РОССИЙСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Кафедра адаптивной физической культуры

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**Адаптивное физическое воспитание в системе реабилитации больных наркоманией**

Исполнитель: студент дневного отделения 5 курса

5 группы  **Максима Алексеевича**

Научный руководитель:  **Ирина Александровна**

Москва 2001

**Оглавление.**

Введение……………………………………………………………………… 3

Глава 1. Литературный обзор………………………………………………… 4

1.1. Понятие о наркомании………………………………………………….. 4

1.2. Этиология наркомании…………………………………………………. 4

1.3. Патогенез наркомании………………………………………………….. 6

1.4. Клиническая картина…………………………………………………… 8

1.5. Психосоматическое состояние больного……………………………. 13

1.6. Существующие методы реабилитации наркозависимых…………… 15

Глава 2. Организация и методы исследования……………………………. 21

2.1. Организация исследования…………………………………………… 21

2.2. Цели и задачи исследования…………………………………………. 22

2.3. Методы исследования………………………………………………... 22

Глава 3. Программа реабилитации больных наркоманией с элементами ЛФК и массажа……………………………………………………………… 25

Глава 4. Анализ результатов исследования……………………………….. 31

Выводы………………………………………………………………………. 34

Практические рекомендации………………………………………………. 36

Список литературы…………………………………………………………. 37

**ВВЕДЕНИЕ.**

Человек знает и употребляет наркотики с незапамятных времён.

Существует гипотеза, что ещё 40 тысяч лет назад до нашей эры

произошло первое знакомство человека с наркотиками. Первые исторические записи о далёком прошлом рода человеческого содержат данные о том, что практически все народы, начиная с доисторического периода, употребляли наркотики растительного происхождения по причине их необычайных свойств изменять установившийся взгляд на окружающий мир и иллюзорно исполнять желания, тем самым, укрепляя веру человека в могущество сверхъестественных сил.

Существуют документы, свидетельствующие о том, что в XV, XVI, XVII веках в Европе изготавливались различные мази, действие которых было, похоже, таким сильным, что они могли уподоблять людей животным или значительно изменять состояние сознания.

Изобретение в 1853 г. врачом из Эдинбурга Александром Будом иглы для подкожных инъекций породило новые проблемы, связанные с более эффективным введением в организм морфина и других алкалойдов опиума. Тогда появилось опасное, ошибочное мнение, что морфин, введённый путём инъекции, не вызывает привыкания и тяги к увеличению дозы.

Судьбоносным в становлении современной наркомании считается 1960 г. Во время пребывания в Мексике гарвардский психолог, доктор Тимоти Лири съел несколько галлюциногенных грибов, полученных им от какого-то местного колдуна.

Тема субстанции, которая исцеляет и приносит успокоение или же болезнь и смерть, повторяется как архетип во всех культурах и во все периоды истории. Наркотики присутствуют и в классических культурах, и в современных цивилизациях, как и в жизни «диких» народов - от тундры до экваториальных джунглей, и это свидетельствует о вечном стремлении человека к преодолению своего несовершенства, а также к тому, чтобы хоть раз побывать пусть ненадолго, в стране, которая существует только в мечтах.

К сожалению, иллюзия длится недолго, а пробуждение приносит ещё более жестокую боль и ещё более мучительное ощущение отчуждённости. Из-за этого наркомания перестаёт быть в наше время проблемой одной личности и приобретает черты социальной проблемы.

На сегодняшний день наркомания является мировой проблемой, которая присутствует на всех континентах. К тому же она проявляет тенденцию неуклонного роста.

**Глава 1. Литературный обзор.**

**Понятие о наркомании.**

Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.(9)

**1.2 Этиология наркомании.**

В 50-60 годы наркомания исследовалась лишь в узкопрофессиональных кругах – проводились либо чисто медицинские исследования, либо юридические, связанные с уголовно-наказуемыми деяниями.

Но постепенно ситуация начинает меняться – проблема наркомании наконец-то признана актуальной. В 1986 году в наркологических диспансерах появились врачи-наркологи. Стали проводиться многочисленные исследования этой проблемы. (3)

По заказу Международной ассоциации по борьбе с наркомафией и наркобизнесом научным коллективом Института социологии РАН в 1992 году в 7 экономических зонах и в 12 городах России было проведено крупномасштабное исследование. Исследование показало следующее:

в России существует стремительно нарастающая угроза наркотизации общества, увеличивается процент женщин, употребляющих наркотики;

существует нелегальный рынок наркотиков;

большинство россиян не одобряет решение Президента и правительства о свободе потребления наркотиков в немедицинских целях (имеется в виду отмена в последнем УК РФ уголовной ответственности за употребление наркотиков).

Согласно данным НИИ наркологии МЗ РФ на начало 1998 года под диспансерным наблюдением в наркологических учреждениях находился 2 990 601 больной, включая группу профилактического учета (Наркологическая помощь.., 1998). Если учесть, что наркотические средства потребляют в основном молодые люди до 25 лет, то становится понятной актуальность проблемы профилактики распространения наркоманий и важность своевременного выявления и лечения лиц, страдающих наркотической зависимостью. Дело осложняется еще тем, что больные наркоманией составляют около 10% от общего числа молодых людей, потребляющих наркотические средства . (14)

Чрезвычайно важным аспектом проблемы является не уменьшающийся риск распространения ВИЧ-инфицирования и других острых инфекционных заболеваний (гепатит) среди наркотизирующихся, поскольку наиболее частым следует назвать инъекционный способ введения наркотика. В равной мере это относится и к распространению среди наркотизирующихся венерических болезней, так как многие наркотические средства повышают сексуальную расторможенность, что ведет к частым и случайным половым контактам. Следовательно, для профилактики инфицирования необходимы конкретные меры, направленные на уменьшение данного риска среди наркозависимых, своевременная диагностика инфекций, а также оказание больным социальной и квалифицированной медицинской помощи. (12)

Лечение больных наркоманией в условиях наркологического стационара в настоящее время следует признать малоэффективным, поскольку ремиссию более 1 года после стационарного лечения, как правило, регистрируют лишь у 9-12% пациентов. Такая низкая эффективность предполагает разработку новых способов лечения заболевания, а также специальных реабилитационных программ, позволяющих увеличить продолжительность ремиссии, а также профилактировать возникновение рецидивов. Использование фармакологических методов лечения наркомании (например, метадоновых программ поддержки при героиновой наркомании или систематического введения блокаторов опиатных рецепторов, таких как налтрексон) в нашей стране не нашло широкого применения из-за дороговизны такого лечения, а также его паллиактивности, как в случае с методоном. (21)

**Патогенез наркомании**.

Факторы-предикаторы или предрасполагающие факторы возникновения наркоманий можно разделить на две условные группы – биологические и социальные.

**К биологическим факторам относятся следующие:**

Патология беременности (т.е. выраженные токсикозы и перенесенные матерью во время беременности инфекционные или тяжелые хронические заболевания).

Осложненные роды (затяжные, с родовой травмой или с гипоксией новорожденного).

Тяжело протекавшие или хронические заболевания детского возраста (не исключая простудных, воспаления легких, частых ангин).

Сотрясения головного мозга, особенно многократные.

**Социальные факторы следующие:**

Воспитание только одним из родителей.

Постоянная занятость одного из родителей (длительные командировки, деловая загруженность и т.д.)

Больной – единственный ребенок в семье.

Алкоголизм (запойное пьянство) или наркомания у кого-либо из близких родственников: отца, матери, реже – деда, дяди , брата.

Психические заболевания, скверный характер или частые нарушения общепринятых правил поведения у кого-либо из близких родственников.

Раннее (до 12-13 лет) начало употребления алкоголя самим больным или злоупотребление летучими наркотическими действующими веществами (клей «Момент», растворители, бензин и пр.) (6)

Риск заболеть наркоманией у тех, кто имеет в анамнезе факторы-предикаторы, выше и вот почему: биологические факторы напрямую влияют на функциональные возможности головного мозга, уменьшая его способность переносить интенсивные или продолжительные нагрузки, причем не только и столько в интеллектуальной, сколько в эмоциональной сфере. То есть: человек с благополучным анамнезам после более или менее тяжелого удара судьбы легко сможет собраться, мобилизироваться, вернуться к нормальному образу жизни. А имеющему в биографии родовую травму, сотрясение мозга или любой биологический фактор-предиктор сделать это намного труднее. И ему тяжелее сохранять уравновешенность и хладнокровие в эмоционально напряженной ситуации. На подсознательном уровне травмированный человек постоянно ищет средство, которое было бы в состоянии хоть на короткое время вернуть эмоциональную устойчивость или повысить ее. В первое время наркотики неплохо справляются с задачей психологической регуляции, увеличивая способность переносить эмоциональные нагрузки. Употребляющие их становятся увереннее в себе, спокойнее и активнее в жизни. Поэтому для человека, имеющего в анамнезе биологические факторы-предикторы, случайный или «экспериментальный» прием наркотика может стать фатальным – не зная, чем грозит регулярное их употребление, он приобретет психическую и физическую зависимость раньше, чем заметит опасность.

Иначе с теми, чьи факторы-предикторы относятся к социальной группе. Конечно, не в 100% случаев, но все-таки довольно часто в семьях, соответствующих пунктам, указанным выше, воспитание детей носит либо несистематический, либо гиперпротективный характер (т.е. за ребенка все время думают и решают взрослые). Следствием является формирование социально пассивной, безответственной личности, ориентированной преимущественно на потребление и не имеющей желания прикладывать значительные усилия для построения своего будущего. Кроме того, зачастую отсутствует (или несостоятельна) программа построения этого будущего – старшие не сумели научить планированию жизни. (11)

**1.4 Клиническая картина**

Основными характеристиками наркомании являются приобретенная в результате злоупотребления наркотическим средством измененная реактивность к нему, что выражается в патологическом пристрастии (влечении) к наркотику, измененная толерантность, изменение первоначального действия наркотика на организм, возникновение абстинентного синдрома вслед за прекращением употребления наркотического средства. В нашей стране к наркомании относят патологическое пристрастие к веществам, которые согласно списку Постоянного комитета по контролю наркотиков, утвержденного Минздравом РФ, отнесены к наркотическим средствам. Злоупотребления другими веществами обозначаются как токсикомании. (23)

МЗ РФ приводит данные, что распространенность употребления наркотических средств высока, причем лица, состоящие на учете в наркологических диспансерах, составляют лишь 1/30 от реально употребляющих наркотические средства. (24)

Сравнительная оценка различных форм наркоманий и их развития помогла выделить диагностические значимые группы симптомов, общие для всех форм наркоманий. Эти группы симптомов показывают взаимозависимую динамику, что позволяет говорить не только о симптоматологии наркоманий и токсикоманий. В частности, под наркоманией подразумевают состояние, определяемое: 1) синдромом измененной реактивности организма к действию данного наркотика (защитные реакции, толерантность, форма потребления, форма опьянения);

2) синдромом психической зависимости (обсессивное влечение, психический комфорт в интоксикации); 3) синдромом физической зависимости (компульсивное влечение, потеря контроля над дозой, абстинентный синдром, физический комфорт в интоксикации).

В развитии болезни синдромы возникают не одновременно. Первые – синдром измененной реактивности и синдром психической зависимости. Употребление сильных эйфоригенных средств обнаруживает в качестве первого болезненного признака влечение (синдром психической зависимости). Употребление слабых эйфоризирующих веществ дает время для проявления симптомов входящих в синдром измененной реактивности; затем становится наглядным влечение к повторению опьянения. Синдром физической зависимости формируется позже, на фоне возникших и продолжающих свое развитие синдромов измененной реактивности и психической зависимости, выделяется также синдром последствий наркотизации, включающий энергетическое снижение, полисистемное функциональное истощение организма. Особенности синдрома последствий наркотизации при различных формах наркоманий большого диагностического значения не имеют, поскольку следует диагностировать болезнь на более ранних этапах.

Указанные типы синдрома зависимости развиваются в связи с приемом веществ, оказывающих влияние на психические функции, причем различные вещества такого типа действия обладают неодинаковой способностью вызывать психическую или физическую зависимость, либо развиваются оба вида зависимости одновременно. Исходя из этого, при применении термина «синдром зависимости» в каждом конкретном случае целесообразно уточнять, по отношению к какому веществу данный термин используется, например синдром зависимости от кокаина, морфина и т.д. Кроме того, синдром психической или физической зависимости может развиваться не только при злоупотреблении лекарственными средствами, но и веществами или продуктами, которые не отнесены к лекарственным средствам (например, никотин). В связи с этим термином «синдром зависимости» рационально употреблять без определения «лекарственная»», чтобы не ограничивать использование данного термина только применительно к лекарственным средствам. (15)

Наркотическое опьянение, или синдром наркотического опьянения, представляет состояние, возникающее после приема наркотических средств, включающее определенные психические и соматические симптомы. Также условно можно выделить субъективные, испытываемые опьяневшим человеком, проявления и объективные признаки наркотического опьянения, регистрируемые окружающими. (16)

Расстройства восприятия в наркотическом опьянении проявляются в трех формах: 1) обострением (стимуляторы), 2) избирательностью (опиаты) и 3) снижением восприятия (седативные препараты). Кроме того, меняется качество восприятия, что характеризуется психосенсорными и продуктивными расстройствами вплоть до галлюцинаций. Меняется восприятие окружающего: форма, цвет (его насыщенность) предметов, расстояние до них. Нарушение сенсорного синтеза проявляется чувством де реализации. Нарушается и интерорецепция, возникает чувство тепла, легкости и тяжести, изменения положения тела в пространстве, восприятия схемы тела, ориентировки в собственном теле. Галлюцинации возникают как спонтанные, так и рефлекторные, при раздражения соответствующего анализатора. Характерны иллюзии, наиболее часто зрительные. Вкусовые и обонятельные расстройства восприятия редки. (23)

При опьянении психодизлептиками мышление оказывается направленным по плоскости, лежащей вне реальности. Возникают фантастические представления, нарушается темп движения мыслей, ускоряясь (ЛСД) или замедляясь до персеверации (алкоголь, снотворные). (20)

Каждый наркотик вызывает нарушение сознания разного типа и глубины от суждения до различной степени помрачения. Коллективное гипнотическое сознание при гашишизме резко отличается от индивидуального изолированного суждения сознания с помрачением при опьянении опиатами и обострением яркости при приеме стимуляторов. Соматоневрологические проявления наркотической интоксикации представлены в основном вегетативной симптоматикой. Картина зависит от наркотика и дозы. Обычная реакция в виде расширения зрачка, за исключением сужение зрачка при приеме опиатов и некоторых психодизлептиков. Большинство наркотиков вызывают гипертермию и гиперемию, пото-, слюно- и салоотделение, тахикардию и подъем АД, учащение дыхания. Все наркотические вещества снижают аппетит и повышают сексуальную активность. Нарушается моторика кишечника. Мышечный тонус, возбудимость, скорость и координация движения снижаются, за исключением интоксикации стимуляторами.

1) **Неуправляемость психической деятельности**: в эмоциональной сфере – невозможность подавить тревогу, страх, другие отрицательные чувствования. Последние толкают больного на поиск и прием наркотика, не считаясь с социальными и моральными ограничениями. В сфере восприятия (иллюзии, галлюцинации) при некоторых интоксикациях иногда (опиаты), при других (психодезлептики) всегда с какого-то момента опьяневший не в состоянии изменить волевым усилием их содержание. В мышлении свободное, спонтанное течение мыслей (опиаты, алкоголь, седативные); при других видах интоксикации возникают мысли, от которых невозможно освободиться.

2) **Диссоциация психической деятельности:** Нередко она создается в темпах функций отдельных сфер психики. Так, быстрой смене психосенсорных впечатлений может не соответствовать замедленность мышления, что дает ощущения «наплыва». При опийном, гашишном опьянении, приеме других психодизлептиков возможны диссоциации мышления, наблюдения за своими переживаниями, их оценка со стороны. Иногда диссоциирует сознание «я», когда «душа» со стороны наблюдает за «телом». Эта диссоциация не только интеллектуальная, но и психосенсорное нарушение психосенсорного синтеза особенно характерно для психодизлептиков, которые использовались в древних культах, колдовстве. В пределах интеллектуальной функции видима диссоциация восприятия и запоминания, понимания и способности вербализации. «Все становится ясным», «другой смысл всего» наряду с невозможностью сказать, что «все» и что «другое». Диссоциация хотя и редко, но наблюдается в эмоциональной сфере: притом, что впечатления чувственно насыщенны, возможны отстранения, отчуждения, самооценка переживаний в конкретный момент. К диссоциативным следует отнести наплыв мыслей, а также ощущение пустоты в чувствах и мыслях, «остановку» мыслей при вытрезвлении. (5)

**1.5 Психосоматическое состояние больного.**

Выход из наркотического опьянения сопровождается сном, даже после приема стимуляторов. Часто развивается депрессивное состояние с чувством острой тоски, безнадежности, суицидальными мыслями (психодизлептики, стимуляторы и в высоких дозах), тревога, безотчетный страх (гашиш).

Психическая зависимость включает психическое (обсессивное) влечение к наркотику и способности достижения психического комфорта в интоксикации. Психическое влечение выражается в постоянных мыслях о наркотике, подъеме настроения в предвкушении приема. Подавленности, неудовлетворенности в отсутствие наркотика. Часто влечение сопровождается борьбой мотивов. В сочетании с навязчивостью мыслей о наркотике это дает основание называть психическое влечение обсессивным (Портнов А.А., Пятницкая И.Н., 1971). Если компульсивное влечение диктует поведение больного, то психическое, обсессивное определяет настроение, эмоциональный фон. В своем течении обсессивное влечение волнообразное. Оно не выражено, если необходимый ритм наркотизации соблюдается без задержки, в этом случае возникающее влечение удовлетворяется тут же. Оно может временно подавляться крупным конфликтом вследствие наркотизации, госпитализацией больного, каким-либо эмоционально сильным увлечением, не связанным с наркотиком. Влечение обостряется при неприятных переживаниях, встречах с друзьями наркоманами, разговорах о наркотиках.

Физическая зависимость включает: 1) физическое (компульсивное) влечение; 2) способность достигать состояния физического комфорта в интоксикации и 3) абстинентный синдром.

Физическое (компульсивное) влечение, один из широко известных признаков наркоманий, выражается в неодолимом стремлении к наркотизации. Влечение достигает высокой интенсивности, вытесняя даже такие витальные влечения, как голод и жажду. От обсессивного компульсивное влечение отличается не только своей интенсивностью, но и тем, что способно подчинять все содержание сознания в настоящий момент, не оставляя места другим, не связанным с наркотизацией представления. Компульсивное влечение не только определяет умонастроение и аффективный фон, оно диктует поведение, подавляет и устраняет противоречащие мотивы и контроль. Компульсивное влечение определяет поступки больных, мотивацию их действий. При компульсивном влечении все направлено на поиск наркотика и на преодоление препятствий к этому. Кроме того, компульсивное влечение сопровождается характерными вегетативными проявлениями в виде расширения зрачков, сухости во рту, гиперрефлексии, тремора даже при тех наркоманиях, для которых тремор нетипичен. Можно выделить три вида компульсивного влечения: 1) возникающее вне интоксикации; 2) входящее в структуру абстинентного синдрома; 3) возникающее при опьянении.

Еще более наглядным показателем того, что вне наркотизации удовлетворительное функционирование у наркомана невозможно, является абстинентный синдром. Абстинентный синдром состоит из фаз, появляющихся последовательно и закономерно во времени. Эта закономерная последовательность видима как при наблюдении конкретного случая абстинентного синдрома, так и при анализе постепенного его формирования в процессе развития болезни. Абстинентный синдром представлен симптомами, которые можно разделить на две группы: симптомы психические и симптомы вегетативные, соматоневрологические. Абстинентный синдром является показателем сформировавшейся физической зависимости от наркотика. Это состояние характеризуется необходимостью в постоянном присутствии наркотика для относительно нормального функционирования организма, теперь уже на качественно ином уровне. Приспособившийся к уровню постоянной интоксикации организм в отсутствие наркотика дает первый сигнал о том, что нужна очередная доза препарата. Возникает компульсивное влечение, имеющее значение жизненной необходимости для больного.

Если наркотик не поступает, организм пытается самостоятельно, собственными ресурсами воспроизвести условия, соответствующие наркотической интоксикации, т.е. условия, необходимые для его функционирования. (2)

**1.6 Существующие методы реабилитации наркозависимых.**

Лечение наркоманий и токсикоманий в настоящее время не имеет четкой патогенетической ориентации и во многом симптоматично, поскольку экспериментальные исследования и клиническая практика еще не выработали единых, общепризнанных методов лечения наркоманической зависимости. Это обстоятельство, как уже подчеркивалось выше, связано с недостаточным знанием интимных механизмов патогенеза наркоманий, которые, как известно, прежде всего, обусловлены весьма тонкими и вначале малозаметными функциональными изменениями физиологических и биохимических процессов в центральной нервной системе.

Важными принципом лечения является его этапность:

1)предварительный этап, включающий детоксикацию (дезинтоксикацию), общеукрепляющую и стимулирующую терапию в сочетании с отнятием наркотического вещества;

2) основной этап, направленный на активное противонаркотическое лечение;

3) поддерживающая терапия. (22)

Для выбора правильной схемы лечения необходимо учитывать стадию заболевания, возраст больного, состояние психики больного, наличие или отсутствие стремления избавиться от наркотической зависимости.

Первый этап лечения начинается с прекращения приема наркотика. Лишение приема наркотического вещества осуществляется тремя методами: внезапным (у молодых людей обычно на начальных этапах заболевания), быстрым и медленным, в течение нескольких дней (у пожилых, соматически ослабленных больных во II и III стадиях болезни). Лишение наркотика неизбежно приводит к развитию абстинентного синдрома. Выраженность его бывает различна. Для купирования абстинентного синдрома применяяют различные препараты транквилизирующего действия, нейролептики.

Лечение наиболее эффективно в специализированном (закрытом) учреждении, поскольку возможность контролировать себя у наркомана крайне низка и неустойчива. Патологическое влечение, сила которого колеблется, меняет состояние наркомана, особенно в первые дни лечения. Даже если он поступил с желанием избавиться от болезни, он вскоре может вновь начать поиск опьяняющих средств. В этой связи не следует доверять оценке, которую больной дает получаемому лечению. При обострении влечения, наркоман отказывается от приема лекарств, ищет поддержки у других больных и находит ее у более психопатизированных, которые в свою очередь нередко начинают точно такие же жалобы.

Как мы уже говорили, первый этап лечения – дезинтоксикация наркомана, т.е. медикаментозное лечение, проводимое специалистами-наркологами. На втором этапе лечения к успешному медикаментозному лечению присоединяются методы психотерапии, физиотерапии, массажа и трудотерапии, а затем на третьем этапе - реабилитация и поддерживающая терапия (наблюдение).

**А) Медикаментозные методы лечения.**

Для лечения наркозависимых используется большой арсенал фармакологических средств, используемых в основном для детоксикации и фармакологической реабилитации наркозависимых.

Самым распространенным фармакологическим препаратом является метадон, синтетический опиат. Метадоновая программа заключается в том, что наркоман переходит с нелегального употребления героина, сопровождающегося различными проблемами со здоровьем, на легальное употребление метадона с целью укорочения детоксикации и в качестве поддерживающего средства пациентов. Впоследствии проводят постепенную в течение нескольких дней (недель) отмену метадона. Конечной целью детоксикации является достижение пациентом состояния, свободного от наркотической зависимости. (Фридман Л.С. и др., 1998)

Также используют блокаторы опиатных рецепторов одновременно с героином, что останавливает развитие физической зависимости, но не снимает тягу к наркотику. Поэтому при такой терапии предполагается применение других методов воздействия (психотерапия в первую очередь).

Лекарственные препараты, применяемые при лечении наркомании, принадлежат к разным фармакологическим группам (психостимуляторы, ноотропы, нейропептиды, психоэнергизаторы, витамины и др.) и имеют существенные отличия в механизме действия. Однако их объединяет однонаправленность в отношении высших функций головного мозга – памяти, внимания, мышления, которые, как правило, улучшаются. (13)

**Б)** **Психотерапия включает** в себя гипноз с внушением отвращения и выработкой отрицательного рефлекса на наркотическое средство; укрепление воли, установок на активное выздоровление.

**Гипноз** – погружение пациента в гипнотическое состояние – привычный технический прием, позволяющий повысить действенность лечебного внушения и тем самым добиться необходимого терапевтического эффекта. Техника предусматривает соблюдение состояния покоя и удобства, усыпляющие формулы произносятся ровным и спокойным голосом, иногда сопровождаясь более эмоциональными императивными внушениями.

**Рациональная психотерапия** принципиально отличается от гипноза обращением к сознанию и рассудку человека, к его логике. Используются законы логического мышления, индивидуальное умение анализировать информацию и профессиональные знания врача для критического разбора ошибок в логических построениях больного, разъясняются причины болезни, показывается зависимость между неправильным пониманием причин болезни пациентом и динамикой болезненного процесса, происходит обучение законам логики.

**Аутогенная релаксация** – метод самовнушения, в котором посредством повышения внушаемости служат предваряющие внушения мышечная релаксация и самоуспокоение. Эффект комплексный, зависящий от накопления положительного действия состояний релаксации и от закрепления внушаемых самому себе необходимых представлений и ощущений. Методы аутогенной релаксации могут использоваться как дополнение к основному психотерапевтическому методу. Под релаксацией понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психорегулирующей активностью и ощущаемое либо во всем организме, либо в одной из его систем. Наиболее часто используемыми методами аутогенной релаксации являются нервно-мышечная релаксация, медитация, аутогенная тренировка и различные формы биологически активной связи.

**Игровая психотерапия и психотерапия творчеством**. Лечебные методы, в которых научное представление о человеке в значительной мере связано с бурным развитием психологических наук, социальной психологии, психологии личности. Разрабатываются различные варианты приемов раскрытия психологических и творческих возможностей личности в целях отвлечения, переключения, успокоения, обогащения духовной жизни. Это может быть и проигрывание деловых жизненных ситуаций, и импровизированная живая игра в сюжетные сказки и т.д. Методические приемы разнообразны: от активного исполнительства, попыток создания собственных произведений, тренировки восприятия, как способности критической оценки, так и возможность ее публичной формулировки и отстаивания, до более пассивных ролей зрителя, слушателя, соучастника, болельщика. (1)

**Эмоционально-стрессовая психотерапия.**

Система активного лечебного вмешательства, которое заставляет больного на предельно высоком эмоциональном уровне пересмотреть и даже радикально изменить отношение к себе, к своему болезненному состоянию и окружающей микро социальной среде. Психотерапия больше походит на хирургическую операцию, чем на наложение бальзамической повязки (С.И.Консторум). Лечение осуществляется методом укрепления и выработки идейных, духовных позиций и интересов больного сопровождается старанием пробудить эти высокие интересы и устремления, противопоставить заинтересованность и увлеченность болезненной симптоматике и часто связанному с ней подавленному, депрессивному или апатичному настроению.

Наркопсихотерапия. **Внушение в гипноидном состоянии, вызванном введением медикаментозных средств. Для лечебных целей достаточно начального оглушения, эйфории и легкой спутанности сознания, и тогда на входе в него и на выходе из этого состояния психотерапевт проводит свои словесные воздействия (внушения).**

Коллективная и групповая психотерапия. **Базируется на использовании социального в человеческой психике. Объединение пациентов в лечебную группу позволяет не только использовать в лечебных целях взаимоиндукцию пациентов и простое стремление их подражать друг другу. Лечебное воздействие врача постепенно дополняется своеобразным воздействием коллектива на каждого своего члена, и это направляемое врачом действие становится центром лечебного процесса при коллективной психотерапии. Разновидность является семейная психотерапия, направленная на коррекцию отношений внутри семьи. Основным методом, описанным в литературе, является метод терапии сознательного поведения. В последнее время широкое применение нашли методы краткосрочной терапии супружеских пар для улучшения внутрисемейной ситуации, связанной с употреблением алкоголя или наркотических средств. (5)**

**В) Физиотерапия**

Физиотерапия - это ванны, души, гальванизация, электрофорез, грязевые и парафиновые аппликации, электросон ( от 10-15 до 20-30 процедур по 1-2 ч. каждый сеанс), которые помогают восстановить работу организма. (18)

**Г) Трудотерапия**.

Трудотерапия – одно из направлений реабилитации наркозависимых. Лечение трудом является составной частью реабилитационных мер, направленных как на восстановление функций пораженного органа (системы), так и всего организма больного, а так же трудотерапия назначается с целью повышения общего тонуса организма. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы и функцию основных систем больного, мобилизируют его волю, дисциплинируют и приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, освобождают от мыслей и побуждений, возникающих на почве бездействия и праздного времяпрепровождения, отвлекают от ухода в болезнь. Трудовая терапия возбуждает психическую активность, направляя ее в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Она заключается в том, что пациенты под руководством труд-инструктора несколько часов в день работают на улице или занимаются домашним хозяйством. Цель этого направления – открыть в себе новые качества, развить новые навыки, получить удовольствие от работы. Привлечение больного к труду, начиная с дозированного труда с постепенным переходом на полный рабочий день.

Коллективно-трудовой метод лечения должен составлять единое целое с системой других социальных воздействий, образование новых связей для участия больного в социальной жизни (Бугайский Я.П., 1932) . В настоящее время трудотерапия становится одним из важнейших факторов медицинской реабилитации. (8)

**Глава 2. Организация и метод исследования.**

**2.1. Организация исследования.**

Исследование проводилось в психоневрологической больнице № 12. Была набрана экспериментальная группа, состоящая из 4 мужчин и контрольная группа из 3 мужчин. Все пациенты имели диагноз – героинозависимой наркомания в возрасте от 23 до 27 лет.

Обследование проводилось в течение 3-х дней. В первый день антропометрические измерения. Во второй - ортостатическая проба и в третий – проба Летунова. Все данные записывались в протоколы.

В течение 3-х месяцев экспериментальная группа занималась по специально разработанной программе, а контрольная группа по обычной программе.

После проведенного курса было вторичное обследование группы. Все полученные данные были зафиксированы.

**2.2. Цели и задачи исследования.**

Цель исследования: разработать методику в комплексе реабилитации лиц, страдающих героинозависимой наркоманией.

Задачи исследования:

Провести анализ литературных источников.

Изучить особенности психофизического состояния больных с героинозависимой наркоманией в возрасте от 23 до 27 лет.

Разработать и экспериментально провести программу реабилитации.

**2.3. Методы исследования.**

**2.3.1. Методы оценки морфо-функционального состояния.**

Антропометрия.

При проведении измерений нужно пользоваться только специальным, стандартным инструментарием. Измерения следует делать утром, натощак или после легкого завтрака.

Антропометрия позволяет наблюдать за динамикой физического развития, проведя её через определённое время занятий.

Вес тела определяется на проверенных медицинских весах с точностью до 50 грамм. Измерение окружности грудной клетки делается сантиметровой портновской лентой. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) абсолютная определяется с помощью спирометра, а относительную (ЖЕЛ) по формуле:

ЖЕЛ абс

ЖЕЛ отн = Х 100%

Мт

Измерения проводятся в положении стоя.

ЖЕЛ – это объем воздуха, который может, выдохнут человек при максимально глубоком выдохе, при максимально глубоком вдохе.

Показатель осанки (ПО) определяется измерением толстотным циркулем расстояние между акромиальными точками – ширину плеч (ШП), а сантиметровой лентой по задней поверхности туловища определить по этим же точкам плечевую дугу (ПД) и вычислить по формуле:

ШП

ПО = Х 100%

ПД

Если показатель равен 80 % или ниже, то есть наличие сутуловатости. В норме ПО = 110 %.

**2.3.2. Метод оценки состояния опорно-двигательного аппарата.**

**Гомеометрия.**

Измерение углов подвижности в суставах.

Измеряется угломером в момент сгибания конечности без дополнительных усилий. Измеряется в градусах. Это позволит определить, какое воздействие окажут упражнения на растягивание, на опорно-двигательный аппарат.

**2.3.3. Методы исследования физической работоспособносссти.**

**Проба С.П. Летунова.**

Для оценки адаптации организма к скоростной работе и выносливости. Проба будет складываться из 2-х нагрузок: первая-20 приседаний, выполняемых за 30 секунд; вторая - трехминутный бег на месте в темпе 180 шагов в минуту. После окончания каждой нагрузки у испытуемого регистрируется восстановление частоты сердечных сокращений (ЧСС) и артериальное давление (АД). Эти данные регистрируются на протяжении всего периода отдыха между нагрузками.

Оценка результатов пробы С.П. Летунова не количественная, а качественная. Она ведется путем изучения так называемых типов реакции:

Нормотонический тип реакции. Каждой нагрузкой отмечается учащение пульса, повышается максимальное и понижается минимальное АД.

Гипертонический тип. Резкое повышение максимального давления до 180 – 220мм.рт.ст. Минимальное либо повышается, либо не изменяется.

Гипотонический тип. Незначительное повышение максимального АД, в ответ на нагрузки сопровождается резким учащением пульса на 2 нагрузки ( до 170 –190 уд./мин.) восстановление ЧСС и АД замедленно.

Дистонический тип. Снижение минимального АД, которое после 2 нагрузки становится равным 0 («феномен бесконечного тона»). Минимальное АД в этих случаях повышается до 180-220мм.рт.ст.

Реакция со ступенчатым подъёмом АД.

Максимальное АД, которое обычно снижается в восстановительном периоде, у некоторых повышается на 2-3-й минутах по сравнению с величиной на первой минуте восстановления. Это связано с ухудшением функционального организма испытуемого.

**Ортостатическая проба.**

Это изменение положения тела в пространстве для исследования функционального состояния организма.

При ортостатической пробе переход из горизонтального положения в вертикальное выполняется испытуемым активно, путем вставания. Реакция на вставание изучается на основании регистрации ЧСС и АД. Эти показатели многократно изменяются в горизонтальном положении тела, а затем в течение 10 минут в вертикальном положении.

Оценка ортостатической пробы оценивается на основании реальной ЧСС в вертикальном положении тела.

Если на протяжении 10 минут исследования ЧСС не превышает 89 уд/мин., реакция считается нормальной; ЧСС, равная 90-95 уд/мин., Указывает на снижение ортостатической устойчивости; если ЧСС превышает 95 уд/мин., то устойчивость низкая.

**Глава 3. Программа реабилитации больных героинозависимой наркоманией с элементами ЛФК и массажа.**

Для исследования состояния организма больных героинозависимой наркоманией было проведено необходимое обследование экспериментальной и контрольной группы. Были использованы следующие методы обследования: оценка морфо-функционального состояния (таблица №1); оценка состояния опорно-двигательного аппарата (ОДА) (таблица №2); оценка физической работоспособности (таблица №3). Больных обследовали в условиях стационара.

Таблица №1. Оценка морфо-функционального состояния, контрольной (n=5) и экспериментальной (n=5) групп, до эксперимента.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели морфо-функционального состояния | Экспериментальная группа | Контрольная группа | Показатели здоровых |
| Возраст | 26 | 26 | 26 |
| Вес | 75 | 77 | 80 |
| Объем грудной клетки | 100,9 | 101 | 108 |
| Показатель осанки | 95,5 | 98,8 | 110 |
| ЖЕЛ абс./отн. | 2,95/3,93 | 3,04/3,95 | 3,98/5,37 |

Данные таблицы №1 показывают, что больные экспериментальной группы имеют отклонения в показателях осанки, ЖЕЛ абс./отн. в отличие от здоровых и небольшое отклонение в показателях объема грудной клетки.

Таблица №2. Оценка состояния ОДА, контрольной (n=5) и экспериментальной (n=5) групп, до эксперимента.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Измеряемый угол | Экспериментальная группа | Контрольная группа | Показатели здоровых |
| Угол сгибания в тазобедренном суставе, стоя | 75,4 | 78,3 | 95,4 |
| Угол отведения в плечевом суставе | 145 | 148 | 185 |

Анализ результатов таблицы №2 показывает, что состояние опорно-двигательного аппарата у больных экспериментальной группы незначительно отличается от состояния ОДА здоровых.

Таблица №3. Методы оценки физической работоспособности, контрольной (n=5) и экспериментальной (n=5) групп, до эксперимента.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Методы оценки | Экспериментальная  группа | Контрольная группа | Показатель здоровых |
| Проба С.П. Летунова | Гипотонический тип | Гипотонический тип | Нормотонический тип |
| Ортостатическая проба | Устойчивость снижена | Устойчивость снижена | Устойчивость высокая |

Результаты таблицы №3 указывают на то, что больные экспериментальной группы обладают значительно низким уровнем работоспособности, чем здоровые.

Результаты обследования показали, что контингент больных значительно отличается по изученным показателям от показателей здоровых. Что свидетельствует о необходимости комплексного подхода к проведению реабилитационных мероприятий.

Эксперимент проводился 3 месяца в стационаре. Методика составлена из элементов ЛФК с использованием гигиенического массажа.

**3.1 Гигиенический массаж (до занятия)**

Целью гигиенического массажа является: усиление крово - и лимфообращения, нормализация психоэмоционального состояния, ускорение вырабатываемости – подготовка человека к выполнению предстоящей работы. Перед занятием преимущество отдается возбуждающим приемам.

На общий гигиенический массаж отводится 25-30 минут, при этом продолжительность массажа отдельных частей тела составляет:

Спина 5-8 мин., шея 5-8 мин., ноги 5-7 мин., грудь 3-4 мин., живот 1-2 мин., руки 2-4 мин.

Время на отдельные приемы массажа распределяется следующим

образом (в %): поглаживание - 10; растирание – 20; разминание – 65; ударные приемы – 2; вибрационные приемы – 3.

**3.2** **Дыхательные упражнения.**

1.И.п. основная стойка руки в стороны – вдох, выдох – обхватить себя руками за плечи спереди. Задержаться на выдохе 2-3 сек. (повторить 3-4 раза).

2. И.п. сидя на полу ноги согнуты в коленях, руки ладонями упираются в пол. Сделать вдох и на выдохе сгибаясь обхватить колени руками. Задержаться на 2-3сек. (повторить 3-4раза).

3.И.п. лежа на полу ноги вместе, руки вдоль туловища. Вдох медленно поднять ноги вверх, не сгибая колен (задержаться на 2-3 сек.) на выдохе вернуться в исходное положение (повторить 3-5 раз).

**3.3 Общеразвивающие упражнения.**

1. И.п. основная стойка руки на поясе, вращательные движения головой по часовой и против часовой стрелки (темп медленный; повторить 8 раз в каждую сторону).

2.И.п. основная стойка руки к плечам, вращательные движения руками вперед и назад (темп умеренный; повторить 8-10 раз).

3. И.п. основная стойка руки на поясе, вращательные движения в тазобедренных суставах по часовой и против часовой стрелки (темп медленный, амплитуда движений не глубокая; повторить 6 раз в каждую сторону).

4. И.п. основная стойка руки на поясе, махи ногами (темп нормальный, ноги в коленях не сгибать; повторить 10 раз).

5. И.п. основная стойка руки на поясе, приседания не отрывая пяток от пола (темп нормальный; повторить 10 раз).

6.И.п. основная стойка руки в стороны – вдох руки вверх выдох – руки через стороны вниз. Задержаться на выдохе 2-3 сек. (повторить 4-5 раз).

**3.4** **Упражнения на укрепление мышц позвоночника.**

1. И.п. лежа на спине, на раз-два вдавливаем затылок в пол – вдох, три и.п. – выдох (повторить 3-4 раза).

2. И.п. лежа на спине, вдавливать плечи (повторить 3-4 раза).

3. И.п. лежа на спине, вдавливать ягодицы (повторить 3-4 раза).

4. И.п. лежа на спине, вдавливать пятки (повторить 3-4 раза).

**Упражнения на гибкость суставов.**

**1**. И.п. лежа на спине, согнуть одну ногу (вторая нога должна быть прямой) и руками максимально прижать к животу, затем вернуться в и.п. (темп нормальный; повторить 8-10 раз).

2. И.п. лежа на спине, согнуть ноги в коленях и соединить стопы подошвой друг к другу. На раз-два развести колени на три-четыре вернуться в и.п. (повторить 8-10 раз.).

3. И.п. сидя на полу, ноги максимально широко развести в разные стороны, наклониться вперед, руки в стороны, держаться за ноги, на вдохе коснуться лбом пола, на выдохе вернуться в и.п. Наклон удержать 5-10 сек. Без болевых ощущений (повторить 3-5раз).

**3.6** **Упражнения на мышцы живота.**

1. И.п. лежа на спине, руки вдоль туловища, поочередно сгибать ноги, к животу касаясь противоположной рукой колена, подтягивать ноги на вдохе (темп нормальный; повторить 8-10 раз.).

2. И.п. сидя на полу руки за головой, зацепившись мысками за шведскую стенку, на раз отклонить корпус назад вдох на два вернуться в исходное положение (спина немного согнута, темп нормальный; повторить 10-15 раз).

**3.7 Гигиенический массаж (после занятия).**

После занятия преобладают успокаивающие приемы, при этом продолжительность массажа отдельных частей тела составляет:

Спина 5-8 мин., шея 5-8 мин., ноги 5-7 мин., грудь 3-4 мин., живот 1-2 мин., руки 2-4 мин.

Время на отдельные приемы массажа распределяется следующим

образом (в %): поглаживание - 12; потряхивание – 23; неглубокое разминание – 65.

**Глава 4. Анализ результатов исследования.**

На основании анализа результатируещего обследования была разработана программа реабилитации больных героинозависимой наркоманией с использованием элементов ЛФК и массажа.

После 3-х месяцев применения программы реабилитации было проведено повторное обследование больных, в результате которого было выявлено:

Таблица №5. Оценка морфо-функционального состояния, контрольной (n=5) и экспериментальной (n=5) групп, после эксперимента.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели морфо-функционального состояния | Экспериментальная группа | | Контрольная группа | | Показатели здоровых |
| До | После | До | После |
| Возраст | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| Вес | 75 | 77 | 77 | 78 | 80 |
| Объем грудной клетки | 100,9 | 105 | 101 | 103 | 108 |
| Показатель осанки | 95,5 | 108,7 | 98,8 | 105,2 | 110 |
| ЖЕЛ абс./отн. | 2,95/3,93 | 3,20/4,45 | 3,04/3,95 | 3,10/4,25 | 3,98/5,37 |

Существенные изменения произошли в морфо-функциональном состоянии экспериментальной группы, а именно: показатели осанки и ЖЕЛ абсолютная и относительная практически стали соответствовать показателям здоровых людей, объем грудной клетки значительно не увеличился.

Таблица №6. Оценка состояния ОДА, контрольной (n=5) и экспериментальной (n=5) групп, после эксперимента.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Измеряемый угол | Экспериментальная группа | | Контрольная группа | | Показатели здоровых |
| До | После | До | После |
| Угол сгибания в тазобедренном суставе, стоя | 75,4 | 90 | 78,3 | 87,2 | 95,4 |
| Угол отведения в плечевом суставе | 145 | 177 | 148 | 170 | 185 |

В отношении ОДА отметим то, что по окончании эксперимента произошли существенные изменения в его состоянии. Измеряемые углы подвижности суставов значительно приблизились к показателям здоровых людей.

Таблица №7. Оценка физической работоспособности, контрольной (n=5) и экспериментальной (n=5) групп, после эксперимента.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Методы оценки | Экспериментальная  группа | | Контрольная группа | | Показатель здоровых |
| До | После | До | После |
| Проба С.П. Летунова | Гипотон. тип | Нормотон. тип | Гипотон. тип | Гипертон. тип | Нормотон. тип |
| Ортостатическая проба | Устойчив. снижена | Устойчив. высокая | Устойчив. снижена | Устойчив. снижена | Устойчив. высокая |

Из таблицы №7 следует, что в результате проведенного эксперимента общая физическая работоспособность экспериментальной группы оказалось приближенной к показателям здоровых.

Результаты проведенного обследования свидетельствуют об эффективности использования данной программы в комплексе реабилитации больных героинозависимой наркоманией с использованием элементов ЛФК и массажа.

На основании полученных результатов сформулированы практические рекомендации.

**Выводы.**

1. Анализ литературных источников, касающихся психических и физических изменений, возникающих вследствие злоупотребления психоактивными веществами, позволяет выделить несколько, с нашей точки зрения, важных пунктов. Это процесс всего поведения героинозависимых наркоманов, отражающее их качество жизни:

1.1. Состояние глубокого равнодушия ко всему, что не относится к миру наркотиков. Равнодушие распространяется на родных, близких, на весь мир.

1.2. Все, что является преградой на пути влечения к наркотику, вызывает приступы злобы, ярости, раздражения, не взирая на то, что эти приступы носят неадекватный характер.

1.3. Крайне не устойчивое настроение с доминированием подавленности, безысходности резко деформирует всю систему мироощущения наркомана.

1.4. Состояние физического бессилия, мышечной «размазанности», является дополнительным фактором, утяжеляющим состояние героинозависимого наркомана.

2. На основании анализа литературных источников были выбраны методы исследования, позволяющие оценить: морфо-функциональное состояние, состояние ОДА, а так же состояние физической работоспособности.

3. В результате констатирующего обследования были получены данные, по которым можно судить об особенностях избранного контингента: снижена общая физическая работоспособность; состояние ОДА в среднем снизилось не значительно, но все же изменения в подвижности суставов наблюдаются; показатели осанки, ЖЕЛ, объем грудной клетки имеют значительные изменения от нормы.

4. На основании предварительного обследования была разработана программа реабилитации, в которую вошли следующие блоки упражнений: гигиенический массаж; дыхательные упражнения; общеразвивающие упражнения; упражнения на укрепление мышц позвоночника; упражнения на гибкость суставов ОДА; упражнения на мышцы живота.

5. В результате проведения экспериментальной программы можно констатировать, что произошли следующие положительные изменения в состоянии больных, участвующих в эксперименте:

5.1. Улучшилась гибкость позвоночного столба, подвижность в суставах ОДА, укрепились мышцы спины.

5.2. Показатели физической работоспособности оказались приближены к уровню показателей здоровых.

5.3. По показателям морфо-функционального состояния можно сказать, что показатели осанки стали практически соответствовать показателю нормы здоровых людей, улучшились показатели дыхательной системы в частности ЖЕЛ, незначительно увеличился объем грудной клетки.

По результатам можно сделать вывод, что применение АФК с элементами ЛФК и массажа в комплексе реабилитации больных героинозависимой наркоманией показало значительные изменения в психофизического состояния испытуемого, чем методики, которые используют обычные методы лечения.

**Практические рекомендации.**

1. Обязательно выполнять комплекс не менее 2-х раз в неделю, желательно утром в течение 1 часа.

2. Упражнения выполнять в хорошо проветренном зале, исключая сквозняков, в спортивной форме.

3. Переход из положения лежа в положение стоя осуществлять спокойно без резких движений.

4. Инструктор-реабилитолог должен проводить занятие директивно, уверенно, но в то же время корректно, с пониманием глубины патологии и степени выраженности психических и физических отклонений.

5. Строго соблюдать увеличения нагрузки и последовательность упражнений.

**Список литературы.**

Александровский Ю.А., Кюне Г.Э. Общие принципы терапии психических больных // Руководство по психиатрии/ под ред. Г.В. Морозова. В 2-х томах. М. Медицина, 1988. т. 2. Стр. 463-476.

Бабаян Э.А. Лекарственная зависимость// Б.М.Э. 3 издание. М. Советская энциклопедия, 1980. т.12. стр. 5505-507

Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. М. Медицина, 1987. 336 стр.

Бажин А.А. Применение психотропных препаратов в психиатрии и наркологии. СПб. Знание, 1999. стр.48

Белогуров С.Б. Наркотики и наркомания. Книга для всех. СПб. Университетская книга, 1997. стр. 112

Билибин Д.П., Дворников В.Е. Патофизиология алкогольной болезни и наркоманий. М. Изд-во УДН, 1991. стр. 104

Выгодский Л.С. Развитие высших психических функций. М. 1960.

Дернер К., Плог У. Заблуждаться свойственно человеку. СПб. ПНИИ им. В.М. Бехтерева, 1997 стр. 520

Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д. Наркомании и токсикомании. Л. Медицина, 1991. стр. 282

Кон И.С. Введение в сексологию, 2 издание, М., 1989

Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков, изд.2. Л. Медицина, 1983. стр.255

Пятницкая И.Н. Клиническая наркология. Л. Медицина, 1975 стр.332

Христозов Х. Интоксикационные психозы // Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова. В 2-х т. Т.2. М. Медицина, 1988, стр. 218 –231

Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Становление наркологии: клинические и биологические тенденции развития / под ред. Ю.П. Голикова СПб. НИИЭМ РАМН, 1988. стр. 159-168

Веренич Г.И. Наркомания и подросток. Мн. 1987

Кирпиченко А.А. Психиатрия. 2-е изд. 1989. Мн.

Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение подростков. Мн. 1988.

Машков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней. М. Медицина, 1982.

Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. М.Медицина, 1978. стр. 232

Гриненко А.Я., Крупицкий Е.М., Шабанов П.Д. и др. Нетрадиционные методы лечения алкоголизма. СПб. Гиппократ. 1993. стр.192

Гульдан В.В. Основные типы мотивации противоправных действий у психопатических личностей // Вестн. Москв. Ун-та. Сер.14. Психология. 1984. №1. стр.31-45

Воловик В.М., Вид В.Д. Психофармакология и психотерапия // Фармакотерапевтические основы реабилитации психических больных / под ред. Р.Я. Вовина, Г.Е. Кюне. М. Медицина, 1989. стр. 98-117

Морозов Г.В., Боголепов Н.Н. Морфинизм. М. Медицина, 1984. стр.173

Наркологическая помощь населению Российской Федерации. 1991-1997г.г. / Егоров В.Ф., Зайченко Н.М., Кошкина Е.А. и др. М. НИИ наркологии МЗ РФ. 1998 стр.126

Дубровский В.И., Готовцев П.И. Методы повышения физической работоспособности и снятия утомления у спортсменов. М. 1977

Барсов М.К. Учебник врачебной гимнастики и массажа. СПб. 1888.

Саркизов-Серазини И.М. Спортивный массаж. М. Физкультура и спорт. 1963.

Исполнитель

Выпускной

Квалификационной

работы М.А.

Научный

руководитель И.А.

Зав. кафедры Н.О.

Дата защиты 2001 год.

Оценка за роботу

Председатель

Государственной

Аттестационной

Комиссии