

характерологическими девиациями позволило достичь частичного или даже полного успеха в $64,1 \pm 1,2\%$ наблюдений, в то время как при изолированном использовании психотропных средств — лишь в $38 \pm 2,1\%$ наблюдений ($p < 0,05$). Кроме того, при комплексной психофармакотерапии быстрее, чем при назначении препаратов в отдельности, наступала редукция невротических нарушений, что довольно отчетливо проявлялось уже к концу первой недели лечения.

Таким образом, проведенные исследования позволяют заключить, что возникновение психических нарушений при хронической боли отмечается у лиц с преморбидными характерологическими нарушениями и коррелирует с интенсивностью и длительностью ХБС. При затяжном течении ХБС обычно возникает стойкая невротизация личности, затрудняющая лечение, ресоциализацию и реадaptацию больных. Дифференцированное, с учетом структуры психических расстройств, применение психотропных препаратов, в особенности адекватных их сочетаний, способствует уменьшению или даже устранению возникших нарушений психики и в целом улучшает общие итоги лечения больных с ХБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Негува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1988. — С. 320—328.
2. Ерохина Л.Г. О психических нарушениях при типичной невралгии тройничного нерва и других формах прозопагии // Журн. невропатол. и психиатр. — 1968. — Т. 18, № 7. — С. 115—118.

3. Канарейкин К.Ф. Пояснично-крестцовые боли. — М.: Медицина, 1972. — С. 58—70.
4. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Фегоров А.П. Соотношение психиатрии и фармакотерапии при лечении неврозов // Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний: Сб. науч. тр. / Ленингр. психоневрол. НИИ им. Б.М.Бехтерева. — Л., 1986. — С. 117—122.
5. Кассиль Г.Н. Наука о боли. — М.: Наука, 1975. — С. 257—287.
6. Крыжановский Г.Н. К патогенезу центральных синдромов боли и зуда (Теория генераторных механизмов) // Журн. невропатол. и психиатр. — 1976. — Т. 26, № 7. — С. 1090—1100.
7. Лившиц А.Я., Меламуг Э.Е., Нинель В.Г. О классификации хронических болевых синдромов («боли-болезни») // Актуальные вопросы клиник и лечения нейрогенных болевых синдромов: Сб. науч. тр. Саратов. гос. мед. ин-та. — Саратов, 1989. — С. 47—90.
8. Лобова Л.П., Доброхотова Т.А., Бабаджанян М.Р. Применение психотропных средств для лечения болевого синдрома при органических заболеваниях // Материалы к съезду (2-й Всерос. съезд невропатол. и психиатр.). — М., 1967. — С. 513—514.
9. Мелзак Р. Загадка боли: Пер. с англ. — М.: Медицина, 1981. — С. 46—71.
10. Святощ А.М. Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — С. 368—372.
11. Смулевич А.Б., Фильц А.О., Лебедева М.О., Белорусов С.А. К проблеме идиопатических болей // Синапс. — 1992. — № 2. — С. 58—63.
12. Hendler N. // J. Clin. Psychiatr. — 1984. — Vol. 45, № 3. — P. 30.
13. Pilowsky J., Spanser T. // Pain. — 1976. — Vol. 1, № 1. — P. 61.

Поступила 09.11.93

УДК 616.89—008.441.33—08—053.71

В.С. Битенский

ФАРМАКО- И ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯ ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНОЙ И АДДИКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.С. БИТЕНСКИЙ) Одесского медицинского института им. Н.И. Пирогова

Р е ф е р а т. Посвящена актуальной проблеме реабилитации подростков, страдающих наркоманиями и токсикоманиями. В качестве теоретической базы исследования использована теория функциональных систем П.К. Анохина и потребностно-информационная теория эмоций П.В. Симонова. Анализ результатов комплексного исследования 1277 здоровых подростков позволил выделить факторы риска формирования аддиктивного поведения. Освещена поэтапная реабилитация больных подростков, включающая фармако-, физио- и психотерапевтическое воздействие, успешно сочетающее «фракционное» применение транквилизаторов, центральную электрорефлекторную терапию (ЦЭРТ) и тренинговые курсы по изменению ведущего мотива девиантной и аддиктивной деятельности.

В.С. Битенский

ДЕВИАНТ ҺӘМ АДДИКТИВ ЭШЧӘНЛЕКЛЕ ЯШУСМЕРЛӘРНЕ ФАРМАКО- ҺӘМ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Мәкалә наркомания һәм токсикомания белән авырчы яшүсмерләрне реабилитацияләү кебек актуаль проблемага багышланган. Тикшеренүләрнең теоретик нигезе итеп П.К.Анохынның функциональ системалар теориясы һәм П.В.Симоновның эмоцияләр теориясы кулланылган. 1277 сәләмәт яшүсмерләрне комплекслы тикшерү нәтижәләрен анализлау аддиктив үзгәртеш формалашуның киеренке факторларын аерым күрсәтәргә мөмкинлек бирә. Авыру яшүсмерләрне өзекле реабилитация йсулларын куллану буенча төшенчә бирелгән.

V.S. Bitenski

PHARMACO- AND PSYCHOREHABILITATION
OF TEENAGERS WITH DEVIATED
AND ADDICTED ACTIVITIES

The paper is devoted to rehabilitation of teenagers suffering from narcomania or toxicomania. The theoretical basis for the study are the P.K. Anokhin Theory of Functional Systems and the P.V. Simonov Demanding and Informational Theory of Emotions. The analysis of the results obtained in a complex examination of 1277 healthy teenagers made it possible to single out risk factors for formation of addicted activity. A stepwise rehabilitation is elucidated in the paper with respect to teenager patients, including pharmaco-, physio-, and psychotherapeutic treatment with favourable combination of «fractional» administration of tranquilizers, central electroreflex therapy, and training courses to reject leading motivations in deviated and addicted activity.

Пубертатный период с его бурными нейроэндокринными сдвигами, переходом от опекаемого взрослыми детства к самостоятельности, появлением новых форм социальной активности, изменением взаимоотношений между взрослеющим подростком и обществом является наиболее сложным этапом в биологическом и социальном существовании человека, когда на пути реализации доминирующих мотиваций возникает множество фрустрирующих факторов, которые осложняют достижение оптимального результата в деятельности подростка.

Согласно теории функциональных систем П.К. Анохина [2], подобное формирование поведенческой активности должно сопровождаться негативным эффективным напряжением (тревогой) и последующей интенсификацией поисковой активности («ориентировочно-исследовательской реакцией») [7].

Если рассогласование в системе «подросток — требования внутренней и внешней среды» не достигает значительной степени, тревога должна характеризоваться низким уровнем, служить позитивным подкреплением и обуславливать активацию всей жизнедеятельности подростка, в том числе и его целенаправленного поведения, т.е. в этих случаях негативное аффективное напряжение играет мотивационную роль. В случаях же мощных или длительных фрустрационных воздействий интенсивность тревоги должна повышаться [1]. Для перехода к дальнейшим рассуждениям по поводу формирования девиантного и аддиктивного поведения следует упомянуть представление о двухкомпонентном эмоциональном подкреплении деятельности: активационном (интенсивность подкрепления и интенсивность мотивации) и информационном (сигнальное окрашивание стимула). Достаточно интенсивное и негативное окрашивание может, по выражению П.К. Анохина, принимать «застойную форму, обладая существенной инертностью». В этих случаях к ощущению внутренней напряженности присоединяются так называемые

явления гиперестезии («гиперестезические реакции» [3]), ранее нейтральные стимулы приобретают особую значимость в результате нарушения их дифференцировки. В результате могут возникать неадекватные по направленности и силе поведенческие реакции. Происходит описанный П.В. Симоновым [7] переход от тонко специализированного поведения в условиях адаптации к реагированию по типу доминанты Ухтомского, в результате которого множество событий внешней среды становятся субъективно значимыми и негативно окрашенными. В этом, на наш взгляд, состоит особая «хрупкость» и неадекватность эмоциональных и поведенческих подростковых реакций. Для компенсации аффективного напряжения как проявления неудовлетворительного результата деятельности функциональных систем особую роль в таких случаях играют механизмы интрапсихической адаптации («психологические защиты»).

Связь негативного аффекта, психологических защитных механизмов и эффективность психической адаптации в наших исследованиях прослеживается в корреляции результатов психологических, физиологических тестов и микросоциальных взаимодействий 1277 здоровых подростков. Изучение функциональных систем здорового контингента подростков, преимущественно учащихся ПТУ, проводилось с целью выявления факторов «риска» аддиктивного (девиантного) поведения.

Успешнее всего характерное для подросткового возраста аффективное напряжение (по данным MMPI, MAS, ПДО) удается компенсировать механизмами его реализации в непосредственном поведении, минуя сложную систему поведенческой интеграции, «отрицания» тревоги и, как следствие, гипертимности и стремления к межличностным контактам.

«Отрицание» фрустрирующих факторов (тревожных стимулов) и тревожных состояний, формирование деятельности по удовлетворению доминирующих потребностей, минуя систему социальных установок, фиксируется на стадии «акцептора результата» как механизм наибольшей его эффективности. Положительные эмоции, возникающие не только в связи с защитными механизмами интрапсихической адаптации («отрицание»), но и как результат аффективной деятельности, служат мощным позитивным подкреплением этой формы поведения. Таким образом последующая деятельность по реализации комплекса доминирующих мотивов, т.е. то, что А.А. Ухтомский называл «вектором» доминанты, начинает приобретать форму асоциальной деятельности.

Однако здоровых подростков с подобной девиантной поведенческой активностью в группе обследованных немного (102 человека, или 8%). Основную часть составляют подрост-

тки со «средним» уровнем эмоционального напряжения (906 человек, или 71%), у которых тревожные расстройства компенсируются за счет механизма отрицания: удовлетворение потребности детерминировано прошлым опытом, в связи с чем поведенческая активность соотносится с требованиями социальной среды и «умеренное» тревожное напряжение является «негативным» подкреплением, позволяющим программировать поведение с реальной степенью достижения результата.

Совершенствование поведения по мере обучения, обогащения подростка жизненным опытом с целью достижения результатов К.В. Судаков [8] назвал «системогенезом поведенческого акта». Закрепление подобных форм поведения в связи с эффективностью деятельности, позитивным эмоциональным подкреплением позволяет в определенной мере объяснить причину столь демонстративной комфортной гипертимности основной массы подростков, конкретизировать механизм так широко описываемых в психологической литературе «естественных», «нормальных», «статистически нормальных», «приходящих возрастных», «жизненных» кризисов («кризов») подростков, проявляющихся в конфликтности, гипертимности, эмансипированности, асоциальности, а также понять такое распространенное и крайне опасное медико-социальное явление, как аддиктивное поведение.

Исследование индивидуально-психологических особенностей подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, позволило установить, что уровень тревожного напряжения у них соответствовал аналогичному в «низкотривожной» группе здоровых подростков ($P < 0,001$); также сохранялись все особенности усредненного профиля ММРП с компенсацией негативного напряжения за счет асоциальной деятельности, гипертимности и межличностной коммуникативности. Но если в здоровой группе обследуемых таких подростков было относительно мало (8%), то среди подростков с аддиктивным поведением, и тем более на различных стадиях наркомании, подобное формирование компенсаторных защитных психологических механизмов отмечалось как основное.

Однако те же исследования, проведенные у подростков с девиантным и аддиктивным поведением на 7–10-й день госпитализации, показали выраженную декомпенсацию тревожных расстройств и использование менее эффективных механизмов защиты путем фиксации тревоги и ограничительного поведения.

По данным клинического наблюдения, более одной трети стационарированных подростков, особенно с выраженным патохарактерологическим синдромом, изменили стиль поведения: прежде самоуверенные, развязные, бравирующие своими поступками, они становились пассивными, замкнутыми, тре-

вожными, напряженными, отмечалось пониженное настроение, чувство одиночества, безысходности.

Изучение влияния «неустрашимой приостановки» деятельности проводилось В.С. Ротенбергом [6], но еще ранее М. Seligman [11] на экспериментальных моделях показал, что подобное воздействие способствует возникновению так называемой приобретенной (выученной) беспомощности («learned helplessness»), или пассивно-оборонительному состоянию [6], которое складывается из пассивности и безынициативности на фоне выраженной тревоги, снижения побудительных мотиваций и продуктивности деятельности, многочисленных психофизиологических нарушений и соматических расстройств. Теория функциональных систем, в которой результат действия является ведущим системообразующим фактором организации поведения, также трактует подобную ситуацию как «стрессовую», причем вследствие «пластичности» доминирующей мотивации деятельность может в ряде случаев «переключаться» на удовлетворение других потребностей, но чаще наблюдается усиление тревоги, а также соматические, вегетативные и гуморальные нарушения [5].

Таким образом, результаты нашего исследования подтвердили имеющиеся биологические концепции возникновения «срыва» адаптации в условиях «неустрашимой приостановки деятельности» и оказали в дальнейшем существенное влияние на выбор адекватных терапевтических воздействий в общей программе фармакореклиабилитационных мероприятий, применяемых нами на госпитальном этапе.

При выборе комплекса препаратов, направленных на лечение симптоматики тревожного регистра в рамках нарушенной психической адаптации у девиантных подростков и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, нами учитывались, с одной стороны, клиническая выраженность симптоматики, особенности характера и черты личности подростка, этап наркотической зависимости, ряд психофизиологических параметров, микросоциальные условия; с другой стороны – свойства психофармакологических препаратов, обращенных к выявленным расстройствам; и, наконец, проводилась оценка перспективности использования избранных препаратов в общем комплексе реабилитационных программ.

В условиях выявленного психоэмоционального напряжения на фармакореклиабилитационном этапе оказалось целесообразным использование бензодиазепинов (феназепам, гидазепам, диазепам, медазепам), усиливающих ГАМК-эргическую передачу, способствующих нормализации катехоламиновой регуляции и улучшению внутриклеточного метаболизма, а также препаратов из группы ноотропов (пирацетам) и актопротекторов (бемитил), имеющих много общего в своих

эффектах с производными ГАМК, положительно влияющих на биоэнергетические и пластические процессы в тканях [4].

Особенностью фармакорекламационного этапа явилось «фракционное» применение как транквилизаторов, так и их комбинаций с актопротектором, т.е. последовательные 5-дневные курсы с 3-дневными интервалами, что позволило избежать возникновения адаптационного «привыкания». Кроме того, в интервалах использовался разработанный нами способ лечения нейроэлектростимуляцией (а.с. № 1587729) — центральная электрорефлекторная терапия (ЦЭРТ).

В процессе фармакорекламационного этапа была выявлена чрезвычайно важная закономерность, заключающаяся в адаптивном эффекте ЦЭРТ, объясняемая биологичностью электровоздействия на эндорфинную систему мозга [10].

Чередование активизации ГАМК-эргической системы (бенздиазепины) со стимуляцией опиоидной системы (ЦЭРТ) на фоне нормализации биоэнергетических и пластических механизмов (актопротектор) позволило осуществить стабилизацию клинического состояния госпитализированных подростков и успешно приступить к следующему, психореабилитационному этапу.

Наши задачи на этом этапе реабилитации сводились к применению тренинговых курсов по изменению ведущего мотива девиантной и аддиктивной деятельности и заключались в следующем:

- 1) определить для подростка и разъяснить ему слабые и сильные стороны его личности;
- 2) соотнести поставленные им самим перед собой перспективные цели овладения той или иной профессией, тем или иным видом спорта (картинг, фото, стрельба и др.) и реальные возможности их достижения;
- 3) укрепить веру подростка в возможность достижения целей, но при этом наметить конкретные пути, по которым будет развиваться его деятельность;
- 4) ежедневно подросток должен анализировать свои результаты, наша задача при этом — подкрепить эффект, не замечая неудач;
- 5) объяснить подростку, что в достижении своей цели он должен полагаться только на себя, но не на врача, педагога, товарища по группе и т.д.;

б) внушить основное требование к подростку: отвечая за себя, он отвечает за эффективность деятельности всех, — т.е. актуализировать переживание «чувства причастности» [9]. Этот тезис де Чармс применил в программе изменения мотивов в рамках школьных учебных занятий. Программа оказалась наиболее эффективной из всех тренинговых программ, применяемых в США для обучения подростков с отклонениями в поведении.

В наших условиях эффект «причастности» переживался подростком на фоне целесообразной и подчас впервые для него социально одобряемой деятельности референтной группы, к которой он уже принадлежал.

Все шесть перечисленных выше пунктов — требований тренинговых занятий ежедневно подкреплялись в беседах-тренингах. В среднем с каждым подростком было проведено от 14 до 30 тренинговых занятий. В 16 специальных группах получили первичное обучение более 500 подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. — М.: Медицина, 1968.
2. Анохин П.К. Системные механизмы высшей нервной деятельности: Избр. тр. — М.: Наука, 1979.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988.
4. Бобков Ю.Г., Виноградов В.М., Катков В.Ф., Лосев С.С., Смирнов А.В. Фармакологическая коррекция утомления. — М.: Медицина, 1984.
5. Котов А.В. Пластичность доминирующей мотивации // Функциональные системы организма. — М.: Медицина, 1987. — С. 141—147.
6. Ротенберг В.С. Адаптивная функция сна. — М.: Наука, 1982.
7. Симонов П.В. Доминанта и условный рефлекс. — М.: Наука, 1987.
8. Судаков К.В. Системные механизмы мотивации. — М.: Медицина, 1979.
9. Charms de, R. Enhancing Motivation: Change in the Classroom. — New York, 1976.
10. Patterson Meg. Neuroelectric therapy: the new approach to drug treatment and its scientific basis // Новые подходы к лечению алкоголизма, наркоманий и токсикоманий: Тез. Междунар. симп., Гагра, 28—30 марта 1989 г. — С. 12.
11. Seligman M.E.P. Helplessness: On depression development and death. — San Francisco: Freeman, 1975. — 273 p.

Поступила 29.09.93

УДК 616.89—008.441.13—08—036.8

Д.Г. Еникеев, М.А. Шмакова, А.М. Валева, А.К. Сайфуллина

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ

Кафедра психиатрии и наркологии (зав. — проф. Д.Г. ЕНИКЕЕВ) Казанского государственного института усовершенствования врачей

Р е ф е р а т. Обобщены некоторые особенности реабилитации больных в стадии преалкоголизма в трех его вариантах в условиях медсанчасти. Исследование

проводилось с целью профилактики развития алкоголизма у 300 больных в стадиях предболезни. Обоснована необходимость длительной поэтапной реабилитации в