

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

поздних стадиях алкоголизма в условиях наркологического диспансера и лечебно-трудоустроительного профилактория (269 больных). Представлены данные изучения значения типов алкогольного изменения личности до и после перенесенного приступа с делириозно-онейроидным синдромом для достижения той или иной степени реабилитации (28 больных).

*Д.Г. Еникеев, М.А. Шмакова, А.М. Валеева, А.К. Сайфуллина*

#### АЛКОГОЛИЗМНЫҢ ТӨРЛЕ СТАДИЯЛАРЕНДЭ БУЛГАН АВЫРУЛАРНЫ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУ

Клиника шартларында алкоголизмның өч төрле башлангыч стадиясендә булган авыруларны реабилитацияләүгә кайбер үзгәртүләр китерелгән. Тикшеренүләр алкоголизмнан профилактик чара буларак, башлангыч стадия алдынан 300 авыруда уздырылган. Алкоголизмның соңгы стадияләрен наркологик диспансер һәм хезмәт белән дөвәләү профилакторий шартларында озак һәм озак реабилитацияләү кирәк булуы нигезләнгән. Алкоголизм аркасында шөхәсенең үзгәру типларының әһәмияте, делириоз — онейроид синдром булганчы һәм ул узгач реабилитацияләү мөһим булуы әйтелгән.

*D.G. Enikeev, M.A. Shmakova, A.M. Valeeva, A.K. Sajfullina*

#### REABLEMENT OF ALCOHOLISM PATIENTS AT VARIOUS STAGES OF THE DISEASE

Some features of patient reablement at the three variants of prealcoholism stage conducted at a medical-and-sanitary institution are summarized. The research was carried out with the purpose of preventing further alcoholism development in 300 patients at the stage of predisease. The necessity of long-term stepwise reablement at the late alcoholism stages at a narcomanial dispensary or medical-and-working preventorium has been substantiated (269 patients). We also present the data obtained in our research of the influence of personal alteration type due to alcoholism both before and after the attack with the delirium-oneiroic syndrom on the success of the reablement (28 patients).

**Р**еабилитация как новое направление медицины представляет собой одну из интегративных тенденций современной науки [4]. Реабилитация больных алкоголизмом — это система мероприятий медицинского, психологического и социального характера, проводимых после возникновения заболевания, а также направленных на его профилактику [8]. В этой области достигнуты определенные успехи, но проблема требует решения еще многих организационных и методических задач [9]. Если реабилитации больных во второй стадии среднепрогредиентного алкоголизма посвящено значительное количество исследований, то клинику и реабилитацию больных преалкоголизмом начали изучать лишь в последние годы. Недостаточно разработана также реабилитация на поздних стадиях болезни.

Целью работы явилась разработка некоторых мер реабилитации больных алкоголизмом на различных стадиях болезни, методами исследования — клинический метод и социально-психологическое анкетирование. При проведении реабилитации были использова-

ны принципы партнерства, разносторонности, единства биологических и психосоциальных методов воздействия и ступенчатости [5].

По отношению к 300 больным преалкоголизмом (по социальному составу — рабочие и служащие промпредприятия) проводилась реабилитация с целью предупреждения развития алкоголизма. 269 больных на поздних стадиях алкоголизма проходили курс реабилитации в условиях наркологического диспансера и лечебно-трудоустроительного профилактория, при проведении их лечения и психокоррекционной работы с ними использовались принципы разносторонности и единства биологических и психосоциальных методов воздействия. Кроме того, на примере 28 пациентов, перенесших алкогольные психозы с делириозно-онейроидными синдромами, изучено значение типов алкогольного изменения личности до и после перенесенных приступов для достижения той или иной степени реабилитации.

Разрабатывая методы диагностики преалкоголизма и реабилитации больных данной категории для врачей МСЧ промпредприятий, мы учитывали, что наиболее структурированной средой является коллектив, где работает больной, здесь очень рано начинают нарушаться социальные связи, и в восстановлении их, кроме врача МСЧ, большую роль могут играть члены коллектива. Кроме того, здесь, в коллективе, легче выявить сохранившиеся особенности малых групп, социально-психологическую природу: традиции, привычки, типы и формы отношений, свойственных некоторым малым коллективам. Как известно, понятие микросоциальной среды неразрывно связано с понятием личности и представляет целостную систему, включающую непосредственное окружение, служащее связующим звеном между личностью и обществом. Эти положения весьма успешно использовались как при изучении личности, так и при лечебном воздействии.

Так, малопрогрессирующую форму преалкоголизма (МПФПА) имели положительные и зрелые личности с определенным социальным положением, развитыми сдерживающими особенностями характера и потенцирующими эти черты членами семьи. Продолжительность развития болезни — более 10 лет. Врачи МСЧ помнили их как длительно болеющих (бронхиты с обострениями, ангины, язвенная болезнь, аллергические болезни и т.п.) и знали их алкогольный анамнез, хотя больные долгое время умело скрывали свое пьянство. Правонарушений и случаев попадания в медвытрезвитель обычно не наблюдалось. Бытовые травмы бывали редко.

Перестройка системы отношений больного МПФПА в процессе реабилитации имела свои особенности. Во-первых, активное участие самого больного в лечении было чаще, чем при других формах, во-вторых,

члены семьи оказывались союзниками врача. Установление связи соматической болезни и пьянства как причины ее шло путем постепенного осознания больными, что приближало их к излечению. Третьей особенностью реабилитации являлось то, что больной, заключая союз с врачом, обещая прекратить пьянство, ставил условием анонимность лечения. Обычно этим больным удавалось длительное время воздерживаться, хотя они признавали сохранившиеся проявления влечения к алкоголю. У некоторых из них время от времени были эпизоды употребления алкоголя. Они замечали уменьшенную силу влечения, значительное улучшение соматического состояния и обычно отсутствие обострений имевшейся болезни, постепенно осознавали эффект лечения, что нередко укрепляло их желание проводить лечение.

Среднепрогредиентная форма преалкоголизма (СПФПА) отличалась тем, что злоупотребление алкоголем начиналось, как правило, до 20 лет, было весьма массивным и частым, сопровождалось разнообразными последствиями: бытовыми травмами и нередко полученными в драках; частыми ОРЗ, ангинами, гастритами; социальными конфликтами и попаданиями в медвытрезвитель. Чаще среди больных были личности с конформным типом реагирования, они подчинялись привычкам ближайшего окружения (обычно это пьющая компания). Состояние этих больных требовало наибольшего внимания цехового врача, вовлечения в лечебно-реабилитационный процесс, кроме родных, мастеров, актива цеха и санактива. Успех достигался там, где удавалось организовать оздоровительную среду на длительное время. Установление разнонаправленных связей «пьянство — получение травмы», «пьянство — возникновение острого соматического заболевания» было сложным, особенно когда это касалось давно перенесенных болезней и не было заинтересованности родных в постановке диагноза алкогольного заболевания. Пациенты стремились уклониться от медикаментозного лечения. Обычно прекращение злоупотребления продолжалось короткое время (1–3 мес), но каждый псевдоремиссия была менее продолжительной, чем до лечения, и идентификация симптома патологического влечения к алкоголю наступала под многосторонним воздействием медленно и у большинства больных.

Больных со злокачественной формой преалкоголизма (ЗФПА) было значительно меньше, причем они не удерживались на работе, пьянство было тяжелым и сопровождалось частыми многодневными прогулами. Злоупотребление у этого контингента больных началось еще в начале пубертатного возраста, они характеризовались как «трудные дети», чаще это были личности инфантильного типа или истеричные. Они не

проявляли никакой заинтересованности в лечении. После первой же встречи с врачом нередко не являлись на работу или увольнялись. В лучшем случае могли удержаться от пьянства в течение нескольких дней.

Эффективность лечения в данном случае была неудовлетворительной. На наш взгляд, необходимы широкие психологические, особенно социально-психологические исследования для создания государственной программы помощи этим больным.

Реабилитация 269 больных на поздних стадиях алкоголизма проводилась в несколько этапов. Первый этап лечения — психотерапевтический, общий. Включает в себя разные уровни индивидуальной, групповой психотерапии, психотерапии, направленной на коррекцию мотиваций, конфронтацию истинных и формальных мотивов трезвости. Установлено, что у больных алкоголизмом существуют определенные позиции по неприятию ими социально одобряемых поступков, позитивных общественных установок, проявляется пессимизм и негативизм ко всему, что вне сферы алкогольных отношений. Они не интересуются общественной жизнью, не посещают театров и кино, не склонны к анализу политических событий в стране. Они предпочитают другие хобби [1]: автомобиль, рыбалку, азартные игры, накопительство и т.п.

Формирование такого узкого диапазона ценностей при проведении психокоррекционной работы часто не приводит к ликвидации социального дефекта личности, а напротив, из-за инертности установок может привести к конфликту со средой. Поэтому первой мишенью при проведении психокоррекционной работы должна быть самооценка больных. У них отмечается контраст между уровнем притязания и уровнем достижения, когда определяется диссоциация между потребностями и явным клиническим состоянием эмоционально-волевых и интеллектуальных параметров личности. Поэтому в основу психокоррекции больных мы ставили проблему формирования у них более реалистического представления о себе, объективного и реального отношения к своей болезни, лечению, повышению чувства ответственности за свою жизнь.

На этапе групповой психотерапии главной целью являлось наблюдение за реакцией больного на групповой психотерапевтический процесс и выработка у него объективной стимуляции и коррекции поведения в группе. Необходимо было максимально активизировать больного, вызвать на обсуждение всех поднимаемых в группе проблем, на конфронтацию мнений и затронуть самые болезненные пункты его переживаний.

Второй этап лечения — индивидуальная психотерапия. Здесь с позиции «врач — больной» производится оценка происшедших



изменений у больного в отношении «я — и моя болезнь», «я — и моя семья», «я — и алкоголизм» и т.д. Степень осознания болезни самим больным определяется его личностно-психологическими качествами, выраженностью алкогольной симптоматики и деградацией личности в процессе заболевания. Однако без помощи врача осознание болезни неглубокое, формальное, понимается больным и его окружением как морально-нравственная, личностно-психологическая проблема.

Особое место отводится обсуждению симптомов патологического влечения к алкоголю. Анализируются психологические, психические и физические аспекты влечения к алкоголю, сны на алкогольную тему, феномен психической зависимости в связи с традициями среды, системы алкогольных алиби и т.д.

Широко использовался для активизации работы больных в группе прием «анонимного обсуждения». Больные на поздних стадиях алкоголизма пассивны и неохотно обсуждают свои проблемы; они активизируются, когда речь идет о других лицах; но и в этом случае процесс интериоризации переживаний, переноса проблемы на себя недостаточно глубок, хотя активность больных и их критическое отношение к другим возрастает. Здесь помогает прием «психотерапевтического зеркала», он позволяет создать основу для саморегуляции поведения. Поэтому процесс групповой и индивидуальной психотерапии строится таким образом, чтобы больной «мог посмотреть на себя со стороны, глазами других членов группы, смог определить свой путь как патологический, осознать происшедшую перестройку собственной личности». М.С.Лебединский [6] считает, что возможности саморегуляции, самоотношения, самоконтроля присущи каждому человеку, поэтому самовоздействие личности играет значительную роль в повышении адаптивных возможностей личности.

Изучение типов алкогольного изменения личности до и после перенесенных психических приступов важно для достижения той или иной степени реабилитации больных. С этой целью было проведено изучение длительных клинических и социальных катмнезов 28 больных алкоголизмом, перенесших алкогольные психозы с делириозно-онейроидными синдромами. У всех больных указанным психотическим состояниям предшествовал многолетний (10—15 лет) алкоголизм, характеризовавшийся псевдодипсоманическим или ежедневным пьянством, амнестическими формами опьянения, выраженным синдромом похмелья с соматоневрологическими и психическими компонентами, интолерантностью к алкоголю и типичными изменениями личности по астеническому или апатическому типу [7].

Начало алкоголизма отмечено в молодом возрасте — с 24 до 30 лет. За весь период

катмнестического наблюдения (11—17 лет) больные перенесли по 1—2 повторных психотических приступа с интервалом между ними от 7 мес до 2 лет. Делириозно-онейроидные переживания, наблюдавшиеся в первых приступах, в последующем не повторялись, а заменялись или вербальным галлюцинозом (10 больных), или атипичным делирием (18 больных). Атипизация последних заключалась в сочетании зрительных и тактильных галлюцинаций с обильными слуховыми галлюцинациями. Употребление алкоголя возобновлялось в кратчайшие сроки после перенесенного очередного приступа психоза. В интервалах между приступами психоза у больных обнаруживался прежний тип изменения личности. Оказалось, что характер психотических приступов не отражается на трудовой приспособляемости больных. Возможна высокая трудовая активность и при наличии выраженной остаточной симптоматики (эпизодических вербальных галлюцинаций при сохранном к ним критическом отношении).

Наиболее высокие показатели восстановления трудовой и социальной активности наблюдались у больных с изменением личности по астеническому типу (18 больных). В межпсихотические периоды больные возвращались на прежнюю работу, восстанавливали внутрисемейные отношения, что благоприятно отражалось на больных, на восстановлении их личностного и социального статуса, восстановлении престижа в собственных глазах и глазах окружающих. Злоупотребление алкоголем возобновлялось в связи с незначительными психогенными моментами, оказавшимися значительными для больных в силу их повышенной ранимости. У всех больных наблюдались поздние рецидивы (после года).

Значительно более низкие показатели трудового и социального восстановления наблюдались у больных алкоголизмом с апатическим изменением личности. Из 6 больных этой группы только двое вернулись к прежней должности, 4 больных занялись временным неквалифицированным трудом. Показателем быстрого наступления десоциализации являлось и отсутствие стремления у этих больных к бытовому устройству. В семье они занимали подчиненное положение и не заботились о восстановлении престижа в глазах окружающих. У всех больных возникли ранние рецидивы (до 6 мес) под влиянием прежней или новой «алкогольной компании», традиций и обычаев.

Проведенное клинко-катмнестическое исследование еще раз подтвердило, что реабилитационная программа для каждого больного должна дифференцироваться в зависимости от его личности и характера реагирования на болезнь и сохранности компенсаторных функций.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь Б.С., Сурков К.Г. // Вест. Моск. ун-та. — (Сер. «Психология»; 14). — 1983. — № 3. — С. 53—63.
2. Гуревич З.П. и др. Биологическая терапия в системе реабилитации психически больного. — Л., 1980. — С. 75—80.
3. Кабанов М.М. // Лечение и реабилитация больных алкоголизмом. — Л., 1977. — С. 5.
4. Кабанов М.М. Больной и среда в процессе реабилитации // Вест. АМН СССР. — 1977. — № 4. — С. 55—60.
5. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1985. — 216 с.

6. Лебединский М.С. Очерки психотерапии. — М., 1971. — С. 148—151.
7. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма. — Л., 1973. — С. 365.
8. Кондрашенко А.Т., Скугаревский А.Ф. Алкоголизм. — Минск: Беларусь, 1983. — 288 с.
9. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. — М., 1990. — 526 с.

Поступила 13.06.94

УДК 616.89—056.266—08:615.214

А.М. Карпов, И.Е. Зимакова, Н.С. Макаrchиков

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ МЕБИКАРА И НООТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРУДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ — ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Кафедра клинической фармакологии (зав. — проф. И.Е. ЗИМАКОВА) Казанского государственного института усовершенствования врачей

**Р е ф е р а т.** В ходе исследования 120 пациентов — инвалидов II группы в результате шизофрении и органических заболеваний головного мозга удалось получить данные, свидетельствующие о приоритете употребления мебикара как препарата, заметно улучшающего трудовую реабилитацию вышеуказанных больных. Отмечено, что психотропные препараты (ноотропы, транквилизаторы, нейролептики) дают возможность устранить фармакологически чувствительные морбогенные причины нарушения трудоспособности. Новые факторы трудоспособности в связи с медикаментозным лечением не появляются. Выявлено, что самыми желательными фармакодинамическими эффектами терапии следует считать улучшение интеграции сбалансированности психических функций и координации движений.

А.М. Карпов, И.Е. Зимакова, Н.С. Макаrchиков

ПСИХИК АВЫРУЛЫ ИНВАЛИДААРНЫ ХЕЗМӨТ  
БЕЛӘН РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУНЕҢ УҢАЙ  
ТӘЭСИРЕ ЭФФЕКТЫН АРТТЫРУ ӨЧЕН МЕБИКАР  
ҺӘМ НООТРОП ПРЕПАРАТЛААР КУЛЛАНУ  
НӘТИЖӘЛӘРЕ

Шизофрения һәм баш миендә органик зарарлану булган 2-группа инвалид 120 авыруны тикшерү нәтижәләре күрсәткәнчә, хезмәт белән реабилитацияләү мебикар препаратын кулланганда уңышлырак бара. Психотроп препаратларны куллану ғына авыруларның эшчәнлеген нормаль хәлгә кайтара алмый. Эгәр дарулар куллану нәтижәсендә психик функцияләр һәм хәрәкәтләнгән координациясе бертигез үз хәленә кайтса, бу дөвалауның уңай тәэсире булып тора.

А.М. Карпов, И.Е. Зимакова, Н.С. Макаrchиков

MEBICAR AND NOOTROPIC DRUG  
ADMINISTRATION AIMED AT INCREASING  
THE EFFECTIVENESS OF MENTAL INVALID  
REHABILITATION: THE RESULTS OF STUDY

In the course of studying 120 patient-invalids of the second group because of schizophrenia and organic diseases of brain data were obtained, evidencing the priority of mebicar administration as a drug improving rehabilitation of patients. It is noticed, that psychoactive drugs (nootrops,

tranquilizers, neuroleptics) give the opportunity to liquidate pharmacologically sensitive morbogetic causes of working ability disorders. New factors of working ability associated with the drug therapy do not appear. It has been revealed that the improvement of integration of balance of psychical functions and movement coordination is the most favourable effect.

**П**о статистическим данным, опубликованным в 1992—1993 гг., в нашей стране более 1 млн психически больных инвалидов [1]. Число пациентов, впервые признанных инвалидами, возросло с 1988 по 1992 г. на 36,9%, причем количество инвалидов III группы снизилось при этом на 18% [8]. То есть в настоящее время в стране растет количество инвалидов по психическим заболеваниям, усиливается тяжесть заболевания. Экономические затраты на психически больных из госбюджета России на 1993 г. составили около 90 млрд рублей, а потери в связи с недопроизведенным национальным доходом вследствие исключения из производственного процесса психически больных с временной и постоянной нетрудоспособностью оценивались в 70—80 млрд рублей [8]. В то же время психиатрическая служба испытывает недостаток финансовых средств, площадей в психиатрических больницах и в психофармакологических препаратах [8].

В сложившихся условиях должна повышаться значимость трудовой реабилитации психически больных. Это единственный способ терапевтического воздействия на больных, приносящий экономическую прибыль, уменьшающий потребность в дефицитных койках психиатрического назначения и препаратах, а также дающий рабочие места для медицинских и производственных работников, занятых в уже существующей, но не