

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ИМ. В.М.БЕХТЕРЕВА

---

УТВЕРЖДЕНО

Психиатрической секцией  
Учебного Совета МЗ РФ

2002 № \_\_\_\_\_

Председатель Секции  
член-корр. РАМН, профессор  
Т.Б.Дмитриева

---

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И  
ХАРАКТЕР РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЛИЧНОСТНЫМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ  
ВЕЩЕСТВ.**

ПОСОБИЕ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

2004

Настоящее пособие составлено в соответствии с календарным планом работ по договору № 010/055/001 от 26.02.2000г. МЗ РФ сотрудниками отделения реабилитации больных наркоманией и токсикоманией Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.

*Авторы:* Б.М.Гузиков, Д.И.Громыко, В.М.Зобнев, Л.Н.Галанкин, Ю.В.Рыбакова, Л.В.Пименова, А.А.Голубев

**Аннотация.**

В пособии для врачей рассматриваются особенности диагностики, лечения и реабилитации наркологических больных. Описаны основные показания и противопоказания фармакологической помощи наркозависимым с различными типами личностных расстройств. Рассмотрены особенности клинико-психологической диагностики личностных расстройств у зависимых от психоактивных веществ и основные трудности психотерапевтической работы с ними.

Пособие рекомендовано для врачей психиатров-наркологов, клинических психологов и социальных работников, работающих в наркологических учреждениях.

## ВВЕДЕНИЕ

Согласно современной медицинской концепции, личностный фактор - один из трех патогенетических факторов развития зависимостей (наряду с биологическим и социальным).

Данные о высокой распространенности личностных расстройств у зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) приводят многие исследователи (Личко А.Е., 1985,1988; Пятницкая И.Н., 1994; Ту-зикова Ю.Б., 2002). Например, по материалам Пятницкой И.Н. (1994) среди наркозависимых психопатия диагностируется в 28,9% случаев. Исследования ряда авторов (Christian, Poling, 1997, Schwartz et al., 1998) показали, что ещё до злоупотребления наркотиками многие больные обнаруживали признаки психопатий (36,8% мужчин и 68,8% женщин), акцентуации характера (34,8% и 25,8% соответственно). А.Е.Личко пишет, что первому знакомству с наркотиками способствуют девиации личности (А.Е.Личко 1985, 1988).

МКБ-10 определяет расстройства личности как онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в период зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга, хотя могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними.

Диагностика расстройства личности производится согласно преобладающей форме поведенческих проявлений. Специфическое расстройство личности - это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией. Личностное расстройство проявляется обычно в позднем детстве или подростковом возрасте и продолжает манифестировать в период зрелости.

Необходимость оказывать помощь такому контингенту больных (наличие зависимости и личностных нарушений) является повседневной задачей любого практикующего нарколога.

Учитывая, что личностные расстройства, как правило, ухудшают клиническое течение наркомании (по степени прогрессивности, тяжести абстиненции и постабстинентных расстройств, выраженности влечения к наркотику, формированию полизависимостей, уровню социальной дезадаптации) необходимо дифференцировать схему фарма-ко- и психотерапии и социальной реабилитации, что явилось целью настоящих методических рекомендаций.

## Глава 1. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Рекомендуемые к применению в настоящем пособии лекарственные препараты (Регистр лекарственных средств России, Москва "РЛС-2000", 1999).

Название препарата	№ в Регистре	дата
алпразолам (алзолам)	002757	16.12.92
амитриптилин	008061	19.11.96
аскорбиновая кислота	73/941/12	
аспарагиназа	75/244/14	02.03.98
ацефен	67/85/8	
галоперидол	005259	22.08.94
гамма-аминомаслянная кислота	007289	15.08.96
глюкоза (декстроза)	007663	22.07.96
гопантенная кислота	007580	10.06.96
декстран	93/128/12	
диазепам	003738	02.03.94
дигоксин	007636	10.07.96
имипрамин (мелипрамин)	2670	23.06.92
калий (-хлорид)	72/631/6	
кальций (-глюконат)	009220	08.12.97
карбамазепин	002925	29.03.93
клозапин (лепонекс)	009095	27.01.97
клоназепам	2702	12.07.94
клонидин (клофелин)	77/770/8	
кофеин (бензоата-натрия)	70/729/42	15.09.97
левомепромазин (тизерцин)	2114	13.07.95
лития карбонат (контемнол)	2958	23.06.94
магний (-сульфат)	71/146/14	
магния аспарагинат (аспаркам)	75/244/14	29.10.97
мапротилин	003969	01.06.94
метамезол натрия	005609	28.12.94
налоксон	003121	30.06.93
натрия хлорид	005267	25.08.94
никетамид (кордиамин)	67/554/62	
никотиновая кислота	009219	05.12.97
нитразепам	008062	19.11.96
нитроглицерин	008286	03.06.97

оксазепам	006591	02.11.95
папаверин (-гидрохлорид)	009263	19.02.97
пароксетин (паксил)	006554	27.09.95
перициазин (неулептил)	006605	20.12.95
перфеназин (перфлоркс)	007050	06.02.96
пирацетам	009162	03.07.97
пиридоксин (-гидрохлорид)	009801	23.10.97
поливидон (гемодез)	70/367/17	
пропранолол (-гидрохлорид)	010157	10.04.98
сертралин (золофт)	005324	15.09.94
строфантин	71/946/44	
сульпирид.	009681	15.08.97
сульфокамфокаин	74/265/7	
тиамин (бромид)	68/333/21	
тианептин (коаксил)	003784	25.03.94
тиаприд	01101	18.09.84
тиоктовая кислота (тиоктацид)	009308	18.03.97
тиоридазин (сонапакс)	008275	14.05.97
трамадол	005283	31.08.94
трисоль	72/590/3	
трифлусперазин (трифтазин)	71/945/27	
феназепам	77/996/7	
фенитоин (дифенин)	74/331/63	
флуоксетин (-никомед)	009890	10.12.97
флуфеназин	007473	25.04.96
хлорпромазин	009531	17.06.97
хлорпротиксен	007221	11.06.96
хлосоль	72/590/4	26.01.98
цианокобаламин	70/730/55	
эссенциале	006611	21.12.95

## Глава 2. ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА У НАРКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Под расстройствами личности в международных классификациях подразумеваются выраженные и устойчивые нарушения характера и поведения, которые препятствуют социальной адаптации. В нашей стране для этих случаев обычно использовался термин психопатия, предложенный В.М.Бехтеревым еще в 1886г. В зарубежной психиатрической литературе с 70-х годов термин "психопатия", был заменен понятием "расстройство личности".

Личность - устойчивый комплекс присущих индивиду социально значимых черт психики, интегрирующих темперамент, характер, интеллект. По мнению Личко А.Е. (1977) личность включает в себя помимо темперамента, характера и интеллекта, также способности, мировоззрение и т.д.

Диагноз психопатии пока не подкреплён указанием на тот морфофункциональный субстрат, который явился бы первичным элементом заболевания. Более адекватными, чем биологические маркеры, являются экспериментально-психологические тесты, основанные на системном анализе ответов испытуемых. В связи с этим МКБ-10 относит к специфическим расстройствам личности только те состояния, которые не объясняются прямым образом обширным повреждением или заболеванием головного мозга или другим психическим расстройством. Кроме официальной классификации психопатий по МКБ-10 известно множество других.

Клинически психопатии могут быть выражены в различной степени. Деадаптация при психопатиях, не сопровождающихся явлениями социально-психологической деформации личности, обычно не достигает высокой степени.

В изолированном виде психопатические расстройства обычно не обуславливают грубых нарушений социальных и правовых норм. Возникающие под их влиянием отклонения с полным основанием можно рассматривать в рамках негативного, но социально допустимого поведения. Грубое нарушение социальных норм и в особенности совершение противоправных действий лицами, способными отдавать себе отчет в своих действиях и руководить ими, почти всегда имеет место лишь в тех случаях, когда отклоняющееся поведение обуславливается одновременно группой факторов. В зависимости от условий роль каждого из них может быть неодинаковой; в качестве ведущего фактора могут выступать психические аномалии (патологические явления), индивидуально-личностные особенности непатологического

порядка (проявления социально-психологической деформации, деморализации личности) или особенности ситуации (обстановка вседозволенности, безнаказанности, внезапное возникновение конфликта, активное вовлечение в антиобщественную деятельность со стороны окружающих и т.д.). Особое значение при этом имеют социально негативные непатологические свойства личности: склонность вести праздный или даже разгульный образ жизни, негативное отношение к учебе и труду, нежелание считаться с интересами окружающих, потребление наркотиков.

Психопатия – аномалия характера, которая, по словам Ганнушкина П.Б., определяет психический облик, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад, в течении жизни не подвергается сколько-нибудь резким изменениям и мешает приспособляться к окружающей среде. Эти признаки Кербиковым О.В. были положены в основу диагностических критериев психопатии: 1) тотальность патологических черт характера; они проявляются везде - дома и на работе, в труде и на отдыхе, в условиях обыденных и при эмоциональных стрессах; 2) стабильность патологических черт характера; они сохраняются на протяжении всей жизни, хотя впервые выявляются в разном возрасте, чаще всего в подростковом, иногда с детства, реже при повзрослении; 3) социальная дезадаптация является следствием именно патологических черт характера, а не обусловлена неблагоприятной средой.

Психопатические личности под влиянием имеющихся у них расстройств легко вступают в конфликты, создают напряженную обстановку в коллективах, в которых они пребывают, предъявляют необоснованные претензии, интригуют, проявляют косность, нерешительность, гротескный педантизм, стремление фиксироваться на мелочах в ущерб главному, бравируют, легко поддаются под влияние других лиц, часто меняют привязанности, обнаруживают эмоциональную незрелость. Все эти качества мешают им поддерживать нормальные отношения с окружающими, создают дополнительные трудности. Однако они не определяют полностью социальной позиции индивидуума, его мировоззрения, общей направленности его личности.

Этапы формирования психопатий, как правило, выявляются ретроспективно. На протяжении детства, юношеских и молодых лет выделяются следующие этапы: начальных проявлений (отдельные эпизодические нарушения поведения), структурирования (нарушения поведения постоянны, но тип психопатии еще определить трудно) и завершения формирования. Сформированные расстройства личности, в особенности конституциональные психопатии, сохраняются на всю жизнь. Однако эти черты то заостряются, то смягчаются. Это дало основание Ганнушкину П.Б. развить учение о динамике психопатий. В

благоприятных случаях возможна депсихопатизация со стойким сглаживанием психопатических черт характера и многолетней компенсацией, когда обыденные жизненные трудности и повседневные стрессы переносятся удовлетворительно. Хотя у пациента тип характера остается прежним, он не препятствует социальной адаптации.

На протяжении жизни пациента обычно хорошо прослеживаются состояния компенсации и декомпенсации личностных расстройств.

Психопатии, влияют на поведение пациента не прямым образом, а опосредованно, включая сохраненные стороны психики, установки и смысловые образования личности. Поэтому наличие психопатии не предполагает неминуемость потребления наркотиков или криминальных действий. Изучение мотивации поведения психопатических личностей показало, что мотивы психопатической самоактуализации, в которых сосредоточен основной мотивационный потенциал личностной дисгармонии при психопатиях и психопатоподобных состояниях, могут реализовываться в зависимости от социальных обстоятельств как антисоциальных, так и в социально приемлемых формах.

В МКБ-10 включены следующие типы расстройств личности:

*Параноидное расстройство личности*

*Шизоидное расстройство личности (шизоидная психопатия)*

*Диссоциальное расстройство личности (психопатия неустойчивого типа, антисоциальное расстройство личности)*

*Эмоционально-неустойчивое расстройство личности*

*Истерическое расстройство личности (истерическая психопатия)*

*Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности*

*Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности*

*Зависимое расстройство личности*

*Смешанные типы расстройства личности*

Личностные расстройства могут компенсироваться или декомпенсироваться. Однако эти черты то заостряются, то смягчаются. Компенсация - временное смягчение расстройств личности за счет изменений социальной микросреды и вследствие лечения.

Декомпенсация - обострение личностных расстройств, сопровождаемое обычно нарушением поведения и социальной дезадаптацией. Наступает чаще под действием неблагоприятных социальных и биологических факторов.

Сочетание личностных расстройств с наркотической зависимостью определяет характерные особенности коморбидной патологии.

**ДИССОЦИАЛЬНЫЕ.** Чрезвычайно рано начинают пробы психоактивных веществ. Первичные мотивы наркотизации гедонизм и

гиперактивация сенсомоторной сферы. Формирование зависимости от наркотика всегда происходит высокопрогредиентно. Отмечается выраженность влечения к ПАВ. В абстинентном синдроме (АС) преобладают поведенческие нарушения, сомато-вегетативные мало выражены. Характерно для лиц с неустойчивой психопатией и героиновой наркоманией либо высокая толерантность либо её колебания даже при значительном стаже. Практически не бывает спонтанных ремиссий. В случае достижения воздержания от одного наркотика, высока вероятность развития зависимости от других ПАВ. Критика к заболеванию остается низкой.

Уровень социальной дезадаптации этих лиц отличался глубиной. По мнению А.Е.Личко (1991) именно неустойчивый тип акцентуации и психопатии среди всех остальных типов стоит на первом месте когда мы говорим о риске развития аддиктивного поведения и наркомании.

**ИСТЕРОИДНЫЕ.** Аддиктивное поведение в самом начале окрашено демонстративностью, рассказывая о наркотизации окружающим, преувеличивают дозы, хвастаются пробами тех веществ, которых не употребляли. Первичные мотивы употребления ПАВ обычно - гиперактивация поведения с демонстративностью.

Темпы героиновой наркомании являются средними, дозы стабилизируются на среднем уровне. В структуре АС аффективные и поведенческие расстройства преобладают над сомато-вегетативными и диссомническими (последние обычно достигают средней степени выраженности). Больные преувеличивают тяжесть своего состояния, красочно описывают свои ощущения, требуют постоянного внимания со стороны медицинского персонала. На пике АС встречаются демонстративные самоповреждения, мнимые обмороки, астазия-абазия, сужение сознания, состояния по типу просоночных.

С течением наркоманического процесса преморбидно существующие личностные расстройства могут как углубляться так и несколько видоизменяться: истероиды теряют ситуационную гибкость, интуитивную целенаправленность своих "театральных" реакций, часто появляется истеро-возбудимость. Также возможно развитие психогенных субдепрессий.

**ШИЗОИДНЫЕ.** Особенности аддиктивного поведения - предпочитают галлюциногены, анашу, опиаты; алкоголизация обычно мало свойственна.

Более, чем при других личностных расстройствах, свойственен приём наркотика в одиночку, даже на ранних стадиях зависимости. Наиболее частый мотив начала наркотизации - желание получить новый опыт. Присоединение к данной личностной патологии наркомании

приводит к заострению черт личности, нарастает замкнутость, холодность по отношению к близким.

**ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕУСТОЙЧИВЫЕ..** Среди первичных мотивов приобщения к ПАВ наряду с гедоническими преобладают ата-рактические - снятие внутреннего напряжения (Завьялов В.Ю., 1990).

Темпы течения наркомании достаточно высоки. Толерантность также высокая. АС протекает как с поведенческими, так и с аффективными (чаще дисфорическими нарушениями). Ремиссии обычно непродолжительные. Возникающее в них патологическое влечение к наркотику (ПВН), как правило носит компульсивный характер.

По мере течения наркомании усиливаются черты напряженности и агрессивной взвинченности, затем к ним могут присоединяться поведенческие (истерические) или аффективные нарушения, при этом возникающие аутохтонные периоды сниженного настроения могут иметь не только дисфорическую (как было до развития аддикции) но и тревожную или апатическую окраску.

### **Глава 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ У НАРКОЗАВИСИМЫХ**

Экспериментально-психологическое исследование имеет определённую ценность для анализа личностных расстройств. Для этого в наркологической практике широко применяются клинические и личностные опросники: ММРІ, 16-ти факторный опросник Кэттелла, ПДО, опросник Шмишека-Леонгарда и проективные методики (Рор-шах, ТАТ, Сонди).

Для клинико-психологической диагностики личностных расстройств у наркологических больных, на наш взгляд, наиболее оправдано применение следующих психодиагностических методик:

1) ММРІ - Миннесотский многофазный личностный тест создан клиническими психологами США и получила широкое распространение в отечественной психиатрии. Клинические шкалы (ипохондрия, депрессия, истерия, психопатия, паранойя, психастения, шизофрения, гипомания) созданы на основе нозологической классификации Крепелина. Результаты методики описывают структуру синдрома, структуру личностных особенностей и тип реакции на стресс.

Больные наркоманией, прошедшие психологическое обследование, имеют некоторое сходство профилей. Так у большинства из них (98%) обнаруживаются повышения по шкалам Т4 (психопатия) и Т9 (гипомания). Это может быть указателем на вероятность измененного

восприятия действительности, которое выражается в отрицании каких-либо затруднений, чрезмерном оптимизме, постоянной потребности в новых переживаниях, влечении к возбуждающей ситуации, которое легко перерастает в скуку или раздражение, если не удовлетворяется.

К двум этим пикам чаще всего (87%) присоединяется пик по t8 шкале (аутизация). Повышение по 8 шкале указывает не на отгороженность и аутизм этих больных, но говорит о наличии часто возникающего своеобразия восприятия во время наркотического опьянения, и о переживании необычных состояний сознания вплоть до дереализации. Этот опыт измененного сознания откладывает отпечаток на характере и поведении больного и формирует у него синдром близкий по содержанию к шизоидному синдрому - ориентация на внутренние переживания; протекание деятельности, иногда очень активной, вне социальной ситуации.

Кроме того, у обследованных больных наркоманией, выявляются самые низкие показатели, среди клинических шкал, по II шкале (ипохондрия). Больным наркоманией свойственно отрицать наличие у себя наркоманического заболевания. Они не имеют ипохондрических переживаний в их классическом понимании - фиксация на болезни, наличие сверхценной идеи болезни. Абстинентный синдром не формирует у наркоманических больных фиксации на заболевании. Понижена способность строить умозаключения на основе отрицательного опыта.. Можно предположить, что идеи больных напротив фиксированы на эйфоричном (↑9 шк.), здоровом мироощущении, что неадекватно.

2)УСК - опросник "Уровень субъективного контроля" разработан на базе шкалы локуса контроля Дж.Роттера в США и широко применяется в отечественной психологии. В основе шкалы лежит вектор интернальность-экстернальность: люди различаются между собой по тому, где они локализуют контроль над значимыми для себя событиями:

⇒ *интернальный локус контроля* – человек предполагает, что все происходящие с ним события являются результатом действия внешних сил, обстоятельств, везения, судьбы, провидения и т.д.

⇒ *экстернальный локус контроля* - человек считает, что всё происходящее результат его собственных действий.

Шкала включает в себя 7 показателей: 1.Обобщенный показатель.2.Область достижений. 3.Область неудач 4.Область семейных отношений. 5.Область производственных отношений. 6.Область межличностных отношений. 7.Область отношения к здоровью и болезни.

Анализ данных полученных в результате исследования больных наркоманией по шкале УСК показал, что уровень интернальности по выборке соответствует среднему. По отдельным показателям обна-

ружились следующие особенности. В "области производственных отношений"(5) больным наркоманией присуща интервальная оценка действительности, что является вполне логически объяснимым, учитывая социальную дезадаптацию испытуемых. В "области межличностных отношений"(6) более выражен экстернальный локус контроля. По всем остальным показателям наблюдается большой разброс, имеются группы с низкими и с высокими показателями. Так например высокая экстернальность в "области отношения к здоровью" (7) у одних больных указывает на наличие мотивации к отказу от наркотических веществ. У других больных выраженная интернальность в этой области (7) позволяет сделать вывод о недостаточной мотивации к лечению.

ЗУГОБОЛ - методика "Тип отношения к болезни" разработана группой сотрудников в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева в 1987 г. Методика ТОБОЛ позволяет быстро диагностировать 12 типов отношения к болезни: гармонический (Г); эргопатический (Р) анозог-нозический (З), тревожный (Е), ипохондрический (И) неврастенический (Н) меланхолический (М), апатический (А) сенситивный (С) эгоцентрический (Я) паранойяльный (П) и дисфорический (Д)

Совокупность показателей по этим психодиагностическим методикам по каждому больному наркоманией, позволяет уточнить степень выраженности личностных расстройств, их форму и особенности реагирования на лечебные и реабилитационные мероприятия.

Меньшая степень социальной дезадаптации больных опийной наркоманией устанавливается для профилей, содержащих Г, Р и З шкалы. Большая выраженность социальной дезадаптации проявляется в двух формах: либо в форме ухода в болезнь и одиночество (интрапсихический тип реагирования - Т, И, Н, М, А шкалы), либо с интерпсихическим типом реагирования, когда больной имеет обвинительную установку в отношении окружающих и пытается использовать их в своих интересах (шкалы С, Я, П, Д). Профиль считается противоречивым, когда в него входят не согласующиеся между собой показатели, например И и З (ипохондрия и анозогнозия). Противоречивая мотивация, встречались в исследуемых подгруппах примерно на уровне 30% их членов.

Направленность социальной дезадаптации большинства наркозависимых: это уход в болезнь и самоизоляция. Даже несмотря на госпитализацию, эти лица часто не осознают своего патологического состояния, их общая особенность - активное отрицание болезни. Однако есть небольшая категория больных, способных к объективной оценке своего здоровья.

#### **Глава 4. ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Личностные расстройства существенно затрудняют проведение психотерапевтических и реабилитационных мероприятий с зависимыми от ПАВ. Учитывая, что любой наркологический больной всегда является резистентным к терапевтическим воздействиям, направленным на полное воздержание пациента от психоактивных веществ, преодоление анозогнозии (некритичности больного к своему заболеванию) представляет одну из основных, но не единственную, психотерапевтическую и реабилитационную задачу. Выработка мотивации наркологического больного к получению специализированной помощи после купирования абстинентного состояния также является трудной, но необходимой целью терапевтического вмешательства. Далее следует концентрировать усилия врача, психолога, психотерапевта на формирование у пациента устойчивой мотивации на полный отказ от привычного психоактивного вещества и крайне настороженного отношения к употреблению других ПАВ, способных замещать привычный наркотик. Следует напомнить, что терапевтические воздействия должны быть максимально индивидуализированы для каждого пациента и учитывать его состояние, личностные особенности, социальный опыт, а также желание больного участвовать в тех или иных видах и формах психотерапии. Как правило, наркологические больные, имеющие конкретные представления о предлагаемых психотерапевтических методах достаточно избирательно относятся к опыту, квалификации, стилю и личностным особенностям психотерапевтов. Добровольность участия наркологического больного в предложенных ему программах, возможность выбора специалистов, которые будут оказывать ему помощь, может существенно повлиять на эффективность психотерапевтических и реабилитационных мероприятий.

Рассмотрим подробнее особенности медико-психологической и социальной реабилитации наркологических больных, имеющих личностные расстройства. В нашей практике наиболее часто встречались следующие формы личностных расстройств у пациентов:

- истерические расстройства личности 30%
- эмоционально-неустойчивые (эксплозивные) расстройства личности 28%
- шизоидные расстройства личности 18%
- диссоциальные (неустойчивые) расстройства личности 11%

- смешанные (амальгамные) расстройства личности 11%
- психастенические расстройства личности 2%

Учитывая, что для больных с *истерическим* расстройством

личности характерна театральность, преувеличенное выражение эмоций и эгоцентризм, психотерапевтическая тактика заключается в том, что пациент самостоятельно мог выбрать удобную для него форму психотерапии. При этом психотерапевты подчеркивают его значимость как одарённой личности и уникальность клинических проявлений химической зависимости. Проявив к такому пациенту "повышенный" интерес и "особое" внимание, обычно, довольно легко с ним устанавливают начальный терапевтический контакт, формируют базу согласия и принимают основные правила для совместной работы: избегание споров, подкрепление позитивного поведения похвалой и одобрением, подчеркивание несомненных достоинств пациента. В дальнейшем сам пациент или психотерапевты нарушают установленное согласие и приходит конец сложившимся благодушным взаимоотношениям. Пациент в этот период видит в психотерапевте соперника, недоброжелателя или даже врага. Конфронтация в отношениях достигает максимума, психотерапевту необходимо приоткрыть для пациента пути мирного разрешения их межличностного конфликта, снизить эмоциональный накал взаимного неприятия, помочь конструктивно разрешить терапевтический конфликт. При этом заслуга в преодолении кризиса взаимоотношений отдаётся пациенту. По сути вновь устанавливается новая база согласия, но на более высоком уровне терапевтических взаимоотношений. Самодраматизация и преувеличенное выражение эмоций, характерные для пациента, поддержанные психотерапевтом, развиваются по следующему алгоритму: любовь-ненависть-любовь... Этот терапевтический алгоритм довольно легко повторять до тех пор, пока фаза "терапевтической" любви не исчерпает себя. Отметим, что характерная для истериков внушаемость почти полностью подавляется при нарушении терапевтического согласия и максимально проявляется при его достижении.

Для наркологических пациентов с истерическими расстройствами личности показаны суггестивные формы психотерапии, групповая терапия с использованием элементов психодрамы.

*Шизоидные* расстройства личности довольно часты (до 18%) у больных, злоупотребляющих опиатами или галлюциногенами. Таких больных чрезвычайно трудно замотивировать на получение психотерапевтической помощи. Если же они включаются в лечебные программы, то, как правило, ведут себя пассивно, формально выполняют задания. Наибольший интерес у них вызывают проективные психодиагностические методики (ТАТ, Роршах) и самовыражение творчеством.

Если участие в группе вовлекает их в лечебный процесс, то, будучи связанными обязательствами выполнения групповых правил и распорядка, они могут достаточно долго удерживаться в реабилитационных программах. Но всё же, чаще они стараются обособиться от остальных больных, ограничиться фармакологическим и физиотерапевтическим лечением. Индивидуальная психотерапия может быть эффективной лишь при условии тактичного вмешательства и длительного ведения этих пациентов. Удержание в психотерапевтической программе часто указывает на достигнутые позитивные взаимоотношения больного и психотерапевта. При успешной социальной реабилитации такие пациенты без особого труда достигают стойких терапевтических ремиссий. Однако, неоправданные попытки интенсифицирования лечебного процесса может спровоцировать у них отказ от лечения, возврат к употреблению психоактивных веществ и асоциальное поведение.

Акцентуации и психопатии возбудимого круга (*эмоционально-неустойчивые*) у больных наркоманией, встречаются довольно часто (до 28%) случаев и представляют особую трудность в психотерапевтической работе. Таким пациентам нелегко удержаться в психотерапевтической группе, где часто меняется направление или эмоциональная составляющая обсуждаемых тем и проблем. Дискомфорт испытываемый при этом может спровоцировать обиду на группу и психотерапевтов. Если такие больные справляются с психотерапевтической программой и проходят её до конца, то, приняв и освоив её, они могут стать надежными помощниками врача и психолога (консультантами по химическим зависимостям), адептами и проводниками психотерапевтических идей в наркологическом учреждении. Однако, их твердость в отстаивании принятых ими терапевтических программ, часто вызывает протестные реакции у других больных. Многие пациенты с эмоционально-неустойчивыми чертами личности удерживаются в группах АА и НА и достигают терапевтических ремиссий, вопреки неблагоприятным прогнозам и трудным жизненным обстоятельствам.

*Диссоциативные* - группа наркологических больных (11%) наиболее трудная для последовательной психотерапевтической работы. Они с удовольствием включаются в психотерапевтическую работу в том числе и групповую. Но часто, столкнувшись с обычными затруднениями в процессе лечения, а иногда и просто с условиями совместного проживания в больничной палате, не подчиняются правилам и распорядку дня (возможны самовольные уходы за пределы медицинского учреждения, конфликты с медперсоналом и другими больными, манкирование лечением. Такие больные не переносят одиночества и быстро формируют неформальные группы для игры в карты, курения; охотно оказывают различные услуги медицинскому персоналу; изби-

раются в органы самоуправления. Если участие в психотерапевтических группах является в наркологическом учреждении престижным занятием, то они добиваются своего включения в группу и охотно посещают занятия до тех пор, пока ход занятий и его форма соответствуют их представлениям о том, как должна проводится психотерапия. Психотерапевтические паузы и групповое напряжение для них не выносимы и провоцируют их диссоциальные поступки. Сглаживание конфликтов, примирение - необходимые составляющие психотерапевтического процесса с такими больными. Рецидивы могут возникать не только в периоды "бунтарства" в асоциальной группе, но и на фоне полного благополучия. Усиленный контроль и соблюдение режимных назначений со стороны мед.персонала не всегда позволяют достичь желаемого эффекта. Можно сказать, что такие наркологические больные трудны не только для медицинского персонала, но и для самих себя. Обычно наркологические учреждения стараются перевести таких больных (в стадии психопатической декомпенсации) в другие отделения.

*Психастенические* расстройства личности у наркозависимых встречаются достаточно редко (2%). Если такие больные попадают в терапевтические программы, то могут легко удерживаться в них достаточное время. Общение с психотерапевтом или даже просто разговор с лечащим врачом облегчает состояние больного. В психотерапевтических группах они занимают позицию "молчуна" и, если психотерапевт или другие участники группы лишней раз не тревожат психастеника, то он может удержаться в программе. Особую трудность представляют попытки самолечения таких больных. Отказавшись от привычного наркотика, они изобретательно ищут пути приобретения лекарственных препаратов, замещающих наркотик. При доверительном контакте, контроле за состоянием и настроением больного, как правило, удаётся добиться терапевтических ремиссий. Особую роль в их лечении и реабилитации имеют противорецидивные мероприятия, которые каждый больной должен основательно освоить и уметь применять вне стен наркологического учреждения.

## **Глава 5. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ, ИМЕЮЩИМ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Оказание фармакологической помощи наркозависимым больным с личностными расстройствами, как правило, необходимо на каждом этапе лечебного процесса. Наличие наркотической зависимости требует от врача умения проведения мероприятий по детоксикации, купированию абстинентного синдрома, и нормализации постабстинентного состояния больного. При осуществлении лечебного процесса рекомендуется руководствоваться приказом МЗ РФ 140 от 28.04.1998 г.

В частности при лечении интоксикации, включающей следующие симптомы: вялость, сноподобное состояния, в тяжёлых случаях - нарушение сознания; редкое поверхностное дыхание, вплоть до апноэ; брадикардия; гипотермия; узкие (точечные) зрачки; бледность, сухость кожных покровов; снижение артериального давления, целесообразно применять:

1. Специфические антагонисты: налоксон
  2. Аналептики: никетамид, сульфокамфокаин
  3. Стимуляторы: кофеин
  4. Плазмозаменяющие дезинтоксикационные растворы: поливидон, декстран 70, декстран 40, хлосоль, трисоль, изотонический раствор хлорида натрия
  5. Сахара: раствор глюкозы 5%, раствор глюкозы 10%
  6. Препараты кальция, калия: раствор кальция хлорида, раствор каль-ция-глюконата 10%, раствор калия хлорида, магний, аспарагинат.
  7. Витамины: тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, тиоктовая кислота, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота.
  8. Ноотропные препараты: пирацетам
  9. Препараты влияющие на процессы тканевого обмена: эсенциале
  10. Кардиотонические средства: строфантин, дигоксин
- При наличии абстинентного синдрома имеющего соматовегетативные, психопатологические расстройства, в том числе расстройства сна, рекомендуется:
1. Специфическая фармакотерапия: клонидин, тиапридол, трамадол.
  2. Транквилизаторы и снотворные: диазепам, нитразепам, оксазепам, феназепам.
  3. Средства подавляющие влечение к наркотикам, корректоры поведения: тиоридазин, перициазин, хлорпротиксен, перфеназин, сульпирид.

4. Антиконвульсанты: карбомазепин
5. Аналептики: никетамид, сульфокамфокаин
6. Антиаритмические средства: пропранолон.
7. Препараты, влияющие на процессы тканевого обмена: эссенциале.
8. Кардиотонические средства: строфантин, дигоксин.
9. Препараты калия: калия, магния аспарагинат.
10. Анальгезирующие средства: метамизол натрия.
11. Плазмозаменяющие, дезинтоксикационные растворы: хлористый натрий, хлосоль, трисоль.
12. Сахара: раствор глюкозы 5%
13. Препараты кальция: хлористый кальций 10%

В фазу постабстинентного состояния при наличии аффективных нарушений разной степени выраженности, дисфории, психопатоподобного поведения, периодически обостряющегося влечения к наркотикам предлагается использовать:

1. Антидеперссанты: амитриптилин, мапротилин, тианептин, имилрамин, пароксетин
2. Средства подавляющие влечение к наркотикам, корректоры поведения: хлорпромазин, галоперидол, флуфеназин, клозапин, тиоридазин, перициазин, левомепромазин, трифлусперазин, хлорпротиксен, перфе-назин, сульпирид.
- Антиконвульсанты: карбамазепин, фенитоин.
3. Ноотропы, пикамилон, гопантеновая кислота.
4. Препараты влияющие на процессы тканевого обмена: эссенциале.
5. Аналептики: сульфокамфокаин.
6. Спазмолитические и антиангинальные средства: папаверин, нитроглицерин.
7. Антиаритмические средства: пропранолон.
8. Препараты калия: калий, магния аспарагинат.
9. Витамины: тиамин, пиридоксин, цианокобаламин, тиоктовая кислота, аскорбиновая кислота, никотиновая кислота.
10. Аминокислота: гамма-аминомаслянная кислота.

Больные с патологическими чертами характера часто нуждаются в проведении терапевтических мероприятий. Коррекция личностных расстройств возможна в результате комплексного воздействия социореабилитационных (в том числе психотерапевтических) и биологических методов терапии. Психотерапия должна быть дифференцированной при различных клинических типах психопатий. Лекарственная терапия астенических психопатий с пониженной самооценкой, большой ранимостью, впечатлительностью, раздражительностью, истощаемостью, невыносимостью включает в себя сочетание транквилизаторов в сочетании с психостимуляторами, большую роль играют препараты метаболического действия (ацифен, пирацетам) и

общеукрепляющие средства. Возбудимые лица со вспыльчивостью, неуживчивостью, грубостью, придирчивостью, гневливостью, эксплозивными аффективными реакциями нуждаются в нейролептических средствах, наиболее эффективен неуптил в индивидуально подобранных дозах, назначаемый длительно. Из других нейролептических средств возможно применение аминазина, тизерцина, галоперидола, хлопротиксена. В случаях возбудимой психопатии терапия должна быть достаточно длительной и в то же время гибкой.

Взгляд на психопатии как на нозологические формы, появление стандартных схем психиатрического обследования и шкал балльной оценки симптомов - всё это способствовало развитию медикаментозного лечения психопатий. Медикаментозное лечение бывает результативно, если направлено на отдельные симптомы, а не на психопатию в целом. При наличии нарушений восприятия и оценки действительности (проходящие психотические симптомы, отвлекаемость, расплывчатость мышления, подозрительность) эффективны низкие дозы нейролептиков. Высокую эффективность в снижении психотических проявлений, иллюзий, идей отношения, параноидных идей, дезинтеграции - имеют галоперидол, хлорпромазин, тиоридазин.

Импульсивность и агрессивность – качества, часто встречающиеся при многих психопатиях, обусловлены стереотипным реагированием на возникающие непредвиденные ситуации и неспособностью воспринимать мир как единое целое. Коррекция подобных расстройств возможна с помощью препаратов различных групп. При агрессивности, на фоне психоза, благодаря антипсихотическому действию, эффективны нейролептики. У лиц без психоза устранение агрессивности и импульсивности происходит благодаря неспецифическому седативному действию (галоперидол, тиоридазин). По некоторым данным, у агрессивных психопатических личностей имеется дефицит серотонина, что объясняет использование серотонинергических препаратов (флуоксетин, сертралин). Высокую эффективность при импульсивности показали противосудорожные средства (карбамазепин).

Для устранения эмоциональной лабильности применяются препараты разных групп. Показано, что нормотимическим действием обладают нейролептики (хлопромазин, галоперидол). При эмоциональной лабильности используются также антидепрессанты всех групп. Положительным эффектом, уменьшающим лабильность обладает препарат литий. При дисфории показано назначение нейролептиков, в меньшей степени транквилизаторов.

Симптом тревожности является неспецифичным. При психопатиях часто наблюдается сочетание тревожности с импульсивным и агрессивным поведением. Назначение алпразола приводит к уменьше-

нию тревожности. При боязни общения эффективен клоназепам. В целях повышения внутреннего комфорта и устранения тревожности, страха общения целесообразно назначать флуоксетин.

Наш опыт работы показывает, что сочетанная патология личностных расстройств и наркоманическая зависимость в большинстве случаев вызывает у больных снижение работоспособности, высокий уровень истощаемости психической деятельности, явления астении. При этом часто наблюдается немотивированное колебание настроения, раздражительность, вспыльчивость, что затрудняет процесс реабилитации. Фармакологическая помощь в подобных случаях должна быть направлена на нормализацию фона настроения, что обычно достигалось длительным назначением карбамазепина.

Назначение транквилизаторов и психостимуляторов нежелательно для наркологических пациентов, учитывая их способность вызывать зависимость и обуславливать формирование викарной зависимости.

Использование психотропных препаратов - это достаточно эффективный метод при психопатиях. С помощью этих препаратов можно уменьшить нарушения поведения, стабилизировать эмоциональное состояние. Важно помнить о психологических сторонах медикаментозного лечения. Для успешной терапии необходим хороший психотерапевтический союз. Необходимо, чтобы больной всегда мог сообщать врачу о трудностях, возникших в ходе лечения. Будет правильным обсуждение врачом и больным того симптома психопатии, на который направлено лечение.

## **Глава 6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ**

Практика показывает, что при выборе правильной лечебной тактики эффективность лечения зависимых от психоактивных веществ с личностными расстройствами не уступает успешности терапии наркологических больных премоурбидно не отягощенных. Индивидуальные планы терапии, дифференцированные программы медико-социальной реабилитации личностно-ориентированные психотерапевтические воздействия позволяют активировать больных с личностными расстройствами, вовлечь их и их родственников в лечебный процесс. Врачи психиатры-наркологи, руководя лечением зависимых от ПАВ, должны координировать работу других специалистов - психологов, психотерапевтов, социальных работников и специально подготовленных

волонтеров (специалистов по химическим зависимостям) из числа пациентов, имеющих длительные терапевтические ремиссии. Это, естественно, усложняет работу врача-нарколога, но и в тоже время, существенно расширяет возможности дифференцированной диагностики, лечения и реабилитации наркологических больных. Врач психиатр-нарколог невольно становится руководителем терапевтической бригады специалистов, имеющих разную базовую подготовку и специализацию. Видение пациента в разных ракурсах, необходимость обмена информацией о состоянии, установках и возможностях пациента, согласованность действий в реабилитационных программах обогащает всех участников и руководителя программы, делают лечебную работу интересной, творческой и эффективной.

По нашим данным больные с истероидными чертами личности отличаются довольно высокой готовностью (60%) участия в работе психотерапевтических групп, что в совокупности с медикаментозной терапией позволяло достигнуть положительных результатов лечения. По катamnестическим данным (обследование проводилось через 6 месяцев после курса лечения) отказ от потребления наркотиков наблюдался в 40% случаев. Большинство пролеченных трудоустроивались или вновь стали учиться. При этом у большей половины наблюдаемых отмечалась викарная наркомания, в форме алкоголизации.

Наличие эксплозивных расстройств личности затрудняет участие больных в работе психотерапевтических групп, что обуславливает необходимость в большей мере ориентироваться на фармакотерапию и индивидуальную психотерапию. Ремиссии (более 6 месяцев) отмечались у 12% пролеченных. Часть больных перешли на потребление алкоголя. Социальная адаптация (работа, учёба) отмечалась в 70% случаев.

В шизоидной группе около половины больных принимало участие в работе групповой психотерапии, другая часть предпочитала индивидуальную работу с врачом. Полный отказ от наркотизации выявлен у 20% обследованных. Восстановление социального статуса отмечалось в 60% случаев.

При относительно активном участии в работе групповой психотерапии больные с неустойчивым расстройством личности показали низкий уровень ремиссий (7%). Большинство из них не стремятся к трудоустройству.

Лица с психастеническими чертами характера проявляли заинтересованность в психотерапевтической помощи, ремиссии (более 6 месяцев) отмечались в 20% случаев. Социальная адаптация больных происходит в целом благополучно.

Реализация в полной мере качества и длительности реабилитационных мероприятий, в сочетании с содружественным участием родственников и близких больного, при наличии его определённой заинтересованности, позволяют значительно повысить возможности работников наркологии для достижения положительного результата лечения.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В психиатрической практике часто возникают трудности при оказании помощи больным с личностными расстройствами. Существует мнение, что психопатологические особенности личности с трудом поддаются фармакопсихотерапевтическому воздействию. Сочетание патохарактерологических особенностей и неблагоприятной окружающей среды нередко приводит к наркотизации. Это может сопровождаться специфическими изменениями в поведении и социальной дезадаптацией больных. При возникновении зависимости от психоактивных веществ формируется коморбидность, требующая изменения лечебной тактики.

На первый план выступают лечебные действия, связанные с интоксикацией и абстинентным синдромом. В дальнейшем возникает необходимость, учитывая сохраняющиеся психопатологические расстройства, проведения реабилитационных мероприятий, включающих фармакологическую и психотерапевтическую помощь.

Индивидуальные терапевтические планы и дифференцированные психотерапевтические программы, позволяют больным с личностными расстройствами достаточно успешно удерживаться в лечебных учреждениях и достигать устойчивых терапевтических ремиссий. Затруднения возникающие в лечебной работе с такими пациентами преодолимы при наличии опыта работы с наркологическими больными у медицинского персонала.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. Н.Новгород, изд. НГМД, 2000
2. Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Ревзин В.Л., Рыбакова Ю.В. Терапевтические подходы в связи с клиническими особенностями наркоманий, осложненных психическими отклонениями. Пособие для врачей. СПб, 1999
3. Иванец Н.Н., Валентин Ю.В. Алкоголизм. М., Наука, 1988.
4. Игонин А.В., Клименко Т.В., Кривенков А.Н., Кулагина Н.Е., Тузикова Ю.Б., Дворин Д.В., Баранова О.В. Пограничные психические расстройства, осложненные зависимостью от психоактивных веществ, в общей и судебно-психиатрической практике. Пособие для врачей. М., 2002
5. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия (пер. с англ.) /гл. ред. Дмитриева Т.Б./ М., ГЭОТАР Медицина, 1998.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Л., Медицина, 1985
7. МКБ-10. Международная классификация болезней. 1994
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М., Эксп. Бюро. М., 1997
9. Пособие по психиатрии для студентов санитарно-гигиенического факультета/ Под. ред. Случевского Ф.И./Л., 1984.
10. Пятницкая И.Н. Наркомании. М., Медицина, 1994.
11. Тузикова Ю.Б. Героиновая наркомания, развившаяся на фоне акцентуаций и расстройств личности (условия формирования, клиника, лечение). Автореф. канд. дис. М., 2002
12. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., Медицина, 1987
13. Психиатрия (под ред. Р. Шейдера). М., 1998

## СОДЕРЖАНИЕ

• ВВЕДЕНИЕ.....	3
• ГЛАВА 1. Материально-техническое обеспечение.....	4
• ГЛАВА 2. Личностные расстройства у наркологических больных.....	6
• ГЛАВА 3. Клинико-психологическая диагностика личностных расстройств у наркозависимых.....	10
• ГЛАВА 4. Особенности медико-психологической и социальной реабилитации больных зависимых от психоактивных веществ.....	13
• ГЛАВА 5. Показания и противопоказания фармакологической помощи больным опийной наркоманией, имеющим личностные расстройства.....	17
• ГЛАВА 6. Эффективность применения дифференциальной терапии больных наркоманиями.....	20
• ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	22
• СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	23

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов
- Копировально-множительные работы
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами

Обращайтесь по тел. (812) 265-20-80 или по адресу: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, Издательский центр СПбНИПНИ им.В.М.Бехтерева

Подписано в печать 9.12.2004. Формат 60x84/16.  
Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии  
СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева.  
Печать ризографическая.  
Заказ № 37. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, тел. 365-20-80