

# Нейролептики с антипсихотическим действием при героиновой зависимости

ДАРЕНСКИЙ И.Д.

д.м.н., профессор кафедры наркологии ФПО  
Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, Москва

*Явления абстиненции, постабстинентные нарушения и псевдоабстинентные состояния имеют значительную выраженность, достигающую психотического уровня, и отличаются терапевтической резистентностью в отношении седативных и транквилизирующих средств. Традиционное использование в наркологии нейролептиков с преимущественно депримирующим действием и побочными явлениями в виде нейролепсии усугубляет негативные расстройства и состояния анергии у наркологических больных. Использование нейролептика усиливает негативные расстройства, способно воздействовать одинаково успешно на негативную и позитивную симптоматику, достигающую психотического уровня, и лишено выраженных побочных действий, повышает роль нейролептиков в наркологии.*

## Введение

У больных с развернутой стадией алкоголизма или героиновой наркомании расстройства по своей выраженности достигают уровня психотических. Клинической компенсации и состояния ремиссии у больных удается достичь при использовании нейролептиков. Нейролептики являются традиционно используемыми в наркологической практике средствами. В противном случае сразу после выписки пациенты начинают употребление психоактивных веществ (ПАВ). Однако роль нейролептиков в наркологии неоднозначна. Как известно, в основной массе нейролептики позволяют устранять позитивные симптомы, но при этом они мало эффективны в отношении негативных симптомов [19–23].

Кроме этого, нейролептики имеют заметные побочные эффекты в виде выраженной седации и нейролепсии. Подобные побочные явления почти у каждого пациента вызывают негативную реакцию, воспринимаются как непереносимые и тягостные явления, как не совместимые с пребыванием в лечебной программе. Они приводят либо к отказу от приема нейролептиков, либо к употреблению кофеин содержащих напитков в больших количествах. Все это препятствует клиническому эффекту нейролептиков и достижению клинической компенсации.

Следующей причиной незначительной эффективности использования нейролептиков в наркологии является порядок их использования. Опьянение и абстинентные расстройства обычно привлекают внимание больных и врачей, и рассматриваются ими как мишень для терапевтических усилий. Обычно эти состояния купируются с использованием симптоматических средств (аналептики, дезинтоксикация, сердечно-сосудистые средства и т. д.). В фазу алкогольной абстиненции не рекомендуется использование антипсихотиков и нейролептиков. Применение нейролептиков в фазу абстиненции у больных алкоголизмом обычно затруднено из-за возможных осложнений [5]. Далее в раннюю постабстинентную и прецидивную фазы нейролептики обычно не применяются, т. к. врачи не видят терапевтических мишеней для нейролептиков. В постабстинентном состоянии лечебная помощь обычно прекращается по обоюдному согласию сторон, участвующих в лечебном процессе. Но именно в эту фазу заболевания возникает острая необходимость в дальнейшей достаточно интенсивной терапии.

Даже если исключить проникновение ПАВ в стационар, это не избавляет от возникновения клинической декомпенсации и прецидивного состояния и, соответ-

венно, ранних рецидивов. В настоящее время отсутствует принудительное лечение наркологических больных в условиях наркологического стационара. Поэтому клиническая декомпенсация сопровождается заявлением больного, что он “вылечился и не нуждается в дальнейшем лечении” и требованием немедленной выписки.

Нейролептики необходимы и в амбулаторной практике для купирования прецидивных состояний. Устаревшая система малодифференцированного по времени назначения нейролептиков, отсутствие нейролептиков, способных действовать одинаково успешно на негативные и позитивные расстройства, — все это делало до сих пор использование нейролептиков в наркологии недостаточно эффективным.

Целью данной работы являлось изучение возможности использования нейролептиков нового поколения у наркологических больных для устранения негативных и позитивных расстройств разной степени выраженности.

## Материал и методы

Обследовались больные героиновой зависимостью в период стационарного лечения, обнаруживающие массивные расстройства в абстинентном и постабстинентном периоде. Всего обследовано и проведено лечение больных мужчин в количестве 80 человек, в режиме стационарного лечения в клинике НИИ наркологии. Средний возраст больных 22,5 года, длительность заболевания — 2,5 года, суточная доза внутривенно употребляемого наркотика — 0,7 грамма.

В лечебной программе использовался традиционный для больных с героиновой зависимостью набор симптоматических средств [1, 6, 10]. Помимо этого применялся нейролептик нового поколения рисполепт, обладающий антипсихотическим действием за счет купирования негативных и позитивных расстройств у психических больных [12–13, 15], учитывая первый опыт использования препарата рисполепт при лечении больных с героиновой зависимостью [8, 11, 17–18].

Больные случайным образом были разделены на две группы. Нейролептик рисполепт использовался у 40 наркологических больных, входивших в 1-ю группу. Препарат назначался в дозе 1 мг 3 раза в день в течение недели. При этом из схемы лечения исключались иные нейролептики. Больные 2-й, контрольной группы (40 чел.) помимо симптоматического лечения (антиконвульсанты, анальгетики, вегетотропные, транквилизаторы, витаминотерапия, гепатопротекторы) вместо рисполепта получали седативные нейролептики (аминазин, хлорпротиксен).

Лечение наркологических больных строилось нами по новой схеме. Прежде всего, это касается последовательности лечения и подхода к распределению лечебной помощи на протяжении заболевания. Рисполепт назначался 20 больным после купирования абстинентных расстройств в период стационарного лечения и 20 больным при амбулаторном лечении в прецидивную фазу, имеющую отчетливые клинические признаки у данных больных.

Клиническая оценка больных проводилась с 1-го по 21-й день лишения наркотика. Ввиду того, что у больных трудно проследить суточную динамику состояния, она оценивалась первый раз в разгар абстинентных расстройств и второй раз по окончании ранней постабстинентной фазы, на 21 день лишения наркотика.

Клиническое состояние и его динамика оценивались по ограниченному кругу симптомов, куда входили симптомы, традиционно привлекаемые для оценки клинической картины наркологических заболеваний [9]. Кроме этого проводился поиск симптомов, не вошедших в традиционный перечень, но занимающих большое место в клинической картине. Для этого использовалась карта, составляющая перечень негативных и позитивных расстройств.

Критерием эффективности действия нейролептиков являлось уменьшение числа и выраженности симптомов, а также отсутствие ранних рецидивов в стационаре или сразу после выписки. Симптоматикой, чувствительной к нейролептику, считалась та, что отличалась массивностью в разгар абстинентных расстройств и резким уменьшением или полным купированием к концу ранней постабстинентной фазы. Выраженность симптомов оценивалась по 5-балльной системе.

Проводился статистический анализ полученных результатов с использованием непараметрической методики G-критерия знаков (Мак-Немара) [16]. Для выявления взаимосвязи динамики симптомов применялся корреляционный анализ.

### Результаты

Анализ состояния больных позволил выявить расстройства, наиболее чувствительные к действию указанных нейролептиков. Нейролептик рисполепт не обнаружил тропности к расстройствам, традиционно анализируемым в публикациях по оценке действия психотропных средств у наркологических больных. К ним можно отнести такие, как инсомнические расстройства, снижение настроения, гипергидроз, тремор, озноб, тахикардия, жажда, тошнота, отсутствие аппетита, астенические расстройства, парестезии, колебания АД, разбитость, тяжесть в голове, слезотечение, насморк, атаксия, тремор, озноб, тахикардия. Между выраженностью этих симптомов у больных, получавших рисполепт и плацебо, не было статистически достоверной разницы.

В то же время рисполепт обнаруживает значительный клинический эффект, меняя поведение больных. Несомненно, такой конечный эффект нейролептика обусловлен его действием на определенную симптоматику. Определена симптоматика, наиболее тропная к действию рисполепта (см. таблицу), с купированием которой и связаны изменения состояния больных, наиболее полно отражающие клиническую картину наркологического заболевания и его динамику.

По указанным симптомам больные, получавшие рисполепт, чаще обнаруживали терапевтический эффект в сравнении с контрольной группой больных. Позитивные изменения клинической картины наблюдались у значительно большего числа пациентов, получавших рисполепт

(70%), чем у пациентов, получавших плацебо (36%). Различия по выраженности положительного сдвига между группами, получавшей плацебо и рисполепт, были статистически достоверны ( $P < 0,05$ ). Использование рисполепта приводит к значительной клинической компенсации при отсутствии внешне заметных побочных эффектов в виде выраженной седации и нейролепсии.

Анализ в отношении динамики распространенности отдельных симптомов показал, что препарат влияет на нарушения мышления, уменьшая частоту встречаемости диссоциативных расстройств, интрапсихической ориентации переживаний, эгоцентричности переживаний, элективности интереса к окружающему и деперсонализации в плане самооценки. Больные производят впечатление более рассудительных, взвешенно оценивающих каждый свой выбор или шаг. Начинают критически оценивать свое состояние и выносят взвешенные решения при выполнении дилемм принятия решений [D. Stouner, 1961; цит. по 3].

Патологическое влечение к наркотику, как разновидность волевых нарушений, уменьшается в степени, достаточной для изменения всего рисунка поведения больного и упорядочивания его с исчезновением наркотических сновидений, поисков наркотика, проявлений игло- и шприце-мании. Становятся редки случаи употребления ПАВ в условиях пребывания в стационаре и сразу после выписки.

Купирование аффективных расстройств, в том числе раздражительности, дисфории, эмоционально-психического напряжения также проявлялось изменением поведения больных. Больные становились спокойнее, доступнее для общения с окружающими, в том числе и с врачом, соглашались на психотерапевтические беседы и назначение психофармакологических средств, от которых ранее под предлогом их неблагоприятного действия отказывались. У больных с успешным действием препарата не наблюдалось конфликтов с персоналом, агрессивности в отношении других больных, развязного и демонстративного поведения.

Обнаружена достаточно высокая эффективность препарата в отношении психопатоподобных расстройств с исчезновением агрессивности и враждебности.

Однако действие рисполепта не ограничивалось всецело седативным свойством, направленным на купирование явлений раздражительной слабости. Рисполепт оказывает влияние на аффективную астеническую симптоматику. К действию препарата чувствительны состояния эмоциональной депримированности и редукации психического энергетического потенциала в виде вялости, пассивности, апатичности, безразличия к окружающему и отсутствия побуждения к деятельности.

В отличие от иных психофармакологических средств, обладающих своеобразным активирующим воздействием на больных с апатоабулической симптоматикой, рисполепт не вызывает расторможенности влечений. В частности, у обследованных больных не наблюдалось усиления влечения к наркотику.

За счет активации психической деятельности повышался уровень сознания больных. Они становились более внимательными к окружающим, ориентированными не на внутренние переживания, а на окружающих, активно поддерживая беседу и включаясь в будничные заботы отделения. Появлялся так называемый раппорт с окружающими и эмоциональный отклик на собеседника.

Ни у одного больного не наблюдалось таких признаков нейролепсии, как гиподинамия, олигокинезия и психическая заторможенность, сонливость и эмоционально-воле-

## Перечень проходящих симптомов, специфичных для наркологических заболеваний

Название симптома	Число позитивных изменений	
	В основной группе (n = 40)	В контрольной группе (n = 40)
<b>НЕГАТИВНЫЕ</b>		
<b>Гипоэргические расстройства</b>		
<b>Астеническое снижение уровня сознания</b>		
Дереализация	28	7
Деперсонализация (самовосприятие)	26	10
Сужение круга актуальных тем	30	11
Грезоподобное состояние	35	9
Идеаторные затруднения и учащение моторных ошибок	30	8
Замедление субъективного времени	31	12
Сенсорная депривация	26	13
Снижение внимательности	32	14
Обнубиляция	30	15
<b>Астеническая гиперестезия</b>		
Психическая интолерантность к окружающему	33	7
Сенсорная гиперестезия	28	5
Повышенная чувствительность к внешним воздействиям	27	8
Гетерономия	26	6
<b>Гиперэргические астенические расстройства</b>		
Раздражительность	36	16
Асомния с затруднением засыпания и поверхностным сном	26	3
<b>Редукция энергетического потенциала</b>		
Аспонтанность	40	17
Анергия	39	14
Олигокинезия	40	11
<b>Эмоциональные астенические расстройства</b>		
Астенические эмоции	38	16
Ангедония	35	20
Алекситимия	26	4
Эмоциональная депривация	31	7
<b>Ятрогении</b>		
Лекарственная депривация, нейролепсия	8	0
<b>ПОЗИТИВНЫЕ</b>		
<b>Нарушения мышления</b>		
Диссоциация мышления	25	4
Интрапсихическая ориентация переживаний	28	11
Эгоцентричность переживаний	24	6
Элективный интерес к окружающему	29	13
Деперсонализация (самооценка)	29	7
Выполнение дилемм принятия решений	26	10
<b>Поведенческие, кинетические расстройства</b>		
Стремление к отвлекающему шуму	28	5
Потеря цели действия	34	17
Гиперкинезия с эйфория	26	14
Враждебность	27	11
Истерические поведенческие расстройства	35	9
Пуэрилизм	27	10
<b>Наркотическое поведение</b>		
Влечение к наркотику	30	3
Сновидения наркотического содержания	34	12
Поиски наркотика	40	20
Игло-, шприцемания	26	10
<b>Гиперкомпенсаторные расстройства</b>		
Ипохондрическое поведение, тревога	29	15

вая депривация. Не наблюдалось осложнения лечения в виде экстрапирамидных расстройств, чему способствовало, в частности, использование низких доз препарата.

Но более важное достоинство препарата в том, что его действие происходит исподволь, не вызывая каких-либо тягостных, например свойственных седативным нейролептикам, или эйфоризирующих, как психостимуляторы, эффектов, что часто одинаково привлекательно для пациентов с героиновой зависимостью, стремящихся к сильным ощущениям любой валентности.

Психотропный эффект в отношении основной массы симптомов в большей степени проявлялся у больных с изначально более выраженными расстройствами. В тоже время, чувствительность к действию нейролептика у больных наблюдалась более высокая в постабстинентный период. В фазу абстиненции чувствительность, а, соответственно и терапевтический эффект, были ниже. Для достижения терапевтического эффекта возможно использование более высоких, даже значительных доз нейролептика. Ведение больных с героиновой зависимостью подразумевает использование терапевтических доз рisperone в течение не менее чем трех недель с момента лишения наркотика [7]. Подобный подход рекомендуется, учитывая терапевтическую стойкость расстройств, а также нестабильность состояния и возможность изменения состояния больных при воздействии любого провоцирующего момента.

Корреляционный анализ данных позволил обнаружить предпочтительность действия рisperone в отношении отдельных групп симптомов. Внутри групп симптомов не обнаружено статистически достоверной разницы чувствительности к действию препарата. Однако не все взаимосвязанные в статусе своим происхождением симптомы устраняются в одинаковой степени и с одинаковой скоростью. При внимательном наблюдении заметно, что редукция симптомов является не сочетанной, а происходит порознь. Нормализация поведения и устранение симптомов не всегда связаны напрямую между собой. Другими словами, они также устранялись первично, непосредственно, без вторичного устранения одних симптомов за счет устранения других, традиционно определяющих первые в их возникновении и существовании.

Происходила не вторичная, как это принято говорить “коррекция поведения”. Устранение агрессивных или депримируемых форм нарушений поведения, наркотического поведения и снижения степени бодрствования, как неких суммирующих психическое состояние форм поведения, происходило под действием рisperone независимо от редукции иных негативных и позитивных расстройств.

Поведение упорядочивалось еще до устранения расстройств, могущих повлиять на него, условно называемых “собственно наркотическое поведение”: влечение к наркотику, проявляющееся, в частности, в виде сновидений наркотического содержания, поиска наркотиков, игло- и шприцемании.

Отсутствует жесткая связь между симптоматикой нарушения поведения, обычно определяющей понятие “психотическое возбуждение”: агрессивность, психическое напряжение, эйфория и гиперкинезия, стремление к отвлекающему шуму или “психотическую депримированность” и иными продуктивными расстройствами, прежде всего с нарушениями мышления: диссоциацией мышления, интрапсихической ориентацией переживаний, эгоцентричностью переживаний, элективным интересом к окружающему, деперсонализацией (самооценки).

Также обстоит дело и в отношении связи астенического снижения уровня сознания (дереализация, деперсонализация (самовосприятия), сужение круга актуальных тем, трезоподобное состояние, идеаторные затруднения и учащение моторных ошибок, замедление субъективного времени, сенсорная депривация, снижение вигилантности, обнуляция, с одной стороны, и эмоциональными астеническими расстройствами (астенические эмоции, ангедония, алекситимия, эмоциональная депривация) и редукцией энергетического потенциала (аспонтанность, анергия, олигокинезия), с другой.

### Дискуссия

Известно, что употребление ПАВ в период абстиненции и сразу по ее миновании сопровождается резким изменением состояния больного, прежде всего его поведения. У больного с наркотической зависимостью исчезает “наркотическое поведение”, направленное на приобретение и употребление наркотика, исчезают астенические переживания, меняются аффективные нарушения и иные симптомы. Обращает на себя внимание, что наркотик устраняет метанаркотические расстройства, т. е. расстройства, возникшие при лишении наркотика у зависимых пациентов, не постепенно и не “посимптомно”, а одномоментно меняя поведение в целом, порой оставляя ряд симптомов в неизменном виде. Другими словами, ПАВ как бы устраняет психотические расстройства, свойственные периоду до и после действия наркотика, но, при этом, вызывает иные, интоксикационные психотические переживания.

В фазу рецидива обмен нейромедиаторов определяется непосредственно действием ПАВ. В прецидивную и постцидивную фазы причиной тому инерционные процессы в организме, направленные на восстановление гомеостаза, нарушенного ПАВ [2]. В этой ситуации традиционно использовались симптоматические средства для устранения метанаркотических расстройств. Однако постоянно велись поиски средств, способных повлиять на кардинальные, ведущие механизмы развития последних без учета отдельных симптомов, не предопределяющих наркотическое поведение [4].

Аналогичная ситуация существует при лечении иных психиатрических больных. При этом были выделены процедуры (в основном шокового содержания) и нейролептики, способные оказывать глобальное воздействие на течение эндогенного заболевания с уменьшением степени его прогрессивности, нормализацией рисунка поведения, уменьшением негативных симптомов и, прежде всего апатоабулических явлений. Ряд продуктивных расстройств претерпевает дезактуализацию, но может оставаться в клинической картине.

Таким образом, термин “нейролептик с антипсихотическим действием”, “антипсихотическое действие” означает устранение некоей нейрофармакологической основы, на которой происходит формирование основных симптомов клинической картины заболевания. В приложении к наркологическим заболеваниям такой основой являются состояния, сопряженные с позитивными расстройствами в виде влечения к наркотику, наркотического поведения, и негативными симптомами астено-депрессивной природы и редукцией психического энергетического потенциала.

Свидетельство специфики психотропной активности нейролептика рisperone является проявление антипсихо-

тического действия с одинаково успешным устранением продуктивных и дефицитарных расстройств, а также коррекцией поведения путем дезактуализации наркотических форм поведения. Использование препарата вызывает закономерную редукцию так называемых “вторичных негативных расстройств”, вызванных в свою очередь позитивными расстройствами, аффективными нарушениями и депримирующим действием нейролептиков [13-14]. Однако, и первичные негативные расстройства чувствительны к действию препарата, о чем свидетельствует их уменьшение независимо от устранения позитивных расстройств.

### Выводы

При наркологических заболеваниях фазы абстиненции и ранняя постабстинентная характеризуются негативными и позитивными расстройствами, которые по выраженности являются психотическими. Устранение этих расстройств возможно с помощью нейролептиков, обладающих эффективным действием на позитивные и негативные расстройства при минимальной выраженности побочного действия, не превышающего сами расстройства.

Обнаружен положительный эффект использования нейролептика нового поколения рисполепта в указанные фазы заболевания, способного купировать продуктивную и дефицитарную симптоматику при героиновой зависимости с устранением патологического влечения к наркотику, психоподобных и аффективных расстройств. Значительная клиническая компенсация, достигаемая использованием рисполепта у больных героиновой зависимостью в постабстинентную и предрецидивную фазы обусловлена антипсихотическими свойствами препарата. Использование препарата формирует такое поведение, которое имеет трезвеннические атрибуты и позволяет избежать употребления больными наркотика в период лечения и ранних рецидивов заболевания. Действие препарата создает условия для стабилизации ремиссии и имеет профилактическое значение при дезактуализации предрецидивных состояний.

### Список литературы

1. Альтшулер В. Б., Рохлина М. Л., Стрелец Н. В., Даренский И. Д. и соавт. Стандарты (модели протоколов) диагностики и лечения наркологических больных. Приказ МЗ РФ № 140 от 28.04.98. — С. 42.
2. Анохина И. П., Коган Б. М. Функциональные изменения нейромедиаторных систем при хроническом алкоголизме. Итоги науки и техники. — Токсикология. — Т. 13. — М., 1984. — С. 151—178.
3. Бурлачук Л. Ф., Савченко Е. П. Психодиагностика (психодиагностические методики). — К.: А.Л.Д., 1995.

4. Гофман А. Г. и соавт. Терапия опийного абстинентного синдрома новым препаратом анар. — Наркология. — 2002. — №3. — С. 5—8.
5. Даренский И. Д. Фазы алкоголизма (клинико-терапевтическое исследование): Автореферат дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1997. — 48 с.
6. Даренский И. Д. и соавт. Стандарты объемов оказания наркологической помощи. В кн: Стандарты объемов оказания специализированной медицинской помощи (госпитальный этап) на разных региональных уровнях: Учебно-методическое пособие. — М., 1990.
7. Даренский И. Д. и соавт. Ранняя постабстинентная фаза при героиновой наркомании. — Омск, 2000. — С. 23—25.
8. Даренский И. Д. Антипсихотические нейролептики в наркологии. IX Российский национальный конгресс “Человек и лекарство.” Тезисы докладов. — М., 2002. — С. 125.
9. Иванец Н. Н. и соавт. Глоссарий. Стандартизованные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов: Методические рекомендации. — М., 1976.
10. Иванец Н. Н., Даренский И. Д. и соавт. Лечение алкоголизма, наркоманий и токсикоманий (краткое клиническое руководство). — М., 1998. — 60 с.
11. Иванец Н. Н. и соавт. Применение препарата рисполепт (рисперидон) при лечении больных героиновой наркоманией. — Вопросы наркологии. — 2001. — № 6. — С. 11—18.
12. Калинин В. В. Журнал социальная и клиническая психиатрия. — 1999. — № 1. — С. 97—105.
13. Калинин В. В. Сероквель - атипичный нейролептик: особенности психотропного эффекта и показания // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 5. — С. 181—184.
14. Морозова М. А., Бениашвили А. Г., Жаркова Н. Б. Особенности развития антипсихотического эффекта на фоне терапии допамин-серотонинергическим антипсихотиком больных шизофренией в состоянии обострения // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 5. — С. 175—181.
15. Мосолов С. Н. с соавт. Применение атипичного нейролептика рисполепт в психоневрологической практике: Метод. письмо. — М., 2000. — 16 с.
16. Поллард Дж. Справочник по вычислительным методам статистики. — М.: Финансы и статистика, 1982.
17. Сиволап Ю. П. и соавт. Фармакотерапия в наркологии. — М.: Медицина, 2000. — С. 238—239.
18. Тихомиров С. М. и соавт. Журнал психиатрия и психофармакотерапия, 2000. — Т. 3, №3. — С. 96—98.
19. Andreasen N. C. Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability // Arch. Gen. Psych., 1982. — 39, 784.
20. Andreasen N. C., Olsen S. Negative vs positive schizophrenia: definition and validation // Arch. Gen. Psych., 1982. — 39, 789.
21. Crow T. J. The two-syndrome concept: Origins and current status // Schizophr. Bull., 1985. — 11 471.
22. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr. Bull., 1987. — 13 261.
23. Kay S. R., Sandyk R. Interpretation of the positive-negative distinction. In: Kay S. R. (Ed.): Positive and negative syndromes in schizophrenia: Assessment and research.

### NEUROLEPTIC WITH ANTIPSYCHOTIC BY ACTION AT HEROIN DEPENDENCE

DARENSKY I.D. professor of faculty addictology.  
Faculty postdiplom of vocational training MMA, Moscow

*Phenomens in the period withdrawal, post withdrawal states and pseudo-withdrawal conditions have significant, expression reaching psychotic level, and differ therapeutic resistant in the attitude sedative and tranquillization of means. Traditional use in narcology neuroleptic with mainly deprimiration by action and by-effects as neurolepsii aggravates negative frustration and condition anergic at narcology patients. Use neuroleptic of new generation rispolept, capable to influence equally successfully on negative and positive symptoms, reaching psychotic level and deprived of the expressed collateral actions, raises a role neuroleptic in narcology.*