями психического (<i>развитие вторичных ресурсных состояний – укоренение личности в бессознательном</i>)</p> <p>3) Достижение внешней гармонии – персонального и социального (<i>формирование внутреннего локуса контроля, навыков ответственного выбора</i>)</p> <p>4) Обретение целостной, развивающей стратегии бытия, где сложности не фатальны, необходимость изменений приветствуется (<i>наличие позитивного, идентификационного, жизненного сценария</i>)</p>	<p>1. <i>Идентификация с личностью психотерапевта</i></p> <p>2. <i>Перевод охранно-мобилизационной стратегии поведения клиента в синергетическую</i></p> <p>3. <i>Наделение клиента пластическими и энергетическими ресурсами</i></p> <p>4. <i>Позитивное подкрепление развивающего поведения</i></p> <p>5. <i>Скрытое убеждение и внушение</i></p> <p>6. <i>Облегченная трансляция социальных паттернов поведения от терапевта к клиенту</i></p>	<p>Парадигма новой реальности; функциональная концепция психического и психотерапии; модель двухуровневой психотерапевтической коммуникации; феномен психотерапевтического пространства; универсальные психотерапевтические механизмы.</p> <p>Практика – ресурсные технологии двухуровневого развивающего психотерапевтического процесса; основные методики технологического уровня; углубленные (режим диалогизированного сознания) курсы самопознания, личностного роста, личной терапии, интервизации, супервизии; проработка базисных проблем, достижение высоких уровней психологического здоровья. Практика терапии, супервизии, интервизации. Балинтовские группы.</p>

Схема 2

Общие характеристики развивающей, двухуровневой психотерапевтической коммуникации

16

Основные уровни терапевтической коммуникации	Иерархия целей психотерапии/развитие уровней психологического здоровья	Основные психотерапевтические механизмы	Содержание профессионального образования
Осознаваемый, структурно-технологический уровень	<p>1) Решение поверхностной проблемы, заявляемой клиентом (<i>достижение относительного комфорта</i>)</p> <p>2) Решение глубинных проблем – инсайты I-III уровня (<i>достижение психологического комфорта, расширение адаптационных возможностей</i>)</p> <p>3) Решение унифицированных проблем развития – инсайты IV-V уровня (<i>достижение высокого качества жизни</i>)</p>	<p><i>Утилизация</i> (дезактуализация) неконструктивных, дезадаптирующих психических связей (штампов, моделей, стереотипов);</p> <p><i>Развитие</i> (актуализация) конструктивной, облегчающей адаптацию активности психического за счет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>преимущественной коррекции эмоционального опыта;</i> - <i>преимущественного расширения когнитивного репертуара;</i> - <i>преимущественной модификации поведения</i> (оперантное, позитивно-негативное подкрепление соответствующих поведенческих паттернов) 	<p>Традиционные гуманитарные теории; классические теории психического; прикладные концепции основных направлений, моделей, методов, форм психотерапии.</p> <p>Практические навыки – основные технические (методические) блоки; (личная терапия, супервизия)</p>

психотерапии конструируются и воспроизводятся во-первых избирательно, во-вторых они разделяются с травмирующими контекстами, выполняя роль некой психологической «вакцины»); в) *пластичность факторов обстоятельств и времени* (в психотерапевтической коммуникации возможны возвращение в прошлое, путешествия в будущее, замедление времени, изменение контекста, обстоятельств и содержания каких-либо событий); г) *концентрация* (возможность комбинации таких контекстов, обстоятельств, событий, соответствующих состояний субъектов психотерапевтического процесса, которые, в совокупности, обеспечивают необходимый терапевтический эффект, однако в реальной жизни встречаются крайне редко).

Сущностной (ключевой) характеристикой феномена «психотерапевтического пространства», обеспечивающей потенциальную способность психотерапевтической коммуникации вызывать значительные изменения в статусе пациентов/клиентов в относительно короткие временные периоды, является возможность скрытого, неосознаваемого перехода от стратегии конфронтационного поведения и соответствующей личностной метапозиции, направленных на сохранение «статус quo», психологической и телесной брони, к полярным, синергетическим стратегиям поведения и личностной метапозиции, сопровождающимся максимальной пластикой и скоростью изменения у субъектов психотерапии.

Нами, в частности, установлено, что все объективные и субъективные признаки состояний, обозначаемых как «трансовые» (основной функциональной характеристикой которых как раз и является максимальная пластика, возможность изменений и доступ к ресурсам развития), в той или иной степени сопровождают «ресурсный» разворот и функционирование личности в синергетической метамодели и базисной стратегии поведения.

Ключевым моментом «запуска» феноменов «пространства психотерапии» является, обычно неосознаваемая, идентификация пациента/клиента с личностью психотерапевта, демонстрирующего образцы синергетической личностной метапозиции и соответствующей модели поведения. Но, кроме того, возможна интенсификация данного процесса за счет использования специальных психотерапевтических техник (что прямо предусматривается стратегией ИРГП).

Таким образом, синергетическая стратегия поведения и соответствующая личностная метапозиция терапевта и пациента являются следующей важнейшей теоретической конструкцией ИРГП.

Под синергетической (ресурсной) метапозицией личности в модели ИРГП подразумевается общая характеристика системы отношений (чувств, ощущений) между основными инстанциями события (бытия-в-мире). В качестве последних здесь выделяются: осознаваемое «Я»; неличностная

ресурсная инстанция психического (бессознательное, подсознательное, неосознанное, сверхсознательное, обозначаемая так же, терминами «душа», «дух»); значимые другие лица; они (социум); мир (объекты, среда, события). В зависимости от вектора ресурсной метапозиции, занимаемой индивидом – конфронтационной или синергетической – преимущественно используются или охранно-мобилизационные реакции адаптации (опора на биологические и стереотипные ресурсы) или творчески-развивающие реакции адаптации (опора на креативные психологические ресурсы). В свою очередь, весьма рознятся эмоциональные и поведенческие реакции на вновь возникающие жизненные обстоятельства (изменения). В конфронтационной метапозиции и стратегии поведения чаще отмечаются эмоции страха, ненависти, враждебности, неуверенности, дискомфорта или защитного блокирования эмоций (оценение); поведенческие реакции паники, бегства, агрессии, часто безадресной, «паралича» или формирования неконструктивных защит с использованием легко доступных, быстродействующих превдо-адаптагенов (ПАВ).

В синергетической метапозиции и стратегии поведения чаще отмечаются эмоции, сопутствующие творческому предощущению, интересу, вдохновению, деятельности удовлетворению, и поведенческие реакции осмыслинной активности, направляемой на поиск возможностей сотрудничества.

Отсюда понятная разница в качестве жизни, рисков развития или повторного вовлечения в орбиту зависимости от ПАВ.

Фундаментальные (экзистенциальные) допущения – система, часто неосознаваемых, идиом, лежащих в основе личностной метапозиции и стратегии поведения, является предметом интенсивного терапевтического воздействия в модели ИРГП.

Еще одна «несущая» теоретическая конструкция ИРГП – феномен диалогизированного сознания, под которым, в функционально-прагматическом смысле, понимается возможность постоянного контакта с ресурсными психическими инстанциями (качество, которое Карл Витакер обозначал как «укоренение личности в бессознательном», а Карл Густав Юнг: «жизнь в обнимку с собственной душой»). Развитие данных свойств у индивида в ходе специальных технических действий и общего терапевтического контекста ИРГП существенно повышает эффективность его самоорганизующих функций в последующем. Философский и естественнонаучный аспекты данного феномена в той или иной степени являются предметом терапевтической дискуссии в группах и прорабатываются в специальных технических действиях. Таким образом, пациенты/клиенты могут не только верить или смутно ощущать «присутствие чего-то большего чем они сами» в содержании своей психической жизни и самом факте бытия, но и знать,

дифференцированно чувствовать, осмысленно воспроизводить объемно-целостные, ресурсные уровни психического (духовного) – сущего, без какого-либо ущерба для идентификационных границ личности.

2.2. Характеристика технических правил и основных технических блоков, используемых в ИРГП зависимых от ПАВ.

Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от ПАВ сочетает общетехническое оформление групповой психотерапии в соответствии с классическими требованиями (I. Yalom, 1995), а также технические правила проведения специальных, «встроенных» сессий с участниками, когда группа используется как «фон». Данные «встроенные» сессии выполняют роль катализатора групповой динамики в направлении целей и задач, решаемых ИРГП.

К первому из перечисленных блоков мы относим технические действия, направленные на формирование и подготовку группы. При этом важно, чтобы на предварительной сессии использовались техники «перезаключения контракта», повышающие мотивацию пациентов на участие в группе с относительно высоким порогом доступа, способствующие конструктивной переработке и принятию терапевтического режима, профилактирующие прямые реакции отказа или скрытого саботажа неоабилитационного режима.

Техники начальной стадии групповой работы, помимо обсуждения принципов ведения группы (это могут быть: откровенность и искренность, отказ от использования «ярлыков», контроль поведения, принципы ответственности, правило «стоп», соблюдение конфиденциальности, толерантность (терпимость) и другие принципы, способствующие конструктивному развитию группы), должны включать обсуждение основной терапевтической идеи: заболевает (получает зависимость) один, выздоравливает (освобождается от зависимости) другой, изменившийся. В этом случае складывающиеся групповые нормы, так или иначе, будут опираться на чрезвычайно важный и точно обозначаемый общетерапевтический контекст, а формирующиеся групповые ценности естественно включать в себя свойства психологического здоровья – антинаркотической устойчивости. В совокупности эти два обстоятельства обеспечивают более интенсивное продвижение группы к планируемому результату. Но, кроме того, пациенты/клиенты с первых шагов имеют шанс избавиться от иррационального страха перед неизбежным возвратом влечения («геройин умеет ждать и т.п.»), имея перед собой ясную картину того, что действительно освобождает от зависимости. Информацию такого рода желательно подкреплять подлинными свидетельствами лиц, прошедших полноценные курсы неоабилитации и достигнувших желательного результата.

Техники переходной стадии (псевдосплочение, конфронтация в групповой динамике) помимо традиционно рекомендуемых эскалаций напряжения, развития терапевтического конфликта, растождествления нормативного и патологического статусов, должны содержать процедуры, убедительно показывающие и доказывающие дивиденды базисной опоры на неоабилитационный личностный статус, постоянного «сотрудничества» с ресурсными инстанциями психики, синергетической метапозиции и стратегии поведения (терапевтический конфликт полярных статусов и стратегий в группе не препятствует, но способствует достижению этих целей).

Техники рабочей стадии (консолидация и сплочение), помимо использования модели «группового терапевта» для решения типичных для зависимых от ПАВ пациентов/клиентов проблем (неотреагированная вина, обида, базисная неуверенность в себе, страх перед будущим, внутренняя «пустота и бессилье» и т.д.), должны быть максимально сконцентрированы на форсированном развитии свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у членов группы.

Техники заключительной стадии, помимо «шеринга» - интеграции результата и отслеживания его эффективности - должны обеспечивать формирование базисных психологических свойств (ресурсная метапозиция; личности и стратегия синергетического поведения, феномен диалогизированного сознания), существенно повышающих способность индивида к конструктивному саморазвитию.

Таким образом, основные факторы лечебного действия групповой психотерапии, обеспечивающие терапевтическую динамику (универсальность, акцептация (принятие), альтруизм, отреагирование, самораскрытие, обратная связь, инсайт (осознание), коррективный эмоциональный опыт, проверка нового поведения и обучение новым способам поведения, предоставление информации) обогащаются, дополняются и активизируются за счет используемых психотерапевтических «катализаторов» - техник: конструктивного и ускоренного формирования терапевтически-активных групповых норм; избавления от иррациональных страхов, программирующих участников группы на отрицательный результат; формирования ясной и понятной терапевтической цели, мотивирующей на достижение требуемого результата; ускоренного формирования неоабилитационного личностного статуса, ресурсной метапозиции, синергетической стратегии поведения, диалогизированного сознания – совокупности психологических свойств, обеспечивающих высокий уровень психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, дальнейшее развитие самоорганизующих способностей.

Ко второму из рассматриваемых блоков относятся опорные пункты и последовательность оформления конкретного технического действия (технической

процедуры, методики), правила синтеза универсальных (глубинный уровень) и структурированных (технологический уровень) механизмов ИРГП. А так же общий перечень технических приемов (процедур, методик) методов, используемых в смешанном формате ИРГП (инкрустирование в групповой процесс специальных терапевтический сессий с использованием группы, как фона).

Опорные пункты и последовательность оформления вышеназванных технических действий следующая:

- точная идентификация проблемы, заявляемой пациентом для индивидуальной работы с ним в круге;
- полная инвентаризация проблемы;
- выстраивание адекватной диагностической триады (дефект-идеал-проект) – обоснования комплекса технических действий;
- проработка альтернатив и последовательности выбранных технических действий с пациентом (в зависимости от обстоятельств – более или менее тщательные);
- реализация технических действий в соответствие с методикой;
- фиксация изменений в эмоциональной, когнитивной, поведенческой сферах на вербальном и невербальном уровнях;
- оценка появившейся перспективы и решений пациента/клиента в отношении заявленной проблемы;
- оценка взаимодействия пациента/клиента с первоначально заявленной проблемой;
- принятие совместного решения в отношении продолжения или завершения терапевтической сессии.

Вышеназванный алгоритм реализации технических действий в ИРГП позволяет максимально эффективно сочетать универсальные и структурированные механизмы, используемые в данной психотерапевтической модели. Данный процесс происходит следующим образом:

- фаза точной идентификации, полноценной инвентаризации проблемы, заявляемой пациентом для индивидуальной работы с ним в круге, используется для возможно более полной *идентификации с личностью терапевта* (как правило данный процесс не занимает много времени, в силу уже имеющегося продуктивного контакта терапевта с пациентов в групповой работе). Названный универсальный механизм используется с целью скрытой коррекции эмоционального опыта и предварительного расширения когнитивного пространства пациента (эти «расширенные» способы реагирования усваиваются пациентом через невербальные реакции терапевта), предуготовляющих требуемые терапевтические эффекты структурированных технических действий;

- в фазе проработка альтернатив и последовательности выбранных технических действий с пациентом, по характеру вербальных и невербальных реакций определяется степень принятия и «сочастия» пациента в том или ином варианте технического решения проблемы. Однако наиболее существенным моментом является эксплуатация *универсального механизма скрытого отсроченного внушения* терапевта пациенту желательных результатов, психотерапевтической процедуры, ненаизвичное упоминание которых, как бы, входит в проговаривание процедуры (здесь важна соответствующая работа с голосом);

- в фазе реализаций технических действий используется универсальный механизм *позитивного (невербального) подкрепления развивающего поведения пациента*; и, по-прежнему, на фоне поэтапной реализации отсроченных терапевтических эффектов, продолжает эксплуатироваться механизм *скрытого отсроченного внушения*, но, уже последующих, за окончанием терапевтической сессии, желательных изменений;

- в фазах фиксации изменений, оценки перспектив используются универсальные механизмы позитивного подкрепления развивающего поведения пациента, *облегченной трансляции социальных паттернов поведения* от терапевта к пациенту;

- универсальные механизмы *актуализации синергетической стратегии поведения, доступа к энергетическим и пластическим ресурсам* эксплуатируются на всех обозначенных фазах оформления технических действий, поскольку их максимальная активизация происходит на предыдущих этапах групповой работы.

В практике ИРГП используются следующие оригинальные психотерапевтические методики (структурированные техники) специальной работы с пациентом/клиентом в смешанном формате (группа - фон):

- методика «перезаключения контракта»;
- методика «тройного растождествления и критической редукции ПВ к ПАВ»;
- методика «мертвая вода – живая вода» (критическая редукция ПВ к ПАВ, выход в стойко ресурсное состояние);
- методика «ресурсные поля» (стойкое развитие ресурсных состояний);
- методика «линия жизни» (развитие ресурсных состояний, конструирование позитивных жизненных сценариев);
- методика «матрешка» (конструктивное завершение идентификации);
- методика «волчек» (эффективное двуполюсное решение актуальных проблем пациента, развитие стойких ресурсных состояний);
- методика «встреча с судьбой» (формирование конструктивного сценария жизни и развитие стойкого ресурсного состояния);

- методика «7 шагов к горизонту» (пошаговая проработка ресурсной метапозиции и синергетической модели поведения);
- методика «ангел - хранитель» (развитие стойких ресурсных состояний, коррекция базисной неуверенности в себе);
- методика «второе рождение» (коррекция глубинных проблем развития, развитие ресурсных состояний);
- методика «Ахилл, догоняющий черепаху» (форсированное развитие диалогизированного сознания).

В целях ускоренного развития свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья в структуре ИРГП зависимых от ПАВ предусмотрено использование следующих адаптированных вариантов известных психотерапевтических методов:

- мотивационная психотерапия;
- гештальт-терапия;
- трансактный анализ;
- телесно-ориентированная психотерапия;
- психодрама;
- логотерапия;
- экзистенциальная психотерапия.

Формат использования данных адаптированных методов психотерапии определяется общей стратегией неоабилитационного психотерапевтического процесса.

2.3. Стратегия реабилитации и основные этапы ИРГП в программах неоабилитации зависимых от ПАВ.

Стратегия ИРГП, помимо уже названных целей и задач, включает в себя описание основных клинико-психологических мишеней, этапов организации психотерапевтического процесса, его основного содержания и способа оценки эффективности.

Основные клинико-психологические мишени (концентрированные узлы клинико-психологических механизмов, формирующих стойкую зависимость от ПАВ), выделяемые в модели ИРГП, а также в соответствующих неоабилитационных программах, следующие:

- Мишень № 1 – патологический соматический статус зависимых от ПАВ (включает: признаки отравления (передозировки) психоактивным веществом; интоксикацию ПАВ; синдром зависимости от ПАВ (соматический уровень); признаки сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии). Из перечисленных состояний непосредственно психотерапевтической мишенью являются соматические проявления синдрома зависимости без признаков угрозы развития терминальных состояний и выраженных психопатологических проявлений (бреда, галлюцинаций, синдрома нарушения сознания). Критическая редукция соматического дискомфорта в ходе начальных

этапов ИРГП резко повышает мотивацию пациента на дальнейшее лечение и укрепляет веру в возможности терапевтического процесса;

- Мишень № 2 – собственно патологической влечению к психоактивному веществу (ПВ к ПАВ) во всех сферах непосредственного проявления данного феномена;

- Мишень № 3 – патологический личностный статус зависимых от ПАВ (дефицит свойств психологического здоровья, характеристики собственно патологического личностного статуса, обслуживающего синдром зависимости);

- Мишень № 4 – неоабилитационный (развивающийся) личностный статус зависимых от ПАВ;

- Мишень № 5 – дефицитарный социальный статус зависимых от ПАВ (коммуникативных и других социальных навыков, деформированных отношений в микросоциуме);

- Мишень № 6 – уровень мотивации на освобождение от химической зависимости.

Обозначенные мишени, согласно основным задачам соответствующих этапов неоабилитационной программы (избавление от физической зависимости и блокирование психической зависимости – на первом этапе; актуализация имеющегося потенциала биологической и социальной адаптации – на втором; и форсированное развитие свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости), выстраиваются в следующую систему приоритетов:

- на первом этапе реализации неоабилитационных программ основными точками приложения ИРГП являются мишени №№ 1, 2, 3, и 6;

- на втором этапе основными мишенями ИРГП являются мишени №№ 4, 3, 6, 5;

- на третьем этапе – основные мишени №№ 4, 5, 6.

В соответствие с алгоритмом задач ИРГП, решаемых в ходе неоабилитационного процесса, а также с учетом вышеизложенных приоритетов, организация психотерапевтического процесса выстраивается следующим образом:

На первом этапе, в контексте выполнения начальных психотерапевтических задач (установление контакта с нормативным полюсом личности, достижение тройного растождествления, актуализация и закрепление синергетической модели поведения, критическая редукция ПВ к ПАВ), в основном реализуются: техники предварительной, начальной и переходной стадии групповой психотерапии; специальные техники – методики «перезаключения контракта», «тройного растождествления», «мертвая вода – живая вода», «матрешка»; адаптированные психотерапевтические методы – гештальт-терапия, мотивационная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, специальная психодрама.

На втором неоабилитационном этапе, в ключе выполнения соответствующих психотерапевтических

задач, (эскалация внутриличностного конфликта неоабилитационного и патологического личностного статусов, форсированное развитие неоабилитационного личностного статуса, эффективное подавление и редукция патологического личностного статуса), в основном, реализуются: техники переходной и рабочей стадии групповой психотерапии; специальные техники – методики «ресурсные поля», «линия жизни», «волчек», «7 шагов к горизонту», «второе рождение»; адаптированные психотерапевтические методы – гештальт-терапия, трансактный анализ, психодрама, телесно-ориентированная психотерапия, логотерапия.

На третьем неоабилитационном этапе, в плане выполнения заключительных терапевтических задач, (полноценное формирование искомого уровня психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, освобождение от химической зависимости, формирование способностей саморазвития механизмов повышения устойчивости к

повторному вовлечению в орбиту зависимости от ПАВ) реализуются: техники рабочей и заключительной стадии групповой психотерапии; специальные техники – методики «встреча с судьбой», «ангел-хранитель», «Ахилл, догоняющий черепаху»; адаптированные психотерапевтические методы – гештальт-терапия, логотерапия, экзистенциальная терапия.

Эффективность ИРГП оценивается в системе промежуточных и конечных индикаторов, из которых наиболее существенными являются:

- степень редукции патологических проявлений зависимости от ПАВ, отслеживаемая по соматическому, психопатологическому и психологическому параметрам;
- степень развития свойств психологического здоровья – антинаркотической устойчивости, оцениваемая по специальным методикам;
- длительность и качество ремиссии, оцениваемые стандартной системой мониторинга.

АРТ-ТЕРАПИЯ КАК ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

к.п.н. А.Г.Маджуга, Л.Г.Маджуга

г. Шымкент

Интегративные процессы, происходящие в обществе, искусстве, науке, в том числе в медицине и педагогике, привели к возникновению пограничных отраслей знаний: интегративной медицины, медицинской психологии, этнопедагогики, лечебной артпедагогики, реабилитационной педагогики и др. По мере роста знаний в области педагогики и психологии, распространения педагогической мысли создаются новые концепции воспитания, разрабатываются новые стандарты образования, изучаются теоретические основы и технологии воспитания детей, как нормально развивающихся, так и детей с проблемами в развитии, исследуются особенности образовательного процесса в коррекционных образовательных учреждениях разных видов.

Среди многочисленных течений современной педагогики и психологии наиболее интересным и плодотворным является воспитание художественной культуры.

Новая парадигма образования ориентирована на человека новой культуры, на формирование субкультуры личности, на воспроизведение и сохранении в образовательном пространстве, как ценностей культуры, так и ценностей субкультуры человека. В реализации названных ориентиров важная роль должна быть отведена *арт-терапии*.

Понятие арт-терапии (терапии искусством) возникло в контексте идей З.Фрейда и К.Юнга и рассматривалось в психотерапевтической практике как

один из методов терапевтического воздействия, который посредством художественного (изобразительного) творчества помогал психически больным выразить в картинах свои скрытые психотравмирующие переживания, и тем самым освободиться от них. В дальнейшем это понятие приобрело более широкую концептуальную базу, включая гармонические модели развития личности (К.Роджерс, А.Маслоу).

В настоящее время понятие «арт-терапия» имеет несколько значений: рассматривается как совокупность видов искусства, используемых в лечении и коррекции; как комплекс арт-терапевтических методик; как направление психотерапевтической и психокоррекционной практики, как метод. Арт-терапия применяется в медицине (психиатрии, терапии, хирургии) и в психологии (общей, специальной, медицинской). Арт-терапия как направление, связанное с воздействием разных средств искусства на человека используется как самостоятельно, так и в сочетании с медикаментозными, педагогическими и другими средствами (1, 2).

В последние годы арт-терапия все больше включается в коррекционно-развивающий процесс в специальных образовательных учреждениях для детей с разными вариантами нарушения развития и дает положительные результаты.

Многочисленные научные работы, связанные с изучением терапии искусством и показывающие ее

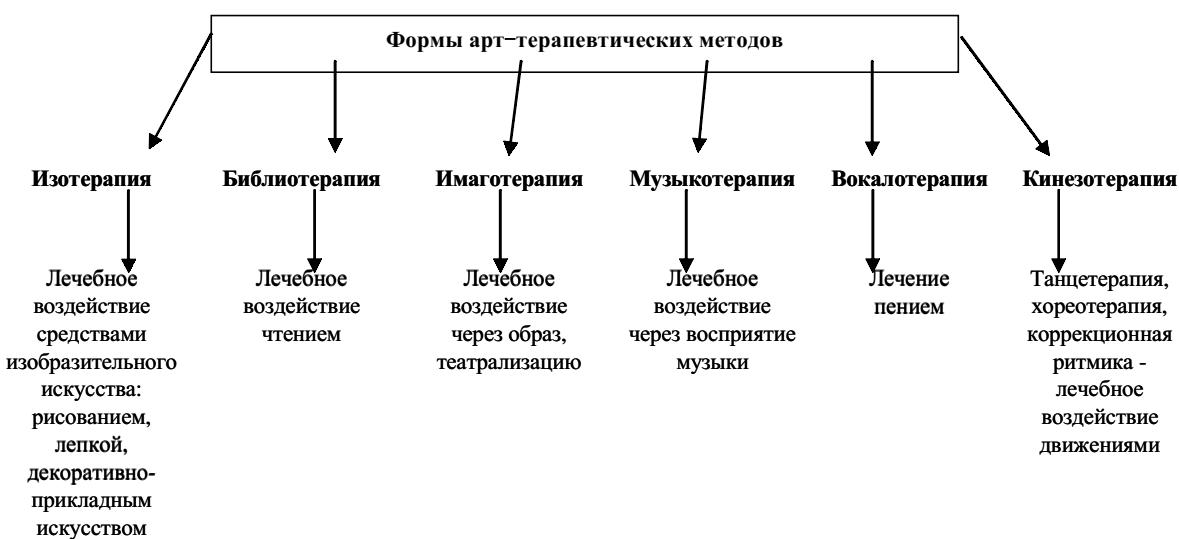
эффективность, перспективность в области интегративной медицины, общей, специальной психологии, придают ей статус целого научного направления.

Анализ фонда научной и специальной литературы по проблеме исследования позволяет нам рассмотреть **арт-терапию** применительно к специальному образованию как синтез нескольких областей научного знания (искусства, медицины и психологии), а в лечебной и психокоррекционной практике как совокупность методик, построенных на применении разных видов искусства в своеобразной символической форме и позволяющих с помощью стимулирования художественно-творческих (креативных) проявлений личности осуществить коррекцию нарушений психосоматических,

психоэмоциональных процессов и отклонений в личностном развитии (3, 4).

Сущность арт-терапии состоит в терапевтическом и коррекционном воздействии искусства на субъекта, и проявляется в реконструировании психотравмирующей ситуации с помощью художественно-творческой деятельности, выведении переживаний, связанных с ней, во внешнюю форму через продукт художественной деятельности, а также создании новых позитивных переживаний, рождения креативных потребностей и способов их удовлетворения (5).

Основные виды арт-терапевтических методов, существующих в современной психотерапевтической практике представлены на схеме 1.



Основными функциями арт-терапии являются: **катарсистическая**. (очищающая, освобождающая от негативных состояний); **регулятивная** (снятие нервно-психического напряжения, регуляция психосоматических процессов, моделирования положительного психоэмоционального состояния); **коммуникативно-рефлексивная** (обеспечивающая коррекцию нарушений общения, формирования адекватного межличностного поведения, самооценки).

Из основных функций арт-терапии могут быть определены ее **частные задачи**. К ним относятся:

- адаптация имеющихся арт-терапевтических методик и использование их в системе психокоррекционной помощи детям с нарушением развития (слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата, имеющих задержку психического развития, умственную отсталость);
- выявление особенностей и определение эффективности использования арт-терапии в психокоррекционной работе с детьми в специальном образовательном учреждении;
- разработки арт-терапевтических технологий, обеспечивающих коррекцию нарушений в развитии детей с проблемами;

- коррекция вторичных отклонений в развитии личности ребенка, гармонизация и социальная его адаптация в культурно-образовательном пространстве посредством арт-терапевтических методик.

Таким образом, основываясь на коррекционно-личностном и деятельностном подходах в развитии **арт-терапия** преследует цель - гармоническое развитие личности; расширение возможностей ее социальной адаптации посредством искусства, участие в общественной и культурной деятельности в микро- и макросреде.

Наш опыт показывает, что арт-терапия - это серия психотерапевтических мероприятий, преследующая достижение, определенной цели с использованием, специфических средств.

Психотерапия с использованием искусства позволяет экспериментировать с чувствами, исследовать и выражать их на символическом уровне. Образы художественного творчества позволяют входить в непосредственное соприкосновение с подсознательными процессами, включая страхи, конфликты, воспоминания детства, мечты и другие продукты психики, традиционно рассматриваемые в психоаналитическом контексте. При этом отпадает

необходимость вербального проговаривания эмоциональных переживаний, неизбежно искажающего первоисточник, но сохраняется возможность непосредственного считывания психологом и психотерапевтом информации о переживаниях клиента и состояниях его на текущий момент и реинтеграцию функционирующей личности

Кроме того, терапия искусством создает условия для рассмотрения наиболее спорных аспектов личности, которые актуализируется в символических образах или цветовых гаммах, в первую очередь.

При применении арт-терапевтической практики в контексте рассмотрения вопросов страхов, фобий, запретов, негативных ассоциативных цепочек происходит объективизация пугающих факторов, препятствующих личностному росту. Что позволяет несколько более реалистично посмотреть пациенту на собственные чувства, «взглянуть им в глаза», «встретится лицом к лицу», поэкспериментировать формами их выражения, при необходимости, verbalизировать, т.е. начинается самостоятельная работа с собственными проблемами.

Происходит психологическое вскрытие барьеров в личности пациента и в индивидуальном режиме, возможна дальнейшая терапевтическая работа в одной из практик. Бывают случаи, когда дальнейшая терапия не нужна, и таким образом, арт-терапия оказывается самодостаточной.

В качестве психотерапевтической техники арт-терапия предоставляет возможность:

1. для выражения агрессивных чувств, в социально приемлемой манере и служит безопасным способом разрядке напряжения.

2. ускорения процесса терапии, т.к. невербальные формы коммуникации могут с большей вероятностью избежать сознательной цензуры.

3. интерпретации и диагностической работы в процессе терапии;

4. работы с чувствами и мыслями, не имеющими четкой вербальной структуры, а потому, неподвластным и процессу, обсуждения или самоанализа;

5. укрепления терапевтических взаимоотношений между членами группы, что происходит в результате совпадения изобразительных средств, форм и т.д. Тем самым укрепляются эмпатические связи внутри группы, и процесс терапии продолжается и без участия психотерапевта;

6. возникновения и совершенствования чувства внутреннего контроля и порядка, что является следствием необходимости организовывать форму и цвет

7. развития и усиления внимания к чувствам позволяет экспериментировать с ними.

8. усиления ощущения собственной личностной ценности, повышает художественную компетентность.

9. возникновения чувства удовлетворения, как одного из возможных вариантов снятия невротического напряжения.

10. развития воображения и фантазий;

11. разрешения конфликтов среди членов группы.

Особенности проведения арт-терапии

В контексте проведения арт-терапии, выполнение операций, художественной деятельности является спонтанным, для которого не нужны:

- 1) Художественные способности
 - 2) Специальная подготовка участников терапии
 - 3) Создание эстетического произведения
- Важными для арт-терапии являются
1. Сам процесс
 2. Внутренние переживания пациента
 3. Динамика психических изменений
 4. Конечный продукт терапии
 5. Совершенствование процессов фантазии и воображения, а также внутренней психической саморегуляции;
 6. Сублимация - психологическая защита личности, позволяющая свести к минимуму чувство тревоги при помощи адаптивных к социуму методов, например - художественное творчество

По мнению Элита Крамера: «Каждое произведение искусства отражает в своей сути конфликт между мотивами, который дает жизнь этому произведению, а также в большей степени определяет его форму и содержание»

Сублимация переводит внутренние конфликты на язык символов и позволяет произвести личностную разрядку в форме, содержащей лишь намеки на первоисточник, а потому не компььютирующей личность в социальной обстановке. Сублимация в своём понимании является психоаналитическим термином. Если арт-терапия не предполагает вскрытия бессознательных моментов, а ориентирована на актуальные изменения поведенческих проявлений, возможно, использовать специфику явления переноса (гештальт-терапия). Перенос осуществляет реальное перемещение внутреннего напряжения из области личности, в которой разрядка невозможна в область, которая может быть временно использована для замещения первоначальной.

Чаще всего для замещения используется область, приближенная к первоначальной по смысловой нагрузке или способу разрядки. Таким образом, область, которая становится целью переноса, может служить индикатором конфликтной области при условии выяснения их сходства, определившего выбор личности.

7. Самостоятельность хода размышлений и выводов.

Основные процедуры и требования к проведению арт-терапевтических сеансов:

1. Руководитель группы должен обладать знаниями психоанализа, патопсихологии и групповой динамики.

2. Группа обеспечивается необходимым изобразительным материалом и предполагает наличие помещения для шумных игр и движений.

-
3. Руководитель старается быть как можно более незаметным, для того чтобы способствовать творчеству;
 4. Участники получают инструкцию полностью отдаваться своим чувствам и не заботиться о художественности своих творений.
 5. Руководителю группы не позволяетя прямо интерпретировать полученные результаты. Интерпретация не является важным моментом;
 6. Члены группы могут комментировать свои произведения, при этом руководитель является катализатором чувств и ощущений.
 7. Вводится регламент времени ни выполнение заданий.
 8. Набор задач, если терапевт задается целью раскрыть свои перспективы и осознать переживания: дать - себе полную свободу действий с художественным материалом; делать то, что наиболее приятно, не сравнивать свою работу с работами других; осознавать, что каждый из нас находится в процессе постоянного изменения и что художественное творчество может выражать наше восхищение, экспериментирование и личностный рост.
-

Литература:

1. Копытин А.И. *Основы арт-терапии.* – Спб, 1999
2. *Артпедагогика и арт-терапия в специальном образовании: учебник для студентов средних и высших педагогических учебных заведений / Е.А.Медведева, И.Ю.Левченко, Л.Н.Комиссарова, Т.А.Добровольская.* – М: Издательский Центр «Академия», 2001. – 248 с.
3. Будза А. *Арт-терапия: йога внутреннего художника.* – М: ООО «Издательство ACT»: ООО «Издательство Астrelль», 2002. – 288 с.: ил.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Грабенко Т.М. *Практикум по креативной терапии.* – Спб: Издательство «Речь», «ТЦ Сфера», 2001. – 400 с.: ил.
5. Бурно М.Е. *Терапия творческим самовыражением.* – Екатеринбург, 1999

9. В группе должна быть создана поощрительная эмпатийная атмосфера, направленная на творчество.

10. На начальных этапах формирования группы возможно наложение условия соблюдения молчания участниками и безоценочности к работам окружающих.

При положительном эффекте, развития группы возможно включение вербализации полученных результатов. «Цель этого подхода состоит в том, чтобы:

- а) помочь пациентам лучше осознать различные состояния своих чувств;
- б) научиться понимать и контролировать чувства;
- в) рассказать другим о своих чувствах и убедиться в том, что другие, испытывают аналогичные чувства;
- г) рассказать психотерапевту о своих чувствах и проблемах;
- д) выразить свои чувства в символической форме с помощью пластических средств».

Таковы основные аспекты использования арт-терапии в процессе коррекции и профилактики различных психосоматических расстройств, возникающих на фоне различных стрессогенных факторов.

ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Т.В.Пак

г. Павлодар

1.1. Психотерапия как метод, направление и основной контекст медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ

Среди множества определений психотерапии на постсоветском пространстве принято следующее: Психотерапия представляет собой сочетание различных психологических, медицинских, антропологических, социально-экономических, экологических и философских научно-практических подходов и установок и чрезвычайно широкого спектра их применения.

Таким образом, психотерапия – это 1) метод лечения; 2) метод научения; 3) метод социального контроля; 4) комплекс явлений, происходящих во

взаимодействии людей (Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д.Карвасарского, 1998).

На территории постсоветского пространства получила развитие, в основном, медицинская модель психотерапии, понимаемая, как система лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного (А.Е.Столова, 1987; Б.Д.Карвасарский, Л.М.Кульгавин, А.М.Якубzon, 1991; М.М.Решетников, 2001; А.Л.Катков, 2002; О.Е.Кашкарова, А.В.Курпатов, 2002; В.П.Колосов, 2002). Данная модель психотерапии определяется как «патогенетическая, не только в плане биогенеза, но и психо-социогенеза, так как изучает историю развития больного в общественных

и индивидуальных условиях. Она – антропогенетическая, психогенетическая и персонологическая» (В.Н.Мясищев, 1973).

В связи со всем сказанным психотерапия на постсоветском пространстве используется, в основном, в психиатрической практике (Г.Т.Красильников, 2000; В.Я.Семке, 2000; П.Л.Яцков, 2000; Е.Л.Николаев, Н.М.Абрамова, Ф.В.Орлов, 2002; А.С.Аведисова, В.О.Чахава, Н.В.Люпаева, 2003), при лечении некоторых форм неврологической патологии (О.Н.Яковлев, Е.Г.Филатова, А.М.Вейн, 2002), а также при лечении соматических заболеваний (М.А.Кулыгина, 1997; П.И.Сидоров, М.Н.Панков, 1997; Н.М.Ошаева, 1998; Б.Ю.Володин, Л.Н.Володина, 2002; Ю.В.Колбасин, В.Е.Смирнов, 2002).

1.1.1. Использование психотерапевтических методов в лечении зависимых от психоактивных веществ (исторический аспект)

Мнение о том, что в лечении алкоголизма существенное значение имеют словесные воздействия в форме убеждения человека и разъяснения ему вреда, проистекающего из пьянства, стало оформляться еще в трудах Гиппократа и особенно Авиценты (цит. по В.Е.Рожнову, 1979). То есть задолго до того, как Д.М.Tuke в книге «Иллюстрации влияния разума на тело», выпущенной в 1872 г., впервые был введен термин «психотерапия» (цит. по Психотерапевтической энциклопедии под ред. Б.Д.Карвасарского, 1998).

Признанное становление психотерапии в наркологической практике связано с использованием гипноза и лечебных внушений в нем для целей отвращения злоупотребляющих спиртными напитками от алкоголя французским психиатром Voisin (1885), женевским врачом Ladame (1888), шведом Wetterstrand (1888). Использовали гипноз при лечении больных алкоголизмом известные психиатры XIX века Forel, Hamelton, Osgood, Neilson, Berillian (цит. по В.Е.Рожнову, 1979).

В России первые сообщения (Б.Н.Шани, А.Н.Успенского, Я.В.Рыбалко) об успешной гипнотерапии больных алкоголизмом появились в 90-х годах XIX века. В последующие годы (конец XIX, начало XX столетия) многие известные ученые, врачи-психиатры, интернисты занимались изучением и практическим применением гипноза и других методов психотерапии для лечения больных алкоголизмом – А.Л.Токарский, В.М.Бехтерев, А.Л.Певницкий, Ф.Е.Рыбаков и др. Методику коллективной психотерапии больных алкоголизмом В.М.Бехтерева творчески развивали К.К.Спицын, Д.С.Озерецовский. Традиция Российской психотерапевтической школы в наркологической практике продолжалась в исследованиях В.И.Иванова, В.Е.Рожнова, И.В.Бокий, Л.Н.Лежепековой и других ученых-практиков (К.К.Спицын, 1928; Н.В.Иванов, 1977; Л.В.Штерева, 1980; И.И.Щиголев, 1992).

Становление психотерапевтической методологии лечения больных алкоголизмом и наркоманией, отличной от гипнотерапии, происходило параллельно с развитием других научных направлений психотерапии – психоаналитического (Фрейд, Адлер, Фромм, Хорни и др.), когнитивно-бихевиорального (Бек, Вольпе, Волберг, Эллис и др.), экзистенциально-гуманистического (Ясперс, Хайдеггер, Бинсвангер, Ялом, Роджерс и др.). Трактовка формирования алкоголизма, наркомании в каждом из данных направлений психотерапии, методология терапевтических вмешательств соответствовали основной системе взглядов на динамику развития и функционирования личности (цит. по В.Е.Рожнову, 1979).

В XX веке, благодаря усилиям Джозефа Пратта (1905), Джейкоба Морено (1910), Альфреда Адлера, Луиса Вендера, Пауля Шиндлера (1929-1934) получила развитие групповая психотерапия соматических, психогенных, психических расстройств, в том числе – зависимостей от психоактивных веществ (К.Рудестам, 1998; J.D.Frank, 1979). Термин «групповая психотерапия» был введен, по свидетельству Corsini (1955), Джейкобом Морено в 1932 г. (цит. по К.Рудестаму, 1998).

В 30-х годах прошлого столетия групповая психотерапия активно интегрируется в программы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией.

В конце 40-х годов в американском штате Миннесота была разработана первая модель организации лечебного процесса с применением программы «12 шагов», которая, в сущности, представляет собой модифицированный вариант групповой психотерапии (В.В.Батищев, Н.В.Негериш, 2000). С момента основания программы в 1949 г. и по настоящее время в Хазеленде (базовая клиника в штате Миннесота) прошли лечение по поводу зависимости от психоактивных веществ свыше 100 000 пациентов, а в мире – свыше 2-х миллионов (J.Nowinski, S.Barker, K.Carrol, 1992).

В последние десятилетия психотерапия наркологических заболеваний на территории Советского Союза и постсоветского пространства, по мнению О.Ф.Ерышева, Т.Г.Рыбаковой (1996), проходила этапы развития: от суггестивной и поведенческой, к рациональной и коллективной и, наконец, к личностно-ориентированной психотерапии. В.В.Макаров (2002) указывает, что психотерапия зависимостей - широко распространенная практика в Российской Федерации, использующая множество методик и разнообразных приемов. Наиболее известными и популярными, в силу исторических причин и особенностей менталитета, из которых являются методы «кодирования». Вместе с тем, автор указывает на недостаточность научного и методологического сопровождения данного раздела психотерапии. По свидетельству А.Г.Софронова (2003) еще совсем недавно психотерапия в наркологии в соответствующих руководствах и на

практике рекомендовалась как рациональная, эмоционально-стрессовая, гипно-суггестивная, условно-рефлекторная, аутогенная тренировка и т.п. В последнее время содержание данного раздела психотерапии существенным образом пересматривается. Эволюция психотерапии идет в направлении повышения социально-психологической адаптации пациента. В качестве важнейшего элемента комплексного лечения рассматривается групповая психотерапия.

1.1.2. Психотерапия в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ

В настоящее время психотерапия широко используется в комплексном лечении алкогольной, табачной, наркотической зависимости (Б.Е.Алексеев, 1992; Н.И.Леонтьева, О.В.Ищенко, Л.П.Яцков, 2000; Ж.Б.Назаралиев, В.Р.Бауэр, Л.М.Мунькин, Э.Т.Сатыбекова, 2000; В.А.Шугайкин, 2000; М.Б.Яковleva, Г.В.Залевский, 2001; И.С.Павлов, С.В.Корень, 2002; Ю.А.Россинский, М.Н.Валивач, 2002).

Вместе с тем, реабилитация в наркологии не равна сумме используемых технологий и представляет собой систему медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадаптацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления психоактивных веществ, вызывающих зависимость (М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, 2001). Наиболее адекватно целям реабилитации служит психотерапия (М.М.Кабанов, 1985). Понимание основной роли психотерапии, как системообразующего фактора процесса реабилитации зависимых от психоактивных веществ прослеживается с конца 40-х годов по мере разработки и распространения миннесотской программы «12-шаговая модель духовной реабилитации» больных алкоголизмом (В.В.Батищев, Н.В.Негериш). В настоящее время терапевтические сообщества для наркозависимых образуют спектр более чем из 500 описанных резидентских программ. Из них наиболее известны программы Day Top Village, Phoenix House, Getway Hous, где, обычно, имеет место осмыслинное сочетание усилий специалистов разных развивающих профессий, в том числе психологов, психотерапевтов, ведущих терапевтические группы, из чего складывается способ жизни терапевтической общины (G.DeLeon, 1999). Причем, более частое участие в мероприятиях группового и индивидуального консультирования по линии психотерапевтического лечения в общине ведет к снижению риска возникновения рецидивов (R.Fiorentine, M.D.Anglin, 1997). Об опыте успешного использования групповой психотерапии в различных вариантах реабилитационных программ, реализуемых в Западной и Восточной Европе, сообщают И.Косцюровска (2001, 2002), Я.Владонь (2001), Ю.В.Валентик

(2002). О важности направленности психотерапии на повышение мотивации прекращения употребления психоактивных веществ и планомерного восстановления сообщает W.R.Miller (2000), а также В.М.Ялтонский, Н.А.Сирота (2003).

На территории постсоветского пространства вопросам развития психотерапевтических технологий в практике реабилитации зависимых от психоактивных веществ в последние годы уделяется существенное внимание. Разрабатываются вопросы психологической и психотерапевтической коррекции отношений и установок в системе реабилитации больных алкоголизмом (А.Л.Гриненко, 1991). Рассматриваются особенности использования психотерапевтических технологий при реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами (Т.Н.Дудко, Ю.В.Валентик, Н.В.Вострокнутов, А.А.Геринг, Л.А.Котельникова, 2001). Изучаются особенности психотерапевтических стратегий в зависимости от уровня реабилитационного потенциала зависимых от ПАВ (Т.Н.Дудко, В.А.Пузиенко, Л.А.Котельникова, 2001). Уделяется внимание особенностям использования психотерапии в условиях стационарной реабилитации (Г.Н.Носачев, 2001; М.Г.Цетлин, В.Е.Пелипас, 2001). А также при реабилитации в амбулаторных условиях (Ю.В.Валентик, В.Ф.Мельников, А.В.Волков, М.С.Мальшакова, 2003). При этом особое внимание уделяется необходимости сочетания семейного консультирования, работы с созависимостью, групповых занятий с родственниками («родительские группы»). Перспективным в амбулаторных условиях считается использование поведенческой, мотивационной психотерапии, транзактного анализа. Об удачном сочетании рациональной, семейной и стрессшоковой психотерапии, используемых на разных этапах программы MCP в центре Назаралиева, сообщают Г.Аджибекова (2001), Ж.Б.Назаралиев, Е.Б.Бешкемпиров (2001), Ж.Б.Назаралиев, В.А.Ли, К.В.Ли (2001).

В Республике Казахстан в последние годы отмечается интенсивное развитие психотерапевтических практик в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ (С.Р.Мусинов, А.Л.Катков, С.А.Алтынбеков, 2001; Ю.А.Россинский, 2001) эффективно используется трансперсональная психотерапия и эриксоновский гипноз (П.В.Бутенко, 2001), различные виды и методы индивидуальной психотерапии (Т.В.Пак, 2001). Разрабатываются новые направления медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ, опирающиеся на новые психотерапевтические технологии (А.Л.Катков, 2001; А.Л.Катков, С.А.Алтынбеков, 2002; А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2002).

1.2. Основные концептуальные и методологические подходы в психотерапии зависимых от ПАВ

Современный этап становления психотерапии, помимо явных признаков бурного развития профессии,

демонстрирует и не менее очевидные проблемные узлы, затрудняющие идентификацию психотерапии как самостоятельной дисциплины, отличной от других развивающих практик. Между тем, совершенно ясно, что без адекватного решения общепрофессиональных проблем трудно ожидать какого-либо значительного повышения эффективности в психотерапии зависимых от ПАВ (А.Л.Катков, В.В.Титова, 2002).

1.2.1. Общая методология психотерапевтического процесса

Наиболее острыми идентификационными проблемами психотерапии представляются следующие: разобщение понятийной базы, отсутствие четкой семантики и общего тезауруса в специальной терминологии; произвольная методология построения как теоретических, так и прикладных аспектов специальности; отсутствие не только объективных, но даже и конвенциональных критериев определения дееспособности и эффективности названных теоретических концептов и практических усилий, реализуемых в профессиональном поле психотерапии; отсутствие вследствие всего вышесказанного, ясного и четкого определения предмета, целей и задач и, следовательно, миссии психотерапии. Консервация данного статуса профессии приводит к неадекватному «расползанию» психотерапевтического поля и утрате темпов развития специальности (А.Л.Катков, 2003). Психотерапия не является ни научно-технической дисциплиной, ни практической этикой, ни профетическим философским учением, ни духовно-пастырской службой, ни искусством, ни религией. Она давно вышла за пределы, положенные ей «материнскими» специальностями – психологией и психиатрией (Д.А.Стехликова, 1999). В силу собственного сложно идентифицируемого и обобщаемого предмета психотерапия понимается или как «планируемое целенаправленное лечение» (J.Kobos), «профессиональные отношения» (R.Chessik), «формализованный структурный процесс» (R.Corsini, D.Nathanson), «психологическая процедура» (J.Furedy), «приложение принципов и методических приемов» (A.Lasarus), «умышленная попытка изменить поведение и переживания клиента/пациента» (S.Krippner) (В.Е.Каган, 1999). Таким образом, для понимания психотерапии не адекватны общеизвестные гуманитарные и, тем более, естественно-научные парадигмы.. Но также не вполне адекватна сама категория «парадигмы» (Л.Воробьева, 2001). Публикации последних лет иллюстрируют сложности, возникающие при попытках выделить системообразующие факторы психотерапии (Г.М.Адлер, Б.О.Ван Хамметт, 1993; В.Д.Вид, 1993; Б.А.Баращ, 1993; Б.Д.Карвасарский, 2000; J.W.Aleksadrowicz, 1983). В данной связи возникает мнение о бесперспективности таких поисков (А.И.Сосланд, 1999) и необходимости развития «школьного» направления психотерапии.

Подобные взгляды имеют под собой основание, тем более, что именно таким образом в последнее столетие, в основном, развивалась психотерапия в Западной Европе и мире (С.Грингер, 2002).

В данный период времени наибольшее развитие и признание получили 3 психотерапевтических направления и возникшие на их основе методы: 1) психоаналитическое; 2) бихевиористское; 3) гуманистическое. В этих трех направлениях, ориентированных на личностные изменения, наличие определенной личностной концепции позволило создать психотерапевтическую систему, характеризующуюся логической последовательностью взглядов-представлений о личности и личностных изменениях и логически вытекающих из этого представлений о задачах и способах терапии (Психотерапевтическая энциклопедия под ред. Б.Д.Карвасарского, 1999). Уникальность многочисленных методов психотерапии, формирующихся в рамках вышеназванных направлений, связана с разработкой новых течений, подходов, форм, видов, методов, методик, технических приемов психотерапии, названия которых призваны отразить уникальность каждого из них (T.B.Karasu, 1977, 1980). При этом рядом исследователей отмечается неоднозначность понимания вышеназванного методологического дробления психотерапии (Б.Д.Карвасарский, 2000; Y.W.Aleksandrowicz, 1983). Другими (А.И.Сосланд, 1999) подчеркивается возможность использования достаточно ограниченного объема психотехнических универсалий для разработки новых и анализа существующих методов психотерапии.

Таким образом, налицо двойственная тенденция в развитии современной психотерапии: вектор дальнейшей дифференциации и разработки новых методов и вектор интеграции и поиска системообразующих факторов психотерапевтической теории. Данная тенденция отчетливо прослеживается в развитии психотерапии в Западной Европе и мире в последнее десятилетие (С.Грингер, 2002). А так же на примере теоретического и практического «обогащения» известных психотерапевтических моделей и методов, приобретающих скрытые или явные претензии на статус интегрирующих направлений в профессии (А.Лэнгле, 2001; А.Холмогорова, 2001; А.С.Баранников, Д.А.Баранникова, 2002; В.В.Летуновский, 2002; В.Б.Шумский, 2002; А.Хайгл-Эверс, Ф.Хайгл, Ю.Оtt, У.Рюгер, 2001). Между тем, многие из сравнительно недавно разработанных методов психотерапии подобный интегрирующий статус изначально декларировали: психосинтез, нейролингвистическое программирование, клиентцентрированная психотерапия, гештальт-терапия, личностно-ориентированная психотерапия, позитивная психотерапия, клиническая психотерапия, трансперсональная психология и психотерапия, трансактный анализ, системная семейная психотерапия (Г.Л.Исурина, 1993;

Б.А.Бараш, 1993; А.М.Ялов, 1993; Б.Д.Карвасарский, 1999; М.М.Аксенов, А.Н.Басов, 2000; Г.Л.Будинайте, 2000; М.Е.Бурно, 2000-2001; В.В.Майков, 2001; М.Кокс, 2002; В.Коровина, 2002; Г.А.Макарова, 2002; Б.Ю.Приленский, 2002; В.И.Яценко, 2002).

Несмотря на известные сложности интегративный вектор психотерапии в последние годы достаточно интенсивно развивался и в русле идентификации общих факторов, оказывающих влияние на эффективность психотерапевтического процесса. В качестве последних достаточно регулярно отмечают характеристики личности и профессионального опыта психотерапевта (M.T.Nietzel, S.G.Tisher, 1981; D.H.Stein, M.J.Lambert, 1984; J.Margraf, V.Bauman, W.Bedentung, 1986; L.E.Bentler, P.P.P.Machado; S.A.Neufeldt, 1994; M.J.Lambert, A.E.Bergin, 1994). Описывают определенный тип отношения к психотерапии и характеристики ожиданий пациента от данного процесса (T.A.Wills, 1982; D.E.Orlynsky, K.I.Howard, 1987; S.Sue, N.Zane, 1987; F.H.Kanfer, H.Reinecker, D.Schmelzer, 1991; S.L.Garfield, 1994). Рядом авторов в качестве основного фактора, оказывающего влияние на эффективность психотерапевтической коммуникации, называется соответствие определенных расстройств, предъявляемых пациентом/клиентом, конкретному виду психотерапевтического воздействия (W.Huber, 1992; M.E.Seligman, 1994). Другие делают акцент на когнитивных изменениях и изменение переработки информации, характерных для всех видов и форм психотерапии (Ch.Antaki, Ch.Brewin, 1982; R.Bastine, 1988; C.R.Brewin, 1988; F.Caspar, 1997). В последние годы большое внимание уделяется характеристикам и особенностям коммуникаций, имеющих место в процессе психотерапии, которые рассматриваются как совокупность общих или единый системообразующий фактор, оказывающий решающее влияние на эффективность психотерапевтического процесса. При этом выделяются коммуникационные характеристики пациентов/клиентов (В.М.Ялтонский, У.А.Абшахова, Н.А.Сирота, 1992; С.И.Симоненко, 1998; Г.Г.Филиппова, 1998; С.Л.Братченко, 1999). Исследуются базовые коммуникативные стратегии и коммуникативные навыки психотерапевтов и консультирующих психологов (Юджин Т.Джендин, 1993; М.С.Андреанов, 1999; О.И.Муравьева, 2001-2002). Кроме того, моделируются стратегии психотерапевтического общения при патологических внутренних диалогах (Е.Соколова, Е.Чечельницкая, 2000), а также в диалогах различных инстанций психического (Ф.Филатов, 2001).

Накопленная сумма знаний в области общих факторов психотерапии позволила сформировать соответствующие системы, к наиболее известным из которых относят систему общетерапевтических факторов Джада Мармора (1978), включающую в себя: 1) хорошее отношение и сотрудничество

между психотерапевтом и пациентом – исходная предпосылка, на которой строится психотерапия; 2) ослабление напряжения на начальной стадии, основанная на способности пациента обсуждать свою проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь; 3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта; 4) оперативная модификация поведения клиента за счет одобрения или неодобрения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррекционного эмоционального опыта в отношениях с последним; 5) приобретение социальных навыков на модели психотерапевта; 6) убеждение и внушение явное и скрытое; 7) усвоение или тренировка более адаптивных способов поведения при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта (цит. по Б.Д.Карвасарскому, 1999). В более поздней классификации основополагающих процессов изменений в психотерапии (J.O.Prochaska, C.C.Dillemente, J.C.Norcross, 1992) приводится 10 нижеследующих позиций: 1) самоэксплоатация (получение новой информации о самом себе, о проблемах, конфронтация - интерпретация); 2) изменение самооценки; 3) самоосвобождение (приобретение новых степеней свободы в деятельности, расширение когнитивного репертуара); 4) контробуславливание (угасание проблемного поведения с помощью альтернативного поведения); 5) контроль стимула (избегание или борьба со стимулом, вызывающим проблемное поведение); 6) процедуры подкрепления (позитивное подкрепление желательного поведения); 7) отношения помощи (доверие к тем, кто может помочь); 8) облегченное выражение эмоций (умение обнаружить и выражать чувства); 9) новая оценка окружающих (в аспекте того, какие проблемы их отягощают); 10) социальное освобождение (конструктивное поведение в социуме). Известна также классификация K.Grawe (1997), где он различает 4 основных механизма изменения, которые всегда участвуют в терапевтическом обучении: 1) компетентность в совладании/преодолении (приобретение отсутствующих навыков); 2) прояснение и коррекция значений; 3) актуализация проблемы (стимуляция процессов изменений не только в плоскости смыслов); 4) активизация ресурсов (мобилизация всех сил пациента, необходимых для изменений и стабилизации).

В связи с успехами в исследовании общих механизмов психотерапии появляется перспектива развития полноценной интегративной психотерапии, интерес к которой постоянно нарастает (B.D.Beitman, M.R.Goldfried, J.C.Norcross, 1989). По утверждению последней группы авторов, данному процессу способствуют: 1) использование эклектических моделей, объединяющих различные психотерапевтические методы, исходя из потребностей лечебной практики; 2) интеграция соответствующих научных дисциплин – медицины,

психологии, социологии, педагогики, нейрофизиологии, философии, психолингвистики и т.д.; 3) синтез теоретических положений различных психотерапевтических ориентаций с учетом возможных концепций личности. Кроме того, по мнению данных авторов, имеют значение и неадекватная распространенность многочисленных форм и методов психотерапии, затрудняющая их выбор и применение, неадекватность и недостаточность одного психотерапевтического метода для решения (лечения) всех проблем пациента; факт большего сходства, чем различий в большинстве терапевтических стратегий; акцент на взаимодействие: пациент – психотерапевт во всех формах и направлениях психотерапии; социально-экономические требования в обществе к стандарту, повышающему эффективность развивающих технологий.

Общие основания и реальный базис для формирования интегративного движения в психотерапии активно обсуждаются на территории постсоветского пространства (В.Н.Цапкин, 1992; В.К.Мягер, 1993; Ф.Е.Василюк, 1998; В.Ю.Завьялов, 2000; А.С.Баранников, 2002; В.П.Криндач, 2003; В.В.Макаров, 2003). Выдвигаются и аргументируются перспективные системообразующие факторы, способные адекватно выполнять центростремительную функцию в процессе интеграции и идентификации психотерапии как самостоятельного научно-практического направления (Е.Жорняк, 2001; А.Катков, 2001; Е.А.Ромек, 2003).

Таким образом, прогресс психотерапии на территории постсоветского пространства, как и во всем мире, обеспечивается свободным развитием методов, их объединением в эклектические, синтетические, интегративные системы. Однако именно интегративные системы отражают новую содержательную реальность психотерапии (В.Я.Семке, И.Е.Куприянова, 1998; В.В.Макаров, Я.Л.Обухов, 1999; IX конгресс ЕАП «Традиции и перемены». Хроника, 2002).

1.2.2. Концептуальные и методологические подходы к психотерапевтической коррекции зависимости от психоактивных веществ

Психологические исследования последних лет, изучающие условия повышения уровня адаптации индивида к непростым особенностям бытия в современном мире, в частности, на территории постсоветского пространства, дают достаточно полную панораму психологических свойств, необходимых для высокого качества жизни (А.В.Ротов, М.А.Гаврилов, М.А.Медведев, 1998; К.А.Торшина, 1998; Р.В.Гумерова, В.Н.Петрова, 2001; Э.В.Галажинский, 2001; Н.В.Писаренко, 2002; Н.И.Трубникова, 2002). По свидетельству Е.В.Безносюка, Е.Д.Соколовой (1997), Е.С.Романовой (1998), В.А.Штроо (1998), В.Усталова (2001) вовлечение механизмов психологической защиты далеко не всегда обеспечивают удовлетворительную интрапсихическую

адаптацию в случае недостаточного уровня развития вышеназванных психологических свойств. Отсюда повышенная уязвимость такого рода субъектов к воздействию психоактивных веществ, являющихся универсальным и сверхскоростным заменителем буквально всех потребностей человека (Ю.В.Буров, Н.Н.Ведерникова, 1985). Ю.С.Прошутинский (2000) употребляет по отношению к субъектам данной группы термин «донаркотическая личность», или «человек без личности», которому наркотик дает возможность мгновенно выскочить из пустоты, где он находился. Автор отмечает, что зависимость, в данном случае, формируется очень быстро, часто с первой дозы «поднимающей субъекта из психологической могилы». Исследователи отмечают, что описываемый дефицит психологических свойств имеет глубокие корни нарушения ролевых семейных функций (Л.Н.Авдеенок, 1998), и негативного эмоционального влияния еще во внутриутробный период развития плода (Ю.Н.Боцмановский, М.Б.Боцмановская, Г.Т.Симуткин). Пальма первенства здесь по праву принадлежит Эрику Эриксону, подробно описавшему сценарии дефицитарного становления и развития личности на всех этапах жизни (Э.Эриксон, 1996-1998).

В Российской Федерации наиболее полно данную проблему в аспекте полноты и достаточности базисных копинг-стратегий у подростков исследовали Н.А.Сирота, В.М.Ялтонский и др. (2003). С.Н.Ениколопов (1998) отмечает, что наиболее остро дефицитарность адаптирующих ресурсов личности выступает при посттравматических стрессовых расстройствах. В частности, имеют место ослабленная Я-концепция, глубокое чувство вины и стыда, страх потери контроля, мощные реакции переноса, трудности в межличностных отношениях и, как следствие, злоупотребление лекарствами и наркотиками. Присутствие изначального адаптационного дефицита у наркозависимых удается проследить и по анализу их лексической продукции (В.Е.Пелипас, 1999). Автор отмечает, что с одной стороны для наркозависимых характерна склонность к самоутверждению, подчинению себе других лиц, манипулированию окружающими, к инфантильным реакциям группирования с романтизованными формами общения, сочетающимися с переоценкой собственной личности, приукрашиванием, самолюбованием, псевдологией – то есть мотивацию поведения, в основном, психопатическую, близкую к стереотипам функционирования истеро-возбудимой аномальной личности. Однако, с другой стороны у них же прослеживается стремление к реабилитации и псевдокомпенсации путем формирований искусственной, суррогатной среды обитания, скрытое чувство вины со стремлением переложить ее на других, скрыть собственную слабость, спровоцировать появление зависимости (слабости) у других – то есть мотивы преимущественно

невротические, характерные для личностей, существующих в системе хронического конфликта, неразрешимого своими силами противоречия между социально-ориентированными и социально-деструктивными тенденциями.

Вышеописанная структура базисного (личностного) адаптационного дефицита, а также система координат, в рамках которой функционируют зависимые от психоактивных веществ: влечение к наркотикам, психопатизация личности и невротические переживания – и есть основные мишени для психо-социотерапевтического воздействия (В.Е.Пелипас, 1999; Ю.В.Валентик, 2000). Вышеописанный спектр психических нарушений (личностных проблем), является «точкой приложения» практически всего арсенала направлений и методов современной психотерапии (В.В.Макаров, 2002), которые с одной стороны, более или менее успешно компенсируют базисный адаптационный дефицит (вытесняя, таким образом, необходимость употребления психоактивного вещества в качестве ультрабыстрого адаптогена). С другой – помогают решать достаточно типичные, конкретные проблемы зависимых лиц (А.Н.Басов, 1998; Е.Симонова, 2001; В.Д.Менделевич, Е.А.Сахарова, 2001; А.М.Боршняков, 2002). В этом ряду следует отметить достаточно удачные разработки специальных психотерапевтических стратегий, наиболее полно учитывающих сложную динамику формирования зависимости от ПАВ и этапы «перерастания» индивида в другое качество (Ю.В.Валентик, 2000; В.Ю.Завьялов, 2002; А.Л.Катков, В.В.Титова, 2002; J.O.Prochaska, C.C.Dillemente, J.C.Norcross, 1992).

1.2.3. Групповая психотерапия в наркологии

Методом выбора в современной психотерапии и реабилитации лиц с зависимостью от ПАВ стала организация психотерапевтического воздействия в малых группах (Ю.В.Валентик, Н.А.Сирота, 2002). Настоящим переворотом в психотерапии, произошедшим в середине века, стало открытие терапевтических возможностей малых групп, прояснение характера терапевтических изменений, происходящих в рамках группового процесса и связанной с ним групповой динамики (К.Рудестам, 1990; О.В.Немиринский, 1993, И.Ялом, 2000, G.Corey, 2000). Групповая психотерапия асимилирует практически все общепризнаваемые направления психотерапии, являясь при этом наиболее экономичной и эффективной формой их реализации (Р.Блейк, 1991; А.Н.Подпорин, Е.А.Иванова, 1993, Э.Берн, 2000, А.С.Зобов, М.И.Козлова, 2002; Дж.Рутан, У.Стоун, 2002). При этом групповая психотерапия стремится к многофункциональности – решению не только терапевтических проблем пациентов, но и оказания им психологической помощи в быту (Д.С.Витакер, 2000), на производстве (Ю.В.Шаломайко, А.П.Федоров, 1991). Групповая психотерапия успешно используется в решении расовых,

политических, церковных проблем, эффективна при решении конфликтов поколений, проблем, возникающих в учебных заведениях (К.Роджерс, 1993). Технический ассортимент групповой психотерапии, разнообразие методологических подходов постоянно расширяются (Э.Г.Эйдемиллер, А.И.Вовк, 1992; Д.Киппер, 1993; Н.Г.Гаранян, А.Б.Холмогорова, 1996; А.Алексейчик, 1999; С.И.Заморев, 1999; Э.Берн, 2000; Р.Кочунас, 2000; К.Роджерс, 2002; R.Smaed, 1995; D.R.Atkinson, G.Morten, D.W.Sue, 1998; R.C.Berg, G.L.Landreth, K.A.Fall, 1998; E.E.Jacobs, R.L.Masson, R.I.Harvill, 1998; J.Donigian, D.Hulse-Killacky, 1999).

Групповая психотерапия на сегодняшний день является стержнем большинства лечебных и реабилитационных программ зависимых от ПАВ. В рамках данной формы реализуются психодраматические, экзистенциальные подходы, работа с семьей, копинг-тренинги (Ю.В.Валентик, Н.А.Сирота, 2002). В связи со всем сказанным в последние годы интенсивно разрабатываются вопросы специификации (особенностей) проведения групповой психотерапии в наркологической практике (Н.В.Негериш, 1999; Ю.В.Кубикова, 2000; Н.М.Лаврова, Р.О.Дедков, А.В.Мельников и др., 2000; Т.В.Пак, 2003, Н.И.Ходжаева, О.С.Мустафин, С.И.Джамхамбетов, У.Г.Абидова, 2003, E.S.Lisansky-Comberg, 1986). Исследуется возрастной аспект реализации данной формы работы с особым акцентом на контингент подростков – зависимых от ПАВ (А.З.Нургазина, 2001; Т.В.Пак, А.З.Нургазина, 2003; В.В.Титова, 2003). Обращается внимание на возможность многовариантной групповой психотерапии в работе с созависимыми (Е.Симонова, 2001; Л.И.Матвиенская, 2000; В.Москаленко, 2002).

1.2.4. Психотерапия зависимых от алкоголя

Ведущими документами последних лет, определяющими антиалкогольную политику в мире, подчеркивается необходимость обеспечения доступности эффективных служб лечения и реабилитации для лиц с алкогольной зависимостью (Европейская хартия по алкоголю; Декларация «Молодежь и алкоголь» - Стокгольм 21 февраля 2001).

Алкоголизм, в настоящее время рассматривается как болезнь, которую можно успешно лечить (Б.Т.Воронович, 2002). Психотерапия составляет важный, если не единственный компонент лечения алкоголизма (Л.Д.Мирошниченко, В.Е.Пелипас, 2001). Психотерапевтические методы, наиболее часто используемые при лечении алкоголизма, делятся на 3 группы: 1) методы манипулятивных стратегий; 2) методы, развивающие личность; 3) синтетические методы. К первой группе относят классический гипноз, эмоционально-стрессовую психотерапию по В.Е.Рожнову, эриксонианский гипноз, «кодирование» по А.Р.Довженко, а также различные варианты поведенческой психотерапии. Ко второй группе относят групповую и рациональную

психотерапию, ситуационно-психологические тренинги, когнитивную психотерапию, гештальт-терапию, экзистенциальный анализ, семейную психотерапию. К третьей группе – интегративную психотерапию, в частности, континциальную психотерапию алкоголизма (Ю.В.Валентик, 2000). Наиболее распространенным и развивающимся методом психотерапии алкогольной зависимости является стресс-психотерапия («кодирование»), разработанная А.Р.Довженко (А.Р.Довженко, А.Ф.Артемчук, З.Н.Болотова, 1988; Н.К.Лингарт, А.В.Голубурда, В.В.Иванов, 1991; М.Н.Малкин, 1992; В.И.Литвиненко, И.А.Мацицкий, Л.А.Котко, 1993, Г.М.Энтин, 1998; В.П.Гиндин, 2000; А.С.Лопатин-Брэмзен, 2001; А.Ф.Артемчук, 2003). Однако известны не только позитивные, но и негативные последствия психотерапевтических интервенций такого рода, вплоть до смертельного исхода при нарушении режима трезвости (Г.М.Энтин, 2001). Параллельно, отмечается интенсивное развитие других манипулятивных, и, особенно, развивающих методов психотерапии алкогольной зависимости - нейролингвистического программирования (С.А.Гребнев, 1998, А.Я.Дериев, 2001), эмоционально-стрессовой психотерапии (И.С.Павлов, 2001), позитивной психотерапии (И.В.Хомутникова), трансактного анализа (А.В.Меринов, 2002; А.В.Меринов, Д.И.Шустов, А.П.Ховрачев, 2002), когнитивно-поведенческой психотерапии (W.R.Miller, C.A.Taylor, J.C.West, 1980; T.P.S.Dei, P.R.Jackson, 1982; P.M.Monti et all., 1990; Project MATCH Research Group, 1997). Среди интегративных направлений психотерапии алкоголизма следует отметить интегрирующий клинический подход в рамках клинической психотерапии (М.Бурно, 2000), а также дианализ В.Ю.Завьялов (2002). Ряд авторов подчеркивают эффективность групповой психотерапии алкогольной зависимости (Б.М.Гузиков, А.А.Мейроян, 1988; Ю.В.Попов, 1992; J.R.De Luca, 1981). Разрабатывается эффективный синтез групповых, поведенческих, семейных, общинных форм психотерапии алкогольной зависимости (N.H.Azrin, 1982). Рядом исследователей указывается на необходимость индивидуального подбора психотерапевтической методологии в соответствии с проблемами больных алкоголизмом, с целью общего повышения эффективности терапевтического вмешательства (A.T.McLellan et. all., 1997). В данной связи интенсивно изучаются возможные психотерапевтические мишени алкогольной зависимости (А.Я.Гриненко, 1991; Е.Б.Клубова, 1991; Б.М.Гузиков, М.Голуб, В.М.Зобнев, 1992; В.М.Зобнев, М.Голуб, 1993; Д.Б.Сандерс, М.Грант, 1999; Ю.Л.Покровский, Ю.А.Арапиев, 2001; Ю.П. Сиволап, В.А.Савченков, В.В.Мирошниченко, С.В.Савельева, 2003).

1.2.5. Психотерапия зависимых от наркотиков и других ПАВ

Акцентируя внимание на объективных сложностях, возникающих при лечении наркотической

зависимости, исследователи указывают следующие эффективные психотерапевтические методы и подходы: аверсивная и суггестивно-аверсивная психотерапия; гипносуггестивная психотерапия; НЛП; когнитивно-поведенческие, психодинамические подходы; семейная (стратегическая, структурная, коммуникативная) психотерапия; гуманистические и духовно-ориентированные подходы, групповая психотерапия; интегративная (в частности, континуальная) психотерапия (И.В.Белокрылов, И.Д.Даренский, И.Н.Ровенских, 2002). В качестве наиболее эффективных форм индивидуальной психотерапии наркозависимых называются: рациональная психотерапия, проблемно-ориентированная психотерапия, психическая саморегуляция, тренинг асертивности, экзистенциальная психотерапия (Ю.В.Валентик, Н.А.Сирота, 2002). Есть указания на эффективность амбулаторных видов психотерапии, а не только стационарной (R.L.Hubbard, 1997). Большинство авторов отмечает необходимость комплексных психотерапевтических подходов в лечении наркозависимых (Ю.В.Валентик, Н.А.Сирота, 2002; Н.В.Белокрылов, И.Д.Даренский, И.Н.Ровенских, 2002, J.R.McKay, 1997). Те же направления и методы психотерапии используются при лечении наркозависимости у подростков (В.В.Титова, 2002). При этом основной упор делается на семейную психотерапию (А.Ю.Егоров, 2002). В общем поле психотерапевтических методов, используемых при лечении наркозависимых, активно развиваются и модифицируются классические методы и подходы: гипносуггестивные (Д.Н.Сакеллон, У.Х.Алимов, 2003); модифицированные методы «кодирования» (Г.И.Григорьев, С.А.Ершов, В.Ф.Зверев); модифицированная аверсивная психотерапия (В.С.Битенский, 1991); когнитивно-поведенческие подходы (G.E.Woody, 1984). А также, относительно новые психотерапевтические направления: копинг-психотерапия (В.М.Ялтонский, Н.А.Сирота, 1994); совместная семейная психотерапия (О.Ю.Ширяев, В.В.Газарян, 2000); интегративные психотерапевтические подходы (И.С.Павлов, С.В.Корень, 2000; А.Л.Катков, В.В.Титова, 2002).

Наибольшие сложности отмечаются при лечении пациентов с опийной (героиновой) зависимостью (J.D.Hawkins, R.F.Catalano, E.A.Wells, 1986). Сообщается об относительно успешном использовании когнитивно-поведенческих подходов при лечении героиновой зависимости (J.J.Platt, D.S.Metzger, 1987). Также эффективна мотивационная психотерапия, используемая в программах реабилитации пациентов с опийной зависимостью (W.Miller, S.Rollnick, 1991). При лечении данной группы пациентов применяется ароматотерапия (А.А.Ляшенко, Т.И.Невидимова, Ю.М.Лапшина, 2000), семейная (Н.В.Титelman, Т.В.Агибалова, 2000) и комплексная психотерапия (Л.В.Мазурова, А.И.Мандель, В.Я.Семке, Н.А.Бохан, Н.И.Глазырина, 2000).

Стационарная и амбулаторная психотерапия одинаково успешны при лечении кокаиновой зависимости (A.I.Alterman, 1994). При данной форме химической зависимости эффективны: метод общинной поддержки – сочетания групповой и социальной терапии (S.T.Higgins, 1994); когнитивно-поведенческие подходы (S.T.Higgins, 1995; K.M.Carroll, 1996; P.M.Monti, 1997; K.C.Kirby, 1998; P.M.Mande-Griffin, 1998). Об успешном сочетании когнитивно-поведенческих подходов с программой «12 шагов» при лечении зависимости от кокаина сообщает P.Christph (1999).

Об успешном применении мотивационной психотерапии при гашишизме сообщают R.S.Stephens, R.A.Roffman, E.E.Simpson (1994); R.S.Stephens, R.A.Roffman, L.Curtin (2000); J.Copeland (2001). Сообщается, также, об эффективности когнитивно-поведенческих подходов при данной форме зависимости (J.Copeland, 2001).

Особых психотерапевтических подходов требуют ВИЧ-инфицированные пациенты с наркотической зависимостью (Ю.Власова, А.Щербаков, 2001; С.М.Козлова, Н.В.Шахназарова, 2003).

Об эффективности применения краткосрочных и экспресс-методик психотерапии при никотиновой зависимости сообщают М.Ю.Исаев (1993); Г.М.Энтин (1998); А.С.Лопатин-Бремзен (2001); О.В.Горышева (2003).

1.3. Основные подходы к оценке эффективности психотерапии зависимых от ПАВ

Системное воздействие на комплекс медико-психологических и социально-психологических характеристик больных с зависимостью от ПАВ диктует необходимость разработки критериев эффективности психосоциальных методов терапии, в частности, психотерапии (H.Westmeyer, N.Hoffmann, 1977; D.K.Chalmers, J.Wallace, 1978). Между тем, психиатрическая наука и практика, являющаяся базисной дисциплиной для психотерапии на постсоветском пространстве, с ограниченными возможностями использования метода клинических оценок и склоняясь к уровней психопатологических проявлений не дает требуемого инструмента измерения эффективности психотерапевтических вмешательств (Б.А.Воскресенский, 1991; Ю.И.Полищук, 1991; М.Ф.Денисов, 1992; А.И.Скорик, И.Н.Никиташина, 1993). Проблема выглядит еще более сложной если принимать во внимание не только психопатологический, дисфункциональный полюс, степень редукции которого в процессе психотерапевтических интервенций выступает в качестве предмета для соответствующего измерения, но и полюс психического (психологического) здоровья (А.Л.Катков, 2000; А.Е.Созонтов, 2002; О.А.Голдобина, Я.В.Соколов, 2003; Ю.А.Россинский, 2003).

Настоящий этап развития психотерапии, оформляющий данную дисциплину в самостоятельное

научно-практическое направление (гуманитарную профессию) еще далек от своего завершения (Э.Вагнер, 1999; В.Дайтлер, У.Фелть, 1999; А.Прицц, Х.Тойфельхарт, 1999; В.В.Макаров, 2001). Данный этап характеризуется предельным разнообразием психотерапевтических концепций, направлений, методов, предполагающих множественные подходы и критерии определения эффективности психотерапии (Эволюция психотерапии, том I-IV, 1998; Д.К.Зейт, В.М.Мьюнион, 2000; М.Решетников, 2001). Объективизация некоторых из предлагаемых критериев эффективности психотерапии, таких, например, как соответствующее качество психотерапевтических отношений, вызывает сложности (W.B.Stiles, D.A.Shapiro, R.Elliott, 1986; D.E.Orlinsky, K.Grawe, B.K.Parks, 1994). Эти и другие, подобные критерии эффективности психотерапевтического процесса, поддаются исследованию в ходе процедуры супервизии терапевтических сессий, оформляемой в соответствие с требованиями определенных психотерапевтических школ и направлений (Г.В.Залевский, 2001; Э.Уильямс, 2001; Г.В.Залевский, 2002; П.Ховкинс, Р.Шохет, 2002). Однако результаты супервизии оценивают, прежде всего, профессиональные качества психотерапевта (М.Решетников, 2000; В.Криндач, Е.Соловьева, 2001). То есть, имеют отношение к исследованию процесса психотерапии, а не его успеха (D.J.Kiesler, 1977). В данной связи более перспективными представляются подходы, отслеживающие микро и марко результаты психотерапии (D.E.Orlinsky, K.L.Howard, 1986), динамику специфических и неспецифических для определенного расстройства признаков (D.Schulte, 1993), динамику параметров: 1) изменения самочувствия; 2) изменения симптомов; 3) изменения структуры личности (K.I.Howald, R.J.Lueger, M.S.Maling, Z.Martinovich, 1992).

С целью определения эффективности отдельных направлений и методов психотерапии в практике научных исследований используется процедура метаанализа (R.Kellner, 1975; L.Luborsky, B.Singer, L.Luborsky, 1975; A.P.Goldstein, N.Stein, 1976). Первые исследования, проводимые по данной методологии, показали примерно одинаковую эффективность различных психотерапевтических направлений и методов в лечении определенных групп пациентов (A.E.Bergin, M.I.Lambert, 1978; L.E.Bentler, 1979; S.Rachman, G.T.Wilson, 1980; D.A.Shapiro, D.Shapiro, 1982; R.A.Nicholson, J.S.Berman, 1983). Более поздние исследования, проводимые по усложненной методологии, выявили более высокие показатели эффективности отдельных терапевтических направлений и методов в отношении определенного круга состояний, требующих психотерапевтической коррекции (H.M.Bachrach, R.Galatzer-levy, A.Skolnikoff, S.J.Waldron, 1991; K.Grawe, R.Donati, F.Bernauer, 1994; L.Greenberg, L.Elliott,

G.Lietaer, 1994). В целях определения эффективности какого-либо конкретного психотерапевтического процесса, используются критерии, удовлетворяющие следующим условиям: а) достаточно полно характеризуют наступившие изменения в клинической картине и адаптации пациента с учетом трех плоскостей рассмотрения терапевтической диагностики: соматической, психологической, социальной; б) они должны не только позволять производить оценку с точки зрения объективного наблюдения, но и включать субъективную оценку с позиции самого пациента; в) эти критерии должны быть достаточно независимы друг от друга (Б.Д.Карвасарский, 2000).

Используемые в период 1942-1977 г.г. критерии эффективности психотерапии и реадаптации в наркологической практике были несовершенными (L.C.Sobell, M.B.Sobell, 1982). В настоящее время проблема методологии исследования эффективности психотерапии при лечении зависимости интенсивно разрабатывается (В.М.Гузиков, А.А.Мейроян, 1988; В.В.Титова, 2002; А.Ю.Толстикова, 2003). При этом основной акцент делается на отслеживание различных параметров ремиссии у зависимых лиц (В.С.Битенский, 1991; О.Ф.Ерышев, Л.А.Дубинина, 1992). Внимание исследователей привлекают возможности оценки параметров качества жизни пациентов (В.Я.Семке, 2000; Г.В.Залевский, О.Н.Логунцова, В.А.Непомнящая, 2002). Данные технологии с успехом используются в общепсихиатрической практике (Т.А.Солохина, А.С.Шевченко, Ю.В.Сейку и др., 1998; В.Е.Голимбет, Н.И.Воскресенская, Г.Л.Ляшенко и др., 1999; Т.Н.Дмитриева, И.В.Дмитриева, Е.Н.Каткова, И.К.Барсукова, 1999; А.Б.Шмуклер, Л.В.Лосев и др., 1999; С.А.Громов, В.А.Михайлов и др., 2002). А в последние годы и в наркологии (Е.М.Крупицкий, А.М.Бураков и др., 2000; А.Г.Соловьев, П.И.Сидоров, И.А.Кирпич, 2000).

Основная проблема определения эффективности собственно психотерапевтических интервенций, имеющих место при наркологической или какой-либо другой патологии, заключается в необходимости дееспособной унификации (интеграции) всех возможных параметров оценок, предусматривающих, в первую очередь, 1) таксономию проблем или психологических расстройств пациента; 2) таксономию личности пациента; 3) таксономию психотерапевтических техник; 4) таксономию терапевтов; 5) таксономию обстоятельств (C.Patterson, 1987 цит. по R.J.Corsini, 1989).

1.4. Перспективы использования психотерапевтических подходов в наркологической превенции

В исследованиях последних лет указывается на кризисные условия, способствующие актуализации поискового поведения и развитию идиоматической аномии у значительной части социума в

стримительно развивающиеся в мире (Х.Пезешкиан, 2001) и на постсоветском пространстве (Ю.Т.Джангильдин, 2000). Следствием этого является все более увеличивающаяся распространенность саморазрушающих видов поведения, в первую очередь, потребления психоактивных веществ (Е.А.Кошкина, 2002). Формируются молодежные субкультуры, прямо способствующие росту наркотизации среди восходящего поколения (С.Г.Косарецкий, С.В.Косарецкая, 2002; М.В.Сорокин, 2002). Неполные деформированные семьи (Е.Е.Ромицина, 1992; Н.В.Вострокнутов, 2002) вносят свой «вклад» в формирование специфической психогенетической модели личности зависимых от ПАВ (Ю.В.Валентик, 2003), аддиктивного поведения лиц, входящих в группу риска по данному профилю (Ц.П.Короленко, 1991).

В данной связи в обществе формируются противодействующие механизмы, развиваются технологии и структуры, обеспечивающие развитие психического здоровья (В.В.Соложенкин, 2000). Разрабатываются краткосрочные формы и методы психотерапии, имеющие перспективу широкомасштабного внедрения в институализированные развивающие практики (З.Т.Морено, 1993; В.Н.Раскин, 1998; Т.В.Дмитриева, 1999; А.М.Ялов, 1999; В.Г.Ромек, 2000; М.Н.Гордеев, 2001; Х.Пезешкиан, 2001; С.И.Быков, Д.Н.Давидович, 2002; М.Гинзбург, 2002). Развивается гендерная психотерапия (Л.Г.Михайлова, 2000; Г.А.Макарова, 2000). В последние годы все большее распространение получают духовные психотерапевтические практики (А.Ф.Бондаренко, 1996; М.Хиири, 1999; В.А.Ильин, 2000; Ф.Василюк, 2002; М.К.Сарбасов, К.Ш.Барболова, Я.М.Туреханов, 2003). Обсуждается возможность более эффективного использования интегративных направлений психотерапии с целью лечения и профилактики психических дисфункций (Н.М.Лаврова, А.В.Мельников и др., 1999; А.Л.Катков, 2000; Базовый семинар по мультимодальной психотерапии, 2003). Некоторые, вновь возникающие направления и методы психотерапии прямо ориентированы на использование данных технологий в педагогической и воспитательной практике (И.Г.Трифонова, 2000; Е.С.Мазур, 2001). Особенно интенсивно развиваются психотерапевтические подходы, связанные с успешной коррекцией дисгармонического развития личности, девиантного поведения у подростков (С.А.Кулаков, 1995; И.В.Боев, О.А.Ахвердова, 1999; И.Герасимова, Н.Чернавцева, 2002; Р.И.Захаров, 2002; Ю.Кочунене, 2002; А.Локтионова, 2002; В.Оклендер, 2002). Среди последних, в отношении перспектив использования в системе образования, необходимо отметить копинг-терапию (копинг-тренинги), разрабатываемую Ю.А.Вторушиной (2001); Н.А.Сиротой, В.М.Ялтонским (2001) и другими авторами (А.С.Аведисова, Л.С.Канаева, Д.Ф.Ибрагимов,

2002). Многие психотерапевтические проекты уже находят реализацию в системе образования и воспитания. Об успешности подобной практики сообщают И.В.Боев, Э.М.Козлова (1999); А.Н.Кузнецов (1999); А.З.Нургазина, С.К.Букаева и др. (2003); А.З.Нургазина, А.М.Идрисова, Т.В.Пак и др. (2003). Отдельные фрагменты или целостные психотерапевтические проекты дополняют основную программу обучения в младших и старших классах школы (В.А.Петченко, 2000; В.Слот, Х.Спанярд, 2000; И.К.Шац, 2003).

Психотерапевтические технологии успешно используются в построении информационных программ, способствующих эффективной профилактики распространения зависимости от ПАВ среди детей, подростков, молодежи (Л.С.Ионова, Р.С.Островская, 2002; А.Н.Кудров, 2003; П.И.Сидоров, 2003; С.В.Тетерский, 2003). Наряду с этим разрабатывается метамодель социальной психотерапии, эффективно профилактирующей распространение зависимости от ПАВ и других социальных эпидемий (А.Л.Катков, 2000-2002).

Активизации дальнейшей интеграции психотерапии с другими развивающими практиками (что, собственно, и является широкомасштабной реализацией социальной психотерапевтической модели) способствует адекватная разработка нормативных вопросов развития профессиональной психотерапии (Ю.Кузнецов, 2000; В.В.Макаров, А.Л.Катков, 2000; В.П.Криндач, Е.А.Соловьева, 2000; А.Ш.Тхостов, 2001; А.Л.Катков, 2001; Е.Орлова, 2001; Е.Михайлова, 2001; А.Холмагорова, 2001). Успешность законотворческих и других нормативных акций

неотделима от процессов «живого» развития психотерапевтической науки и практики, которые являются основой для развития психотерапии эффективно способствующей профилактике, лечению, реабилитации зависимых от ПАВ (В.В.Макаров, А.Л.Катков, 2000; А.М.Хачатурян, 2000; В.Макаров, 2001; В.В.Макаров, И.О.Кириллов, И.К.Чобану, 2002; В.В.Макаров, 2002).

Ключевыми проблемами, решение которых значительно ускорит процесс развития психотерапевтической науки и практики (в частности, повысит эффективность использования психотерапевтических технологий в целях профилактики, лечения и реабилитации зависимых от ПАВ) являются следующие:

- разработка адекватного принципа интеграции психотерапии в единую гуманитарную специальность;
- разработка концептуального поля для адекватной унификации (стандартизации) основных теоретических и практических блоков специальности;
- разработка конвенциональных критериев определения эффективности психотерапевтического процесса;
- разработка базисных принципов интеграции психотерапии с другими развивающими практиками.

В прикладном аспекте, касающемся психотерапии зависимых от ПАВ, необходимы дальнейшие поиски эффективных стратегий и методов освобождения пациентов от патологического влечения к ПАВ, идентификации основных психотерапевтических мишеней, способов психотерапевтической работы с ними, способствующих значительному повышению качества и длительности ремиссий у зависимых от ПАВ.

НОВЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Т.В.Пак

г. Павлодар

Введение

Наркомания порождает серьезные социальные проблемы, которые затрагивают все стороны жизни общества и дорого ему обходятся.

За последние несколько лет наука шагнула далеко вперед, однако мы все еще не можем полностью объяснить те физиологические и психологические процессы, которые превращают свободно контролируемое добровольное «употребление» психоактивных веществ (ПАВ) в неподконтрольную бессознательную «зависимость» от этих веществ, и лекарство от нее до сих пор не найдено.

Полученные научные данные ясно свидетельствуют о том, что:

- просвещение не излечивает от наркозависимости, поскольку это не просто проблема отсутствия знаний;
- важными стимулами, побуждающими к лечению от злоупотребления наркотиками, являются последствия их употребления (например, похмелье, потеря работы, арест и т.д.);
- очень немногим наркоманам может пойти на пользу только воспитательно-исправительный подход. Во всех случаях вмешательства в той или иной

форме системы уголовного правосудия рецидив составляет свыше 70 процентов;

• при зависимости необходимо не только стабилизировать организм и вывести из него наркотики. Процент рецидива после дезинтоксикации приблизительно такой же, как и после изоляции в местах лишения свободы.

Исходя из вышесказанного, психотерапия обоснованно считается одним из основных методов лечения наркозависимых в программах медико-социальной реабилитации (МСР) [3, 4, 5, 8, 13]. Предлагаемая модель МСР отличается от традиционных практик своей центральной задачей – развитие индивидуального и социального феномена антинаркотической устойчивости.

Развитие личностных свойств антинаркотической устойчивости являлось основным принципом интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии наркозависимых [13], через прямое или косвенное обращение к инстанциям, генерирующим огромные пластические и энергетические ресурсы. Это уровень души и духа [12]. Если только этот уровень не вытесняется из профессионального поля психотерапии и, соответственно, программ МСР наркозависимых.

Материалы и методы

В Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) разработан новый подход к лечению больных наркоманией – интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия.

Для оценки ее эффективности в 2001-2003 г.г. проведено рандомизированное исследование, в рамках которого в исследуемую группу вошли 106, а в контрольную (где эта модальность не применялась) – 87 пациентов, зависимых от опиоидов, проходивших стационарное лечение.

Социально-демографические и клинические характеристики пациентов в 1-й, исследуемой и во 2-й, контрольной группах были адекватно сопоставимы. Как в исследуемой, так и в контрольной группе большинство пациентов были в возрасте от 23 до 33 лет (соответственно 66,5% и 57,8%). Длительность заболевания в большинстве случаев была 4-7 лет (соответственно 72,7% и 71,2%).

Предметом исследования были личностные свойства антинаркотической устойчивости больных наркоманией.

Материалами исследования являлись данные «Многоуровневого исследования проблем наркозависимости в Республике Казахстан 2001 г.», медицинская документация, истории болезни, амбулаторные карты, «Базисная Исследовательская Карта», разработанная в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркоманий. Все собранные и формализованные, таким образом, сведения были занесены в единую

компьютерную базу данных и подвергнуты статистико-математическому анализу.

Статистический анализ был осуществлен с помощью метода математической статистики на программе AG Start. Exe «Инженер – LTD».

Основными методами исследования были выбраны: клинико-психопатологический, клинико-терапевтический, клинико-психологический, катамнестическое наблюдение, математико-статистический.

С участниками основной исследуемой группы проводилась интегративно-развивающая, двухуровневая групповая психотерапия, а с пациентами из контрольной группы – дискуссионная недирективная групповая психотерапия, в остальном дневной режим и график работы пациентов в программе МСР адекватно сопоставим.

Курс психотерапевтических сессий в исследуемой группе продолжался в течение 2-х месяцев, каждое занятие не менее 2,5-3 часов. Занятия проводились ежедневно, в том числе – в субботние дни, в заранее точно определенное время. График работы отделения не позволял пациентам выключаться из процесса психотерапии. Группы формировались на основе добровольного желания пациентов участвовать в психотерапевтической работе. Противопоказанием для включения пациентов в группы было:

- а) наличие актуализации патологического соматического статуса [2] (период проявлений абстинентного синдрома);
- б) проявление патологического влечения к ПАВ;
- в) наличие декомпенсации психического состояния (психопатии истеро-возбудимого или эпилептоидного типа);
- г) выраженное интеллектуальное снижение (на уровне средней степени дебильности и глубже);
- д) период медикаментозной коррекции (нейролептики, транквилизаторы);
- е) активный отказ от участия в групповой психотерапии.

В одну психотерапевтическую группу входило 10–12 человек. Группы были открытыми. Пациенты входили в групповой психотерапевтический процесс по мере поступления в отделение психотерапии и реабилитации, что сопровождалось проведением ритуала «принятие в семью». Обязательным условием включения пациентов в психотерапевтическую группу было наличие позитивно функционирующего ядра. Это обеспечивало более быструю динамику продвижения в психотерапевтическом процессе вновь поступивших пациентов до уровня группы или позитивного ядра.

Интегративно-развивающая, двухуровневая групповая психотерапия проводилась со второго этапа МСР [1, 2], после дезактуализации патологического соматического статуса. Мишенью являлся патологический личностный статус, социальный статус зависимого, патологическое вление к ПАВ [2], целью – формирование и развитие психологических

свойств антинаркотической устойчивости в групповом процессе.

Терапевт придерживался динамического стиля руководства. В начале второго этапа МСР в период манипулятивной групповой психотерапии была активность и инициатива терапевта в определении целей и задач группы. Определялась директивная тактика психотерапевта в ведении группового процесса, в межличностных взаимодействиях, в установлении условий безопасности, в соблюдении правил и возложении ответственности за их несоблюдение. Затем наблюдался дальнейший переход от манипулятивной групповой психотерапии к развивающей. В течение второго и третьего этапа МСР (как правило, начиная с рабочей фазы групповой динамики) проявлялась активность и инициатива членов группы или позитивной подгруппы в отношении целей, задач и норм группы, апробации новых способов взаимодействия, направленных на решение актуальных проблем. Позиция психотерапевта – снижение активности, а затем минимальная активность и недирективность, партнерство, поддержка и помочь в раскрытии и решении актуализированных проблемных тем.

Первая фаза групповой динамики – установление особого контакта с нормативным личностным статусом пациента с помощью такого профессионального качества, свойства, как привлекательная целостность личности психотерапевта. Механизм идентификации с личностью психотерапевта стимулировал и актуализировал нормативный личный статус пациента. Вышеописанные механизмы приводили к развитию всего феноменологического поля пространства психотерапии [12], поддерживаемого системой синергетических, терапевтических отношений в сообществе.

Первая фаза включала определение и кристаллизацию целей и задач группы, что позволяло структурировать групповой психотерапевтический процесс, спланировать и создать интегративные проекты психотерапии (сценарии с несколькими главными действующими лицами), технические действия которых были реализованы в течение нескольких сессий. Главной целью работы группы определялось достижение освобождения от наркотической зависимости.

В эту фазу группа работала с прошлым опытом, продвигаясь назад до периода кризиса развития личности каждого из участников, по темам «моя вина», «кредиты и долги», «внутренняя пустота», что приводило к активизации внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностного статуса [7, 8]. Кульминация внутриличностного конфликта определяла следующую фазу групповой динамики – фазу конфронтации между двумя основными регуляторными системами (субличностями) - «Я – наркоман» и «Я – нормативная субличность», которые сосуществовали, поочередно

доминировали, имели свой набор ценностей, смыслов, установок. Эта фаза групповой работы включала процесс растождествления патологического и нормативного статусов пациента [8, 9]. Терапия строилась так, чтобы дезактуализировать проявления патологического статуса «Я – наркоман» и зафиксировать пациентов в актуальном нормативном личностном статусе.

Терапевтический случай из практического опыта:

Пациент (употребляет героин 8 лет) рассказал, как ночью шел за очередной дозой героина, случайно оказался свидетелем наезда машины на человека, который в бессознательном состоянии остался лежать на проезжей части улицы. Машина скрылась, не остановившись. Пациент донес человека до ближнего дома, разбудил людей, проживающих в этом доме на первом этаже, убедил их открыть дверь ночью незнакомым мужчинам, вызвать скорую помощь и до приезда врачей оставил сбитого машиной человека у них в квартире. В эту ночь приобрести наркотик так и не удалось. Но вместо злости и досады было чувство удовлетворения собой, своими действиями. Данний случай навел пациента на размышления о человеческом доверии, доброте, желании помочь нуждающемуся. Это и было использовано в новом способе добычи средств на приобретение наркотика: каждую пятницу (священный день у мусульман) он у мечети расставлял людей для сбора садака (пожертвований).

После «исповеди» пациента на групповой сессии, растождествление патологического «Я – наркоман» и нормативного «Я – человек» статусов произошло через метафорическое осознание – чудовище превращается в принца, лягушка в царевну премудрую под действием сил добра и волшебства (доступ к суперрессурсу). Фиксация пациента в актуальном нормативном личностном статусе была проведена техникой «якорения» - одевание на шею тумара (мусульманского талисмана) с позитивным подкреплением развивающего поведения.

В фазе конфронтации интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия была направлена на работу с редукцией патологического личностного статуса, подавлением и контролем наркотического влечения к психоактивным веществам. На групповой сессии пациенты разбирали варианты патологического влечения к ПАВ как центрального, так и периферического запуска на трех уровнях: эмоциональном, когнитивном и поведенческом с определением статусной принадлежности (кто хочет употребить наркотик?). Отслеживая наличие признаков патологического влечения к ПАВ у себя через осознание (самоконтроль, самодисциплина, честность и искренность с самим собой), пациенты обучались способам и приемам эффективного противостояния и подавления патологического влечения к ПАВ в различных жизненных ситуациях.

Следующая центральная рабочая фаза динамики интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии наркозависимых включала фиксацию, укоренение нормативного личностного статуса и форсированное развитие новых личностных свойств антинаркотической устойчивости за счет эксплуатации феноменов разлитого группового транса и гиперпластики.

В рабочей фазе достигались специфические для зависимых цели групповой интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии:

а) «прописка» личности в бессознательном по К.Витакеру;

б) доступ к глубинным ресурсам (суперресурсу);

в) конструктивное взаимодействие с социальным;

г) поиск и/или обретение смысла в жизни.

Практически использовался весь методологический арсенал психотерапии, смешанные техники с опорой на очевидности и эксплуатацией феноменов разлитого транса. Прорабатывались техники «Кто Я?», «Чего Я хочу здесь и теперь?», «Мой выбор?», «Мое предназначение?» и т.д.

При достаточной степени зрелости группы или позитивного ядра ведущими терапевтических сессий были сами пациенты по установленной ими определенной очередности. Они определяли актуальные проблемные темы групповой работы, проводили конструктивную конфронтацию со вновь поступившими пациентами на темы «Мои победы и поражения», «Реальные шаги в программе MCP», «Моя лень и ее преодоление», «Я наркоман» и т.д. Эффективность данной техники определялась элементами волонтерской практики в групповом психотерапевтическом процессе.

Параллельно проводилась индивидуальная интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия со вновь поступившими пациентами с использованием группы как группового психотерапевта или фона, с применением специальных психодраматических техник с акцентом на гештальт-подходы.

В рабочей фазе пациенты завершали закрепление в позиции нормативного личностного статуса, справлялись с обострением патологического влечения к наркотику, подходили к пониманию отношений созависимости в семье и ближайшем окружении, продолжали «укоренение» личности в бессознательном (по К.Витакеру), расширяли доступ к суперресурсу, продолжали поиск собственного смысла в жизни. Эффективность психотерапевтического процесса обеспечивалась за счет максимального вовлечения универсальных механизмов глубинного уровня психотерапии [13, 14], постоянного развития общего контекста терапевтических отношений в ходе прохождения программы MCP.

Важным моментом являлось техническое обеспечение «укоренения» Я в бессознательном (по К.Витакеру). Метафорическое осознание и

захватированность в полюсе бессознательного технически обеспечивалась ритуалом вхождения в состояние разлитого транса в мифе пациента с протяжкой на будущее, с пониманием всей ценности и бережного отношения к обретенному.

Следующая фаза групповой динамики – завершающая четко не наблюдалась в открытой группе. При достаточной степени зрелости группы или позитивного ядра продолжалась рабочая фаза. Пациенты, прошедшие программу MCP, завершали свою работу, а вновь поступившие входили в групповой процесс, при соблюдении принципа преемственности, сохранялась позитивная динамика и эффективность группового процесса в открытой группе.

С пациентами, успешно прошедшими программу MCP, перед выпиской из центра проводилась техника «горячий стул». Пациент говорил о своих достигнутых результатах, личностных изменениях – качественно ином уровне нормативного «Я», приобретенных знаниях, умениях, навыках. Им были спланированы и оглашены конкретные ближайшие и отдаленные цели, пути их достижения. Обратная связь участников группы отражала подведение итогов пройденного «пути» пациентом в программе MCP, определяла направления, по которым необходимо продолжить работу, затем пациенту собирался «чемодан» (необходимый багаж из того, что имею сам), чтобы пройти свой собственный путь. Данная техника проводилась в атмосфере искренности, взаимопонимания и доброжелательности.

Таким образом, пациенты практически постоянно получали реальные дивиденды в виде изменения самочувствия, самоощущения, самоосознания. Они были живыми свидетелями процесса «передвижения гор» - впечатляющего и увлекательного действия, являющегося альтернативой выбору наркотика. И тогда пациенты, успешно прошедшие программу MCP, приходили к тому, что вот это ощущение новизны и сущности происходящего и есть ощущение подлинной жизни человека, принявшего твердое решение пройти свой собственный путь. На этом фоне и происходило освобождение от наркотической зависимости.

Для достижения глубинного постоянного уровня психотерапевтического процесса пациенты самостоятельно продолжали работу над актуальными проблемными темами после групповых сессий, находили несколько вариантов решений проблем, помогали друг другу в реализации конкретных действий и только после этого, по мере необходимости, выносили нерешенную проблему на группу. Пациенты вели дневники, выполняли индивидуальные задания, данные психотерапевтом или старшим (по прохождению программы MCP) товарищем, участвовали в создании терапевтического сообщества в отделении, открыто делились приобретенными знаниями, умениями, навыками с другими пациентами.

Результаты и обсуждение

Измерения достигнутого результата в исследуемой и контрольной группе проводились с помощью схем субъективной и объективной оценок степени развития свойств антинаркотической устойчивости. Схема субъективной оценки состояла из 8-и подшкал, по 6 суждений в каждой от индикатора а) до индикатора е); параметры схемы объективной оценки измерялись по 5-и балльной шкале.

В исследуемой и контрольной группе данные положительной сравнительной динамики продвижения по основным параметрам от индикатора а) к индикатору е) в шкале субъективных оценок приведены в таблице 1.

В исследуемой и контрольной группе данные положительной сравнительной динамики продвижения по основным параметрам от 1 до 5 баллов в шкале объективных оценок приведены в таблице 2.

Сравнительная оценка эффективности психотерапевтической коммуникации в исследуемой и контрольной группах определялась по уровню выраженности объективных и субъективных признаков вхождения в феноменологическое поле психотерапевтического пространства. Данные приведены в таблицах 3, 4.

Литература:

1. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Мусинов С.Р. *Стратегия медико-социальной реабилитации больных наркоманией.* - Павлодар, 2002
2. Алтынбеков С.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Программа медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Республике Казахстан.* -Павлодар, 2002
3. Альтшулер В.Б. *Хронический алкоголизм и патологическое влечение к алкоголю:* Автореф. дис. докт. мед. наук. - М., 1985
4. Батищев В.В., Негерии Н.В. *Миннесотская модель лечения больных зависимостью от психоактивных веществ.* – М.: Ж. Вопросы наркологии. – 1999. № 3
5. Батищев В.В., Негерии Н.В. *Основные принципы построения программы терапии зависимостей.* – М.: Ж. Алкогольная болезнь. – 1999, № 2
6. Берн Э. *Групповая психотерапия.* Москва, 2001
7. Валентик Ю.В. *Континуальная психотерапия больных алкоголизмом:* Дис. докт. мед. наук: - М., 1993
8. Валентик Ю.В., *Современные методы психотерапии больных алкоголизмом.* // Лекции по клинической наркологии (под редакцией Н.Н. Иванца) – М.: РБФ «НАН». – 1995
9. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. *Теория и практика медико-социальной работы в наркологии.* М.: РБФ «НАН». – 1997
10. Гузиков Б.М., Ерышев О.Ф. // Сб.: *Психологические исследования и психотерапия в наркологии.* – Л., 1989
11. Гузиков Б.М., Зобнев В.М. // Сб.: *Интегративные аспекты современной психотерапии.* – СПб. – 1992
12. *Инвестиции в лечение наркомании: документ для обсуждения на уровне лиц, ответственных за разработку политики. Программа ООН по международному контролю над наркотиками Вена.* ООН, Нью-Йорк, 2003
13. Катков А.Л. *Манифесты развивающей психотерапии* // *Московский психотерапевтический журнал,* 2001, № 3. - С. 49 – 79
14. Катков А.Л., Титова В.В. *Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых.* - Павлодар, 2002
15. Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Новые подходы в лечении и реабилитации наркозависимых.* - Павлодар, 2002
16. Катков А.Л., Россинский Ю.А. *Комплексное исследование качества социального психического здоровья.* - Павлодар, 2002
17. Катков А.Л. *Функциональная концепция психического в контексте интегративно-развивающей психотерапии.* - Павлодар, 2003
18. Кочюнас Р. *Психотерапевтические группы: теория и практика.* - Москва, 2000

С целью изучения сравнительной эффективности разработанной модальности интегративно-развивающей, двухуровневой групповой психотерапии проведено катамнестическое обследование пациентов исследуемой и контрольной групп. Выявлено, что через год после окончания стационарного лечения в исследуемой группе у 39 пациентов (36,8%), а в контрольной у 4 (4,6%) наблюдалась ремиссия от 6 до 12 месяцев. При этом большинство пациентов исследуемой группы, которые находились в ремиссии, отмечали новый уровень качества жизни: удовлетворение от жизни, психологический комфорт, позитивную социальную динамику.

Таким образом, у терапевтической стратегии, ориентированной на принцип развивающего режима, появились новые характеристики: предельная интенсивность, насыщенность, мультимодальность, интерактивность. Интегративно-развивающая, двухуровневая модель психотерапии и глубинное погружение в терапевтический процесс позволили одновременно работать в пространстве различных личностных статусов, развить новые способности личности, позволившие решить ранее неудовлетворенные потребности на качественно новом уровне.

Таблица 1

Сравнительная схема субъективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
	1 - сред. знач.	1 - довер. интервал ср.	2 - сред. знач.	2 - довер. интервал ср.	
Я точно знаю , кто я такой и чего хочу в жизни: трудно ответить(2)	0%	0<->20.6%	35.655%	30.7 % <->40.609%	<0.01
Я точно знаю , кто я такой и чего хочу в жизни: развился, но не до конца (5)	29.412%	9.482 <-> 55.447%	10.864%	7.645% <-> 14.083%	<0.01
Я точно знаю , кто я такой и чего хочу в жизни: однозначно есть (6)	35.294%	10.722 % <-> 59.866%	13.092%	9.603 % <-> 16.581%	<0.01
Я точно знаю , что нужно делать для исполнения своих желаний, планов: трудно ответить (2)	0%	0<->20.6%	36.07%	30.973 % <-> 41.167%	<0.01
Я точно знаю , что нужно делать для исполнения своих желаний, планов: развился, но не до конца (5)	35.294%	10.722 % <-> 59.866%	14.663%	10.908 % <-> 18.417%	<0.01
Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: трудно ответить (2)	6.667%	0<->32.333%	31.935%	26.745 % <-> 37.126%	<0.05
Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: развился, но не до конца (5)	26.667%	7.333 <-> 55%	7.419%	4.502 % <-> 10.337%	<0.05
Я сам отвечаю за то, что происходит со мною в жизни: однозначно есть (6)	46.667%	19.036 % <-> 74.297%	19.032%	14.662 % <-> 23.402%	<0.01
У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: трудно ответить (2)	0%	0<->20.6%	25.414%	20.929 % <-> 29.899%	<0.05
У меня есть внутренние силы и возможности для того, чтобы добиться поставленных целей: однозначно есть (6)	47.059%	21.395 % <-> 72.723%	15.193%	11.496 % <-> 18.891%	<0.01
Я умею делать свой выбор и держаться избранного, не смотря ни на что: однозначно есть (6)	58.824%	33.518 % <-> 84.129%	12.921%	9.437 % <-> 16.406%	<0.01
Я хорошо знаю обо всех проблемах связанных с употреблением наркотиков, других психоактивных веществ: однозначно есть (6)	64.706%	40.134 % <-> 89.278%	28.492%	23.816 % <-> 33.167%	<0.01
Я хорошо понимаю , что употребление наркотиков и других психоактивных веществ помешает реализации моих жизненных планов: трудно ответить (2)	0%	0<->20.6%	21.727%	17.461 % <-> 25.993%	<0.05
Я хорошо понимаю , что употребление наркотиков и других психоактивных веществ помешает реализации моих жизненных планов: однозначно есть (6)	76.471%	48.682 <-> 93.435%	29.805%	25.073 % <-> 34.537%	<0.01
Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что: трудно ответить (2)	5.882%	0.235 <-> 29.306%	33.531%	28.491 % <-> 38.572%	<0.05
Я сделал(а) свой выбор в отношении возможностей употребления наркотиков. И для себя я исключаю такую возможность, не смотря ни на что: однозначно есть (6)	64.706%	40.134 % <-> 89.278%	19.881%	15.62 % <-> 24.142%	<0.01

Таблица 2

Сравнительная схема объективной оценки степени развития свойств антинаркотической устойчивости

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
	Наименование	1 - сред. знач.	1 - довер. интервал ср.	2 - сред. знач.	
Полноценное завершение личностной идентификации: слабо выражен (1)	6.667%	0<->32.333%	40.252%	32.562%<->47.941%	<0.05
Полноценное завершение личностной идентификации: выражен резко (3)	13.333%	1.333<->41%	1.258%	0.678<->4.875%	<0.05
Степень сформированности навыков ответственного выбора: слабо выражен (1)	13.333%	1.333<->41%	50%	42.29%<->57.71%	<0.01
Степень сформированности навыков ответственного выбора: выражен резко (3)	13.333%	1.333<->41%	0.61%	0.331<->3.948%	<0.05
Степень сформированности внутреннего локуса контроля: слабо выражен (1)	6.667%	0<->32.333%	43.506%	35.586%<->51.427%	<0.01
Степень сформированности внутреннего локуса контроля: выражен резко (3)	20%	4<->49%	1.299%	0.696<->5.005%	<0.01
Наличие позитивного жизненного сценария: слабо выражен (1)	6.667%	0<->32.333%	38.065%	30.336%<->45.793%	<0.05
Наличие позитивного жизненного сценария: выражен резко (3)	20%	4<->49%	2.581%	1.385<->6.69%	<0.05
Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления: слабо выражен (1)	0%	0<->23%	25%	18.029%<->31.971%	<0.05
Наличие адекватной информированности о вреде наркопотребления: выражен резко (3)	66.667%	40.559%<->92.775%	24.342%	17.433%<->31.251%	<0.01

Таблица 3

Сравнительная схема субъективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
	Название	1 - сред. знач.	1 - довер. интервал ср.	2 - сред. знач.	
Отмечали ли Вы: ощущение покоя и безопасности в последующей работе с психотерапевтом?: затрудняюсь с ответом (3)	0%	0<>23%	21.254%	16.521%<>25.988%	<0.05
Отмечали ли Вы: изменение восприятия времени (например, ускоренное, замедленное течение времени, или то и другое одновременно) во время последующей работы с психотерапевтом?: да (1)	86.667%	57.333<>97.333%	49.281%	43.404%<>55.158%	<0.01
Отмечали ли Вы: появление не совсем обычных телесных ощущений (например, легкости, тяжести, жара, холода, покалывания, "мурашек" и т.д.) в последующей работе с психотерапевтом?: затрудняюсь с ответом (3)	0%	0<>23%	25.532%	20.443%<>30.621%	<0.05
Отмечали ли Вы: появление ощущения собственной измененности (изменения своего "Я") в последующей работе спсихотерапевтом?: да (1)	66.667%	40.559%<>92.775%	39.929%	34.223%<>45.635%	<0.01
Отмечали ли Вы: изменение отношения к проблеме, по поводу которой Вы обратились к психотерапевту в продолжение первого психотерапевтического сеанса?: нет (2)	53.333%	25.703%<>80.964%	24.555%	19.523%<>29.588%	<0.01
Отмечали ли Вы: появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?: да (1)	85.714%	54.686<>97.543%	51.418%	45.585%<>57.252%	<0.05
Отмечали ли Вы: появление перспективы решения Вашей основной проблемы в последующей работе с психотерапевтом?: нет (2)	0%	0<>24.4%	22.34%	17.479%<>27.202%	<0.05

Таблица 4

Сравнительная схема объективных признаков вовлечения глубинного уровня психотерапевтической коммуникации

Результаты статистического анализа	Исследуемая группа		Контрольная группа		P
	Наименование	1 - сред. знач.	1 - довер. интервал ср.	2 - сред. знач.	
Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): отсутствуют (1)	0%	0<->28.6%	41.221%	32.67%<->49.773%	<0.01
Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): средняя степень выраженности (3)	45.455%	15.927<->77.964%	16.031%	9.656%<->22.405%	<0.05
Аналогии в моторике (позе, жестах, движениях головы, глаз): значительная степень выраженности (4)	18.182%	1.964<->53.218%	0.763%	0.397<->4.624%	<0.05
Аналогии в мимических реакциях: средняя степень выраженности (3)	63.636%	29.545<->88.309%	12.214%	6.525%<->17.903%	<0.01
Присоединение по тембру и интонациям речи: средняя степень выраженности (3)	72.727%	37.636<->94.545%	15.038%	8.869%<->21.206%	<0.01
Синхронизация дыхательного ритма: средняя степень выраженности (3)	45.455%	15.927<->77.964%	15.385%	9.095%<->21.674%	<0.05
Выраженность мышечной релаксации у пациента: средняя степень выраженности (3)	63.636%	29.545<->88.309%	17.46%	10.75%<->24.171%	<0.01

-
-
- 19. Рудестам К. Групповая психотерапия. - Санкт-Петербург, 1998
 - 20. Современные методы лечения наркомании: обзор фактических данных. Материалы по вопросам лечения наркомании Вена. ООН, Нью-Йорк, 2003
 - 21. Статистические сборники «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан» 1991-2001
 - 22. George E., Woody, M.D., Delinda Mercer, Ph. D, Lester Luborsky, Ph. D. Textbook of Substance Abuse Treatment. Edited by Marc Galanter, M.D., Herbert D. Kleber, M.D., The American Psychiatric Press, 2nd Edition, 1999, Washington, DC.

ПРОЕКТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ГИПНОЗА И ПРОЕКТИВНАЯ ГИПНОТЕРАПИЯ

Р.Д.Тукаев

Согласно интегративной теории гипноза (Тукаев Р.Д., 1996-1999), развитие гипнотического состояния обуславливает регрессивную перестройку функционирования мозга к уровню препубертата на физиологическом и психологическом уровнях, с актуализацией механизмов инфантильной, атрибутивной проекции в восприятии собственного гипнотического состояния, гипнотической реальности. Гипнотическая реальность представлена перцептивно-проективным анализом актуализированной сенсорной и мнестической информации гипнотика. В механизме проекции выделяют аутохтонный и поведенческий компоненты. Аутохтонный компонент определяется перцептивной организацией индивида. Поведенческий компонент включает личностную и ситуативно-реактивную составляющие. Степень проективности восприятия в гипнозе выше, чем в бодрствовании. Осознанное использование проективных механизмов открывает новые возможности для гипнотерапии.

Разработанная нами техника проективной гипнотерапии включает два этапа:

1) этап обучения пациента наведению гипнотической реальности;

2) терапевтический этап.

Терапевтический этап проективной гипнотерапии решает клинические и психологические задачи психотерапии, используя технику трансформации наведенной гипнотической реальности. В ней проблемы и конфликты личности, проблемы организма проявлены как гипнотические мифы, их содержание и трансформационная динамика переживаются пациентом непосредственно чувственно. В ходе терапии значимость различных составляющих психологического конфликта меняется. Мы понимаем личностный психологический конфликт как иерархическую систему, в которой разрешение предъявляемого конфликта первого порядка приводит к актуализации связанной с ним конфликта второго порядка, и далее. Поэтому терапевт и

пациент работают над последовательным разрешением актуализированных ходом гипнотерапии психологических проблем – составляющих имеющегося психологического конфликта.

Применение проективной гипнотерапии предполагает использование основных ее понятий: гипнотическая реальность; топография гипнотической реальности; динамика и личностная типология динамики гипнотической реальности; проективная локализация проблемного, болезненного состояния, - “места болезни”.

Гипнотическая реальность - есть совокупная атрибутивная проекция личности и организма индивида и их состояний в гипнозе. Она может быть: (1) ограниченной, интраперцептивной; (2) развернутой, интра- и экстраперцептивной. Развернутая гипнотическая реальность имеет центр и периферию. Ее центр - точка перцепции, чаще представленная телесным “Я” субъекта. Динамика гипнотической реальности затрагивает ее центр и периферию. Возможны три принципиальных направления терапевтических изменений: (1) перемещение в гипнотической реальности, с изменением местоположения ее центра, “Я” субъекта; (2) преобразование центра гипнотической реальности, “Я” субъекта; (3) преобразование периферии гипнотической реальности. Первая реализация развернутой гипнотической реальности в терапевтической ситуации неизбежно локализует пациента в проблемной зоне реальности, в клинических случаях - в первичном “месте болезни”. Успешная терапевтическая работа: (1) путешествие от “места болезни” в “зону выздоровления”, (2) преобразование “места болезни”, (3) терапевтическое преобразование телесного “Я” пациента; меняет первичное “место болезни”.

Опыт использования проективной гипнотерапии при психогенезах, соматических заболеваниях, аддикциях указывает на ее перспективность.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

В.В.Титова

г. Омск

I. Введение

Проблема распространения наркотической зависимости в РФ и странах СНГ является одной из наиболее актуальных социальных проблем. Это обусловлено, с одной стороны, беспрецедентными масштабами распространенности данной патологии среди населения, несмотря на снижение показателей первичной заболеваемости наркоманиями в РФ за последние 2 года. С другой стороны, давляющее большинство потребителей наркотиков принадлежит к восходящему поколению, в связи с чем, общество несет существенные потери. Вместе с этим, эффективность медикаментозной коррекции наркотической зависимости остается крайне низкой. Так, по данным официальной статистики, комплексная медикаментозная терапия обеспечивает от 5 до 7% устойчивых ремиссий. Если учесть, что процент спонтанных ремиссий, по данным разных авторов, достигает 4%, то истинная «эффективность» медикаментозного лечения не превышает 1–3%. При сочетании комплексной терапии с адекватной психотерапией и медико-социальной реабилитацией процент выхода в стойкую ремиссию, по мировым стандартам, достигает 33%. Это свидетельствует о приоритетности и уникальности психотерапии как практически единственного эффективного метода лечения пациентов с наркотической зависимостью.

II. Феномен антинаркотической устойчивости

Для выявления основных направлений психотерапевтической активности при работе с зависимыми пациентами обратимся к результатам многоуровневого исследования, проведенного в Республике Казахстан в 2001 г. Тогда на основании всестороннего психологического обследования 7650 респондентов были идентифицированы параметры психологических свойств, обеспечивающих устойчивость индивида к любым агрессивным воздействиям среды. Адекватное развитие таких личностных свойств при полноценном и своевременном прохождении всех возрастных кризов завершается к 19–21 годам и соответствует высокому уровню психологического и психического здоровья. В ходе исследования было доказано, что выявленные свойства в момент приобщения индивида к употреблению психоактивного вещества с абсолютной вероятностью отсутствуют или находятся в недостаточной степени развития, не обеспечивая протекторного эффекта (антинаркотической устойчивости). Феномен антинаркотической устойчивости включает:

- полноценное прохождение и завершение этапа идентификации личностного развития («Я точно знаю, кто я такой; Я – это тот, кем я себя чувствую, а не тот, кем меня хотят видеть другие»);

- адекватно сформированные навыки выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев («Я точно знаю, чего Я хочу; Я сам принимаю решения в отношении своих действий в сложных ситуациях и затем держусь принятого»);

- качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля), тесно связанного с предыдущим пунктом («Я сам отвечаю за все то, что происходит со мною в жизни; Я отвечаю за свою жизнь»);

- наличие адекватно сформированного собственного конструктивного жизненного сценария с системой ценностей, исключающих употребление наркотических веществ;

- наличие достаточных внутренних ресурсов (интеллектуального, творческого, информационного) для реализации вышеназванных сценариев;

- полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев.

По результатам исследования, наиболее значимой комбинацией является сочетание компонентов позитивного жизненного сценария, внутреннего локуса контроля и информированности о негативных последствиях употребления наркотических веществ. Какая-либо другая комбинация, исключающая указанное сочетание, не препятствует вовлечению в наркотизацию.

Таким образом, существует реальная возможность развития у пациентов с наркотической зависимостью новых личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма. Максимальное кризисное развитие свойств антинаркотической устойчивости является, на наш взгляд, основным вектором приложения психотерапии в программах медико-социальной реабилитации наркозависимых и главным залогом эффективности этих программ.

III. Основные «мишени» медико-социальной реабилитации наркозависимых

Медико-социальная реабилитация пациентов с наркотической зависимостью в целом направлена на:

1. избавление от физической зависимости и установление контроля над психической зависимостью – на первом этапе.

2. восстановление биологических и социальных адаптационных навыков – на втором этапе.

3. максимально возможное развитие свойств антитаркотической устойчивости – на третьем этапе.

В результате употребления наркотика в структуре личности больных, как правило, формируется патологический личностный статус, в котором консолидируется весь болезненный опыт: наркоманические ценности, смыслы, установки, навыки наркоманического общения и все многообразие поведения (Валентик Ю.В., 1984). Нормативное «Я» пациента вступает в противоречия с патологическим «Я», что порождает множественные внутренние конфликты, амбивалентность ощущений, намерений и поступков. Пребывание больного в разных статусах «Я» отражается на осознании им собственных проблем, критичности и анонгнозии. Поэтому одной из основных задач медико-социальной реабилитации является расхождение нормативного и патологического личностных статусов, позитивное подкрепление нормативного «Я» и развивающего поведения пациентов с первых дней лечения. Терапевтическая динамика личностного статуса в ходе реализации реабилитационных программ представлена в таблице (Валентик Ю.В., 1993).

С учетом описанных выше особенностей, основными «мишениями» программы медико-социальной реабилитации пациентов с наркотической зависимостью являются:

1. Патологический соматический статус зависимых от ПАВ, который складывается из признаков:

- отравления (передозировки) психоактивными веществами;
- интоксикации психоактивным веществом;
- синдрома (состояния) отмены психоактивного вещества;
- синдрома зависимости от психоактивного вещества (соматический уровень);
- признаков сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии.

2. Патологический личностный статус зависимых от ПАВ, который складывается из:

- общих личностных характеристик, определяющих дефицит свойств антитаркотической устойчивости;
- нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования дефицита свойств антитаркотической устойчивости индивида;
- характеристик собственно патологического личностного статуса зависимых от ПАВ, обслуживающего синдром зависимости.

3. Патологический социальный статус зависимых от ПАВ, который складывается из:

- общих социальных характеристик (доход, социальная динамика и т.д.);
- так называемых «социальных» характеристик личности, согласно концепции личности Альберта Бандуры;

- характеристик коммуникативных и других навыков социального поведения;

- характеристик системы отношений в микросоциуме.

4. Собственно патологическое влечеие к психоактивному веществу во всех сферах непосредственного проявления данного феномена.

5. Мотивация на избавление от патологической зависимости от ПАВ, в плане обеспечения адекватной динамики развития: от поверхностного уровня мотивации (избавление от физической зависимости) до глубинного (реализация конкурирующих с наркотреблением, позитивных жизненных сценариев).

Обозначенные «мишени», согласно основным, этапным целям программы медико-социальной реабилитации, выстраиваются в систему приоритетов. На первом этапе реабилитации основными «мишениями» являются «мишени» №№ 1, 4, 5. На втором и третьем этапах – «мишени» №№ 2, 3, 5.

Общий алгоритм психотерапевтической работы с «мишениями» можно представить следующим образом:

1. Установление особого контакта с нормативным личностным статусом.
2. Стимуляция нормативного личностного статуса.
3. Активизация внутриличностного конфликта нормативного и патологического личностного статусов.
4. Восстановление нормативного потребностного цикла с позитивной динамикой лечебных установок.
5. Редукция патологического личностного статуса.
6. Подавление и контроль патологического влечения к наркотику.
7. Фиксация, укоренение нормативного личностного статуса и развитие новых личностных свойств антитаркотической устойчивости.
8. Полная редукция патологического влечения к наркотику.
9. Развитие полноценной устойчивости к повторной наркотизации.

IV. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых

Успешное выполнение главной задачи реабилитационных программ – развитие признаков антитаркотической устойчивости – предполагает достижение в кратчайшие сроки максимальных существенных изменений у пациентов. При этом психотерапия выступает в роли катализатора процессов кризисного развития индивида или группы.

В контексте континуальной психотерапии (Валентик Ю.В., 1997, 2001) присоединение к текущему опыту пациента и непосредственная работа с имплицитным содержанием актуальных процессов не может осуществляться посредством рациональной

	В когнитивной сфере	В аффективной сфере	В поведении
Патологический личностный статус (внешние установки)	Некритичность по отношению к болезни; противоречивое отношение к проблеме зависимости у себя; поиски объяснений своему увлечению; сомнение в возможности полной трезвости и необходимости этого; неверие в реальность для себя отказа от наркотика; ограничение «общими» намерениями на будущее; в планах лишь ликвидация последствий от зависимости; восприятие жизни без наркотика как скучной, неинтересной.	Частые колебания настроения с дисфорией, дистимией, эмоционально окрашенные отрицательные переживания; чувство сожаления, скуки, утраты чего-то важного.	Тяготение пребыванием в отделении; пассивное включение в лечебный процесс; скрытая оппозиция к требованиям лечебного режима; тяготение к пациентам с аналогичными взглядами; общение в этом кругу на тему употребления наркотиков; незаинтересованность в лечении; попытки продемонстрировать свои силы и возможности; неспособность к преодолению препятствий на пути к цели.
Диссоциированный личностный статус (промежуточные установки)	Признание проблемы зависимости у себя; частичная критика к своему состоянию; недостаточное понимание собственной роли и активности в лечебном процессе; колебания в возможности отказа от наркотиков; отсутствие надежды только на собственные силы; ограничение срока трезвости; связывание трезвости с жизненными обстоятельствами; сомнения в смысле жизни при отказе от наркотика; сомнения в успешности жизни и борьбы с зависимостью.	Переживание стыда за прошлое; кратковременные субдепрессии на фоне эмоциональной неустойчивости, которые усиливаются при обсуждении возможности трезвой жизни; эпизодические переживания неуверенности, тревоги и опасений за свое будущее.	Периодический поиск внешней помощи; включенность в лечебный процесс; готовность к выполнению обязательств; общение с положительными лидерами; поиск советов в поддержку трезвости; стремление «подстраховаться», повышенная зависимость от родных и врача; затруднения при принятии самостоятельных решений, поиск готового решения.
Нормативный личностный статус (внутренние установки)	Осознание наличия болезни и необходимости лечения; принятие личной ответственности за успех лечения; понимание невозможности одномоментного излечения; заинтересованность в проведении радикальных методов терапии; полная убежденность в необходимости абсолютного отказа от наркотиков; твердое отстаивание трезвых убеждений; существование реальных планов на будущее; понимание необходимости самосовершенствования; осознание возможности комфортной жизни без наркотика; высокая степень рефлексии собственных намерений.	Переживание вины и стыда за собственное зависимое поведение в начале МСР, затем – стабильное настроение, ощущение облегчения, уверенность в своих возможностях; чувство приподнятости; ощущение прилива сил на завершающих этапах лечения.	Активное включение в лечебный процесс; глубокий контакт с врачом; повышенный интерес к освоению навыков психической саморегуляции и борьбы с патологическим влечением; тяготение к позитивно настроенным пациентам; активное обсуждение необходимости трезвости с другими пациентами; заинтересованность в продолжении контакта с сотрудниками отделения после выписки; участие в группах АН, само- и взаимопомощи; в дальнейшем – стремление к приобретению личной автономии; выход в жизнь.

вербальной психотерапевтической интервенции, поскольку пациент не может сознательно контролировать, а тем более – трансформировать трудно вербализуемое содержание собственных процессов. Процесс понимается пациентом только тогда, когда он изнутри воспроизведен им и прожит (самостоятельно или во взаимодействии с психотерапевтом).

Концептуальная модель двухуровневой психотерапии включает два пласта взаимодействия между психотерапевтом и клиентом (группой): поверхностный и глубинный. Поверхностный уровень представлен адекватным и структурированным использованием психотерапевтических методик и техник, направленных в целом на разрушение или утилизацию патологических, дезадаптирующих связей у пациента и на создание новых, адаптирующих. Глубинный уровень реализуется только в условиях, так называемого, пространства психотерапии и включает в себя ряд универсальных механизмов:

- идентификация с личностью психотерапевта; неосознаваемая передача власти (степени свободы) от пациента психотерапевту и обретение веры в конструктивные возможности психотерапевта и психотерапевтического процесса как такового;
- явное или скрытое убеждение и внушение;
- облегченная трансляция социальных паттернов поведения;
- позитивное и действенное подкрепление развивающего поведения пациента (клиента) или группы;
- наделение пациента (клиента) энергетическими и пластическими ресурсами, обеспечивающими ему более высокий уровень адаптации;
- обретение пациентом (клиентом) свойств целостности между основными инстанциями психического («прописка» личности в бессознательном по К.Витакеру), дающих ему новое качество жизни.

Обязательным условием эффективной психотерапевтической коммуникации является максимальная вовлеченность описанных выше механизмов глубинного уровня, что обеспечивает доступ к суперресурсам бессознательного. Интересно, что феномен сверхпластичности пациента – основной эффект «присутствия» пространства психотерапии, не вполне идентичен стандартным описаниям состояний разлитого или акцентированного терапевтического транса (Катков А.Л., 2003): «Наиболее перспективная, начальная фаза изменения функциональных параметров сознания сопровождается объективным оживлением и субъективным переживанием всплеска активности («будто что-то открылось», «будто что-то нашел или встретился с чем-то важным») или предошущением значительного события. В данной фазе присутствует возможность «диалогизированного» сознания, когда личность – структурированная временем сторона психического – еще не растворена в больших ритмах доминирующего бессознательного. Отсюда перспектива прямого или опосредованного конструктивного

диалога упомянутых инстанций психического, и, соответственно, развития стабильных ресурсных состояний у индивида».

Для работы с наркозависимыми пациентами используется весь арсенал психотерапевтических методик и техник: индивидуальные и групповые, манипулятивные и развивающие. Манипулятивные техники ориентированы на патологический личностный статус, актуальную болезненную симптоматику. Развивающие техники направлены на стимуляцию нормативной части личности, получение доступа к ресурсным инстанциям бессознательного, обретение пациентом свойств целостности между основными инстанциями психического и развитие свойств антинаркотической устойчивости. С этой целью нами используются: гештальттерапия, трансактный анализ, психодрама, логотерапия В.Франкла, экзистенциальная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, специальные техники достижения ресурсных состояний (Катков А.Л., 2003): «линия жизни», «мертвая вода – живая вода», «встреча с судьбой», «ресурсные поля», «ангел-хранитель», «освобожденная память», «Ахилл, догоняющий черепаху». Важно непрерывное, поэтапное, последовательное участие каждого больного в психотерапевтическом процессе (континуум психотерапии по Валентик Ю.В., 1993, 1997, 2001).

Преодоление ригидности пациентов и разнообразных психологических защит достигается за счет демонстрации на первых психотерапевтических сессиях «чудесной» редукции проявлений абстиненции; при этом проводится индивидуальная психотерапия с целенаправленной эксплуатацией феноменов разлитого транса, а группа используется как фон. Атмосфера искреннего принятия в группе, оценка из персонального статуса (а в социуме – негативное отношение и отчуждение), максимальная актуализация синергетического поведения (активность, открытость, доверительность, поддержка) являются важными элементами терапевтического процесса и способствуют появлению веры в возможность реального достижения поставленной цели (избавление от наркотической зависимости), становлению и закреплению осознанной мотивации на лечение, редукции патологического влечения к наркотику.

В процессе психотерапии необходимо также проработать проблемы пациента, которые решаются за счет употребления наркотика. Как правило, это повышенная зависимость от внешней ситуации, базисная неуверенность, груз вины (осознаваемой и неосознаваемой), неотреагированная обида, ощущение «внутренней пустоты».

Максимальное кризисное развитие у пациентов свойств антинаркотической устойчивости – наиболее сложная задача психотерапевтической интервенции, достигаемая за счет интенсивного использования

универсальных механизмов глубинного уровня психотерапевтической коммуникации и запредельной пластики пространства психотерапии.

V. Исследование эффективности интегративно-развивающей, двухуровневой психотерапии в программах медико-социальной реабилитации пациентов с наркотической зависимостью

На базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар (Казахстан) и Омской городской наркологической больницы в 2001-2003 г.г. проведено сравнительное исследование эффективности использования глубинного уровня психотерапии в программах медико-социальной реабилитации пациентов с наркотической зависимостью. В исследовании приняли участие 202 человека, находящихся на стационарном лечении. В исследуемую группу вошли 112 человек, с которыми проводилась интегративно-развивающая, двухуровневая индивидуальная и групповая психотерапия, в контрольную группу вошли 90 человек, получавших рациональную, недирективную индивидуальную и групповую психотерапию; в остальном дневной режим и график работы пациентов в программе медико-социальной реабилитации адекватно сопоставим. Психотерапевтические сессии в исследуемой группе проводились ежедневно, кроме воскресных дней, в течение не менее 2 месяцев. График работы отделения реабилитации был составлен с учетом непрерывного участия каждого пациента в процессе психотерапии. С целью изучения

сравнительной эффективности разработанной моделиности интегративно-развивающей двухуровневой индивидуальной психотерапии было проведено катамнестическое обследование пациентов исследуемой и контрольной групп, в результате которого установлено, что через год после окончания стационарного лечения в исследуемой группе у 43 человек (38, 39%), а в контрольной у 4 человек (4,44%) имела место устойчивая ремиссия продолжительностью от 6 до 12 месяцев. Кроме того, многие пациенты исследуемой группы, находящиеся в ремиссии, указали на новое, более высокое качество жизни: существенное изменение самочувствия, самоощущения, самоосознания, интерес к содержанию собственной жизни, психологический комфорт и позитивную социальную динамику.

VI. Заключение

Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия открывает новые возможности в лечении пациентов с наркотической зависимостью. С одной стороны, кризисное развитие свойств антинаркотической устойчивости обеспечивает устойчивость к повторному вовлечению в наркотизацию. С другой – обретение целостной, развивающей стратегии бытия с обновленной системой ценностей и смыслов, облегченный доступ к ресурсам персонального, достижение целостности между основными инстанциями психического и формирование ресурсной метапозиции со-бытия, несомненно, существенно повышают качество жизни бывших пациентов.

Литература:

1. Валентик Ю.В. Континуальная психотерапия больных алкоголизмом // Автореферат докторской диссертации. - Москва, 1993
2. Лекции по наркологии под ред. Иванца Н.Н. – Москва: Медпрактика, 2001
3. Клиническая психология под ред. Перре М., Бауманна У. - Санкт-Петербург: Питер, 2002
4. Многоуровневое исследование проблемы наркозависимости в Республике Казахстан. - Казахстан, 2001
5. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование качества социального психического здоровья. - Павлодар, 2002
6. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. – 2002. - № 9. - С. 27-36
7. Катков А.Л. Феномен психотерапии // Наркология. – 2003.

ГРУППОВАЯ ТРАНЗАКТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

И.К. Чобану

г. Москвы

Актуальность психотерапии психозов и в частности шизофрении в настоящее время остается высокой. Достаточно сказать, что в растущей армии инвалидов шизофрения является причиной

40% случаев инвалидности по психическим заболеваниям. Уровень инвалидизации среди самих больных шизофренией колеблется от 31,7% до 47,2% даже при благоприятном течении процесса.

Ремиссия у 50- 60% больных носит частичный характер, сопровождаясь снижением социального приспособления.

Столь высокий уровень дезадаптации можно рассматривать как прямое следствие недостатков в области вторичной и третичной профилактики. Преодолению этой проблемы служит психотерапия, проводимая в стационаре. В качестве основных задач психотерапии при шизофрении ставятся следующие: предотвращение нарастания аутизации, социальная активация и дезактуализация болезненных переживаний. Этим требованиям в полной мере отвечает групповая психотерапия и в частности транзактный анализ.

Международная ассоциация транзактного анализа определяет его как теорию личности и системную психотерапию с целью развития и изменения личности. Современный транзактный анализ представляет собой теорию детского развития, теорию психопатологии, теорию личности, теорию коммуникаций, анализ сложных систем и организаций. В практическом применении он представляет собой систему психотерапии, используемую при лечении многих видов психических расстройств.

Классический транзактный анализ состоит из пяти больших разделов:

- анализ фиксированных экзистенциальных позиций;
- структурный анализ;
- анализ взаимодействий;
- анализ психологических игр;
- анализ неосознаваемых планов жизни или жизненных сценариев.

Каждый раздел может рассматриваться отдельно и самостоятельно, а в комплексе с другими, он составляет стройную систему.

К преимуществам транзактного анализа относится использование общего языка с пациентами, что облегчает формирование терапевтического контакта, легкость самоинтерпретации со стороны пациента, достижение понимания пациентом того, что причинами расстройств его личностного функционирования являются реальные события его детства, и что понимание значения этих событий облегчает преодоление возникших расстройств.

В настоящей работе вначале с больными проводится структурный и функциональный анализ Эго-состояний, целью которого является самоосознание пациентами составляющих психического функционирования своей личности. Пациенты знакомятся с понятиями, принятыми в транзактном анализе, с характеристиками состояний «Я», или структурным анализом состояний Эго, учатся распознавать психофункционирование «Я» своего и других больных. Подобный анализ функционирования человека, его нарушений и восстановления опирается на изучение поведения и высказываний пациента, доступных непосредственному объективному

наблюдению. Это способствует осознанию себя как личности, своих личностных проблем, стереотипного реагирования в ситуациях, «привычных» эмоций своих и других людей.

В групповой работе много внимания уделяется феноменам контаминации и изолирования различных Эго-состояний. У больных психиатрического стационара практически не наблюдается полноценно функционирующих, развитых Эго-состояний, в особенности страдает неопсихическая составляющая.

В транзактном анализе желательно осуществлять анализ поведения и высказываний пациентов, обращаясь к их Взрослому. Однако пациенты с диагнозом шизофрении нуждаются вначале в поддержке со стороны психотерапевта своего слабого внутреннего Ребенка инейтрализации выраженной внутренней критики, и лишь значительно позже можно обратиться к их Взрослому состоянию. Полноценно функционирующий индивид, с точки зрения транзактного анализа, это достаточно активный Взрослый, который в состоянии проверять и оспаривать иррациональные или чрезмерные требования внутреннего Родителя или Ребенка. Групповая работа нацелена на реконструкцию личности в указанном направлении путем постепенного раскрытия и разделения трех состояний «Я», показа пациенту выгод и утрат, вытекающих из чрезмерной податливости внутреннему Родителю и Ребенку. Важно обучить пациента способности предвидеть последствия своих ошибочных шагов. Постоянно поощряется поведение пациента в направлении усиления в себе Взрослого, способного рациональным путем разрешить встречающиеся в жизни трудности.

Затем пациенты знакомятся с анализом фиксированных установок. Это способствует выявлению и осознанию их собственных убеждений, изменению деструктивных внутриличностных установок, обучению конструктивным формам реагирования. В процессе анализа делается упор на то, что происходит «здесь и сейчас». При необходимости можно обращаться также к событиям, связанным с истинными родителями. Однако обращение к прошлому пациента не служит цели получения точных биографических данных. При работе с больными шизофренией в интерпретации нуждаются не столько события, происходившие в прошлом, в ходе общения больного со значимым окружением, сколько эмоциональные реакции, сопровождавшие эти события и оказавшиеся зафиксированными в современном его поведении. Ведется поиск недетских конфликтов, а характерных стереотипов переживаний и поведения для установления связи каких-то элементов прошлого с сегодняшним днем. Главное - не вскрыть и понять прошлое, а использовать его для понимания отношений больного с окружающими в настоящем. Важно найти правильный баланс между генетической реконструкцией, способствующей стабилизации личности, и акцентом на анализе межличностных отношений в сиюминутной ситуации.

Затем больные учатся анализировать взаимодействия, психологические игры, выявлять межличностные отношения манипулятивного характера. Они обучаются способам выхода из ситуаций, содержащих манипулятивные отношения, вырабатывают навыки адаптивного реагирования в различных ситуациях.

На дальнейшем этапе больные знакомятся с понятиями неосознаваемого плана жизни, сценарными предписаниями. К этому этапу работы с психически больными можно переходить только после того, как у них будет развито достаточно активное Взрослое состояние. Основной целью этого этапа становится изменение Детских решений пациента, касающихся его будущей жизни вообще и здоровья., в частности, получение внутреннего разрешения пациента по основным направлениям: разрешение жить, разрешение быть самим собой, разрешение сближаться с другими людьми и др. Практически у всех больных шизофренией встречается предписание не будь, не будь самим собой, не будь здоровым.

Данная работа проводится на базе 13 ПБ г. Москвы в дневном стационаре и санаторном отделении в форме групповой психотерапии с использованием транзактного анализа. Лечение проводится в группах, которые формируются в количестве 8-10 человек. Сеансы проходят 2 раза в неделю по 1.5-2 часа. Группы открытого типа, гетерогенные как по демографическим, так и нозологическим показателям. Пациентов на психотерапию направляют лечащие врачи-психиатры или они обращаются за лечением по собственной инициативе. Результаты работы оцениваются клинически и катамнестически.

За время наблюдения групповую психотерапию прошли 75 больных, из которых 45 пациентов с диагнозом шизофрения разной формы и течения. При использовании психотерапевтических методов предпочтение отдается наиболее терапевтически перспективным контингентам больных с приступообразными формами на этапах становления ремиссии и, прежде всего, больных с мало - и умеренно прогредиентными формами. Однако в группы в дневном стационаре входят и больные с дефектом личности по шизофреническому типу.

После первых занятий у пациентов отмечалось субъективное улучшение общего самочувствия: снижение уровня внутреннего напряжения, тревоги и повышение общего фона настроения. На

поведенческом уровне пациенты становились более активными, охотно включались в работу группы, участвовали в дискуссиях, смело высказывали свою точку зрения. Лечащие врачи-психиатры отмечали клиническую стабилизацию психического состояния больных, проходящих групповую психотерапию, постепенную их активизацию, включение в нормальный ритм жизни отделения, нормализацию внутрисемейных отношений, формирование устойчивой самооценки. У большинства пациентов формируется мотивация на включение в социальную жизнь: после выписки из стационара они возобновляют учебу, устраиваются на работу.

Из катамнезов известно, что из 6 первичных больных шизофренией, прошедших групповую психотерапию, 4 человека учатся, 2 - работают.

Из 39 повторно госпитализированных 5 больных в течение года попали в острое отделение. У всех длительность заболевания более 5 лет. 1 (Пилипенко) отказалась принимать поддерживающую терапию. 2 (Толовский, Бордачев) во время терапии находились в психотическом состоянии, у них сохранялись бредовые переживания. 1 больной алкоголизировался (Калинин). Об этом больном можно сказать отдельно, т.к. он дважды находился в местах заключения, последний раз с 1995 по 1998 год. Затем практически без перерыва он проходил лечение в психиатрических стационарах, в 13 ПБ и в 16 ПБ в связи с ТБЦ. После прохождения групповой терапии он выписался на 3 месяца, затем после алкоголизации с галлюцинациями и тревогой был госпитализирован в острое отделение и направлен на долечивание в дневной стационар, откуда вновь выписался.

9 больных были госпитализированы в дневной стационар. 8 из них дефектные или с формирующимся дефектом. Из них 3 (Киреев, Хашин, Илюхин) раньше лечились в санаторном отделении, а теперь минуя его были госпитализированы в дневной стационар. 4 (Фокина, Буточкин, Буртасова, Козловская) - это больные с выраженным дефектом. 2 (Борзых, Илюхин) работают дворником и курьером.

Более точные катамнестические данные, позволяющие проследить дальнейшую динамику этих больных, появятся несколько позже.

Таким образом, групповая психотерапия, с использованием транзактного анализа является единственным методом помощи ряду больных шизофренией.

О ПСИХОТЕРАПЕТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

В.И.Шушкевич, В.А.Яшина, П.П.Саенко

г. Рудный

В медицинской практике врачам часто приходится сталкиваться с пациентами, относящимися к категории психологически трудных больных, «больных с толстыми картами» у которых на фоне соматического страдания играют невротические черты. Причем, по статистике, 22% лиц с жалобами психосоматического характера отнимают до 38% и более рабочего времени врача (Stromdren E., 1955 г., Lunn V., 1964). Подобные пациенты нередко являются источником психологической напряженности не только в лечебном учреждении, но и дома, и на работе (Пуэнеску-Гадяну А., 1976 г., Харди И., 1981 г.). По данным наблюдений больные бронхиальной астмой составляют большинство среди трудных больных (Карзилов А.И., 1995 г.).

Под нашим наблюдением находилось 80 человек (60 женщин и 20 мужчин), проходивших лечение у врача-психотерапевта и пульмонолога городской поликлиники г. Рудного с 2000 по 2002 г.г. в возрасте от 26 до 63 лет ($38,4 \pm 9,7$). Практически у всех больных преобладали пограничные психические расстройства в виде астеновегетативной, аддективной, обсессивной и гипохондрической симптоматики, причем у 56 (70%) пациентов преобладали тревожные расстройства с выраженным фобическим компонентом и проявления сверхцепной ипохондрии с поглощенностью реальным соматическим заболеванием и подчиненным ему всего стиля жизни, своих мыслей, поведения. Эти проявления являются своеобразной патологической формой адаптации к болезни, связанной с конституционально-личностными особенностями реагирования.

Так, у большей части «трудных» больных отмечались сильное чувство страха смерти от имеющегося заболевания, особенно вне стен клиники, что вызывало потребность (привязанность) в частой госпитализации (в дневной стационар), чрезмерном лечении и обследовании, на основании чего было предложено новое диагностическое понятие «синдром госпитальной абстиненции» (Карзилов А.И., 1995 г.), выражющееся стремлением к частым госпитализациям, чрезмерному обследованию и лечению с целью повышения «безопасности» своего существования, что рассматривается как психосоматическое проявление саморегуляции психического гомеостаза личности.

Как никогда актуально в данном случае высказывание Н.Я.Мудрова: «Лечить надо не болезнь, а больного» (Мудров М.Я., 1968 г.). В таких случаях необходимо добиваться быстрого купирования обострения болезни и эффективной вторичной профилактики – удлинения периодов ремиссии и снижения

тяжести последующих рецидивов болезни, для достижения чего врачом-пульмонологом использовались современные методики терапии с использованием небулайзера (компрессорного аэрозольного ингалятора) с введением беродуала, сальгима, атровентана.

Лечебный комплекс также включал проведение методов суггестивной психотерапии (гетерогенной, аутогенной, эмоционально-волевых тренировок, гипносуггестии), эриксоновой психотерапии, иглорефлексотерапии с активным использованием методов косвенного внушения, музыкотерапии, медикаментозного и физиолечения.

Групповая психотерапия использовалась для коррекции нарушений отношения личности и приобретения навыков адекватного общения, причем, большое внимание уделялось подражательности, изменению мотивации и взаимной индукции, в создании специфических условий взаимоотношения пациентов друг на друга.

Иглорефлексотерапия применялась с целью рефлекторного влияния с точек акупунктуры на различные отделы ЦНС, при этом использовались общие, сегментарные и местные точки по первому и второму вариантам тормозного метода корпоральной и аурикулярной терапии. Группа формировалась из 6-8 человек разного пола и возраста. Лечебные сеансы проводились в специально оборудованном гипнотарии городской поликлиники, оснащенным кушетками, креслами, стереоборудованием. В среднем, на курс лечения приходилось 5-10 процедур иглорефлексотерапии с суггестивным подкреплением, эриксоновской психотерапией.

В процессе лечения в обследованной группе наблюдалось (за 2000-2002 г.г.)

- изменение установок в отношении болезни у 64 человек (80%) от общего числа пролеченных;
- осознание больными причин возникновения невротических симптомов у 72 человек (90%);
- изменение самооценки в положительном плане у 48 человек (60%);
- изменение некоторых аспектов поведения у 52 человек (65%).

Таким образом, при определении эффективности психотерапии учитывались изменения в клинической картине и адаптации пациента, в частности, в соматической, психологической и социальной сферах, а также включалась субъективная оценка с позиций самого пациента.

В среднем на 30% снизилось число обострений и дней нахождения на больничном месте высококазанных пациентов в сравнении с данными

по группам больных, не принимавших в таком объеме психотерапевтической и пульмонологической помощи.

Выводы:

Таким образом, демонстративные черты поведения больных бронхиальной астмой с синдромом госпитальной абстиненции, часто не понимаемые врачом и подчас вызывающие у него раздражение, являются психопатологическим симптомом, а не аггровацией или симуляцией.

Таким пациентам наряду с базисной терапией бронхиальной астмы требуется психологическая коррекция, психотерапевтическая помощь с активным применением транквилизаторов, антидепрессантов, иглорефлексотерапии.

Целесообразна и полезна совместная курация этих больных пульмонологом и психотерапевтом.

Психотерапевтические методы должны стать составной частью образовательных программ для больных бронхиальной астмой, в частности, способов адаптации к своей болезни.

Литература:

1. Каразилов А.И. Синдром госпитальной абстиненции в пульмонологической практике // Журнал «Пульмонология», № 5, 2002 г. - С. 119-124
2. Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельности искусству при постельных больных. Хрестоматия по истории медицины. - М.: Медицина, 1968 г. - С. 78-105
3. Пузнеску-Подену А. Трудные больные, неопределенно выраженные, труднообъяснимые страдания. Перевод с Венгерского. - Бухарест, 1976 г.
4. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л.: Медицина, 1983
5. Абрамова Г.С., Юфчиц Ю.А. Психология в медицине. - М.: Кафедра – М, 1998 г.
6. Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии. 4-е изд. -Ташкент: Медицина, 1979 г.
7. Слободянник А.П. Психотерапия, внушение, гипноз. 4-изд. - Киев: Здоровье, 1983 г.
8. Споркс М. Начальные навыки эриксонианского гипноза. Пер. с английского. - Новосибирск: Имидж-Контакт, 1991
9. Тополянский В.Д., Струковская Н.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986 г.
10. Харди И. Врач, сестра, больной. пер. с венгерского. - М.: Медицина, 1981 г.
11. Шушкевич В.И., Яшина В.А., Сорока Г.Р. Особенности психотерапевтической работы с группами длительно и часто болеющих пациентов // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Том 9, № 1, 2003 г.
12. Шушкевич В.И., Литвиновская А.Д. Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 1997 г., Том 3, № 3, С. 28-31
- 13.Шушкевич В.И., Яшина В.А. Об опыте психотерапевтической работы на базе стационара общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Том 5, № 3, 1999 г., С.40-41.

ПСИХИАТРИЯ

ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АГРЕССИВНЫХ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ

С.Б.Бисеналиев, К.М.Бисеналиева

г. Астана

Важнейшая задача судебной психиатрии – профилактика агрессивных общественно-опасных действий (ООД). Исследование качества жизни (КЖ) больных шизофренией, выявление актуальных жизненных проблем, которые могут обусловить мотивацию агрессивного ООД, позволяет существенно снизить вероятность совершения ООД.

Для больных, состоящих на учете в ПНД, профилактика ООД должна заключаться не только в наблюдении за их психическим состоянием, но и осведомленности врача об их реальной жизни, волнующих их проблемах, жизненных взглядах, целях, а также способах решения этих проблем и достижения целей. Важно выяснить условия жизни, характер межличностных отношений в макросоциальной среде, проводить активно работу с лицами ближайшего окружения, отношения с которыми в значительной степени формируют оценку КЖ больных. Необходимо способствовать созданию условий, снижающих вероятность появления у больных жизненных проблем, особенно тех, которые требуют для своего разрешения агрессивного ООД. А в случае возникновения подобных проблем необходимо активное вмешательство врача и помочь в их разрешении, которая может заключаться, например, в предоставлении отдельного жилья при невозможности совместной жизни больного с

человеком, действия которого приводят к ухудшению КЖ, в трудоустройстве больного для решения вопросов материального благополучия. В случае, когда проблемы КЖ объективно обусловлены имеющимися психопатологическими расстройствами, являющимися для больного вполне реальными и актуальными и часто связываются с их субъективной точкой зрения с конкретными людьми требуется скорейшая адекватная медикаментозная терапия, изоляция от потенциальных потерпевших.

Определяя продолжительность принудительного лечения необходимо учитывать, помимо психического состояния больного, КЖ, которое у него будет после выписки из стационара. С этой целью при решении вопроса отмены принудительного лечения необходимо привлечение участкового психиатра, у которого больной ранее наблюдался, для получения сведений о ситуации, в которую он попадает после выписки. Если проблемы качества жизни, существовавшие до совершения ООД, не разрешались (например, родственники злоупотребляют алкоголем, в семье напряженные, конфликтные взаимоотношения), то после выписки больного из психиатрического стационара необходимо, по меньшей мере, устранить влияние той проблемной ситуации, которая ранее привела к совершению агрессивного ООД.

ОСОБЕННОСТИ ПОСТКРИТИЧЕСКОГО ЭТАПА У БОЛЬНЫХ С ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.Б.Бисеналиев, К.М.Бисеналиева

г. Астана

Обследовано 17 больных с фебрильными приступами (5 мужчин, 12 женщин). В 12 случаях заболевание носило приступообразно-прогredientный, а в 5 - рекуррентный характер. Фебрильные приступы возникали в возрасте до 50 лет, их распределение по возрастным группам было примерно одинаковым. Наиболее тяжело приступы протекали в возрасте от 40 до 50 лет. Структура и длительность посткритического этапа заболевания определялись, в первую очередь, глубиной и тяжестью психических и соматических расстройств, наблюдавшихся на критическом этапе заболевания.

При фебрильных приступах, возникающих в рамках периодической шизофрении, на посткритическом этапе заболевания имели место нарушения пищевого поведения с отсутствием чувства насыщения после приема пищи и недифференцированная по полу гиперсексуальность. Несколько позже на первый план выступал органический психосиндром со значительным интеллектуальным снижением, выраженной фиксационной амнезией и недержанием аффекта. Длительность посткритического периода при данном варианте заболевания не превышала 20 дней. При фебрильных приступах в

рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении на посткритическом этапе нарушения пищевого поведения и гиперсексуальность отсутствуют. В клинической картине на первый план выступает общее недомогание, неприятные болевые ощущения в различных частях тела, глубокая астения с признаками однополюсного недержания аффекта. Фиксационная амнезия выражена незначительно. Длительность посткритического этапа заболевания в данном случае не превышает 10 дней. В соматической сфере в этот период отмечается нормализация артериального давления до 100 и 70, 90 и 60

мм. рт.ст., пульс, носящий ранее лабильный характер с тенденцией к развитию аритмии, нормализуется, однако снижение частоты пульса запаздывает по отношению к процессу стабилизации артериального давления. Частота дыхания снижается до 16-20, увеличивается глубина дыхания, уменьшаются проявления респираторного ацидоза. Больные начинают контролировать функции тазовых органов, олигурия сменяется нормурией, восстанавливается перистальтика кишечника, отмечается снижение расстройств периферической микроциркуляции.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПОСМЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ ПО ФАКТУ СМЕРТИ

С.Б.Бисеналиев, К.М.Бисеналиева

г. Астана

Судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе по факту смерти является наиболее сложной из посмертных экспертиз. С одной стороны, она отражает общие методологические подходы к решению экспертных вопросов при проведении посмертных экспертиз, а с другой – имеет ряд особенностей, поскольку основным вопросом является установление наличия или отсутствия психического расстройства у лица, совершившего суицид, определение суицидоопасного состояния. Весьма сложным является вопрос об установлении возможных причин такого состояния, поскольку уголовный кодекс предусматривает возможность доведения до самоубийства, как специальный состав преступления.

Решение указанных вопросов возможно в том случае, если в материалах дела содержатся убедительные сведения о факте самоубийства. При отсутствии точных данных решение экспертных вопросов не может носить категорического характера

и допускает различные формы предположительных заключений с учетом противоречивых сведений в материалах уголовного дела. Наши исследования свидетельствуют о том, что наибольший риск аутоагрессивных действий имеет место при депрессивных состояниях различного генеза, психотических расстройствах в рамках шизофрении - особенно при обострении состояний и трансформации психопатологической симптоматики, наличии импульсивных (безмотивных) поступков, психотических форм психопатической динамики и при, так называемых, исключительных состояниях. Особые трудности возникают при посмертной диагностике инициальной стадии шизофрении, когда опорными диагностическими признаками могут быть трансформация структуры личности, изменение личностных ориентаций, появление признаков аутизации личности и не свойственных ей ранее парадоксальных увлечений: бессистемный интерес к чтению философской, религиозной, психологической литературы.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО-ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (ОД)

А.А.Галеев, Г.Т.Якирова

г. Костанай

Проведено клинико-катамнестическое исследование больных, медицинской документации за период с 1990 г. по 2000 г. Основной задачей

исследования являлось изучение динамики психопатологических расстройств лиц, совершивших ОД, во взаимосвязи с социально-демографическими

факторами. Для решения поставленной цели использовался клинико-эпидемиологический метод, позволяющий представить развитие заболевания в виде динамической цепи синдромов, а также выявить позитивные и негативные факторы прогноза, адекватно и дифференцированно решать реабилитационные, психопрофилактические вопросы.

Обследовано 34 больных, совершивших ОД и находившихся на лечении в Житикаринской психоневрологической больнице за указанный период. Из них – мужчин - 27, женщин - 7. Преобладали больные наиболее трудоспособного возраста от 20 до 50 лет (78,4%). Преимущественно, это городской контингент (64,9%). Больные характеризовались низким образовательным уровнем, 61,2% не грамотны или же имели начальный уровень образования. 25,4% больные до правонарушения занимались полезной трудовой деятельностью, 32% больных имели профессии, в основном, низкой квалификации. 83% больных впервые совершили правонарушение в возрасте до 40 лет, и только 7% до 18 лет. Характер преступлений довольно разнообразный, однако, 53% - это хулиганство и кражи. В остальных случаях ОД было связано с асоциальным образом жизни, злоупотреблением алкогольных напитков.

Анализ клинико-психологических параметров выявил особенности, свойственные данному контингенту больных и позволяет разработать психопрофилактические мероприятия. В преморбиде 30% больных имели аффективно-неустойчивый, возбудимый тип характера; 29,1% характеризовались преобладанием экстравертируемых, а 16,4% - интравертированных черт, у 9,7% больных отмечался нормальный склад характера. По нозологическому составу больные были представлены следующим образом: шизофрения 80%; органическая поражение ЦНС 8%; олигофрении 10% и другие. На начальном этапе заболевания психопатологические проявления имели широкий синдромальный диапазон с доминированием регистра психотических расстройств, что отмечалось у 62% больных.

Литература:

1. Социально и клиническая психиатрия, 1994. - № 1. - С. 80 – 86
2. Клинико-эпидемиологическое изучение больных с частыми госпитализациями // Профилактика нервных и психических заболеваний, 1993

Преобладала полиморфная симптоматика - 47%, у 24% больных структуру синдрома определяли аффективные расстройства с доминированием эксплозивных черт характера. Повторное обострение также протекали преимущественно на психотическом уровне – аффективно-бредовая, галлюцинаторно-параноидная симптоматика (60%). Непсихотический уровень расстройств характеризовался доминированием психопатоподобной симптоматикой (96%). Обострение заболевания в 44% связано с употреблением алкоголя и только в 15% срывом поддерживающей терапии. В остальных случаях провоцирующими факторами являлись психогении, соматогении, эндогенные механизмы. Изучение структуры обострений в их взаимосвязи с причинными факторами имеет прогностическое значение, т.к. позволяет предвидеть дальнейшее развитие заболевания и социально-опасные ее последствия. Это связано с тем, что фактор изменения психического состояния в совершении ОД выходит на первый план, особенно при повторных случаях.

Отдельно были изучены больные с длительными, более трех лет ремиссиями и однократной госпитализацией (30% больных). Анализ выявил, что, в основном, это лица адаптированные в профессиональном и бытовом плане, полностью исключающие прием алкоголя. Благоприятным фактором являлась положительная установка на труд, регулярная амбулаторное наблюдение психиатра. Роль поддерживающей терапии в данном случае была незначительна и оказывала положительный эффект в период обострения.

Таким образом, проведенное исследование позволяет представить социально-демографическую, клинико-психопатологическую структуру психически больных, совершивших общественно опасные действия, а также выявить совокупность социальных и клинических факторов, имеющих прогностическое значение. Результаты исследования позволяют адекватно и дифференцированно проводить лечебно-реабилитационные, профилактические мероприятия психически больным с общественно-опасными действиями.

НЕВЕРБАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Е.В.Денисова, Т.Б.Оспан, А.Г.Лободенко, Ж.Т.Кожанова

г. Павлодар

До настоящего времени наиболее актуальной проблемой в психиатрии остается своевременность

и точность диагностики психических расстройств. От решения этого вопроса, в свою очередь, зависит

целый комплекс лечебных, реабилитационных и экспертных вопросов. На сегодняшний день основным методом диагностики является клинический психиатрический метод, который состоит из двух компонентов:

1. расспрос - как самого больного с целью уточнения характера внутренних переживаний, так и его родственников для получения данных объективного анамнеза.
2. наблюдение - за мимикой, жестикуляцией, манерой общения, внешним видом, в целом за особенностями поведения больного.

Согласно современным научным данным, наиболее значимым и важным для диагностики является расспрос. Вторым по диагностической ценности следует считать наблюдение. Оба этих метода взаимно дополняют и обогащают друг друга по информативности (Снежневский А.В., 1983 г.).

Судя по данным психологической и психиатрической литературы, общепризнанной является точка зрения, что общение с себе подобными является важнейшей потребностью для человека, как существа биосоциального (при ведущей роли социального). Способность и необходимость в общении запрограммирована в нас природой и является врожденным свойством. Эта важная потребность возникает с момента рождения человека и исчезает с его смертью. По своей значимости эта потребность может быть приравнена к основным биологическим потребностям – в пище, воде, сне, самоохранении. Считается, что без общения с другими людьми, без взаимообмена и взаимообогащения информацией вообще невозможно полноценное формирование личности человека.

В социальной психологии выделяются три стороны общения людей между собой (взаимодействия друг с другом):

- коммуникативная сторона – взаимный обмен информацией;
- интерактивная сторона – способ взаимодействия людей;
- перцептивная сторона – способ восприятия друг друга.

Сущностью коммуникации является обмен любой значимой информации (с помощью речи, мимики, поведения, дистанции, внешнего вида). В связи с этим можно выделить:

- вербальную коммуникацию, т.е. речевое общение с помощью символов – слов, словосочетаний, фраз
- невербальную коммуникацию - неречевое общение. В зависимости от ситуации оба этих способа общения могут выступать совместно, как взаимно дополняющие друг друга, или изолированно (например, общение слепых, глухонемых или лиц, не знавших языка друг друга).

Невербальная коммуникация осуществляется несколькими способами:

- мимикой, которая состоит из произвольных координированных движений мышц лица, что является способом экспрессивного выражения эмоций,

- жестикуляцией (пантомимикой) и позами (положением тела) сюда относят произвольные координированные движения рук, тела или его частей, которые также выражают соответствующие эмоции,

- системой прикосновений (такексика) - например, рукопожатие, похлопывание по плечу, объятия, поцелуй, удары,

- экспрессией речи (паралингвизмы) - сюда относят темп, силу (громкость), напряжение голоса, тембр речи. Известно, что одно и то же слово или фраза при различной громкости и интонации может иметь противоположный личностный смысл.

- стиль поведения, конкретные поступки, расстояние между объектами общения,

- внешний вид - та или иная одежда, прическа, опрятность,

- условные обозначения (символы) - кокарда, звездочка на погонах, татуировки.

При возникновении и развитии психического заболевания характер верbalной и неверbalной коммуникации может изменяться. При расспросе (верbalном общении врача и пациента) анализируется речевая продукция больного, уточняется характер внутренних переживаний, мысли пациента. При наблюдении за поведением (неверbalном общении) уточняется изменение мимики, пантомимики, поведения больного под влиянием психического заболевания, что также имеет немалую диагностическую ценность. В зависимости от нозологической формы или ведущего синдрома эти изменения имеют своеобразие, свои нюансы. Процесс осмотра и наблюдения дополняет диагностическую ценность процесса расспроса, и, в ряде случаев, его значимость оказывается особенно важной. Ведь не всегда можно уточнить характер внутренних переживаний больного во время беседы, например: при отказе больного от речевого общения (тотальный или элективный мутизм), глухонемота, если больной говорит на иностранном языке, которого не знает собеседник, в состоянии ступора с мутизмом, при явлениях симуляции и диссимуляции. В таких случаях наблюдение за поведением остается единственным доступным методом клинической диагностики. В других случаях (когда больной доступен верbalному контакту) во время проведения расспроса полезно наблюдать и анализировать не только то, что он говорит, но и как он это делает, как себя при этом ведет. При этом можно почерпнуть очень много полезной диагностической информации.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что врач-психиатр осуществляет клиническую диагностику, собрав максимально возможный объем информации с помощью зрения и слуха, с последующим её анализом. С учётом высказанного, метод

невербальной диагностики можно применять в двух аспектах:

- как дополнительный, вместе с расспросом, когда больной способен к верbalному общению;
- как основной, когда вербальное общение невозможно - в случаях мутизма, ступора, глухонемоты, иноязычного общения, симуляции и диссимуляции.

Целью настоящего исследования является анализ данных литературы и собственных наблюдений особенностей невербальной диагностики при некоторых психических заболеваниях и психопатологических синдромах различного генеза. В данной статье мы остановился на том аспекте клинической информации, которую врач-психиатр получает не с помощью слуха, а с помощью зрения (невербальное общение – осмотр и наблюдение). Следует отметить, что все описанные ниже симптомы, явления, как правило, не появляются одновременно, а могут то возникать, то исчезать, иметь колебания в степени выраженности в зависимости от динамики заболевания. Часто могут встречаться невыраженные проявления патологии, а с учётом патоморфоза, определяться стертыми,rudimentарными признаками психического расстройства, особенно в начальных стадиях, состояниях ремиссии. Тем не менее, значение слабовыраженных симптомов само по себе может иметь достаточно весомое диагностическое значение и направить диагностический поиск по верному пути, способствовать правильной дифференциальной диагностике. У опытных психиатров есть неписанное правило: «Ставь диагноз по нюансам – не ошибешься!».

Под нашим наблюдением находилось 184 больных с психическими расстройствами. Из них 75 больных шизофренией с различными типами течения и различной синдромальной квалификацией психического статуса, 51 больной с аффективной патологией (депрессивные и маниакальные синдромы эндогенной и органической этиологии), 58 больных с галлюцинаторно-бредовыми синдромами (алкогольные психозы, органическое поражение ЦНС, поздние галлюцинации). Возраст больных составлял от 16 до 70 лет. 70% составляли мужчины и 30% - женщины. Правильность диагностического суждения подтверждена катамнезом, длительность которого составила от 5 до 17 лет.

Выяснено, что, в зависимости от нозологической формы и ведущего синдрома, изменяющееся поведение больных имеет свои характерные особенности, которые можно определить визуально при внимательном осмотре и тщательном наблюдении. Большое значение при этом имеет не только профессиональный опыт врача и его наблюдательность, но и помочь среднего медперсонала. Это обусловлено тем, что те или иные психические нарушения могут быть мимолетны или отмечаться: в определенное время суток (эпизоды дуршливости, усиление истинных галлюцинаций

отмечается в вечернее время) и могут быть замечены внимательной медсестрой.

При шизофрении невербальная диагностика основывалась на выявлении аутизма, расщепления психической деятельности, гебефренических и кататонических расстройств (или ихrudиментов, так называемой мягкой кататонии или микрокататонии), эмоционального объединения, паратимии. Необходимо учитывать, что проявления болезни часто могут сосуществовать с элементами нормального поведения как проявление «шизиса», расщепления психической деятельности («двойная бухгалтерия» больных шизофренией по Е.Блейлеру).

При прогредиентном течении болезненного процесса отмечается нарушение и искажение невербальной коммуникации, происходит своеобразный отрыв психической деятельности от реальной действительности, стирается грань между субъективным и объективным. Поведение больных детерминируется не только и не столько внешними стимулами, а происходит его нарушение под влиянием внутренних патологических побуждений. Тем самым, нарушаются отражательная психическая деятельность, и поведение теряет свой приспособительный смысл (в норме поведение человека направлено на оптимальное приспособление человека к постоянно меняющимся условиям внешней среды).

Как нарушение невербальной коммуникации, прежде всего, отмечается ГИПО-и АМИМИЯ: заметное объединение и исчезновение живости мимических реакций, что может быть одним из ранних признаков шизофрении и обусловлено объединением эмоциональности. Выражение лица становится бесстрастным, нечитаемым. Взгляд обращен в пространство или сквозь собеседника, глаза становятся пустыми, безжизненными (глаза – «зеркало души»), мимика застывшая.

Нередко наблюдается сальность лица (симптом Рейхардта) – у больных шизофренией лицо нередко выглядит «сальным», что связано с присущим этому заболеванию нарушением секреторной функции сальных желез кожи и частым развитием себореи.

Жестикуляция постепенно угасает и исчезает, она перестает нести функцию общения. Иногда отмечается стереотипная, бесмысленная жестикуляция (однообразно приглашают волосы на голове), однообразие и вялость позы, отсутствуют содружественные движения рук (синкинезии) при ходьбе.

С течением времени от начала заболевания происходит стереотипизация поведения – стираются, нивелируются прежние преморбидные личностные особенности, и больные все больше становятся похожими друг на друга, особенности поведения теперь определяются болезнью, возникает «новая личность».

Парамимия, характерная для больных шизофренией, проявляется в неадекватности мимики

реальной ситуации, на лице блуждает неадекватная улыбка на холодном эмоциональном фоне. Мимическая реакция может быть парадоксальной и не соответствовать раздражителю – радостные события вызывают мимику печали, а грустное, неприятное известие может вызвать гримасу смеха.

Довольно часто встречается феномен манерности, описанной Клази И. в 1922 году. Этот симптом проявляется в искусственности поведения, нелепой жеманности, утрированности манер, вычурности жестов и мимики. При этом необычные манеры лишены смысла, бесполезны. Поведение в целом отличается отсутствием простоты, естественности, отличается странностью, непонятностью и не зависит от ситуации. Этот симптом довольно стоец, манерность, вычурность поведения становится постоянным свойством личности и встречается даже после стихания шизофренического процесса в состоянии многолетней ремиссии как резидуальное явление, как проявление «патоса» по Снежневскому А.В.

Одно из своеобразных проявлений патологии невербальной коммуникации при шизофрении является феномен непереносимости чужого взгляда (симптом Бехтерева) – больные избегают, боятся и не переносят чужой взгляд, особенно «глаза в глаза». Они могут отводить глаза в сторону, закрывать лицо или глаза руками, одевать темные очки. Психопатологическая структура этого феномена неоднородна и может быть обусловлена опасением, что окружающие могут прочитать плохие мысли, оказать телепатическое влияние или же объясняются явлениями дисморфобии – дисморфомании.

При развитии кататонического синдрома (возбуждение, ступор или субступор), гебефренического синдрома, при прогрессировании заболевания, могут встречаться следующие формы патологического поведения.

Негативизм (активный или пассивный) – больные не выполняют просьбы или делают все наоборот, стискивают зубы при попытке накормить, бессмысленно сопротивляются, ходят задом наперед.

Мутизм (элективный или тотальный) – отказ от речевого общения при сохранный функции речи, полное или частичное молчание. При элективном мутизме общение может сохраняться с некоторыми людьми при молчании с другими. Этот феномен может встречаться и в норме, например, когда два человека ссорятся и потом «играют в молчанку» в знак презрения, или при граничной психической патологии, часто у детей как реакция на госпитализацию или разлуку с матерью, как реакция пассивного протesta. Мутизм может быть также обусловлен другими феноменами, например, императивными галлюцинациями.

Импульсивность – неожиданные внезапные действия, не вытекающие из ситуации, а совершаемые по внутренним побуждениям без борьбы мотивов:

больной неожиданно плюет, бьет окружающих, начинает бежать, также внезапно ложится на пол («поступки вопреки ожиданию»). Эта патология обусловлена нарушением волевой регуляции поведения.

Эхопраксия – больной повторяет мимику или действия окружающих.

Гrimасничанье – стереотипные немотивированные сокращения мимической мускулатуры, нахмуривание лба, широкое открывание и зажмуривание глаз, высовывание языка.

Дурашливость отмечается при развитии гебефренического синдрома или появление элементов гебефрении в структуре других синдромов. Периодически, особенно вечером или под влиянием внешних случайных раздражителей (например, приход посторонних), или без всякого повода, spontанно, возникает состояние возбуждения с кривлянием, подпрыгиванием, хлопаньем в ладоши, пританцовыванием. Больные показывают фиги, хохочут, «дурачатся». Это веселье напоминает нелепую бессмысленную клоунаду, протекает на пустом холодном эмоциональном фоне, сопровождается гримасами, весельем незаразительное, непродуктивное (в отличие от маниакальных больных).

Кататонический ступор или субступор проявляется в полной или частичной обездвиженности, амимии, мутизме, отказе от еды, повышении мышечного тонуса. Рудиментарными проявлениями субступора могут быть замедление движений, кратковременные застывания в одной позе (например, при поднесении ложки ко рту, при одевании и ходьбе могут быть внезапные остановки и «замятия»).

Отказ от еды может быть обусловлен различными причинами: входить в структуру кататонического синдрома, обуславливаться императивными вербальными галлюцинациями или бредовыми идеями отравления в сочетании со вкусовыми галлюцинациями и иллюзиями.

Каталепсия – восковая гибкость также является вариантом кататонических расстройств. Проявляется в повышении мышечного тонуса верхних конечностей. При этом поднятая рука может длительное время сохранять свое положение. Может отмечаться симптом Бернштейна – если приподнять одну руку больного, то она сохраняет свое положение даже в самой неудобной позе. Если таким же образом приподнять вторую руку, то первая рука сама по себе постепенно вернется в исходное положение.

Симптом хоботка – стереотипное вытягивание губ в трубочку на несколько секунд или минут. Симптом хоботка может полным или неполным, в зависимости от того, вытягиваются в трубочку обе губы или только одна верхняя губа.

Симптом воздушной подушки (симптом Дюопре) – у лежащих больных длительное время сохраняется приподнятое положение головы над подушкой, расстояние между головой и подушкой составляет 5-10 см. При попытке врача опустить голову

на подушку отмечается негативистическое сопротивление. В генезе данного явления лежит повышение тонуса мышц шеи и негативизм.

Симптом капюшона (симптом Останкова) – иногда больные шизофренией натягивают на голову рубашку, халат, полностью или частично пытаются закрыть лицо. В основе данного явления лежит аутизм со стремлением отгородиться от окружающих, бредовые идеи психического и физического воздействия, дисморфомания.

Симптом зеркала (симптом Абели-Дельма) – может быть позитивным или негативным. При позитивном симптоме зеркала больные подолгу рассматривают лицо в зеркале, при негативном – избегают зеркал. В основе данного феномена лежит дисморфомания или бред метаморфозы. Один из наших больных подолгу рассматривал свое лицо в зеркале, так как считал, что его лицо превращается под посторонним влиянием в волчью морду (ликантропия). Другой больной, со сходными переживаниями, подолгу рассматривал кисти рук, он считал себя белым конем Абылай-хана и ждал превращения рук в копыта.

Симптом фотографии (симптом Коркиной) – позитивный или негативный, одно из внешних проявлений дисморфобии – дисморфомании. Больные или часто фотографируются, чтобы доказать всем свое мнимое уродство и настоять на его коррекции или же отказываются фотографироваться, даже тогда, когда это необходимо.

Апаго-абулические расстройства (гипофронтальность больных шизофренией) проявляется в снижении или отсутствии побуждений и инициативы, отсутствии потребностей, равнодушии к происходящим событиям, явлениях дрейфа (плывут по жизни как «лодка без весел»). Данные состояния обусловлены негативными симптомами – эмоциональным обеднением, ослаблением волевых процессов.

Симптом пассивной подчиняемости (проскинезия, симптом Леонгарда) проявляется в пассивной автоматической подчиняемости, безволии в сочетании с манерностью и стереотипиями.

Развернутые кататонические, гебефренические и апаго-абулические синдромы в настоящее время встречаются относительно редко в связи с патоморфозом шизофрении. Чаще приходится иметь дело со стертыми, слабовыраженными, редуцированными вариантами, состояниями ремиссии или растянутыми во времени инициальными этапами. В этих случаях правильная диагностика значительно затруднена. Необходимо обращать внимание на незначительные проявления двигательно-волевых расстройств (мягкая кататония): у больных наблюдается манерность, жеманность, избегание взгляда собеседника, уклонение от рукопожатия, беспринципные улыбки, эмоциональная отгороженность, парамимия, появление внезапных неожиданных движений, кратковременное застывание в одной

позе, элементы гримасничанья и дурашливости, прерванные действия.

По внешнему облику больных шизофренией также можно сделать определенные диагностические выводы – это неряшливость, несочетаемые комбинации элементов одежды и цвета, нелепая манера одеваться, вычурная прическа. Так, например, один из наших больных был доставлен в приемный покой и когда стал переодеваться, то обнаружилось, что на нем одето 6 рубашек разного цвета и на каждой из них был повязан галстук. Другой больной шизофренией, бывший военный, в периоды обострения слышал голоса в виде команд, всегда одевался в шинель, папаху, сапоги независимо от времени года и цеплял множество значков, маршировал, окапывался, прятался от неприятеля. В период ремиссии эти явления могут проходить, а может оставаться некоторая вычурность внешнего вида по типу чудаковатости, странности.

Поведение больных с депрессивными и маниакальными синдромами также имеет свои обязанности.

При депрессии меняется выражение лица, мимика становится однообразно-страдальческой, отмечается гипо- и амимия, углы губ опущены вниз, взгляд потухший. Снижается тургор кожи, она становится дряблой, морщинистой, больные выглядят постаревшими. Часто встречается симптом верагута (складка Верагута) – кожная складка верхнего века и нередко бровь на границе внутренней и средней трети оттягивается вверх и вместо дуги образуется угол, что придает лицу больного особенно скорбное выражение.

Может встречаться симптом сухого языка (симптом Останкова) – при депрессии язык становится сухим, на нем появляются трещины, по бокам языка видны отпечатки зубов, язык утолщен. В генезе этого явления лежат нарушения вегетативной регуляции при депрессиях.

Жестикуляция обедняется, больные двигательно заторможены, сидят сгорбившись или лежат в однообразной позе. Меняется походка, она становится старческой, шаркающей, больные при ходьбе волочат за собой ноги. Развивается пассивность, вялость, отмечается отказы от еды.

При классической меланхолической депрессии наблюдается триада протопопова (симпатикотоническая триада) – повышение АД, тахикардия, расширение зрачков.

Часты нарушения сна с ранними пробуждениями, запоры, amenорея, снижение либido, суицидальные тенденции.

В зависимости от этиологии и наличия факультативных симптомов, внешний вид и поведение депрессивных больных имеют некоторые вариации. При классической эндогенной депрессии имеется двигательная заторможенность, суточные колебания настроения, с ухудшением состояния в первой половине дня. Больные показывают на грудь

(прикладывают ладонь), чтобы локализовать ощущение особой тяжести страдания. Эта депрессия «сухая», без слез. При органической депрессии наблюдается слезливость, эмоциональная лабильность, раздражительность, недовольство окружающими. При тревожной депрессии поведение больных определяется симптомами тревоги и депрессии. Такие больные двигательно беспокойны, то садятся, то встают, заламывают руки, охают, вздыхают, мечутся со скорбным выражением лица.

При маниакальном синдроме у больных оживляется мимика, она становится гиперэкспрессивной, выразительной. Больные веселые, смеются, заражают своим весельем окружающих. Повышается тургор кожи и меняется внешний вид больных. Они выглядят посвежевшими, помолодевшими, появляется блеск глаз, румянец на щеках. Повышается аппетит, либидо, укорачивается сон. Усталости не чувствуют, несмотря на то, что постоянно находятся в движении. Жестикуляция оживлена, выразительна. Больные вмешиваются во все дела окружающих, но ничего не доводят до конца в связи с повышенной отвлекаемостью внимания.

Свообразие маниакального синдрома, как и при депрессии, зависит от этиологии и наличия добавочных факультативных симптомов. Маниакальные состояния при эпилепсии протекают с религиозным оттенком, на лице выражение одухотворенности, проникновенности, умиротворения. Складывают ладони друг к другу на груди, смотрят не небеса. При шизофрении маниакальные и гипоманиакальные состояния протекают с оттенком дурашливости, манерности, гримасничанья. Веселье таких больных непонятное, пустое, больные непродуктивные, их эмоциональный фон холодный, мимика бедная, могут быть стереотипии в движениях, кратковременные застывания в одной позе. Нередко мании при шизофрении развиваются как один из вариантов ремиссии (тинопатические ремиссии, гиперстенические ремиссии). В таких случаях гипомания расценивается как остаточное, резидуальное явление при стихании остроты процесса и считается нажитой особенностью личности. Такие больные могут неплохо приспособливаться к жизни, имеют нередко практическую хватку, общительны с элементами регressiveйной синтонности. Маниакальные синдромы при органическом поражении ЦНС протекают с эмоциональной лабильностью, истощаемостью, капризностью, гневливостью, нередко отмечается астенический фон.

При острых психозах возникает состояние растерянности, на лице мимика недоумения, мучительное непонимание происходящих внешних и внутренних перемен, вопросительное выражение лица. Больные в движении, мечутся, не находят себе места. Данное состояние расценивается как личностное реагирование на начало психического заболевания и нередко встречается при остром начале шизофрении с приступообразным течением.

При возникновении галлюцинаторных синдромов, помимо сообщения больными об имеющихся у них посторонних видениях или голосах, также можно заметить изменение поведения. При наличии галлюцинаций больные могут находиться в состоянии загруженности галлюцинаторными образами, могут не отвечать на вопросы. Искажение информации отмечается при явлениях симуляции и диссимуляции. В таких случаях метод невербальной диагностики из дополнительного превращается в основной.

Галлюцинации, особенно истинные, всегда отражаются в той или иной степени на поведении больных. В зависимости от содержания галлюцинаций (приятное, неприятное, индифферентное), а также их модальности (участие тех или иных органов восприятия) наблюдается соответствующая эмоциональная реакция, изменение мимики, жестикуляции и поведения.

При устрашающих галлюцинациях больные испытывают страх, тревогу, на лице мимика испуга, злобы, отчаяния, пытаются спастись бегством или атакуют. При хронических галлюцинациях, нейтральном содержании галлюцинаций выражение лица равнодушное, безразличное. Если галлюцинации имеют позитивную окраску, то наблюдается мимика радости, добродушия, восхищения, любопытства.

Объективные признаки галлюцинаций проявляются в изменении поведения больных под влиянием расстройств восприятия. Больные озираются, прислушиваются, принююхаются, сплевывают, пытаются что-то ловить на теле и в воздухе, обирают себя. Мимика и движения соответствуют переживаниям: может появиться склонность к внезапным уединениям, немотивированная смена настроения, изменение ширины зрачков и глазных щелей. При слуховых обманах поворачивают голову к источнику голосов (при этом могут быть сокращения жевательной мускулатуры и грудино-ключично-сосцевидных мышц), затыкают уши пальцами рук или ватой. При обонятельных галлюцинациях морщатся, зажимают пальцами нос. При вкусовых галлюцинациях в сочетании с бредовыми идеями отравления, сплевывают, отказываются от еды, тщательно рассматривают пищу. При тактильных галлюцинациях больные обирают себя, что-то стряхивают с кожи, давят невидимых насекомых, все чешутся. При устрашающих видениях и голосах прячутся, ходят пригнувшись, баррикадируются, пытаются убежать, отмечается агрессия или аутоагgressия. При алкогольном делирии характерен внешний вид больных – гиперемия лица, склер, запах перегара, дрожание рук, век, всего тела, горизонтальный нистагм, часто отмечается шаткость походки и гипертрофия мышц голеней из-за явлений сопутствующей алкогольной полиневропатии. Для больных алкоголизмом и алкогольными психозами характерен симптом Завилянского (мимико-вкусовой

рефлекс) – при упоминании об алкоголе, оживляется мимика больных, блестят глаза, проглатывают слону (этот симптом довольно стоеч и часто встречается в состоянии ремиссии при алкоголизме).

Описано несколько характерных объективных симптомов галлюцинирования.

Симптом волоса (симптом Вассермана) - больные ощущают во рту волосы, нити, паутину, проволоку, червей (т.е. какие-то продолговатые предметы), от которых пытаются избавиться с помощью губ, языка, рук. Это бывает при алкогольном делирии с рогоглоточными галлюцинациями (Гулямов М.Г., 1984).

Симптом обирания (симптом карфологии) – больные совершают руками обирательные движения, пытаются что-то с себя стряхивать. Отмечается при мусситирующем делирии, аменции, дерматозийном бреде Экбома-Конрада.

Псевдогаллюцинаторные образы не имеют характера объективной реальности и не ассоциируются больными с реальными объектами. В связи с этим внешнее поведение больных долгое время может оставаться упорядоченным. Такие больные производят впечатление задумчивых, отрешенных, погруженных в свои мысли, неоткровенных. При обострении состояния поведение больных меняется и может напоминать поведение больных, испытывающих истинные галлюцинации, т.е. в той или

иной степени отражаться на поведении. При вербальных псевдогаллюцинациях в сочетании с бредовыми идеями воздействия типично поведение, когда больные внезапно начинают разбирать розетки, электрические щитки, провода, телефон, выключают телевизор, начинают экранировать комнату, ищут подслушивающие и подглядывающие устройства – «жучки». Так, например, один из таких больных пытался экранировать комнату, защищаясь от воздействия космической энергии, пустыми газовыми болонами, которые развесил на стенах по всей комнате. Другой больной каждый раз при обострении состояния топором начинал рубить электрический щиток в коридоре.

Можно было бы и дальше продолжить описание объективных признаков психических расстройств, которые можно выявить при внимательном наблюдении. Однако эта тема достаточно обширна, и мы не ставили перед собой всеобъемлющей задачи. Наша цель другая. Мы пытались в своем исследовании лишь прикоснуться к такой важной и интересной теме, какой является метод невербальной диагностики психических расстройств, обратить на него внимание практических врачей-психиатров, что может существенно облегчить диагностический поиск и помочь в дифференциальной диагностике психических заболеваний.

Литература:

1. Рыбальский М.И. *Иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации*. – М., 1989
2. Блейхер В.М., Крук И.В. *Толковый словарь психиатрических терминов*. – Воронеж, 1995
3. Ковалев В.В. *Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков*. – М., 1985
4. Бухановский А.О. *Общая психопатология*. – Ростов-на-Дону, издание 2-е, 2000
5. Невербальная диагностика в психиатрии. – Днепропетровск, 1989
6. Жмуров В.М. *Общая психопатология*. – Иркутск, 1985
7. Руководство по психиатрии. – Т. 1 и 2, под ред. Снежневского А.В. – М., 1983
8. Руководство по психиатрии. – Т. 1 и 2 под ред. Тиганова А.С. – М., 1999
9. Гурьева В.А. *Клиническая и судебная подростковая психиатрия, руководство для врачей*. – М., 2002

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИМИ ВМЕНЯЕМОСТИ (СТ. 17 УК РК)

д.м.н., проф. Г.М.Кудьярова, А.Н.Саренко

Одной из приоритетных задач отечественной судебной психиатрии в настоящее время является, безусловно, поиск критериев оценки психических расстройств, ограничивающих способность вменяемого лица в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия), либо руководить ими (так называемая «ограниченная вменяемость» ст. 17 УК

РК). Текущий опыт позволяет утверждать, что практика применения этой нормы еще не сформировалась. По данным наших исследований, «ограниченная вменяемость» понимается как промежуточное состояние между вменяемостью и невменяемостью, тогда как в соответствии с законодательством она однозначно трактуется как вариант вменяемости. В работе многих экспертных комиссий

республики данная законодательная норма практически не применяется. Подобная «осторожность» обусловлена, вероятно, не только недостаточной разработанностью и ее содержательными критериями, но и субъективными ограничениями, которые могут возникать у экспертов, в частности, сомнениями в целесообразности применения нормы из-за неопределенности ее правовых последствий («психическое расстройство, не исключающее вменяемости, учитывается судом ... при назначении наказания как смягчающее обстоятельство» п. 2 ст. 17 УК РК), и противоречивости («психическое расстройство, не исключающее вменяемости, ... может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера»; п. 2 ст. УК РК). Кроме того, в случае признания субъекта ограниченно вменяемым, сразу же актуализируется «вторичная» но не менее значимая экспертная задача - оценка способности обвиняемого осуществлять свои уголовно-процессуальные права (так называемая «уголовно-процессуальная дееспособность»). Критерии ее оценки к настоящему времени отсутствуют, что в повседневной практике может также существенно регламентировать применение ст. 17 УК РК. Как известно, формула невменяемости отечественного права во всех ее редакциях предполагает, что при судебно-психиатрической экспертизе обвиняемого решение о его способности/неспособности к произвольной регуляции своего поведения принимается относительно конкретного правонарушения. С ведением отечественного судопроизводства нормы «ограниченной вменяемости» происходит реализация на практике того, что при обосновании заключения об ограниченной вменяемости инкриминируемого действия, его характеристики, параметры уже не подразумевается, а должны быть интегрированы в системе экспертных критериев, как необходимая составная часть. Более того, можно утверждать, что обоснование экспертного заключения в случае признания субъекта ограниченно вменяемым является именно той моделью, где по сути, а не декларативно, осуществляется оценка влияния существующих у субъекта психических расстройств на его способность к произвольной регуляции своего поведения, в данном случае - при совершении инкриминируемого правонарушения. При обосновании экспертных выводов об ограниченной вменяемости должна быть использована дихотомическая система критериев - психопатологических, личностных, с одной стороны, и ситуативных - с другой. Параметры, характеризующие органическое психическое расстройство и актуальную криминальную ситуацию, находятся в реципрокных отношениях, определяют в каждом случае дифференцированную экспертную значимость. В соответствии с клинико-динамическими особенностями органического психического расстройства (ОПР) были разработаны основные

критерии «ограниченной вменяемости», применяемые при амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе в ГУ «Центр психического здоровья» г. Алматы. В соответствии с основными этапами судебно-психиатрической диагностики критерии ограниченной вменяемости были разделены на идентифицирующее органическое психическое расстройство как предпосылку применения нормы ограниченной вменяемости и критерии доказательные, используемые для ее обоснования. В первом случае речь идет о судебно-психиатрической диагностике на уровне медицинского критерия формулы вменяемости, во втором - уже на уровне юридического. Критерии, идентифицирующие органическое психическое расстройство как вероятную предпосылку для оценки в соответствии с нормой статьи 17 УК РК, в порядке ее значимости по данным исследования могут быть представлены следующим образом:

1. Критерии этиологического уровня; имеет значение ранее органическое поражение головного мозга;
2. Критерии патогенетического уровня; значимые диагностические признаки обоснования резидуального характера последствия органического поражения головного мозга, в меньшей степени - его мало прогредиентных вариантов; для обоснования уже юридического критерия формы вменяемости теперь более информативные критерии синдромального уровня.

По обоснованию ст. 17 УК РК имеет значение: пограничный уровень органического психического расстройства; дизонтогенетический (задержка развития, искаженное развитие - личностное расстройство) и энцефалопатические регистры расстройств. Подобная идентификация позволяет выбрать доказательные критерии формы ограниченной вменяемости в соответствие со ст. 17 УК РК. В доказательность критериев нормы ограниченной вменяемости особую значимость представляет собой как частная, характеризующая органическое психическое расстройство на уровне ведущего синдрома, так и общая, используемая при построении экспертного функционального диагноза. Наиболее значимые частные критерии ограниченной вменяемости при задержке развития как ведущем расстройстве представляет собой интеллектуальные расстройства в форме недостаточности понятийного аппарата, слабости концентрации внимания, отвлечаемости, неравномерности темпа психической работоспособности, слабости логической памяти, поверхности, непоследовательности и незрелости суждений в сочетании с «эмоциональной» логикой, односторонним пониманием сложных ситуаций, недостаточной способностью прогнозирования последствий своих действий, а также такие волевые и эмоциональные нарушения как повышенная вспышчивость и подчиняемость, слабость мотивации

поступков, нарушение волевого контроля над своими действиями, неспособность к систематической и целенаправленной деятельности, неустойчивость жизненного и поведенческого динамических стереотипов, лабильность и поверхность эмоций. Частными критериями ограниченной вменяемости при ведущем энцефалопатическом синдроме являются отчетливые нарушения эмоционально-волевой сферы по возбудимому типу с повышенной конфликтностью, склонностью к агрессивным вспышкам, непосредственной разрядкой напряжения, тенденциями к внешне обвиняющим реакциям, повышенными требованиями к окружающим, низким чувством собственной вины и ответственностью за происходящее, что сочетается с низким уровнем интеллектуального и волевого контроля, трудностями конструктивного и нейтрального разрешения проблемных ситуаций, недостаточным критическим отношением к своим решениям, действиям и поступкам, сниженными прогностическими способностями. Частные критерии ограниченной вменяемости при оценке дизонтогенетических личностных расстройств могут быть представлены эмоциональной неустойчивостью, невысоким уровнем интеллектуально-волевого самоконтроля, с тенденцией к самовзвинчиванию в ходе развития конфликта, склонностью к агрессивным брутальным вспышкам в сочетании с аффективной

риgidностью, склонностью к накоплению отрицательно окрашенных переживаний, длительным характером внутренней переработки психотравм с застrevанием на негативных обстоятельствах. Общие критерии имеют преимущественное значение для оценки уровня патологического состояния в целом, могут быть соотнесены с оценкой способности субъекта «осознавать фактический характер ... своих действий и руководить ими». Наиболее значимые из них представляются отчетливые изменения психической активности субъекта, что может проявляться как ее падением, та и «чаще» повышенной активностью, недостаточно дифференцированными и корrigируемыми расстройствами поведения; расстройства адаптации во всех сферах социального функционирования, либо в одной из них (с учетом специфики значимого психопатологического синдрома); нарушении прогностических способностей с недостаточностью адекватной оценки собственной личности, в том числе и имеющихся психопатологических проявлений, причиной обусловленности существующих проблем адаптации. Вышеуказанные критерии наиболее значимые у обвиняемых, имевших в прошлом травмы головы различной степени тяжести, поскольку данный контингент лиц, направляемых на экспертизу, от общего числа преобладают. Количество подэкспертных, направляемых на экспертизу, составляет до 70% от общего количества.

Литература:

1. Аргонов Ю. Применение нормы ограниченной вменяемости, судебная практика – 1999 г. № 7 - С. 40-42.
2. Белов В.П. Психопатоподобное состояние при органических поражениях головного мозга в судебно-психиатрической практике; судебно-психиатрическая экспертиза. – М, 1978, Сб. 30. – С. 3-12
3. Гурьева В.А. Психопатия в подростковом возрасте (клиника, анамнестическое исследование, судебно-психиатрический аспект: автореф. дисс... док. мед. наук. – М., 1971
4. Гурьева В.А., Бурелов Э.А., Вандыш В.В., Морозова Н.П. Динамика синдрома психического инфантилизма резидуально-органического генеза в период пубертатного криза; клиническое и судебно-психиатрическое значение органического поражения головного мозга. – М., 1982. – С. 49-55
5. Личко А.Е. Органические психопатии в подростковом возрасте // Материалы 1 Всесоюзной конференции по неврологии и психиатрии детского возраста. – М., 1974. – С. 181-188
6. МКБ-10 классификация психических и поведенческих расстройств // Исследовательские диагностические критерии. – Спб. – 208 стр.
7. Шостакович Б.В., Горинов В.В. Ограниченная вменяемость в судебно-психиатрической клинике. Ограниченнaя вменяемость: пособие для врачей. – М., 1996. – С. 11-18
8. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И. Судебная психиатрия: учебник для студентов ВУЗов. – Алматы: Медицина баспасы, 1999. – С. 30-32.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НАЧАЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

Г.М.Кудьярова, Н.А.Негай

г. Алматы

1. Патогенетические механизмы возникновения органических психических расстройств у лиц с гипертонической болезнью

Термин “органические” означает, что в основе психических расстройств в этих случаях лежит нарушение не только функции, но и тонкой морфологической структуры головного мозга, поражение нервных клеток, сосудов и оболочек мозга (Г.М.Кудьярова, Г.И.Зальцман, 1999).

Тесная структурная и функциональная связь, существующая между сердечно-сосудистой и центральной нервной системами, лежит в основе взаимосвязанных нарушений этих систем в процессе развития патологических изменений. (Г.В.Морозов с авт., 1988) По мнению Кайшибаева С. (2001) самостоятельных, изолированных сосудистых заболеваний головного мозга не бывает, они всегда являются частью поражения сердечно-сосудистой системы. Патология сердечно-сосудистой системы, вызванная какими-либо причинами не может не отражаться на деятельности такого в высшей степени чувствительного к нарушениям кровоснабжения органа, каким является головной мозг (Г.В.Морозов с авт., 1988). При болезнях сердечно-сосудистой системы возникают изменения крово – и ликвородинамики, окклюзии сосудов, эмболии, рефлекторные расстройства (Койшибаев, 2001).

В то же время особенности течения патологического сосудистого процесса и их связь с характером психических нарушений неоднозначна.

При этом можно выделить общую тенденцию утяжеления психических нарушений по мере прогрессирования сосудистой патологии (Андрюшкевич Ю.Ю., 1984; Heineman L. et al., 1980, Кайшибаев, 2001), но и хорошо известны случаи, когда на фоне стабильного течения сосудистого заболевания остро возникают психические расстройства, и, напротив, ухудшение сосудистых нарушений не сопровождается усилением психопатологической симптоматики (Г.В.Морозов с авт., 1988, А.В.Снежневский с авт., 1983, В.М.Блейхер с авт., 1989). Это связано с патогенетическими особенностями сосудистого и церебрального процесса, дополнительными патогенными (психогенные, интоксикационные, инфекционные и т.д.) и компенсаторными факторами (Г.В.Морозов с авт., 1988).

Рассматривая вопрос о сосудистом генезе психических расстройств, следует найти доказательства причинно-следственной связи между сосудистой патологией и психическими нарушениями, но эти доказательства должны опираться не

на какое-то одно, а на комплекс взаимодополняющих положений и суждений (Г.В.Морозов с авт., 1988) – форма сосудистой патологии, локализация патологических изменений в сосудистой системе и мозговой ткани, особенности личностного, возрастного и других факторов, динамика как сосудистого процесса, так и психических расстройств – это определит те или иные психические нарушения. В любом случае в основе психических расстройств сосудистого генеза лежат две основные причины: нарушение кровоснабжения головного мозга и органическое его повреждение (Г.М.Кудьярова, Г.И.Зальцман, 1999).

При длительно текущей гипертонической болезни отмечается значительное уменьшение мозгового кровообращения и потребления кислорода мозгом, возрастает сопротивление в цереброваскулярной системе (Kety S., 1960), недостаточное кровоснабжение головного мозга усугубляется нейрорефлексорными и нейрогуморальными расстройствами, гемодинамическими факторами (Г.В.Морозов с авт., 1988, Мартынов Ю.С., 1982).

В литературе имеются противоречивые данные о состоянии церебральных сосудов при изменении АД, так по данным П.В.Мельничука – при повышении АД происходит снижение тонуса сосудов головного мозга, при снижении АД, наоборот, повышение тонуса сосудов головного мозга, другие авторы (Л.Б.Иванов с авт., 2001) приводят противоположные данные, видимо это связано с длительностью течения гипертонической болезни.

Гипоксическое состояние мозговой ткани способствует нарушению сложных механизмов автономизации церебрального кровотока, дисфункции высших вегетативных центров, обеспечивающих в нормальных условиях целостность тканей и относительную устойчивость физиологических параметров (Койшибаев С., 1998) это приводит к нарушениям окислительных процессов в клетках головного мозга, главным образом в виде анаэробного гликолиза (Hoyer S., 1982). Уменьшение энергетического обмена в нейронах приводит к общему снижению их метаболической активности и продуцирования нейротрансмиттеров и ганглиозидов (Sebba C., 1983), которым отводится существенная роль в развитии психических нарушений. Эти механизмы могут играть роль не только в происхождении функциональных психических расстройств (В.Я.Гиндинин, 2000), но и в формировании психоорганических нарушений (Б.А.Лебедев, 1988).

Дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника вследствие длительного раздражения симпатического сплетения позвоночных артерий и шейных симпатических ганглиев, которые имеют определенное значение в развитии неврозоподобной симптоматики (Байтышканова А.Ш., 1994).

Региональные сосудистые спазмы функционального характера, возникающие при различных заболеваниях сердечно-сосудистой системы, играют существенное значение в развитии мозговой патологии, особенно тогда когда имеются склеротические изменения в стенках сосудов (Аносов Н.Н., 1975).

Нарушения регуляции и структуры внутримозговых сосудов влекут за собой как диффузные, так и локальные расстройства. Первые выражаются в нарушениях различной степени аффективности, мышления и поведения, локальные обуславливают появление характерной неврологической и психопатологической симптоматики. (Busse E.W., 1967, В.М.Блейхер с авт., 1989).

Нельзя не сказать о роли вегетативной нервной системы, связующего звена между центральной нервной системой и внутренними органами (А.М.Свядош, 1997), в психических проявлениях органического поражения сосудистого генеза и течения сердечно-сосудистой патологии. В каждом конкретном случае вегетативные расстройства могут проявляться по-разному, это зависит от природы и локализации процесса. Существенным фактором является величина органического поражения мозга и его характер. Так, обширный органический процесс, вызывающий преимущественно разрушение структур нервной системы, сопровождается меньшим вегетативным влиянием, чем процесс, вызывающий раздражение (А.М.Вейн с авт., 2000, В.Я.Гиндин, 2000).

2. Начальные клинические проявления при органических психических расстройствах

“Начальные” к ним относятся “непсихотические”, неврозоподобные, псевдоневрастенические синдромы. Правомерность выделения и раздельного рассмотрения группы начальных психических расстройств сосудистого генеза обусловлена не только их высокой частотой, но и тем примечательным клиническим фактом, что в значительной части случаев психические изменения, обусловленные сосудистым процессом, ими и исчерпываются, т.е. дальнейшего прогрессирования болезни не происходит и болезненный процесс стабилизируется на начальной стадии (А.В.Снежневский, 1983, 1985, Блейхер с авт., 1989).

Г.В.Морозов с авт. (1988) считают целесообразным выделять – непсихотические (неврозоподобные, психопатоподобные синдромы).

Также отмечается, что имеются особенности клинической картины, когда имеется очерченный очаг органического поражения головного мозга (В.Н.Синицкий, 1986) или когда процесс затрагивает преимущественно мелкие или крупные сосуды (Г.М.Кудьярова, Г.И.Зальцман, 1999), хотя психические расстройства больше связаны с общемозговыми поражениями, чем с локальными механизмами (Г.В.Морозов с авт., 1988, В.А.Жмуро, 1988). Имеются данные о латерализации поражений и их связь с теми или иными невротическими и неврозоподобными расстройствами (А.В.Столярова, 1998).

В литературе отмечается, по крайней мере, несколько типов начальных психических расстройств при сосудистых заболеваниях:

1) невротические реакции в рамках патологических типов переживаний внутренней картины соматической болезни (А.Г.Гладков с авт., 1982, Г.В.Морозов, 1988, А.В.Будневский, 1998, Р.А.Либис, 1998, Е.Н.Гуляева, 1996, А.Ю.Березанцев, 2001, Б.А.Шахметов, А.В.Столярова, 1998);

2) неврозы как психогенные заболевания, развивающиеся у больных гипертонической болезнью (А.Г.Гладков с авт., 1982, Г.В.Морозов с авт., А.В.Будневский, 1998, Р.А.Либис, 1998, Е.Н.Гуляева, 1996, Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок, 1994);

3) обострение невротической симптоматики, существовавшей в прошлом, в связи с развитием сосудистого заболевания (В.Я.Гиндин, 2000, В.Н.Синицкий, 1986, Г.В.Морозов с авт., 1988, А.В.Снежневский, 1985, А.М.Свядош, 1997);

4) неврозоподобные нарушения, внешне напоминающие картину неврозов, однако обусловленные не психогенезом, а сосудистой патологией (Г.В.Морозов с авт., 1988, А.В.Снежневский, 1983, В.М.Блейхер с авт., 1989, В.Я.Гиндин, 2000, В.Д.Тополянский с авт., 1986, С.В.Каргин, 1997);

5) личностные изменения (А.В.Снежневский, 1983, С.А.Овсяников с авт., 2001, В.М.Блейхер с авт., 1989);

6) вегетативные расстройства (А.М.Вейн с авт., 2000, Г.М.Мустафина, 1994).

Таким образом, становится актуальным изучение распространенности и клинических проявлений, особенностей начальных органических психических расстройств сосудистого генеза у лиц с гипертонической болезнью, выявление связи психопатологических проявлений с показателями церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга, изучение феноменологии переживаний у лиц с органическими психическими расстройствами сосудистого генеза, сочетающихся с гипертонической болезнью, в зависимости от “биологического регистра личности”, пола, возраста, социального положения.

Литература:

1. Руководство по психиатрии / Под редакцией Г.В.Морозова Т. I. – М.: Медицина, 1988. - 51-180, 249-321 с.
 2. Руководство для врачей / Под редакцией Г.В.Морозова Т. II. – М.: Медицина, 1988. - 5-27, 84-97 с.
 3. Руководство по психиатрии / Под редакцией А.В.Снежневского. Т. I. М.: Медицина. – 1983. - 5-97 с.
 4. Руководство по психиатрии / Под редакцией А.В.Снежневского. Т. II. М.: Медицина. – 1983. - 93-109 с.
 5. Г.М.Кудьярова, Г.И.Зальцман. Судебная психиатрия. – Алматы: Медицина баспасы, 1999. – 71–113 с.
 6. Г.М.Кудьярова, Г.И.Зальцман. Психиатрия для семейных врачей. – Алматы: Медицина баспасы, 2000. – 224 с.
 7. Ранняя диагностика психических заболеваний (Руководство для врачей) / Под редакцией В.М.Блейхера, Г.Л.Воронкова, Вл.Иванова. – К.: Здоровья., 1989. - 4-27, 100-108, 121-130, 188-212, 258-269 с.
 8. В.Я.Гиндикин. Справочник: соматогенные и соматоформные расстройства. - М.: Издательство “Триада – X”, 2000. - 256 с.
 9. Судебная психиатрия (Руководство для врачей) / Под редакцией Г.В.Морозова. – М.: Медицина, 1988. - 167-176 с.
 10. В.Н.Синицкий. Депрессивные состояния. – К.: “Наукова думка”, 1986. - 272 с.
 11. Справочник по психиатрии / Под редакцией А.В.Снежневского. – М.: Медицина, 1985. – 4-23, 43-82, 213-217, 264-292, 328-384 с.
 12. В.А. Жмуроев Клинико-психопатологическое исследование. – Иркутск.: Издательство Иркутского университета, 1988. – 131 с.
 13. Психосоматические расстройства (Руководство для врачей) / Под редакцией В.Д.Тополянского, М.В.Струковской. – М.: Медицина, 1986. – 10-140, 284-374 с.
 14. Клиническая психиатрия (Руководство для врачей) / Под редакцией Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. – Т. I. – М.: Медицина, 1994. – 9 – 51, 424 – 448, 594 – 630 с.
 15. Клиническая психиатрия (Руководство для врачей) / Под редакцией Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок. – Т. II. – М.: Медицина, 1994. – 49 – 110 с.
 16. Неврозы (Руководство для врачей) / Под редакцией А.М.Свядоц. – СПб.: Питер Паблишинг, 1997. – 448 с. – (Серия “Практическая медицина”).
 17. Г.Ф.Лан Избранные труды. – Л.: Медицина, 1975. – 232с.
 18. А.Л.Мясников Гипертоническая болезнь и атеросклероз. – М.: Медицина, 1965. – 615 с.
 19. Оценка качества жизни у больных хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями // А.Г.Гладков, В.П.Зайцев, Д.М.Аронов и др./ Кардиология. – 1982. – № 2. - С.100 – 103.
 20. С.К.Кайшибаев Неврология – Т. I. Алматы.: ИИА “Айкос”, 1988. – 310 с.
 21. С.К.Кайшибаев Неврология – Т.П. Алматы.: ИИА “Айкос”, 1988. – 17-85 с.
 22. С.К.Кайшибаев. Ранний церебральный атеросклероз (клиника, диагностика, лечение). – Алматы.: “Гылым”, 1998. – 200 с.
 23. Вегетативные нервные расстройства: Клиника, лечение, диагностика (Руководство для врачей) / Под редакцией Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 1988. – 758 с.
 24. Болезни нервной системы (Руководство для врачей) / Под редакцией П.В.Мельничука. – Т. I. – М.: Медицина, 1982. – 5-133, 278-349 с.
 25. Болезни нервной системы (Руководство для врачей) / Под редакцией П.В.Мельничука. – Т. II. – М.: Медицина, 1982. – 246-251, 331-360 с.
 26. Пограничная психиатрия. Соматическая патология (клинико-практическое руководство) / Под редакцией С.А.Овсянникова, Б.Д.Цыганкова. – М.: Триада – Фарм, 2001. – 101 с.
 27. Б.А.Шахметов Клиника психосоматических расстройств и их динамика в процессе лечения способом целительства. Автограферат.
 28. А.Ю.Березанцев Психосоматика и соматоформные расстройства: теоретические и клинические аспекты (аналитический обзор) – М.: ООО “Издательский дом “Русский врач”, 2001 г. – 100 с.
 29. Иванов Л.Б. Лекции по реографии. - М., МБН. – 1998
 30. Вандыш-Бубко В.В., Ражбай Ю.Л. Значение клинико-нейрофизиологических корреляций для судебно-психиатрической оценки, лиц перенесших черепно-мозговую травму. Пособие для врачей. – М., 2001
 31. Г.М.Мустафина Вегетососудистые нарушения при ранних формах церебрального атеросклероза и их динамика в процессе лечения. Автограферат
 32. Гуляева Елизавета Николаевна Психосоматический статус больных ИБС: Оценка его клинической и прогностической значимости для развития предоперационного стресса” Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Кемерово 1996
 33. А.Ю.Березанцев Соматоформные и психосоматические расстройства в практике судебной психиатрии. Автограферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственный научный центр им. В.П.Сербского. – Москва, 2001
-
-

34. А.В.Столярова *Клинический и психофизиологический анализ функционально – неврологических расстройств. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова. – Москва, 1998*

35. А.В.Будневский *Особенности соматического и психосоматического статуса больных с ИБС. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко. – Воронеж, 1988*

36. Р.А.Либис *Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Оренбургская государственная медицинская академия. – Оренбург, 1998*

37. А.Л.Шибалаев *Состояние церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга в острейшем периоде нарушений мозгового кровообращения. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Российская медицинская академия после дипломного образования. – Москва, 1997*

38. С.В.Каргин *Хронические неврозоподобные расстройства. (вопросы семиотики и систематики). Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. – Москва, 1997*

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЙ ГАЛОПЕРИДОЛА-ДЕКАНОАТА В КАЧЕСТВЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

В.П.Пугачев, М.Р.Юнусов, Г.Т.Якипова, Н.Т.Бибакова

г. Костанай

В современных социальных реалиях больные, страдающие шизофренией, в частности её параноидной формой, оказались в стеснённых материальных условиях, в связи с отсутствием должного количества рабочих мест для инвалидов на современных предприятиях, высокими ценами и отсутствием бесплатного лекарственного фонда, а в сельской местности и отсутствием возможности получить квалифицированную психиатрическую помощь.

В связи с вышеизложенными трудностями в нашем стационаре стал широко применяться галоперидол-деканоат в целях поддерживающего лечения в период ремиссий у больных параноидной шизофренией, проживающих в сельской местности.

В целях выяснения эффективности галоперидола-деканоата в качестве поддерживающего лечения в период ремиссии у больных параноидной формой шизофрении, проживающих в сельской местности, было проведено катамнестическое исследование двух групп пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении.

Первая группа пациентов принимала в качестве поддерживающего лечения нейролептику пролонгированного действия – галоперидол-деканоат.

Вторая группа пациентов в качестве поддерживающего лечения принимала нейролептику обычного действия.

Психотическая симптоматика, имевшая место на протяжении катамнестического исследования у пациентов обеих групп, была сложной полиморфной

структурой и включала в себя нарушения от аффективных до кататонических регистров. Однако преобладающими расстройствами были бредовые, галлюцинаторно-бредовые, синдром Кандинского-Клерамбо. Заболевание характеризовалось отчетливой прогредиентностью. Появившиеся на начальных этапах заболевания дефицитарные изменения в виде эмоционального обеднения, аутизации, снижения психической активности в процессе заболевания постепенно углублялись.

Обе группы пациентов, подвергшихся катамнестическому исследованию, были однородны по половому признаку (все пациенты были мужчинами), возрастному признаку и по длительности течения заболевания.

В таблице 1 показано распределение обеих групп, страдающих параноидной шизофренией, в зависимости от продолжительности заболевания пациентов, но получающие разные нейролептики в качестве поддерживающего лечения по длительности действия.

Как видно из таблицы 1, средняя продолжительность заболевания среди пациентов первой группы, принимающих в качестве поддерживающего лечения галоперидол-деканоат – 12 лет. Удельный вес пациентов первой группы с длительностью заболевания до 5 лет составляет 33%, с длительностью заболевания до 10 лет – 21%, с длительностью заболевания до 15 лет – 13%, с длительностью заболевания до 20 лет – 33%.

Таблица 1

Группы пациентов	Длительность заболевания			
	до 5 лет	до 10 лет	до 15 лет	до 20 лет
Пациенты в качестве поддерживающего лечения принимающие галоперидол-деканоат	5	3	2	5
Пациенты в качестве поддерживающего лечения, принимающие обычные нейролептики	4	4	2	5

Во второй группе пациентов с параноидной формой шизофрении, принимающих в качестве поддерживающего лечения обычные нейролептики, средняя продолжительность заболевания составляет также 12 лет. Удельный вес пациентов в этой

группе с длительностью заболевания составляет 27%, с длительностью заболевания до 5 лет составляет - 27%, с длительностью заболевания до 10 лет - 27%, с длительностью заболевания до 15 лет - 13%, с длительностью заболевания до 20 лет - 33%.

Таблица 2

Группы пациентов	Возрастной аспект			
	до 30 лет	до 40 лет	до 50 лет	до 60 лет
Пациенты в качестве поддерживающего лечения принимающие галоперидол-деканоат	2	6	6	1
Пациенты в качестве поддерживающего лечения принимающие обычные нейролептики	3	5	5	2

В таблице 2 показано распределение в зависимости от возраста пациента обеих групп, страдающих параноидной формой шизофрении.

Как видно из таблицы 2 средний возраст пациентов, страдающих параноидной формой шизофрении и принимающих в качестве поддерживающего лечения галоперидола-деканоата, составляет 44 года. Удельный вес пациентов от до 30 лет в этой группе составил 13%, в возрастной категории до 40 лет удельный вес пациентов составил 40%, в возрастной категории до 50 лет удельный вес равнялся 40%, в возрастной категории до 60 лет удельный вес составил 7%.

Средний возраст во второй группе пациентов, страдающих параноидной шизофренией и принимающих в качестве поддерживающего лечения нейролептику обычного действия, составил также 44 года. Удельный вес пациентов этой группы в возрасте 30 лет составил 20%, удельный вес в возрастной категории до 40 лет составил 33%, в возрастной категории до 50 лет удельный вес равнялся 33%, в возрастной категории до 60 лет - 14%.

Таким образом, пациенты обеих групп были однородны по составу, и все пациенты находились в расцвете жизненных сил и трудоспособности.

Катамнестические наблюдения проводились в течение пяти лет. С 1996 года по 2001 год включительно.

Следует отметить, что обе группы пациентов страдающих параноидной шизофренией, во время нахождения в стационаре с целью купирования остроты психотических переживаний получали нейролептику обычного действия как инъекционные, так и таблетированные. Однако первая группа пациентов с параноидной формой шизофрении помимо нейролептиков обычного действия получала инъекционный галоперидол-деканоат, на котором, в качестве поддерживающего лечения, выписывались из отделения и в дальнейшем получали инъекции галоперидола-деканоата до 100 мг внутримышечно один раз в месяц.

Пациенты второй группы в качестве поддерживающего лечения после выписки получали в среднем до 30 мг в сутки таблетированного галоперидола обычного действия или какой-либо другой нейролептик обычного действия в суточной дозе, адекватной 20 мг галоперидола.

В таблице 3 проиллюстрирована средняя длительность ремиссии и средняя длительность пребывания на койке в зависимости от длительности заболевания и от приёма в качестве поддерживающего лечения галоперидола-деканоат.

Как видно из таблицы 3 средняя длительность ремиссий возросла на 5%. За период катамнестического исследования у пациентов параноидной формой шизофрении с длительностью заболевания до 5 лет. Соответственно, средняя длительность пребывания на койке уменьшилась на 9%. Среди пациентов с длительностью заболевания до 10 лет средняя длительность пребывания на койке уменьшилась

на 9%. У пациентов с длительностью заболевания до 15 лет, средняя длительность ремиссии возросла на 7%. Соответственно, средняя длительность пребывания на койке уменьшилась до 13%.

Среди пациентов с длительностью заболевания до 20 лет средняя длительность ремиссий возросла на 5%. Соответственно, средняя длительность пребывания на койке уменьшилась до 9%.

Таблица 3

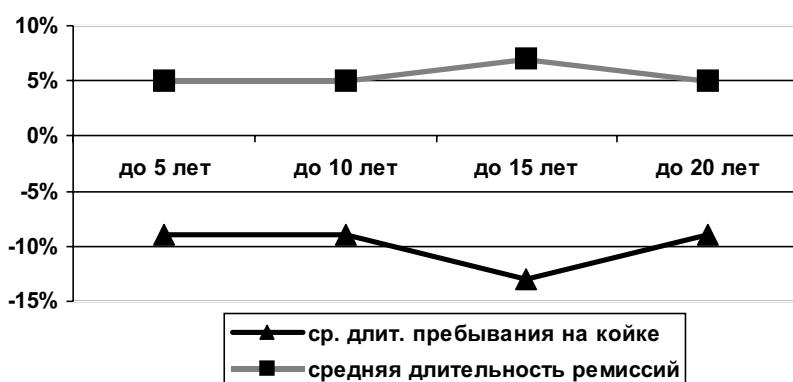
Пациенты, принимающие галоперидол-деканоат в качестве поддерживающего лечения	1996		1997		1998		1999		2000	
	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке
С длительностью заболевания до 5 лет	231	134	234	131	230	135	240	125	243	122
С длительностью заболевания до 10 лет	227	138	225	140	228	137	233	132	238	127
С длительностью заболевания до 15 лет	233	130	238	127	246	119	249	116	251	114
С длительностью заболевания до 20 лет	218	150	219	146	220	145	225	140	229	136

Таким образом, среди пациентов первой группы, страдающих параноидной шизофренией и принимающих галоперидол-деканоат в качестве поддерживающего лечения, за период катамнестического исследования, в аспекте учета длительности заболевания, средняя длительность ремиссий возросла до 5,5%. Соответственно,

средняя длительность пребывания на койке уменьшилась до 10%.

На графическом изображении 1 показаны изменения средней длительности ремиссий и средней длительности пребывания на койке в зависимости от длительности заболевания за период катамнестического исследования.

График 1



По таблице 4 прослеживается распределение средней длительности ремиссий и средней длительности пребывания на койке пациентов первой группы

страдающих параноидной формой шизофрении и принимающих в качестве поддерживающего лечения галоперидол-деканоат.

Таблица 4

Первая группа пациентов, принимающих галоперидол-деканоат. Возрастной аспект.	1996		1997		1998		1999		2000	
	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке
До 30 лет	228	137	234	131	236	129	238	127	239	126
До 40 лет	241	124	245	120	250	115	255	110	258	107
До 50 лет	222	145	224	141	228	137	236	129	241	124
До 60 лет	217	148	215	115	221	144	224	141	228	137

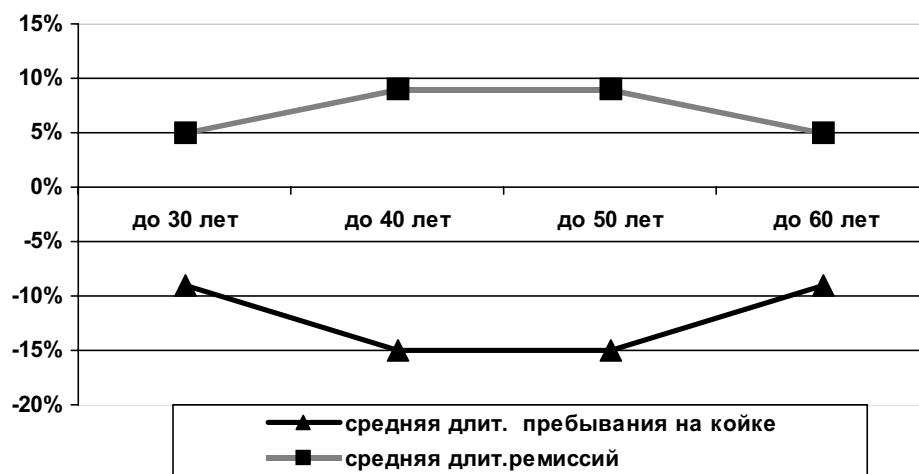
Как видно, средняя длительность ремиссий увеличилась на 9% поровну в возрастных категориях до 40 и до 50 лет. Соответственно, средняя длительность пребывания на койке в этих двух возрастных категориях уменьшилась на 15%.

В возрастных категориях до 30 лет и до 60 лет средняя длительность ремиссий увеличилась незначительно и составила в каждой из них по 5%. Соответственно,

средняя длительность пребывания на койке уменьшилась в каждой из этих возрастных категорий на 9%.

В возрастных категориях до 40 лет и до 50 лет находилась большая часть пациентов первой группы (12 человек). И увеличение средней длительности ремиссий на 9% при параноидной шизофрении является неплохим показателем лекарственной реабилитации пациентов.

График 2



Графическое изображение иллюстрирует изменение средней длительности ремиссий и средней длительности пребывания на койке за отчетный период в зависимости от возраста пациентов.

В таблице 5 приведены изменения средней длительности ремиссий и средней длительности пребывания на койке среди пациентов второй группы, страдающих параноидной шизофренией и принимающих в качестве поддерживающей терапии нейролептиками обычного действия, за период катамнестических исследований.

Из приведенной таблицы видно, что за период катамнестического исследования во второй группе пациентов с длительностью заболевания до пяти лет, средняя длительность ремиссий уменьшилась на 5%, соответственно, средняя длительность пребывания на койке возросла на 8%.

С длительностью заболевания до десяти и до 15 лет цифровые показатели были аналогичными. Среди пациентов второй группы с длительностью заболевания до двадцати лет средняя длительность ремиссий сократилась на 4%,

Таблица 5

Пациенты с параноидной формой шизофрении в качестве поддерживающего лечения принимающие нейролептиki	1996		1997		1998		1999		2000	
	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке	Средняя длительность ремиссии	Средняя длительность пребывания на койке
Длительность заболевания до 5 лет	224	141	222	143	218	147	218	147	213	152
до 10 лет	219	146	216	149	216	149	211	154	208	157
до 15 лет	221	144	222	143	218	147	215	150	210	155
до 20 лет	226	139	228	137	225	140	224	141	216	149

соответственно, средняя длительность пребывания на койке на 7%.

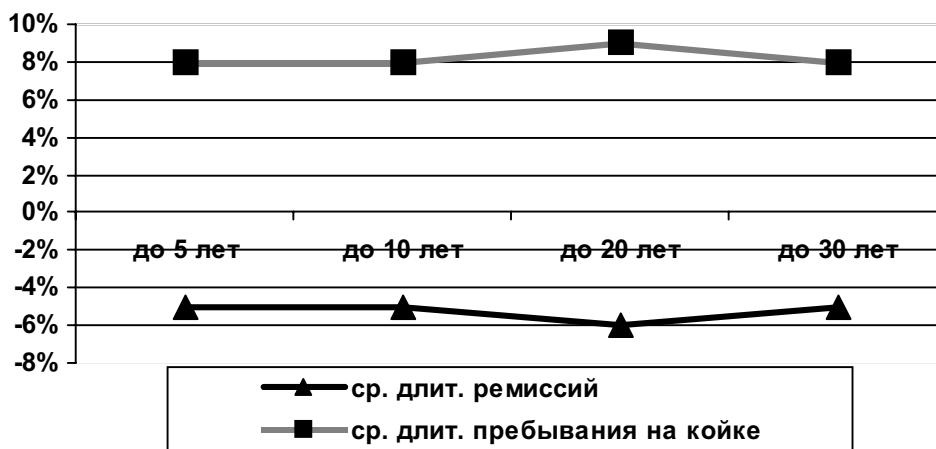
Таким образом, за период катамнестического исследования среди пациентов второй группы, страдающих параноидной формой шизофрении и принимающих в качестве поддерживающего лечения нейролептики обычного действия, независимо от длительности заболевания отмечается тенденция к уменьшению длительности

ремиссий и увеличении средней длительности пребывания на койке.

За отчетный период средняя длительность ремиссий сократилась в среднем на 4,5%, средняя длительность пребывания на койке возросла на 7,5%.

Графическое изображение 3 иллюстрирует изменение средней длительности ремиссий и пребывания на койке за отчетный период, в зависимости от длительности заболевания среди пациентов второй группы.

График 3



В таблице 6 показано распределение за отчетный период средней длительности ремиссий и средней длительности пребывания на койке среди пациентов второй группы, страдающих параноидной формой шизофрении и получающих в качестве поддерживающего лечения нейролептики обычного действия в зависимости от возраста пациента.

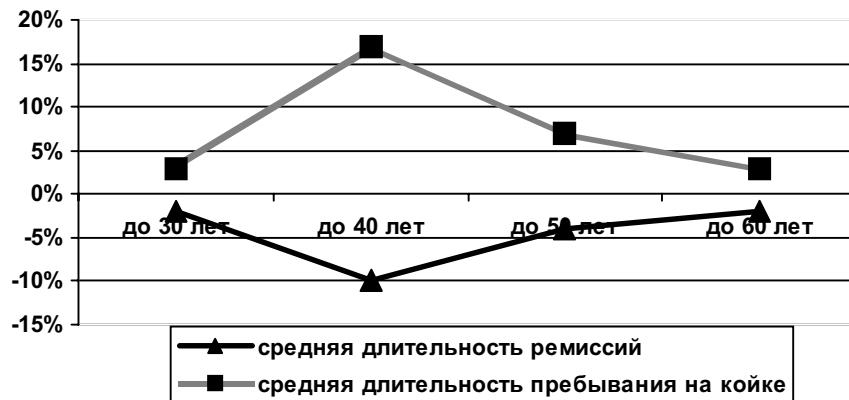
Как видно, в возрастной категории до 40 лет среди пациентов второй группы средняя длительность ремиссий сократилась на 10%, соответственно,

средняя длительность пребывания на койке возросла на 17%.

Среди пациентов второй группы в возрастной категории до пятидесяти лет средняя длительность ремиссий сократилась на 4%, соответственно, средняя длительность пребывания на койке увеличилась на 7%.

В возрастной категории среди пациентов второй группы до шестидесяти лет средняя длительность пребывания в ремиссии сократилась на 2%, соответственно, средняя длительность пребывания на койке возросла на 3%.

График 4



Графическое изображение 4 иллюстрирует изменение средней длительности ремиссий и средней длительности пребывания на койке среди пациентов второй группы, в зависимости от возрастного аспекта в период катамнестического исследования.

На основании вышеизложенного можно сделать заключение, что наибольшее сокращение средней длительности ремиссий произошло во второй группе пациентов в возрастной категории до 40 лет (количество пациентов 15) – 10%, в меньшей степени – в возрастной категории до пятидесяти лет (количество пациентов 5) – 4%, т.е. пациенты, которые находясь в благоприятной среде, могли трудиться и приносить пользу обществу.

Таким образом, среди пациентов второй группы, принимающих в качестве поддерживающего лечения нейролептики обычного действия за период клинического наблюдения наблюдается медленное, но необратимое нарастание уменьшения средней длительности ремиссий, т.е. нарастает социальная дезадаптация, социальный дрейф.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы: галоперидол-деканоата в качестве поддерживающего лечения пациентов с параноидной формой шизофрении является значительно эффективнее поддерживающих доз нейролептиков обычного действия: контролировать приём галоперидола-деканоата значительно легче, чем ежедневный приём нейролептиков обычного действия; во время приёма галоперидола-деканоата в качестве

поддерживающего лечения наблюдается увеличение длительности ремиссий, а значит, улучшается адаптация больных, что даёт возможность работать, быть полезными семье и обществу; при применении нейролептиков обычного действия наблюдается обратная тенденция.

Следует отметить ещё один важный экономический фактор, говорящий в пользу применения галоперидола-деканоата в качестве поддерживающего лекарственного средства в период ремиссии. Произведем некоторые расчеты: больной, принимающий галоперидол-деканоат в качестве поддерживающего лечения, в период ремиссий в дозировке 100 мг в/м 1 раз в месяц затрачивает, на приобретение этого препарата 400 тенге (стоимость одной ампулы препарата по ценам 2000 г - 200 тенге). Пациент, с той же формой шизофрении, получающий в качестве поддерживающего лечения в период ремиссии галоперидол в суточной дозировке 20 мг, затрачивает на приобретение одного препарата в месяц 750 тенге (стоимость одной упаковки галоперидола 50 таблеток по 5 мг – 312 тенге – цены 2000 года). Следовательно, экономическая выгода от использования галоперидола-деканоата в качестве поддерживающего лечения в месяц составляет 88% по сравнению с нейролептиками обычного действия, что является немаловажным фактором для пациентов параноидной формой шизофрении и их родственников в большинстве случаев относящихся к категории малоимущих.

Литература:

1. Бурназян Г.А. «Психофармакология». Ер., Айакан, 1985 г.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. «Лечение психически больных». М., Медицина 1981 г.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Беляков А.В. и др. «Препараты галоперидола-деканоата и укселина в психиатрической практике». - М., Медицина, 1981 г., с. 13-20.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Ю.Толстикова

г. Алматы

Проблема депрессивных состояний и суицидального поведения при употреблении психоактивных веществ (ПАВ) является одной из самых сложных и актуальных проблем клинической психиатрии. Высокая частота суицидального поведения в рамках депрессивных состояний при употреблении ПАВ выходит за пределы чисто клинической проблемы, оказывая существенное влияние на показатели частоты суицидального поведения в общей популяции. Это обстоятельство имеет непосредственное отношение к профилактике суицидов: раннее выявление признаков депрессивных расстройств при употреблении ПАВ, их адекватная терапия и профилактика является одним из эффективных путей предупреждения самоубийств.

Данные литературы свидетельствуют о том, что внимание исследователей, в основном, привлечено к изучению демографических и социальных аспектов данной проблемы. Описание особенностей формирования, клинических закономерностей развития, динамики аутоагрессивного поведения на разных этапах употребления ПАВ представлено фрагментарно.

Противоречивость и несистематизированность литературных данных в отношении анализа особенностей формирования и клинического проявления депрессивных состояний и суицидального поведения при употреблении ПАВ предопределило актуальность системного исследования данной проблемы.

Целью данной работы явилось выявление особенностей формирования и клинического проявления депрессивных реакций и суицидального поведения при употреблении ПАВ.

В связи с поставленной целью было обследовано 188 пациентов с депрессивными проявлениями в структуре зависимости от ПАВ. Из них, 87 пациентов – с алкоголизмом, 86 больных – с наркоманией, 10 пациентов составили группу с сочетанным приемом алкоголя и наркотических веществ, у 4 обследованных отмечалось вление к летучим веществам и психостимуляторам, 1 больной – с зависимостью к седативным и снотворным средствам. Из них – 163 – мужчины и 25 женщин в возрасте от 12 до 72 лет. Средний возраст составил 32,3 г. Диспропорция по половому признаку отражала контингент больных на момент обследования.

Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту

Возраст больных (лет)	Абс.	%
До 20 лет	26	13,9
21-30	69	36,7
31-40	45	24
41-50	33	17,5
51-60	10	5,3
61-70	4	2,1
70 и старше	1	0,5
Всего:	188	100

Зависимость возраста больных и давности заболевания представлена в таблице 2.

Таблица 2

Возраст больных и давность заболевания

Давность заболевания (лет)	До 1 г Абс/%	До 5 лет Абс/%	До 10 лет Абс/%	До 15 лет Абс/%
Возраст (лет)				
До 20	4/2,1	-	-	-
21-30	2/1,0	-	-	-
31-40	1/0,5	42/22,3	-	-
41-50	1/0,5	22/11,7	40/21,2	3/1,5
51-60	-	24/12,7	49/26	-
61-70	-	-	-	-
Более 70	-	-	-	-
Всего: 188	8/4,3	88/46,8	89/47,3	3/1,6

До начала исследования была составлена специальная карта вопросов, которые касались наследственности, раннего развития, характерологических особенностей, семейного и социального положения, характера в преморбиде личной ситуации.

Другая карта предусматривала описание структуры депрессивного синдрома, определение степени тяжести депрессии по шкале М.Гамильтона,

собственной шкале оценки степени тяжести депрессивного расстройства. Оценивалась степень выраженности тревоги (по шкале тревоги). Кроме того, данная карта включала в себя сведения о лечении (психотерапия, биологическая терапия), степень выраженности влечения к ПАВ.

Все пациенты были подразделены на 5 групп в зависимости от структуры депрессивного синдрома (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных в зависимости от структуры депрессивного синдрома

Синдром	Количество больных	
	Абс.	%
Тревожно-депрессивный	41	22
Апато-анергический	140	74,4
Сенесто-ипохондрический	4	2,1
Депрессивно-деперсонализационный	2	1,0
Обсессивно-депрессивный	1	0,5
Всего:	188	100

Как видно из таблицы 3, тревожно-депрессивный синдром наблюдался у 22% пациентов. На первый план в этой группе выступало переживание тревоги, которое сопровождалось той или иной степенью сниженного настроения. В ряде случаев проявление тревоги доминировало настолько, что депрессивное настроение можно было оценивать как дополнительный симптом.

У большинства больных имелось витальное ощущение тревоги, которое описывалось как «тревога в груди», «ком в горле».

Кинетический компонент синдрома характеризовался двигательным беспокойством: «игра рук», «заламывание пальцев», невозможность усидеть на месте. У части пациентов кинетические нарушения были сопряжены с многообразной вегетативной симптоматикой (выраженная потливость, сердцебиение, абдоминальный дискомфорт).

Идеаторный депрессивный компонент был представлен идеями безнадежности, бесперспективности существования, ощущением собственной ненужности.

У данной группы пациентов четко просматривались суицидальные тенденции, которые были связаны с чувством одиночества, бесперспективности существования.

Апато-анергический синдром отмечен нами у 74,4% больных с зависимостью от ПАВ.

В этой группе состояние пациентов определялось, в первую очередь, проявлениями заторможенности. Эти пациенты ощущали «собственное беспомощие», что явилось доминирующим в структуре депрессивной симптоматики.

В этой группе пациентов отмечались суицидальные попытки и пассивные суицидальные тенденции

(фантазирование по поводу лишения себя жизни). Обследуемые часто говорили, что «жить в таком состоянии не хочется».

Сенесто-ипохондрический синдром отмечен у 2,1% обследуемых. В этой группе на фоне достаточно выраженных по интенсивности тревоги и тоски присутствовала значительная фиксация на соматических ощущениях.

Выраженность ипохондрических идей, как правило, ограничивалась особой озабоченностью в отношении своего здоровья, фиксацией на соматовегетативных депрессивных проявлениях. Например, пациенты говорили об «узлах в желудке», дискомфорте во всем теле, нехватке воздуха. Все это формировало суицидальные мысли и тенденции больных.

Депрессивно-деперсонализационные проявления встречались в 1% случаев. Была зарегистрирована аутопсихическая деперсонализация. На фоне тоскливо-тревожного аффекта отмечались проявления чувства психического беспчувствия (*anaesthesia psychica dolorosa*). У одного пациента чувственная деперсонализация сопровождалась истинной суицидальной попыткой – «вскрыл себе вены, чтобы хоть что-то почувствовать и умереть». У другого пациента чувственная деперсонализация сопровождалась дереализационными проявлениями («люди как манекены», «деревья как ватные»).

Обсессивно-депрессивная симптоматика отмечена у 0,5% обследуемых. Навязчивости возникли задолго до начала употребления ПАВ и характеризовались невротическими проявлениями. Обсессии возникали из типичных депрессивных идей виновности и малооценности, которые принимали

характер стереотипий. Навязчивые воспоминания из круга пассивных суицидальных тенденций отражали предшествующую депрессии психотравмирующую ситуацию.

Наряду с описанием структуры депрессивной симптоматики нами проанализировано распределение пациентов по степени тяжести депрессивного состояния, что отражено в таблице 4.

Таблица 4

Распределение пациентов по степени тяжести депрессивного состояния и тревоги (по данным клинических шкал)

Степень тяжести	Количество пациентов	
	Абс.	%
Легкая	75	39,8
Среднетяжелая	90	48
Тяжелая	23	12,2

Распределение больных по степени выраженности тревоги (по шкале тревоги)

Степень выраженности тревоги	Количество пациентов	
	Абс.	%
Отсутствие тревоги	59	31,3
Легкая	88	47
Среднетяжелая	39	20,7
Тяжелая	2	1,0

По характеру суицидальных тенденций все обследованные (мужчины и женщины) были разделены на следующие группы:

1) лица с пассивными суицидальными тенденциями – 38 человек. Для них было характерно фантазирование на тему своей смерти, отвлеченные мысли о самоубийстве;

2) лица с активными проявлениями суицидальности, особенностями которых являлись посторонние мысли о смерти, продумывание способов осуществления аутоагgressии – 7 человек;

3) лица с истинными суицидальными попытками – 14 человек (саморанение режущими предметами).

Больные третьей группы были обследованы в течение первых двух-шести месяцев после осуществления ими покушений на самоубийство, в период, когда оставались актуальными психогенные переживания и связанные с ними суицидальные проявления.

Показатели суицидального поведения в зависимости от распределения больных по группам обследования представлены в таблице 5.

Таблица 5

Распределение больных по группам в зависимости от показателей суицидального поведения

Суицидальные тенденции	Количество пациентов	
	Абс.	%
Пассивные суицидальные тенденции	38	67,9
Активные суицидальные тенденции	7	12,5
Истинные суицидальные попытки	11	19,6
Всего:	56	100

Особый интерес представляют корреляционные соотношения между видом ПАВ, степенью выраженности депрессии и суицидальными тенденциями (таблица 6).

У всех обследованных пациентов отмечался резкий спад настроения в состоянии абstinенции. В это время появилась тоска, мысли о бессмысленности существования, собственной никчемности.

Спады настроения наблюдались во всех случаях в периоде ремиссии, когда сохранялась

психическая зависимость от ПАВ. Возникала тревога, чувство пустоты, ощущение, что «чего-то не хватает». Один больной образно охарактеризовал свое состояние таким образом: «как будто у меня вырвали сердце».

Истинные суицидальные попытки при алкоголизме совершались в состоянии абstinенции в 2-х случаях, в 1 случае в состоянии ремиссии в течение 3-х месяцев после очередного запоя и воздержания от приема алкоголя. При употреблении

Корреляционные взаимоотношения между видом ПАВ, степенью выраженности депрессии и суицидальными тенденциями

Вид ПАВ	Степень тяжести депрессии	Суицидальные тенденции
Алкоголь	Легкая – 41 Среднетяжелая – 43 Тяжелая – 3	Пассивные суицидальные тенденции – 27 Активные суицидальные тенденции – 4 Истинные суициды – 3
Наркотики	Легкая – 27 Среднетяжелая – 43 Тяжелая – 16	Пассивные суицидальные тенденции – 9 Активные суицидальные тенденции – 3 Истинные суициды – 7
Сочетанный прием алкоголя и наркотиков	Легкая – 5 Среднетяжелая – 4 Тяжелая – 1	Пассивные суицидальные тенденции – 2 Активные суицидальные тенденции – 0 Истинные суициды – 1
Влечеение к летучим веществам, психостимуляторам	Легкая – 1 Среднетяжелая – 1 Тяжелая – 2	Пассивные суицидальные тенденции – 0 Активные суицидальные тенденции – 0 Истинные суициды – 0
Зависимость к седативным и снотворным средствам	Легкая – 0 Среднетяжелая – 1 Тяжелая – 0	Пассивные суицидальные тенденции – 0 Активные суицидальные тенденции – 0 Истинные суициды – 0
Всего:	188	56

наркотических веществ истинные суицидальные попытки совершались в 5 случаях в период ремиссии и в 2-х случаях на высоте абstinентных проявлений. Все суицидальные попытки были предприняты в отсутствие близких людей и необходимой поддержки с их стороны. Предсуицидальный период во всех случаях был коротким (несколько часов). Попытки совершались без длительной подготовки с помощью имеющихся средств (бритва, нож). Все попытки были совершены дома. Отчетливое представление о смерти у суицидентов отсутствовало. Они совершались «на высоте душевного переживания», «чтобы прервать душевную боль».

Все суициденты имели законченное или незаконченное среднее образование. Большинство пациентов оказались дезадаптированными в семейном плане: среди совершивших истинный суицид 7 – одинокие, в гражданском браке состоит 1 пациент, в семье – 3 обследуемых.

Среди общего количества больных с суицидальными тенденциями только 9 человек имели полную семью, остальные оказались одинокими или имеющие случайные знакомства с противоположным полом.

Все пациенты подчеркивали более или менее интенсивное субъективно тягостное переживание одиночества, с окраской тоскливости, безнадежности, бесперспективности существования.

Причиной развития депрессии, употребления ПАВ и возникновения суицидальных тенденций являлась дезактуализация интимных отношений, родственных связей, дружеских взаимоотношений и привязанности. Утрата этих ценностей исключала возможность замены. Переживание одиночества в этот период оказалось эмоцией, провоцирующей

изоляцию, уход от действительности, растерянность, безнадежность.

Всем пациентам с депрессивными реакциями при употреблении ПАВ была свойственна сниженная самооценка, которая провоцировала неуверенность в себе, неустойчивость форм поведения в общении с окружающими, замкнутость, возникающую в результате недовольства своими возможностями. Диапазон поиска внутренне близких людей, с которыми возможно было бы завязывание индивидуальных эмоционально-значимых отношений, в приведенных случаях оказался резко сниженным.

Крах личностно значимых взаимоотношений являлся основной причиной развития депрессивного состояния и начала употребления ПАВ, что в дальнейшем, в свою очередь, вызвало актуализацию суицидального поведения.

У части больных суицидальное поведение являлось причиной выраженной тяги к ПАВ на высоте депрессивного состояния. Суицидальный мотив появлялся как следствие идей собственной виновности, малоценностии, чувства безрадостности, психологии и глубоко пессимистической оценки будущего.

Несмотря на отмеченные различия в предпосылках к появлению суицидальных мотивов, у всех больных определялись общие черты дальнейших этапов развития суицидального поведения. Мотив самоубийства появлялся вне состояния алкогольного или наркотического опьянения и ясно осознавался. Конечной целью было лишение себя жизни или потребность «вернуть себе прежние чувства, душевное спокойствие».

Цели, которые преследовали суициденты, прибегая к употреблению ПАВ, были неодинаковы. В одних случаях появлялась потребность «забыться»,

снять остроту переживаний. При приеме ПАВ возникал «порочный круг»: актуальность личностного конфликта гиперболизировалась, появлялось чувство вины, недовольства собой, ощущение безысходности своего положения.

В некоторых случаях при приеме алкоголя вслед за возникновение конфликтной межличностной ситуации алкоголь принимался с целью

ухудшения своего состояния, т.е. выполнял функцию саморазрушения без осознанного суицидального мотива.

Таким образом, описанные варианты и разновидности соотношений между употреблением ПАВ и суицидальными расстройствами многообразны, отражают особенности механизмов суицидального поведения и дают основания для его прогнозирования.

ТОКСИЧЕСКИЙ (МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ) ГЕПАТИТ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Г.Т.Шаяхметова, Н.Б.Мусабалинова

г. Павлодар

Современное выявление этиологии поражения и уточнение «факторов риска» в развитии заболеваний печени в связи с широким применением лекарственных средств в практической медицине – одна из центральных проблем в гепатологии. В зависимости от характера, интенсивности и длительности действия лекарственных средств, а также индивидуальных особенностей организма, развиваются острые или хронические поражения печени.

Гепатит является одним из серьезных осложнений психофармакотерапии нейролептическими средствами и связано, в основном, с назначением фенотиазиновых производных, прежде всего, аминазина.

Осложнение возникает независимо от дозы препарата на первой...пятой неделе лечения. Клинически, помимо желтухи, чаще отмечаются недомогание, боль в животе, зуд кожи, темный цвет мочи, эозинофилия и лейкопения.

Печень чаще нормальных размеров или увеличена незначительно. Средняя длительность желтухи – две...три недели. Внепеченочные знаки (телефангиектазии, печеночные ладони, асцит и другие) обычно отсутствуют.

Иногда поражения печени протекают бессимптомно и проявляются лишь в сдвигах биохимических показателей функции печени. Детальный клинический анализ заболевания, отсутствие эпидемиологических факторов, цикличности заболевания, возникновение заболевания на фоне терапии нейролептиками (аминазин), быстрое снижение билирубинемии после отмены препарата свидетельствуют о токсическом (медикаментозном) гепатите.

Больной Б., 29 лет, госпитализирован в стационар 20.12.2002 г. Аминазин назначен с 31.12.2002 г. в суточной дозировке 150 мг, через рот, 8 дней; с 08.01.2003 г. по 30.01.2003 г. 75 мг в сутки, через рот.

27.01.2003 г. (4-ая неделя приема аминазина) появились жалобы на небольшой зуд кожи, плохой сон, слабость. Аппетит не страдает.

Из анамнеза: соматически считает себя здоровым. Контакты с инфекционными больными отрицает. Не работает. Алкоголь не употребляет, острые отравления, аллергические реакции, перенесенные инфекционные заболевания, острый вирусный гепатит, парентеральный анамнез отрицает.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые нормальной окраски, сыпи нет. Язык умеренно обложен белым налетом, влажный. Внепеченочных знаков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие и ритмичные, ЧСС 72 в одну минуту. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, окрашен, 1 раз в сутки, моча светлая.

29.01.2003 г. жалобы на умеренную слабость сохраняются. Сон, аппетит не страдают. Состояние средней степени тяжести. Температура нормальная. Кожные покровы и склеры умеренно желтушные, чистые. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Пальпируется умеренно болезненный край печени, +0,5 см, плотно-эластичный, закругленный, ровный. Стула не было, моча темная.

При обследовании в крови гемоглобин – 143 г/л, лейкоциты – 5,8*10⁹/л, эозинофилов 2%, сегментоядерных – 60%, лимфоцитов – 34%, моноцитов – 2%, СОЭ – 11 мм/ч. Билирубин общий – 87 мкмоль/л, прямой – 46 мкмоль/л, непрямой – 41 мкмоль/л. Тимоловая проба – 1,2 ед.. Общий белок – 85 г/л, АСТ – 1,5 ммоль/л, АЛТ – 2,6 ммоль/л.

Заключение: Токсический (медикаментозный) гепатит.

Лечение: Аминазин отменен. Диета – стол № 5, витамины группы В (B_1 , B_6), аскорбиновая кислота, обильное питье.

03.02.2003 г. состояние больного средней тяжести, с улучшением. Кожные покровы нормальной окраски, сыпи нет. Склеры иктеричные. Печень прежних размеров, чувствительная. Стул окрашен, моча светлая.

06.02.2003 г. жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожа и склеры нормальной окраски, чистые. Язык чище. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул окрашен, моча светлая.

При обследовании в динамике (через десять дней) общий анализ крови – гемоглобин – 144 г/л, лейкоциты – $6,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилов 14%, сегментоядерных – 52%, лимфоцитов – 32%, моноцитов – 2%, СОЭ – 4 мм/ч. Билирубин общий – 31 мкмоль/л, прямой – 1,2 мкмоль/л. Тимоловая проба – 0,1 ед.. Общий белок – 70 г/л, АСТ – 0,55 ммоль/л, АЛТ – 1,2 ммоль/л.

Больной Х. 22 года, госпитализирован в стационар 26.03.2003 г. Аминазин назначен с 28.03.2003 г. по 02.04.2003 г. в суточной дозе 100 мг, с 5.04.2003 г. по 18.04.2003 г. в суточной дозе 150 мг, через рот.

17.04.2003 г. (3 неделя приема аминазина) жалоб нет.

При осмотре у больного обнаружена умеренная желтуха кожи и склер.

Из анамнеза – соматически здоров, контакты с инфекционными больными отрицает, не работает, алкоголь не употребляет. Острые отравления, аллергические реакции, парентеральный анамнез отрицает. 9 лет назад перенес острый вирусный гепатит А.

При осмотре – состояние средней степени тяжести. Самочувствие страдает мало. Сон, аппетит не нарушены. Кожные покровы и склеры умеренно желтушные, сыпи нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 72 в минуту, АД – 120/80. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный.

Литература:

1. Сливак Л.И., Райский В.А., Виленский Б.С. «Осложнения психофармакологической терапии». – Медицина: Ленинград, 1988
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. – Медицина: Москва, 1988
3. Медицина // Международный профессиональный журнал РК. - № 5, 2001
4. Медицина // Международный профессиональный журнал РК. - № 3, 2002

Печень, селезенка не увеличены. Стул окрашен, моча темная.

При обследовании – гемоглобин – 147 г/л, лейкоциты – $6,1 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерных – 68%, лимфоцитов – 24%, моноцитов – 8%, СОЭ – 3 мм/ч. Билирубин общий – 127 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л, непрямой – 43 мкмоль/л. Тимоловая проба – 1,8 ед.. Общий белок – 74 г/л, АСТ – 0,90 ммоль/л, АЛТ – 3,3 ммоль/л.

Заключение: Токсический (медикаментозный) гепатит.

Лечение: Аминазин отменен. Диета – стол № 5, витамины группы В (B_1 , B_6), аскорбиновая кислота, рибоксин, обильное питье.

22.04.2003 г. Состояние больного удовлетворительное. Жалоб нет. Кожные покровы и склеры легко желтушные, сыпи нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул окрашен. Моча утром – темная, днем – светлая.

25.04.2003 г. Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Сон, аппетит хорошие. Кожа и склеры нормальной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул окрашен, моча светлая.

В динамике на фоне лечения (через 10 дней) – общий анализ крови – гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – $6,3 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилов 6%, сегментоядерных – 62%, лимфоцитов – 22%, моноцитов – 10%, СОЭ – 5 мм/ч. Билирубин общий – 13 мкмоль/л, прямой – 1,7 мкмоль/л. Тимоловая проба – 1,4 ед.. Общий белок – 69 г/л, АСТ – 0,90 ммоль/л, АЛТ – 0,96 ммоль/л.

Таким образом, данные клинические примеры показывают наличие токсического (медикаментозного) гепатита как осложнение психофармакотерапии нейролептическими средствами. Наряду с благоприятно протекающим поражением печени, по литературным данным, наблюдается фенотиазиновые гепатиты с тяжелым течением и прогнозом.

Следовательно, терапия нейролептическими препаратами должна проводиться под тщательным терапевтическим и лабораторным контролем.

НАРКОЛОГИЯ

МОДЕЛИ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ, ВЫЯВЛЕННЫЕ В ХОДЕ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Д.А.Байызбекова, А.А.Арстанбекова

г. Бишкек, Кыргызская Республика

На начало 2000 года согласно глобальной оценке ООН, в мире насчитывалось около 180 млн. человек употребляли наркотики, в том числе каннабис - 144 млн., стимуляторы амфетоминового ряда - 29 млн., кокайн - 14 млн. и опиаты - 13,5 млн., включая 9 млн. пристрастившихся к героину. Как видно общая сумма этих чисел нетождественна глобальной оценке, это связано с существованием полинаркомании [1].

По данным глобальной оценки в 1999 году 95% мирового незаконного производства опия в последние годы приходится на Афганистан и Мьянму (Китай). Один только Афганистан в 1999 году давал более 70% мирового незаконного производства опия [1].

Глобальные перемены в мировом окружении Кыргызской Республики (КР) породили принципиально новую международную геополитическую и геоэкономическую среду, оказывающую непосредственное влияние на внутреннее и внешнее развитие страны. Возрастающий рост контрабанды наркотиков из Афганистана через Таджикистан, и далее в страны СНГ и Западной Европы, привел к появлению нового – «северного» пути наркотрафика, по которому половина незаконно производимых наркотиков (около 120 т. в героиновом эквиваленте) поставляется в Европу через Центральную Азию. Непосредственным следствием активизации «северного» маршрута и оседания наркотиков в регионе, явилось резкое увеличения почти в 10 раз в 2001 г. числа ВИЧ-инфицированных лиц среди граждан КР. За предшествовавшие 13 лет было зарегистрировано всего 14 случаев [2].

Материалы и методы.

В рамках проекта УНП ООН «Экспресс-оценка распространения наркомании в странах Центральной Азии» в 2001-2002 г.г. в Кыргызской Республике было проведено исследование среди лиц с наркотической зависимостью. Одной из целей исследования было выявление основных моделей потребления наркотиков. Ввиду маргинализированности популяции лиц с наркотической зависимостью (ЛНЗ), невозможно было использовать вероятностную выборку для получения достоверных результатов. Поэтому была использована детерминированная выборка, «снежный ком» - цепная отсылка нескольких субъектов, первоначально участвовавших в исследовании [3]. С помощью структурированных вопросников и полуформализированных интервью было опрошено более 260 человек,

проживающих в г. Бишкек (город) и сельских районах Чуйской области (село). На основании полученных данных была разработана база данных и проведен частотный анализ с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Среди опрошенных ЛНЗ преобладали лица мужского пола - в среднем 83,3% (город - 75,8%, село - 88,3%). Средний возраст опрошенных в обоих регионах был идентичен (30 и 32 года, соответственно). Возрастной диапазон (разброс) опрошенных в г. Бишкек оказался равен 30 годам (от 16 до 46 лет), а возрастной диапазон потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), проживающих в сельской местности Чуйской области равен 48 годам (от 14 до 62 лет). Доля лиц до 19 лет оказалась значительно выше в сельской местности, чем в городе (22% против 7,4%). В возрастной группе 20-25 лет преобладали жители г. Бишкек (32,4% против 21%). Остальные опрошенные были старше 25 лет, что и определило тот высокий показатель среднего возраста интервьюированных ЛНЗ в обеих местностях.

Анализ собранной информации по типам потребляемых наркотиков выглядит следующим образом. До 90-х годов наиболее часто употребляемым наркотиком был каннабис. В ходе экспресс-оценки только 16,7% опрошенных (город) и 10,6% (село) назвали его основным наркотиком (чаще на него указывали, как на дополнительный наркотик). Основным наркотиком большинством респондентов был назван геройн (так утверждают 72,9% опрошенных ЛНЗ в г. Бишкек, 83% - в сельской местности). Основным методом введения наркотика для 79,2% (город) и 100% (село) героиновых наркоманов является инъекционный метод. Частота потребления в 62,5% и 68,1% случаев (соответственно) оценивается как «ежедневное»; в менее чем 20% случаев от 2 до 6 дней в неделю.

В качестве дополнительного вида наркотиков большинство наркоманов назвали опий. Частота и способ потребления опия почти такие же, как и герояна.

Если раньше ЛНЗ употребляли предпочтительно только какой-нибудь один вид наркотика (со слов наркоманов со стажем, это было связано с «престижностью»). Лица, употребляющие несколько типов наркотиков, признавались в их среде изгоями, и к ним относились презрительно («А! Этому все равно, что хавать», «Он/она жрет все подряд»).

В последнее же время ситуация изменилась. Так, проведенный анализ данных опроса наркозависимых лиц выявил, что во всей совокупной выборке употребление только одного типа наркотика встречается всего в 32% случаев, а 68% опрошенных лиц употребляют два и более наркотиков. Подобное соотношение в целом сохраняется и для оценки данных отдельно по г. Бишкек и сельских районов.

Для объяснения сложившейся ситуации респондентами приводятся следующие причины:

- неравномерное поступление на черный рынок различных видов наркотиков. Так, например, многие лица с опийной зависимостью говорят о том, что они вынуждены покупать героин, потому, что опий иногда невозможно найти;
- финансовые проблемы - не всегда имеются деньги на покупку героина, приходится покупать более дешевый опий;
- с целью усиления наркотического эффекта от меньшей дозы героина, многие принимают одновременно с ним психотропные препараты;

В связи с ростом потребления «тяжелых» наркотиков, отношение общественности к каннабисной

наркомании стало более лояльным («доктрина меньшего зла»), многие ЛНЗ, для маскировки наркотического опьянения вызванного опиатами, курят каннабис, чтобы избежать неприятных объяснений с родителями и /или другими членами семьи.

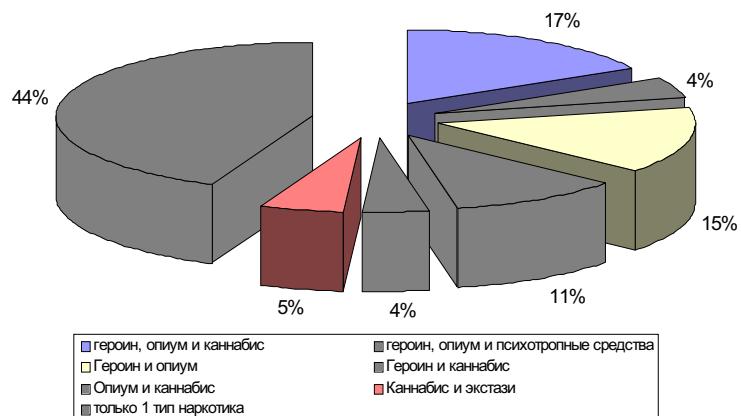
Модели сочетанного употребления нескольких типов наркотиков выглядели следующим образом:

В г. Бишкек 17,02% опрошенных лиц одновременно употребляют героин, опий и каннабис; 4,26% - героин, опий и психотропные средства. Модели из двух типов наркотиков выглядят следующим образом: героин и опий - 14,89%; героин и каннабис - 10,64%; опий и каннабис - 4,26%; каннабис и экстази - 5,26% (график 1).

Для сельской местности сочетание моделей потребления из трех наркотиков выглядит следующим образом - «героин - опий - каннабис» - 36,17%; «героин - опий - психотропные средства» - 2,13%. Двухнаркотиковые модели потребления: героин и опий – 17,02%; героин и каннабис - 19,15%; опий и каннабис - 2,13% (График 2).

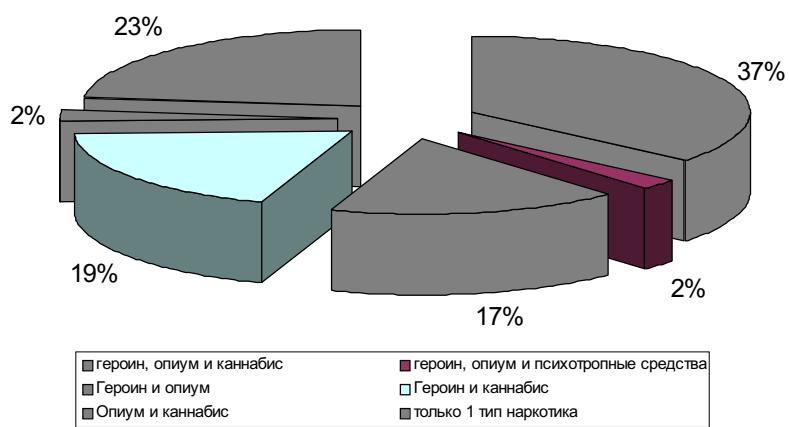
Удельный вес лиц потребляющих несколько типов наркотиков из числа опрошенных в г.Бишкек

График 1



Удельный вес лиц потребляющих несколько типов наркотиков из числа опрошенных в сельской местности

График 2



Как видно из приведенных данных, в сельской местности почти в два раза выше численность лиц с моделью потребления “героин - опий - каннабис”. Большинство респондентов это объясняют двумя причинами: нехваткой денег для приобретения желаемого наркотика и неравномерными поставками наркотиков на черном рынке.

В г. Бишкек 5,26% указали на употребление экстази, нового типа наркотика, ранее не регистрировавшегося в Кыргызской Республике.

Как правило, употребляют героин либо с целью достижения эйфории, либо снять абстинентный синдром. Со слов опрошенных лиц, с целью купирования абстинентного синдрома принимают от 0,3 до 2 «чеков» в день («чек» содержит 1/10 – 1/12 доли грамма героина), по два раза в день: «утром, чтоб «нормально» жить, учиться или работать, и вечером, чтоб «нормально» спать, без кошмаров». Как правило, с целью купирования абстинентного синдрома принимают ЛНЗ наркоманы с большим стажем (более 2-5 лет), вконец обнищавшие и не имеющие денег, чтобы пройти лечение в наркологическом стационаре. Для достижения эйфории некоторые ЛНЗ поднимают дозу до 5-8 «чеков» за один прием. Как правило, делают это люди состоятельные. Они время от времени проходят анонимное лечение в частных и государственных клиниках, с целью снизить толерантность. Если первые в беседе просят о помощи, бесплатно или частично оплачиваемом лечении, то вторые ведут себя более агрессивно, предлагая самим попробовать наркотик, чтобы «оценить все прелести жизни». Но и у тех и других величина

дозы зависит от качества героина. Со слов наркоманов, геройн на черный рынок поступает высокой очистки, «но «барыги» (торговцы наркотиков) его очень сильно «буторят» (смешивают) с различными веществами», для получения высоких прибылей. В связи с чем, невозможно определиться в размере дозы и всегда существует опасность передозировки.

Выводы:

Анализ собранной информации по типам потребляемых наркотиков выявил, что независимо от проживания в городе или селе модели потребления наркотиков существенно не отличаются, и имеют следующую характеристику:

1. В качестве основного наркотика опрашиваемые наркоманы называли геройн (город – 72.9%, село – 83%).
2. Основным методом введения герояна является инъекционный, так в городе в этом призналось 79,2% героиновых наркоманов, в селе – 100%.
3. Более 60% опрошенных инъекционных героиновых наркоманов употребляют наркотик ежедневно, доза зависит от социально-экономического статуса и стажа потребления.
4. Во всей совокупной выборке употребление только одного типа наркотика встречается всего в 32% случаев, большинство наркоманов (68%) употребляют два и более наркотиков.
5. В ходе опроса выявлено в г. Бишкек единичное потребление наркотиков амфетаминового ряда («экстази» - 5,26%), ранее не регистрировавшихся в Кыргызской Республике.

Литература:

1. Всемирный доклад о наркотиках (2000 год) // ВОЗ, V.01-80213, 2001, 6 с.
2. Осмонова А.А. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции (СПИДу) // Материал IV съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов Кыргызской Республики, Бишкек – 2002.-С. 275-278
3. Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры / / УКНПП ООН: Вена. - 1999. - 52 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНЪЕКЦИОННОЙ НАРКОМАНИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Д.А.Байызбекова, А.А.Арстанбекова, Т.К.Асанов

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Abstract.

The analysis of epidemiological aspects of drug injection use did not reveal differences between urban and rural population. The main injection drug is heroine. In persons older than 19 years the first drug was cannabis and in persons younger than 19 years –

heroine. The smallest age at first trial of a drug is significantly lower in the rural area – by 4 years.

До 90-х годов проблема наркотиков воспринималась в Кыргызской Республике, как проблема, касающаяся только зарубежных стран, и содействие

международных организаций было направлено на усиление правоохранительных аспектов борьбы против наркотиков. В течение последних десяти лет, когда в Афганистане интенсивно возросло производство героина (по данным глобальной оценки ООН более 70% мирового незаконного производства опия) [1], Кыргызстан, как и все государства Центрально-азиатского региона столкнулся с проблемой постоянно растущего числа транзита наркотиков из соседнего Афганистана, пунктом назначения которых стали российские и западноевропейские рынки. Исторический опыт других стран показывает, что в местах транзита наркотиков существует потенциальная угроза распространения наркомании. Сформировавшийся северный наркотрафик через территорию Центральной Азии и процветание местных потребительских рынков привнесли изменения в восприятие существующей проблемы, как чисто медицинской, призывающей правительство и широкую общественность принять соответствующие меры для противодействия распространению наркомании среди населения. Последствия наркомании как для отдельно взятого индивидуума, так и для всего мирового сообщества разнообразны, и имеют широкий диапазон, но наиболее актуальным из них является ВИЧ/СПИД инфекция.

За период 1987- 2000 г.г. структурами Республиканского объединения СПИД было выявлено 14 случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Кыргызской Республики. Ситуация резко изменилась в 2001 году, в течение которого было выявлено 134 ВИЧ-инфицированных граждан, что превысило уровень заболеваемости за предшествующие годы почти в 10 раз, причем 97,01% из их числа были потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) [2].

Целью данной работы является выявление эпидемиологических аспектов наркомании в Кыргызской Республике на примере г. Бишкек и малых городов и сельской местности Чуйской области.

Материалы и методы. С июля 2001 по август 2002 г.г. было проведено комплексное эпидемиологическое исследование в популяции потребителей наркотиков. Ввиду отсутствия статистически достоверных данных о популяции лиц, злоупотребляющих наркотиками, и ее маргинализированности, в рамках нашего расследования невозможно было использовать вероятностную выборку, поэтому был использован метод детерминированной выборки, «снежный ком» - цепная отсылка нескольких субъектов, первоначально участвовавших в исследовании [3]. С помощью структурированных вопросников и полуформализованных интервью было опрошено более 360 потребителей инъекционных наркотиков.

На основании полученных данных была разработана база данных и проведен частотный анализ с помощью программы SPSS. Все опрошенные

инъекционные потребители наркотиков были разделены на две группы, проживающие в городской (I группа) и сельской местности (II группа). В первую группу вошли ПИН, проживающие в г. Бишкек, во вторую – ПИН, проживающие в малых городах и сельской местности Чуйской области. С добровольного согласия анкетируемых было проведено анонимное тестирование сыворотки крови на ВИЧ-инфекцию. Тестирование на антиHIV проводилось высокочувствительной тест-системой ЗАО “Вектор Бест” (Россия), для определения истинно отрицательных результатов использовали тест Immuno Combi II HIV $1/2$, Bispot «Ордженикс» (Израиль).

Результаты и обсуждение. Из числа опрошенных лиц 82,3% ПИН были мужчинами, в I группе - 94,3%, во II группе – 87,3%. Возрастной диапазон (разброс) ПИН, опрошенных в г. Бишкек, составил 30 лет (от 16 до 46 лет), для проживающих в малых городах и сельской местности Чуйской области равного 48 годам (от 14 до 62 лет). Несмотря на то, что возрастной диапазон в первой группе был значительно уже, чем во второй, средний возраст опрошенных в обеих группах составил $29,5 \pm 0,5$ лет. Доля лиц до 19 лет оказалась значительно выше во II группе, 22% против 7,4%. В возрастной группе 20-25 лет преобладали жители г. Бишкек (32,4% против 21%). Остальные опрошенные были старше 25 лет, что и определило высокий показатель среднего возраста интервьюированных ПИН.

Как известно, одним из показателей эпидемиологии любого социально значимого заболевания является социально-бытовая адаптация. Параметрами социально-бытовой адаптации, является семейное положение и характер источников дохода. Хорошая семейная адаптация, т.е. наличие собственной семьи и детей отмечается лишь у 28,4% в г. Бишкек и 34% в других населенных пунктах Чуйской области. Большинство опрошенных ПИН в период анкетирования не имели собственной семьи и проживали с родителями (46,6% во II группе и 47% в I-ой).

У остальных опрошенных имеются прямые признаки социальной дезадаптации, т.е., они проживают вне собственной или родительской семьи: либо в одиночку, либо у чужих людей, которых называют друзьями, приятелями. В г. Бишкек таких лиц было 16,4%, среди опрошенных ПИН, проживающих в малых городах и сельской местности Чуйской области - 16%. 8,7% опрошенных в г. Бишкек и 3% в Чуйской области не дали определенного ответа, т.е., проявили нежелание раскрывать подробности своей жизни даже в таком простом аспекте как место и форма проживания. Скорее всего, их следует отнести к последней группе - к лицам с нарушенной социальной адаптацией.

Предположение о невысоком уровне социальной адаптации у значительной части опрошенных

ПИН подтверждается результатами анализа ответов на вопрос об источниках доходов в последний год.

Как выяснилось, собственные источники доходов имели в последний год около 2/3 опрошенных ПИН (63,8% в I группе и 67% во II группе), однако среди них только у 23,3% в I группе и 10% во II группе этот источник доходов был в виде постоянной работы. Большая же часть из этой группы в качестве источника доходов назвала случайные заработки (40,5% в I группе и 57% во II группе). Остальная часть или 1/3 ПИН (36,2% в I группе и 33% во II группе) проживала за счет чужих средств или на чьем-либо иждивении. И только незначительная часть ПИН (в г. Бишкек 2,6%) призналась в том, что занималась продажей наркотиков, т.е. вела криминальный образ жизни.

Анализ уровня образования показал, что большинство опрошенных ПИН имели среднее и среднее специальное образование (75,8% в г. Бишкек и 79% в других регионах Чуйской области). Правда, в сельской местности Чуйской области существенно более высоким оказался процент лиц, имеющих только начальное образование - 13% (против 2,3% в г. Бишкек). Напротив, в г. Бишкек, несколько более высоким оказался процент лиц, имеющих высшее образование (8,7% против 6%).

Изучение возраста первого знакомства с наркотиками показало, что он составил 18-19 лет в г. Бишкек и в малых городах и сельской местности Чуйской области. В свете, отмечающейся в последние годы, тенденции омоложения контингента потребителей наркотиков, полученный средний возраст выглядит достаточно высоким и, на первый взгляд, не соответствующим реальному положению вещей. Однако если принять во внимание, что средний возраст опрошенных составил 29-30 лет, то ясно, что первое знакомство с наркотиками у большинства из них состоялось в начале 90-х годов прошлого века, т.е. в период, когда об омоложении потребителей наркотиков в Центрально-Азиатском регионе еще не говорили.

О последовавшем затем снижении возраста потребления наркотиков более доказательно свидетельствуют другие данные, а именно минимальный возраст первого знакомства с наркотиками. В малых городах и сельской местности Чуйской области он оказался существенно (на 4 года) ниже, чем в г. Бишкек - 8 лет против 12.

Эти данные хорошо согласуются с тем фактом, что среди опрошенных ПИН, проживающих в сельской местности Чуйской области, значительный процент составляли лица до 19 лет, т.е. те, кто начал потребление наркотиков примерно в середине и конце 90-х годов, т.е., в период, когда поставки и транзит наркотиков через страну приобрели устойчивый и массированный характер, а вовлечение в процесс наркотизации молодых людей стало распространенным явлением.

Наркотиком первого знакомства для ПИН оказался каннабис - в г. Бишкек (94%), в малых городах и сельской местности Чуйской области - героин (55%). Детальное изучение ответов показывает, что высокий процент каннабиса как наркотика первого знакомства согласуется с высоким процентом среди опрошенных ПИН лиц старше 19 и 25 лет и низким процентом молодых людей до 19 лет. Т.е. лица более старшего возраста начинали свое знакомство с наркотиками еще в «догероиновый» период, т.е. до середины 90-х годов прошлого века, поэтому среди них намного выше процент тех, кто начал свою историю наркотизации с производных конопли.

Высокий процент первого потребления героина в малых городах и сельской местности Чуйской области (19%), в сравнение с г. Бишкек (3,4%), возможно, является отражением омоложения контингента наркопотребителей, но возможно также и то, что в сельской выборке случайно удельный вес опрошенных наркоманов в возрасте до 19 лет оказался выше (20% против 5,2%). Эти данные выглядят парадоксальными, т.к. официальные статистические данные свидетельствуют о том, что уровень распространения наркомании в столице существенно выше, а, значит, и уровень первичного знакомства с героином в Бишкеке должен был быть выше, хотя бы потому, что возможности сбыта героина в столице существенно шире, чем в регионах.

Изучение возраста первого инъекционного потребления наркотиков показало, что более 2/3 опрошенных ПИН сделали это в возрасте до 25 лет. Средний возраст составил 22 и 21 год в г. Бишкек и в малых городах и сельской местности Чуйской области соответственно. Минимальный возраст инъекционного потребления в сельской местности оказался значительно ниже, чем в городе (10 лет против 14 лет). Свидетельством тому, что приобщение к наркотикам может происходить в самом различном возрасте, явился максимальный возраст первого инъекционного потребления наркотиков - в 43 года в обеих группах.

Подавляющее большинство в г. Бишкек и в малых городах и сельской местности Чуйской области при первой инъекции наркотика воспользовалось чужими услугами и помощью (75,9% и 87%). Лицами, чьими услугами воспользовались опрошенные ПИН при первой инъекции наркотика, в большинстве случаев оказались «приятели-наркоманы» (в I группе - 61,2%, во II группе - 75%). 2% опрошенных ПИН, проживающих в малых городах и сельской местности Чуйской области, указали, что первую инъекцию наркотика им произвели наркоторговцы, т.е. лица, активно распространяющие наркотики и прямо заинтересованные в увеличении количества потребителей наркотиков, это, отчасти, объясняет высокий уровень инъекционного потребления наркотиков в данном районе.

На вопрос о первом инъекционно использованном наркотике в г. Бишкек в равной степени были названы опий (49,1%) и героин (50%). В сельской местности в качестве первого инъекционного наркотика преобладал опий - 63%. Первичное инъекционное введение героина в этой группе использовали только 36% респондентов.

Изучение мотивации первого инъекционного потребления наркотиков показало, что на первом месте в качестве побудительного мотива стоит любопытство («из интереса») - 36,3%. Второй по распространённости мотивацией - оказалось наличие «проблем», и, возможно, эпизоды аффективных расстройств («депрессия»). Так ответили в г. Бишкек 13,8% и в малых городах и сельской местности Чуйской области 9% опрошенных ПИН. Все остальные случаи составляли от 0 до 8,6% и не могут быть выделены как характерные для того или иного места мотивы. Правда, в г. Бишкек по 8,6% набрали ответы с ключевым словом «расслабиться».

Выяснение мнения опрошенных ПИН относительно причин инъекционного потребления наркотиков вообще, т.е. безотносительно к их личному опыту показало, что большинство опрошенных так и считают, что на первом месте стоит любопытство («интерес») – 56% (в г. Бишкек) и 86% (в сельской местности Чуйской области), на втором, что это наиболее удобный способ «расслабиться» - 42,2% и 58%, соответственно. Далее по распространённости в г. Бишкек выделяются следующие причины:

- что это избавляет от «душевной боли и позволяет расслабиться» -39,7%
- наличие «проблем» и сниженное настроение - «депрессия» -34,5%
- желание испытать приключение – 31,9%
- хорошее настроение - 29,3%
- остальные ответы набрали менее 25%.

В других населенных пунктах Чуйской области следуют такие причины:

- желание подражать лучшему другу или секуциальному партнеру - 53%
- хорошее настроение - 43%
- желание избавиться от душевной боли и расслабиться - 42%
- желание испытать приключение - 38%
- желание попробовать другой способ употребления наркотиков - 35%.

Более 30% набрали также ответы как

- «все это делали» - 34%
- «была депрессия» - 32%
- «было все равно» - 32%.

Давление со стороны других потребителей наркотиков как побудительная причина первого инъекционного потребления наркотика оказалось на самых последних местах. В г. Бишкек подобным образом ответили 15,5%, в малых городах и сельской местности Чуйской области – 4%. Это еще раз

свидетельствует о том, что приобщение к потреблению наркотиков вообще, и инъекционному, в частности, происходит по инициативе самого человека, и манипуляции над ним производятся с его добровольного согласия.

Анализ ответов по месту первичного внутривенного потребления наркотика показал, что это событие обычно происходило «у себя в доме» или в том доме, где проживал опрошенный ПИН. В Бишкеке преобладали ответы «у себя дома» - 38,5%, в сельской местности - «в доме, где живут» ПИН (41%). В домах наркоторговцев впервые употребили инъекционные наркотики 3,5-4% опрошенных ПИН. Т.е. первичное приобщение к инъекционному потреблению наркотиков в домах, принадлежащих наркоторговцам, по-видимому, не распространено.

Подтверждением тому, что инициация потребления наркотиков обычно происходит с согласия самого будущего наркомана при полном осознании им характера своих действий, является то установленное при опросе обстоятельство, что при первой инъекции наркотика большинство опрошенных находились в трезвом состоянии (72,2% - в I группе и 71% - во II группе).

Однако остальная четверть опрошенных в г. Бишкек и в малых городах и сельской местности Чуйской области в момент первого инъекционного введения наркотика находились в состоянии опьянения, вызванного действием других психоактивных веществ. Т.е. определенная часть наркоманов к моменту первичной инъекции наркотика уже не только готова к этому приобщению, но и пытается путем инъекций усилить то состояние опьянения, которое уже имеется.

Лишь небольшая часть опрошенных в г. Бишкек заявила о первой инъекции наркотика в тот момент, когда они испытывали «ломку», т.е. в ситуации, когда им требовалась очередная доза наркотика, который до этого принимался не инъекционным путем, и у них уже сформировалась наркотическая зависимость.

Лицом, сделавшим первую инъекцию, обычно являлся «друг-наркоман» (45,2% и 51%), или просто «друг» или «подружка» (21,7 и 21%). О наркоторговце, как лице, сделавшем первую инъекцию наркотика, сообщили всего 4% опрошенных из числа проживающих в малых городах и сельской местности Чуйской области.

Средний возраст человека, впервые сделавшего инъекцию наркотика опрошенному ПИН, в г. Бишкек составил 24 года, в сельской местности - 31 год, т.е. - это были люди значительно старше по возрасту (особенно в сельской местности), что согласуется с известным мнением о наркоманах, как людях подобным способом пытающихся расширить пути и способы получения наркотиков уже в будущем через тех, кого они сумели в свое время приобщить к потреблению наркотиков.

Психическое состояние человека, чьими услугами воспользовался опрошенный ПИН в момент первичного внутривенного введения наркотика, в большинстве случаев оценено как состояние, находившегося под воздействием наркотика - 44,7% (I группа), и 51,5% (II группа). Данное обстоятельство характеризует первичного потребителя инъекционного наркотика как действительно испытывавшего желание по каким-либо причинам попробовать на себе действие наркотика, видя перед глазами пример человека, уже находящегося в состоянии наркотического опьянения.

Приобретение иглы для первой инъекции в большинстве случаев не являлось заботой приобщаемого лица - они уже имелись «у друга или знакомого», который и снабжал ими 40,5% ПИН (I группа) и 45% в (II группа). О приобретении иглы в аптеке сообщили ПИН в г. Бишкек 41,4% и только 1% опрошенных в сельской местности Чуйской области.

Частое приобретение игл «просто на улице» было более характерно для сельской местности (29% опрошенных против 1,7%).

Игла при первой инъекции, в большинстве случаев, не была использована другими, т.е. была новой и стерильной у 59,6% опрошенных в г. Бишкек и 66% - в малых городах и сельской местности Чуйской области. Использовали чужую иглу, зная, что она уже была в чужом употреблении - 17,6% и 16% ПИН, соответственно.

Меры предосторожности в виде промывания иглы перед употреблением предпринимались в 23,2% в I группе и 18% во II группе. Промывание игл перед первой инъекцией производилось не самими потребителями наркотиков, а лицами, приобщавшими их к инъекционной наркотизации. Об этом сообщили 26,8% и 10%, соответственно. Самими опрошенными иглы при первой инъекции промывались только в 1,8% и 7%, соответственно. Прочие затрудняются сказать, промывалась ли игла вообще. Для промывания игл, в основном, использовалась вода - кипяченая (23,2 % и 9%) или холодная (7,1% и 14%).

Переход на регулярное потребление инъекционных наркотиков происходил сразу после первой инъекции только у небольшой части опрошенных ПИН (5,2% и 4%). В большинстве случаев он происходил в течение первой недели, начиная со следующего дня после первой инъекции. О таком интервале сообщили 33% опрошенных ПИН в г. Бишкек и 31% - в малых городах и сельской местности Чуйской области, т.е. примерно одна треть опрошенных ПИН. Об интервале «через неделю - до одного месяца» сообщила почти четверть опрошенных (25,2% и 27%, соответственно). Остальные варианты ответов набрали менее 20% и не указывают на более или менее структурированные тенденции.

Изучение частоты инъекционного потребления наркотиков показало, что в течение последнего года большинство опрошенных употребляли наркотики путем инъекций ежедневно (41,7% и 56%). Второе место по частоте употребления в г. Бишкек занимает употребление по 2-3 раза в неделю (22,6%), а в сельской местности Чуйской области - 4-6 раз в неделю (18%).

Анализ видов наркотиков, принимаемых инъекционным способом, показывает, что наиболее распространенным наркотиком в этом смысле является героин (93% и 94%). На втором месте опий (76,8% во II группе и 69,9% в I группе). На третьем месте в г. Бишкек другие опиаты - 22,1%, в малых городах и сельской местности Чуйской области психотропные препараты - 36%. Судя по ответам, в г. Бишкек достаточно распространено потребление галлюциногенных веществ (17,2%), а в сельской местности - эфедрона (14%).

Те ПИН, которые употребляли наркотики ежедневно в течение последнего года, наиболее распространенным назвали частоту потребления 2 раза в день. При такой частоте употребления наркотика практически исключается возможность развития синдрома отмены, а наркоманы могут чувствовать себя относительно комфортно. 34,3% ПИН в г. Бишкек и 40% в малых городах и сельской местности Чуйской области, сообщили о 3-4 разовом приеме наркотика в день. Лишь небольшая часть ПИН из I группы сообщила о потреблении более чем 4 раза в день (2,9%), но среди опрошенных в малых городах и сельской местности Чуйской области подобных ответов оказалось больше - 10%.

Местами потребления наркотиков чаще всего назывались «дом проживания» и «место проживания».

Частое употребление наркотиков «в притонах» опрошенными ПИН не подтверждается - таковых среди опрошенных оказалось всего 7,8% в I группе и 9% во II группе.

Из числа опрошенных лиц в 6% в г. Бишкек и 4% - в малых городах и сельской местности Чуйской области сообщили, что им приходилось употреблять наркотики в тюрьме.

Среди инъекционных наркоманов, проживающих в городе Бишкек и Чуйской области, было проведено серологическое исследование крови ПИН на наличие маркеров ВИЧ (анти HIV). В городе Бишкек анализ сыворотки был проведен среди 206 ПИН, в сельской местности - 116 ПИН. В ходе исследования было выявлено по одному новому случаю ВИЧ-инфицирования. В обоих случаях имелись множественные контакты с другими ПИН (была дана информация о совместном употреблении наркотиков с 8 и 11 лицами, соответственно). Одна из них относится к группе работников коммерческого секса, другой сожительствует с проституткой. Оба указали, что пользуются презервативами крайне редко.

Выводы

Проведенный анализ выявил, что в современных условиях в целом не существует различий в наркотизации сельского и городского населения. Причем, по некоторым показателям ситуация в сельской местности и малых городах Чуйской области значительно хуже, чем в столице. В качестве основного инъекционного наркотика более чем 93% опрошенных ПИН назвали героин. Основная частота потребления ежедневно два раза в день.

Учитывая отсутствие собственной семьи и случайный характер доходов почти у половины и проживание за чужой счет еще у 1/3 опрошенных ПИН подтверждает вывод о наличии нарушений в социальной адаптации у большинства из опрошенных ПИН.

Приведенные выше параметры выборки позволяют создать условную, обобщенную характеристику проинтервьюированных ПИН, проживающих в Чуйской области КР. Она выглядит следующим образом:

- в обеих местностях инъекционными потребителями наркотиков в большинстве случаев оказались мужчины 29-30 лет. Первое знакомство с наркотиками они начали в возрасте 18-19 лет.

- отличительной особенностью ПИН в г. Бишкек является то, что первым употребленным ими

наркотиком оказался каннабис (94%). Это согласуется как со средним возрастом проинтервьюированных ПИН (29 лет), так и средним возрастом начала потребления наркотиков (в 18-19 лет, т.е. 10-11 лет назад). В тот период история наркотизации у большинства наркопотребителей начиналась с каннабиса.

Особенностями опрошенных ПИН, проживающих в сельском регионе, оказались: а) очень широкий возрастной диапазон опрошенных (от 14 до 62 лет), б) значительный процент женщин (27%), в) более высокий, чем в г. Бишкек процент молодых людей до 19 лет (20%). Причем, среди ПИН, опрошенных во II группе, 11% прекратили обучение в школе еще до 14 лет и имеют всего лишь начальное образование (13%). Высокий процент среди опрошенных ПИН молодежи до 19 лет отразился также на раннем знакомстве с наркотиками (25% начали употреблять их до 14 лет) и в употреблении героина как первого наркотика (19%).

Анализ факторов рискованного поведения и информации, предоставленной выявленными ВИЧ-инфицированными, свидетельствует о том, что необходимо повсеместное внедрение мер профилактики по снижению риска распространения ВИЧ-инфекции, как в популяции ПИН, так и среди всего населения.

Литература:

1. Всемирный доклад о наркотиках (2000 год) // ВОЗ V.01-80213, 2001. - 6 с.
2. Осмонова А.А. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ/СПИДу. // Матер. IV съезда гиг., эпид., микр., парам. и инфек. КР. - Бишкек, 2002. - С.275-279
3. Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками и соответствующие меры // УКНПП ООН. - Вена, 1999. - 52 с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЗАВИСИМОСТИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

А.С.Каражанова

г. Павлодар

1. Эпидемиологический аспект

Распространенность злоупотребления наркотическими веществами, как природными, так и синтетическими, возросла за последние два десятилетия настолько резко, в таких масштабах и такими высокими темпами, что в настоящее время представляет собой угрозу для всех стран мира в разных отношениях (Е.А.Кошкина 2002).

В начале 80-х годов была сделана попытка оценить число наркоманов в мире, по данным ООН, полученным из 146 стран (A.F.Brunswick, P.A.Messeri, 1986). По данным ВОЗ в 1986 г.

злоупотребляли наркотиками и близкими к ним по опасности психотропными средствами 47,2 миллиона человек, из них около 3 млн. - опиатами; около 6 млн. - кокаином и листьями коки; 29,7 млн. препаратами конопли; 2,3 млн. - стимуляторами группы амфетамина; 2 млн. - галлюциногенами; 4,2 млн. человек злоупотребляли транквилизаторами, барбитуратами и седативными средствами, которые тоже находятся под контролем Комиссии по наркотикам ООН в соответствии с Конвенцией по психотропным средствам 1971 года. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в начале 80-х

годов около 1% населения в мире было причастно к злоупотреблению наркотиками. При этом 84,3% от общего числа потребителей наркотиков в мире приходилось на США, на Европу - 1,6%, на страны Юго-Восточной Азии - 8,3%, Восточного Средиземноморья - 2,4%, Африки - 1,7% (В.В.Дунаевский, В.Д.Стяжкин, 1991, В.Я.Семке, О.К.Галактионов, 1993).

N.Miller (1990) представил исследование о распространенности наркоманий в США, которое показало, что у 1/3 людей, подвергшихся тестированию на наркотики при трудоустройстве, обнаружены положительные результаты. Установлен еще один важный факт: среди больных алкоголизмом в возрасте до 30 лет 80%, в добавление к алкоголю, употребляют наркотики (M.L.Desland, R.G.Batey, 1992).

В отношении распространения наркомании в Европейских государствах по литературным данным были представлены некоторые цифры (данные ВОЗ), отражающие ситуацию в конце 80-х - начале 90-х годов (K.Bernstein, 1982), которые выглядят следующим образом. В Чехословакии было зарегистрировано в 1989-90 годы до 8500 потребителей наркотических веществ (население в 15,4 млн.); в Болгарии - 1276 потребителей (население - 8,9 млн.); во Франции при численности населения 55 млн. человек, зарегистрировано 120000-150000 потребителей; в Германии - 60000-80000 потребителей (население - 61 млн. человек без Восточной Германии); в Италии 60000 человек подверглись лечению (население - 56,8 млн. чел.).

В Польше в этот период времени насчитывалось до 30000 больных наркоманиями, при этом в 70% случаев после внутривенного введения наркотиков было выявлено ВИЧ-инфицирование. В Чехословакии - 10000-15000 потребителей наркотиков, ВИЧ-инфицированных - 118 случаев. В Югославии - 1830 наркоманов, у 402 человек выявлено ВИЧ-инфицирование. В Венгрии из 12000 потребителей - 10% случаев связано с ВИЧ-инфицированием.

По данным 1992 г. только на территории ФРГ было зарегистрировано 100000 человек с явлениями зависимости от наркотических средств. Смертность, связанная с наркотиками, увеличилась следующим образом: в 1990 г. - 1491 случай, в 1991 г. - 2125. Число лиц, начавших употреблять наркотики, в 1990 г. - 10013, в 1991 - 13426 чел. После 1988 года увеличился поток наркотиков в страны Западной Европы и возможность ввоза химических соединений для нелегального производства наркотиков. Авторы считают невозможным осуществления контроля за производством и системой распространения наркотиков (J.M.Golding, M.A.Burnam, K.B.Wells, 1990).

В рамках проекта ВОЗ были также получены исчерпывающие данные о масштабах употребления алкоголя среди подростков в 28 странах. В

частности, показано, что в большинстве стран 50% 11-летних детей, по меньшей мере, один раз в жизни пробовали алкогольные напитки. В старших возрастных группах доля детей, не употреблявших спиртные напитки, стабильно снижается. Доля 15-летних подростков, никогда не употреблявших алкоголь, превышает 10% лишь в небольшом числе стран. Во всех возрастных группах больше всего трезвенников в Норвегии, Израиле, Швейцарии. Для Великобритании, Чехии, Словакии, Литвы и Дании характерна особо низкая доля трезвенников среди подростков. Для категории 15-летних подростков различий между странами меньше, чем для 11-летних (B.B.Jensen, 1993).

Е.А.Кошкина (1999) приводит данные по России за период с 1988 по 1998 годы. Так, за это десятилетие число впервые диагностированных больных наркоманиями подростков выросло в 8 раз. Если сопоставить показатели заболеваемости подростков и населения в целом, то оказывается, что заболевших подростков в два раза больше, чем взрослых больных наркоманиями.

А.В.Надеждин (2002) отмечает негативные тенденции в группе несовершеннолетних (до 14 лет). Сведения о детях с наркологической патологией стали появляться в отчетах специалистов с 1993 года, когда было выявлено 12 детей с диагнозом наркомания, 84 - с токсикоманией, 252 - злоупотребляющих наркотиками, и более 1 тыс. детей, злоупотребляющих ненаркотическими психоактивными веществами. В 2000 г. в наркологических диспансерах наблюдалось уже 7140 детей, из них: 317 – больных наркоманиями, около 1,5 тыс. больных токсикоманиями, 1352 – злоупотребляющих наркотическими и почти 4 тыс. - ненаркотическими средствами.

Т.И.Балашова, В.А.Макаров (1999) в своей исследовательской работе также подтверждают факт увеличения числа потребления ПАВ несовершеннолетними детьми. Ими отмечается значительный рост (в 3 раза) числа острых отравлений у детей растительными ядами с наркотическим и галлюцинопенным действием, медикаментами и алкоголем в сравнении с 1996 годом. Основная цель острых отравлений – получение эйфорического и галлюцинаторного эффекта. По мнению ученых, причинами увеличения числа отравлений чаще всего выступают следующие факторы: распространенность произрастания таких трав как дурман, конопля и т.д., доступность медикаментозных средств, бесконтрольная продажа алкоголя детям. Причем с распространением токсикоманий уменьшается алкоголизация детей и подростков. Авторы, по своим наблюдениям, отмечают две волны острых отравлений. Первая приходится на возраст 1-4 года, что можно объяснить следующим образом. В 1-2 года ребенок вынимает из открытого шкафа все, чтобы попробовать; 3-х летний сам открывает шкаф, а 4-х летний выбирает вещества в сладкой

облатке. Вторая волна острых отравлений приходится на 9-14 лет, что связано с употреблением психоактивных веществ

По данным обзора ситуации в деятельности по сокращению спроса на наркотики в странах Центральной Азии проблема злоупотребления наркотиками и связанные с ней другие проблемы, такие как эпидемия ВИЧ/СПИДа, оцениваются как серьезные. Казахстан, как и все государства Центральной Азии, несмотря на богатство природными ресурсами и удобное географическое положение, переживает серьезный экономический и политический кризис, что, по мнению авторов, может объяснить причину распространения наркомании в Казахстане (Ф.Кумпл, С.Франке, 2002).

По данным статистического сборника «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2000-2001 годы» наблюдается тенденция роста болезненности подростков, страдающих наркоманией. По данным на 2002 год в Республике Казахстан насчитывается 11180 наркотизирующихся подростков. Показатели первичной заболеваемости и болезненность на 100 тысяч подросткового населения в Республике Казахстан составили в 2001 году по общему классу психоактивных веществ, соответственно, 605,8 и 1273,9; в связи с употреблением алкоголя – 410,5 и 883,8; опиоидов – 49,9 и 78,6; каннабиноидов – 33,5 и 87,5; снотворных и седативных средств – 0,9 и 2,9; галлюциногенов – 0,2 и 0,5; летучих растворителей – 15,3 и 69,9; сочетанного употребления наркотических и других психоактивных веществ – 3,9 и 6,7. Общая тенденция к преобладанию алкогольной и опиоидной (героиновой) зависимости, 20-кратному росту заболеваемости и 10-кратному росту болезненности во многом обеспечивается данной возрастной группой (статистический сборник «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2000-2001 годы» 2002).

В течение нескольких последних лет за наркологической помощью все чаще стали обращаться дети до 14 лет, при этом прослеживается отчетливая тенденция к снижению возраста первых проб и, как следствие, омоложение контингента наркологических больных. По данным на начало 2002 года в Республике насчитывалось 1037 детей, употребляющих различные психоактивные вещества. Показатели первичной заболеваемости и болезненности на 100 тысяч детского населения в Республике Казахстан составили в 2001 году по общему классу психоактивных веществ, соответственно, 24,4 и 39,4; в связи с употреблением алкоголя – 7,5 и 21,5; опиоидов – 0,3 и 0,9; каннабиноидов – 0,5 и 0,8; снотворных и седативных средств – 0,05 и 0,09; галлюциногенов – 0,05 и 0,05; летучих растворителей – 5,1 и 6,5; сочетанного употребления наркотических и других психоактивных веществ – 0,1 и 0,03. При анализе вышеприведенных показателей

распространенности патологической зависимости к различным классам психоактивных веществ следует учитывать, что дифференцированная оценка и динамика данных показателей среди детского населения в Республике Казахстан стала проводиться лишь с 2000 года. За истекший год отмечается рост первичной заболеваемости и болезненности детского населения в 2,8 и 1,5 раза, соответственно, а также общая тенденция к увеличению числа потребления летучих растворителей, алкоголя и опиоидов среди детского контингента (статистический сборник «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2000-2001 годы»).

Таким образом, сложившаяся эпидемиологическая наркологическая обстановка диктует необходимость изменения приоритетов как в научной, так и в практической наркологии.

2. Этиологические факторы

С целью систематизации всего количества этиологических факторов последние были подразделены на биологические, индивидуально-психопатологические, психологические, социальные и микросоциальные предикторы наркотизма.

Состояние химической зависимости, развивающееся у того или иного человека, является результатом воздействия совокупности факторов как биологического, так психологического и социального порядков. Следует отметить, что конкретное (индивидуальное) сочетание причин, приводящих к формированию зависимости от психоактивных веществ, различно у каждого пациента (А.В.Надеждин, А.И.Иванов, С.Н.Авдеев, 1998).

2.1. Биологические факторы

2.1.1. Возрастные особенности

Фактор возраста, нередко выступая в качестве ведущей причины отклонения в поведении, в большинстве случаев является той благодатной почвой, на которую действуют множество других факторов (Р.Г.Илешева, 1990).

Исследуя роль возрастного фактора в динамике развития наркомании, Н.В.Оганесян (1987) установил, что вне зависимости от формы наркомании, ранний возраст приобщения к наркотикам в плане патогенеза и прогноза заболевания играет двойную роль. С одной стороны, будучи результатом неблагоприятной комбинации предиспонирующих факторов (наследственная отягощенность, преморбидные личностные девиации, дефекты семейного и школьного воспитания, влияние асоциальной микросреды), он является фактором риска развития наркомании. С другой стороны, он выступает как патокинетически-патопластический фактор, определяющий, в целом, более прогредиентное течение заболевания и менее благоприятный, как в социальном, так и в клиническом плане, его прогноз.

Как уже говорилось выше, в отечественной литературе исследования проводились, в основном, по поводу наркотизации детей среднего и старшего подросткового возраста. При этом указывается психологическая незрелость, гормональная перестройка организма и т.д. (И.Н.Пятницкая, Н.Г.Найденова, 2002). Различными авторами указываются следующие причины вовлечения детей в наркотизацию. Известно, что организм растущего ребенка переживает несколько возрастных «кризов», когда отклонения от нормального развития могут начаться от самых незначительных причин – неправильного питания, инфекционных болезней, интоксикации, например, отравление алкоголем, никотином и т.п. (Э.А.Бабаян, М.Х.Гонопольский, 1990). Эти «кризы» приходятся на следующие возрастные периоды с бурным развитием в 2-4 года, 7-8 лет и пубертатный «подростковый» возраст - 13-16 лет для мальчиков и 12-15 лет для девочек (К.Е.Тарасов, В.А.Галкин, 1968). Возрастной криз 2-4 года является одним из важных периодов развития ребенка. Однако в плане вовлечения в наркотизацию данный возрастной промежуток является наименее опасным. Развитие зависимостей в подростковом периоде достаточно изучено. На сегодняшний день наименее изученным периодом является возрастной промежуток от 7-8 до 12 лет.

По Л.С.Выготскому (1958) семилетний ребенок переживает одновременно два кризиса: физического развития и психологического развития, связанный с проявлением таких способностей как самооценка, осознание собственных переживаний. «Шестилетний ребенок – это человек действия, семилетний – человек размышления». Семилетний возраст – это критический период в развитии ребенка как личности. По данным ряда авторов ребенок семи лет пытается найти не только общее в разных предметах, но и познать частное, детали этих предметов. В этом возрасте ребенок пытается установить причинную связь между людьми, явлениями внешнего мира и предметами. В этот период неудача может вызвать ощущение «я – плохой». Поэтому важно в этот момент направить развитие самооценки. Самооценка, если она развивается, положительное новшество, так как в дальнейшем выступит важным стимулом развития личности. Если же самооценка не развивается или остается заниженной, то может сформироваться комплекс неполноценности, который обычно приводит к задержке психического, интеллектуального развития и даже к асоциальному типу развития личности (Г.С.Копосова, Н.В.Звягина, А.В.Морозова, 1997). К восьми годам отчетливо вырисовываются основные свойства нервной системы ребенка: сила, подвижность, уравновешенность нервных процессов, усиливается индукционное взаимодействие между возбуждением и торможением. Однако внутреннее торможение, как наиболее «хрупкое» требует

упражнения, тренировки в целях усиления (К.Е.Бугаев, Н.Н.Марнусенко, И.Н.Шепило, 1975, Л.И.Богович, 1968, Н.С.Лейтес, 1988, К.Кaye, 1982).

М.Ш.Вроно (1971) считает, что также необходимо обратить внимание на препубертатный возраст (10-12 лет), так как это связано особенностями, определяющими её промежуточное положение между детьми более младшего возраста и подростками. Физиологические особенности детей препубертатного возраста объясняются тем, что перестройка, связанная с половым созреванием, еще не наступила, но появляются первые признаки начинающейся «подготовки», свидетельствующие о приближении пубертатного периода. Промежуточное положение препубертатной группы определяется также рядом психологических особенностей и социальным положением детей. С одной стороны, дети в этом возрасте обладают большим самосознанием, меньше нуждаются в уходе и надзоре, чем дошкольники и младшие школьники; с другой стороны они гораздо больше зависят от взрослых, чем подростки, которые обладают известной самостоятельностью.

Е.Н.Erikson (1978) выдвинул теорию, согласно которой употребление алкоголя и наркотиков может временно ослаблять эмоциональный стресс, сопровождающий кризис идентичности. Конфликтую с родителями, вступая в хрупкие и ненадежные отношения со сверстниками, несовершеннолетние могут относиться к наркотикам как к средству, помогающему немедленно выйти за пределы себя. Более того, когда они находятся в одной компании со сверстниками, употребляющими наркотики, нетрудно понять, как на них могут «надавить», особенно если еще и статус в группе зависит от употребления наркотика. Человек с установленшейся эго-идентичностью может сопротивляться подобному давлению, а подросткам, и тем более детям, с диффузной идентичностью, вероятно, трудно не подчиниться.

Н.С.Курек (1991), используя медико-психологический подход, установила, что готовность к наркотизации у детей и подростков обусловлена, прежде всего, особенностями их эмоциональной сферы: низкой стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, импульсивностью и т.д. Учитывая все три компонента эмоций — когнитивный, экспрессивный, субъективный, автор рассматривает эмоциональные расстройства у наркоманов как интегративные индикаторы различных форм социального неблагополучия и дезадаптации.

Проблема ретардации и особенно акселерации развития детей также приобрела в последние годы научную актуальность и вызвала к себе интерес представителей самых разнообразных наук: медицины, физиологии, психологии, педагогики и т.д. По мнению некоторых авторов, явление акселерации определенным образом вызывает у детей психическую неустойчивость (Г.Н.Сердюковская, Г.Гельница, 1985).

2.1.2. Наследственная предрасположенность.

Обзор отечественной и зарубежной литературы еще раз подтвердил данные о наследственной предрасположенности к наркологическим заболеваниям. Еще Плутарх говорил как о давно известной истине, что «пьяницы рождают пьяниц». Французский психиатр Морель утверждал, что алкоголизм ведет к вырождению. Он проследил четыре поколения больных алкоголизмом: в первом – он нашел нравственную испорченность, во втором – обычное пьянство, в третьем – психические заболевания как ипохондрия, меланхолия, частые самоубийства, в четвертом – преобладали тупость, идиотизм, бесплодие и другие аномалии (Г.Н.Носов, 1991).

В своих работах D. Goodwin (1985, 1988) определяет наследственность алкоголизма на генетическом уровне. Было выявлено, что выросший в приемной трезвой семье сын алкоголика заболевает алкоголизмом в 3-4 раза чаще, чем сын здоровых родителей. В отношении дочерей такая закономерность не прослеживалась. «Решение затрудняется не только незнанием маркера или локуса в гене, ответственных за проявление заболевания, но и трудностями в подборе генетически ясных наблюдений» – отмечает автор.

На основании изучения особенностей вызванных потенциалов мозга и функционирования катехоламиновой системы у потребителей психоактивных веществ, И.П.Анохина и Ю.Л.Арзуманов (1999) сделали заключение о возможных маркерах наследственной предрасположенности к злоупотреблению ПАВ. Ими являются: высокий уровень эмоциональной нестабильности и напряженности, выраженная межполушарная асимметрия с подавлением активности правого полушария, изменение кругооборота нейромедиаторов катехоламиновой природы.

В.Д.Москаленко (1991) в обзорной информации посвященной способам распознавания и устранения факторов риска развития алкоголизма у детей поднимает вопрос: «Является ли алкоголизм родителей фактором риска наркомании у детей?». Ряд данных позволяет ответить на этот вопрос утвердительно. Изучение генеалогий пробандов, больных наркоманиями, выявляют стойкую семейную отягощенность алкоголизмом. Данная точка зрения поддерживается многими исследователями (В.В.Макаров, 1992, В.М.Михлин, В.А.Дюбин, 1989, В.В.Дунаевский., В.Д.Стяжкин, 1991, В.Д.Москаленко, Г.М.Рожнова, 1997, С.Н.Ковецкий, А.В.Солонский, Г.Л.Моисеева, 1995, Р.Г.Илешева, 1990, Р.И.Кругликов, М.Я.Майзелис, 1987, Н.В.Иванова, Г.Мамуров, Д.А.Абдуалиева, 1993, В.Д.Москаленко, А.В.Шевцов, 2001).

Н.А.Сирота (1990) отмечает следующие факторы в развитии этапов злоупотребления наркотиками. Во-первых, фактор пре-, пери- и постнатальной патологии (патологическое течение беременности у

матери – различные соматические заболевания, злоупотребление ПАВ, психические травмы, действующие на мать во время беременности, патологическое течение родов, задержка в раннем нервно-психическом развитии, нервно-психические отклонения в раннем детстве). Во-вторых, фактор наследственной отягощенности, в частности психическими заболеваниями. В-третьих, фактор нарушенного онтогенеза (наличие черепно-мозговых травм, различные, тяжелые соматические заболевания). При этом автор уточняет, что у больных наркоманией обязательно присутствовали один или несколько факторов.

А.В.Утин и С.А.Утин (1989) провели анализ заболеваемости потомства лиц, употреблявших гашиш. Анализ полученных данных свидетельствовал о значительном (в 1,5–5 раз), статистически значимом повышении частоты алкоголизма, нарко- и токсикоманий в потомстве больных наркологическими заболеваниями.

При исследовании больных первитин-эфедроновой наркоманией М.Л.Рохлина и В.В.Новак (1994) выявили у них в 1/3 случаев наследственную отягощенность, преимущественно алкоголизмом (17,6%), а также шизофренией и психопатиями (7,4%).

Ряд авторов исследовали такой фактор как употребление ПАВ матерью во время беременности. При этом дети рождаются с уже развитым синдромом зависимости (Г.В.Колушева, 1990, Л.В.Тимошенко, Н.П.Скакун, Л.К.Скакун, 1999).

M.Granier-Dozeux (1973) также отмечал, что в этиологии наркомании играет роль врожденное предрасположение, в том числе связанное с приемом наркотиков матерью во время беременности.

2.2. Индивидуально-психопатологические и психологические факторы

2.2.1. Индивидуально-психопатологические особенности как этиологический фактор.

В литературе большое внимание уделяется личностным особенностям наркозависимых. По мнению авторов, наркотизация может быть обусловлена различными психологическими (или психиатрическими) причинами.

А.В.Надеждин (2002) в своей работе отмечает, что значительный удельный вес таких преморбидных особенностей личности, как психический инфантилизм, неустойчивые, астено-невротические, демонстративные черты характера, является важным предрасполагающим фактором развития наркомании в подростковом возрасте. Ю.Б.Тузикова (2001) подтверждает эти данные своими исследованиями: раньше других – в 11-12 лет начинали эксперименты подростки из подгрупп стеничных, истерических и неустойчивых личностей. Подростки с характерологическими особенностями астенического круга в подавляющем большинстве решались на эти пробы гораздо позже.

С.М.Gliro с соавторами (1997), изучая психический статус молодых наркоманов, выявили высокую частоту пограничных нарушений личности.

S.Wendy с соавторами (1990), E.J.Khantzian, G.Treece (1985), B.J.Rounsville et al. (1982, 1986), W.Hall, S.Darke (1993) описали при героиновой зависимости психопатологические нарушения приблизительно в 61% случаев. Они характеризовались депрессией, тревогой и антисоциальными изменениями личности. Причем у женщин психопатологические расстройства были более выражены, чем у мужчин, особенно дисфорические состояния.

Исследования, которые были проведены Национальным институтом наркомании США (B.J.Rounsville с соавт., 1986; G.E.Woody с соавт., 1990; E.J.Khantzian, G.Treece, 1985), обнаружили у опийных наркоманов в 50-60% случаев депрессию, в 20-50% — «антисоциальное изменение личности», в 20-50% — алкоголизм и в 10-20% — тревожное состояние. Другие расстройства, в основном, связанные с аффективной сферой, найдены в 2-10% случаев.

E.V.Nunes с соавторами (1994), A.Kokkevi, C.Stefanis (1995) выявили, что у опийных наркоманов и полинаркоманов самыми стойкими психопатологическими расстройствами являются беспокойство, тревога, расстройства настроения.

B.J.Rounsville с соавторами (1986) изучали психические нарушения в группе пациентов, которые повторно поступали в стационар для лечения от злоупотребления наркотиками один раз в 6 месяцев в течении 6 лет. В группе больных, злоупотреблявших стимуляторами, значительно возросла частота шизофреноидной симптоматики, особенно паранойяльных и маниакальных состояний. У больных, злоупотреблявших седативными препаратами, часто наблюдались депрессивные расстройства, когнитивные нарушения и тревога.

По данным B.S.Fogel с соавторами (1996) распространность психических заболеваний среди пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, составляет 53,1 %, что в 4,5 раза выше, чем у незлоупотребляющими ПАВ. Распространенность алкоголизма среди лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами, составляет 47,3%, что в 7,1 раза выше этого показателя в общей популяции. Совокупная распространенность психических заболеваний и алкогольных нарушений среди наркоманов составляет 71,6%, что в 6,5 раз выше по сравнению с общей популяцией.

И.П.Михайличенко (1982) в своей работе также подчеркивает связь психических заболеваний с наркотизацией. По результатам его исследований у больных шизофренией и больных с психоорганическим синдромом наркотическая зависимость характеризуются более прогредиентным течением по сравнению с наркоманией, развившейся у психопатических личностей шизоидного типа.

В последние десятилетия расстройства и особенности поведения у детей и подростков по-разному понимаются и классифицируются различными исследователями (L.Michaux, 1953, H.Stutte, 1960, Г.К.Ушаков, 1973; 1978, В.В.Ковалев, 1981, 1995). Из традиционно рассматриваемых в клинике подростковой и детской психиатрии специфических возрастных психопатологических синдромов (странных увлечений, метафизической интоксикации и гебоидного) чаще встречается лишь последний. По Т.П.Пантелеевой (1986), при наркоманиях гебоидный синдром может служить как этиологическим фактором в отношении потребления ПАВ, так и следствием нарастающей токсической энцефалопатии и психогенного аномального развития личности наркомана.

А.В.Надеждин (1998) считает, что если гипертрофированные черты психического инфантилизма сочетаются с явлениями задержки психического развития или «амбулаторными» формами олигофрении, риск приобщения к систематической наркотизации значительно возрастает.

Н.В.Вострокнутов (1989) установил, что токсикоманическое поведение в возрастной группе до 12 лет чаще всего формируется у больных олигофренией с аффективно-волевыми нарушениями. В возрастной группе 13-15 лет ведущую роль имели личностные девиации и личностно-психологические особенности, связанные с влиянием микросоциального окружения.

Ф.В.Кондратьев (1990) установил, что прогноз наркомании и токсикоманий более неблагоприятен у лиц молодого возраста с резидуальной церебрально-органической патологией, начавших употреблять токсикоманические и наркотические средства в период патологического пубертатного криза, а также у психопатических личностей с синдромом расстройства влечений.

Рядом авторов также был рассмотрен синдром патологии влечений у детей и подростков в возрастном и нозологическом аспектах. Это были дети, у которых данный синдром начал проявляться во второй кризисный период — 7-9 лет и сопровождался следующими нарушениями: уходы, побеги, склонность к бродяжничеству и воровству, агрессивность, повышение сексуальности. То есть данный контингент детей относятся к группе риска в плане употребления ПАВ. (Л.А.Лусс, 1996, А.Шоркуте, 1999, И.Г. Морозова, 1996, Robert Feldman, 1979).

2.2.2. Гипергедонизм, как причина наркотизации

Гедонизм — это наслаждение, стремление к земным радостям как принцип нравственности (Д.В.Колесов, 1991). В норме принцип удовольствия занимает в жизни человека определённое место, но без крайностей как гипергедонизма, так и аскетизма. Установлено существование анатомических и физиологических аппаратов, включённых

в гедоническую регуляцию организма (Скотт Даулинг, 2000). При растроможении влечений у «гедонических» личностей основным стимулом поведения в преморбидном периоде является получение «гедонических» переживаний: пищевых, сексуальных и т.п. К прочим наслаждениям такие подростки нередко прибавляют себе эффект от потребления наркотиков.

По мнению Н.С.Курек (1991, 1996) среди молодежи традиционное советское мировоззрение стало вытесняться гедонистическим стремлением получать максимальное удовольствие любым доступным путем, культивируя принцип: «Удовлетворение потребности здесь и теперь». С психологической точки зрения этот принцип является отклонением в «нарциссической» стадии развития, препятствующим социализации, взрослению, сепарации подростков от родителей, т.е. эмоциональной и личностной незрелости, а в ряде случаев существенно способствует приобщению к злоупотреблению психоактивными веществами (Н.В.Багаева, Ю.В.Валентик, О.В.Зыков, М.Г.Цетлин, 1997, С.Гурски, 1989, Н.С.Курек, 1996, С.Даулинг, 2000, T.Dimoff, 1992).

Н.Х.Бикмаматова (1980) находит, что медико-социальные последствия наркомании наиболее выражены у больных, начавших употребление наркотиков, исходя, в основном, из гедонистических наclонностей.

2.2.3. Нарушение поведения как предрасполагающий фактор

Ряд авторов определили среди предрасполагающих к наркоманиям факторы: девиантное поведение, «антисоциальную направленность личности», криминальность (M.Windle с соавт., 1986, C.Muntaner, D.Walter и др., 1990, S.Aziz, A.A.Shah, 1995, B.I.Rounsville, 1986).

Результаты исследования W.B.Pickworth (1990) подтверждают более ранние сообщения о взаимосвязи между злоупотреблением наркотиками и социальной дисфункцией.

Г.М.Энтин (1990) в своих исследованиях показал, что приобщению несовершеннолетних к ПАВ и формированию зависимости способствует микросоциально-педагогическая запущенность, проявляющаяся в незрелости высших компонентов личности. По мнению некоторых авторов, асоциальные формы отклоняющегося поведения – непримирение нравственных норм, грубое неповинование родителям, учителям, вызывающие манеры, полное игнорирование учебных занятий, мелкое хулиганство, драки и т.д. в ряде случаев отмечались до начала злоупотребления ПАВ, но чаще бывают их следствием (М.Роттер, 1987, В.Т.Кондрашенко, 1988, Л.М.Асанова, 1981).

A.H.Swadi (1990) отмечал, что «экспериментирование» с наркотиками вызывает неблагоприятные

изменения в поведении подростков, и чаще всего является началом дальнейшего злоупотребления наркотиками. И как бы продолжая данную тему А.Д.Зурабашвили (1986) отметил, что каждый потребитель наркотиков рано или поздно обращается к все более криминальным способам добывания средств, необходимых для приобретения наркотика, тем самым, объясняя высокий уровень преступности среди наркоманов.

Высокий уровень преступности у опийных наркоманов отмечают R.Hammersly (1989), L.A.Tchistyakova (2000). По их данным диагнозу «антисоциальная личность» соответствует 17,8% наркоманов, что в 13,4 раза больше по сравнению с общей популяцией. Этот показатель различен при разных видах наркомании.

На высокую криминогенность разных форм наркомании также указывают Т.F.Buss (1995). При этом А.Н.Олисов (1982) отмечает обратную зависимость криминогенности от возраста начала употребления наркотиков.

М.Л.Рохлина (1981) отметила в преморбиде у большинства больных с осложненными формами опийной наркомании наличие личностных девиаций, которые, в основном, проявлялись повышенной возбудимостью, истероформностью, либо патологической конформностью.

Г.Ф.Колотилин и В.И.Михайлов (1979) установили, что акцентуация характера может быть одним из важных факторов асоциального и антисоциального поведения подростков. Наибольшую степень риска противоправных действий представляют акцентуации по неустойчивому, эпилептоидному и конформному типам. В тоже время прямой зависимости между акцентуацией характера и delinkventным поведением, связанным с наркотиками, у подростков установить не удалось. Авторы предположили наличие у подростков с акцентуацией характера низкой устойчивости к различного рода наркотическим и токсическим веществам.

2.3. Социальные факторы.

2.3.1. Уровень жизни.

При изучении предикторов наркотизма нельзя не отметить социальные факторы, оказывающих негативное влияние на распространение одурманивающих веществ среди несовершеннолетних.

А.В.Надеждин (1998) в своей работе кратко излагает основные психопатологические и социальные факторы, способствующие развитию наркоманий и токсикоманий у несовершеннолетних. По его мнению, состояние химической зависимости, развивающееся у того или иного индивида, является результатом воздействия совокупности факторов как биологического, так психологического и социального порядков. Автор отмечает, что конкретное (индивидуальное) сочетание причин, приводящих к формированию зависимости, различно

у каждого пациента наркологической клиники. При этом основное внимание уделено, прежде всего, современным предикторам наркотизма. Здесь отмечены нестабильная экономическая ситуация, характеризующаяся снижением жизненного уровня большей части населения, снижением деловой активности, существенным уровнем безработицы в ряде регионов, отсутствием понимаемых и осознаваемых людьми условий для быстрого улучшения ситуации, приводящих к состоянию, так называемой, «социальной депрессии», отсутствию чувства личной перспективы и значимости.

Г.В.Козловская (2002) также показывает, что помимо традиционных факторов риска, на первый план в последнее время выдвигаются психосоциальные факторы. К ним можно отнести разрушение или искажение общественного института материнства и семьи, а также связанных с ними внутрисемейных систем – мать-дитя и отец-дитя, неготовности родителей к родительской роли, некомпетентности их в вопросах материнства и отцовства, неуверенность в жизненных позициях, материальные трудности, множественные макро - и микросоциальные стрессы.

Ю.В.Валентик (2002) указывают на тот факт, что при раннем столкновении несовершеннолетних с ПАВ у них разрываются или деформируются связи с их ближайшим позитивным социальным окружением и появляется реальная угроза оказаться в социальной изоляции. Нередко затруднено последующее образование семьи и рождение потомства, устанавливаются устойчивые отношения с наркоманическим и даже криминальным окружением. В целом, жизненная ситуация, в которой находится ребенок, также становится безысходной, поскольку болезнь практически прекращает социальный прогресс пациента, уровень его образования остается низким, затрудняется профессиональная ориентация и овладение специальностью, появляется криминальный анамнез проблемы с законом.

В.М.Волошин (2002), оценивая состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России, отмечает зависимость формирования психических и поведенческих нарушений от социальных параметров, среды, роста, развития и воспитания ребенка. Так, у детей, воспитывающихся в интернатных учреждениях, детей-сирот и детей из конфликтных семей с раннего детства выявляется задержка психического созревания с нарушениями интеллекта, личностной незрелостью, признаками депривационного развития личности, соматоформные или психосоматические расстройства, затяжные реакции на стресс, стойкие отклонения поведения с патохарактерологическими реакциями. Именно у этих детей велика вероятность возникновения психических и поведенческих расстройств в силу деструктивных психосоциальных воздействий, которым они подвергаются.

Определяется роль семьи в психосоциальном развитии ребенка, и отмечаются негативные тенденции в социальной динамике семьи. Продолжает расти число детей, проживающих в неполных семьях, стабильно растет внебрачная рождаемость, прогрессирует рост числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

2.3.2. Система образования

За последние два десятилетия все специалисты, связанные с проблемами молодежи и подростков, отмечают рост токсикоманий и наркоманий в этой возрастной группе. С 60-х годов в Европе происходит своеобразная смена «эпидемий» - переход от традиционного потребления к, так называемой, молодежной культуре потребления (О.Л.Романова, 1993). В России, как и во многих постсоветских государствах, особенно актуальной в последние годы становится проблема вовлечения подрастающего поколения в потребление психоактивных веществ в условиях возрастающей дезорганизации общества в целом, роста преступности и других социальных аномалий.

Данная ситуация побудила ученых изучить уровень «наркологической грамотности» и уровень потребления психоактивных веществ учащимися различных учебных заведений. Результаты исследования показали, что лично пробовали наркотические вещества 3,1% учащихся восьмых-десятых классов. 46,8% этих детей и подростков потеряли связь с учебными заведениями, нигде не учатся и не работают. За последние пять лет их численность возросла на 2% (А.Б.Лобжанидзе, 2001).

По данным Е.А.Кошкиной, И.Д.Паронян (1993, 1999) в средних школах г. Москвы число школьников, пробовавших наркотические и токсические вещества, возросло с 5,5% в 1987 г. до 16% в 1991 г. Среди учащихся СПТУ выявленная тенденция еще более выражена: если в 1987 году доля лиц, попробовавших наркотические и токсические вещества, составляла 8,6%, то в 1992 году - 18,9%.

В последние годы профилактические антинаркотические программы широко внедряются в систему образования. Предпринимаются осмысленные попытки профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди детей и подростков путем целенаправленной работы с семьей. При этом, акцент делается на конструктивное решение проблемных семейных ситуаций, ведущих к экспериментированию подростков с наркотиками: дефицит положительных эмоций, изоляция и самоустраниние семьи, разрыв поколений, дефекты воспитания, некомпетентность родителей в проблеме наркотиков и алкоголя, размытость нравственных запретов, ошибочная тактика профилактики. Издаются специальные пособия по организации мероприятий по профилактике наркоманий для педагогических коллективов школ, работников подростковых

клубов, социальных педагогов (А.Л.Катков, Ю.А.Россинский, 2002).

Говоря о факторах риска вовлечения в наркотизацию нельзя не затронуть вопрос о школьной адаптации-дезадаптации. Данная проблема в последнее десятилетие стала предметом специальных междисциплинарных исследований с участием специалистов различных направлений, включая детских психиатров и психологов. По результатам её исследований пограничные нервно-психические расстройства, представленные на клиническом и субклиническом уровнях среди детей, поступающих на обучение в школы, является достаточно распространенным явлением. Наличие психоневрологических отклонений в большинстве случаев негативно сказывается на показателях обучаемости ребенка, что, в свою очередь, способствовало формированию невротических расстройств и девиантных форм поведения (Н.К.Сухотина 1999).

2.3.3. Информационная среда

Еще одним из предикторов наркотизма является информационная среда, а точнее её воздействие на население в целом, и особенно на подрастающее поколение.

Изучение обстоятельств в данной сфере, позволило сделать выводы о том, что отсутствие целостной информационной стратегии, ориентирующей молодое поколение страны на «сохранение» собственного здоровья и работоспособности, как основного и обязательного фактора собственного жизненного благополучия, можно рассматривать как фактор риска вовлечения в наркотизацию. Также было отмечено неосторожное и, зачастую, легко-мысленное обращение с материалами о наркотиках в отдельных средствах массовой информации, которое может привести к формированию интереса к потреблению и потребителям психоактивных веществ и позитивного к ним отношения. При этом обращается внимание на то, что в сочетании с отсутствием у молодежи реальных форм индивидуального самовыражения, сокращение позитивных форм досуга, излишняя коммерциализация досуговых и образовательных учреждений также являются предикторами наркотизма (А.В.Надеждин и соавт., 1998).

О.Г.Юсопов (2002) в своей работе поднимает вопрос о рекламе наркотических веществ в СМИ, как о скрытой, так и о явной. При этом, автор отмечает, что сопровождающая рекламу информация (например: «Полная свобода...», «Всегда первый...», «Свежий взгляд на вещи...» и т.п.) прочно связывает в сознании детей и подростков табак и алкоголь с ценностями жизни – свобода, достижения, престиж, дружба. При этом обращается внимание на наличие этих связей, которые возможно обнаружить только с помощью психодиагностики, что делает их еще опасными. Противостоять

рекламе может только зрелый и самодостаточный подросток, не испытывающий эмоционального дефицита в отношениях со сверстниками и окружающими взрослыми людьми.

В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин (2001) в своем сообщении обсуждают некоторые результаты наблюдений за участием печатных СМИ в профилактике наркоманий. Авторы констатируют тот факт, что публикации, отражающие глубокую заинтересованность и подготовленность авторов, подкрепленные убедительными цифрами, квалифицированными суждениями специалистов, не составляют большинства в проанализированном ими массиве. Авторы говорят о том, что если взрослая аудитория, имеющая жизненный опыт и навыки различения реальности и описываемых СМИ «будней», может правильно оценить место наркотиков в нашей жизни, то обилие публикаций и упоминаний о наркотиках «всю» для молодого читателя служит сигналом распространения этого явления в обществе, моды на наркотики, деформирует его представление о том, что «нормально, а что – устаревшие правила жизни».

В результате проведенного анализа начался поиск путей выхода из данной ситуации. Так А.А.Самошкин, И.Б.Васильев (2001) в своей работе вводят понятие профилактических технологий, каждая из которых включает в себя вопросы первичной, вторичной и третичной профилактики: 1) *информационные технологии* профилактики наркомании и алкоголизма, направленные, прежде всего, на устранение информационного вакуума и реализацию трех информационных проектов: а) создание постоянно-действующего «конвейера» антинаркотических публикаций и рекламы в СМИ; б) создания службы телефонного консультирования; в) создание специализированных антинаркотических сайтов в Интернете; 2) *технологии активизации общественного мнения* в целях профилактики наркомании и алкоголизма; 3) *образовательные технологии*

В настоящее время учеными и практиками СНГ разработано достаточное число базисных концепций эффективной социальной и профилактической антинаркотической деятельности. Сообщается о возрастании антинаркотической активности в деятельности СМИ (А.В.Худяков, 2000; Б.Ф.Калигев, Ю.С.Тихомиров, 2000; В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин, 2001).

2.4. Микросоциальные факторы

2.4.1. Семья как этиологический фактор.

Значительная роль среди этиологических факторов, приводящих к формированию аддиктивного поведения у несовершеннолетних, традиционно отводится семье. Влияние микросреды (ближайшего окружения индивида), куда, безусловно, включаются близкие родственники с индивидуально

присущими социально-психологическими характеристиками, в ряде случаев, является основным патогенным фактором в генезе наркологических заболеваний.

По мнению R.Tolle (1966) решающее значение для развития личности имеет окружающая среда в период детства, особенно родители. Перед родителями стоит сложная задача – вырастить гармоничную, здоровую, самостоятельную личность, которая формируется только при условии равновесия всех её частей: тела, разума и духа (Хей Луиза, 1998), или мыслей, чувств, поведения (Ю.А.Захаров, 1999), или тела, психики, мышления, чувств, воображения, движения (Л.С.Сергеева, 2000).

A.Stoker, H.Swadi (1990), M.J.Rutherford (1996), J.A.Normalin (1990) при анализе семейных отношений у подростков-наркоманов выявили, что в их семьях воспитанием детей занимались, в основном, матери, чаще имели место разводы родителей, повторные браки и неполные семьи.

Во многих работах, посвященных изучению вопроса о воздействии на развитие зависимости института семьи, отмечается ряд факторов, способствующих развитию нарко- и токсикоманий. К ним были отнесены: нарушение «семейной структуры», неблагоприятные психологические отношения в семье (69% случаев), дефекты воспитания (безнадзорность и жестокое отношение к подростку в семье, противоречивое воспитание, в меньшей степени - доминирующая или повторствующая гиперпротекция) (Г.В.Морозов, Н.Н.Боголепов, 1984, А.М.Петрищев, С.М.Мостовой, 1981, Е.Kaufman, 1985, В.А.Жмуров, Т.Г.Огородников, 1988, В.С.Битенский, В.С.Херсонский, 1989, А.Е.Личко, В.С.Битенский, 1991).

Т.А.Киреева, С.Н.Горбушкина (1999), а также В.П.Колосов (2000) указывают на широкое распространение эпидемии наркомании, которая охватывает детей из разных слоев общества. Если несколько лет назад это были дети из «неблагополучных» семей, то сегодня из вполне благополучных.

А.Г.Маковеева (1999) в своих исследованиях выявила, что список социально-профессиональных групп, к которым принадлежат родители подростков, эпизодически употребляющих психоактивные вещества, заметно расширился. В нем появились представители более престижных, высокооплачиваемых профессий, гарантировавших определенный материальный и социальный статус. Таким образом, автор делает выводы о том, что если в случаях раннего начала проб ПАВ можно было говорить о некоем «иммунитете» или, наоборот, об определенной уязвимости школьников в отношении приобщения к наркотизму, обусловленных социальным статусом родителей, то в 13-15 лет действие защитных семейных (социальных) факторов ослабевает, и возможность наркогенного заражения для подростков значительно возрастает.

По мнению Росс Кэмпбелл (1990, 1998) в современном обществе в самом бедственном положении находятся дети. Он объясняет это тем, что родители, измученные социальными кризисами, нервными стрессами, не могут, а иногда не знают, как выразить свои чувства к детям, не понимая «что в их руках находится замечательный секрет укрепления эмоционального равновесия ребенка». «Если ребенок страдает от отсутствия любви, душевного равновесия, непонимания, если у ребенка есть эмоциональные проблемы и ими никто не занимается, то он с большей вероятностью обращается к какому-то альтернативному успокоению, например к наркотикам» (Луиза Вулф, 1994).

Родители – вольно или невольно – играют подчас решающую роль в приобщении ребенка к табаку, алкоголю, наркотикам или в твердом отказе от их употребления. Зарубежные специалисты утверждают, что родители в большинстве случаев прямо не виноваты в том, что их дети начинают принимать те или иные ПАВ, но они, так или иначе, участвуют в становлении и развитии болезненного пристрастия (В.Е.Пелипас, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин, 2000).

Общим для всех этих детей является психологическая атмосфера их незащищенности и ненужности в доме, притом, что часто их формальные запросы вполне и даже с избытком удовлетворяются (В.П.Колосов, 2000). По мнению Армана Николь (цит. по В.М.Михлину, 1989) эффект профилактики наркомании будет зависеть от того, смогут ли ведущие страны мира изменить существующую практику воспитания детей.

В книге «Психология и лечение зависимого поведения» под редакцией Скотта Даулинга (2000) говорится, что главным в аддиктивном поведении является не импульс к саморазрушению, а дефицит адекватной интернализации родительских фигур и, как следствие, нарушение способности к самозащите. При употреблении наркотиков происходит не только стимуляция центров награды, которой не хватило в детстве от родителей, но и торможение центров отрицательного подкрепления или наказания, постоянно сопровождавшее их на протяжении детства (Н.Н.Данилова, 2000). Таким образом, автор считает, что наркозависимые пытаются компенсировать психологические травмы, полученные в детстве: недостаток внимания и любви родителей или заменяющих их лиц, дефицит физических контактов. Вследствие этого они повышают самооценку и компенсируют количество удовольствия, недополученного в детстве с помощью искусственных источников удовольствия – наркотиков (Гурски Станислав, 1989, Д.Михайлов, 2001, Скотт Даулинг, 2000, В.Скворцов, 1994).

2.4.2. Депривация как предиктор наркозависимости

В отечественной и зарубежной литературе неоднократно поднимался вопрос о депривации, как о

факторе, способствующем развитию дисгармоничной личности, и, следовательно, повышающем риск приобщения к наркотизации. Давно замечено, что при отсутствии физического и эмоционального контакта, даже при символической депривации, младенец отстает в развитии: у него развиваются признаки депрессии и ухода в себя, приводя к развитию психопатоподобной или неврозоподобной личности; и он может погибнуть, что говорит о феномене сенсорного голода и о важной роли физических контактов в жизни ребёнка (А.Лоуэн, 2000, Т.В.Brazelton, 1978, R.A.Spitz, 1945).

В.Голдфарб, затем М.Борес изучили последствия ранних депривационных нарушений у детей и подростков (из них 30% совершают уходы, побеги, склонны к бродяжничеству и воровству, т.е. относятся к группе риска детей, употребляющих ПАВ). Они сошлись в том, что след длительной разлуки с матерью в раннем детстве простирается на всю дальнейшую жизнь ребенка. Описанные этими факторами когнитивные и личностные отклонения у детей позволяют предполагать, что в их основе лежат нарушения объективных нарушений на первом году жизни (К.Солоед, 2000, М.Е.Проселкова, 1995).

Гловер в статье «Предотвращение и лечение химической зависимости» говорил, что необходимо больше узнать о первых двух годах жизни зависимых от химических веществ пациентов (цитата по R.A.Spitz, 1945). А.Данилин (2000) говорит о том, что 40% алкоголиков, 60% наркоманов, 75% токсикоманов находились на искусственном вскармливании. Вероятно, поэтому H.Krystal (1970, 1974, 1977, 1978) подчёркивает в своих исследованиях, что мать обязательно должна демонстрировать жизнерадостные чувства, находясь в поле зрения младенца, так как есть чёткая зависимость физического развития новорожденных от психического состояния. При этом ученые сходятся во мнении, что именно отсутствие данного фактора может рассматриваться, как один из основных в предрасположенности к химической зависимости.

3. Клиника и течение наркозависимости у несовершеннолетних

3.1. Начало наркотизации и способы употребления ПАВ

E.Bleuler (1920) писал, что «воротами к опиатам является гашиш», но, по мнению Г.М.Энтина с соавт. (1995), «воротами» в наркотизацию является алкоголь. Алкоголь, как правило, употребляют в референтных группах, что часто сопровождается курением обычных сигарет, а также пробными затяжками марихуаны. Таким образом, по их мнению, осуществляется ситуационно обусловленный переход на «легкие наркотики», которыми могут угостить старшие по возрасту друзья.

Такого же мнения придерживаются И.Д.Паронян и Н.Я.Константинова (1998). Исследуя проблему потребления психоактивных веществ среди подростков, они установили, что пробы наркотических и токсических веществ происходят на фоне алкоголизации. Авторами не отмечено ни одного случая, когда подросток употреблял только наркотик или токсическое вещество без употребления алкоголя.

А.В.Надеждин (2002) определяет, что этап до-нозологического потребления психоактивных веществ у подростков характеризуется стереотипным перечнем одурманивающих веществ с быстрой их сменой, с размытыми границами традиционного (алкоголь, табак) и наркоманического потребления.

Ряд авторов считает, что дети начинают употреблять ПАВ из любопытства и подражания в уже сложившихся группах классных и дворовых товарищей (Э.С.Дроздов, Е.И.Зенченко, 1988, Н.А.Бохан, Н.И.Глазырина, А.И.Мандель, 2000, О.С.Радбиль, Ю.М.Комаров, 1988). При этом в основе мотивации потребления наркотиков, часто встречалась реакция имитации (в 33,75% случаев), сочетавшаяся, как правило, с реакциями группирования со сверстниками и эманципации, а также реакции протеста (33,8%) и гиперкомпенсации (17,5%) (Н.А.Сирота, 1989).

Г.Я.Авруцкий, А.А.Недува (1988) объясняют начало применения ПАВ в группе появлением «наркоманического лидера», обычно опытного наркомана, подающего заразительный пример. Данные литературного обзора позволяют сделать вывод, что в большинстве случаев в орбиту наркотизма втягиваются мальчики. У девочек начало наркотизации носит скрытный характер и чаще связано с наркотизацией более взрослого полового партнера. Однако, изучая проблему рано начиナющейся алкоголизма, А.Ю.Егоров (2002) свидетельствуют об увеличении доли девушек, злоупотребляющих легкими алкогольными напитками, и подтверждают тенденцию стирания половых различий между пьющими подростками. Автор также отмечает, что подростки, предпочитающие легкие алкогольные напитки (такие как пиво, джин-тоник, водка-клюква, «Казанова», «Ром-кола» и др.), обычно употребляют их в компании сверстников, на дискотеках, днях рождениях, «чтобы утолить жажду летом», достаточно редко - в одиночестве. При этом подростки сообщали, что желание выпить обычно возникает у них именно в компании сверстников. Такой характер употребления спиртного указывает на наличие у них групповой психической зависимости (Ю.А.Строганов, В.Г.Капанадзе, 1978).

Восьмидесятые – девяностые годы характеризовались ростом злоупотребления наркотическими препаратами, изготовленными кустарным способом путем химической обработки опия-сырца (А.М.Селедцов 1991; А.Г.Врублевский, М.К.Кузнец, Л.Д.Мирошниченко, 1994; N.R.White, V.Johnson,

1986; R.Longabaugh, A.Rubin, P.Malloy, 1994). По мнению указанных авторов, кустарно изготовленные опийные препараты оказывают не только наркотическое, но и токсическое действие. Хронический токсический эффект, вызываемый такими наркотическими средствами, согласно данным А.Г.Врублевского (1990), ускоряет, по сравнению с морфином, становление и развитие наркомании, утяжеляет клиническую картину абстинентного синдрома и соматоневрологических осложнений. Интересные данные приводит Ю.В.Валентик (2002), утверждая, что при раннем столкновении несовершеннолетних с ПАВ у них катастрофически быстро формируется установка на дальнейшую наркотизацию и, одновременно, останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения.

Что касается данных об употреблении ПАВ детьми, то необходимо отметить, что данное направление недостаточно изучено. Авторами статей, посвященных изучению явления детско-подросткового наркотизма, предполагается изначально парентеральный путь потребления наркотиков, чаще всего по экономическим соображениям. В случаях эпизодического потребления героина, 46,9% несовершеннолетних употребляют его в сочетании с различными примесями, в том числе с димедролом, реланиумом, «для усиления прихода» (А.В.Надеждин, 1999, 2002).

Влияние на механизмы формирования алкоголизма в детско-подростковом возрасте, с одной стороны, личностной незрелости, с другой - возрастных закономерностей психофизического развития, представляет определенные трудности в выделении стадий заболевания, и обуславливает существенные отличия их критериев от таковых у зрелой личности. Вместе с тем, большинство авторов рассматривают клинические признаки периода ранней алкоголизации как основополагающие в динамике заболевания (Н.Е.Буторина, 1981, В.Т.Кондращенко, 1988, А.Е.Личко, 1991, И.Н.Пятницкая, 1988). По-разному называя эту стадию и определяя ее границы, они ассоциируют ее с понятиями «бытовое злоупотребление алкоголем», «бытовое пьянство». В последние годы этот этап рассматривается как форма аддиктивного поведения (Ц.П.Короленко, Т.А.Донских, 1990). В тоже время, в детской и подростковой психиатрии аддиктивное поведение относят к патологическому девиантному поведению. Следовательно, есть все основания аддиктивный этап раннего алкоголизма считать этапом, продуцирующим медицинские проблемы. Исходя из этого и принимая во внимание сложную современную наркологическую ситуацию, нецелесообразно игнорировать этот этап в динамике раннего алкоголизма. Исключение ранней стадии с ее возрастными клиническими особенностями из медицинских аспектов проблемы может создать серьезные

трудности, как в ранней диагностике расстройств, так и в оказании помощи на ранних этапах заболевания (Н.Е.Буторина, 2002).

3.2. Рост толерантности

В изученной литературе были представлены результаты наблюдений, в которых отмечено выраженное своеобразие клинической картины хронической интоксикации у несовершеннолетних. При этом авторы сходятся во мнении о высокой вероятности быстрого перехода от случайного, эпизодического, «поискового» потребления ПАВ к повторному, а затем к систематическому их приему. Однако разные исследователи указывают разные причины. Так, по мнению Н.А.Сирота (1990) несовершеннолетние еще при хаотическом приеме психоактивных средств наращивают их дозировку с «экспериментальными» целями, в поисках новых ощущений, а не потому, что прежняя доза перестала оказывать воздействие. Д.Д.Еникеева (1999) предполагает, что несовершеннолетние уже с самых первых доз начинают злоупотреблять, но по несколько иным причинам (они стремятся избежать насмешек со стороны других членов группы).

Ранее Н.Е.Буторина, С.А.Макаров, Г.Г.Буторин (2002) изучали особенности роста толерантности у алкоголизирующихся подростков. Исследования последних лет подтвердили правомерность этих выводов, свидетельствуя о том, что увеличение изначально невысокой толерантности у этих подростков может объясняться не только повышением дозы, но и характером самого потребляемого напитка. Повышение толерантности может проявляться сменой пива, легких вин на более крепкие напитки или коктейли, быстрым переходом на суррогаты, чаще всего домашнего приготовления (брата, самогон, настойки и др.), присоединением других ПАВ. В этих случаях доза алкогольного напитка может даже уменьшаться. В целом, по данным А.Ю.Егорова (2002) среднесуточное количество потребляемых несовершеннолетними легких алкогольных напитков достаточно велико (более 200 мл. чистого алкоголя) и превышает аналогичные показатели у злоупотребляющих крепкими напитками (100-150 мл). Автор приходит к выводу, что это явление может способствовать быстрому переходу аддиктивного поведения в алкоголизм или иной вид зависимости, при сочетанном употреблении алкоголя и наркотиков.

А.Е.Личко и В.С.Битенский (1991) в своей работе делают акцент на том, что синдром измененной толерантности тесно взаимосвязан с типом акцентуации личности и психопатиями. Авторы отмечают наличие высокого риска начала злоупотребления наркотическими или токсикоманическими средствами у лиц с неустойчивым типом акцентуации характера. Наоборот, у лиц с эпилептоидным типом акцентуации характера или эпилептоидной

психопатией, по мнению авторов, психическая и физическая зависимость с компульсивным влечением к наркотику формировалась стремительно, быстро происходил переход первой стадии заболевания во вторую.

3.3. Динамика стадии опьянения

Рядом авторов описаны некоторые особенности этапа интоксикации у несовершеннолетних при злоупотреблении различными видами психоактивных веществ.

А.В.Надеждин (1999, 2002) исходя из клинических наблюдений, определяет общие особенности синдромологии наркологических заболеваний у несовершеннолетних. К ним относятся нечеткость основных проявлений состояния химической зависимости; более высокий удельный вес, так называемых, непсихотических нарушений поведения, часто выступающих в качестве эквивалента того или иного наркологического синдрома; наличие специфических возрастных синдромов; быстрые темпы десоциализации; своеобразие трансформации личности под влиянием хронической интоксикации.

Б.С.Братусь (1984), В.А.Гурьева, В.Я.Гиндлинин (1980) при изучении раннего алкоголизма среди детей и подростков определили, что состояние нервно-психической реактивности как возрастного фактора, гендерные различия вносят определенные изменения в проявления таких признаков алкоголизма, как характер алкогольного опьянения, форма употребления, потеря контроля дозы и другие.

Е.И.Цымбал (1999) в своих исследованиях отмечает динамику опьянения у детей и подростков, злоупотребляющих летучими органическими веществами (ЛОВ). Автор утверждает, что в первой фазе интоксикации собственно психотропное действие ЛОВ у ингаляющих подростков отсутствует, при этом в большей степени отмечаются соматоневрологические расстройства. Они представлены головной болью, головокружением, тошнотой, слабостью, нарушением координации движений. У большинства больных фаза собственно психотропного действия ЛОВ возникала только во время 3-й или 4-й ингаляции, когда выраженность защитных и местных реакций ослабевала. Примерно у 30% обследованных больных психические нарушения при интоксикации ЛОВ ограничивались фазой эйфории. В этих случаях уход от действительности, «выключение» сознания являлось целью ингаляции. Регулируя глубину интоксикации изменением интенсивности ингаляции ЛОВ, подростки могли поддерживать эйфорическую фазу на этапе заторможенности в течение нескольких часов.

Другим специфическим клиническим проявлением периода опьянения является комплекс ярких, цветных, зрительных галлюцинаций, «мультиков, картиночек», возникающих при открытых глазах и «накладывающихся» на реальность. Фабула галлюцинаторных

переживаний кататинного характера у детей 7-8 лет – это встречи с героями «мультиков», домашними животными, игрушками. У более старших детей (10-12 лет) – это культ силы, зрительно-тактильные галлюцинации с субъективным ощущением своих особых возможностей, представлением себя героями боевиков и т. п. (В.П.Колосов, 2000).

Также было отмечено, что в процессе формирования токсикомании происходит усложнение психотических нарушений наблюдаваемых во время интоксикации (Е.И.Цымбал, 1999).

Н.Г.Найденова (2002) описывает схожую картину опьянения у несовершеннолетних при употреблении «фантастиков» (летучие наркотически действующие вещества, циклодол, ЛСД, гашиш). Общими клиническими проявлениями для них являются в начальных фазах – наличие различных сенестопатий и вегетативных нарушений (легкие покалывания в различных частях тела, головокружение, сухость во рту, внутренний дискомфорт, покраснение или, наоборот, бледность кожи лица и т.д.). В динамике появляются психопатологические и эмоционально-аффективные нарушения. В этот период характерно возникновение эйфории с переживанием радости и восторга, ликования, ощущением легкости в теле, с желанием говорить, смеяться и т.д. Эйфория сменяется сначала простыми, а затем сложными зрительными галлюцинациями. Онейроидоподобный и делириозный синдромы также появляются после достаточно длительного периода злоупотребления.

При употреблении седативных средств подростками (кетамин, опий, героин, метадон) Н.Г.Найденова (2002) отмечает схожую картину наркотического опьянения со взрослыми наркопотребителями.

3.4. Динамика клинических проявлений

В научной литературе достаточно подробно и часто встречается описание клинических проявлений различных видов зависимости у взрослых (Э.А.Бабаян, М.Х.Гонопольский, 1987; Иванец Н.Н. 2002; А.В.Надеждин, Е.Ю.Тетенова, 2000, D.Kanof Pili, 1993).

Что касается клиники детского наркотизма, то ряд авторов, занимающихся изучением данного направления, представляют некоторые особенности клинической картины у несовершеннолетних с зависимостью от различных видов веществ.

А.В.Надеждин (2002) высказывает мнение о том, что течение наркомании у несовершеннолетних во многом определяется «временным фактором», преморбидными особенностями и социально-психологическими причинами. Ранний возраст начала наркомании, разнообразный арсенал одурманивающих веществ на начальном этапе несистематизированного приема, наличие органически неполноценной «почвы» и признаков инфантилизма, отрицательные социально-психологические

факторы в совокупности определяют высокий темп прогредиентности течения наркомании.

Изучая клинику опийной зависимости у несовершеннолетних, учеными высказывалось мнение о том, что «чистая» опийная наркомания среди данного контингента встречается редко (М.Г.Усов, Д.В.Четвериков, 1996). При этом отмечается возможность развития злокачественного течения с ранней личностной деградацией (М.М.Ведищева, Л.Н.Рыбакова, М.Г.Цетлин, 2000).

При изучении клиники опийного абстинентного синдрома ученые пришли к выводу о двухфазности его течения. Здесь же была отмечена «незрелость» синдромальных образований, а именно редуцированность алгического компонента и более короткий период острых соматовегетативных проявлений (А.В.Надеждин, 1999). Наиболее типичными и часто встречающимися жалобами больных детского и подросткового возраста были алгии «выкручивающего, тянувшего» характера в мышцах ног, спины, чувство неудобства, невозможности найти себе место («неудобно лежать», «не знаю, куда девать ноги и руки»), что свидетельствует о существенно меньшем уровне дискриминативности (различительности) сенесталгических абстинентных феноменов (А.В.Надеждин, 1995).

Выраженные соматовегетативные расстройства объективно наблюдались редко. Обращает на себя внимание специфика вегетативного реагирования у подростков. В острый период синдрома отмены редко наблюдались выраженные реакции симпатоадреналового полюса в виде артериальной гипертензии, озноба и трепора, чаще отмечалась тенденция к гипотоническим реакциям, АД регистрировалось в пределах 95/60-110/70 мм.рт.ст. Диспептические расстройства в виде тошноты, рвоты, дисфункции кишечника (учащение акта дефекации, жидкий стул) встречались у 39,82% исследуемых больных подросткового возраста, они имели невыраженный и непродолжительный характер.

Наиболее мучительными для больных и стойкими в плане медикаментозной терапии были диссомннические расстройства, заключавшиеся в затрудненном засыпании, поверхностном сне с частыми пробуждениями, отсутствии чувства сна в ночное время.

В поведении несовершеннолетних при развитии сформированного абстинентного синдрома в большей степени были представлены: раздражительность, нетерпеливость, плохая переносимость ожидания, неусидчивость, чувство внутренней напряженности, иногда наблюдалась гиперестезия к яркому свету и звукам, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, что феноменологически схоже с астеническим синдромом, изначально описанным в клинике неврастении. На начальном этапе развития синдрома отмены в большей степени преобладали симптомы раздражения,

то есть «астения с гиперстенией» (Г.В.Морозов, 1998); затем, по мере усиления симптомов абстиненции, в клинической картине наблюдались в равной степени утомляемость и раздражительность, что позволяет говорить о синдроме «раздражительной слабости», в рамках которого, в отличие от типичных астенических состояний соматогенного и психогенного происхождения, наиболее выражены аффективные нарушения.

Астеническая симптоматика пронизывает абстинентный, постабстинентный периоды и первые месяцы ремиссии, в зависимости от длительности заболевания и преморбидных особенностей больного (склонности к астеническому реагированию). Естественно, что проявления астенического синдрома с течением времени изменялись по преобладанию расстройств, входящих в его структуру, и интенсивности: так, в постабстинентном периоде характерны такие показатели как снижение трудоспособности, повышенная утомляемость, ухудшение памяти и внимания, механическое чтение без усвоения содержания прочитанного, эмоциональная неустойчивость; а в период становления ремиссии эта симптоматика проявляется при более значимых физических или психических нагрузках. Пониженный фон настроения, появляясь в начале абстиненции, как и астения, является «сквозным» симптомом. Для аффективных расстройств в рамках героинового абстинентного синдрома характерно отсутствие четкой дискретности между компонентами эмоционального статуса. Для клинициста-нарколога эффект воспринимался как целостное, лишенное спекулятивно различимых составляющих. В абстинентных расстройствах настроения сложно было выделить отдельно гипотимию, отдельно – дисфорию (А.В.Надеждин, 2002).

В отношении синдрома патологического влечения к наркотику, то у несовершеннолетних отмечается феноменологическая незавершенность. Для них характерна недифференцированность и меньшая осознаваемость патологического влечения к наркотику. Это особенно свойственно лицам, злоупотребляющим несколькими психоактивными веществами на дононозологическом этапе. В структуре патологического влечения к наркотику у несовершеннолетних преобладают поведенческий и аффективный компоненты, коррелирующие с преморбидными особенностями личности. Аффективная составляющая включает в себя расстройства гипотимического полюса без витализации аффекта, а также более узкий, чем у взрослых пациентов, диапазон дисфорических проявлений. Поведенческие расстройства, независимо от аффективного статуса и характерологических особенностей больного, зачастую сохраняют элементы «детской». Эти особенности В.В.Ковалев (1995) объясняет с позиций возрастной незрелости психики, которая «определяет недифференцированность, фрагментарность многих психопатологических симптомов».

Согласно данным проведенных исследований Н.Е.Буторина (1981, 1986) определяет закономерности формирования и клинические проявления первичного патологического влечения (психическая зависимость) при ранней алкоголизации у подростков. Автор отмечает, что синдром психической зависимости в значительной мере маскируются биологическими, психологическими и социальными особенностями пубертатного возраста, и его диагностика требует оценки всех этих критерииев.

Интересные данные были получены при изучении отношения к болезни у детей. Эти дети никогда не считают себя больными, избегают любого общения с медицинскими работниками. Критика с самого начала носит частичный характер, а при длительном использовании ПАВ, по мере нарастания органического дефекта, практически утрачивается (В.П.Колосов, 2000).

4. Последствия наркотизации

4.1. Темпы развития последствий злоупотребления психоактивными веществами.

М.Л.Рохлина и А.Г.Врублевский (1990) показали, что личностные девиации в преморбидном периоде, ранний возраст начала употребления наркотиков, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, воспитание в неполной семье, злоупотребление алкоголем до начала наркотизации являются неблагоприятными прогностическими факторами, определяющими скорость формирования негативных медицинских и социальных последствий заболевания. Причём, чем раньше начинается злоупотребление наркотиками и чем длительнее оно продолжается, тем грубее органические изменения головного мозга и более выражены интеллектуально-мнестические нарушения (Т.Т.Похилько, 1980).

В.М.Фрагин (1983), исследуя клинику опийной наркомании у подростков, также обратил внимание на быстрое возникновение у них изменений личности. В работе обращается внимание на то, что происходило не только заострение преморбидных личностных особенностей, но и появление новых черт характера, таких как лживость, эгоизм, эмоциональное огрубение. Наркомания, по мнению автора, приводила также к морально-этическому снижению и социальной деградации больных, которые были тем значительнее, чем раньше формировалось заболевание.

А.Г.Врублевский, М.Л.Рохлина, И.Б.Власова (1988) установили, что раннее приобщение к наркотикам способствует более быстрому развитию психопатоподобных изменений, деградации личности, появлению интеллектуально-мнестических расстройств у больных полинаркоманиями.

4.2. Соматическая патология при наркотизации

Еще в конце XIX — начале XX в.в. были выделены и описаны психоорганические расстройства

при опийной и других известных в то время наркоманиях (Gossmann, 1879; E.Kraepelin, 1892, 1927; С.С.Корсаков, 1901; М.П.Кутанин, 1915; E.Bleuler, 1920; H.W.Maier, 1926; В.П.Осипов, 1931).

По мере расширения спектра употребляемых психоактивных веществ происходило накопление данных о психоорганических изменениях, формирующихся при различных видах наркомании и токсикоманий (И.Н.Пятницкая, 1975, 1986, 1996; Н.Н.Иванец, Г.И.Абрамова, 1976; Н.Д.Узлов, 1981; И.Г.Ураков, М.Л.Рохлина, И.Б.Власова, 1986; Г.Я.Лукачер, Н.Б.Ласкова, 1987; А.И.Покоев, 1988; А.М.Селедцов, 1991, 1994; Н.Е.Кулагина, 1992; А.М.Селедцов, Э.С.Гоберник, 1993; В.А.Жмуров, 1994; Ю.Л.Арзуманов, А.А.Абакумова, 1999; L.R.B.Parker, 1961; D.Pauchard, A.Calanca, 1983).

Выраженные органические изменения были выявлены и при токсикоманиях, обусловленных выдыханием органических растворителей. Во многих сообщениях об ингаляционном употреблении средств бытовой химии (T.J.Haley, 1980, R.J.Ranagan, M.Ruprah, T.J.Meredith, 1990) указывалось на выраженные токсические эффекты, которые обнаруживались как в состоянии опьянения, так и после выхода из него. Gossmann (1879) утверждал, что длительное употребление препаратов морфия отражается на умственной работоспособности. А.Эrlenmeyer и П.Солье (1899), E.Kraepelin (1892, 1927) также находили у морфинистов неточность памяти, падение продуктивности умственной работы, особенно творческой, повышенную утомляемость и невозможность планомерной деятельности.

Что касается последствий детской наркотизации, то анализ литературы позволил сделать выводы о более тяжелых последствиях в плане физического и психического развития, чем у детей среднего и старшего подросткового возраста. По мнению А.В.Надеждина (2002) возрастные особенности последствий хронической интоксикации у несовершеннолетних выражаются в задержке психофизического развития, в раннем появлении признаков психоорганического синдрома, соответствующих уровню нервно-психического реагирования (чаще наблюдается психопатоподобный вариант психоорганического синдрома). Одним из основных признаков психоорганического синдрома является наличие интеллектуально-мнестических расстройств. Они наблюдаются у больных, начавших наркотизацию в подростковом возрасте, в виде значительного снижения кратковременной визуальной и аудиальной памяти, нарушения способности к обобщению, преобладания конкретно-ситуационного типа мышления, причем эти расстройства у наркотизирующихся подростков выражены в большей степени, чем у взрослых. У большинства исследуемых больных отмечалась повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость с раздражительностью и эксплозивностью, метеотропность.

С другой стороны у части пациентов подросткового возраста после длительного (6-8 мес. и более) воздержания от употребления психоактивных веществ перечисленные выше симптомы нивелируются, практически не наблюдаются, за исключением аффективной неустойчивости и, в ряде случаев, невыраженной астенической симптоматики.

Вместе с тем существует обоснованное мнение о необратимости проявлений психоорганического синдрома: «Подобный тип течений является вообще малохарактерным для психоорганического синдрома, ...и при хронических экзогенных воздействиях в периоде становления психоорганического синдрома не наблюдалось заметного регрессирования симптоматики ... даже когда действие экзогенных факторов было устранено». Б.П.Пивень (1998), автор данного вывода, оперирует наблюдениями, составленными на основе изучения психоорганического синдрома у лиц зрелого возраста, и по этой причине игнорирует влияние возрастного фактора. Исследователи, работающие в области психиатрии детского и подросткового возраста, указывают, что резидуально-органические расстройства в этом возрасте имеют более или менее выраженную тенденцию к редукции патологических изменений, их «сглаживанию и обратному развитию» (В.В.Ковалев, 1995, В.А.Колегова, 1973, Г.Е.Сухарева 1998). Кроме того, необходимо учитывать, что клиника психоорганического синдрома у подростков имеет свои особенности, которые зависят от того, на каком этапе развития мозговых систем и функций произошло вредное воздействие на головной мозг, в результате чего появляются симптомы, свойственные тому или иному «уровню возрастного нервно-психического реагирования». Для младшего школьного и препубертатного возраста (7-12 лет - аффективный уровень реагирования) характерны синдромы повышенной аффективной возбудимости, уходов, бродяжничества, повышенное влечение к новым впечатлениям («сенсорная жаждада»); у подростков (12-16 лет - эмоционально-идеаторный уровень реагирования) на первый план в клинике психоорганического синдрома наиболее часто выступают эмоционально-волевые расстройства личности, которые выражаются, согласно выводам Г.Е.Сухаревой (1998), недостаточностью высших свойств личности (отсутствие интеллектуальных интересов, эгоизм, несформированность нравственных установок и т.д.), то есть речь идет о психопатоподобном варианте психоорганического синдрома. В этом случае наиболее часто встречаются синдромы психической неустойчивости и повышенной аффективной возбудимости.

Работы кафедры детской, подростковой психиатрии, медицинской психологии и наркологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования, посвященные проблемам наркологии раннего возраста (Н.Е.Буторина,

1982, Е.Б.Занин, 1990, Л.С.Рычкова, 1985), еще раз подтверждают, что токсическое воздействие психоактивных веществ на нейрофизиологические системы, особенно в периоды наиболее интенсивных изменений общей и нервной реактивности (в возрастные критические периоды), формирует не только специфику возрастных клинических закономерностей. Раннее употребление ПАВ, взаимодействуя с процессами возрастного созревания систем мозга, с этапами общего и психического онтогенеза, приводит к нарушению индивидуального развития - дизонтогенезу, который развертывается по типу поврежденного психического развития. Основой такого дизонтогенеза является возникновение и прогрессирование признаков токсической энцефалопатии.

В.А.Михайленко (1990) в своей работе пишет: «Организм ребенка находится в постоянном развитии, его органы и системы с возрастом изменяются. Возникающие, в условиях непрерывного роста и бурной перестройки организма заболевания, различные перегрузки, психические и физические травмы, а также случайное или умышленное употребление ПАВ приносит детям значительно больший вред, чем взрослым. Изменения отчетливо видны во внешнем облике».

Н.А.Башкирова (1998), Э.А.Бабаян, М.Х.Гонопольский (1990) отмечают особо вредное воздействие ПАВ на растущий организм: более быстрое, чем у взрослых привыкание (в 3-4 раза), развивающиеся стойкие изменения крови, стенок сосудов головного мозга. И, как следствие, катастрофически быстро формирующееся органическое поражение центральной нервной системы, глубина которого варьирует от легкого органического снижения до выраженного слабоумия с эпилептиформными расстройствами, грубыми двигательными и трофическими нарушениями, что в короткие сроки приводит больных к инвалидности (Л.Е.Ломоватский, 1988).

По данным М.Х.Гонопольского (1987) злокачественное течение объясняется воздействием интоксикации на растущий организм. В клинике выделяется, в связи с нарушением питания, общее физическое недоразвитие, малокровие, гастриты, легочные патологии (Г.Н.Носов, 1991, Д.Ж.Тойжанова, 2001).

В.Б.Альтшулер (2000) в своей работе, подытоживая возможные последствия наркотизации, делает выводы о том, что чем раньше состоялось знакомство с наркотиками, тем тяжелее и необратимее последствия их употребления. В этом случае вступает в силу известный из клиники детской психиатрии закон Клерамбо: чем раньше (по возрасту) и массивнее оказывается токсическое воздействие, тем тяжелее его последствия (цит. по А.В.Надеждину, 1999).

4.3. Динамика личностных изменений при длительной наркотизации у несовершеннолетних

Н.Е.Буторина (2002) в своей работе отмечает, что на ранних этапах алкоголизма когнитивный

статус, уровень интеллектуального развития характеризуется задержками общего психического и интеллектуального развития. Степень задержки определяется тяжестью церебрально-органической патологии. По данным исследователей, на ранних стадиях заболевания и при благоприятном типе течения с умеренной прогредиентностью алкогольного заболевания выявляется, главным образом, задержка темпа развития со снижением когнитивной продуктивности.

Пятницкая И.Н. в своей работе описала результат действия токсического фактора на детский организм, в частности, на дальнейшее психическое развитие, результат которого зависит от того, на каком этапе развития ребенка произошло действие вредного фактора. «При исключительно редкой алкоголизации 4-5 летних детей спустя 1-2 года мы видим картину имбэцильности: неразвитая речь, моторная неловкость, неспособность самообслуживания, отсутствие гигиенических навыков. Действие токсического фактора в возрасте 6-7 лет, на этапе игровой деятельности, приводит к тому, что спустя несколько лет ребенок продолжает находиться на этом уровне развития, не достигая следующего. В дальнейшем они не обнаруживают способности к целеполаганию, его деятельность хаотична и по существу остается игровой. Задержка созревания личности может выглядеть внешне и как вполне благополучное состояние. Так, свободное, постоянное, повторяющееся выполнение какой-либо ручной функции создает впечатление виртуозности. Это – умение из тех, которые сохраняются и поддерживаются всю жизнь, без желания следующего шага в мастерстве. С возраста 8-10 лет ребенок приобретает способность ставить перед собой задачи, отдаленные от имеющейся ситуации. Постепенно эти задачи отдаляются от сенсорного опыта, приобретают идейный смысл, – возникают цели идеального, социального, внеучаственного смысла, значимости. Токсическое воздействие на протяжении этого периода, очень важного для формирования человека как социального существа, способствует появлению личности социально нестабильной. Возраст 7- 11 лет – период аффективного развития. Нарушения этого развития проявляются в последующем быстротой эмоциональных срывов, неустойчивостью, легкостью возникновения грубых аффектов, неспособностью к эмоциональному резонансу – сердечности, сочувствию» (И.Н.Пятницкая, 1988).

Вышеперечисленные предикторы наркомании в конечном итоге приводят к развитию, так называемой, «наркоманической» личности. Ряд ученых пришли к выводу, что независимо от вида употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались, больные становились все более похожими друг на друга, у них формировался своеобразный наркоманический дефект. Последний характеризовался

нарастающими аффективными расстройствами в виде дисфорических или апатико-абулических депрессий, аффективной лабильности, преобладанием истеровозбудимых форм реагирования, психо-социальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально волевой сферы, расстройствами сферы влечений, в том числе сексуальной расторможенностью. Были выражены морально-этическое снижение и интеллектуально-мнемические расстройства, которые имели транзиторный характер. Все это, в совокупности, объединяло изученных больных по характеру изменений личности в одну группу, которая была квалифицирована как «наркоманическая» личность (А.А.Козлов, М.Л.Рохлина, 2000, Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, О.Ф.Львова, 1999, Ю.А.Захаров, 1999, С.В.Березин, К.С.Лисецкий, И.Б.Орешникова, 2000, Ф.Швец, 1971, А.М.Селедцов, 1994, И.В.Стрельчук, 1956, А.Н.Ланда, 1989, Л.Н.Благова, 1993, T.Dimoff and S.Carper, 1992, M.P.Dawkins, 1997, R.A.Spit, 1945, T.Anders, A.Saden, 1995).

М.Л.Рохлина (1995), говоря о медицинских последствиях наркомании, указывает на снижение «уровня личности» у 82% больных, заострение преморбидных черт характера у 24%, психопатоподобные нарушения у 30,8%, деградацию личности у 17,2%.

Исследования Deborah S.Hasin, K.D.Trautman и др. (1996) показали у больных наркоманиями эпизоды большой депрессии, дистимии, а также разнообразные тревожные состояния: панические реакции, агорофобию с паникой и без нее, генерализованную тревогу, социальную фобию. Все это могло сочетаться с патологией пищевого поведения (анорексией, булимией, жаждой) и личностными нарушениями (антисоциальными тенденциями, характерологическими расстройствами). Ряд авторов выделили некоторые личностные особенности в зависимости от вида употребляемого наркотика. Так T.W.Estroff, M.S.Gold (1986), K.Das, V.K.Varma, A.K.Malhorta, R.Dang, R.Nehra (1988) находили, что хронические потребители конопли обладают замедленной реакцией при решении перцептивно-моторных задач, оказываются недееспособными в решении профессиональных, социальных и личных проблем. S.M.R.Malfish, A.Krone (1990), сравнивая уровень тревожности и склонность к гневным реакциям у пациентов, злоупотребляющих различными психоактивными веществами (опий, кокаин, конопля, алкоголь), обнаружили, что наиболее высокий уровень тревоги имеется у опийных наркоманов, а гневливость наиболее всего выражена у лиц, употребляющих кокайн.

В.Б.Бориневич (1963) указывал, что личность наркомана изменяется не только под влиянием токсических эффектов наркотика, но также и под влиянием ряда социальных факторов. Употребление

наркотиков ставит больного в особое положение в семье и обществе, делает его отщепенцем, озлобляет его. Наркоман уходит в себя, он заботится только о получении запаса наркотических веществ. Страх перед абстинентным синдромом становится основным фоном психической деятельности наркомана, что неизбежно приводит к изменению личности. Об этом также писали М.Я.Серейский, М.О.Гуревич (1946), И.М.Елисеев (1976).

При алкоголизации подростков особенно быстро наступает психопатизация. В этот период легко присоединяется злоупотребление другими наркотическими веществами (В.А.Гурьева, В.Я.Гиндинин, 1980). А.В.Надеждин (2002) отмечает у подростков более глубокую, по сравнению с взрослыми больными, социальную дезадаптацию.

H.Swadi (1990) отмечал, что «экспериментирование» с наркотиками вызывает неблагоприятные изменения в поведении несовершеннолетних, и чаще всего является началом дальнейшего злоупотребления ПАВ. В результате, при психологическом исследовании у них выявляется снижение активного внимания, истощаемость физических функций, заторможенность мышления, снижение высших эмоций (Г.Н.Носов, 1991, Д.Ж.Тойжанова, 2001).

И.Н.Абщаихова (1992) нашла, что наркотизирующиеся подростки хуже учатся, у них чаще наблюдаются нарушения нормативности и эмоциональные расстройства, низкий интерес к традиционной общественной деятельности, которой руководят взрослые. У них часто отмечаются выраженные психические и психологические нарушения. То есть практически для детей и подростков также характерно развитие «наркоманической» личности. При этом учеными была отмечена такая

закономерность, как то, что данные изменения личности происходили значительно быстрее у молодых лиц, нежели у взрослых наркоманов. Также высказывалось мнение о том, что незрелая личность значительно быстрее подвергается токсическому воздействию психоактивного вещества (А.А.Козлов, М.Л.Рохлина, 2000, Н.Н.Иванец, Ю.А.Захаров, 1999, Л.Н.Благова, 1993, T.Dimoff and S.Carter, 1992, M.P.Dawkins, 1997).

5. Резюме

Таким образом, анализ литературы подтверждает тенденцию роста наркотизации лиц детского и подросткового возраста, а также недостаточную изученность данного направления.

Хорошо изучены основные аспекты подростковой наркологии, прежде всего, особенности клинической картины зависимости от различных ПАВ, абстинентного синдрома, последствия наркотизации несовершеннолетних.

Что касается детской наркотизации, то здесь достаточно хорошо изучен комплекс факторов, приводящих к развитию химической зависимости от различных психоактивных агентов. Необходимо отметить единичные данные, где были приведены некоторые особенности клинической картины и последствия зависимости от различных ПАВ, начавших регулярное употребление до 12 лет. В этих работах были высказаны возможные тенденции изменения некоторых синдромов и симптомов при развитии наркозависимости у детей. Однако в доступной литературе отсутствует описание различий между группами пациентов, начавших систематическое употребление ПАВ в различные возрастные периоды.

Литература:

1. Абщаихова И.Н Клинические и психосоциальные особенности формирования гашишной наркомании у подростков. - Санкт-Петербург, 1992. – С. 8-33
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных. - Москва «Медицина», 1988. – 434 с.
3. Альтшулер В.Б., Надеждин А.В. Наркомания дорога в бездну. – Москва, 2000. - С. 28-29
4. Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., Коган Б.М. и др. Особенности вызванной электрической активности мозга и функций катехоламиновой системы как маркеры предрасположенности к формированию зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. - 1999. - № 2. - С. 45-51
5. Артифекова А.А. Медико-биологические аспекты вредных привычек. - Нижний Новгород, 1995. - С. 2-3
6. Артиухов С. Бездна: пьянство, наркомания, СПИД. – Москва, 1988. - С.163-178
7. Арзуманов Ю.Л., Абакумова А.А., Колотыгина Р.Ф., Наговицына И.Л., Тверицкая И.Н., Анохина И.П. Исследование когнитивной функции у больных алкоголизмом, имеющих наследственную предрасположенность к этому заболеванию // Вопросы наркологии. - 1999.- № 3. - С. 47-50
8. Асанова Л.М. Нарушения поведения у детей и подростков. – Москва, 1981. – С. 97-101
9. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. – Москва, 1987. - 336 с.
10. Багаева Н.В. О борьбе с вредными привычками в школе // Предупреждение вредных привычек у школьников. - Москва: Изд-во АПН СССР, 1998. - № 45 - С.85
11. Байядр Р.Т., Байядр Д. Ваш беспокойный подросток. - Москва: Семья и школа, 1995. – 248 с.
12. Балашова Т.И., Макаров В.А. Структура и динамика острых отравлений ПАВ у детей в городе Астрахани // Современные проблемы наркологии. – 1999. - № 4. - С. 17-23
13. Башкирова Н.А. Подростковая наркология. – Чебоксары, 1998. - С. 2-3
14. Березин С.В., Лисецкий К.С., Орешникова И.Б. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании. - Москва, Издательство института психотерапии. 2000. - С. 15, 19, 24, 25, 34, 35, 48, 56, 67, 75, 79, 97

-
-
15. Бикмаматова Н.Х. Особенности формирования наркомании у лиц с различными преморбидными особенностями личности // Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. Ч. 1. Вопросы наркологии. — Фрунзе, 1980.- С. 13-15
16. Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патофизиология алкогольной болезни и наркоманий. - Москва, изд. Университета дружбы народов, 1991. - С. 5
17. Битенский В.С., Херсонский Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А. Наркомании у подростков. – Киев, 1989. – 216 с.
18. Благов Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании // В сб.: Материалы межд. научн. конф. - Гродно, 1993. – С. 301-302
19. Божович Л.И. Личность и её формирование в детском возрасте. - Москва, 1968. - С. 247-292
20. Бориневич В.В. Наркомании. - Москва, 1963. - 275 с.
21. Бохан Н.А., Глазырина Н.И., Мандель А.И. Обзор современных методов исследований и реабилитации больных наркоманиями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2000. - № 4. - С.55
22. Братусь Б.С., Сидоров П.И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. М.: Изд-во МГУ, 1984. - 146 с.
23. Бугаев К.Е., Марнусенко Н.Н., Шепило И.Н. Возрастная физиология. - Ростов-на-Дону, 1975. - С. 60-61, 106-107
24. Буторина Н.Е., Золотаревская Г.М., Рычкова Л.С. Медико-биологические и социально-гигиенические аспекты раннего алкоголизма: Информац. бюллетень. - Челябинск: Изд-во ЧГПИ, 1981.- 48 с.
25. Буторина Н.Е. Возрастные особенности алкоголизма (ранний алкоголизм): Учеб. пособие для врачей-курсантов. - Л.: Изд-во ЛенГИДУВа, 1986. - 40 с.
26. Бушев И.И., Карпова М.Н. Диагностика токсических поражений головного мозга методом компьютерной томографии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1990. - № 90 (2). - С. 107—109
27. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. - Фонд НАН.М, 1997. - С. 40
28. Валентик Ю.В., Вострокнутов Н.В., Герии А.А., Дудко Т.Н., Тростанецкая Г.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами// Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т.12, № 2. - С.31-35
29. Ведищева М.М., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Принципиальные вопросы проведения антинаркотической профилактики среди детей. Данные из Интернета
30. Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.С., Северный А.А. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - Т. 12, № 2. – С. 5-9
31. Вострокнутов Н.В. Токсикомическое поведение — проблема комплексного взаимодействия в наркологии //Актуальные вопросы наркологии. Тезисы республ. совещания наркологов 24—25 апреля 1989 года. — Ашхабад, 1989. - С. 5-7
32. Вроню М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. - "Медицина" Москва 1971. – 345 с.
33. Врублевский А.Г., Кузнец М.Е., Мирошниченко Л.Д. Динамика и прогноз наркологической ситуации на территории Российской Федерации // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Сборник научных работ. — Москва - Орел, 1994.- № 4. - С. 65-68
34. Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Власова И.Б., Петракова Л.Б., Чуркина Н.Б. Медико-социальный прогноз некоторых форм наркомании / Вопросы наркологии.- 1988.- № 3. - С. 38-42
35. Вулф Луиза. Жив и здоров: полное руководство по оказанию помощи детям и подросткам и проведению неотложного лечения. – Москва, 1994. – С. 139-154
36. Выготский Л.С Избранные психологические исследования. - Москва, издательство АПН РСФСР, 1958
37. Гарбузов В.И. От младенчества до отрочества. – Ленинград, 1991. - С. 109-134
38. Гиляровский В.Л. Психиатрия. — Москва - Ленинград, 1935.— 750 с.
39. Гонопольский М.Х. Алкоголь и разрушение личности. - Алма-Ата, 1987. - С. 132-139
40. Горьковая И.А. Нарушения поведения у детей из семей алкоголиков // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1994/3. - С.47-54
41. Гречаная Т.Е., Врублевский А.Г., Егоров В.Ф. Динамика смертности наркоманов, вводивших наркотики внутривенно в Москве за 12 лет // Материалы XII съезда психиатров России. - Москва, 1995. - С. 705-706
42. Гулямов М.Г. Гашишная наркомания // Здравоохранение Таджикистана, 1988. - № 2. С. 36-52
43. Гурски Станислав. Внимание, родители: наркомания. - Профиздат, 1989. - С. 40, 43, 44, 63, 92, 93
44. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. - Москва «Медицина», 1980
45. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. - М.: Медицина, 1980
-
-

-
46. Данилин А., Данилина И. Как спасти детей от наркотиков. - Москва, 2000. - С.33, 35, 54
47. Данилова Н.Н. Психофизиология. - Москва, 2000
48. Даулинг Скотт. Психология и лечение зависимого поведения. Пер. с англ. Р.Р.Муртазина под ред. А.Ф.Ускова.- М. 2000. - С. 17, 18, 19, 25, 28, 29, 35, 51, 56, 90, 103, 105, 109, 111, 152, 154, 164, 175, 179, 205
49. Дроздов Э.С., Зенченко Е.И. Алкоголизм: 100 вопросов и ответов. - Москва, 1988. С. 39-45
50. Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. - Ленинград: Медицина, 1991. - С. 69, 89, 149-150
51. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. - 2002. - № 2. - С. 50-53
52. Ежегодный отчет о заболеваниях психическими и поведенческими расстройствами, вследствие употребления ПАВ за 2001 год.
53. Елисеев И.М. О социально-трудовой дезадаптации у больных полинаркоманиями // В сб.: Клинические аспекты социальной реадаптации психических больных. - М., 1976. - С. 151-161
54. Еникеева Д.Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков. - Москва 1999. - С. 50-51, 92
55. Жмуров В.А., Огородников Т.Г. Токсикомания: вопросы клиники, раннего выявления и профилактики // Проблемы алкоголизма и наркомании. - Хабаровск, 1988. - С. 54-56
56. Жмуров В.А. Психопатологические синдромы. - Психопатология. Учебное пособие для студентов вузов. - Иркутск: Психология, 1994. - С. 281-289
57. Занин Е.Б. Клинико-катамнестическое исследование раннего алкоголизма: Дис. канд. мед. наук. - Челябинск, 1990
58. Захаров Ю.А. Наркотики: от отчаяния к надежде. - Москва, 1999. - С. 55, 57, 92, 93, 155, 167, 169
59. Зурабашвили А.Д., Габиани А.А., Лежава Г.Г., Нанеишвили Б.Р. От вредной привычки к тяжелому заболеванию. - Тбилиси, 1986. - 99 с.
60. Иванова Н.В., Мамуров Г., Абдуалиева Д.А. Характеристика физического, нервно-психического и соматического развития детей от больных алкоголизмом родителей // им. Корсакова - 1993.- № 2. - С 62-64
61. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии. - Москва: Медпрактика-М, 2002. - Том № 1, 2. - 504 с.
62. Иванец Н.Н., Абрамова Г.И. Клинические особенности лечения и профилактики хронического алкоголизма, осложненного барбитуратовой интоксикацией. Методические рекомендации. — М., 1976
63. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Львова О.Ф. О работе диссертационного совета при НИИ наркологии в 1999 году // Вопросы наркологии. - 1999. - № 1. - С. 10-11, 12
64. Измайлова Н.Т. Гашишизм и шизофрении / Автореферат.
65. Илешева Р.Г. Нарушения поведения у детей и подростков. - Алма-Ата «Наука» Каз.ССР, 1990. - С. 5, 7, 24, 27, 36
66. Калачева И.О. Проблемы детской социальной психиатрии //Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 5. - С. 58-61
67. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Комплексное исследование социального и психического здоровья / Методические рекомендации. - Павлодар, 2002
68. Киреева Т.А., Горбушина С.Н. Медико-социальные и педагогические проблемы наркомании и токсикомании у детей и подростков. - Уфа, 1999. - С. 2-3, 5
69. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. - Москва, 1995. - 560 с.
70. Ковалев В.В. Нарушения поведения у детей и подростков. - Москва, 1981. - С. 11-24
71. Ковалев В.В. Социально-психологический аспект проблемы девиантного поведения у детей и подростков. В кн.: Нарушения поведения у детей и подростков. - М., "Медицина", 1981. - С. 11-24
72. Ковецкий С.Н., Солонский А.В., Моисеева Г.Л. Динамика нарушений развития головного мозга плодов, получаемых от матерей употреблявших алкоголь в период беременности // им. Корсакова. - 1995.- № 3. - С 58-62
73. Козлов А.А., Рохлина М.Л. Зависимость формирования наркоманической личности от предисposingющих факторов // им. Корсакова. - 2000. - № 5. - С.16-20
74. Козлов А.А.. Рохлина М.Л. Наркоманическая личность // Неврология и психиатрия. - 2000. - № 7. - С. 23-27
75. Козловская Г.В. Состояние психического здоровья детского населения раннего возраста и актуальные проблемы микропсихиатрии. // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - Т. 12. - № 2. - С.27-30
76. Колегова В.А. // Сб. Неврозы и нарушения характера у подростков. - М., 1973. - С. 170-183
77. Колесов Д.В. Эволюция психики и природа наркотизма. - Москва, 1991. - стр. 6, 11, 36, 42, 48, 148, 149, 165, 187, 189, 229, 235, 274, 287, 288, 303, 305
78. Колосов В.П. Психокоррекция и психотерапия детей страдающих пристрастием к ингаляционному применению психоактивных веществ. - Москва, 2000. - С. 1-3, 5.
-

-
-
79. Колотилин Г.Ф., Михаилов В.И. О мотивации антисоциальных действий подростков, склонных к приему наркотических веществ //Личностные изменения и предупреждения общественно-опасных действий при психозах и алкоголизме. Тезисы докладов II конференции психиатров Сибири и Дальнего Востока 13—14 сентября 1979 г. — Хабаровск, 1979. - С. 5-8
80. Колушева Г.В. Влияние морфинной интоксикации на гипоталамус матери и потомства в постнатальном онтогенезе //им Корсакова. — 1990. - № 10. С. 62-65.
81. Кондратьев Ф.В. Первичное выявление токсико- и наркомании в судебно-психиатрической практике // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и наркологии. Сборник научных трудов. / Под ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозова. - М., 1990. - С. 53-61
82. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социал.-психол. и психиатр. аспекты. - Минск: Беларусь, 1988. - 207 с.
83. Колосова Г.С., Звягина Н.В., Морозова А.В. Психофизиологические особенности развития детей младшего школьного возраста. — Архангельск, 1997. - С. 8-31
84. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития. — Обозр. психиатр. и мед. психол. - 1991/1 - С.8-15
85. Короленко Ц.П., Донских Т.А. Семь путей к катастрофе. - Новосибирск, 1990. - 224 с.
86. Корсаков С.С. Курс психиатрии. — Москва, 1901. — 1113 с.
87. Кошкина Е.А. Эпидемиология наркологических заболеваний ./Руководство по наркологии. — Т.1. — С. 8-32. Под редакцией Иванца Н.Н.
88. Кошкина Е.А. Наркомания: ситуация в среде учащихся Москвы. // В сб.: Пульс. - 1999.- № 9
89. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я. Распространенность употребления психоактивных веществ учащимися средних специальных заведений г. Москвы // Вопросы наркологии. — 1999 - № 2. - С. 79-83
90. Кошкина Е.А., Паронян И.Д., Константинова Н.Я. Потребление психоактивных веществ учащимися средних учебных заведений по данным мониторинга. // Актуальные вопросы профилактики неинфекционных заболеваний. - Москва, 1993. - № 2. - 204 с.
91. Кругликов Р.И., Майзелис М.Я. Алкоголизм и потомство - Москва «Наука», 1987. - 92 с.
92. Кулагина Н.Е. Варианты течения и клинических проявлений эфедроновой и первитиновой наркомании. Дисс. канд. мед. наук. — Москва, 1992.- С. 15-16, 90-92, 96
93. Кумпл Ф, Франке С. Предварительное содействие в сокращении спроса на наркотики: анализ потребностей стран Центральной Азии в сокращении спроса на наркотики. //Вопросы наркологии Казахстана – Т.2, № 3. – 2002. - С. 19-54
94. Курек Н.С. Гедонистическое мировоззрение в молодёжной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ // Вопросы наркологии.- 1996.- № 2
95. Курек Н. С. Особенности экспрессивно-импрессивного аспекта эмоциональной сферы больных наркоманией // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 1991. - Т. 91, № 2. - С. 64-67
96. Кутанин М.П. Хронический кокаинизм. К вопросу о психозах отравления. - Москва, 1915. — 53 с.
97. Кэмпбелл Росс Как любить своего подростка. - Санкт-Петербург, «Мирт», 1998. - 155 с.
98. Кэмпбелл Росс Как на самом деле любить детей. - Москва: Знание, 1990. - С. 5-105
99. Лакосина Н.Д., Милушева Г.А. О девиантном поведении подростков на ранних этапах злоупотребления токсическими веществами и алкоголем // им Корсакова. — 1992. - № 3. - С 98-101
100. Ланда А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами // Некоторые проблемы наркомании. Сборник научных трудов. - Москва, 1989. - С. 103-110
101. Лейтес Н.С. Мир детства: младший школьник. - Москва, 1988. - С. 178-190
102. Леонова Л.Г., Бочарева Н.Л. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте / Учебно-методическое пособие.
103. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. - Ленинград, 1985. - С. 416, 143-205
104. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. — Л.: Медицина, 1991. - 302 с.
105. Лобжанидзе А.Б. Потребление психоактивных веществ подростками-школьниками г. Нальчика и программа его профилактики // Вопросы наркологии. - 2001. - № 3.- С. 55-61
106. Ломоватский Л.Е. О некоторых особенностях клиники токсикоманий у подростков // VIII Всероссийский съезд невропатологов, психиатров и наркологов. Т. I. — М., 1988. - С. 386—387
107. Лоуэн А. Психология тела // М. Институт общегуманитарных исследований. — 2000 г. - С. 7, 11, 18, 36, 43, 49, 72, 74, 75, 89, 109, 136, 143, 171, 178, 187, 190
108. Лукачев Г.Я., Врублевский А.Г., Ласкова Н.Б. Неврологические аспекты опийной наркомании // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1987. - Т. 87, вып. 11. - С. 1653—1657
-
-

-
-
109. Лусс Л.А. Синдром патологии влечений у детей и подростков. Возрастные и нозологические аспекты // им Корсакова. – 1996. - № 4
110. Маковеева А.Г. Первые пробы психоактивных веществ современными детьми и подростками / / Вопросы наркологии.- 1999. - № 2. - С.65-70
111. Маркова И.В., Афанасьев В.В., Цыбулькин Э.К. Клиническая токсикология детей и подростков. - Санкт-Петербург, 1988. – 302 с.
112. Макаров В.В. Клинико-социальные аспекты формирования и профилактики раннего пьянства и алкоголизма. – Томск, 1992. – С. 16-18
113. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практич. руководство. – М.: МЕДпресс, 1999. - 592 с.
114. Михайленко В.А. Алкоголь и подростки. – Фрунзе, 1990. - С. 7
115. Михайлов Д. Наркота бросает вызов. //Свет. Природа и человек, 2001. – С. 5-7
116. Михайлов В.И., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств среди некоторых коренных народов Дальнего востока, проживающих в Хабаровском крае // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Выпуск II под редакцией Б.С.Положского, А.А.Чуркина. - Москва-Ижевск, 1997. – С.143-149
117. Михайличенко И.П. Особенности течения наркомании, формирующихся на психонатологически отягощенной почве, по материалам принудительного лечения // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы научных докладов. — Омск, 1982. - С. 108—111
118. Михайличенко И.П. О некоторых изменениях личности у больных наркоманией // Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. — Вильнюс, 1983. - С. 58—60
119. Михлин В.М., Дюбин В.А. Осторожно: белая смерть. - Кишинев: Штиинца, 1989. - С. 44-45, 80-81, 38, 43, 107, 135, 136, 137, 185, 201
120. Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. — Москва, 1984. — 174 с.
121. Морозов Г.В., Шумский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию. - Н. Новгород, изд. НГМА, 1998. - С. 130-136
122. Морозова И.Г. Патология влечений у детей и подростков. – Москва, 1996.
123. Москаленко В.Д., Шевцов А.В. Антиципация в семьях больных алкоголизмом и наркоманией. Диады сын – отец. // им. Корсакова. – 2001. - № 4. – С. 19-22
124. Москаленко В.Д., Анохина И.П. Предсказуем ли алкоголизм. – Москва, 1991. - С. 2-13
125. Москаленко В.Д., Рожнова Г.М. Психические расстройства в потомстве больных алкоголизмом отцов (дети от раннего возраста до 28 лет) // им Корсакова. – 1997. - № 119. - С. 56-59
126. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опийной наркомании: Дис. канд. мед. наук. 1995. 150 с.
127. Надеждин А.В., Иванов А.И., Авдеев С.Н. Социальные и психопатологические предпосылки формирования нарко- и токсикоманий у несовершеннолетних в современных условиях. Пособие для врачей психиатров- наркологов. – Москва, 1998
128. Надеждин А.В. Особенности клиники и течения героиновой наркомании у несовершеннолетних. - Москва, 1999 г. - 21 с.
129. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта Леривона у подростков, страдающих героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. - 2000. - № 2. – С.33-38
130. Надеждин А.В. Особенности клиники и терапии наркомании в детско-подростковом возрасте. // Вопросы наркологии. - 2002. - № 2. – С.24-28
131. Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю. Клинико-динамические характеристики синдрома зависимости у подростков, страдающих героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. - 2002. - № 2. – С.28-37
132. Носов Г.Н. Дурман. – Самара, 1991.- С. 16
133. Обухова Л.Ф. Детская (возрастная) психология. Учебник. – М.: Российское педагогическое агентство, 1996
134. Оганесян Н.В. Роль возрастного фактора в динамике развития наркомании // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Репл. сборник научных трудов. — М., 1987. - С. 78—81
135. Олисов А.Н. Сравнительная оценка факторов, обуславливающих выраженность медико-социальных последствий у больных наркоманиями // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы научных докладов. - Омск, 1982. - С. 122-124
136. Осипов В.П. Руководство по психиатрии. — М.-Л.: Госиздат, 1931. - 596 с.
137. Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я., Беляев Б.С. Гебоидная шизофрения. - “Медицина”, Москва, 1986. - 191 с.
138. Панченко Л.Ф., Надеждин А.В., Пирожков С.В. и др. Клинико-биохимическое исследование антиоксидантной эффективности препарата Эйковит у несовершеннолетних больных героиновой наркоманией // Вопросы наркологии. – 2000. - № 2. – С.27-32
-
-

-
139. Паронян И.Д., Константинова Н.Я. К проблеме потребления психоактивных веществ среди подростков // Материалы международной конференции психиатров. Москва, 16-18 февраля 1998. - М.: РЦ «Фарменинфо», 1998.- С. 335-336
140. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления ПАВ среди детей и подростков // Вопросы наркологии. – 2000. - № 2. – С. 54-60
141. Пелипас В.Е., Рыбакова Л.Н., Цетлин М.Г. Проблемные ситуации в сфере профилактики злоупотребления ПАВ среди детей и подростков. Сообщение №4: Наркомании в Российских СМИ // Вопросы наркологии. – 2001. - № 2. - С. 47-59
142. Петрищев А.М., Мостовой С.М. К вопросу о социально-психологических факторах формирования наркомании // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Труды института. — М., 1981. – Т. CLXXVIII. Вып. 5. - С. 50-53
143. Пивень Б.П. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. - М.: Медицина, 1998. – 144 с.
144. Покоев А.И. Динамика изменений личности при токсикоманиях // Проблемы алкоголизма и наркомании. — Хабаровск, 1988. - С. 129—131.
145. Похилько Т.Т. Сравнительный клинико-экспериментальный анализ личностных особенностей больных с различными формами хронических интоксикаций наркотиками // Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. Часть 1. Вопросы наркологии. — Фрунзе, 1980. - С. 11-13
146. Проселкова М.Е., Козловская Г.В., Башина В.М. Особенности психического развития детей-сирот раннего возраста // им Корсакова. – 1995. - № 5. – С. 52-56.
147. Пятницкая И.Н. Наркомания: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
148. Пятницкая И.Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. - М.: Медицина, 1988. – С.24, 174-218.
149. Пятницкая И.Н., Боровкова Н.К., Найденова Н.Г. Лечение острых состояний в клинике опийной наркомании пиroxаном // Методическое письмо. — М., 1974. — 20 с.
150. Пятницкая И.Н. и др. Клиническая диагностика и лечение эфедроновой токсикомании // Методические рекомендации. — М., 1986. – 21 с.
151. Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема // Российский медицинский журнал. - 1996. - № 4. - С. 5-10
152. Пятницкая И.Н. Подростковая наркология. - Москва «Медицина», 2002.- 252 с.
153. Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Курение. - Москва «Медицина», 1988. – С.5-19
154. Ремимишт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. – М.: Мир, 1994
155. Розенфельд Л.Г., Котов А.А. К вопросу о социальной характеристики больных наркоманиями в Челябинской области. // Медицинские аспекты
156. Романова О.Л. Первичная профилактика наркологических заболеваний у детей // Вопросы наркологии. – 1993. - № 3. – С. 53-59
157. Романова О.Л., Швецова О.В. Программа профилактики приобщения к психоактивным веществам для дошкольников // Вопросы наркологии. – 1993. - № 3. – С. 60-64
158. Роттер М. Помощь трудным детям. - Москва, 1987. - С.113-122
159. Рохлина М.Л., Новак В.В. Аффективные нарушения у больных эфедроновой и первитиновой наркоманиями // Актуальные проблемы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Сборник научных работ. — Москва - Орел, 1994. - С. 49-53
160. Рохлина М.Л. Психопатологические расстройства в клинике опийной наркомании // XII съезд психиатров России: Материалы. - М., 1995. - С. 820-822
161. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства у больных с осложненными формами опийных наркоманий // Вопросы социальной и судебной психиатрии. Материалы совместной научно-практической конференции 28-30 января 1981 г. - Вологда, 1981. - С. 22-25
162. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания // Вопросы наркологии. - 1990. - № 1. - С. 34
163. Самошкин А.А., Васильев И.Б. Технология профилактики наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. – 2001. - № 2. - С. 41-47
164. Селедцов А.М., Платонов Г.Г. О психоорганических расстройствах у больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями // Психическое здоровье - региональные аспекты. - Владивосток, 1992. - С. 293-295
165. Селедцов А.М. Патокинетические и психопатологические особенности опийной наркомании, сформировавшиеся на органически неполноценной почве // Вопросы наркологии. - 1991. - № 1. - С. 27-28
166. Селедцов А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами. Автореф. дисс. на соискание уч. степ. докт. мед. наук. - М., 1994. - 39 с.
-

-
-
167. Семке В.Я., Галактионов О.К., Гольцова Т.В. Этническая наркология циркулярных популяций – «семейная тайна» государства? // Региональные аспекты психического здоровья. Томск-Владивосток – 1993. – С.206-213
168. Сергеева Л.С. Телесно-ориентированная психотерапия. - СПб, 2000. - С. 16, 17
169. Сердюковская Г.Н., Гельница Г. Психогигиена детей и подростков. - Москва «Медицина», 1985. – 222 с.
170. Сирота Н.А. Клинико-психологические особенности гашишной наркомании в подростковом возрасте. - Москва, 1990. - С. 1-14
171. Скворцов В. К вопросу о терапии неврозов. - Свободное дыхание. Под ред. Козлова В. Россия, 1994 г. - С.113-114
172. Солоед К. Разлука с матерью на первом году жизни: влияние на объективные отношения у детей // Московский психотерапевтический журнал. – 2000 г. - № 4. – С. 70-93
173. Статистический сборник. - Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2000 году. – Астана – Алматы, 2001. – С.183-189
174. Статистический сборник. – Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 1999-2000 годы. - Алматы, 2000. - С.125-160
175. Статистический сборник – Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2000-2001 годы. - Алматы, 2002. - С.123-145
176. Стрельчук И.В. Клиника и лечение наркомании. - М.: Медгиз, 1956. - 346 с.
177. Стrogанов Ю.А., Капанадзе В.Г. // В кн.: Медико-психологические аспекты реабилитации детей с психическими заболеваниями. - Л., 1978. - С. 56-61
178. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы. - М,- Медицина, 1998. - 320 с.
179. Сухотина Н.К. Неврально-психическое здоровье детей в аспекте школьной адаптации // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 4. - С. 34-38
180. Тарасов К.Е, Галкин В.А. К вопросу о возрастных группах и принципах их классификации. - Современное здравоохранение, 1968. – С. 52-56
181. Тимошенко Л.В., Скакун Н.П., Скакун Л.К. Алкогольный синдром плода // им Корсакова. – 1999
182. Тойжанова Д.Ж. Состояние функции внешнего дыхания у потребителей опия // Медицина. – 2001. - № 3. – С. 67-68
183. Тростанецкая Г.Н. Задачи системы образования по профилактике злоупотребления психоактивными веществами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. - № 2. - С. 10-15
184. Тузикова Ю.Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с пре-морбидной личностной патологией // Вопросы наркологии. – 2001. № 5. - С.26-34
185. Узлов Н.Д. К вопросу о хронической бензиномании у подростков // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. Труды института. - Т. CLXXVIII. Вып. 5. - М., 1981. - С. 68-70
186. Ураков И.Г. Современные тенденции в распространенности наркомании в мире. Москва, 1989. - 70 с.
187. Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А. Особенности формирования, течения и терапии поли- и осложненных опийных наркоманий в возрастном аспекте. Методические рекомендации. - М.: Изд-во МЗ СССР, 1981. – 16 с.
188. Ураков И.Г., Рохлина М.Л., Власова И.Б., Кириллова Л.А. Клиника и лечение осложненных и неосложненных токсикоманий. Методические рекомендации. - Москва, 1986. — 23 с.
189. Усов М.Г., Четвериков Д.В. Некоторые подходы к купированию абstinенции при микст-вариантах опийной наркомании у лиц подросткового и юношеского возраста. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1996. - № 2. - С. 28-29
190. Утин А.В., Утин С.А. Частота психопатий и неврозов в семьях больных алкоголизмом и наркоманиями // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы респ. совещания наркологов 24—25 апреля 1989 года. - Ашхабад, 1989. - С. 115-116
191. Ушаков Г. К. Детская психиатрия. – Москва, 1973. – 248 с.
192. Ушаков Г.К. Пограничные неврально-психические расстройства. - Москва, 1978. - 312 с.
193. Фрагин В.М. Некоторые особенности клиники опийной наркомании, начавшейся в подростковом возрасте // Актуальные вопросы алкоголизма и наркомании. - Вильнюс, 1983. - С. 99—101
194. Цымбал Е.И. Психические расстройства при интоксикации летучими органическими веществами // Вопросы наркологии. – 1999. - № 2. - С. 35-39
195. Хей Луиза Здоровый дух – здоровое тело. – Москва, 1998. - С. 6, 10, 109
196. Шоркуте А. Возрастные аспекты психопатологии импульсивных влечений //им Корсакова. – 1999. - № 1. - С.26-29
197. Энтин Г. М. Лечение алкоголизма. - Москва: мед, 1990. - С. 347-353
-
-

-
198. Энтин Г.М., Динеева Н.Р., Овчинская А.С., Кумузова Н.В. *Организация работы подросткового наркологического кабинета в современных условиях* // Вопросы наркологии. – 1995. - № 4. – С. 57-61
199. Эрленмайер А., Солье П., (Erlenmyer A., Sollier P.) *Морфинизм и его лечение*: Пер. с нем. - СПб, 1899. – 474 с.
200. Юсопов О.Г. *Профилактика табакокурения, алкоголизма и наркозависимости среди детей и подростков / Методические рекомендации*. - Павлодар, 2002
201. Anders T., Saden A., Appareldy V. *Normal sleep in neonates and children // Principles and practice of sleep medicine in the child*. Philadelphia - 1995
202. Aziz. S., Shah A.A. *Home Environment and Peer Relations of Addicted and Nonaddicted University Students // J. Psychol.* - 1995 (May). - № 129 (3). - P. 277-284
203. Bernstein K. *Some reflections on the present situation of drug abuse among young people // Bull. Narc.* – 1982. - № 4. - p.15-21
204. Bleuler E. *Руководство по психиатрии*. Пер. с 3-го нем. изд. — Берлинъ, Издательство т-ва «Врачъ», 1920. — 542 с.
205. Brazelton, T.B. & Tronick, E. *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. J. Amer. Child Psychiatry*. – 1978. – p.1-13
206. Brunswick A.F., Messeri P.A. *Pathways to heroin abstinence: a longitudinal study of urban black youth. // Adv. Alc. Substance Abuse*. –1986. - V. 5. - p. 111-135
207. Buss T.F., Abdu R., Walker J.R. *Alcohol, Drugs, and Urban Violence in a Small City Trauma Center // J.Subst. Abuse. Treat.* - 1995 (March—Apr.). - № 12 (2). - P. 75-83
208. Dawkins M.P. *Drug use and violent crime among adolescents. // Adolescence*. - 1997. - Vol.32. - P. 395-405
209. Desland M.L., Batey R.G. *A 12-month prospective comparison of court-diverted with self-referred heroin users // Drug and Alcohol Review*. –1992. - Vol. 2, № 3. - p. 121-130
210. Dimoff T. and Carper S. *How to tell if your kids are using drugs. - N.Y.*, 1992. - p. 33, 88, 102, 127, 139
211. Estroff T.W., Gold M.S. *Psychiatric Presentations of Marijuana Abuse // Psychiatric Annals*. - 1986. - № 16. - P. 221-224
212. Erikson E.H. *Adulthood*. — New York: Norton, 1978
213. Feldman Robert *Understanding Psychology*. – 1979. - p. 625-631
214. Flavigny H. *De la notion de psychopathie - Rev. Neuropsychiat. Infant.*, 1977. - p. 19-75
215. Fogel B.S., Schiffer K.B., Stephen M.R. (eds.). *Neuropsychiatry*. Williams & Wilkins, 1996
216. Golding J.M., Burnam M.A., Wells K.B. *Alcohol use and depressive symptoms among Mexican Americans and non-Hispanic Whites // Alcohol-Alcohol*. – 1990. - № 25(4) - p. 421-432
217. Goodwin D.W. *Is alcoholism hereditary? Second edition*. - New York Ballantine books. - 1988 - p. 260
218. Goodwin D.W. *Alcoholism and genetics. The sins of the fathers. // Arch. Genet. Psychiat.* - 1985 - vol. 42 – p. 171-174
219. Granier-Dayeux M. *Influence of Gerta in Social Factors on the Development of Dmg Dependents // Bill. Narcot.* 1973
220. Grant L., Adams K.M., Carlin A.S. et al. *The Collaborative Neuropsychological Study of Polydrug Users // Arch. Gen. Psych.* - 1978. - № 35. - P. 1063—1074
221. Gray Peter *Mental Disorders*. - Boston College. - p. 605-619
222. Gliro Carlos M., Martino S., Walker M.L. *Controlled study of psychiatric comorbidity in psychiatrically hospitalized young adults with substance use disorders // Am. J.Psychiatry*. - 1997 (Sept.). - № 154 (9). - P. 1305—1307
223. Goßmann. *Über chronischen Morphinmissbrauch. Deutsche med. Wochensch*. 1879. - p. 34-36
224. Hall W., Darke S., Ross M., Wodak A. *Patterns of Drug Use and Risk-taking Among Injecting Amphetamine and Opioid Drug Users in Sydney, Australia // Addiction*. - 1993 (Apr.). - № 88(4). - P. 09-516
225. Haley T.J. *Review of the Physiological Effects of Arnyl, Butyl, and Isobutyl Nitrites // Clin. Toxicol.* - 1980. - № 16. - P. 317-329
226. Hammersley R., Forsyth A., Morrison V., Davies J.B. *The Relationship Between Crime and Opioid use // Br. J. Addict.* - 1989 (Sept.). - № 84 (9).- P. 1029-1043
227. Hasin D.S., Trautman K.D., Miele G.M. *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for Substance Abusers // Am. J. Psychiatry*. 1996 (Sept.). - № 153 (9). - P. 1195-1200
228. Hermalin J.A, Steer R.A., Platt J.J., Merger D.S. *Risk Characteristics Associated with Chronic Unemployment in Methadone Clients // Drug and Alcohol Dependence*. - 1990. № 26. - P. 117-125.
229. Jensen B.B. *Fatal causes of poisoning among drug addicts in the country of Funen in 1993 // Ugeskr. Leager*. – 1995. - Nov.13, 157 (46). - p.6434-6437
230. Kaye K. *The mental and social life of babies*. - Chicago: University of Chicago Press, 1982
-

-
231. Kaufman E. *Family Systems and Family Therapy of Substance Abuse: an Overview of Decades of Research and Clinical Experience* // *Int. J. Addict.* - 1985. - Vol. 20, № 6/7. - P. 897-916
232. Khatzian E.J., Treese C. // *Arch. Gen. Psych.* - 1985. - № 42. - P. 1067
233. Kokkevi A., Stefanis C. *Drug Abuse and Psychiatric Comorbidity* // *Compr. Psychiatry*. 1995 (Sept. - Oct.). - № 36 (5). - P. 329-337
234. Kosten T.K., Kleber H.D., Morgan C. *Role of Opioid Antagonists in Treating Intravenous Cocaine Abuse* // *Life. Sci.* - 1989. - № 44 (13). - P. 887-892
235. Kraepelin E. *Über die Beeinflussung einfachen psychischen Vorgangs durch einige Arzneimittel*. - Zeha, 1892
236. Kraepelin E., Lange I. *Psychiatric*. - Aufl. Leipzig, 1927. - Bd.2.- P. 346
237. Krystal H. *Aspects of affect theory*. *Bull. Menninger Clinic.* - 1977. - P. 1-26
238. Krystal H. *Catastrophic psychic trauma and psychogenic death*. In: *Psychiatric Problems in Medical Practice*, ed. G.U. Balis, L. Wurmser, E. McDaniel, & R.G. Grenell. Boston: Butterworth. - P.79-97
239. Krystal H. & Raskin, H. *Drug dependens, Aspects of Ego Functions*. // *Letroit: Wayne State University Press*. 1970
240. Krystal H. *Self-representation and the capacity for self-care*. *The Annual of Psychoanalysis*. - 1977. - 6:209-246. - New York: International Universities Press
241. Krystal H. *The genetic development of affects regression*. *The Annual of Psychoanalysis* - 1974. - 2:98-126. - New York: International Universities Press
242. Krystal H. *Trauma and affect. The Psychoanalytic Study of the Child*. - 1978. - 33:81-116. - New Haven, CT: Yale University Press
243. Li M. *Analysis of personality characteristics among 78 opiate addicts* // *Chung Hua Liu Hsing Ping Hsueh Tsa Chih*. - 1993. - Vol. 14. - №1. - p. 38
244. Longabaugh R., Rubin A., Malloy P. et al. *Results of Use Alcohol by Drug Addicts* // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 1994 (Aug.). - № 18 (4). - P. 778-785
245. Majer H.W. *Der Kokainismus*. - Leipzig, 1926. - P. 269
246. Malfish S., Massey R., Krone A. *Anxiety and Anger Among Abusers of Different Substances* // *Drug and Alcohol Dependence*. -1990. - № 25. - P. 253-256
247. Miller N.S. *Drug testing: Medical, legal and ethical issues*. // *J. Subst. Abuse Treat.* 1990. - № 4. - P. 239-244
248. Muntaner C., Walter D., Nagoshi C. et al. *Self-report vs. Laboratory Measures of Aggression as Predictors of Substance Abuse* // *Drug and Alcohol Dependence*. — Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd. - 1990. - № 25.- P. 1-11
249. Michaux L. *Psychiatrie infantile*. - Paris, 1953
250. Stern D.N. *The Interpersonal world of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. - New York: Basic Books, 1985
251. Nunes E.V., Donovan S.J., Brady R., Quitkin F.M. *Evaluation and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Opioid-dependent Patients* // *J. Psychoactive Drugs*. - 1994 (Apr. — Jun.). - № 26 (2). - P. 147—153
252. Parker L.RB. *The Abuse of Hypnotics* // *Brit. J. Add.* - 1961. - V. 57, № 2. - P. 115-129
253. Pauchard D., Calanca A. *Etude catamnestique de 76 cas de toxico-mania a l'heroinne chez le jeunes adultes (5 a 12 ans de recul)* // *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.* - 1983. - Vol. 133, № 2.- P. 321-345
254. Pickworth W.B., Brown B.S., Hickey J.E., Muntaner C. *Effects of Self-reported Drug Use and Antisocial Behavior on Evoked Potentials in Adolescents* // *Drug and Alcohol Dependence*. - 1990. - № 25. - P. 105-110
255. Puschel K. *Drug-related Death: an Update* // *Forensic. Sci. Int.* - 1993. (Nov.). - № 62 (1-2). - P. 121-128
256. Rounsville B.J., Jones C., Novelty R.A., Kleber H. *Neuropsychological Function in Opiate Addicts* // *J. Nerv. Ment. Dis.* - 1982.- № 170. - P. 209-216
257. Rounsville B.J., Kleber H.D. *Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Cours and Interaction with Program Type* // In: R.E. Meyer(Ed). *Psychopathology and Addictive Disorders*. - 1986
258. Rutherford M.J., Cacciola J.S., Altermann A.I. *Assessment of Object Relations and Reality Testing in Methadone Patients* // *Am. J. Psychiatry*. - 1996 (Sept.). - № 153 (9). - P. 1189-1194
259. Schucrit M. *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. - Third Edition Plenum Medical Book Company, New York and London,1989. - P.307
260. Stoker A., Swadi H. *Perceived Family Relationships in Drug Abusing Adolescents* // *Drug and Alcohol Dependence*. -1990. - № 25. - P. 293-297
261. Stutte H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In: *Psychiatrie der Gegenwart. Bd II: Klinische Psychiatrie*. - Berlin, Gottingen, 1960. - P. 678-779
262. Spitz, R.A. *Hospitalism. The Psychoanalytic Study of the Child*. - 1945, 1:53-74. New York: International Universities Press
-

-
-
263. Swadi H. «Experimenting» with Drugs: a Critical Evaluation. // Drug and Alcohol Dependence. - 1990. - № 26. - P. 189-194
264. Tchistyakova L.A. Social Consequences of Heroin Addiction // J. European Psychiatry. - October 2000. - Vol. 15 - Suppl. 2. - P. 341
265. Tolle R. Katamnestische Untersuchungen zur Biographie abnormen Personlichkeiten / Berlin, 1966
266. Windle M., Hooker K., Lenen K., East P. Temperament, Perceived Competence and Depression in Early and Late Adolescence // Development Psychology. - 1986. - № 22. - P. 384-392
267. White H.R., Johnson V., Horwitz A. An Application of Three Deviance Theories to Adolescent Substance Use // J. Am. Soc. Nephrol. - 1995 (Mar.). - № 5 (9). - P. 1653-1658
268. Woody G.E., McLellan T.A., O'Brien C.P. Research on Psychopathology and Addiction: Treatment Implications // Drug and Alcohol Dependence. - 1990. - № 25. - P. 121-123
269. Woody G.E., McLellan T.A., Luborsky L., O'Brien C.P. Psychotherapy and Counseling for Methadone-maintained Opiate Addicts: Results of Research Studies // NIDA Res. Monogr. - 1990. - № 104. - P. 9-23
270. Wurmser L. Phobic core in the addictions and the addictive process. Internal. J. Psychoanal. Psychother. 1980. - P. 311-337

САМОСОЗНАНИЕ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Ю. Толстикова

г. Алматы

Самосознание – выделение человеком себя из объективной действительности, ощущение единства собственного «Я».

Образ «Я» составляют сложные системы элементов, функционирующих в динамическом единстве:

- степень простоты-сложности рефлексивной структуры личности. Определяется двумя основными факторами: когнитивной неоднородностью личности и ее эмоциональным реагированием;
- степень внутренней противоречивости или гармоничности – состояние компенсированности, амальгамности отдельных компонентов личностной идентификации;
- степень резистентности.

При минимальном функционировании этого принципа происходят явления объективационной и мотивационной ригидности [1].

С образом «Я» тесно связано понятие «Я-концепции» – совокупности всех представлений человека о себе, сопряженные с их оценкой. В рамках «Я-концепции» образ «Я» выступает как представление человека о самом себе, учитывается самооценка – аффективная сторона этого явления. Конкретные черты «Я-образа» могут вызывать достаточно интенсивные эмоциональные переживания, связанные с их принятием или отсутствием.

Кон И.С. (1998) описывает структурную модель самости, которая имеет в своей основе три основные модальности:

- психофизиологическая идентичность, обозначающая единство и преемственность физиологических, психических процессов и структуры организма;

- социальная идентичность – усвоение и следование определенным социальным нормам;
- личная идентичность («эго-идентичность»)

– единство целей, мотивов, установок личности.

Анализ внутренней структуры «Я» предполагает определенные градации: «экзистенциальное Я» («Эго») и рефлексивное (категориальное) «Я».

Структура компонентов рефлексивного «Я» включает в себя следующие составляющие:

- устойчивость (стабильность или изменчивость представлений человека о себе);
- уверенность в себе (ощущение возможности достичь поставленных целей);
- самоуважение (принятие себя как личности);
- кристаллизация (легкость или трудность изменения человеком представлений о себе);
- фокусы внимания (интравертность – экстравертность);
- область самости – ощущение границ своей личности;
- мотивы – эмоциональные импульсы, побуждающие человека действовать для осуществления своих представлений о себе [2].

При изучении вопроса формирования депрессивных и тревожных реакций в рамках употребления психоактивных веществ проблема исследования «Я» должна являться первостепенной, т.к. представление о себе, об образе своего «Я», самосознания является основной характеристикой работы личности над самопознанием, отношением к образовавшейся зависимости от психоактивных веществ.

К.Хорни (1993) подчеркивает важность личности как «центра психической жизни». Именно личность, по ее мнению, служит источником энергии, которую каждый человек может мобилизовать для своего конструктивного развития.

Э.Фромм (1994) считает, что главным, доминирующим побуждением, служащим основой личного существования, является чувство тревоги, страха (мы не рассматриваем эти понятия как равнозначные), ощущение бессилия и беспомощности. Так, по Фромму, личность, постоянно испытывающая чувство тревоги, спонтанно продуцирует собственный образ, в котором воплощаются внутренние побуждения. Однако данный образ сталкивается с «Я-идеалом» (self-ideal), на который опирается личность для сохранения «чувства безопасности».

Структура «Я», связанная с наличием в ней объективных и субъективных мишеней, включает в себя несколько феноменов в целостной структуре: субстанциональное «Я», отражающее субъективную сторону и рефлексивное «Я», отражающее объективную сторону событий.

Манифестация и непосредственно сам процесс употребления психоактивных веществ приводит к перестройке всей системы «Я», болезненно переживается личностью.

Изучение проблемы «Я» должно быть первостепенной мишенью в общем потоке нахождения причин зависимости от психоактивных веществ, так как представления о своем образе «Я» являются основной характеристикой работы личности над самопознанием.

Исходя из данного положения, нами была предпринята попытка установить взаимозависимость между образом «Я» у больных с зависимостью от психоактивных веществ и формированием депрессивных состояний.

В связи с поставленной целью в задачи исследования входило:

- использование опросника самоотношения (Столин В.Б., 1985);
- применение клинической оценочной шкалы депрессии М.Гамильтонта.

Опросник самоотношения – многомерный психодиагностический инструмент, основанный на принципе стандартизированного самоотчета. Состоит из 7 факторов-шкал:

- самоуверенность;
- ожидаемое отношение;
- самоприятие;
- саморуководство, внутренняя последовательность;
- самообвинение;
- самоинтерес;
- самопонимание.

Выделенные факторы отражают наиболее конкретный уровень самоотношения – уровень внутренних действий в адрес самого себя.

Самоуважение – сумма составляющих, касающихся «самопонимания», «самоуверенности», веры в свои возможности.

Аутосимпатия – отношение к собственному «Я».

Самоинтерес – мера близости к самому себе, интерес к собственным мыслям и чувствам.

Характеристика эмпирического материала.

Было обследовано 193 пациента с депрессивными состояниями (определение объективных критериев депрессии по шкале М. Гамильтонта) в рамках зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). Из них: 90 – с наркоманией, 88 – с алкоголизмом, 10 – с сочетанным приемом алкоголя и наркотиков, у 4 больных отмечалось влечеие к летучим веществам и психостимуляторам, 1 больной – с зависимостью от седативных и снотворных средств.

Больные находились на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии (г. Алматы), в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (г. - Павлодар), в городском центре медико-социальной коррекции (г. Алматы), в областном центре по профилактике и лечению зависимых заболеваний (г. - Павлодар). Средний возраст обследуемых составил 33,2 года (от 12 до 72 лет).

Социodemографические данные обследованных больных

Все пациенты приняли участие в беседе, направленной как на выяснение социодемографических данных, так и сведений, касающихся проблемы употребления ПАВ. Полученные результаты регистрировались в специально разработанной анкете.

Уровень полученного образования: неполное среднее – 96 человек, среднее и среднее специальное – 82 человека, незаконченное высшее – 9 больных, высшее – 6 пациентов.

На момент проведения исследования нигде не работали 189 человек, имели непостоянное место работы 4 человека.

Результаты обследования по опроснику самоотношения.

Критерий **самоуважение** – шкала из 14 пунктов, включающих в себя «самопонимание», «самоуверенность». Отвечая на вопросы по этому критерию, больные испытывали определенные затруднения. В 14 случаях испытуемые пытались отказаться от выполнения задания, ссылаясь на его трудность, общее плохое самочувствие, отсутствие мотивации для проведения такого исследования: «все равно вернусь к приему наркотиков», «много раз тестировали, все равно ничего не помогает», «я неудачник», «мне не везет в жизни». В рамках шкалы самоуважения больные давали низкую оценку своим возможностям в плане контроля собственной жизни, понимания себя, возможности прекратить прием ПАВ. Прослеживалась неразвитость представлений о себе и своем месте в окружающем мире.

Аутосимпатия – шкала из 16 пунктов, где отражены такие понятия как дружественность-враждебность по отношению к собственному «Я». По этому критерию при обследовании обнаружилось неприятие себя, снижение уровня самооценки, чувство вины.

Самоинтерес – шкала из 8 пунктов показала неспособность «на равных» общаться с окружающими, уверенность в своей никчемности для других людей.

Ожидаемое отношение от других – шкала из 13 пунктов – выявила сформированное чувство антипатичного отношения к себе со стороны других людей, в том числе и от тех, любовь которых наиболее важна.

Наряду с опросником самоотношения больные обследовались по шкалам депрессии и тревоги.

Анализ полученных данных показал четкую взаимосвязь между «минусовой полюсностью» шкал самоуважения, аутосимпатии, самоинтереса, ожидаемого отношения от других и данными по шкале депрессии. У больных с депрессивными реакциями в рамках зависимости от ПАВ выявились такие черты образа «Я» как неверие в себя, отсутствие целей и побуждений, чувство неполноценности, ощущение вины, низкая самооценка.

Низкая самооценка, неверие в себя ослабляет мотивацию, что гиперболизирует отрицательную обратную связь, которая, в свою очередь, снижает самооценку. Отмечается своеобразная тенденция к регрессии собственного «Я» (механизм психологической защиты). При доминировании и пролонгировании «трудноразрешимой задачи» происходит ее замена на более легкую – «уход от действительности», «потеря границ своего «Я» (прием ПАВ), что приводит к обеднению поведенческих актов за счет использования более примитивных стереотипов.

В самоотчетах больных с зависимостью от ПАВ проявляется негативное и пассивное отношение к себе (депрессивный фон, действие защитного механизма компенсации).

Полученные характеристики связываются с неадекватностью образа собственного «Я» на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях.

Таким образом, исследование состояния образа «Я» показало взаимосвязь между уровнем самоотношения и механизмами развития и формирования депрессивных реакций у больных с зависимостью от ПАВ, что позволяет глубже проникнуть в личностные механизмы заболевания и способствует эффективному развитию и уточнению психотерапевтических подходов и реабилитационных программ.

Литература:

1. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. - М.: Олимп, АСТ, 1998. - 496 с.
2. Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. - СПб: ПНИИ им. В.М.Бехтерева, 1997. - 520 с.
3. Хорни К. Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. - М.: Прогресс – Универс, 1993. - 480 с.
4. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. - М., 1994
5. Столин В.В. Познание себя и отношение к себе в структуре самосознания: Дис. ... докт. психол. наук. - М., 1985. - 530 с.

НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

А.Ю.Толстикова

г. Алматы

Изучение патогенетических механизмов развития пристрастия к психоактивным веществам (ПАВ) является актуальной проблемой клинической психиатрии и наркологии.

В последнее время разработаны специфические иммunoцитохимические и радиоиммunoлогические методы исследования, которые позволяют глубже проникнуть в патогенетические механизмы развития влечения к ПАВ, выявляют в разных отделах нервной системы множество пептидов (нейропептидов), существующих в синаптической передаче [1].

Пептиды – вещества, в состав которых входит две или более аминокислот, соединенных пептидными

связями (- CO – NH -). В структурном отношении пептиды занимают промежуточное положение между белками и аминокислотами. В виде полипептидных цепей эти вещества входят в состав белков. Нейропептиды составляют четвертую группу медиаторов. Открытие медиаторов пептидной природы существенно расширило представление о химической медиации сигналов в нервной системе [1].

В системах с «химическим» адресом специфичность передачи сигнала обусловлена не локальной анатомической связью пре- и постсинаптической структуры, а наличием специализированных рецепторов к данному медиатору только на

клетках-мишениях. Именно в передаче такого типа участвуют многие нейропептиды с некоторыми классическими нейромедиаторами, в частности, сmonoаминами, которые могут высвобождаться дистанто по отношению к клетке-мишени [2]. Анохиной И.П. с сотрудниками исследовано действие нейропептида – холецистокинина у больных с зависимостью от ПАВ, который оказывает влияние на дофаминовую систему. У пациентов с тяжелым абстинентным синдромом уже в первые сутки после введения холецистокинина происходила нормализация этого нейрохимического показателя.

Использование другого препарата – такуса, в который также входит холецистокинин, применявшийся для лечения опийных наркоманов, оказал аналогичное действие [4].

Из-за многочисленности и неоднородности, большинство нейропептидов относятся к нейромодуляторам. По Каменской М.А. нейромодуляторы имеют следующие характеристики:

- не обладают самостоятельным физиологическим действием, а модифицируют эффект нейромедиаторов;
- действие нейромодуляторов имеет тонический характер – медленное развитие и большую продолжительность действия (секунды, минуты);
- не обязательно имеют синаптическое или нейронное происхождение. Могут высвобождаться, например, из глии;
- действие нейромодуляторов не сопряжено по времени с эффектом нейромедиатора и не обязательно инициируется нервными импульсами;
- мишенью нейромодуляторов может быть не только постсинаптическая мембрана и не только мембранные рецепторы; нейромодулятор действует на разные участки нейрона, причем его действие может быть и внутриклеточным.

Теоретические построения относительно значения медиации нервного импульса имеют конкретно практическое значение в области создания лекарственных средств при зависимости от ПАВ.

Так, показано, что антидепрессант серотонинергического действия – флуоксамин эффективно купирует патологическое влечение к алкоголю. Проявлено его влияние на дофаминовую систему. У больных алкоголизмом через воздействие на серотониновую систему происходит процесс нормализации дофаминовой системы. Выявлено, что на дофаминовую нейромедиацию можно воздействовать через другие нейрохимические системы [3].

Нейропептиды и нейрогормоны влияют на синаптическую передачу нервного импульса и последующее поведение.

Между нейромедиаторами (ацетилхолин, норадреналин, дофамин, серотонин, ГАМК) и нейромодуляторами (нейрогормонами) нет существенных различий. Они могут являться истинными медиаторами в ограниченных зонах синаптических

контактов, осуществляя дискретную передачу сигналов. Однако при внесинаптическом их высвобождении, оказывая еще малоизученное действие на пре- или постсинаптические элементы или более сложные процессы, связанные с состоянием мембранных процессов или генома клетки, они изменяют эффективность афферентного притока или способствуют его переключению с одного на другой канал мультисенсорного притока. В этом случае они выступают как «модуляторы», то есть индукторы изменения функционального состояния больших клеточных популяций [2, 5].

Определенный интерес в изучении патогенеза зависимости от ПАВ вызывает концепция K.Blum и M.Trachtenberg, называемая авторами как генотипическая или психогенетическая теория алкоголизма. Авторы выделяют три типа алкогольного поведения (влечения к алкоголю):

- с преобладанием факторов генетической предрасположенности;
- провоцируемое стрессовыми ситуациями;
- связанное с токсическим действием алкоголя.

Данные типы поведения описываются авторами в виде следующих формул:

$$\begin{aligned} \text{ВА} &= \Gamma\Phi_{\text{ДМОП}} + \text{ФОС}; \\ \text{ВА} &= \Gamma\Phi_{\text{НУМ}} + \text{ФОС}_{\text{СДМОП}}; \\ \text{ВА} &= \Gamma\Phi_{\text{НУМ}} + \text{ФОС}_{\text{АДМОП}}, \end{aligned}$$

где ВА – влечение к алкоголю; ГФ – генетические факторы; ФОС – факторы окружающей среды; ДМОП – дефицит нейромедиаторов, включая опиоидные пептиды; НУМ – нормальный уровень медиаторов; СДМОП – вызванный стрессом дефицит нейромедиаторов и опиоидных пептидов; АДМОП – вызванный алкоголем дефицит нейромедиаторов и опиоидных пептидов.

При нормальном физиологическом состоянии, характеризующемся состоянием «опиоидной достаточности», отмечается баланс между синтезом, высвобождением, связыванием с рецептором и обратным захватом нейромедиатора, результатом которого является чувство внутреннего комфорта. При состоянии опиоидного дефицита, вызывающего вление к алкоголю и дистресс, уменьшается синтез энкефалинов и других нейромедиаторов, прежде всего моноаминов, вследствие генетических различий, вторичного изменения опиоидных пептидов в мозге или токсических эффектов алкоголя. В синаптическую щель высвобождается уменьшенное количество нейромедиатора, часть постсинаптических рецепторов остаются интактными. Это приводит к возникновению чувства влечения к алкоголю, раздражительности, депрессии, страху и дисфории [4].

С целью лечения алкогольной зависимости и с позиции иммунологических представлений о патогенезе влечения к ПАВ, K.Blum и M.Trachtenberg предложили комбинированный препарат SAAVE, в состав которого входят ингибитор энкефалиназы, предшественники нейромедиаторов и витамин

В₆. Точный состав препарата: а-фенилаланин, 1-фенилаланин, 1-глутамин, 1-триптофан и пиридоксаль-5-fosфат. Для лечения наркотической зависимости (преимущественно кокаиновой) предложен комбинированный препарат тропамин, в состав которого полностью входят компоненты препарата SAAVE, но в других дозировках: 1-тирозин, комплекс витаминов группы В, аскорбиновая и фолиевые кислоты, цинк, кальций и магний в виде хелатных соединений.

В последнее время наряду с изучением нейропептидов возрос интерес к исследованию цитокинов – группы растворимых белков, синтезируемых кроветворными клетками костного мозга, представляющих собой сигнальные полипептидные молекулы иммунной системы. Семейство цитокинов

включает интерлейкины, интерфероны, ростовые и колониестимулирующие факторы и хемокины. Обладая широким спектром биологической активности, они определяют не только адекватный уровень иммунного ответа, но и регулируют взаимодействие главных интегративных систем организма – нервной, иммунной и эндокринной. Установление спектра действия цитокинов на нервную систему играет значительную роль в изучении патогенеза развития пристрастия к ПАВ.

Таким образом, изучение нейрохимических и иммунологических аспектов зависимости от ПАВ открывает перспективы дальнейших исследований популяции цитокинов и нейропептидов, что позволяет разрабатывать профилактические мероприятия и лечебную тактику в этом направлении.

Литература:

1. Ашмарин И.П., Стукалов П.В. *Нейрохимия*. - М.: Ин-т биомед. хим. РАМН, 1996. - 470 с.
2. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. *Наркомания. Патопсихология, клиника, реабилитация*. - С-П., 2001
3. Анохина И.П. *О единстве патогенетических механизмов алкоголизма и наркомании*. V Всесоюзный съезд невроп., псих. и наркологов: Материалы. - М., 1988. - Т. 1. - С. 307-310
4. Иванец Н.Н. *Лекции по наркологии*. - М.: Медпрактика, 2001
5. Каменская М.А. *Синаптическая передача. Медиаторы* // *Нейрохимия* / под ред. Ашмарина И.П. и Стукалова П.В. - М.: Ин-т биомед. химии РАМН, 1996
6. Вальдман А.В. *Пептиды как модуляторыmonoаминергических процессов* // *Фармакология нейропептидов* / Под ред. Вальдмана А.В. - Москва: НИИ фармакологии АМН СССР. - С. 9-30
7. Blum K., Trachtenberg M.C. *Alcoholism: Scientific basis of a neuropsychogenic disease* // *Int. J. Addict.*, 1988. Vol. 23. N 8. P. 781-796.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ И ПСИХОКИБЕРНЕТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, ИХ РОЛЬ В ИЗУЧЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А.Ю. Толстикова

г. Алматы

Нейролингвистическое программирование (НЛП) и психокибернетика – модели человеческих коммуникаций и поведения, рассматриваемые с точки зрения их способности воспринимать определенную информацию, сохранять эту информацию в памяти, передавать ее по «каналам связи» и перерабатывать ее в «сигналы».

Модель НЛП определяют базисные постулаты, которые формулируются следующим образом:

– живой организм использует специфические программы-закономерности в описании и использовании жизненного опыта. Помимо генетического программирования существует стереотип опыта проживания различных жизненных ситуаций, взаимодействия с другими людьми, самопрограммирования и преодоления стрессовых ситуаций. В

формировании этих программ большое значение имеют трансовые состояния сознания, которые вызывают «специфический уровень программирования»;

– усвоение опыта через «каналы связи» и самопрограммирование осуществляется с помощью различных по модальности паттернов, которые связаны с органами чувств;

– большая часть «программы» не фиксируется в сознании, но выражается вербальным и невербальным образом;

– модель НЛП базируется на «подстройке» к пациенту и эффективных технологиях коммуникации с ним.

Модель НЛП, также как и психокибернетическая модель оперирует понятием «количества информации», направленное на формирование

«программ» – стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом, что основывается на теории информации. Теория информации является существенной частью психокибернетики. Сообщения, которые необходимы для формирования «программ» поступают и концентрируются в подсознании случайным образом, причем известны вероятности появления того или иного из них.

В качестве меры «неопределенности» теория информации в рамках психокибернетической модели рассматривает, так называемую «энтропию»,

$$H = \sum_{i=1}^n P_i \log_2 a \frac{1}{P_i}$$

где n – число всех сообщений, P_1, P_2, \dots, P_n – соответствующие вероятности и $\log_2 a$ означает логарифм числа a при основании 2.

Теория информации показывает, что именно величина H («энтропия»), а не конкретная природа сообщений определяет возможности их хранения и передачи.

Психокибернетика, также как и НЛП пользуется большим и своеобразным математическим аппаратом, который может быть назван математической психокибернетикой. В НЛП работа управляющих и регулирующих систем поддается схематическому изучению, выстраиванию алгоритмов, где конкретная природа «множества возможных состояний системы», «множества возможных воздействий» и «множества возможных реакций» оказывается существенной. Данная теория имеет дискретный характер и близка к постулату конечных алгоритмов.

Особое значение приобретают модели НЛП и психокибернетики в изучении проблемы зависимости от ПАВ.

Алгоритм избавления зависимости от ПАВ в рамках НЛП основан на изучении внутренних процессов людей, которые никогда не поддавались зависимости от наркотиков, алкоголя или курения («положительный опыт прошлого других людей»). Этот алгоритм полезно выстраивать вместе с пациентами для профилактики проблемы в целом, для изменения позиции выбора и для коррекции проблемы на различных стадиях. Информационные

поля в этой области: мотивирующее «будущее», причинно-следственная связь, гибкость критериев, контекстуализация поведения (в терминологии теории информации – «кодирование» на входе канала связи и «декодирование» на выходе).

В процессе работы с пациентами необходимо выработать мотивирующую презентацию прошлого, где в «памяти» хранятся физические, эмоциональные и социальные трудности в результате постоянного употребления ПАВ, также мотивирующую презентацию будущего, где наступает физическое, эмоциональное и социальное благополучие, независимость от ПАВ. Оценки будущего, которые создают основу для достижения желаемого будущего, основываются на алгоритмических критериях, которые приводят к оптимальным физическим, эмоциональным и социальным аспектам поведения: независимость от ПАВ, благополучие, самооценка, пределы дозы.

Помимо элементов информационной теории при диагностике и коррекции в НЛП выявляются речевые искажения метамодели, ведущие репрезентативные системы восприятия и переработки информации, калибровка индивидуальных невербальных ответов, поверхностных коррелятов глубинных речевых структур.

Алгоритмические техники НЛП базируются на следующих составляющих:

- присоединение и создание особого взаимодействия между пациентом и психотерапевтом;
- выявление проблемного состояния (работа с «памятью», опытом);
- выявление ресурса – опыта самого пациента, который желателен в данной ситуации;
- амальгама «проблема – ресурс» – создание дополнительного выбора поведения в проблемной ситуации (преобразующее количество числа всех сообщений в системе $\sum_{i=1}^n$).

Таким образом, модели НЛП и психокибернетики тесно связаны друг с другом. Их изучение позволяет приблизиться к пониманию сущности проблемы зависимости от ПАВ и синтезировать рациональные пути профилактики, диагностики и терапии этих состояний.

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

А.А.Галеев, П.А.Рудич, Г.Т.Якирова

г. Костанай

Ценность сведений о распространенности психических заболеваний в целом и в рамках отдельных нозологических форм общеизвестна. Однако точных данных об этом ни в одной стране мира нет и определение реальной численности психических заболеваний, и их распространения по нозологии остается актуальным. Сложность проблемы связана с выявлением больных. В психиатрической литературе в последние 10-15 лет уделяется достаточно внимания эпидемиологическим исследованиям. Вместе с тем публикуемые данные весьма неоднородны, а порой и противоречивы, что затрудняет их анализ.

В настоящий обзор включены работы, посвященные различным аспектам распространенности и выявляемости психических заболеваний. В рамках этой проблемы основное внимание уделено двум взаимосвязанным вопросам, заслуживающим рассмотрения и, кстати, объясняющим существующее расхождение данных литературы. Первый вопрос – о влиянии методологии выявления больных на показатели распространенности психических заболеваний. Нельзя не признать, что неоднородность методологических подходов и несопоставимость нозологических оценок, степень компетентности исследователей и их заинтересованность в выявлении тех или иных категорий больных, соответствующих целям исследования, обусловливают разную выявляемость и идентификацию больных. Второй вопрос – о зависимости между организационной структурой психиатрической помощи и выявляемостью различных категорий больных.

Необходимо отметить, что современные эпидемиологические показатели распространенности психических расстройств в основном отражают статистические данные 3 видов: госпитальной статистики, амбулаторных служб психиатрической помощи (в том числе и общесоматической сети), сплошных исследований населения. Но ни один из них не отражает истинной распространенности психических расстройств.

Данные так называемой госпитальной статистики, используемые во многих странах, то есть сведения о больных, находящихся в стационарах, более или менее сопоставимы. Однако они касаются лишь 1.2-7.2% всех больных.

В бывших социалистических странах, где основной формой психиатрической помощи являлись диспансеры, сведения о числе психически больных в населении на самом деле отражали число больных,

находящихся под диспансерным наблюдением. Сплошные обследования выборочных групп населения показали, что значительная часть больных (не только с относительно легкими психическими расстройствами, но иногда и с тяжелыми психозами) остаются вне поля зрения диспансерной службы. Так, было установлено, что только 10.6-18.6% из всех выявленных при сплошном обследовании психически больных состоят на учете в психоневрологическом диспансере (ПНД).

Однако в странах, где активное выявление больных не практикуется, в поле зрения психиатров оказывается еще меньшая их доля. В США, по данным семейных врачей, у 1/3 обслуживаемых пациентов выявляются психические нарушения, но только 2-4% из них попадают к психиатру. Следовательно, на величинах эпидемиологических показателей отражается способ выявления психически больных – активный или пассивный.

В последнее время многие авторы подчеркивают необходимость децентрализации психиатрической помощи, интеграции ее с общесоматической. Анализ литературы показал, что расширение амбулаторных форм помощи в общесоматической сети способствует выявлению новых категорий больных, которые ранее не попадали к психиатрам. Например, по данным отечественных исследований, организация амбулаторной психиатрической помощи в районной поликлинике позволила выявить почти в 10 раз больше больных с психическими расстройствами пограничного уровня, чем наблюдалось в ПНД, обслуживающем ту же территорию. Некоторые исследователи у половины амбулаторных больных, обратившихся к врачам общей практики, обнаружили психические отклонения, требующие вмешательства психиатра. При этом больные предпочитали получать психиатрическую помощь в специализированных отделениях учреждений общего профиля. С помощью специального опросника было выяснено также, что 40% больных вообще не обратилось бы за психиатрической помощью, если бы она не обеспечивалась в общемедицинском центре.

Наиболее исчерпывающие сведения о числе психически больных дают поголовные обследования населения, хотя и они, разумеется, не отражают истинной распространенности психических расстройств. Это объясняется, прежде всего, тем, что все равно не удается выявить всех больных. Кроме того, в зависимости от диагностических критериев,

принятых в той или иной научной школе, выявленные контингенты трудно сопоставимы по их распределению в зависимости от нозологических форм. При аналитическом изучении специальной литературы можно обратить внимание на несоответствие методологических приемов обследования населения. Некоторые исследователи понятие «психически больной» применяли лишь к тем, у кого выявлялись психические расстройства в момент обследования, другие – и к тем, у кого такие расстройства имелись в прошлом. Особые трудности возникали при идентификации психических расстройств пограничного уровня, невротических реакций и столь легких психических отклонений, что их констатация зависела от усмотрения исследователя.

Серьезно расходятся оценки роли социальных факторов в выявляемости и структуре психических расстройств в различных слоях населения. Чтобы убедиться в этом, достаточно просмотреть некоторые публикации последних лет. Отдельные авторы полагают, что на частоту психических расстройств не влияют ни уровень индустриализации, ни общественный строй. В отличие от них большинство исследователей отмечают значительное влияние культуральных и социальных особенностей населения на этот показатель и даже на клиническую картину психических расстройств. Например, распространенность психических расстройств среди городского населения, по мнению ряда исследователей, в 2-3 раза выше, чем среди сельского. В то же время при высоком уровне организации помощи при специальных исследованиях выяснилось, что эти показатели весьма сходны, а по некоторым заболеваниям в селе они даже выше. Кроме того, социальная активность лиц с психической патологией способствует их выявляемости.

Остается спорным вопрос о влиянии социально-экономического состояния общества на распространенность психических заболеваний. Некоторые авторы считают, что высокие цифры распространенности психических заболеваний среди низших слоев населения (бездейственные, люди с низким уровнем образования и др.) связаны с неблагоприятными условиями жизни, и полагают, что при создании хороших условий частота психических расстройств среди этого контингента будет не выше, чем в других социальных группах. Однако не следует забывать и предположение о том, что, наоборот, возникшее расстройство может быть причиной неудовлетворительного социального положения («теория социального дрейфа»).

С учетом изложенного рассмотрим более подробно имеющиеся в литературе данные о распространенности психических заболеваний. В тех работах, где приводятся сведения по госпитальной статистике, и учитывается лишь наиболее тяжелый контингент больных, показатели частоты психических расстройств очень низкие и составляют

в развитых странах 1-3 человека на 1000 населения. По данным отечественных исследователей, госпитальный контингент составляет 1.2 млн. больных, то есть 4.1 на 1000 населения. В странах, где имеются преимущественно государственные формы психиатрической помощи, показатели распространенности психических расстройств в какой-то степени коррелируют с развитостью психиатрической сети. Так, в Китае на психиатрическом учете составляет 0.54% населения, в Болгарии – 1.43%, в Польше – 4.0%, в Чехословакии – 8.1%, в нашей стране в настоящее время учтено 1.81 – 2.04% населения.

В тех работах, где показатели распространенности психических заболеваний получены методом поголовного обследования, эти показатели оказались на порядок выше и, несмотря на упомянутые различия, более сопоставимы по разным странам.

Особого внимания заслуживают результаты нескольких международных исследований по выявлению психически больных среди выборочных групп пациентов врачей общего профиля. Согласно их данным, распространенность психических заболеваний составила: в Англии 22%, в Германии 32.7%, в Баварии 23.2%, в Австралии 14.8%, в Норвегии 26.6%, в Нигерии 22.4%. В гериатрической практике эти цифры еще выше – от 30 до 50%. При проведении общемедицинских осмотров населения в Канаде психические отклонения выявлены у 49.9% женщин и 50.1% мужчин.

Было проведено поголовное исследование в 3 районах США. Учитывались случаи, когда психическое расстройство имелось хотя бы один раз в жизни, включая и на момент обследования. Оказалось, что при таком подходе психическими расстройствами страдает 29-38% населения (без наркоманий – 18.6-29.5%). В публикациях исследователей скандинавских стран приводятся показатели распространенности психических расстройств, полученных путем экспертной оценки. В Швеции их число составило 31%, в Нидерландах – 7.3%, в Финляндии – 17%. Подобные исследования, проведённые в Таиване, также выявили распространённость психических расстройств, составляющую среди городского населения 22-25%, среди сельского – 30%.

В советской литературе результаты впервые проведённых крупномасштабных эпидемиологических исследований выборочных групп населения приведены в работе В.Г.Ротштейна. Распространённость психической патологии по разным регионам нашей страны, согласно полученным им данным, составила 5.2%. При сравнении с приведёнными выше цифрами число больных оказалось значительно ниже. Этот факт объясняется тем, что на тот период времени даже при осмотре населения в понятие «психически больной» включались лишь случаи с выраженной патологией, подлежащей учёту в ПНД. В более поздних публикациях регистр психических заболеваний пополнен более лёгкими

психическими отклонениями, что, несомненно, сказывается на показателях их распространённости. Например, при активном выявлении нарушений психической деятельности при комплексном осмотре пациентов городской поликлиники распространённость психических заболеваний составила 9.5% у мужчин и 13.3% у женщин. В соматическом стационаре психические отклонения выявлены у 40% больных. Одним из новых источников выявления психических больных оказались сплошные обследования, проводимые многими психиатрами на производствах и в научных учреждениях. Приведём результаты лишь некоторых подобных исследований. Распространённость психических расстройств составляет, по данным разных работ, от 188 до 270 на 1000 работающих. Из них на долю психотических заболеваний приходится 13.7-18.6% случаев. Кроме того, были выявлены лёгкие, быстро проходящие проявления пограничных расстройств в виде невротических реакций, которые составили 718-868 случаев на 1000 работающих.

Базисным материалом для определения путей оптимизации системы специализированной помощи больным, а также профилактических мероприятий могут служить данные о распространённости среди населения лиц не только с выраженной психической патологией, но и с потенциальным риском развития психического заболевания. Исследования Г.В.Логвинович и В.Ф.Лебедевой показали, что распространённость этих заболеваний среди населения составляет 21%.

Специального обсуждения заслуживает проблема распространённости психических расстройств непсихотического уровня, в частности, невротических. Это объясняется отмечаемым многими исследователями ростом их числа во всем мире. Путем анализа эпидемиологических данных за 25 лет по 60 странам мира было установлено, что среднегодовой показатель прироста уровня распространённости невротических расстройств составил 10.8%, в том числе в развивающихся странах – 30.4%, в развитых странах – 8.4%, в странах Восточной Европы, включая бывший СССР – 5.4%.

Публикуемая информация о распространённости неврозов отличается широким диапазоном показателей. Согласно различным литературным источникам, невротическими расстройствами страдают: в западноевропейских и скандинавских странах от 10 до 22.95 населения, в США 7.6% мужского населения и 16.9% женского населения.

По данным диспансерного учёта, в нашей стране распространённость неврозов среди населения составляет всего 0.4-0.5%. Однако это далеко не полная регистрация, так как больные с пограничным уровнем расстройств (психопатиями, неврозами, реактивными состояниями) не обращаются за помощью в ПНД.

По данным зарубежных авторов, наиболее распространёнными являются невроз страха и фобии,

которые составляют примерно 20% всех неврозов, ими страдает не менее 7.8-23.3% населения. Распространённость невроза навязчивости среди населения стран Западной Европы и США составляет от 0.6 до 1.9-3.3%. В нашей стране наиболее распространенным невротическим расстройством является неврастения, которой страдают 15.7-41.9% населения.

Существует определенное влияние организационной структуры психиатрической помощи и проводимой в отношении психически больных политики на выявляемость психической патологии среди населения. Наличие этой зависимости может быть подтверждено следующим фактом. Многие авторы отмечают, что в нашей стране до 1985 года наблюдалось неуклонное увеличение числа обратившихся за помощью в ПНД. Затем начался спад первичной обращаемости, который, по всей видимости, объяснялся неудовлетворённостью населения данной формой медицинского обслуживания. Особенно заметной была тенденция к уменьшению частоты первичного обращения в ПНД больных с пограничными состояниями. В 1988 году было опубликовано новое положение об учете психически больных в ПНД, согласно которому весь контингент получающих специализированную помощь в ПНД подразделяется на лиц, подлежащих диспансерному учету и динамическому наблюдению, с одной стороны, и консультативных больных, с другой. Тем не менее, заболеваемость психическими расстройствами, согласно статистическим данным ПНД за 1988-1989 годы, снизилась на 6.7% и составляла на 1990 год 2.04%. В целом, по стране доля больных с непсихотическими формами расстройств среди впервые взятых под наблюдение снизилась с 56% в 1987 году до 49.4% в 1989 году, а доля больных с психозами и слабоумием возросла с 23.2% до 26.9%. За это время показатель учтенной заболеваемости непсихотическими психическими расстройствами снизился с 23.1 до 4.1 на 1000 населения. Приведенные показатели наглядно иллюстрируют тот факт, что для больных с пограничным уровнем психических расстройств такая организационная форма психиатрической помощи, как ПНД, в настоящее время является неадекватной их потребностям.

Многие пациенты (58.6%), снятые с диспансерного наблюдения, прекращают посещать ПНД. Из этого числа лишь 1/3 обращается за помощью к психиатру в районную поликлинику, остальные выпадают из поля зрения психиатров. Как известно, в последние годы получили развитие такие формы амбулаторной психиатрической помощи, как специализированная помощь в общесоматических госпиталях, городских поликлиниках, консультативных центрах на предприятиях и в учреждениях. Расширение сети амбулаторных структур не только привело к увеличению обращаемости за помощью,

но и способствовало изменению нозологической структуры выявляемых психических расстройств. Аргументом в пользу этого утверждения служит ряд публикаций, в которых отмечается, что доля лиц с непсихотическими формами психических расстройств в общесоматической практике довольно высока и составляет от 15.9 до 51.5%.

Как указывалось выше, в зависимости от организационных структур психиатрической помощи выявляются различные категории больных. В одной из работ изучалась распространенность пограничных нервно-психических расстройств, в частности, депрессии среди пациентов различных медицинских учреждений. При сплошном исследовании в одном из научно-производственных учреждений распространенность депрессий составила 261 на 1000 населения, а в ПНД – лишь 6.4. Число больных с депрессией в общесоматической

поликлинике составило 680 на 1000 обратившихся к терапевту. Установлено, что в населении в общемедицинской сети преобладают психогенные депрессии, а в ПНД – эндогенные.

Подводя итог предоставленного анализа исследований, касающихся распространенности психических расстройств и их выявление, необходимо отметить, что до 40% населения имеют признаки какого-либо нарушения психической деятельности. На долю лиц, нуждающихся в систематической психиатрической помощи, приходится 3-6% населения, а наиболее тяжелые пациенты составляют 0.3-0.6%.

На современном этапе для клинической, социальной и организационной психиатрии крайне важно проведение исследований, позволяющих в условиях социальной и экономической нестабильности выявить факторы, способствующие формированию различных видов психических нарушений.

Литература:

1. Беляева Г.Г. *Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии.* – М., 1990. – С.10-12
2. Васильев К.Ю. *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1991. - № 1. – С. 21-27
3. Вуль Ф.Р., Мишикин А.Д., Гильбурд О.А., Воробейчик Д.А. *Журнал невропатологии и психиатрии.* – 1988. - № 10. – С. 111-116.
4. Колос И.В., Назаренко Ю.В. *Актуальные проблемы эпидемиологических исследований в психиатрии.* – М., 1990. – С.73 – 75.
5. Зозуля Т.В., Ротштейн В.Г., Сулицкий А.Н. *Журнал невропатологии и психиатрии.* – 1994. - № 4.- С. 99-103.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ УЧЕНИЯ О НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ОБЗОР)

Е.А.Корабельникова

Вопрос о невротических расстройствах имеет давнюю историю. Существуют указания на клинические описания состояний, определяемых ныне как “nevротические”, обнаруженные в египетских папирусах. В 18 веке такие синдромы, как “простая нервность”, “ипохондрические” и “истерические” расстройства были выделены как специфическое заболевание (29).

Понятие “nevроз” было введено в 1776 году шотландским врачом W.Gullen, определившим это заболевание как “расстройство ощущений и движений, которое не сопровождается лихорадкой и не зависит от местного поражения какого-либо органа, а обусловлено общим состоянием, от которого специально зависит движение и мысль”. В 19 веке к неврозам стали относить все заболевания невыясненной этиологии, в частности, эпилепсию, гиперкинезы, тетанию, катаплексию (61). Однако уже во второй половине 19 века наступил период

сужения круга состояний, относимых к неврозам за счет выделения из их первоначально обширной группы органических поражений мозга в связи с накоплением знаний об их истинной природе.

В развитии учения о невротических расстройствах можно проследить различные направления и подходы, и до настоящего времени в понятие “nevроз” различными авторами вкладывается различное содержание, что определяется их взглядами на соотношение и роль биологических, психологических и социальных факторов в возникновении невротических нарушений.

Сторонники биогенетического направления в основу определения понятия берут биологический критерий, т.е. специфическое состояние мозгового субстрата - “органической почвы”. В данной парадигме любые невротические проявления рассматриваются как следствие патологических изменений мозгового субстрата, выявление которых

связывается с дальнейшим совершенствованием диагностических технологий (124). Одним из сторонников указанного подхода к изучению неврозов явился основоположник патофизиологической концепции И.П.Павлов (1949, 1952 - 54), который обосновал связь клинических проявлений неврозов с патологическим состоянием высшей нервной деятельности, вызванной перенапряжением или неблагоприятным столкновением процессов возбуждения и торможения (54).

Психогенетическое направление изучения природы невротических расстройств основано на признании ведущей роли психических, личностных факторов (88, 90), тогда как значение соматических факторов этими исследователями категорически отвергаются (91). Эта тенденция характерна для психоаналитического подхода, разработанного S.Freud (1911, 1923), рассматривающего невроз как психическое заболевание в результате внутреннего конфликта между сексуальным влечением и "супер - эго", а также его последователями (96, 97, 114).

В рамках социогенетического направления рассмотрения неврозов доминирующими подходами являются концепции экзистенциальной и гуманистической психологии, а также бихевиоризм и гештальт-концепции, отражающие преимущественно социальный генез патологии. Представители гуманистического психоанализа считают, что невроз - проявление конфликта между внутренними человеческими потребностями и внешней социальной средой, побуждающей к принятию определенных социальных норм, препятствующих реализации внутренних потенций (1, 24, 71, 98). Экзистенциальная концепция рассматривает неврозы как состояние экзистенциальной фрустрации при неудовлетворенности потребности в смысле жизни (95). Представители гештальт-концепции определяют невроз как состояние нарушения целостности личности и задержки личностного роста опосредованно через определенные социогенетические механизмы (проекция, интроекция и др.) (122). Бихевиоризм рассматривает невротические расстройства как результат неправильного обучения и формирования, таким образом, неадаптивного поведения (93, 134, 135).

Особенностью современного подхода к вопросу изучения невротических состояний является представление об их многофакторной природе, основанное на признании единства биологических, психологических, психофизиологических и социальных составляющих невротических нарушений.

Отечественная психоневрология и медицинская психология выдвигает на первый план в патогенетических механизмах развития неврозов личностный фактор при неразрывной связи его с биологическими и социальными механизмами (23, 32, 35, 38, 48).

Авторы патогенетической концепции неврозов, общие положения которой были сформулированы

В.Н.Мясищевым в 30-40-х годах, определяют невроз как психогенное нервно-психическое заболевание, проявляющееся в клинических феноменах невротического уровня реагирования, которым свойственна психогенная обусловленность и обратимость невротических проявлений (32). В данной парадигме невроз понимается как личностное расстройство, возникающее вследствие нарушений в системе отношений, прежде всего их значимости. Подчеркивается роль эмоциональных компонентов отношений человека в его психической жизни, особенно в формировании психогенных нарушений (32, 49, 68).

В контексте психологии деятельности (28, 40, 66) невротические расстройства рассматриваются как следствие рассогласованности мотивов, ценностей, целей с требованиями среды и внутренними ресурсами человека.

Одним из направлений в исследовании психологии личности в норме и патологии является разработка теории установки (72), определяемой как внутренняя готовность воспринимать, оценивать и действовать в окружающей действительности. Главными свойствами установки является ее принципиально неосознаваемый характер, и в то же время способность направлять и определять содержание сознания человека. Исходя из принципа установочной организации целесообразного поведения в настоящее время намечаются подходы для решения теоретических и методологических проблем терапии невротических нарушений (59).

Решение проблемы диагностики невротических расстройств затруднено имеющимися различиями в концепциях неврозов, понятийном аппарате, классификационных схемах. Многофакторный генез невротического состояния требует единства описательного и патогенетического подходов к диагностике (16, 17, 21, 32, 60). Описательная диагностика определяет клиническую специфичность невротических состояний на симптоматическом, синдромологическом и нозологическом уровнях (46, 62). При описании клиники невротических расстройств большинство авторов обращают преимущественное внимание на синдромологический уровень описания, признавая существование различных симптомов. Клиническое описание отдельных невротических форм строится на соотнесении невротических синдромов и форм невроза, в частности, неврастении (22, 23, 49, 60, 70, 115, 116), истерического невроза (43, 63, 109, 113), невроза наязчивых состояний (19, 32, 73, 91, 123).

Однако диагностика невротических расстройств, основанная лишь на симптоматическом принципе, отражает лишь невротический уровень и глубину поражения и поэтому является недостаточной. Дополнение описательного подхода патогенетическим предполагает оценку не только выраженности и своеобразия клинических проявлений,

но и структурных особенностей личности больного, типа интрапсихического конфликта, приспособительных и компенсаторных защитных механизмов личности и раскрывает, таким образом, причины и механизмы невроза (32, 48, 49, 68, 119).

При исследовании невротической динамики невротических расстройств выделены следующие этапы: невротическая реакция, невротическое состояние, затяжной невроз, невротическое развитие личности.

Термин “невротическая реакция” большинством авторов используется для обозначения первого этапа невроза (5, 35, 73).

Второй этап - невротическое состояние или острый невроз - проявляется в виде достаточно стабильных, очерченных невротических расстройств, позволяющих диагностировать одну из форм невроза (5, 32, 35).

Используя термин “затяжной невроз”, большинство отечественных и зарубежных авторов ориентируются, прежде всего, на критерий длительности болезни (36, 78, 89), тогда как ряд исследователей для выделения затяжного невроза применяют два и более критериев (длительность течения, особенность клинической картины и др.) (33, 35, 55).

Общими признаками перехода невроза в невротическое развитие личности принято считать большую длительность заболевания, преобладание в клинической картине характерологических изменений, полиморфизм и относительную стабильность симптоматики, обостренную восприимчивость больных к разнообразным вредностям (35, 37, 42). Каждый из этих признаков в известной мере присущ и затяжному неврозу, однако характерологические изменения при невротическом развитии личности, в отличие от затяжного невроза, являются стойкими и малообратимыми (37, 73). Однако, по мнению ряда исследователей (34, 49), границы, разделяющие неврозы и невротическое развитие личности, достаточно условны: при невротическом развитии болезненное состояние может возникать в ответ на ряд жизненных неудач, поэтому в клинической картине не прослеживается отчетливой связи содержания симптомов с содержанием определенного травматичного обстоятельства.

В литературе приводятся следующие условия затяжного течения невроза и невротического развития: преморбидные особенности личности, конституциональная предрасположенность, сопутствующие соматические болезни, воздействие длительной психической травмы, позднее обращение к врачам, неблагоприятные условия жизни в детском возрасте (2, 5, 18, 29, 39, 73).

А.М.Вейном (1974) предложена неврологическая классификация неврозов, отражающая взгляд невролога на эту мультидисциплинарную проблему (18). В соответствии с этой классификацией выделяются четыре группы состояний.

1. Неврозы без признаков поражения мозга, выявляемых клиническими и параклиническими методами, так называемые «чистые неврозы».

2. Неврозы, возникающие на фоне резидуальных поражений мозга.

3. Неврозы и невротические синдромы, сочетающиеся с текущим органическим заболеванием мозга.

4. Псевдоневрозы (nevrozopодобные синдромы), возникающие в результате органического поражения мозга.

Признавая очевидность и важность различных аспектов этиопатогенеза невротических расстройств, большинство современных авторов рассматривают в качестве центрального, определяющего фактора, как в диагностической деятельности, так и в патогенетической терапии невротических состояний, психологический конфликт.

Единого определения и общепринятой классификации конфликта в настоящее время не существует. В психоаналитической парадигме (96) психологический конфликт определяется как противоречие между вытесненными в подсознание инстинктами и требованиями общества, морали. Согласно концепции К.Г.Юнга, психологический конфликт развивается вследствие навязывания родителями, чаще матерью, ненормальных установок через насилие над индивидуальными предрасположенностями детей (110). В качестве основного противоречия при неврозах, с позиций основоположника индивидуальной психологии A.Adler (1928), выступает столкновение врожденного чувства превосходства с предписаниями общества, определяющими социальный статус индивида (82).

В гуманистическом направлении психологии существует представление о конфликте между тенденциями к личностному росту и социогенетическими конструкциями личности: препятствия (интраакты и др.) (122), жесткая “Я - концепция” (129).

В представлении исследователей поведенческого направления основное внутреннее противоречие индивида представляется как несоответствие зафиксированного навыка поведения требованиям социального окружения (134).

В отечественной психоневрологии и психологии анализ психологического конфликта основан на раскрытии (49) соотношения и взаимодействия неблагоприятной ситуации и личности больного, его свойств и отношений, сложившихся в процессе развития личности в конкретной социально-бытовой среде. Основоположник психологии отношений В.Н.Мясищев (1960), определяя конфликт как несовместимость противоречивых тенденций личности, подчеркивал, что переживания, присущие конфлиktу, становятся источником невроза лишь в том случае, если они занимают центральное место в структуре отношений личности (50). По мнению П.В.Симонова (1980), сила эмоционального

конфликта при неврозе прямо пропорциональна суммарной величине конкурирующих мотиваций, его определяющих, и обратно пропорциональна разности между ними (64). Ф.Б.Березин (1978) в качестве основного содержания интрапсихического конфликта рассматривает длительное существование фрустрации (невозможности) удовлетворения потребностей, что приводит к эмоциональному стрессу и опосредованным через него перебро-вистеральным расстройствам (10).

Подчеркивая ведущее значение в этиопатогенезе невротических состояний психотравматизации, многие отечественные авторы указывают на то, что она может перевести имеющийся интрапсихический конфликт в патогенетический и привести к клиническому неврозу только в ситуации, когда она проявляет имеющийся внутренний разлад, т.е. выполняет роль пускового механизма невротического состояния (8). Важную роль при этом играют как степень противоречивости внутренних и внешних отношений (26), так и личностный смысл воздействия для конкретного пациента (40).

В зарубежной литературе в качестве одного из возможных механизмов формирования психологического конфликта отмечается когнитивный (118), причем степень напряженности конфликта определяется степенью диссонанса когнитивных конструкций и его значимостью для индивида (94).

Важной задачей при изучении невротических конфликтов является классификация. Предпринимаются попытки к группированию конфликтов по феноменологии и генезу. Первый подход учитывает феноменологию психических состояний, обусловленных конфликтом, а также феноменологию психотравмирующих обстоятельств. Однако гораздо большее значение имеют классификации по генезу, учитывающие внутренние личностные механизмы развития конфликта.

По мнению ряда зарубежных исследователей, все многообразие интрапсихических конфликтов может быть сведено к четырем основным группам: 1) конфликты типа желаемое - желаемое, когда индивиду необходимо выбрать одну из двух желаемых возможностей; 2) конфликт типа желаемое - нежелаемое, когда выбор происходит между нежелательными альтернативами; 3) конфликт типа желаемое - нежелаемое в ситуации, когда достижению желаемой возможности препятствует страх или отрицательный стимул; 4) двойной конфликт при существовании двух тенденций - влечение и избегание (121).

В.Н.Мясищев рассматривает три основных типа невротических конфликтов: истерический, обсессивно-психастенический и неврастенический. Первый тип конфликта определяется, прежде всего, чрезмерно завышенными претензиями личности, сочетающимися с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или

требований окружающих. Обсессивно-психастенический тип невротического конфликта обусловлен борьбой между желаниями и долгом, между моральными претензиями и личными привязанностями. Третий (неврастенический) тип конфликта представляет собой противоречие между стремлениями и завышенными требованиями к себе с одной стороны и реальными возможностями с другой (49).

Представляют интерес данные Е.Б.Никольской (1993), полученные при обследовании больных неврозами экспериментально-психологической методикой W.Lauterbach. Результаты исследования показывают, что наиболее значимыми для больных неврозами являются отношения, выраженные понятиями «я», «моя болезнь», «отношения с окружающими», «семейные отношения», «уверенность», «удовлетворенность». Установлены различия между пациентами с различными формами неврозов – для больных истерией характерна высокая значимость понятий, связанных с социальной сферой («нормы», «работа», «рабочеспособность», «финансы») (52).

Разделение конфликтов больных неврозами на внешние и внутренние является неоднозначным. Во-первых, патогенность внешних конфликтов в данной ситуации проявляется лишь в сочетании со значимыми отношениями личности (30, 31, 32, 47, 49, 51). Во-вторых, как отмечает большинство исследователей, имеющийся интерперсональный конфликт влияет на личность больного, способствует формированию интерперсональных невротических конфликтов в различных сферах жизнедеятельности больных (4, 14, 55, 74, 104, 107, 108, 112, 128).

Конкретизация некоторых представлений о динамической структуре невротических конфликтов в аспекте неудовлетворенности потребностей содержится в работе Т.М.Мишиной (1972). Наиболее часто в качестве неудовлетворенных потребностей, обуславливающих конфликт, выступают: 1) потребность адекватной социальной оценки; 2) любовно-эротические; 3) потребность дружеского общения; 4) потребность самовыражения и самоутверждения и другие (45).

Не менее значимым аспектом психологических механизмов невротических состояний являются особенности адаптивных процессов личности, направленных на преодоление конфликтной ситуации. Проблема механизмов адаптации широко обсуждается в отечественной и зарубежной литературе.

Основной целью адаптации (оптимального приспособления организма к конкретным условиям) является сохранение функционального единства индивида и обеспечение оптимальных возможностей его деятельности для достижения имеющихся потребностей (53). Психологическая адаптация в современной литературе определяется как процесс системной интеграции деятельности многих биологических и социально-психологических

подсистем, позволяющих человеку не только оперативно противостоять различным природным и социальным факторам, но и активно, целенаправленно воздействовать на них (69).

В последнее время признанным становится разделение всех вариантов психологической адаптации на психологические защиты, направленные на устранение психологического дискомфорта, и копинг-механизмы совладания - сознательные действия, направленные на активное изменение конфликтной ситуации (32, 51, 67, 69, 102).

Вопрос о механизмах психологической защиты исторически был поставлен психоанализом, в рамках которого термином "психологическая защита" определялись глубинные процессы, направленные на устранение или ослабление интрапсихического конфликта (97).

Задачи психологической защиты, рассматриваемые в рамках гуманистической психологии, приближаются к некоторым психоаналитическим исследованиям и имеют своей сутью преодоление диссонанса между непосредственным опытом и "Я-концепцией", т.е. гармонизацию "Я" (105, 106, 110), а также облегчение самоактуализации (58, 83, 120).

Понятие психологической защиты распространено также в рамках других направлений психологии. В качестве ее основной задачи представители когнитивной психологии рассматривают когнитивное преобразование информации с целью нивелирования тревожных переживаний и т.н. перцептивную защиту (12, 20, 125, 130, 133); символического интеракционизма - восстановление самоуважения (80); поведенческой психологии - ограничение возможности «столкновения» с ситуациями эмоционального напряжения (85, 101, 103, 127, 131); психологии деятельности - преодоление критических ситуаций за счет субъективной перестройки процесса их переживания (15); психологии установки Д.Н.Узгадзе - взаимодействие и преобразование психологических установок с целью снижения значимости психотравмирующего фактора (8, 79, 25).

В современной литературе описано более 20 типов психологических защит. До настоящего времени не существует их общепринятой классификации, прежде всего, в связи с их разнообразием, неоднозначностью понимания самого термина, рассмотрение их в различных теоретических и методологических аспектах. В отечественной литературе предпринимались попытки разделения механизмов психологической защиты на активные и пассивные (27), а также по уровню зрелости (75), в зависимости от преморбидных особенностей личности (56), на основе теории социальной компетенции (13) и анализа изменения личности (58), как типология способов редукции тревоги (9) и по другим признакам.

Другая группа механизмов психологической адаптации, направленных на активное изменение

ситуации и удовлетворение значимых потребностей, получила название копинг-стратегии.

L.Merphy в 1962 году определил термин копинг (приспособляемость организма) как "некую попытку создать новую ситуацию, будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной". Автор определил данный процесс, с одной стороны, как врожденную манеру поведения, с другой - приобретенную, дифференцированную форму поведения (77).

Самые первые работы, в которых использовалось понятие копинга, были посвящены кризисным состояниям (102). Каждая болезнь (духовная или физическая) может быть воспринята как некий жизненный кризис, который следует преодолеть посредством приспособляемости организма к окружающей среде, с тем чтобы и далее он мог развиваться в определенной последовательности.

Рассматривая копинг как важный процесс в психосоциальной приспособляемости, D.Mechanic (1974) выделяет следующие составные компоненты: 1) способность и умение организма справиться с социальными условиями и условиями окружающей среды; 2) мотивация приспособливаться к условиям окружающей среды; 3) возможность (способность) поддерживать психическое равновесие. Последний пункт близок к психологической защите (77).

Попытка разграничения понятия копинг-поведения и механизмов психологической защиты была предпринята рядом авторов (51, 77, 99). Большинство из них видят различие двух данных групп механизмов адаптации в том, что первые (копинг-поведение) используются индивидом сознательно и направлены на активное изменение ситуации, а вторые (психологическая защита) - неосознаваемы, пассивны и направлены на смягчение психического дискомфорта.

Вопрос об успешности и неуспешности механизмов психологической адаптации является одним из наиболее дискуссионных, и ему посвящена огромная литература, в том числе и отечественная. Большинством авторов удачность механизмов связывается с протеканием на осознанном уровне, с перестройкой системы мотивации, относительной гибкостью и разнообразием, усилением поисковой активности (7, 9, 57, 68, 84, 87, 120).

Еще более противоречиво в литературе освещена проблема "успешности" и "неуспешности" внутри каждой из описанных основных групп психологической адаптации.

Роль механизмов психологической защиты рассматривается в широком диапазоне - от безусловно патологической (41, 81) до достаточно саногенной (6, 100, 132). По мнению ряда авторов, при оценке полезности психологической защиты необходим учет в совокупности особенностей личности и ее резервов, характер заболевания, лечения и жизненной ситуации (68), а также степень

выраженности защитных механизмов (9). Существует мнение, что в случае неадекватности ориентации механизмов психологической защиты в результате их чрезмерной выраженности, ригидности и излишней стереотипности, они могут способствовать нарушению психической адаптации (9, 65).

Понятия “успешности” и “неуспешности” использовались также в отношении различных вариантов копинг-поведения. Многие авторы рассматривают две принципиальные направленности стратегии преодоления: активную - позволяющую мобилизовать все имеющиеся возможности и пассивную - фаталистическую покорность. Первый вариант рассматривается как более адаптивный (11, 29, 51, 83). Е.Нейм (1988) по аналогичному принципу выделил подходящую и неподходящую формы копинг-стратегии в сфере трех основных параметров - действия, познания и эмоциональной переработки (102).

Исследования механизмов совладания в отечественной литературе представлены лишь в единичных работах. По мнению В.А.Ташлыкова (1990, 1992), характер и направленность защитных механизмов меняются на разных этапах невротического состояния (68, 69). Если на начальных этапах формирования невроза больные используют механизмы совладания, направленные на преодоление имеющейся тревоги (рациональный отказ от недостижимых целей, уход в активную деятельность), то в период манифестации они уступают место таким первично-компенсаторным механизмам, как гиперкомпенсация с целью повышения самооценки, вытеснения из поля осознания болезненных переживаний.

Р.К.Назыров (1993) показал, что копинг-поведение больных неврозами характеризуется использованием менее адаптивных механизмов в поведенческой сфере и преимущественно неадаптивных механизмов в эмоциональной сфере (51).

По наблюдениям Е.И.Чехлатого (1994), в процессе психотерапии у больных неврозами увеличивается частота использования адаптивных форм копинг-поведения (77).

В целом, механизмы адаптации у больных с невротическими расстройствами изучены недостаточно.

Литература:

1. Абабков В.А. Патоморфоз неврозов.: Автореф. дис. докт. мед. наук. – Л., 1986. – 50 с.
2. Абабков В.А. Неврозы. – СПб.: Изд. «ДИЛЯ», 2002. – 160 с.
3. Айдинян К. О реактивных психозах у преморбидно психически здоровых лиц. Психогенные и психосоматические расстройства. Тез. научн. конф. – Тарту, 1988, ч. 1. – С. 83 – 85.
4. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
5. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., 1993. – 398 с.
6. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. Реабилитации онкологических больных. – М.: Медицина, 1988. – С. 46 – 64
7. Бассин Ф.В., Шерозия А.Е., Прангвили А.С. Роль неосознаваемой психической деятельности в развитии и течении соматических клинических симптомов. Бессознательное. Т. 2. – Тбилиси: Меџниереба, 1979

Ряд работ рассматривают механизмы психологической адаптации как элементы патогенетической клинической картины неврозов и психосоматических заболеваний, в том числе когда сама невротическая симптоматика функционирует как форма проявления этих механизмов (44, 76, 86, 92, 111, 117, 126).

Н.В.Иванов (1973) выделил три группы защитных механизмов, наблюдающихся при неврозах: 1. механизмы, отражающие тенденции уклонения от переживаний; 2. защитные механизмы с тенденцией к преодолению травмирующей ситуации за счет создания невротической симптоматики, приобретающий определенный смысл и новую значимость, симптомы невроза при этом как бы смягчают психологическую травму; 3. механизмы, отражающие стремление преодоления травмирующей ситуации путем прямого сопротивления (65).

Исследуя два пути реализации эмоционального стресса - невротическую и собственно соматическую патологию, Н.Д.Лакосина и Е.Б.Беззубова (1988) рассматривают две формы защиты: биологическую и психологическую, дихотомизирующие эти направления (65).

В.В.Ковалев (1979) полагает, что важнейшим условием развития психогенного заболевания является определенная незрелость личности и связанная с этим неспособность психологической защиты к преодолению психотравмирующей ситуации (37). К данной позиции близки и другие авторы (3), рассматривающие механизмы психологической защиты как один из главных компонентов индивидуальной стрессоустойчивости.

По мнению Ф.Б.Березина (1988), нарушению психологической адаптации и развитию невротических или психопатических расстройств могут способствовать чрезмерная выраженность, ригидность и излишняя стереотипность защитных механизмов (9).

Таким образом, современный взгляд на невротические расстройства основан на их системном анализе, позволяющем рассматривать невроз как внутренне динамическую систему, функционирование которой определяется взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов, связанных с личностью.

-
-
8. Бассин Ф.В., Рожнов В.Е., Рожнова М.А. *К современному пониманию психической травмы и общих принципах ее психотерапии. Руководство по психотерапии.* – Ташкент: Мед., 1979. – С. 39 – 53
9. Березин Ф.Б. *Психическая и психофизиологическая адаптация человека.* – Л.: Наука, 1988. – С. 269
10. Березин Ф.Б. *Некоторые механизмы интрапсихической адаптации и психосоматические состояния. Бессознательное.* – Тбилиси: Мицниереба, 1978. – Т. 2. – С. 281 – 291
11. Блейхер В.М., Завилянский Л.И. *Особенности личности и психотерапия. Проблемы личности: Материалы симпозиума.* – М., 1970. – Т. 2. – С. 412 – 421.
12. Брукнер Дж. *Психология познания.* – М.: Прогресс, 1977. – 412 с.
13. Вайзе К., Воловик В.М. *Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психических больных. Клинические и организационные основы реабилитации психических больных.* – М., 1974. – С. 95 – 112
14. Варшаловская Е.Б. *Клиническая и психологическая характеристика сексуальной функции у больных неврозами в связи с задачами психопрофилактики ее нарушений. Современные формы и методы организации психогигиенической и психопрофилактической работы.* – Л., 1985. – С. 47 – 53
15. Василюк Ф.Е. *Психология переживания.* – М.: Изд. Моск. университета., 1984. – 198 с.
16. Вейн А.М. *Лекции по неврологии неспецифических систем мозга.* – М., 1974. – 120 с.
17. Вейн А.М. *Неврологические и клинико-физиологические аспекты неврозов у человека. М.Г.Айрапетянц, А.М.Вейн. Неврозы в эксперименте и клинике.* – М.: Наука, 1982. – С. 124 – 141
18. Вейн А.М., Колосова О.А., Яковлев Н.А. *Неврозы.* – М., 1995. – 231 с.
19. Гаккель Л.Б. *Психофизиологический механизм и клиника синдрома навязчивости.* – Л.: Медгиз, 1956. – 82 с.
20. Голицын Г.Н., Петров В.Н. *О влиянии социально-личностных факторов на зрительные иллюзии. Психологический журнал.* – 1982. – Т. 3. - № 1. – стр. 52 – 57
21. Гиляровский В.А. *Избранные труды.* – М.: Медицина., 1973. – 328 с.
22. Губачев Ю.М., Иовлев Б.В., Карвасарский Б.Д. и др. *Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека.* – Л.: Медицина, 1976. – 224 с.
23. Давиденков С.Н. *Неврозы.* – Л.: Медгиз, 1963. – 271 с.
24. Добреньков В.И. *Неофрейдизм в поисках «истины».* – М.: Мысль, 1974. – 144 с.
25. Добрович А.Б. *Проблема бессознательного и ее связи с вопросами психосоматических отношений и клинической патологии. Бессознательное. Т. 2.* – Тбилиси: Мицниереба, 1979
26. Захаров А.И. *Неврозы у детей и подростков: анамнез, этиология, патогенез.* – Л.: Медицина, 1988. – 248 с.
27. Зачепинский Р.А. *Социальные и биологические аспекты психологической защиты. Социально-психологические исследования в психоневрологии.* – Л., 1980. – С. 22 – 27
28. Зейгарник Б.В. *Патопсихология: Учебник для студентов университетов.* – М.: Изд. – во МГУ, 1976. – 238 с.
29. Иванов О.Ю. *Социально-гигиенические аспекты возникновения и течения неврозов. Дис. ... канд. мед. наук.* – М., 1992. – 156 с.
30. Исурина Г.Л. *Групповые методы психотерапии и психокоррекции.* – Л.: Медицина, 1983. – С. 254
31. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.* – Л.: Медицина, 1983. – С. 231 – 254
32. Карвасарский Б.Д. *Неврозы. Руководство для врачей. 2-е издание, перераб. и доп.* – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
33. Касимова Л.М., Меньших И.В. *Нарушения сна у больных с затяжным течением невроза. Психическое здоровье и пограничные состояния.* – Горький, 1983. – С. 97 – 107
34. Кербиков О.В. *Избранные труды.* – М.: Медицина, 1971. – 311 с.
35. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста (руководство для врачей).* – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
36. Кузнецов Ю.А. *Некоторые особенности формирования и профилактики неврозов. Журнал невроп. и психиатр. им. Н.Н.Корсакова, 1974. – Вып. 11. – С. 1680 – 1684*
37. Лакосина Н.Д. *Клинические варианты невротического развития.* – М.: Медицина, 1970. – 222 с.
38. Лакосина Н.Д. *О критериях выделения неврозов. Всероссийский съезд психиатров, 6-й : Тез. докл.* – М., 1990. – Т. 1. – С. 231 – 232
39. Лакосина Н.Д., Трунова М.М. *Неврозы, невротическое развитие личности.* М.: Медицина, 1994. – 192 с.
40. Леонтьев А.Н. *Деятельность. Сознание. Личность.* – М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
41. Лийметс Х.И. *Как воспитывают процесс обучения.* – М.: Знание, 1982. – 95 с.
42. Липгардт Н.К., Радченко В.И. *Типы течения затяжных форм неврастении и истерического невроза в зависимости от их почвы. Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве»: Материалы научно–практической конф.* – Воронеж, 1982. – Вып. 2. – С. 27 – 30
-
-

-
-
43. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985
44. Личко А.Е., Калитевская Е.Р. Патохарактерологические особенности подростков и юношей с первичной артериальной гипертензией. Психиатрические и психологические аспекты сердечно – сосудистой патологией.: Тез. докл. Междунар. Симп. – М., 1985. – С. 67
45. Мишина Т.М. К исследованию психологического конфликта при неврозах. Неврозы и пограничные состояния. – Л., 1975. – С. 77 – 83
46. Морозов Г.В. Основные синдромы психических расстройств: Рук. По психиатрии. – М.: Медицина, 1988. – №. I. 640 с.
47. Мурзенко В.А. Групповая психотерапия при неврозах. – Л., 1975. – С. 77 – 83
48. Мяггер В.К. Дизнефальные нарушения и неврозы. – Л.: Медицина, 1976. – 166 с.
49. Мясищев Г.В. Личность и неврозы. – Л.: Изд. ЛГУ, 1960. – 426 с.
50. Мясищев В.Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека. Психологическая наука в СССР. – Т. П., 1990. – С. 110 – 125
51. Назыров Р.К. Отношение к болезни и лечению, интра – и интер-персональная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами. – Дис. ... канд. мед. наук. - М., 1993. – 200 с.
52. Никольская Е.Б. Исследование интраиндивидуальных конфликтов у больных неврозами и их динамики под влиянием психотерапии. Дис... канд. мед. наук. , 1995. – 191 с.
53. Носков Г.Г. Клинические особенности механизма формирования невротической тревоги при основных формах неврозов. Дис. ... канд. мед. наук. - Л., 1987. – 187 с.
54. Павлов И.П. Полное собрание сочинений. – М. – Л.; Изд. Акад. Наук СССР, 1952-1954
55. Подкорытов В.С. Причины и условия возникновения затяжных неврозов. Журн. невроп. и психиатр., 1984. – Вып. 11. – С. 1670 – 1675
56. Рожнов В.Е., Бурно М.Е. Учение о бессознательном и клиническая психотерапия: постановка вопроса. Бессознательное. Т. 2. – Тбилиси: Мецнериба, 1979 – С. С. 346 - 353
57. Ротенберг В.С., Аршавский В.В. Поисковая активность и адаптация. – М.: Наука, 1984. – 192 с.
58. Савенко Ю.С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология. Проблема клиники и патогенеза психических заболеваний. – М., 1974. – С. 95 – 112
59. Сакверелидзе М.А. О целесообразности применения понятия установки к определенным разделам медицинской психологии. Медицинская психология (сб. статей). – Тбилиси, 1983. – С. 3 – 31
60. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. – М.: Медицина, 1971. – 356 с.
61. Свядош А.М. Неврозы. Руководство для врачей. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 448 с.
62. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина., 1987. – 184 с.
63. Семке В.Я. Истерические состояния. - Медицина., 416 с.
64. Симонов П.В. Лимбические структуры мозга и патогенез неврозов. Журн. невропатол. и психиатр., 1984. - № 11. – С. 1665 – 1670
65. Соложенкин В.В. Механизмы психической адаптации при ишемической болезни сердца, гипертонической болезни и неврозах. Дис. ... докт. мед. наук. – Фрунзе, 1989. – 424 с.
66. Столин В.В. Самосознание личности. М.: Изд-во Моск. университета, 1983. – 284 с.
67. Тауженова Л.М. Кросскультуральное исследование личностных и межличностных конфликтов, копингов и механизмов психологической защиты у больных неврозами. – дис. ... к. м. н. – Санкт – Петербург. – 1996. – 213 с.
68. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, 1984. – 190 с.
69. Ташлыков В.А. Внутренняя картина болезни при неврозах и ее значение для терапии и прогноза: Автoref. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1986. – 50 с.
70. Телешевская М.Э. Неврастения. – Киев: Здоровье, 1988. – 168 с.
71. Тупицын Ю.А. Лечение психогенных нарушений. Журнал неврол. и психиатр. им. Н.Н.Корсакова. – 1971. - № 5. – С. 742 – 746
72. Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. – М., 1966.– 450 с.
73. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1978. – 400 с.
74. Федоров А.П. Соотношение клинических, психологических и социально-психологических характеристик при неврозах и их прогностическое значение для терапии: Автoref. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1978. – 20 с.
75. Филатов А.Т., Кочарян А.С., Кочарян Т.С. Психологическая защита: Методическое руководство. – Харьков: Берниеводы, 1986. – 30 с.
76. Фруст Д.Б. Невротик. Его среда и внутренний мир. – М.: Издательство иностранной литературы. – 1957. – 374 с.
77. Чехлatty Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии. Дис... канд. мед. наук. С. – Петербург. 1994. – 191 с.
-
-

-
-
78. Чудин А.С. Динамика психастенических расстройств: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1968. – 25 с.
79. Шерозия А.Е. Психика. Сознание. Бессознательное. Т. 2. – Тбилиси: Мецниереба, 1979
80. Шибутиани Т. Социальная психология. – М.: Прогресс, 1969. – 535 с.
81. Яценко Т.С. Социально-психологическое обучение в подготовке будущих учителей. – Киев: Вища школа, 1987. – 111 с.
82. Adler A. *Über den nervosen charakter*. – München, 1928
83. Allport G.W. *Personality. A psychological interpretation*. – N. Y.: Holt, 1938. – 588 p.
84. Allport G.W. *Pattern and growth in personality*. – N. Y.: Holt, Rinehart and Winston, 1964. – 593 p.
85. Belachek A., Hersen M. *Dictionary of behavior therapy techniques*. – N. Y.: Pergamon Press, 1985. – 234 p.
86. Buñhme – Bloem C. *Transference and countertransference in the treatment of bulimia nervosa*. 17th European Conference of psychosomatic research. – Marburg, 1988. – Abstracts, P. 33.
87. Caplan G., Grunbaum H. *Perspectives on primary prevention*. Arch. of General Psychiatry. – 1967. – Vol. 17. – N 3. – P. 331 – 347.
88. (Charcot J. Н.) Шарко Ж.М. Клинические лекции по нервным болезням. Пер. с франц. Харьков, 1885. – 120 с.
89. Cooper B. *Home and away: The disposition of mentally ill old people in an urban population*. Soc. Psychiatry. – 1984. – V. 19. – N 4. – P. 187 – 196
90. (Dubois P.) Дюбуа П. *Психоневрозы и их психическое лечение*.: Пер. с франц. – СПб., 1912. – 397 с.
91. Ernst K. *Die Prognose der Neurosen*. – Berlin: Springer, 1959. – 118 s.
92. Essen C.V., Habermas T. *Hysteria and bubimia. Comparison of two «Ethnic disorders»*. 17th European Conference of psychosomatic research. – Marburg, 1988. – Abstracts, P. 67
93. Eysenck H.J., Rachman S. *Neurosen – Ursachen und Heilmethoden*. – Berlin, 1972. – 290 s.
94. Festinger L.A *Theory of cognitive dissonance*. Evanston: Row, Peterson and Co., 1957. – 289 p.
95. Frankl V.E. *Theorie und therapie der Neurosen*. – Wien: Urban u. Schwarzenberg, 1959
96. (Freud S.) Фрейд З. *О психоанализе*. – М., 1911. – 67 с.
97. (Freud S.) Фрейд З. *Основные психологические теории в психоанализе*. – М., 1923. – 807 с.
98. Fromm E. *Man for himself* – New York: Rinehart – 1947
99. Haan N. *Coping and defense. Process of self – environmental organisation*. – N. Y.: Acad. Press, 1977. – 421 p.
100. Hackett T.P. *Changing behavior following MI*. Adv. Cardiol. – 1986. – Vol. 33. – P. 100 – 108
101. Hamburg D., Elliot G., Parron D. *Health and behavior: frontiers of research in the biobehavioral sciences*. – Washington: National Acad. Press, 1982. – 359 p.
102. Heim E. *Coping und adaptivität: gift es geeignete oder unbedeckte coping?* Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. – 1988. – H.1, S. 8 -17
103. Heim E. *Defense mechanisms and coping behavior in terminal illness*. Psychother. Psychosom. – 1978. – Vol. 30. – P. 1 – 17
104. Hück K., Küng W. *Neurosenlehre und Psychotherapie*. - Jena: Fischer, 1979
105. Horney K. *Neurosis and human growth*. – New York: Norton, 1950
106. Horney K. *Our inner conflicts. A constructive theory of neurosis*. – N. Y.: Norton, 1966. – 250 p.
107. (Imelinsky K.) Имелинский К. *Психогигиена половой жизни*. Пер. с польского. – М.: Медицина, 1973 – 256 с.
108. Ingham H.V. *A statistical study of familial relationships in psychoneurosis*. Amer. J. Psichiat. – 1949. – Vol. 106. - P. 91 – 98
109. (Jakubik A.) Якубик А. *Истерия. Методология, теория, психопатология*. – М.: Медицина, 1982. – 342 с.
110. Jung C.G. *Seelenprobleme der Gegenwart*. Walter Verl. – 1973
111. Kalucy R.S. *Phobic behaviour in obesity*. Medico – therapia. – 1986. – Vol. 8. – N 2. – P. 35 – 37
112. (Kempinski A.) Кемпинский А. *Психопатология неврозов* – Варшава: Польское медицинское издательство, 1975. – 400 с.
113. Kendell R.E. *Hysteria*. - Med. Int., 1987. – V. 43. – N 1. – P. 1790 – 1794
114. Klein M. *Development de la psychoanalyse*. – Paris, 1969
115. (Kreindler A.) Крайндлер А. *Психопатология неврозов*. – Варшава: Польское мед. издательство, 1975. – 400 с.
116. (Kreindler A.) Крайндлер А. *Астенический невроз*. – Бухарест: Изд. – во AH, 1963. – 410 с.
117. Krull F. *The conversion process – organic and psychological factors*. 17th European Conference of psychosomatic research. – Marburg, 1988. – Abstracts, P. 168 - 169
118. Lazarus R.S. *Psychological stress and the coping process*. – New York: Mecraw. – Hill, 1966
119. Lewicki A. (red.) *Psichologia kliniczna*. – Warszawa: PNN, 1969
120. Maslow A.H. *Motivation and personality*. – N. Y.: Harper @ Brothers, 1954. – 411 p.
-
-

-
-
121. (Miller N.E.) Миллер Н.Е. Двигательное обучение, висцеральное и гомеостаза. Системная организация физиологических функций. – М., 1969. – С. 363 – 372
122. Perls F., Hefferline, Goodman P. Gestalt Therapy. – California, 1969
123. Pecknold J.C., McClure D.J., Appeltauer L., Allan T., Wrzesinski L. Does tryptophane potentiale clomipramine in the treatment of agoraphobic and social phobic patients? Brit. J. Psychiat. – 1982. – Vol. 140. – P. 484 – 490
124. (Raymond F., 1910) Реймонд Ф. Неврозы и психоневрозы. – СПб., 1910. – 135 с.
125. Powell M., Hemsley D.R., Depression: A breakdown of perceptual defence? Brit. J. Psychiat. 1984. – Vol. 145. – N 10. – P. 358 – 362
126. Provenzale J.M. Anorexia nervosa – thinness as illness. Postgrad. Med. – 1983. – Vol. 74. – N 4. – P. 83 – 89
127. Prustav G. Psychologische Copingforschung. Diagnostika. – 1981. – Bd. 27. – S. 189 – 214
128. Rlumbies G. Psychotherapie in der Inneren und Allgemeinmedizin. – Leipzig, 1983
129. Rogers C.B. Client-centered therapy. Boston: Houghton, 1951. – 572 s.
130. Rosenstock I.M. Perceptual aspects of repression. J. Abnorm. Soc. Psychol. – 1951. – Vol. XLVI. – P. 304 – 315
131. Surwit R.S., Williams R.B., Shapiro D. Behavioral approaches to cardiovascular. – N. V.: Acad. Press., 1982. – 233 p.
132. Van der Valk J.M., Groen J.J. Personality structure and conflict situation in patient with MI. J. Psychosom. Res. – 1987. – Vol. 11. – P. 41 – 46
133. Wittreich W.J. The Honi Phenomenon: A case of selective perceptual distortion. J. Abnorm. Soc. Psychol. – 1952. – Vol. XLVII. – P. 705 – 712
134. Wolpe J. The practice of behavior therapy. – New York, 1973
135. Wolpe J. Behavior therapy for psychosomatic disorders. Psychosomatics. – 1980. – V. 21. – N 6. – P. 379 – 385.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ У НАРЦИССИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТЕЙ

М.В.Рузгис

г. Москва

Термин “нарциссизм” трактуется одновременно как сексуальная первверзия и самоуважение, стадия развития в формировании сексуальной первверзии и самостоятельная нозологическая единица. Вокруг патологического нарциссизма идут нескончаемые дискуссии, но при этом понимание его остается противоречивым. Рассмотрим проблемы патологического нарциссизма, который носит название нарциссическое расстройство личности. Остановимся на том, с чем сталкивается психотерапевт-сексопатолог в клинической практике при работе с такими пациентами.

Патологический нарциссизм связан с особенностями самосознания и самоидентичности. Трагедия нарциссической личности состоит в том, что присвоение того, что является наиболее желанным и одновременно предметом отрицания и зависти, не ведет к удовлетворению, поскольку бессознательная ненависть к желаемому портит его, в результате “нарцисс” испытывает опустошение и фрустрацию. Нарциссическая личность больше нуждается в восхищении, чем в любви со стороны партнера. Восхищение партнера поддерживает самоуважение, самоидеализацию. Нарциссические личности нуждаются в восхищении, восхищение

других служит заменой защитных и регулирующих самооценку функций. Проецируя те же потребности на партнера, они опасаются, что их будут эксплуатировать, таким образом, зависимость партнера является непереносимой для них. Взаимность в отношениях партнеров они переживают как эксплуатацию. Вследствие бессознательной зависти к способности партнера безвозмездно отдавать, они не в состоянии испытывать благодарность за получаемое. Недостаток чувства благодарности не дает возможности ценить полученную любовь.

Бессознательные конфликты могут идти из прошлого вплоть до ранней патологии материнско-детских отношений. Оральная агрессия, вызванная отвергающей матерью, выраженным ранним пре-небрежением со стороны нарциссической матери, игнорирующей эмоциональные потребности и внутреннюю жизнь младенца, – эта оральная агрессия часто подкрепленная конфликтами с отцом, нередко оказывает влияние на бессознательное отношение к обоим родителям, и порождает патологическую зависть к любовным отношениям в паре.

У мужчин, которые в ранних отношениях воспринимали мать как сексуально провоцирующую, соблазняющую и отказывающую - ранние оральные

фрустрации трансформировались в сексуальную агрессию. Эти мужчины переживают сексуальное стремление к женщине как повторение раннего сознания со стороны матери и поэтому бессознательно ненавидят объект своего желания. Ненависть может разрушать способность к сексуальному возбуждению и приводить к подавлению сексуальности. В менее тяжелых случаях защитная идеализация сексуальной привлекательности женщины ведет к усиленному поиску сексуальной стимуляции и удовлетворения, за которыми неизбежно следует обесценивание идеализированной женщины и потеря к ней интереса. Защитная идеализация женщин и их быстрое обесценивание как сексуальных объектов может выливаться в сексуальный промискуитет.

Из этих факторов берет начало широкий спектр сексуальных патологий. У некоторых мужчин с выраженной нарциссической патологией наблюдаются жесткие сексуальные запреты, страх осмеяния и отвержения женщинами, что формирует невроз ожидания сексуальной неудачи. Этот страх может также порождать сильное отвращение к женским половым органам. Возможно расщепление: одни женщины идеализируются и сексуальные чувства к ним отрицаются, другие воспринимаются как чисто сексуальные объекты с которыми возможна полная сексуальная свобода. Это приводит к полному обесцениванию сексуальной близости и постоянному поиску новых сексуальных партнеров.

Некоторые нарциссические мужчины способны испытывать привязанность и нежность по отношению к женщине, от которой зависят, так как бессознательно обесценивают ее как сексуального партнера. Нередко сексуальные дисфункции у нарциссических мужчин с жесткими запретами, со страхом перед женщинами, могут являться непосредственным выражением этого страха. Когда в процессе терапии страх ослабевает, они впадают в сексуальный промискуитет. В противоположность этому у мужчин, для которых сексуальный промискуитет был характерен с юности, часто происходит ухудшение сексуальной жизни, по мере того как в краткие периоды влюбленности вновь происходит крушение защитной идеализации женщины.

И женщины, и мужчины с нарциссической личностной организацией нередко обнаруживают бессознательную фантазию одновременной принадлежности к обоим полам, отрицая тем самым внутреннюю необходимость завидовать другому полу (Розенфельд, 1971, 1975; Грюнберг, 1971). Эти фантазии ведут к разнообразным путям поиска сексуальных партнеров. Основным фактором конфликтов у нарциссических пациентов при гетеросексуальных или гомосексуальных отношениях, является защита фантазии о "близнеце". Партнер должен воплощать идеал пациента, но не быть лучше его самого, так как это вызывает зависть, но не должен

быть и "ниже", так как это вызывает обесценивание и разрушение отношений. Таким образом, ограничивается свобода и автономия другого, а также исключается возможность оценить уникальность партнера.

Нарциссические женщины нередко создают стабильные отношения с мужчиной, которого они считают "лучшим", находя в бессознательно "близнецовых" гетеросексуальных отношениях решение проблемы бессознательной зависти к мужчинам. Эти женщины стремятся обесценить мужчину, как только он ответит взаимностью, они остаются фиксированными на недоступных мужчинах, недоступность которых ограждает их идеализацию от сомнений, а их самих от обесценивания. Некоторые нарциссические женщины могут поддерживать длительные саморазрушительные отношения с крайне нарциссическими мужчинами, чьи таланты и власть создают им облик идеального мужчины. Другие сочетают поиск идеального мужчины с быстрым обесцениванием, что вынуждает их к быстрой смене партнеров.

Женщины с нарциссической личностной организацией могут выражать свою патологию в отношениях с детьми. Некоторые женщины не желают иметь ребенка вследствие боязни его зависимости от них, которую бессознательно воспринимают как эксплуататорскую и ограничивающую. Другие любят своих детей до тех пор, пока те полностью зависимы от них, составляют нарциссическое продолжение матери. Или мать может фиксироваться на привлекательности ребенка, вызывающей восхищение у других, при этом абсолютно не интересуясь внутренним миром ребенка, таким образом, перенося нарциссическую патологию на следующее поколение.

Неспособность глубоко оценить другого человека, характерная для нарциссических личностей затрудняет выбор партнера. Партнер ставший избраником нарциссической личности за то, что восхищается его качествами, может быть быстро обесценен, поскольку его восхищение воспринимается как само собой разумеющееся. С другой стороны партнер, способный любить, нередко вызывает у нарциссической личности бессознательную зависть именно вследствие этой способности, которая у "нарцисса" отсутствует.

В той мере, в какой нарциссическая личность испытывает чувство вины за свою неспособность ответить любовью на любовь, в той же мере у нее может усиливаться ощущение своей неполноценности, побуждающее к вторичным усилиям по защите от этого чувства вины. Эти усилия состоят в поиске дефектов у партнера, которые могли бы служить оправданием отсутствия взаимности.

Нарциссические пациенты являются "трудными" не только для своих партнеров и людей с которыми вступают во взаимодействие, но и для самих

себя. Психотерапевтическая тактика для пациентов с ярко выраженным нарциссическим складом разработана недостаточно. Тем не менее, на практике с одними пациентами приносит хорошие результаты глубинная личностная проработка с изменением

отношения к собственному Я. В работе с другими пациентами необходимо соответствовать их установкам и удовлетворять их для того, что бы создать внутреннюю почву для частичной компенсации с последующим “размыванием” нарциссических установок.

ПЕДАГОГИКА ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

О ПРОГРАММАХ «ОБУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЮ»

(замечания по поводу книги Н.А.Сироты, В.М.Ялтонского, И.И.Хажилиной, Н.С.Видерман
«Профилактика наркоманий у подростков: от теории к практике. М, 2001»)

Я.П.Гирич

В последние месяцы многие руководители наркологических подразделений Красноярского края настойчиво просят дать рецензию на книгу Н.А.Сироты, В.М.Ялтонского, И.И.Хажилиной, Н.С.Видерман «Профилактика наркоманий у подростков: от теории к практике» (Москва, 2001). Сотрудники центральных НИИ, психотерапевтических коммерческих структур эту книгу стараются подарить как можно большему количеству руководителей здравоохранения на периферии в надежде «пробить», «продавить» хотя бы недельный платный «декадник» по психотерапии. Авторы данной книги утверждают, что ими «...представлены уникальные концептуально-обоснованные программы обучения здоровью» (с. 6), использование которых позволит повысить качество профилактики наркотизации у несовершеннолетних. Считаю, что излагаемое ниже мнение представит интерес не только для руководителей социальных служб Сибирского региона, в котором я работаю.

В последние годы становится довольно модным вместо термина «управление здравоохранением» использовать понятие «управление здоровьем» (О.Т.Жузанов, А.Л.Катков, 1996; Г.Т.Красильников, Т.В.Коробицына, А.А.Сумароков, 1998). Подобные заявления типичны и для наркологически ориентированных изданий. Поэтому рекламное представление книги как источника знаний по «обучению здоровью» считать чем-то необычным трудно. Свои теоретические положения и практические рекомендации авторы сформулировали на основе зарубежной литературы, преимущественно 80-х годов, опубликованной, главным образом, в США. Поэтому свое мнение считаю уместным подтвердить, по возможности, литературными источниками также из США и за тот же период.

Книга фактически начинается с утверждения, что «одна из теорий, на которой базируются многие европейские и западные программы, - теория социального обучения А.Бандуры» (с. 10). Авторы книги утверждают, что «согласно этой теории личность человека изменяется под воздействием требований социальной среды, в результате чего происходит обучение определенным формам поведения» (с. 10-11). Проблема же соотношения личности и среды имеет более чем вековую историю. Ее целенаправленное изучение началось со времени выделения из социологии и психологии новой

специальности «Социальная психология» (Г.М.Андреева, 1978; Т.В.Коробицына, 2000).

В 80-е годы в наркологически ориентированных исследованиях в США и других странах активно анализировалась значимость конкретных факторов риска аддикции. При изучении социальной среды целенаправленно определялось влияние стресса, конкуренции, терпимости общества к употреблению алкоголя и марихуаны; при обсуждении личностных параметров наркологических аддиктов учитывалась поверхностность понимания ими ситуации, роль у таких личностей аффективной лабильности и склонности к примитивным эмоциональным реакциям (Hagnel O., 1985). Сочетание же этих неблагоприятных моментов, по преобладавшему в 80-е годы мнению, реализуется: до 14 лет - в компаниях сверстников, с 15 до 24 - «через приемы на работу и в семью», с 25 до 29 лет - «через одиночество и бытовую неустроенность» (Hagnel O., 1985, с. 195). В этих работах обобщающего плана ссылок на теорию А.Бандуры не приводилось

Как и авторы обсуждаемой книги, так и зарубежные исследователи в рассматриваемых нами публикациях 80-х годов, традиционные запретительные приемы расценивали сомнительными (Shore E.R., Rivers P.S., 1985). Так, отмечалось, что изолированно используемые санитарно-просветительные приемы «часто оказывают обратный эффект» (Pickens K., 1985, с. 44). Традиционного мнения о важности знания различных эффектов алкоголя и наркотиков в этот период также придерживалось все меньшее количество исследователей (Eiseman S., 1984). Часто цитировались данные результатов работ Lasagna L. (1985): несмотря на широкую разъяснительную и запретительную работу, отношение населения развитых стран Запада к употреблению марихуаны за последние 30-40 лет из негативного превратилось вдержанное и даже нейтральное.

Поэтому понятно желание авторов книги разрабатывать и рекомендовать к использованию нетрадиционные приемы работы. В книге достаточно детально представлена содержательная сторона описанных ими «постоянно действующих» и «периодически действующих программ» (с.87). Как я понял, все они расцениваются авторами как достаточно эффективные. К тому же, действенность некоторых из рекомендованных для использования форм работы, подтверждена ссылками на публикации зарубежных авторов.

Большинство исследователей, изучавших эту проблему, указанные выше положения отрицали. Так, Malvin J.H. (1985) с группой сотрудников проанализировал результаты обучения детей во многих школах по дополнительной (наркологически ориентированной) программе и пришел к выводу о малой эффективности таких занятий. Мало значимой была расценена и работа родительских групп, ориентированных на контроль за поведением учащихся во внеурочное время (Moscowitz J.M., 1985).

Излагаемые авторами рассматриваемой книги технологии профилактики во многом соответствуют широко используемой в США методике «коррекции ценностей» (в процессе дискуссии членам группы выбрать наиболее адекватные поступки и убеждения в рамках предложенной ситуации). Chng Chwee Lue (1984) по результатам оценки многолетнего использования этой методики пришел к выводу, что удается достигнуть только декларирования социально значимых ценностей без реальной перестройки истинных внутренних побуждений. Кстати, с оценкой Chng Chwee Lue методики «коррекции ценностей» согласны и отечественные психотерапевты, работающие с наркологическими больными (Ю.А.Пичугина, 1994; В.Б.Якимов, 1996 и др.).

Анализируя мировой опыт психотерапевтической работы с наркоманами Ю.П.Попов и В.Д.Вид (1996) пишут: «Оптимальные рамки для проведения реабилитации - терапевтическое сообщество, вырывающее больного из привычной среды обитания... . В группах терапевтического общества больные находятся 12-18 месяцев, пока не смогут вернуться к месту проживания... . 90% поступающих выходят из терапии в течение первого года; у остающихся достигается достаточно высокий эффект» (с. 60). Таким образом, они считают, что длительные ремиссии возможны примерно у 10% (преимущественно опиоидно-зависимых) наркоманов.

Поскольку авторы обсуждаемой книги не приводят результаты оценки эффективности использования своих программ, отдельных методик и технологий по профилактике наркотизации у подростков, а предлагаемые технологии достаточно

затратные, требуют длительного целенаправленного обучения специалистов, поэтому судить о значимости работы трудно и тем более рекомендовать ее для внедрения в практику.

К тому же и на Западе психопрофилактическая работа расценивается достаточно пессимистически. Уже в восьмидесятые годы в публикациях стала отчетливо просматриваться психогигиеническая направленность исследований. Настойчиво подчеркивалось, что в работе, направленной на предупреждение зависимости от психоактивных веществ, на первое место следует ставить обучение несовершеннолетних уже с дошкольного возраста здоровому образу жизни (Tennent F.A., 1984); такое обучение должно включать в себя формирование положительного образа своего «Я», коррекцию дефектов внутрисемейных отношений, привитие навыков социально и биологически желаемого действия в комплексе с приемами обучения гигиены тела, умеренного питания и т. п. (Р.А.Теплой, 1984).

В целом же желание управлять здоровьем, обучать здоровью «греет души» преимущественно молодым альтруистам. Кратковременные декадники, проводимые специалистами в области профилактики наркоманий у несовершеннолетних, вызывают довольно скептическое отношение, как у руководителей социальных служб, так и у специалистов практиков. Прагматически настроенные руководители здравоохранения и других социальных служб склонны больше ориентироваться на хорошо математически обоснованные психогигиенические и, проведенные на практике, профилактические мало затратные программы (Л.В.Климов, Ю.В.Рукосуев, 1987; В.Б.Якимов, 1996; Н.А.Бохан, Т.В.Коробицына, 2000 и др.). К тому же внедрение наркологически направленных психогигиенических программ обеспечивается законодательной, а профилактически-ориентированных - исполнительной ветвями власти (В.Я.Семке, 1999), что позволяет руководителям разных социальных служб (в том числе и наркологической) больше внимания уделять своим основным должностным обязанностям.

Литература:

1. Андреева Г.М. Социальная психология. - М., 1978. - 318 с.
2. Бохан Н.А., Коробицына Т.В. Ассоциированные формы алкоголизма в общесоматической амбулаторной сети . - Томск. 2000. - 232 с.
3. Жузжанов О.Т., Катков А.Л. Развитие общества, ментальное здоровье и реформа здравоохранения. - Алматы., 1996. - 193 с.
4. Климов Л.В., Рукосуев Ю.В. Результаты апробации в г. Дивногорске новой наркологически ориентированной программы // Профилакт. аспект хр. алкоголизма. - Красноярск, 1987.-С. 77-81
5. Коробицына Т.В. Социально-психологические факторы риска развития психосоматических болезней и алкоголизма. - Красноярск. 2000. - 93 с.
6. Красильников Г.Т., Коробицына Т.В., Сумароков А.А. К вопросу об управлении здоровьем населения / / Вопр. ментальной медицины и экологии. - 1998. № 3 - С. 5-7
7. Пичугина Ю.А. Возможности этологической теории в разработке наркологически ориентированной психопрофилактической программы // Этологическая теория в разработке леч. и профилакт. программ. - Красноярск. 1994. - С. 80-88

-
-
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия. - СПб. - 421 с.
 9. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. - Томск. 1999. - 403 с.
 10. Якимов В.Б. Наркологически ориентированная психопрофилактическая программа. - Кустанай. 1996. - 96 с.
 11. Chng Chwee Lue. A critique of values: classification in drug education // Drug Abuse. Found psychosoc. Approach. Farmingdale. -N.Y. 1984. -P. 81-87
 12. Eiseman S. Education about narcotic and dangers drugs - a challenge to our schools // Drug Abuse. Found psychosoc. Approach. Fargmingdale. -N.Y. 1984. -P. 42-50
 13. Eiseman S. Education about narcotic and dangers drugs - a challenge to our schools // Drug Abuse. Found psychosoc. Approach. Fargmingdale. -N.Y. 1984. - P. 51-58
 14. Hagnel O. Predictors of alcoholism in the Lundbu studyll. Personalititraitsas risk factors for alcoholism / / Europ. Arch. Psyshiatr. Neurol. Sci. - 1985. V 235. N 4. - P 192-196
 15. Johnson D.W. Constructive peer relationships, social development and cooperative learning experiens: implications for the prevention of drug abuse // Drug Abuse Found. Psychosoc. Approach. Farmigdale. - N.Y. 1984. - P. 24-41
 16. Lasagna L. Is the social use marijuana dangerous or addicting // Adv. Alcohol and subst. Abuse. -1985. V 5. N 1-2.-P. 77-81
 17. Malvin J.H. et. all. Evaluation of two school-based alternatives programs // J. Alcohol and Drug Educ.- 1985. V30. N3.-P. 98-101
 18. Moscowitz J.M. Evaluating the effects of parent groups on the correlates of adolescents substance abuse / / J. Psychoact. Drug. - 1985. V 17. N 3. - P. 173-178
 19. Pickens K. Drug education: the effects of giving information // J. Alcohol and Drug Educ. -1985. V 30. N 3.-P. 32-44
 20. Shore E.R., Rivers P.S. Pur pressure to drink: amplications for university administration // J.Alcohol and Drug Educ. - 1985. V 30. N. 3. - P. 22-31
 21. Stimmel B. Factors associated with alcohol and substance in women and children // Adv. alcohol and subst. Abuse. - 1985. V 5. N 4. - P. 1-18
 22. Tennent F.A. Awarens of substance abuse and other health - related behavior among preschool children / / Drug Abuse / Fafmingdale. - N.Y. - 1984. - P. 42-151.

РЕЗЮМЕ

ИНТЕГРАТИВНО-РАЗВИВАЮЩАЯ ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А.

В данной статье изложена теоретическая аутоидентификация изучаемой модели психотерапии зависимых от ПАВ. Дано краткое описание теоретических оснований, описание собственных теоретических построений, устанавливается сходства и отличия с другими известными теоретическими построениями, описание сущности творческой адаптации известного метода психотерапии, дается обоснованная аргументация достоинств концепции или модальности, определяются границы применения и результативности изучаемого метода, направления и концепции психотерапии.

АРТТЕРАПИЯ КАК ОДНО ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СОВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПЕДАГОГИКИ

Маджуга А.Г., Маджуга Л.Г.

Настоящая статья посвящена изучению арттерапии, как одному из направлений в современной психологической и педагогической практики. Описываются основные виды арттерапевтических методов, существующих в современной психотерапевтической практике, основные функции арттерапии, особенности проведения арттерапии, даны основные процедуры и требования к проведению арттерапевтических сеансов.

ПСИХОТЕРАПИЯ В НАРКОЛОГИИ

Пак Т.В.

Данная работа представляет собой литературный обзор по изучению применения психотерапевтических методов в лечении зависимых от психоактивных веществ. Описываются основные концептуальные и методологические подходы в психотерапии зависимых от ПАВ, а также основные подходы к оценке эффективности психотерапии зависимых от ПАВ. Автор определяет перспективы использования психотерапевтических подходов в наркологической превенции.

НОВЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Пак Т.В.

В настоящей статье изложен новый подход к лечению больных наркоманией – интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия, а также предоставлены материалы исследования по оценке эффективности данного подхода. Предметом исследования являлись личные свойства антинаркотической устойчивости больных наркоманией.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПСИХОТЕРАПИИ В ПРОГРАММАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Титова В.В.

В данной работе описаны основные цели, задачи и этапы медико-социальной реабилитации наркозависимых пациентов. Разработанная модальность двухуровневой, интегративно-развивающей психотерапии позволяет существенно повысить эффективность реабилитационных программ за счет целенаправленного кризисного развития у пациентов новых личностных свойств антинаркотической устойчивости.

ГРУППОВАЯ ТРАНЗАКТНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗОВ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Чобану И.К.

Настоящая работа посвящена использованию транзактного анализа как метода групповой психотерапии психических больных. На основании клинического и катамнестического исследования пациентов, прошедших психотерапию в санаторном отделении и дневном стационаре, делается вывод об эффективности применения данного метода для помощи ряду больных шизофренией, а также рассматриваются различные вопросы практического применения этого метода.

О ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Шушкевич В.И., Яшина В.А., Саенко П.П.

В статье проанализирована эффективность комплексного психотерапевтического подхода в лечении контингента больных бронхиальной астмой за период 2000-2002 г.г. (80 человек). Учитывались изменения в клинической картине и адаптации пациентов в соматической, психологической и социальной сферах, а также включалась объективная оценка с позиции самого пациента.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО- ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (ООД)

Галлеев А.А., Якирова Г.Т.

Проведено клинико-катамнестическое исследование больных, медицинской документации за период с 1990 г. по 2000 г. Основной задачей исследования являлось изучение динамики психопатологических расстройств лиц, совершивших ООД, во взаимосвязи с социально-демографическими факторами. В исследовании использовался клинико-эпидемиологический метод.

НЕВЕРБАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Денисова Е.В., Оспан Т.Б., Лободенко А.Г., Кожанова Ж.Т.

Целью настоящего исследования является анализ данных литературы и собственных наблюдений особенностей невербальной диагностики при некоторых психических заболеваниях и психопатологических синдромах различного генеза. Под наблюдением находилось 184 больных с психическими расстройствами.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩЕЕ ВМЕНЯЕМОСТИ

Кудьярова Г.М., Саренко А.Н.

В данной статье рассматриваются основные проблемы и особенности судебно-психиатрической оценки лиц с органическими психическими расстройствами, определяются параметры, характеризующие органическое психическое расстройство, описываются основные критерии «органической вменяемости», применимые в судебно-психиатрической экспертизе.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ НАЧАЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА

Кудьярова Г.М., Негай Н.А.

Настоящая работа подчеркивает актуальность изучения распространенности и клинических проявлений, особенностей начальных органических психических расстройств сосудистого генеза у лиц с гипертонической болезнью, изучение феноменологии переживаний у данных лиц, в зависимости от «биологического регистра личности», пола, возраста, социального положения.

О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛОПЕРИДОЛА-ДЕКАНОАТА В КАЧЕСТВЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Пугачев В.П., Юнусов М.Р., Яkipova Г.Т., Бибакова Н.Т.

В целях выяснения эффективности галоперидола-деканоата в качестве поддерживающего лечения в период ремиссий у больных параноидной формой шизофрении, проживающих в сельской местности, было проведено катамнестическое исследование двух групп пациентов. Обе группы были однородны по половому признаку, возрастному признаку и по длительности заболевания.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ И СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

Целью данной работы является выявление особенностей формирования и клинического проявления депрессивных состояний и суицидального поведения при употреблении ПАВ. Было обследовано 188 пациентов с депрессивными проявлениями в структуре зависимости от ПАВ. Средний возраст составил 32,3 г.

ТОКСИЧЕСКИЙ (МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ) ГЕПАТИТ У ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шаяхметова Г.Т., Мусабалинова Н.Б.

В статье представлен ряд клинических примеров показывающих наличие токсического гепатита как осложнение психофармакотерапии нейролептическими средствами. На основании этого делается вывод о проведении тщательного терапевтического и лабораторного контроля при терапии нейролептическими препаратами.

МОДЕЛИ НЕЗАКОННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ, ВЫЯВЛЕННЫЕ В ХОДЕ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Байызбекова Д.А., Арстанбекова А.А.

В настоящей работе представлены результаты исследования среди лиц с наркотической зависимостью с целью выявления основных моделей потребления наркотиков. Исследование было реализовано в рамках проекта УНП ООН «Экспресс оценка распространения наркомании в странах Центральной Азии» в 2001-2002 г.г.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРКОЗАВИСИМОСТИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Каражанова А.С.

В настоящей статье рассматриваются эпидемиологические аспекты и этиологические факторы наркозависимости детского возраста, описываются клиника и течение наркозависимости у несовершеннолетних, последствия наркотизации в детском возрасте.

САМОСОЗНАНИЕ ЛИЧНОСТИ В РАМКАХ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

Для изучения самосознания личности при зависимости от ПАВ было обследовано 193 пациента с депрессивными состояниями. Для исследования использовался опросник самоотношения Столина В.В. и клиническая оценочная шкала депрессии М.Гамильтона.

НЕЙРОХИМИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

В данной статье подчеркивается важность изучения нейрохимических и иммунологических аспектов зависимости от ПАВ, открывающее перспективы дальнейших исследований популяции цитокинов и нейропептидов, что позволит разработать профилактические мероприятия и лечебную тактику в этом направлении.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕЙРЛИНГВИСТИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ И ПСИХОКИБЕРНЕТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ, ИХ РОЛЬ В ИЗУЧЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Толстикова А.Ю.

В работе делается вывод о тесной связи модели НЛП и психокибернетики друг с другом, а их изучение позволяет приблизиться к пониманию сущности проблемы зависимости от ПАВ и синтезировать рациональные пути профилактики, диагностики и терапии этих состояний.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОГРАНИЧНЫХ СОСТОЯНИЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ

Галлеев А.А., Рудич П.А., Яkipova Г.Т.

В настоящий обзор включены работы, посвященные различным аспектам распространенности и выявляемости психических заболеваний. Рассматривается проблема влияния методологии выявления больных на показатели распространенности психических заболеваний, а также вопрос о зависимости между организационной структурой психиатрической помощи и выявляемостью различных категорий больных.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ УЧЕНИЯ О НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Корабельникова Е.А.

Данный обзор посвящен изучению современных взглядов на невротические расстройства, основанных на их системном анализе, позволяющем рассматривать невроз как внутренне динамическую систему, функционирование которой определяется взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов, связанных с личностью.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ У НАРЦИССИЧЕСКИХ ЛИЧНОСТЕЙ

Рузгис М.В.

В данной работе рассматривается ряд проявлений нарциссизма у мужчин и женщин. Также описываются психологические и сексуальные нарушения у нарциссической личности и как их поведение влияет на взаимоотношения с другими людьми.

SUMMARY

INTEGRATIVE-DEVELOPING GROUP PSYCHOTHERAPY OF DEPENDENT FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Katkov A.L., Pak T.V., Rossinskiy Yu.A.

In given article it is stated theoretical autoidentification of investigated model of psychotherapy dependent from psychoactive substances. The brief description of the theoretical bases, the description of own theoretical constructions is given, the description of essence of creative adaptation of a known method of psychotherapy, similarities and differences with other known theoretical constructions is established, the proved argument of advantages of the concept or a modality is given, borders of application and productivity of an investigated method, a direction and the concept of psychotherapy are defined.

APT THERAPY AS ONE OF PRIORITY DIRECTIONS OF MODERN CORRECTIONAL PSYCHOLOGY AND PEDAGOGICS

Madzhuga A.G., Madzhuga L.G.

Present article is devoted to studying of art therapy, as to one of directions in modern psychological and student teaching. The basic kinds of art therapeutic methods existing in modern psychotherapeutic practice, the basic functions of art therapy, and features of realization art therapy are described; the basic procedures and requirements to realization art therapeutic sessions are given.

PSYCHOTHERAPY IN NARCOLOGY

Pak T.V.

The given work represents the literary review on studying application of psychotherapeutic methods in treatment dependent from psychoactive substances. The basic are described conceptual and methodological approaches in psychotherapy dependent from psychoactive substances, and also the basic approaches to an estimation of efficiency of psychotherapy dependent from psychoactive substances. The author defines(determines) prospects of use of psychotherapeutic approaches in narcological превенции.

NEW PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES IN REHABILITATION OF DRUG ADDICTS

Pak T.V.

In present article the new approach to treatment of patients with drug addiction - integrative-developed, two-level psychotherapy is stated, and also materials of research according to efficiency of the given approach are given. An object of research was personal properties of antinarcotic stability of patients with drug addiction.

NEW APPROACHES TO PSYCHOTHERAPY IN PROGRAMS OF MEDICO-SOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH NARCOTIC DEPENDENCE

Titova V.V.

In the given work the basic purposes, problems and stages of medico-social rehabilitation of patients with drug dependence are described. The developed modality two-level, integrative-developing psychotherapy allows essentially to increase efficiency of rehabilitation programs due to purposeful crisis development at patients of new personal properties of antinarcotic stability.

GROUP TRANSACTION PSYCHOTHERAPY OF PSYCHOSES IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

Chobanu I.K.

The present work is devoted to use transaction analysis as method of group psychotherapy of mental patients. On the basis of clinical and catamnesis researches of patients, past psychotherapy in sanatorium department and a day time hospital, it is judged efficiency of application of the given method for an aid to a number of patients with schizophrenia, and also various questions of practical application of this method are considered.

ABOUT PSYCHOTHERAPEUTIC TACTICS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA

Shushkevich V.I., Yashina V.A., Saenko P.P.

In article efficiency of the complex psychotherapeutic approach in treatment of a contingent of patients (80 person) with bronchial asthma for the period 2000-2002 is analyzed. Changes in a clinical picture and adaptation of patients in somatic, psychological and social spheres were taken into account, and also the objective estimation from a stand of the patient was included.

SOCIAL-DEMOGRAPHIC AND CLINIC-PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE MENTALLY DISEASED PATIENTS WHO HAVE MADE SOCIALLY DANGEROUS ACTS (SDA)

Galleev A.A., Yakipova G.T.

It is carried out clinic- catamnesis research of patients, the medical documentation for the period since 1990 on 2000. Primary goal of research was studying dynamics of psychopathological disorders of the persons, in interrelation with social-demographic factors, who have made SDA. The clinic-epidemiological method was used in research.

NONVERBAL DIAGNOSTICS OF MENTAL DISEASES

Denisova E.V., Ospan T.B., Lobodenko A.G., Kozhanova Z.T.

The purpose of the present research is the analysis literatures data and own observations of features of nonverbal diagnostics at some mental diseases and psychopathological syndromes of various genesis. Under observation was 184 patients with mental disorders.

JUDICIAL-PSYCHIATRIC ESTIMATION OF PERSONS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS OF TRAUMATIC GENESIS, NOT EXCLUDING RESPONSIBILITY

Kudyarova G.M., Sarenko A.N.

In given article the basic problems and features of a judicial-psychiatric estimation of persons with organic mental disorders are considered, the parameters describing organic mental disorders are defined, the basic criteria of «organic responsibility», used in judicial-psychiatric examination are described.

TO A QUESTION ON A PATHOGENY AND A CLINICAL PICTURE OF INITIAL ORGANIC MENTAL DISORDERS OF VASCULAR GENESIS

Kudyarova G.M., Negai N.A.

The present work emphasizes an urgency of studying of prevalence and clinical displays, features of initial organic mental disorders of vascular genesis at persons with hypertonic illness, studying of phenomenology of experiences at the given persons, depending on «the biological register of the person», sex, age, social status.

ABOUT EXPEDIENCY OF USE OF HALOPERIDOL AS MAINTENANCE THERAPY AT PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA, LIVING IN A COUNTRYSIDE

Pugachev V.P., Yunusov M.R., Yakipova G.T., Bibakova N.T.

With a view of finding-out of efficiency of haloperidol as maintenance treatment during remissions at patients with paranoid schizophrenia, living in a countryside, it was carried out catamnesis research of two groups of patients. Both groups were homogeneous to a sexual attribute, an age attribute and on duration of disease.

THE CLINIC-PSYCHOPATHOLOGICAL ANALYSIS OF DEPRESSIONS AND SUICIDE BEHAVIOR AT PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.Yu.

The purpose of the given work is revealing features of formation and clinical display of depressions and suicide behavior at the use of psychoactive substances. It was surveyed 188 patients with depressive displays in structure of dependence from psychoactive substances. Middle age has made 32,3.

TOXIC (MEDICAMENTOUS) HEPATICES AT MENTAL DISEASED PATIENTS

Shayahmetova G.T., Musabalinova N.B.

In article a number of clinical examples showing presence of a toxic hepatices as complication of psychopharmacotherapy with antipsychotic agents is submitted. On the basis of this it is judged realization of the careful therapeutic and laboratory control at therapy with antipsychotic agents.

MODELS OF ILLEGAL DRUG USAGE, THE PREVALENCE OF DRUG ADDICTION REVEALED DURING EXPRESS-EVALUATION TO KIRGHIZSTAN

Baiyzbekova D.A., Arstanbekova A.A.

In the present work results of research among persons with narcotic dependence are submitted. The purpose of research was revealing the basic models of drug usage. Research was realized within the framework of UN project «Express estimation of prevalence of drug addiction in the countries of the Central Asia» in 2001-2002.

CLINIC-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF A NARCODEPENDENCE OF CHILDREN

Karazhanova A.S..

In present article epidemiological aspects and etiological factors of a narcodependence of children are considered, the clinic and current of a narcodependence at minors, a consequences of a narcotization at children are described.

SELF-CONSCIOUSNESS OF THE PERSONALITY WITHIN THE FRAMEWORK OF DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.Yu.

For studying self-consciousness of the personality at dependence from psychoactive substances it was surveyed 193 patients with depressions. For research V.V. Stolina's questionnaire of the self-attitude and M.Gamilton's clinical depression scale was used.

NEUROCHEMICAL AND IMMUNOLOGIC ASPECTS OF STUDYING OF MECHANISMS OF DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.Yu.

In given article importance of studying of neurochemical and immunologic aspects of dependence from psychoactive substances, opening prospects of the further researches of a population of cytokines and neuropeptides is emphasized, that will allow to develop preventive actions and medical tactics in this direction.

INTERRELATION NLP AND PSYCHOCYBERNETIC MODELS, THEIR ROLE IN STUDYING A PROBLEM OF DEPENDENCE FROM PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Tolstikova A.Yu.

In work it is judged close connection of NLP and psychocybernetic model with each other, and their studying allows to come nearer to understanding of essence of a problem of dependence from psychoactive substances and to synthesize rational ways of preventive maintenance, diagnostics and therapy of these conditions.

PREVALENCE OF BOUNDARY CONDITIONS FROM THE POINT OF VIEW OF PSYCHOTHERAPY

Galleev A.A., Rudich P.A., Yakipova G.T.

The works devoted to various aspects of prevalence and detectability of mental diseases are included in the present review. The problem of influence of methodology of revealing of patients on parameters of prevalence of mental diseases, and also a question on dependence between organizational structure of a psychiatric service and detectability of various categories of patients is considered.

MODERN CONDITION OF THE DOCTRINE ABOUT NEUROTIC DISORDERS

Korabelnikova E.A.

The given review is devoted to studying of modern sights on the neurotic disorders, based on their system analysis, allowing to consider a neurosis as internally dynamic system which functioning is defined by interaction biological, psychological and the social factors connected to the personality.

SEPARATE ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL AND SEXUAL DISHARMONY AT NARCISSISM PERSONS

Ruzgis M.V.

In the given work a number of displays of narcissism at men and women is considered. Also it is described psychological and sexual disorders at narcissism persons and how their behavior influences mutual relation with other people.