

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ганзина Н.В. Система рекреативно-восстановительных мероприятий в социальной адаптации инвалидов с последствиями детского церебрального паралича: Автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. — М., 1997. — 23 с.
2. Добровольская Т.А. Основные направления и методы реабилитационной работы с инвалидами молодого возраста вследствие детского церебрального паралича // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие ДЦП: Сб. науч. тр. — М., 1991. — С. 112-120.
3. Полуниин В.С. Медико-социальная реабилитация больных, инвалидов и лиц пожилого возраста // Сов. здравоохранение.— 1989.— № 9. — С. 27-31.
4. Финкель Н.В. Социально-психологические особенности личности больных ДЦП // Медико-социальная реабилитация больных и инвалидов вследствие ДЦП: Сб. науч. трудов. — М., 1991. — С. 44-59.

**А.И. АВЕРБУХ,**  
кандидат медицинских наук

### АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ ДЛЯ ЛЮДЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

*Проанализировано сходство и отличие реабилитационных программ при алкогольной и наркотической зависимости. Показано, что существует отличие в тенденциях лечения и реабилитации больных с этой патологией. Изложены биологические и психологические принципы построения реабилитационных программ.*

*The analysis of similarities /differences and efficiency of rehabilitation programs for alcohol and drugs usage was made. It was shown that there is a difference in tendencies of treatment and rehabilitation. The biological and psychological principle of building the rehabilitation programs was given.*

Эпидемия наркомании, причем за очень короткое время, в Украине становится все более опасной. К началу 2002 года на учете в учреждениях здравоохранения находилось более 100 тыс чел., употребляющих наркотики, из них несовершеннолетних — 5,5 тыс.

По оценкам МВД Украины, реальная цифра потребителей наркотиков в 10-12 раз превышает официально зарегистрированную и может составить более 1 млн чел. Ежегодно на наркоучет становится более 10 тыс чел. и более полутора тысяч умирает от передозировки наркотиков. А общая

численность населения Украины, как известно, порядка 49 млн чел. [3]. При этом почти 30 тысяч наркоманов — это люди до 25 лет, возраст первого употребления наркотиков — 13-15 лет.

При таком росте наркомании у страны нет будущего. В конечном счете мы можем превратиться в Афганистан, где наркотическая зависимость — норма, а не патология.

Целью нашей исследовательской работы было изучение подходов при реабилитации лиц, страдающих опийной наркоманией (включая героин, кустарно приготовленный опий, морфий, кодеин, гидроморфин).

Задачи исследования:

1. Провести клиническое обследование выборки пациентов, соответствующих критериям диагноза “Опиатная зависимость” (НКБ-10).
2. Опробовать реабилитационные программы.
3. Изучить терапевтическую эффективность, качество и длительность ремиссии.

Одна из задач наркологии, как известно, — это лечение больных наркоманией.

Такая задача должна быть главной, но при одном условии — лечение должно быть добровольным. Во всем мире сегодня, когда говорят о лечении, имеют в виду стабилизацию ремиссии и профилактику рецидива заболевания. Этого можно достичь благодаря комплексному воздействию с применением реабилитационных программ, куда включено как медикаментозное, так и психологическое и социальное воздействия. Причем их удельный вес может быть разным.

Умение использовать подобную тактику позволяет говорить о квалификации специалиста. Работа с больными строится на постоянном контроле за патологическим влечением. При этом полезно выявить комплекс биологических маркеров предрасположенности к развитию наркомании.

Итак, существует две причины употребления наркотиков. Первая — поиск удовольствия, хорошего настроения, вторая — избавление от неприятных ощущений, плохого настроения, затруднений в общении. И это основной мотив принятия наркотиков. Нет других заболеваний, кроме наркоманий, при которых отмечалось бы приятное состояние.

Нейрофизиологические механизмы действуют следующим образом.

В стволовом отделе мозга находится область, называемая системой подкрепления, которая участвует в процессах регуляции мотиваций и эмоций. Если крысе с вживленным электродом в эту область дать возможность раздражать последнюю, то животное производит это безостановочно, иногда до полного истощения. То же происходит с людьми, принимающими наркотик, только они раздражают систему подкрепления химическим, а не электрическим путем. Именно активацией этой системы подкрепления объясняется формирование зависимости.

В норме в синапсе вырабатывается определенное количество нейромедиатора дофамина, которое, в свою очередь, дает определенную степень воз-

буждения. При употреблении наркотика количество нейромедиатора (дофамина) увеличивается; возникает, естественно, и большая степень возбуждения системы подкрепления, что во многом и определяет эмоциональную реакцию. Как только прием наркотика прекращается, уменьшается выброс дофамина и общее состояние человека ухудшается. Если прием наркотика продолжается, возникает порочный круг. В этом случае естественный недостаток эндогенных (своих) опиоидов возмещается внешней дозой, в сотни, а то и в тысячу раз, превышающей объем естественной продукции своих нейрпептидов. Такое воздействие резко сдвигает баланс эмоционального состояния в сторону позитивной эмоции. Человек хорошо “запоминает” свои ощущения, система эмоциональных центров тоже их запоминает. Однако, в силу разрушения системы, вырабатывающей внутренние нейрпептиды, через некоторое время число связанных рецепторов резко уменьшается и возникает смещение эмоционального барьера в негативный полюс, отрицательные эмоции начинают превалировать. Возникновение в этот момент внешнего фактора, несущего негативную информацию, может многократно усилить отрицательную эмоцию. У человека с сильным типом высшей нервной деятельности это состояние побуждает к борьбе, к преодолению трудностей. Слабый тип высшей нервной деятельности будет искать способ решения через принятие различных веществ, стимулирующих выброс эндорфинов, или веществ, являющихся антагонистами опиоидных нейрпептидов. В связи с их высокой концентрацией они быстро возвращают человеку положительное эмоциональное состояние. Наша нервная система при введении наркотика начинает увеличивать количество опиоидных рецепторов и тогда вновь возникает ситуация, при которой через некоторое время часть рецепторов остается незанятой наркотиком. В результате возникает более сильная отрицательная реакция и необходимость введения большей дозы наркотика. Наркоман в этом случае должен увеличивать дозу, а промежутки между его приемами сокращаются. Так закручивается спираль болезни и формируется сначала психическая, а затем и физическая зависимость.

Можно предположить, что высокий уровень дофамина определяет биологическое влечение к наркотику. Если в организме высокая степень расщепления дофамина (т.е. он не накапливается в синапсе), то такие люди биологически менее подвержены наркотизации. И наоборот, при низком уровне расщепления дофамина имеет место высокая степень наркотизации.

Этот процесс расщепления дофамина определяется ферментом дофаминбетагидроксилазы. Активность его может быть биологическим маркером предрасположенности. Чем ниже активность этого фермента, тем выше вероятность наркотизации. Дофаминбетагидроксилаза расщепляет дофамин в норадреналин.

Зная механизм биологической предрасположенности, можно дифференцировать пациентов, которым нужна медицинская (фармакологическая), психологическая или социальная реабилитация. У пациентов с биологическим радикалом важна медицинская реабилитация. Пациентам, у которых нет

биологического радикала и играет роль окружение, традиции, привычки, нужна психологическая и социальная реабилитация.

Мы знаем два противоположных механизма изменения поведения: обучение и затухание.

*Обучение* — это процесс, при котором определенный стереотип поведения получает положительное подкрепление (в частности, дофаминовой системой биологического подкрепления).

*Затухание* — это процесс угасания стереотипа, если он не получает позитивного подкрепления.

Поэтому основной задачей нарколога является изменение стереотипа поведения больного за счет блокирования положительного подкрепления. Это достигается медикаментозными препаратами — прямыми антагонистами опиатов (Naltrexone hydrochloride).

Антаксон блокирует фармакологический эффект экзогенно введенных опиатов, т.е. пациент, даже если введет наркотик, не чувствует его действия.

Следующим этапом является обучение новым стереотипам поведения. Для этого проводятся психологические тренинги. Их цель — изменение социальных причин; убеждений типа: “все пьют”; отказ от привычки отмечать праздники, важные события в жизни выпивкой; разработка социальной программы, создающих новые убеждения. Для этого многого не нужно: лишь создание условий для проведения профессиональной антинаркотической кампании.

Каждый из нас — индивидуальность, и мы предполагаем, что большинство из нас — это люди, способные думать, чувствовать и действовать, как им нравится.

Каждый из нас верит, что его мысли, чувства, желания — Это. Чаще всего это только иллюзия. Для подкрепления данного тезиса приведем следующие высказывания Э. Фрома:

“Факт, заключающийся в том, что содержание наших мыслей, чувств, желаний навязывается нам и в сущности не является по-настоящему нашим, настолько распространен, что создается впечатление, будто эти псевдоакты являются правилом, в то время как собственные истинные умственные акты — исключением”. [5]

В этой связи можно утверждать: пока средства массовой информации прямо или косвенно будут рекламировать пиво, водку, измененные состояния сознания, многие люди будут переживать три психических акта: желание употребить; мысли употребить; чувства, подкрепляющие употребление.

Поэтому создание социальных барьеров к употреблению наркотических средств существенно уменьшит количество наркоманов и, скорее всего, из тех, кто не имеет биологического радикала.

#### Выводы

Для построения реабилитационных программ нам необходимо:

1. Выявить биологические маркеры зависимости.
2. Снизить уровень дофамина (нейромедиатора) лекарственными препаратами.

ратами.

3. Назначить прямые антагонисты опиатных рецепторов.
4. Использовать психологические тесты MMPI для оценки психологического состояния пациента.
5. Без применения медицинской реабилитации прямыми антагонистами опиатов (Naltrexone hydrochloride) программы только психологической реабилитации малоэффективны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Лекции по наркологии*/Под ред. Н.Н.Иванца. — М., 2001.
2. *Алкоголизм: Руководство для врачей*/Под ред. Г.В.Морозова. — М., 1983.
3. *Пакин Ю.* Наркомания и алкоголизм: проблемы и новые возможности лечения. — К., 2000.
4. *Пакин Ю.* Диагностика и лечение наркомании. — К., 2002.
5. *Фром Э.* Автоматический конформизм. — М., 1998.

УДК 159.973; 616.895

**К.О. ОСТРОВСЬКА**

### ТЕРАПІЯ І НАВЧАННЯ АУТИСТИЧНИХ ДІТЕЙ

*Рассматриваются вопросы поиска методов терапии и обучения аутистических детей.*

*Исследуются методики и результаты применения терапии, связанной с выявлением этиологии возникающих расстройств развития и дальнейшим назначением программы лечения и предупреждения нежелательного поведения ребенка.*

*Reviewed the aspects of autistic children therapy and education.*

*Investigated the methods and results of using therapy, connected with development disorder's etymology, and further prescription of child's objectionable behavior prevention and treatment.*

Дитячий аутизм, який тільки у 1943 р. був виділений Лео Каннером як окрема діагностична категорія, і нині викликає багато суперечок. Хоча все частіше підкреслюється поліетіологічна обумовленість цього одного з найсерйозніших розладів розвитку, але, напевно, суперечки щодо причин хвороби триватимуть ще довго.

Спочатку вона була включена до групи дитячих психозів (в DSM-I в 1952 р. і DSM-II з 1968 р.). В 1980 р. в черговому виданні Американського психіатричного товариства (DSM-III) хворобу віднесли до групи розладів

розвитку. Класифікація ІСД-10 Світової організації здоров'я (WHO) з 1993 р., поряд із дитячим аутизмом, виділяє аутизм атипівий, а також синдром Аспергера.

Аутистичні діти багато років функціонували поза доступними для інших осіб формами психолого-медичної допомоги. Лише у 70-х роках минулого століття, а в нашій країні тільки тепер, розпочато творення відповідної моделі допомоги, пристосованої до специфічних потреб таких осіб.

Зокрема, на теренах Львівської області недавно створено групу взаємодопомоги серед батьків дітей-аутистів «Контакт», до складу якої ввійшли фахівці, а саме психологи, медики. Група здійснює активний пошук методів терапії та навчання аутистичних осіб. І нині ця група взяла за основу для подальшої праці досвід польських товариств, які займаються проблемою аутизму.

#### Обрані терапевтичні методи

Вибір терапевтичного методу тісно пов'язаний із поглядами на етіологію розладів. У рамках кожної теоретичної орієнтації знаходимо характерну для неї програму лікування і запобігання небажаній поведінці. Підхід до причин виникнення розладів імплікує вид, а також сферу терапевтичних дій. Окремі теорії спираються на різні причини порушеного функціонування осіб, які страждають на аутизм. На жаль, досі не існує жодного методу, який був би ефективним у всіх випадках аутизму, що пов'язано з величезною диференціацією цього розладу.

#### 1. Терапія сенсорних розладів

Ще Бернард Рімланд [1] звернув увагу на те, що симптоми аутизму можуть бути спричинені труднощами у сприйманні сенсорних подразників. Концепція Рімланда дістала підтвердження в дослідженнях Гашімото, Маклелланда та ін. [2-3].

Термін «сенсорна інтеграція» вперше був вжитий у 1902 р Ч. Шерінгтоном. Нове, ширше значення цьому терміну надала Дж. Айерс наприкінці 60-х років минулого століття. За Айерс, сенсорна інтеграція є процесом, в якому відбувається організація (інтеграція) перцептивних даних.

Терапію сенсорних розладів слід трактувати як базисну. Техніки, які застосовують у терапії сенсорних розладів, найефективніше застосовувати стосовно окремих сфер відчуттів. Найважливішою спільною рисою цих технік, їх завданням є вироблення в дитини толерантності на зовнішні подразники і контролювання їх терапевтом, а не самою дитиною [4].

Терапія повинна стосуватись, передусім, тих сфер, в яких у конкретної дитини є стереотипи. Згідно з головними засадами сенсорної інтеграції, особа, з якою проводиться терапія, мусить бути активною, тобто сама вибирати те, що для неї є приємним, що вона потребує.

Зазначимо, що сенсорна інтеграція концентрується здебільшого на причинах, в той час, коли досягнення адаптаційної поведінки не є її головною метою. Встановлення причин аутизму тільки в категоріях сенсорних розладів є однобічним вирішенням проблеми.