
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том XII № 1

2012

Павлодар

Редакционная коллегия:

профессор, д.м.н. А.Л. Катков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н.М. Абдиров; к.м.н. Т.В. Пак (заместитель главного редактора); Н.Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); Л.Н. Маркина (редактор); профессор Н.А. Бохан; профессор О.Т. Жузжанов; профессор Н.Т. Измаилова; д.м.н. Ю.А. Россинский; к.м.н. А.А. Кусайнов; д.м.н. С.А. Нурмагамбетова; академик РАМН В.Я. Семке; А.К. Тастанова; д.м.н. А.Ю. Толстикова; профессор А.А. Чуркин; д.м.н. П.Д. Шабанов; О.Г. Юсупов

Редакционный совет:

С.А. Алтынбеков (Алматы); А.А. Аканов (Алматы); С.З. Каирбекова (Астана); А.Т. Ескалиева (Павлодар); В.Ю. Завьялов (Новосибирск); Н.Н. Иванец (Москва); Р.Б. Исаева (Алматы); Г.М. Кудьярова (Алматы); И.Е. Куприянова (Томск); В.Н. Михайлов (Москва); А.В. Нерсесов (Астана); Л.А. Степанова (Томск); М.К. Телеуов (Астана)

**Регистрационное свидетельство №1943-Ж выдано
Министерством культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан**

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы наркологии Казахстана”
решением коллегии ВАК от 20.02.2004 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации**

**Журнал основан в 2001 году
Адрес редакции: Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
телефон (факс): 8(7182) 60-50-93.
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Катков А.Л.

О нормативно-правовом обеспечении развития медицинской науки в Республике Казахстан 7-10

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

Катков А.Л.

Новые доктринальные подходы в сфере противодействия распространению социальных эпидемий 11-13

Катков А.Л.

Универсальные факторы риска – устойчивости вовлечения в социальные эпидемии 13-18

Пак Т.В., Дегквитуц П., Розенкранц М.

Оценка промежуточных результатов научно-технической программы «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий в Республике Казахстан» экспертами Европейского Союза 18-24

Садвакасова Г.А., Ережеп А.К., Колпакова В.А., Сембаева С.Х.

Исследование распространения рисков вовлечения в психологические зависимости среди взрослого населения в системах первичной медико-санитарной помощи 24-27

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Павленко В.П., Кусаинов А.А., Кашкаров М.В.

Диагностические критерии опиной наркомании для её вторичной профилактики 28-33

КЛИНИКА

Бактыбаева Л.Б., Саидов Т.У.

Клинико-динамические параметры синдрома психической дегградации (практический аспект) 34-36

Бактыбаева Л.Б., Саидов Т.У.

Клинико-психопатологические особенности полинаркоманий (на примере зависимости вследствие сочетания опиодов и психоактивных веществ снотворного действия) 37-39

Пазылхаир М.П.

Аффективные расстройства в общей синдромологии химических зависимостей 40-42

Ракишева А.С., Пазылхаир М.П., Барбалова К.Ш.

Особенности клиники периодических форм злоупотребления алкоголем у женщин 43-46

Саидов Т.У., Бактыбаева Л.Б.

Особенности психотических состояний, возникающих при употреблении каннабиноидов (дифференциально-диагностический аспект) 46-49

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

**РГКП
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЦЕНТР МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНЫХ
ПРОБЛЕМ
НАРКОМАНИИ»**

**Том XII
№ 1
2012 год**

**выходит
4 раза в год**

Ускенбаева Ж.С.

Случай алкоголизма у женщины, осложнившегося алко-
гольным психозом

49-52

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Колтакова В.А.

Научный подход к медицинской практике в наркологии

53-55

*Садвакасова Г.А., Цой Е.В., Естаева М.К., Каража-
нова А.С.*

Актуальность реабилитационной программы для нарко-
зависимых лиц в системе пенитенциарных учреждений
Республики Казахстан

55-57

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

Гребнев С.А.

Гипнотерапия в работе с наркозависимыми клиентами
(из книги «Психотерапия и реабилитация наркотической
зависимости»)

58-64

Ережес А.К.

Сочетанные формы химической и нехимической зависи-
мости в практике врача нарколога

64-68

*Садвакасова Г.А., Колтакова В.А., Ережес А.К., Кара-
жанова А.С.*

Международный опыт и основные принципы програм-
мы реабилитации в системе исполнения наказания

69-71

*Садвакасова Г.А., Цой Е.В., Естаева М.К., Каража-
нова А.С.*

Социально-психологические особенности функциони-
рования личности в пенитенциарной системе (обзор ли-
тературы)

72-74

Саидов Т.У.

К вопросу о патогенетических механизмах каннабиноид-
ной зависимости

74-76

Тлеубаев Б.О.

Динамика клинических проявлений героиновой зависи-
мости (литературный обзор)

77-80

НЕКРОЛОГИ

Ашикбаев Боженбай Рымбекович

81

Туленов Еркебулан Дюсенгалиевич

82

Резюме

83-88

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

CONTENTS

FOUNDERS:

EDITORIAL ARTICLES

- Katkov A.L.*
About standard legal support of development of a
medical science in Kazakhstan Republic 7-10

SOCIAL EPIDEMICS

- Katkov A.L.*
New doktors approaches in the counteraction sphere to
diffusion of social epidemics 11-13
- Katkov A.L.*
Universal risk factors – fastness of involvement in social
epidemics 13-18
- Pak T.V., Degkwitz P., Rozenkrants M.*
Assessment of intermediate results of the scientific and
technical program «Effective preventive of diffusion of
social epidemics in Kazakhstan Republic» experts of the
European Union 18-24
- Sadvakasova G.A., Erezhep A.K., Kolpakova V.A.,
Sembayeva S. H.*
Research of diffusion of risks of involvement in
psychological dependences among adult population in
systems of primary medicosanitary help 24-27

**THE MINISTRY OF
HEALTH OF
KAZAKHSTAN**

**RPE “REPUBLICAN
SCIENTIFIC-AND-
PRACTICAL CENTER
OF MEDICAL-SOCIAL
PROBLEMS OF
ADDICTION”**

PREVENTIVE AND AFTERTREATMENT

- Pavlenko V.P., Kusainov A.A., Kashkarov M.V.*
Diagnostic criteria of an opium addiction for its secondary
preventive 28-33

CLINIC

- Baktybayeva L.B., Saidov T.U.*
Clinicodynamic parameters of a syndrome of mental
degradation (practical aspect) 34-36
- Baktybayeva L.B., Saidov T.U.*
Clinic and psychopathological features of polynarcomanias
(on a dependence example owing to a combination of opioids
and psychoactive substances of somnolent action) 37-39
- Pazylkhair M.P.*
Affective disorders in the general sindromology of
chemical dependences 40-42
- Rakisheva A.S., Pazylkhair M.P., Barbalova K.Sh.*
Features of clinic of periodic forms of abuse of alcohol
at women 43-46
- Saidov T.U., Baktybayeva L.B.*
Features of the psychotic conditions arising at the use
of kannabioids (differential and diagnostic aspect) 46-49

**Volume XII
№ 1
2012**

**Published
4 times in a year**

Uskenbayeva Zh.S.

Alcoholism case at the woman, become complicated alcoholic psychosis 49-52

ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL HELP

Kolpakova V.A.

Scientific approach to medical practice in an narcology 53-55

Sadvakasova G.A., Tsoy E.V., Estayeva M.K., Karazhanova A.S.

Urgency of the rehabilitational program for drug dependent persons in system of penal institutions of Kazakhstan Republic 55-57

INFORMATION AND REVIEWS

Grebnev S.A.

Hypnotherapy in work with drug dependent clients (from the book «A psychotherapy and aftertreatment of drug addiction») 58-64

Erezhep A.K.

Combined forms of chemical and not chemical dependence in practice of the expert in narcology 64-68

Sadvakasova G.A., Kolpakova V.A., Erezhep A.K., Karazhanova A.S.

The international experience and the basic principles of the program of aftertreatment in system of an execution of the punishment 69-71

Sadvakasova G.A., Tsoy E.V., Estayeva M. K., Karazhanova A.S.

Social and psychological features of functioning of the person in penal system (the literature review) 72-74

Saidov T.U.

To a question of pathogenetic mechanisms of kannabinoid dependence 74-76

Tleubayev B.O.

Dynamics of clinical implications of heroin dependence (the literary review) 77-80

OBITUARIES

Ashikbayev Bogenbay Rymbekovich 81

Tulenov Erkebulan Dyusengaliyevich 82

Summary 83-88

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

УДК 61.001.12/.18

О НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар

Анализ ситуации и основных тенденций развития в сфере здравоохранения показывает, что в ближайшие годы (по нашим расчетам – в ближайшие 10-12 лет) данный важнейший сектор социального развития ожидают серьезные качественные изменения.

Этому способствуют:

– беспрецедентный объем средств, вкладываемых в развитие наук о человеке, разработку биотехнологий, в существенной степени выполняющих фрагменты утрачиваемого здоровья;

– растущее понимание того, что в современном мире в условиях деградации естественных саногенных механизмов основным регулятором уровней адаптации человека к агрессивной среде является самоорганизующая деятельность субъекта и общества; система здравоохранения, в данной связи, рассматривается как основной инструмент деятельности социума по активному формированию искомым уровнем индивидуального и социального здоровья;

– осознание того, что здравоохранение должно стать наиболее динамичной сферой инновационного опыта;

– выводимая отсюда необходимость кардинальных перемен в системе стимулирования профильной инновационно-научной, образовательной, практической деятельности.

Набирающая обороты динамика движения по обозначенному вектору развития, в конечном итоге, приведет к формированию беспрецедентного по своему объему, социально-ориентированного ранка здоровья, в условиях которого в наиболее выигрышной ситуации окажутся генераторы инновационных технологий.

В связи со всем сказанным, необходимы специальные меры по стимулированию инновационной деятельности, развитию медицинской науки и образования в РК, которые решат и другие системные проблемы в данной сфере: 1) вопросы адекватного финансирования, привлечения заинтересованных бизнес-структур, организации эффективного государственно-частного партнерства; 2) сохранения и развития кадрового потенциала; 3) подлинной интеграции науки, образования и практики; 4) обеспечения качества научных исследований.

Нами предлагается следующий ключевой механизм системного решения вышеперечисленных проблем для экспериментальной апробации:

– с учетом всех вышеперечисленных тенденций по формированию социально-ориентированного рынка здоровья, концепция определения стоимостных значений инновационных медицинских услуг должна радикально измениться; т.е. каждая инновационная услуга, помимо чисто манипуляционной составляющей, оцениваемой прямыми затратами на ее реализацию, имеет главную – информационную составляющую, складывающуюся из наукоемкого и образовательного компонентов, и оцениваемую стоимостными значениями объемов и качества восстановленного здоровья;

– схема экспериментального финансирования должна предусматривать: 1) компенсацию прямых затрат и оговоренную часть выплата бонуса от стоимости объема и качества восстановленного здоровья лечебно-профилактической организации, где реализована инновационная услуга; 2) оговоренную часть выплата бонуса от стоимости восстановленного объема и повышения качества здоровья научному учреждению и конкретному сотруднику, разработавшему и внедрившему инновационную технологию, а также – образовательному учреждению, осуществлявшему соответствующую подготовку медицинского персонала; в данной схеме непосредственное финансирование научных и образовательных учреждений (базовое, грантовое) рассматривается как прямые государственные инвестиции, а финансирование за счет выплата бонусов – как механизм реального экономического стимулирования инновационной деятельности;

– далее, должны быть оговорены временные ограничения действия выплата бонусов – не более 3-4-х лет от момента внедрения, что, во-первых, будет способствовать ускоренному и масштабному внедрению соответствующих инноваций, а во-вторых, стимулировать новые поиски;

– соответственно, должны быть разработаны условия нормативного и законодательного обеспечения такого рода организационного эксперимента, способы масштабной институализации в случае успешной реализации данного проекта;

– соответствующие нормативные разработки должны быть внесены на утверждение в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Следует отметить, что предлагаемый способ решения основных проблем медицинской науки и образования РК – экономический. Однако именно это обстоятельство и является его главным преимуществом, поскольку многолетняя практика показывает, что любые предложения по улучшению структурных, организационных, технологических, кадровых характеристик в рассматриваемой сфере, лишенные экономической составляющей, обречены на провал. В то же время адекватное решение вопроса экономической целесообразности инновационной деятельности в контексте социально-ориентированного рынка здоровья приведет к существенному повышению конкурентоспособности казахстанской медицинской науки в течение ближайших нескольких лет.

В связи со всем сказанным, научным блоком РНПЦ МСПН разработаны следующие предложения в новую редакцию Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

В раздел Общие положения:

добавить новую Главу в следующей редакции:

Глава ... Государственное стимулирование инновационной деятельности в области здравоохранения.

Статья (...) Понятие и виды государственного стимулирования инновационной деятельности в области здравоохранения.

1. Государственное стимулирование инновационной деятельности в области здравоохранения представляет собой комплекс организационных и экономических мер, направленных на совершенствование системы здравоохранения, существенное повышение эффективности медицинской помощи и повышение уровня здоровья населения в Республике Казахстан.

2. Государственное стимулирование инновационной деятельности осуществляется в сфере:

- 1) медицинской науки;
- 2) медицинского образования;
- 3) практического здравоохранения

3. Государственное стимулирование инновационной деятельности в сфере здравоохранения осуществляется путем:

1) проведения соответствующих исследований, разработки и утверждения методик по определению стоимостных значений восстановленного объема здоровья в результате использования инновационных медицинских технологий;

2) разработки и утверждения методик по определению объемов финансовых средств в структуре государственного бюджета, необходимых для экономического стимулирования эффективной инновационной деятельности в сфере здравоохранения;

3) разработки и утверждения методик по расчетам отраслевых (наука, образование, практика) ко-

эффициентов и порядка распределения выплата бонуса среди соответствующих учреждений здравоохранения и сотрудников.

4) разработки и проведения контролируемых организационно-экономических экспериментов (локальных, региональных, отраслевых) по апробации и внедрению новых форм экономического стимулирования инновационной деятельности, эффективного взаимодействия научно-медицинских, образовательных и практических учреждений в системе здравоохранения;

5) широкомасштабного внедрения результатов соответствующих организационно-экономических экспериментов в систему здравоохранения в целом;

6) постоянного комплексного мониторинга эффективности функционирования инновационного сектора здравоохранения:

Статья (...). Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинской науки.

1. Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинской науки направлено на повышение эффективности деятельности системы здравоохранения, поддержку отечественных разработок и процесса их внедрения в медицинскую практику, поддержку перспективных научных учреждений и исследователей.

2. Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинской науки предусматривает:

1) использование методов экономического стимулирования инновационной деятельности по внедрению наукоемких технологий в медицинскую практику для профильных научных учреждений.

2) использование системы обоснованных приоритетов и преференций при размещении государственных заказов на реализацию тематических научно-технических программ в соответствии с коэффициентами активности по внедрению наукоемких технологий, определяемых для каждого профильного научного учреждения или центра.

3) использование методов экономического стимулирования инновационной деятельности по разработке и внедрению наукоемких технологий в медицинскую практику для научных коллективов и отдельных исследователей.

4) использование других методов поощрения инновационной деятельности в сфере медицинской науки, не запрещенных законодательством Республики Казахстан.

3. Экономическое стимулирование инновационной деятельности в области медицинской науки, осуществляемое уполномоченным органом в области здравоохранения, включает:

1) прямое финансирование научной деятельности по реализации государственного заказа на выполнение тематических научно-технических программ;

2) финансирование из специальных статей государственного бюджета здравоохранения, в соответствии с реальным вкладом авторских инновационных технологий в объемы и качество восстановленного здоровья населения.

3) использование других финансовых средств для поощрения инновационной деятельности в сфере науки, не запрещенных законодательством РК.

Статья (...). Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинского образования.

1. Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинского образования направленно на повышение эффективности системы здравоохранения, поддержку конкурентоспособных отечественных учреждений медицинского образования и научно-педагогических кадров, процессов включения в образовательные стандарты соответствующих фрагментов по овладению знаниями, умениями, навыками в области наукоемких медицинских технологий.

2. Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинского образования предусматривает:

1) использование механизмов экономического стимулирования инновационной деятельности учреждений медицинского образования при разработке стандартов в сфере додипломного, последипломного и дополнительного образования, и реализации соответствующих программ подготовки специалистов;

2) использование механизмов экономического стимулирования инновационной деятельности при разработке стандартов в сфере додипломного, последипломного и дополнительного образования, и реализации соответствующих программ подготовки специалистов, для педагогического состава учреждений медицинского образования;

3) использование других методов поощрения инновационной педагогической деятельности в сфере подготовки медицинских и научно-педагогических кадров, не запрещенных законодательством РК;

3. Экономическое стимулирование инновационной деятельности в области медицинского образования осуществляется уполномоченным органом в области здравоохранения путем:

1) прямого финансирования деятельности по реализации государственного заказа в области додипломной, последипломной и дополнительной подготовки медицинских кадров;

2) дополнительного финансирования из специальных статей государственного бюджета здравоохранения, в соответствии с утвержденной методикой оценки реального вклада по разработке наукоемких образовательных стандартов и подготовке специалистов медицинского профиля;

3) использование других источников финансирования для поощрения инновационной деятельности в области медицинского образования.

Статья (...). Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинской практики.

1. Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинской практики направленно на повышение показателей (уровней) индивидуального и социального здоровья, поддержку перспективных лечебно-профилактических учреждений и квалифицированного персонала, оказывающего медицинскую помощь, внедрения достижений медицинской науки в практику;

2. Государственное стимулирование инновационной деятельности в области медицинской практики предусматривает:

1) использование механизмов экономического стимулирования инновационной деятельности учреждений практического здравоохранения;

2) использование механизмов экономического стимулирования инновационной деятельности медицинского персонала учреждений практического здравоохранения;

3) использование других методов поощрения инновационной деятельности в области практического здравоохранения, не запрещенных законодательством РК.

3. Экономическое стимулирование инновационной деятельности в области практического здравоохранения осуществляется уполномоченным органом в области здравоохранения путем:

1) финансирования деятельности по выполнению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;

2) дополнительного финансирования за счет специальных статей государственного бюджета здравоохранения в соответствии с утвержденной методикой оценки реального вклада используемых наукоемких технологий в оздоровление населения;

3) использование других источников финансирования для поощрения инновационной деятельности в области практического здравоохранения.

В Главу ... Финансовое обеспечение системы здравоохранения

В статьи Кодекса, обозначающие источники финансового обеспечения системы здравоохранения добавить дополнительные пункты:

– государственный бюджет здравоохранения предусматривает специальные статьи расходов с целью экономического стимулирования инновационной деятельности в сфере здравоохранения в порядке, утвержденном Правительством РК;

– распределение средств государственного бюджета, предусмотренных на экономическое стимулирование инновационной деятельности в сфере здравоохранения, осуществляется в соответствии со специальной методикой, разрабатываемой уполномоченным органом в области здравоохранения и утверждаемой Правительством Республики Казахстан.

В Главу ...Экспертиза в области здравоохранения
добавить отдельную статью:

Статья (...). Научно-экономическая экспертиза

1. Объектами научно-экономической экспертизы являются:

1) проектные документы по обоснованию экспериментов в области организации и экономики здравоохранения;

2) экспериментальные методики расчета коэффициентов долевого финансирования из специальных статей государственного бюджета здравоохранения, направленных на стимулирование инновационной деятельности в сфере медицинской науки, образования и практической деятельности;

3) промежуточные и конечные результаты реализации локальных, региональных отраслевых экспериментов в области организации и экономики здравоохранения;

4) промежуточные и конечные результаты деятельности конкретных научных, образовательных и практических медицинских учреждений, отдельных секторов и системы здравоохранения в целом.

2. Порядок проведения научно-экономической экспертизы определяется уполномоченным органом в области здравоохранения.

В раздел ... Образование и научная деятельность в области здравоохранения

В главу Научная деятельность в области здравоохранения

добавить новую статью:

Статья (...). Проведение экспериментов в сфере организации и экономике здравоохранения

1. Целью проведения организационно-экономических экспериментов (локальных, региональных, отраслевых) в сфере здравоохранения является поиск и последующая институализация наиболее эффективных форм организации медицинской помощи населению, способов стимулирования инновационной деятельности в научной, образовательной и практической областях здравоохранения.

2. Разрешение на проведение организационно-экономических экспериментов (локальных, региональных, отраслевых) дает уполномоченный орган в области здравоохранения при наличии следующих условий:

1) проектная документация по проведению организационно-экономического эксперимента подготовлена в соответствии с утвержденными требованиями;

2) имеется положительное заключение научно-экономической экспертизы о целесообразности реализации экспериментальной программы;

3) имеются документы, удостоверяющие наличие кадровых, финансовых и материально-технических возможностей, необходимых для реализации экспериментальной программы;

4) имеются возможности комплексного мониторинга и анализа промежуточных и конечных результатов организационно-экономического эксперимента.

3. При планировании организационно-экономического эксперимента на базе областных, городских или сельских медицинских учреждений, а также в случае необходимости вовлечения данных учреждений в отраслевую программу республиканского значения, вопрос о разрешении на проведения эксперимента уполномоченным органом в области здравоохранения согласовывается с местными исполнительными органами.

4. Продление сроков проведения организационно-экономического эксперимента сверх утвержденных допускается по согласованию с уполномоченным органом в области здравоохранения при наличии достаточных оснований.

5. Преждевременное прекращение организационно-экономического эксперимента допускается при наличии достаточных оснований или форс-мажорных обстоятельствах по распоряжению уполномоченного органа в области здравоохранения.

6. Условия проведения организационно-экономического эксперимента, утвержденные уполномоченным органом в сфере здравоохранения, являются обязательными для выполнения местными исполнительными органами.

Заключение

Включение вышеназванных статей в новую редакцию Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» будет способствовать активизации инновационной деятельности в области здравоохранения и в конечном итоге подготовит данную важнейшую социальную сферу к ожидаемым структурным и качественным преобразованиям.

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УДК 616.89:316.6

НОВЫЕ ДОКТРИНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ В СФЕРЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар

Введение

В ходе реализации комплексной научно-технической программы по исследованию социальных эпидемий нами была разработана концепция мутагенных цивилизационных факторов, способствующих активизации эпидемического процесса; проведен углубленный анализ системного дефицита доминирующего доктринального подхода в сфере противодействия социальным эпидемиям. Такого рода анализ проводился нами по первым 4-м уровням дисциплинарной матрицы – основного инструмента по оценке состоятельности профильных научно-практических дисциплин.

Следующий шаг комплексной исследовательской программы предусматривал обоснование целостной, объясняющей научной системы, лежащей в основе обновленного доктринального подхода.

Результаты

Разработка обновленных доктринальных подходов и установок проводилась на первом-втором этапах в рамках выполнения задач 2-4 комплексного исследовательского проекта. При этом основные методологические требования были следующими:

- всесторонний учет результатов критического анализа системного доктринального дефицита, проводимого по соответствующим уровням дисциплинарной матрицы;
- научная обоснованность основных теоретических положений, представляющих мета-концепцию социальных эпидемий и полностью компенсирующих системный дефицит первых 4-х уровней дисциплинарной матрицы;
- принципиальная выводимость противодействующих подходов и установок из объясняющей научной системы;
- доказательная эффективность разработанных подходов и установок, обеспечиваемая постоянным и продолжительным мониторингом ключевых индикаторов.

Основные характеристики объясняющей научной системы, в свете всего сказанного, следующие.

Наиболее адекватными для описания сложной динамики процесса становления и распространения

социальных эпидемий является синергетический и системный научные подходы.

С позиции данных подходов, человек и общество являются открытыми, сложными системами, находящимися в состоянии непрерывного информационного, энергетического и вещественного обмена со средой.

Степень устойчивости таких открытых систем регулируется определенными параметрами порядка, которые, в свою очередь, являются производными от сложных процессов становления и бытия системы. В нашем случае в качестве основного способа обеспечения устойчивости исходного параметра порядка рассматриваются естественные саногенные механизмы, обеспечивающие приемлемые уровни адаптации человека и социума к изменяющимся условиям среды.

Интенсивность и темпы таких внешних изменений могут быть весьма значительными и приводить к флуктуациям – колебаниям средних значений индикаторов, характеризующих параметры несущего порядка (в нашем случае, - критериев соответствия реальных адаптационных характеристик субъекта и общества, требованиям, предъявляемым агрессивной средой). Существенное значение для обеспечения устойчивости системы, сглаживания ее неоднородности, имеют так называемые «зоны стока» - механизмы сброса избыточного напряжения, которые формируются в ходе становления и развития системы. Применительно к исследуемой проблеме «зона стока» с полным основанием можно считать практику использования адаптогенов быстрого действия, которые появились и прижились в человеческой культуре, в первую очередь, как средство избавления от тяжелого дискомфорта.

Основную угрозу существующим параметрам порядка несут так называемые диссипативные факторы, обладающие мощным рассеивающим эффектом. В нашем случае такого рода факторы (которые мы обозначили как мутагенные) атакуют исходный параметр порядка, как минимум, с трех сторон, что как раз и соответствует классике синергетического подхода, и является достаточным для перехода системы в кризисное состояние. Наша интерпретация развития кризисных событий заключается в том, что

главная диссипативная функция, обеспечивающая несущий ритм процесса «умирания» исходного и становления нового параметра порядка принадлежит цивилизационному мета-фактору, активизирующему непрогнозируемый негативный вектор воздействия еще, как минимум, 6-ти идентифицированных мутагенных факторов. Данная интерпретация полностью проясняет тот факт, что «зоны стока» избыточного адаптационного напряжения, регулируемые параметрами исходного порядка (включающего, в том числе, и культуральные ограничения, социальные запреты) в относительно короткое время «вышли из берегов».

Таким образом, с позиции синергетического подхода процесс развертывания социальных эпидемий следует расценивать как флаги катастрофического развития событий в зоне кризисного процесса «умирания» исходного и становления нового параметра порядка, регулирующего жизнеспособность и уровень адаптации в системе человек-общество-среда. При этом налицо все классические признаки, сопутствующие появлению «флагов катастроф»: 1) критическое замедление ритмов развития несущего параметра порядка; 2) увеличение амплитуды флуктуаций около «умирающего» параметра порядка; 3) актуализация дерева альтернативных путей поддержания системы в жизнеспособном состоянии. Понятно, что в данном случае речь идет о негативной динамике адаптационных характеристик среднестатистического индивида и повышении спроса на адаптогены ультрабыстрого действия.

В динамике катастрофического развития событий, с позиции синергетического подхода, особая роль отводится точкам бифуркации, т.е. таким состояниям системы, когда ее решение, понимаемое как тяготение к тем или иным параметрам порядка, неустойчиво. Именно в такой ситуации возможен скачкообразный переход в качественно иное состояние – либо состояние хаоса, в общем поле которого проявляются потенциальные возможности нового порядка, либо – на альтернативные сценарии сохранения относительной стабильности.

Наш анализ показывает, что в общем процессе становления и распространения социальных эпидемий можно идентифицировать, как минимум, две ретроспективные и три проспективные точки бифуркации. Первая ретроспективная точка связана с почти полной победой и абсолютным доминированием идеологии протезирования утрачиваемых компонентов здоровья, что собственно, и положило начало «умиранию» порядка естественных саногенных механизмов. Вторая ретроспективная кризисная точка связана с актуализацией непрогнозируемого негативного вектора воздействия, как минимум, 6-ти мутагенных факторов. Гораздо более опасной в плане генерализации катастрофического сценария развития событий представляется проспективная бифуркационная точка, достижимая в момент крити-

ческой стагнации инструментов власти-свободы. Т.е. тех категорий, которые, в свою очередь, представляют важнейшие параметры социального порядка, вовлекаемые в генерализованный кризисный процесс. Далее, существует возможность управлять кризисным развитием события за счет интенсивной фильтрации информационного обмена (т.е. блокирования негативного вектора активности цивилизационных мутагенных факторов). Однако такая возможность, как и большинство мероприятий «запретительного» толка, в существенной степени иллюзорна, поскольку такого рода запреты не отменяют генерализованной активности главного цивилизационного мета-фактора, разгоняющего динамику социальных эпидемий. Т.е. вторая проспективная точка бифуркации, в случае реализации активной фильтрационной стратегии, вероятнее всего, будет связана с актуализацией новых типов социальных эпидемий – альтернативных имеющимся. Наконец, третья проспективная точка бифуркации может быть связана с активной генерацией обновленного параметра порядка и конструктивными сценариями выхода из кризисной ситуации.

Последний сценарий развития событий также описывается в структуре синергетического подхода в виде двух вариантов выхода из состояния относительного или абсолютного хаоса через ряд последовательных стадий. Первый вариант предусматривает возможность организации локальной квазистабильной структуры, основные функции которой, согласно нашим теоретическим разработкам, должны сводиться к актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия как основного цивилизационного мета-фактора, так и подчиненных мутагенных факторов. Далее должно иметь место расширение и доминирование данной структуры в конкуренции с негативным вектором воздействия мутагенных факторов, что, собственно, и предусматривается в идеологии обновленного доктринального подхода. В случае дееспособности такой специально организованной квазистабильной структуры, именно в данной альтернативе должна оказаться система на выходе. По крайней мере, время пребывания системы в такого рода альтернативе должно кардинальным образом увеличиваться. Соответственно, термин «локальная» и приставка «квази-» становятся неактуальными, а характеристики стабильности распространяются на всю вовлекаемую структуру. Вторым вариантом предусматривается каскад обратных бифуркаций, выход к «стволу» основного процесса и актуализацию альтернативного сценария. Здесь также просматривается необходимость актуализации потенциально-позитивного вектора воздействия мутагенных цивилизационных факторов и мета-фактора. Т.е. оба рассматриваемых варианта не только не противоречат, но и усиливают друг друга.

Важнейшим условием эффективной самоорганизации (а именно так и обозначается вышеописан-

ный процесс кризисного развития в русле синергетического научного подхода) является синергетический эффект общего движения элементов, из которых складываются вначале локальная, а затем и общая структура, формирующая новые уровни стабильности. В нашем случае под стабильностью понимается устойчивое развитие субъекта и общества в агрессивной среде.

Другим ключевым фактором успеха является идентификация системообразующего стержня нового параметра порядка, который становится центром идеологических установок и технологических построений обновленного доктринального подхода. В нашем случае таким ключевым фактом является научно-обоснованная концепция устойчивости к агрессивному воздействию среды.

Выводы

Используемые для описания процесса становления и развертывания социальных эпидемий синергетический и системный подходы, таким образом, демонстрируют полную состоятельность в научной репрезентации данного сложного явления.

Кроме того, адекватность использования настоящих подходов для построения объясняющей на-

учной системы аргументируется следующими доводами:

- как синергетический, так и системный подходы являются внедисциплинарными, и, следовательно, в наибольшей степени соответствуют мультидисциплинарному статусу проблемы социальных эпидемий;

- ключевой процесс, который, собственно, и является предметной сферой обсуждаемых научных подходов, – самоорганизация сложных систем – в наибольшей степени соответствуют сущностному плану общей проблематики социальных эпидемий (в нашем случае социальные эпидемии рассматриваются как своего рода артефакты кризисного процесса замены фундаментальных параметров порядка в наиболее сложной из известных систем – человек-общество-среда);

- разработанная нами теория мутагенных цивилизационных факторов, раскрывающая универсальные механизмы развертывания эпидемического процесса, в наибольшей степени соответствует идеологии синергетического подхода, проясняет и конкретизирует ключевой процесс рассеивания-собираения в отношении исследуемых «умирающих» и становящихся фундаментальных параметров порядка.

УДК 616.89:316.6

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА – УСТОЙЧИВОСТИ ВОВЛЕЧЕНИЯ В СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

А.Л. Катков

главный региональный эксперт по оценке распространения социальных эпидемий РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», д.м.н., проф., г. Павлодар

1. Введение

В период 2002-2011 гг. Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании выполнялась комплексная научно-техническая программа по исследованию проблемы социальных эпидемий. Рабочее определение изучаемого явления было следующим: под термином «социальные эпидемии» понимаются процессы развития у существенной части населения адаптационных расстройств, химической (алкоголизм, наркомания, токсикомания) зависимости, деструктивные психологические зависимости (тоталитарные секты, экстремистские организации, игромания, компьютерная зависимость), масштабы и темпы распространения которых, а также объемы потерь – психологических, социальных, биологических, экономических, несопоставимых обществом в данной связи, представляют пря-

мую угрозу существующему социальному порядку, нации, государству.

Актуальность проводимого исследования аргументируется приведенным выше определением, а также тем обстоятельством, что по предварительным данным, в социальные эпидемии различных типов вовлечено до 20% населения в мире.

Выявление универсальных факторов риска-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии являлось приоритетной задачей первого этапа исследовательского проекта, в ходе выполнения которой были получены научно-обоснованные доказательства наличия общего базиса в структуре всех исследуемых типов социальных эпидемий.

2. На первом этапе реализации комплексного исследовательского проекта были выделены наиболее цитируемые факторы, способствующие вовле-

туют противоречат друг другу, снижая и без того недостаточную общую эффективность профилактических усилий.

Результаты проведенного предварительного анализа послужили дополнительными аргументами к обоснованию необходимости изменения базисных исследовательских подходов от ретроспективных (т.е. обращенных в прошлое, с поиском системных обобщений имеющихся сведений) к проспективным (т.е. обращенным в будущее, с акцентом на поиск и научное обоснование универсальных факторов риска-устойчивости, адекватных и значимых для всех идентифицируемых типов социальных эпидемий). Ключевым понятием данного подхода является индивидуальная и социальная устойчивость к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, понимаемая как форма эффективной самоорганизации субъекта и общества в агрессивной среде. Ключевое обоснование приоритетности данного подхода связано с признанием невозможности в ближайшие годы какого-либо существенного снижения уровня агрессивности среды и улучшения биологических характеристик восходящего поколения. И, напротив, констатацией абсолютной реальности и перспективности форсированного повышения уровней устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии даже и в условиях нарастающей агрессивности среды.

В контексте данного подхода должны быть обоснованы как минимум две модели системного взаимодействия факторов риска-устойчивости, адекватных для всех типов социальных эпидемий, с универсальными механизмами – движущими силами эпидемического процесса: 1) с акцентом на динамику снижения уровней устойчивости; 2) с акцентом на динамику форсированного развития уровней устойчивости населения к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Далее, в проспективном подходе должны быть показаны возможности конструктивного эволюционного переформирования характеристик информационной, экологической, биологической среды (независимых или относительно независимых в ближайшей перспективе переменных), за счет эффективного и масштабного воздействия на зависимые переменные – те самые универсальные факторы риска-устойчивости, на которые можно и нужно влиять в ближайшей перспективе. Что, собственно, и будет означать полное и адекватное решение проблемы социальных эпидемий с немалыми дивидендами в отношении социального развития на ближайшую и отдаленную перспективу.

3. В контексте используемого проспективного исследовательского подхода нами были сформулированы следующие функциональные требования к системе идентифицируемых универсальных факторов риска-устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии:

- идентификационные характеристики: 1) возможность обозначения идентифицируемых факторов с помощью известных терминов и определений; 2) измеримость апробированными тестами и методиками; 3) наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентификационных свойств с доказанными рисками и фактами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость; 4) надежность полученных идентификационных характеристик, обеспечиваемая тройным перекрытием и согласованностью результатов эпидемиологических, экспериментально-клинических и экспериментально-профилактических исследований; 5) возможность эффективного влияния на выявленные характеристики в краткосрочной (недели, месяцы), среднесрочной (1-5 лет) перспективе;

- технологические характеристики: возможность: 1) выстраивания адекватных индивидуальных мишеней с целью последующего профилактического, лечебного и реабилитационного воздействия; 2) выстраивания адекватных социальных мишеней с целью эффективного информационного воздействия первично-профилактического характера, с использованием каналов СМИ; 3) построения диагностических и скрининговых программ по определению эффективности соответствующего индивидуального и социального воздействия; 4) разработки, на основании всего вышесказанного, инновационных технологий формирования высоких уровней индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии; 5) достижения, на основании всего вышечисленного, высоких уровней индивидуальной и социальной самоорганизации, компенсирующих издержки мутагенных цивилизационных факторов;

- синтетические характеристики: возможность выстраивания, на основании полученных результатов, целостного концепта универсальных факторов риска-устойчивости – одного из основных компонентов мета-концепции социальных эпидемий.

4. Проведенные нами в ходе реализации первого и второго этапов комплексные эпидемиологические, клинические и экспериментальные исследования позволили установить, что в наибольшей степени функциональным требованиям предыдущего пункта соответствует система определенных психологических факторов, которые мы обозначили как свойства психологического здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды:

- полноценное завершение личностной идентификации;
- наличие позитивного (идентификационного) жизненного сценария;
- сформированность навыков свободного и ответственного выбора;

позитивного (идентификационного) жизненного сценария и степени информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к основным (идентификационным) жизненным сценариям. Относительно низкие значения стенов – соответствовали параметрам сформированности навыков ответственного выбора, внутреннего локуса контроля, наличия психологических ресурсов, необходимых для реализации позитивного жизненного сценария. В то же время для общей конфигурации профилей лиц с деструктивной психологической и химической зависимостью, наоборот, были характерны относительно более низкие значения стенов по параметру позитивного жизненного сценария, притом что степень адекватной информированности оставалась относительно высокой. Системная интерпретация такого рода данных показывает, что решающую роль в блокировании вектора поведения, направленного на удовлетворение неосознаваемого ресурсного запроса («короткого пути к счастью» за счет употребления ПАВ и деструктивных психотехнологий) выполняет сочетание позитивного жизненного сценария и адекватной информированности об агентах, агрессивных и деструктивных по отношению к ним. В то время как одного только фактора информированности о вредных последствиях употребления ПАВ или о других деструктивных агентах явно недостаточно, что, собственно, и объясняет невысокую эффективность первично-профилактических мероприятий, основанных на ответствующих стратегиях. Данный вывод в существенной степени подтверждается анализом отдельного профиля группы лиц с адаптационными нарушениями. Имеющийся «ограничитель» в виде относительно высоких уровней развития поименованных ключевых свойств психологического здоровья-устойчивости (даже и при наличии относительно более низких значениях стенов по всем прочим анализируемым параметрам, – что, собственно, и обуславливает наличие соответствующих расстройств), как мы видим, разворачивает поисковое поведение индивида в сторону нормативной адаптации, связанной с получением адекватной психологической и психотерапевтической помощи.

Несомненный интерес представляют совокупные аналитические данные о распределении населения РК по уровням психологического здоровья-устойчивости. В целом, исследуемая генеральная совокупность – население РК – находится в зоне среднестатистического риска по профилю вовлечения в социальные эпидемии. Однако при дифференциации общей исследуемой группы по уровням устойчивости – высокому (значения стенов от 8 до 10), среднему (значения стенов от 4 до 8), низкому (значения стенов от 0 до 4) – в зоне среднестатистического риска остается до 72% населения. При этом относительно высокие уровни развития ключевых свойств –

позитивного жизненного сценария и адекватной информированности – являются дополнительными факторами, обеспечивающими устойчивость данной группы населения к агрессивному воздействию среды. Факторами, повышающими уровни рисков для данной группы населения, являются очевидная не состоятельность институтов, обеспечивающих эволюционное (адекватные профилактические программы) и форсированное (психологическая, психотерапевтическая кризисная помощь) развитие исследуемых свойств.

Зону максимального риска составляет до 20% населения РК. Из них, по нашим данным, до 7% населения уже вовлечено в химическую либо деструктивную психологическую зависимость (5 и 2% соответственно); у более чем 12% населения присутствуют признаки адаптационных расстройств с различными проявлениями синдрома деморализации.

Последняя дифференцируемая группа, при наличии некоторых ограничительных барьеров, является зоной максимального риска для вовлечения в эпидемии химической и деструктивной психологической зависимости. Динамика рисков в данной группе, по результатам наших исследований, обнаруживает тесную взаимозависимость со степенью выраженности синдрома деморализации, отличительной особенностью которого является возможность блокирования целенаправленного, самоорганизованного поведения индивида. Для данной дифференцируемой группы населения еще в большей степени, чем для лиц со среднестатистическими рисками вовлечения в социальные эпидемии, имеет значение уровень доступности адекватной профессиональной помощи, направленной на преодоление синдрома деморализации и форсированное развитие свойств психологического здоровья-устойчивости к агрессивному воздействию среды.

Лица с высоким уровнем психологического здоровья составляют до 8% населения. По нашим данным, – это единственная группа населения, для которой соответствующая институциональная активность по эволюционному либо форсированному развитию исследуемых свойств не имеет существенного значения в плане снижения рисков вовлечения в социальные эпидемии. В то же время такого рода активность (или ее отсутствие) прямо отражается на объеме данной дифференцируемой группы. Так, проведенные нами исследования показали наличие тенденции в период 2001–2008 гг. к уменьшению процентного отношения групп населения с высоким и средним уровнем устойчивости в пользу группы с низким уровнем устойчивости в общей популяции жителей РК. Эти тенденции, более характерные для восходящего поколения (дети, подростки, молодежь), пока еще не достигают статистически значимых показателей и перекрываются значениями доверительных интервалов. Однако такой результат при условии сохранения общего направления средних тем-

пов анализируемого динамического процесса, масштабов соответствующих исследований (объем выборки), может быть показан уже в 2013 г.

Таким образом, следует констатировать, что неустойчивых, в широком смысле этого слова, групп населения к воздействию агрессивных факторов среды на сегодняшний день нет.

Особый интерес представляют данные о взаимозависимости выявленных универсальных факторов риска-устойчивости с другими цитируемыми факторами рисков вовлечения в отдельные типы социальных эпидемий (всего нами исследовалось 95 таких факторов). Так, было убедительно продемонстрировано, что даже высокая концентрация таких цитируемых (т.е. общепризнаваемых) факторов риска, как определенная биологическая предрасположенность, неблагоприятная микросоциальная среда, агрессивный прессинг в ближайшем окружении субъекта, – при наличии сформированных свойств психологического здоровья-устойчивости не приводят к формированию каких-либо отчетливых проявлений дезадаптации или патологической адаптации, связанной с употреблением ПАВ, формированием деструктивной психологической зависимости. И, наоборот, цитируемые факторы оказывались статистически значимыми и обнаруживающими высокие уровни корреляции с факторами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зави-

симость в группе лиц с низким уровнем психологического здоровья-устойчивости.

Выводы

Наша интерпретация полученных по настоящему исследовательскому фрагменту результатов заключается в том, что сама по себе степень рисков цитируемых факторов не абсолютна, и зависит от влияния, которое они оказывают на универсальную систему риска-устойчивости, идентифицированную при настоящем комплексном исследовании. Если по каким-либо причинам такое деструктивное влияние существенно ослаблено или компенсировано (например, за счет активного эволюционного или форсированного развития свойств психологического здоровья-устойчивости), то значения приписываемых данным факторам рисков стремятся к нулю. Важность данного вывода трудно переоценить, поскольку именно в нем заключается научная основа обновленного доктринального подхода и аргументация необходимости изменения системы приоритетов: от фокусирования на многочисленных и второстепенных факторах риска по отдельным профилям социальных эпидемий, на труднодостижимых результатах по блокированию данных рисков – к системе эффективного взаимодействия с универсальными факторами риска-устойчивости и оправданным акцентом на форсированное развитие данных свойств.

УДК 316:001.89

ОЦЕНКА ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ПРОГРАММЫ «ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ЭПИДЕМИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН» ЭКСПЕРТАМИ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

Т.В. Пак	заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., Ph.D.
П. Дегквитц	социолог, старший научный сотрудник Центра междисциплинарных исследований наркомании, Университетский госпиталь Гамбурга (ZIS)
М. Розенкранц	социолог, научный сотрудник Института науки образования, Университет Гамбурга и Центр междисциплинарных исследований наркомании, Университетский госпиталь Гамбурга (ZIS)

Введение

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) реализует научно-техническую программу «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркомании, экстремизма, терроризма и вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты и игроманию) в Республике Казахстан» в сотрудничестве с Институтом междис-

циплинарных научных исследований лекарственных веществ (ISD) Гамбургского университета (Германия), в президиум которого входят: профессор, доктор П. Рашке (председатель), доктор П. Дегквитц, доктор Дж. Кальке. Данный научный проект осуществляется в рамках Центрально-азиатской Программы противодействия наркотикам (CADAP), Компонент TREAT. Руководитель по компоненту TREAT – Маркус - Себастиан Мартенс, Центр междисципли-

- проверены на возможность внедрения в Казахстане. Следовательно, приоритетным является вопрос создания возможностей (компонент стандарта по плановой профилактике, обучение специалистов, разработка следующих проектов как продолжения);
- отнесение программы к универсальной или селективной профилактике? На основе результатов обследования, эпидемиологических данных, отбора специальных целевых групп риска (например, по отдельным регионам, возрастным критериям учащихся, низкому уровню доходов, принадлежности к разведенной семье или к семье оралманов) определяются дифференцированные интервенции программы по взаимодействию семьи и школы. Следовательно, в данном направлении программа будет развиваться как селективная интервенция. В случае если школы и классы выбираются произвольно, участие родителей должно быть на добровольной основе, и тогда на уровне школ и классов участие родителей может найти поддержку различными способами.

Подпроект «Разработка проекта сценария видеофильма об эффективных технологиях первичной профилактики распространения социальных эпидемий (психологических зависимостей)»

Задачи и деятельность:

- разработка проекта видеофильма для обучения специалистов средней школы (школьных психологов) эффективным технологиям первичной профилактики вовлечения в социальные эпидемии.

Обзор текущей ситуации:

- а) разработан и представлен проект сценария;
- б) содержание проекта тематического видеопособия: теоретическая часть; диагностические технологии; психокоррекционные технологии; практические навыки профилактических интервенций;
- в) составлена концепция курса обучения (повышения квалификации).

Нерешенные вопросы и последующие шаги:

- 1) соотнесение содержания видеофильма и методического пособия;
- 2) основная цель видеопособия будет состоять в содействии обучению специалистов эффективным технологиям первичной профилактики;
- 3) техническая реализация и производство видеофильма /материала ещё не началось;
- 4) ещё не принято решение о последующем способе распространения видеофильма на DVD и через интернет.

Резюме по подпроекту:

- осознаются преимущества более широкого подхода к различным видеофильмам/видеопособиям по обучению тематическим разделам и обсуждению методов. Следовательно, возможна поэтапная разработка данного видеопособия.

Подпроект «Внедрение технологий психокоррекционной работы с рисками вовлечения в психологические зависимости среди учащихся общеобразовательных школ»

Задачи и деятельность:

- профилактика личностных нарушений, обуславливающих развитие зависимого поведения;
- усовершенствование позитивных механизмов развития личности: формирование конструктивного копинг-поведения; повышение устойчивости к стрессу; управление факторами риска химической и нехимической зависимости.

Обзор текущей ситуации:

- а) разработка технологий развития личности в следующем: стратегии конструктивного поведения; идентификация проблемной (стрессовой) ситуации; навык принятия ответственного решения; доступ к ресурсам личности и окружения.

Нерешенные вопросы и последующие шаги:

- 1) обеспечение возможностей проведения следующих тренингов: когнитивный тренинг; тренинг поведенческих навыков; аффективный тренинг;
- 2) данные тренинги охватывают группы риска среди учащихся, выявленные посредством опроса, а не индивидуальной диагностики. В тренингах подобных тренингу обучения жизненно важным навыкам и умениям, следует учитывать особые условия реализации данных интервенций. Таким образом, эти интервенции будут относиться к мероприятиям селективной профилактики;
- 3) планируемые интервенции направлены на минимизацию негативного воздействия окружения посредством: развития альтернативного поведения и интересов; создания групп социальной поддержки; обучения лидеров среди сверстников, педагогов и других тренеров;
- 4) развитие психологических свойств у учащихся посредством психокоррекционных технологий через обучение целевых групп (школьных психологов) на основе руководства должно начинаться рано;
- 5) условия, в которых будут проходить данные профилактические мероприятия, и как будут вовлекаться выявленные группы риска, пока не совсем ясны.

Второй: планируется разработка и оценка эффективности дифференцированных комплексных программ медико-социальной реабилитации для заключенных, вовлеченных в указанную преступную деятельность. Планируемые программы основаны на руководящих принципах UNODC по лечению и социальной реабилитации заключенных-наркоманов.

Первая часть исследования направлена на выявление рисков вовлечения в криминальное поведение, что позволит собрать данные о потребностях заключенных в особом лечении, а также информацию для общей или селективной профилактики, следовательно, проект следует продвигать.

Необходимо скорее определить различные аспекты планируемой программы реабилитации, начиная с программы, основанной на существующих руководящих принципах, и провести оценку их эффективности в соотношении с различными целевыми группами, в т.ч. группами с деструктивным поведением. Возможно, систематически планомерно добавлять и оценивать дополнительные интервенции в рамках запланированной психологической и психотерапевтической помощи.

В данном подпроекте заложены большие амбиции на запланированный период особенно в части интервенций.

УДК 614.8; 616-08-039.57

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РИСКОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В СИСТЕМАХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Г.А. Садвакасова	руководитель отдела клинической эпидемиологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н.
А.К. Ережеп	заведующая реабилитационным отделением Областного наркологического центра, г. Кызылорда
В.А. Колпакова	заведующая поликлиническим отделением Павлодарского Областного центра по лечению зависимых заболеваний
С.Х. Сембаева	эксперт-психолог ВКК Павлодарской области

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и, особенно, политических, военных, научных, экономических и культурных элит привлекают такие кризисные и масштабные социальные явления, как религиозный и политический экстремизм, вовлечение в криминальные сообщества и деструктивные секты. В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каждого человека эти явления приобретают характер неконтролируемых социальных эпидемий, с вовлечением от 7% до 10% населения планеты. Степень деструктивного влияния упомянутых социальных эпидемий на общественное здоровье, социальную стабильность, экономику и политику в ряде стран и регионов, а в конечном итоге и на мировой порядок в целом – такова, что вынуждает квалифицировать данную проблему как один из глобальных вызовов эпохи.

Беспрецедентные темпы и масштабы распространения данных социальных явлений свидетельствуют о недостаточной эффективности противодействующих усилий. В частности – об очевидной слабости или даже об отсутствии концептуального видения способов эффективной первичной профилактики вовлечения населения в химическую и психологи-

ческую зависимость. В связи с этим приходится констатировать наличие дефицита конкретных смыслов и содержания категорий индивидуальной и социальной свободы в современном мире, сущностное понимание которых с неизбежностью должно включать приемлемые уровни устойчивости к вовлечению в упомянутые социальные эпидемии.

К настоящему времени группой ученых Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), на основании результатов многолетних эпидемиологических, клинических, социально-психологических исследований была сформулирована общая концепция социальных эпидемий как кризисных социальных явлений, связанных с вовлечением населения в химические и нехимические (психологические) зависимости. В связи со всем выше изложенным, проведение масштабных исследований, способствующих преодолению вышеназванных дефицитов, является весьма актуальным. В рамках базового мониторинга состояния психолого-психотерапевтической помощи в системе здравоохранения Республики Казахстан было проведено исследование распространения рисков вовлечения в психологические зависимости среди взрослого населения г. Павлодара на

уровне организаций ПМСП, оказывающих социально-психологические услуги.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 121 человек, обратившиеся в организации ПМСП, оказывающих социально-психологические услуги для профилактического осмотра, медицинского освидетельствования, не имеющие тяжёлого сопутствующего соматического или психического заболевания, в возрасте от 18 лет и старше.

Исследование представляло собой клиническое интервью с одномоментной регистрацией изучаемых параметров. В ходе исследования оценивались социально-демографические данные, степень риска вовлечения в психологические зависимости при помощи опросника для выявления рисков вовлечения в зависимость (Лозова Г.В.) и уровень психологического здоровья (методика, разработанная в РНПЦ МСПН).

Результаты и обсуждение

Исследуемая группа была представлена, в основном, лицами мужского пола (86%), средний возраст которых составил 30,3±3 года, большинство (90%) лица коренной национальности, имеющие высшее образование (49%), состоящие в основном на государственной службе, 48,3% не состоят в браке, 35,6% имеют отдельное жильё.

В основе исследования рассматривалась точка зрения о том, что элементы зависимого (аддитив-

ного) поведения в разной степени может выявить у каждого индивида, поскольку всем нам приходится в различных ситуациях менять свое состояние, способность приспосабливаться к новым условиям. Особенно если рассматривать аддитивное поведение как аномальное личностное реагирование с формированием стремления к уходу от реальности посредством искусственного изменения своего психического состояния вследствие постоянной фиксации внимания на определенных видах деятельности (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990).

Проблема же аддикции возникает с того момента, когда стремление ухода от действительности начинает доминировать в сознании, становится преобладающей в повседневной жизни, приводя в итоге к отрыву от необходимой деятельности. Начиная с этого момента, человек не только приостанавливается в своем духовном развитии, но в известной мере совершает «шаг назад». Считается даже, что аддитивная реализация включает не только само действие, но и мысль о состоянии ухода от реальной действительности.

В исследуемой нами группе средняя степень склонности выявлена во всех представленных видах химических и нехимических аддикций (рисунок 1).

Среди данного показателя наибольший процент выявлен по трудовой зависимости (73,6%), или так называемый работоголизм, что возможно выражается в стремлении быть первым, совершенным во всем и не делать ошибок. Такая установка напо-

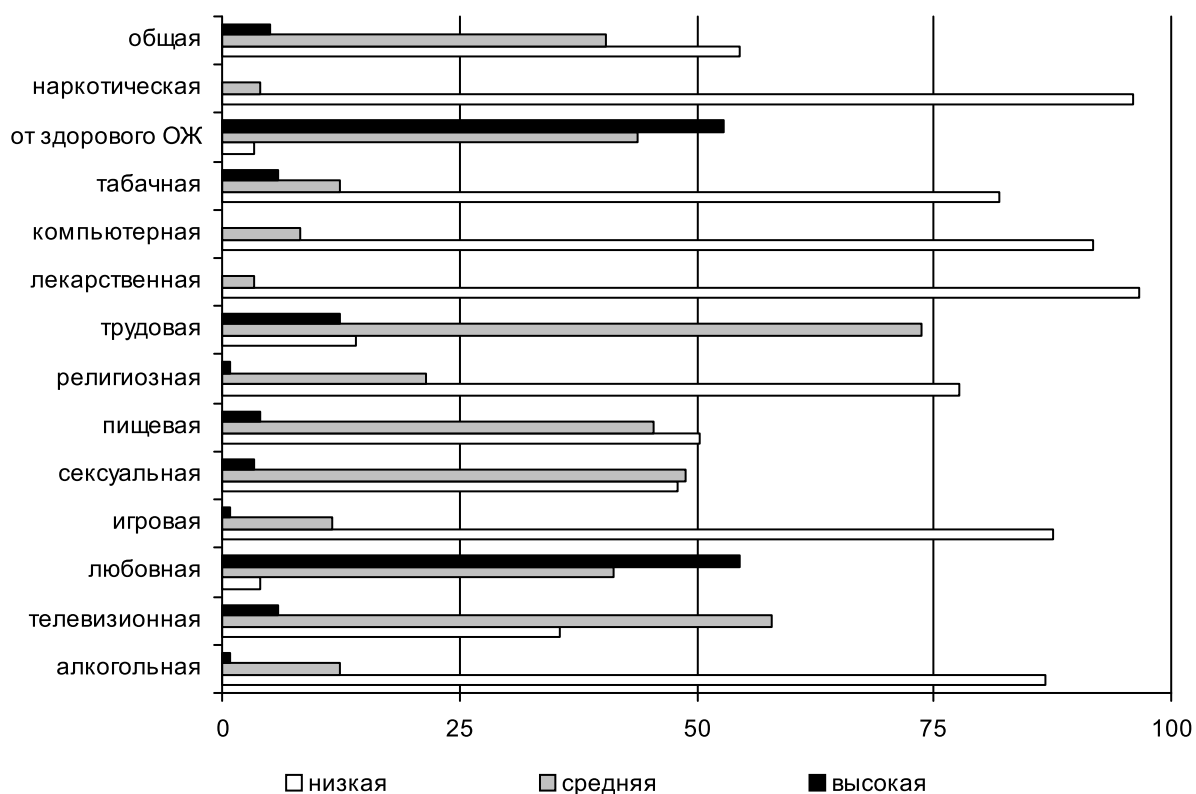


Рисунок 1. Выявление степени склонности к различным химическим и нехимическим зависимостям среди взрослого населения

ратил внимания, как много продуктов он покупает. Всё это приводит к опасным для жизни последствиям, приводящим к нарастанию веса, нарушению обмена веществ и потере контроля, при которой человек употребляет количество пищи, являющееся опасным для жизни. Такие эксцессы переедания могут привести к «заеданию» себя до гибели.

По полученным данным видно, что среди взрослого населения на уровне со склонностью к химическим аддикциям, таким как алкогольная (12,4%), наркотическая (4%), табачная (12,4%) и лекарственная (3,3%), склонность к зависимости нехимической встречается в 3-4 раза чаще. Внешняя социабельность таких аддикций связана со сглаженностью обычных эмоциональных симпатий, эмпатии суррогатами в сфере чувств и поступков, фиксации на легких, не требующих больших усилий и мало осуждаемых обществом формах аддикции.

В заключении хочется отметить, что риск общей склонности к психологическим зависимостям выявлен у 40% опрошенных лиц. И это с учётом общей концепции, сформулированной в результате исследований в РНПЦ МСПН, соответствует тому, что со-

циальные эпидемии, имеющие прямое деструктивное воздействие (с учётом развития созависимости у родных и близких), затрагивают существенную часть общества – до 40% населения. У личностей с аддиктивной направленностью поведения отмечается пониженная активность в повседневной жизни, причём аддиктивный стимул вносит в эту «скудную», однообразную действительность элемент эмоциональной встряски, преодоления постылой бесчувственности и «серости». Лицам с аддиктивными формами поведения присущ ряд психологических особенностей (Сегал Б., 1988): прежде всего сниженная переносимость жизненных затруднений; скрытый комплекс неполноценности (в сочетании с внешне проявляемым чувством превосходства); стремление говорить неправду наряду с, казалось бы, хорошей социабельностью (при внутреннем ощущении боязни перед устойчивыми, тёплыми контактами), желанием обвинять других (понимая, что они не виновны); попытки ухода от ответственности в принятии решений; и наконец, такие характерологические черты, как стереотипность, повторяемость поведения, зависимость, тревожность.

Список использованной литературы:

1. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития / Ц.П.Короленко // *Обозр. психиат. и мед. психол.*, 1991. – № 1.
2. Катков А.Л. Стратегия противодействия социальным эпидемиям: новые подходы / А.Л. Катков // *Ж. Вопросы наркологии Казахстана*. – Павлодар, 2011. – Т. 11, № 4. – С. 33-35.
3. Катков А.Л. Определение качественных параметров индивидуального и социального психического исследования (по результатам комплексного исследования населения Республики Казахстан) / А.Л. Катков, Ю.А. Россинский // *Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии*. – Москва-Павлодар, 2003. – Т. 9, № 4. – С. 102 – 107.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

УДК 616.89

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ ДЛЯ ЕЁ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

В.П. Павленко	ответственный по курсу психиатрии и наркологии Западно-Казахстанского Государственного медицинского университета (ЗКГМУ), г. Актобе
А.А. Кусаинов	руководитель сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар
М.В. Кашкаров	врач-нарколог ГУ «Павлодарский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Павлодар

Актуальность

Проведение эффективных профилактических мероприятий в отношении психических и поведенческих расстройств, возникающих в результате употребления психоактивных веществ (ПАВ), является одной из основных задач наркологической службы. Очевидно, что цель профилактики – усилить факторы защиты, препятствующие началу употребления ПАВ, и уменьшить факторы риска формирования зависимости от них. Вторичная (селективная) профилактика зависимости от ПАВ носит избирательный характер. Она ориентирована на лиц, эпизодично употреблявших ПАВ, либо на лиц с признаками формирующейся зависимости в ее начальной стадии. Необходимость во вторичном профилактическом воздействии возникает, когда заболевание вероятно (профилактика для групп риска) либо уже возникло, но не достигло пика своего развития [8]. Другими словами, вторичная профилактика – это максимальное выявление начальных проявлений заболевания и активное лечение, что способствует более благоприятному течению болезни и приводит к более быстрому выздоровлению. Таким образом, разработка простых, объективных и легко воспроизводимых диагностических критериев зависимости от ПАВ рассматривается как весьма перспективное направление вторичной профилактики.

На сегодняшний день одной из наиболее распространенных и тяжело протекающих зависимостей от наркотиков является опийная наркомания. Знание механизмов возникновения и развития данного заболевания на молекулярном уровне позволит распознавать его на самых ранних стадиях. Учитывая, что нарушения нейромедиации являются основным звеном формирования зависимости, именно их можно рассматривать в качестве надежных диагностических критериев опийной наркомании. Одной из важнейших нейрохимических систем, участвующих в реализации ряда эффектов опиатов, является система гамма-аминомасляной кислоты. Доказано, что хроническая интоксикация опиатами вызывает дисба-

ланс в определенных системах нейромедиации. В реализации эффектов действия наркотиков опийной группы принимают участие многие биологически активные вещества, и не последнюю роль в этих эффектах играет и ГАМК-ергическая нейромедиаторная система [9, 12, 22, 24]. Отмечено, что системное введение и высокие концентрации морфина и агонистов опиоидных рецепторов снижали выделение ГАМК [1, 10, 13, 26] и увеличивали ее высвобождение на стадии лишения морфина у экспериментальных животных [13, 14, 18, 23]. Подобные острые и хронические эффекты опиатов и нарушения при их отмене наблюдались в исследованиях и других авторов. При этом сделано предположение о существовании функциональной взаимосвязи между ГАМК-ергической системой и состоянием лишения опиатов [11, 14, 16, 17, 19, 21] и об участии ГАМК в процессах позитивного подкрепления при формировании опийной наркомании [10, 16, 19].

Опиоидные рецепторы – стереоспецифические, высокоаффинные места связывания опиатов. В организме опиоидные рецепторы и нейропептиды выполняют одну из основных физиологических функций – соблюдение баланса между системами наказания (отрицательные эмоции) и удовольствия (положительные эмоции), эмоциональными и мотивационными процессами [2, 3, 4, 5, 7, 15, 25, 28]. Являясь ключевым звеном в осуществлении эффектов морфина и его аналогов, опиоидные системы в значительной степени изменяют свое состояние при хроническом потреблении [5, 6, 20]. В этом случае развивается функциональный дефицит опиоидной системы, происходит усиленное выделение эндорфина, стимуляция мю (μ) - и дельта (δ) - опиоидных рецепторов [27]. Все эти изменения можно рассматривать как адаптивную реакцию опиоидных систем мозга на чрезмерную стимуляцию опиоидных рецепторов, имеющую место при хроническом введении морфина и его аналогов. В связи с этим при прекращении приёма наркотиков будет наблюдаться значительный дефицит природных энкефалинов.

Таблица 2

Содержание ГАМК (нг/мл) у больных опишной наркоманией
в разные сроки абстинентного синдрома и периода становления ремиссии

День исследования	Наркозависимые лица без разделения на группы (n=12)	Наркозависимые лица с сочетанным употреблением разных опиатов (n=14)	Наркозависимые лица с чередованием употребления разных опиатов (n=16)
Здоровые добровольцы (контроль)	57,5±12,0		
1-й день	30,6±3,5***	24,0±1,7**	31,3±3,8*
3-й день	33,5±3,6***	34,6±8,4	32,0±4,0*
7-й день	37,4±2,7***	30,6±4,8*	33,9±4,0
10-й день	37,5±4,4**	35,0±6,5	37,5±4,4
20-й день	35,5±2,6***	38,3±5,6	32,0±3,2*
30-й день	25,0±1,7***	37,9±6,4	-
45-й день	32,0±2,2***	-	-

Примечание. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$ по отношению к контрольной группе.

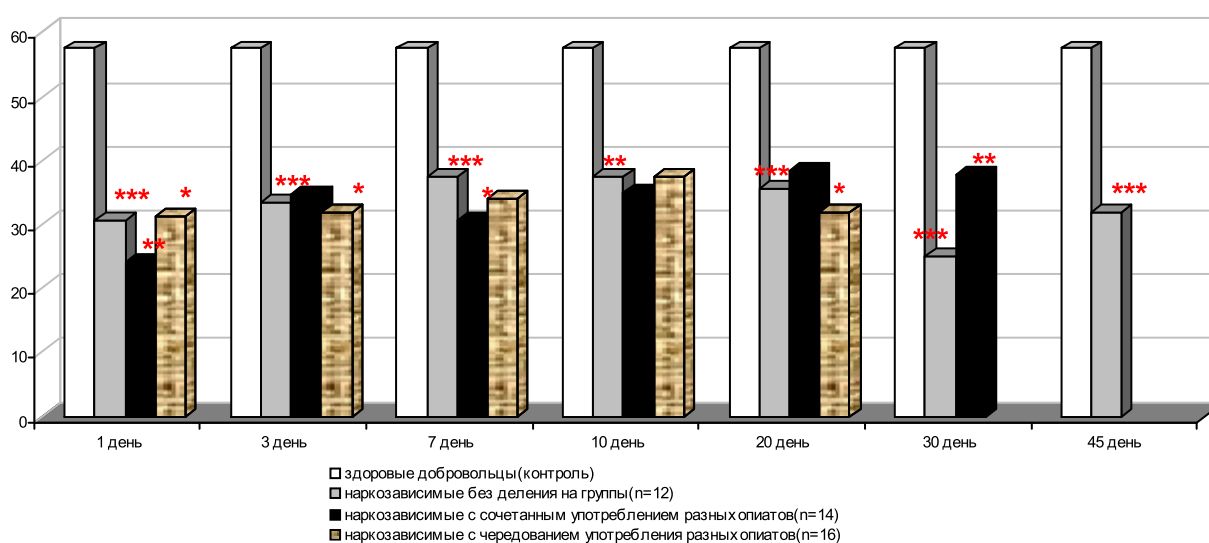


Рисунок 1. Динамика содержания ГАМК (нг/мл) у больных опишной наркоманией
в разные сроки абстинентного синдрома и периода становления ремиссии
(* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$ по отношению к контрольной группе)

Таблица 3

Уровень аутоантител к мю-опиатным (MDOR) рецепторам (нг/мл)
у больных наркоманией в период абстинентного синдрома и становления ремиссии

День исследования	Общее количество наркозависимых лиц (n=111)	Наркозависимые лица с сочетанным употреблением разных опиатов (n=49)	Наркозависимые лица с чередованием употребления разных опиатов (n=62)
Здоровые добровольцы (контроль)	0,29±0,01		
1-й день	0,39±0,03**	0,39±0,08	0,42±0,04**
3-й день	0,43±0,07	0,45±0,18	0,41±0,08
7-й день	0,42±0,04**	0,32±0,04	0,34±0,01**
10-й день	0,37±0,03*	0,39±0,03**	0,39±0,03**
20-й день	0,41±0,03***	0,38±0,04*	0,41±0,05*
30-й день	0,38±0,02***	0,39±0,03***	0,41±0,09
45-й день	0,42±0,05*	0,38±0,03**	0,45±0,06***

Примечание. * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$ по отношению к контрольной группе.

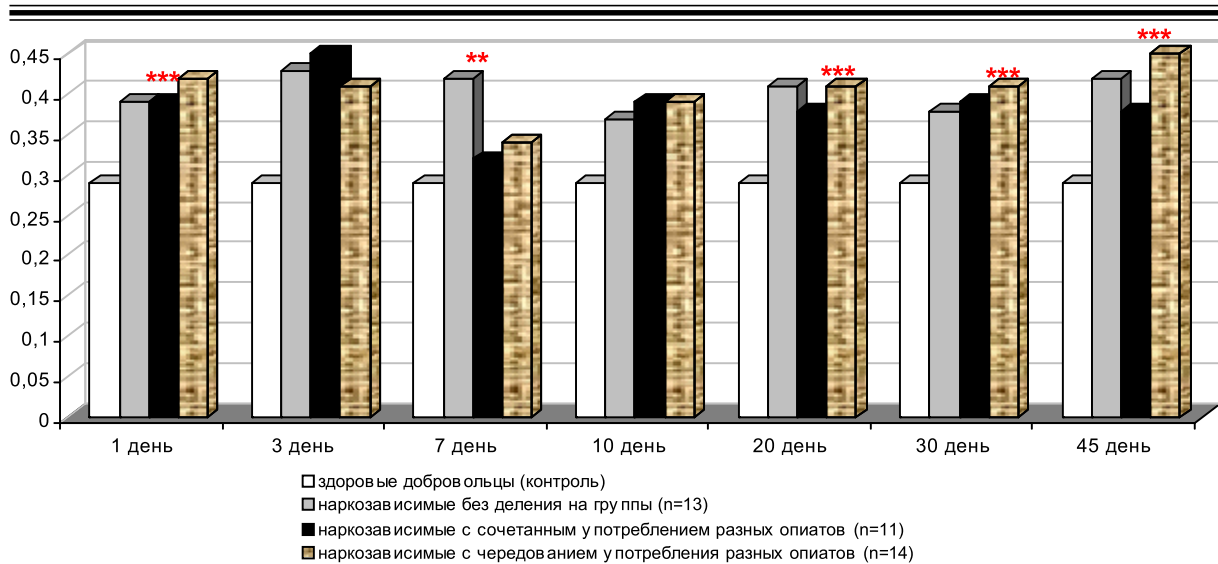


Рисунок 2. Динамика уровней аутоантител к μ -опиоидным (MDOR) рецепторам (нг/мл) у больных наркоманией в период абстинентного синдрома и становления ремиссии (* p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 по отношению к контрольной группе)

ставляли, как правило, 40-50% от уровня здоровых добровольцев.

Показатели уровня аутоантител к μ (м) - опиатным рецепторам в острой стадии заболевания (опийный абстинентный синдром) и в период становления ремиссии видны из данных таблицы 3.

Максимальное увеличение титра антител наблюдали преимущественно у пациентов, не использовавших комбинирование наркотических веществ (3-я группа). Лишь на 3-и сутки пребывания в стационаре отмечалось повышение титра в группе наркозависимых с сочетанным употреблением разных опиатов. При этом в первые 7-10 дней абстиненции повышение титра аутоантител было приблизительно равным во всех группах. В дальнейшем титр аутоантител возрастал в большей степени у пациентов, придерживавшихся потребления како-

го-то одного наркотгена. По-видимому, этот диагностический признак важен не только для оценки наркотизации в целом, но и для отдельных видов наркотгенов (рисунок 2).

В настоящее исследование было также включено изучение титра аутоантител к μ (м) - рецепторам у лиц, больных опийной наркоманией, в процессе формирования ремиссии в отдаленном периоде (от 1,5 месяцев до 4 лет). Данные представлены в таблице 4.

Видно, что титр аутоантител к MDOR-рецепторам оставался устойчиво повышенным и не зависел от сроков воздержания от наркотика (ремиссии).

Таким образом, анализ биохимических и иммунологических показателей (уровень ГАМК, титр аутоантител к MDOR-рецепторам) свидетельствует, что в период опийного абстинентного синдрома

Таблица 4

Уровень аутоантител к MDOR-рецепторам у больных опийной наркоманией (общая группа) в разные отдаленные сроки становления и формирования ремиссии

Ремиссия (в месяцах)	Уровень аутоантител к MDOR-рецепторам, нг/мл.
Здоровые добровольцы (контроль), n=24	0,29±0,01
1	0,35±0,002**
1,5	0,42±0,05*
2	0,34±0,02***
2,5	0,37±0,04*
3	0,39±0,01***
3,5	0,42±0,02***
6	0,40±0,01***
8	0,40±0,08
8,5	0,38±0,01***
до 2 лет	0,41±0,09
2-4 года	0,39±0,04*

Примечание. Каждое значение объединяет исследование проб не менее чем у 12-15 пациентов. * p <0,05; ** p <0,01; *** p <0,001 по отношению к контрольной группе.

-
-
16. Шабанов П.Д. Основы наркологии. – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
 17. Capasso A. GABA [B] receptors are involved in the control of acute opiate withdrawal in isolated tissue // *Progr. Neuro-Psychopharmacol. and Biol. Psychiat.* – 1999. – Vol. 23, № 2. – P. 289 – 299.
 18. Cheing B., Williams J. T. Increased opioid inhibition of GABA release in nucleus accumbens during morphine withdrawal // *J. Neurosci.* – 1998. – Vol. 18, № 17. – P. 7033 – 7039.
 19. Grunberg N. E. Biological processes relevant to drugs of dependence // *Addiction.* – 1994. – Vol. 89, № 11. – P. 1443 – 1446.
 20. Harrison L.M., Abba J.K., Zadina J.E. Opiate Tolerance and Dependence: Receptors, G-proteins, and Antiopiates // *J. Chromatography.* – 1998. – Vol. 691. – P. 126 – 130.
 21. Johnson P.I., Napier T. C. Morphine modulates GABA- and glutamate-evoked responses in ventral pallidal neurons // *Pap. 58th Annu. Sci. Meet. Coll. Probl. Drug Depend. – NIDA Res. Monogr.*, 1996. – Vol. 174. – P. 152.
 22. Koob G.F. Drug abuse and alcoholism. Overview // *Adv. Pharmacol.* – 1998. – Vol. 42. – P. 969 – 977.
 23. Koob G.F., Maldonado R., Stimus L. Neuronal substrates of opiate withdrawal // *Trends Neurosci.* – 1992. – Vol. 15. – P. 186 – 191.
 24. Koob G.F., Nestler E.J. Neurobiology of drug addiction // *J. Neuropsych. and Clin. Neurosci.* – 1997. – Vol. 9, № 3. – P. 482 – 429.
 25. Mazumdar S. K. Science of addiction // *Everyman's Sci.* – 2000. – Vol. 34, № 4. – P. 173 – 177.
 26. Renno W. M., Mullet M.A., Beitz A.J. Systemic morphine reduces GABA release in the lateral but not the medial portion of the midbrain periaqueductal gray of the rat // *Brain Res.* – 1992. – Vol. 594, № 2. – P. 221 – 232.
 27. Sim L.J., Selley D.E., Dworkin S., Childers S.R. Effects of chronic morphine treatment on Mu opioid-stimulated [³⁵S]GTP-gS autoradiography // *Pap. 58th Annu. Sci. Meet. Coll. Probl. Drug Depend. – NIDA Res. Monogr.* – 1996. – Vol. 174. – P. 154.
 28. Vetulani J. Biology of drug addiction // *Pol. J. Pharmacol.* – 1999. – 51, № 3. – P. 271 – 272.
-
-

Продолжительность протрагированных психозов составляет в среднем около 3 месяцев. Манифестируя по экзогенному типу, такие психозы приобретают эндоформную окраску.

Согласно исследованию Дудина И.И. (2009), каннабиноидные психозы, как типичный структурный компонент зависимости от каннабиноидов, описаны у пациентов с различным стажем наркотизации. Инициальные острые психозы у всех больных протекали с помрачением сознания (делириозным, делириозно-онейроидным, сумеречным). У больных с органическим психическим расстройством чаще отмечались острые психозы с сумеречным помрачением сознания [3].

По мере увеличения продолжительности наркомании удельный вес психозов с помрачением сознания уменьшался, а число психозов с шизофреноподобной галлюцинаторно-параноидной симптоматикой увеличивалось.

Наличие эндоформной симптоматики в структуре острых и затяжных психозов у больных зависимостью от каннабиноидов значительно затрудняет их дифференциальную диагностику с шизофренией.

Основными дифференциально-диагностическими признаками, позволяющими диагностировать каннабиноидный психоз могут служить:

- наличие расстройств сенсорного синтеза (метаморфопсии, нарушение схемы тела, расстройства осознания времени и др.);
- астенические и церебрастенические расстройства, особенно на выходе из психоза;
- присутствие элементарных слуховых и зрительных галлюцинаций даже при отсутствии расстроенного сознания;
- дисфорический и дистимический компоненты в структуре эмоциональных нарушений;
- корреляция выраженности общемозговых и очаговых неврологических расстройств с тяжестью психоза;
- обязательное наличие хотя бы кратковременных эпизодов помрачения сознания;
- связь возникновения психоза с употреблением каннабиноидов.

Таким образом, решение вопроса о выделении отдельной группы психозов каннабиноидного происхождения является важным аспектом в практической наркологии. По сути психотические состояния в наркологии относятся к ургентным состояниям и требуют экстренной терапии, которая может быть подобрана лишь при проведении адекватной диагностики на уровне синдромальной дифференциации.

Список использованной литературы:

1. Балашов А.М. Эволюция взглядов на патогенез зависимости от каннабиноидов / А.М. Балашов // *Наркология*. – 2004. – № 11. – С. 5–12.
2. Глэн Р.Хенсон Отчет национального института здоровья США / информация с интернет ресурса www.narkotiki.ru
3. Дудин И.И. Зависимость от каннабиноидов в структуре сочетанной психической патологии по данным отдаленного катамнеза (клинический, клинко-эпидемиологический и социо-демографический аспекты) / автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – М., 2009. – 32 с.
4. Дудин И.И. Патоморфоз зависимости от каннабиноидов у лиц с расстройством личности // *Наркология*. – 2008. – № 9. – С. 57-60. (в соавт. с Дмитриевой Т.Б., Клименко Т.В.).
5. Каплан Г.И. Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия – М.: Медицина, 1994. – Т.1. – 672 с.
6. Пятницкая И.Н. Наркомании: Руководство для врачей – М.: Медицина, 1994. – 526 с.

УДК 616.89

СЛУЧАЙ АЛКОГОЛИЗМА У ЖЕНЩИНЫ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ АЛКОГОЛЬНЫМ ПСИХОЗОМ

Ж.С. Ускенбаева

врач психиатр РНПЦППН г. Алматы

Алкоголизм представляет собой главную и основную медико-социальную проблему современного общества на протяжении многих веков, что обусловлено его высокой распространенностью среди общей популяции, а также колоссальным ущербом, приводящим к выраженной социально-трудо-

задаптации и инвалидизации больных. Определение распространенности алкоголизма среди женщин, как в прошлом, так и в настоящее время представляется сложной задачей, которую в ближайшие годы решить не удастся из-за отсутствия надежных критериев выявления больных алкоголизмом (Ураков И.Г., 1983).

авторы знаменитого руководства «Болезни сердца» под редакцией Е. Браунвальда стали рекомендовать рутинное профилактическое введение лидокаина (любопытно, что в тексте руководства, включая и третье его издание 1988 года, не содержится упоминаний об отсутствии положительного влияния лидокаина на смертность). Это мнение стало практически общепринятым и воспроизводилось в подавляющем большинстве обзоров и монографий вплоть до начала 90-х годов XX века. И это несмотря на то, что к 1990 году были опубликованы результаты 12 рандомизированных контролируемых исследований и практически во всех профилактическое введение лидокаина при инфаркте миокарда приводило к увеличению смертности. Лишь в четвертом издании «Болезней сердца», вышедшем в 1992 году, авторы признали тактику рутинного введения лидокаина ошибочной и даже вредной [3].

В заключении хочется отметить, что предлагается пациентам вместо научно-обоснованных и дока-

зательных методов терапии. Нам не удалось найти в научных журналах публикаций, с результатами клинических испытаний так называемых «кодирований». Исследование «сомнительных» методов лечения в наркологии, проведенное в 2011 году в России по изучению более 90 000 описаний изобретений к патентам, показало, что полное исцеление за один сеанс предлагается в 72 патентах; ссылки на серьезные клинические исследования найдены в 6 случаях - и это иностранные компании с лекарствами; на примере нескольких пациентов доказывается эффективность лечения в 189 случаях, а 31 изобретение основано на испытании на одном пациенте; в остальном 231 патенте нет ссылок на исследования, только бесконечная вера в метод самого автора; опасными для жизни и здоровья пациентов признаны 78 запатентованных методов лечения зависимостей. Всего воздействию предложенных методов лечения подверглись 16832 больных. Воздействию опасными для жизни методами подверглись 2938 больных [5].

Список использованной литературы:

1. Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э. Доказательная медицина в наркологии // под ред. Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 2003; X(2):1–68.
2. Крупицкий Е.М., Борцов А.В. Парадигма доказательной медицины: принципы проведения клинических исследований [Текст] / Е.М. Крупицкий, А.В. Борцов // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. - 2008. - Т. 108, N 2. - С. 31-37 : Илл.: 1 табл., 1 схема. - Библиогр.: с. 37 (5 назв.). - Методологические основания. - ISSN 0044-4588
3. Корнышева, Е.А. Эпидемиология и статистика как инструменты доказательной медицины / Е.А. Корнышева, Д.Ю. Платонов, А.А. Родионов, А.Е. Шабашов. - Тверь, 2009. – 80 с.
4. Мелихов О.Г. Клинические исследования. - М.: Атмосфера, 2003.
5. Сошников С.С., Владимиров С.К., Сосунов Р.А., Власов В.В., Граница А.С., Смирнов А.А. Контент-анализ запатентованных методов лечения наркологических расстройств в России // Неврологический вестник. – М., 2011. – Т. 43, № 4. – С. 3-7.

УДК 615.099.08; 343.828

АКТУАЛЬНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ В СИСТЕМЕ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.А. Садвакасова	руководитель отдела клинической эпидемиологии РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н.
Е.В. Цой	заведующая наркологическим отделением Областного наркологического центра, г. Кызылорда
М.К. Естаева	врач-нарколог Областного наркологического центра (ОНЦ), г. Кызылорда
А.С. Каражанова	заведующая экспертным отделом Павлодарского областного Центра по лечению зависимых заболеваний, к.м.н.

Доказано, что уровень употребления наркотиков среди осужденных обычно намного выше, чем в общей популяции (Farrell et. al., 1998). Но проведение реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение употребления наркотиков в ме-

стах лишения свободы связано с определенными трудностями.

Анализ существующих подходов к лечению и реабилитации наркозависимых лиц в медицинских частях пенитенциарной системы Республики Казах-

щеукрепляющая терапия и витаминотерапия, а также терапия, направленная на купирование психических расстройств различного генеза. Имеет место психокоррекционная работа среди осужденных. Отмечается, что совместно с медицинской одновременно проводится и психологическая реабилитация – психопрофилактическая и психокоррекционная работа психологов уголовно-исполнительной системы.

Среди лиц, содержащихся в учреждениях УИС, проводится широкая санитарно-просветительная работа по профилактике наркомании (круглые столы, беседы, раздача информационных материалов на антинаркотическую тему, брошюры и плакаты). Проводятся также мероприятия по предотвращению внутривенного употребления наркотиков и распространения ВИЧ в тюрьмах, информационно-образовательные программы для осужденных лиц. Как элемент программы снижения вреда ведётся также раздача презервативов, дезинфектанты в большинстве случаев доступны. В отчете Комитета уголовно-исполнительной системы за 2011 год так же указывается, что уровень знаний о путях передачи ВИЧ-инфекции среди осужденных лиц достаточно высокий, однако трансформации знаний в реальное поведение не наблюдается. Для дальнейшего совершенствования уголовно-исполнительной системы необходимо решать в настоящее время проблему обеспечения УИС кадрами, то есть специалистами различных направлений – медицинского, психологического, воспитательного и др. Укомплектованность специалистами, занимающимися психопрофилактической и психокоррекционной работой на 2010 год по официальным данным в среднем составила 82%.

Далее хочется отметить, что в рамках административной реформы, проводимой в Республике Ка-

захстан, разработан и одобрен Правительством проект «Стратегического плана развития Комитета уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Республики Казахстан на 2009-2011 годы», где особое внимание в уголовно-исполнительной системе придается общеобразовательному и профессиональному обучению осужденных. В соответствии с уголовно-исполнительным законодательством в исправительных учреждениях должно осуществляться среднее и начальное профессиональное образование осужденных. В настоящее время открыто и функционирует 51 общеобразовательное учебное заведение и 39 профессиональных школ.

В целях профилактики рецидивной преступности принимаются меры, направленные на социальную адаптацию лиц, освобождаемых из мест лишения свободы. Это осуществляется путём создания центров реабилитации - организаций, предназначенных для оказания содействия в трудовом и бытовом устройстве, правовой и психологической помощи лицам, освобожденным из мест лишения свободы. В 2007 году в городах Усть-Каменогорск и Шымкент создано 2 таких центра реабилитации. Однако вопросы проживания реабилитируемых лиц, бытового устройства бывших осужденных, их дальнейшая ресоциализация остаются на сегодняшний день не решёнными, при том, что каждый год из мест заключения освобождается, в среднем, до 20 000 человек.

Взаимосвязь между рецидивной преступностью и мерами социальной реабилитации лиц, отбывших срок наказания, безусловно, прямая и очевидная. В связи с этим, остаются актуальными вопросы необходимости принятия нормативных актов о социальной реабилитации лиц, освобождённых из мест лишения свободы, в частности, и наркозависимых лиц.

Список использованной литературы:

1. Джансараяева, Р.Е. Проблемы борьбы с преступностью в исправительных учреждениях на материалах Республики Казахстан // Автореф. дисс... док. юр. наук. – М., 2006. – 389 с.
2. Дуйсекеев, А.М. Современное состояние и основные направления дальнейшего развития УИС РК // Сборник материалов Экспертной встречи по вопросам развития УИС РК, Астана, 14 августа 2008 г. - Алматы. – С. 13.
3. Исаков, Н.А. Статистика преступлений в системе ИУ // Исполнение наказаний. - 2009. - № 1. - С. 4.
4. Кенжетаяев, Е.М. Законность исполнения уголовных наказаний в Республике Казахстан // Сборник материалов Экспертной встречи по вопросам развития УИС РК, Астана, 14 августа 2008 г. - Алматы. – С. 17.
5. Министерство внутренних дел Республики Казахстан Комитет уголовно-исполнительной системы. Наркоситуация в Республике Казахстан: социально-медицинская характеристика лиц, содержащихся в учреждениях УИС. Август 2011 год
6. Ситуация в УИС РК в области охраны здоровья // Материалы II Центрально-азиатского регионального форума по вопросам наркопотребления и инфекционных заболеваний в тюрьмах. Бишкек. 29-31 октября 2008 г. – Режим доступа: <http://stop-spids.kz/news/2008-11-17-10>
7. Rosenkranz M., Degkwitz P., Zurhold H. Guidelines for a program of rehabilitation for addicted persons in the prison system. Workshop: Research Programme for effective Prevention. – 2011.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

ГИПНОТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С НАРКОЗАВИСИМЫМИ КЛИЕНТАМИ (из книги «Психотерапия и реабилитация наркотической зависимости»)

С.А. Гребнев

врач-психотерапевт, Медицинский психотерапевтический центр «Биоросс»

Итак, отказавшись от наркотика в первую очередь, и устранив абстинентный синдром во вторую очередь, необходимо перейти к устранению постабстинентного синдрома: субдепрессии, нарушенного сна, раздражительности, вегетативных нарушений. Сделать это можно с помощью медикаментозных препаратов: нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов и других лекарственных веществ; можно использовать физиотерапевтические процедуры, бальнеотерапию, рефлексотерапию; а можно использовать психотерапию, преимущественно гипнотерапию. Не хотелось бы, описывать весь возможный набор медикаментозной терапии и последствий от её применения. Остановлюсь на главном. Назначение транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков в постабстинентный период хоть и обосновано, но если есть возможность проведения сеансов гипнотерапии, то лучше остановиться на втором варианте, так как медикаментозная терапия способствует заторможенности, вялости, сонливости. Рано или поздно эту терапию нужно будет отменять. Рано или поздно теперь уже клиенту, а не пациенту потребуется помощь в устранении не только нарушенного сна, подавленности настроения, но также психологической привязанности к наркотическому веществу. Примером тому служат зависимые люди, которые длительное время, год – три года, а порой и больше провели вдали от наркотиков, но, вернувшись в привычную обстановку, через некоторый промежуток времени вновь начинают приём наркотического вещества. Причиной тому являются не только прежние связи, но в большей степени, сформированные и никем не изменённые глубинные личностные убеждения относительно возможности приёма наркотика. Это как раз о личном желании вернуться к проблеме. С этого момента начинается реабилитация наркотической зависимости, сколько бы времени не прошло с момента последнего приёма наркотика, и как бы хорошо не чувствовал человек. Данная работа должна проводиться в состоянии чистого и ясного сознания, на трезвую голову, не затуманенную наркотиками, алкоголем или транквилизаторами.

Устранение явлений постабстинентного синдрома с помощью сеансов гипнотерапии позволяет в короткие сроки восстановить сон, устранить субдепрессию, вегетативные нарушения, привести в состояние активности, бодрости, уверенности. Обычно на это уходит от 10 до 15 дней. Для этих целей лучше всего использовать традиционную форму гипноте-

рапии (мягкий и корректный вариант), либо эриксоновский гипноз. Порой многие начинающие специалисты придают особое значение своим внушениям, встроенным командам, направленным на отказ или забывание наркотического вещества. И хотя встроенные и прямые команды играют определённую роль, но ключевым моментом правильнее считать создание комфортного и безопасного состояния, проведение ресурсного транса, способствующего устранению негативных последствий и повышению активности пациента. Практика и исследования показывают, что голос терапевта, его интонации, как ни парадоксально, играют на этом этапе более значимую роль, нежели чем непосредственные внушения. Через 10 минут правильно поставленного голоса у клиента меняется активность коры головного мозга, и альфа (б)-ритм (быстрый ритм, ритм активного бодрствования) переходит в бета (в)- и дельта (д)-ритм, то есть более спокойный, при котором активизируется и выравнивается деятельность вегетативной нервной системы: регулируются частота сердечных сокращений, артериальное давление, выделение гормонов, выброс эндорфинов. После 5-8 проведённых сеансов такой терапии можно наблюдать существенные изменения в нормализации сна, быстром повышении настроения, уменьшение раздражительности, устранение последствий абстинентного синдрома. Всё это происходит гораздо быстрее, нежели чем при медикаментозной терапии и существенно быстрее, чем при естественном выходе из этого состояния. Средние сроки нормализации всех функций две, максимум – три недели. В редких случаях сон, а вместе с ним и другие нарушенные функции восстанавливались за одну неделю. При таком подходе через месяц после последнего приёма наркотика и устранения абстинентного синдрома, бывшие пациенты чувствуют себя спокойно и уверенно, приобретают бодрость, повышается активность, они готовы к действиям. Через месяц они заявляют, что полностью отсутствует желание принимать наркотик и уже практически здоровы. Их высказывания вполне искренне. А как хочется в это верить их родным! И верят.

Но основная задача реабилитации не восстановление сна, вегетативных нарушений и тому подобное, а изменение мышления клиента, его системы убеждений, которая привела к первичному приёму наркотика, сформировалась в процессе его приёма и удерживает в этой проблеме.

(пауза) Клиентка погрузилась в состояние транса и размышлений. Никто ей не мешал. В этом состоянии она была не более 30 секунд.

- Ж.** Я думаю, что её обижали те вопросы, которые для неё в тот момент являлись важными. Например, поиск молодых людей, ну не поиск, а встретить своего молодого человека. И если она начинала с кем-то общаться, и я задавала ей вопрос: «Как у тебя дела?» Она уже в этот момент понимала, что это не тот человек, она может уже рассталась с ним, у молодёжи так бывает.
- С.А.** Давай немножко подумаем, какие вопросы обижали её?
- Ж.** Ну, это вопросы относительно молодых людей и отношений с молодыми людьми. Её напрягали, и она начинала обижаться.
- С.А.** Если сказать по-другому...
- Ж.** Она тоже реагировала негативно.
- С.А.** Если сказать по-другому... Это были вопросы, которые проходили за грань её личного пространства.
- Ж.** Получается, что это за гранью её личного пространства.
- С.А.** Ты научилась отличать некоторые вопросы, которые До этой грани, а которые выходят За грань?
- Ж.** Не всегда. Не всегда. Иногда я чувствую, что об этом лучше спрашивать не надо, я себя останавливаю. А иногда, я думаю, что это банальный вопрос: «Ты сейчас куда? Домой или куда-то?». Хотя Можно же просто попросить: «Придешь домой позвони. Или как доберешься, сообщи, что бы я не волновалась!»... я спрашиваю по-другому.
- С.А.** А если задуматься и проанализировать, те вопросы, которые произвольно проникали в её личное пространство. Вторгались в него. Ты можешь их для себя разграничить и ограничить?

Более продолжительная пауза.

- Ж.** Ну, это мне надо подумать про «ограничить», потому что я сейчас не готова ответить.
- С.А.** Я понимаю, я понимаю. Без этого невозможно.
- Ж.** Задуматься, как ограничить, нужно подумать. Я подумаю над этим.
- С.А.** (тише) Это просто необходимо.
- Ж.** Угу. Я получила вопрос на свой ответ. Ну, нужно просто дать ей спокойно жить. Спасибо большое.
- С.А.** Это ещё не всё. Я рад тому, что ты нашла ответ на свой вопрос. Но как родитель, тебя все равно будет «подмывать» к ней приставать, в её личное пространство. Ты научилась не вторгаться в это пространство. А мне хотелось бы, чтоб ты научилась отслеживать суть задаваемых вопросов.
- Ж.** Да я это уловила, что я не так вопросы задаю. Я это даже отметила, что как-то не так вопросы задаю.
- С.А.** Или вообще не задавай.
- Ж.** Ну да. Или надо доверять, наверно, больше.
- С.А.** Да, да.
- Ж.** Сегодня опыт Даши меня так поразил, что она реально готова жить сама, а ей мешаю как мать. Я считаю, что она ещё маленькая.
- С.А.** Более того, мы мешаем им взрослеть.
- Ж.** Ну, наверно, да. (Продолжительная пауза)
- С.А.** Мы мешаем им делать какие-то ошибки и получать собственный опыт.
- Ж.** Зато наш опыт мы быстренько транслируем им и говорим, как и что им делать.
- С.А.** Наш опыт – это хорошо. И даваемые советы – это концентрированный наш опыт. Мы готовы давать его, дарить его нашим детям, но они не всегда они готовы принять его.
- Ж.** А может они выше пойдут, а мы их ограничиваем. Спасибо большое. Теперь всё!
- С.А.** У меня всё. Тогда на этом завершим.

УДК 616-039; 614.254.3

СОЧЕТАННЫЕ ФОРМЫ ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА НАРКОЛОГА

А.К. Ережеп

заведующая реабилитационным отделением Областного наркологического центра, г. Кызылорда

Всё чаще в практике врачей наркологов можно встретить сочетанные формы зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) с игроманией. Игромания относится к нехимическим видам аддикции, где

объектом зависимости становится поведенческий паттерн, а не ПАВ [1].

Многие авторы указывают на частое сочетание нехимических аддикций с химическими зависимос-

ТУЫНДЫ ПРОФИЛАКТИКАСЫ ҮШІН АПИЫНДЫ• НАША•ОРЛЫ•ТЫҢ ДИАГНОСТИКАЛЫ• МЕЖЕЛЕРІ

В.П. Павленко, А.Ә. •ұсайынов, М.В. •аш•аров

Ма•алада туынды профилактика шеңберінде апиынды• наша•ор адамдардың ауруының ерте сатыларын-
да диагностика жасау үшін •олданатын нейромедиаторлы• жүйенің (ГАМК- және апиынды•) •ызметіндегі
өзгерістерді зерттеу нәтижелері •арастырылады.

ПСИХИКАЛЫ• КЕРІ КЕТУ СИНДРОМЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫ•ДИНАМИКАЛЫ• ПАРАМЕТРЛЕРІ (практикалы• мәнісі)

Л.Б. Ба•тыбаева, Т.У. Саидов

Ма•алада тәуелділіктің білікті синдромдарының бірінің - психикалы• кері кету синдромы - оның практика-
лы• (эмпирикалы•) •алпында іріктеуші сипаттамасы келтіріледі. Бұл синдромның динамикасы мен •алыпта-
суының екі векторы •аралған «аддиктивтік және органикалы•».

ПОЛИНАША•ОРЛЫ•ТЫҢ КЛИНИКАЛЫ•ПСИХОПАТОЛОГИЯЛЫ• ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ (апиындар мен ұйы•тату •асиеті бар психикалы• белсенді заттармен тіркесу салдарынан болған тәуелділік мысалында)

Л.Б. Ба•тыбаева, Т.У. Саидов

Бұл ма•алада полинаша•орлы•тың клиникалы•-психопатологиялы•, оның ішінде апиындар мен ұйы•тату
•асиеті бар психикалы• белсенді заттармен тіркесу салдарынан болған тәуелділік мысалындағы ерекшеліктері
туралы мәліметтер келтіріледі.

ХИМИЯЛЫ• ТӘУЕЛДІЛІКТЕРДІҢ ЖАЛПЫ СИНДРОМОЛОГИЯСЫНДА•Ы АФФЕКТИВТІК БҰЗЫЛЫМДАР

М.П. Пазылхаир

Ма•алада химиялы• тәуелділіктердің жалпы синдромологиясындағы аффективтік бұзылымдар синдромы-
ның орындарының сипаттамасы беріледі. Психикалы• белсенді заттарға әуестену патологиялы• синдромы
фонында аффективтік бұзылымдар динамикасының жалпы заңдылы•тары •арастырылған.

КАННАБИНОИДТАРДЫ (ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ•ДИАГНОСТИКАЛЫ• МӘНІСІ) • ОЛДАН•АН КЕЗДЕ ПАЙДА БОЛАТЫН ПСИХОТИКАЛЫ• ЖА•ДАЙЛАРДЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Т.У. Саидов, Л.Б. Ба•тыбаева

Ма•алада каннабиноидты• тәуелділікке тән психотикалы• кешеннің ерекшеліктері бейнеленген. Авторлар
жедел көмек көрсету кезінде практикалы• наркологияда пайдалануы керек дифференциалды•-диагностика-
лы• мәнісін бөлуге байланысты берілген жина•тама талдауларды келтіреді.

ЕСІРТКІГЕ ТӘУЕЛДІ КЛИЕНТТЕРМЕН ЖҰМЫСТАҒЫ ГИПНОТЕРАПИЯ («Есірткілік тәуелділіктің психотерапиясы және оңалту» кітаптан)

С.А. Гребнев

Есірткілік тәуелділікті емдеу мен оңалтудың түрлі сатыларында барынша тиімді нәтиже алу үшін түрлі табанды гипнотикалы техникаларды оқидан ажет. Егер постабстиненттік синдром сатысында директивтік эриксонды емес және гипноздың дәстүрлі түрлері жаңы жұмыс істесе, онда ұйқы орнына келгеннен соң, өмірлік тонусы көтерілуі, вегетативтік бұзылымдардың орнына келуі, есірткілерді оқиданудан бас тартуға бағытталған тура және жанама суггестиялар, олар туралы ұмыту, белгісіз себептерге байланысты тәртіптерінің өзгеруінің тиімділігі аз. Гипнотикалы техниканың жаңа түрлерін пайдаланып, жалған наныммен жұмыс жасау есірткілік заттардан толық бас тартуға маңызды әсерін тигізуге мүмкіндік береді. Мағалада есірткілік тәуелділікпен, алкогольдік тәуелділікпен және отбасылы кеңесте кеңес беру тәжірибесінен мысалдар келтірілген.

Өзекті сөздер: ойды Кристалдау тәсілі, кеңес беру, гипнотерапияның жаңа түрлері, тәуелділік психотерапиясы.

КАННОБИНОИДТЫ ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫ МЕХАНИЗМДЕРІ ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕГЕ

Т.У. Саидов

Мағала каннабиноидты тәуелділіктің механизмін, оның ішінде физиологиялы каннабиноидты жүйенің нейрохимиялы сипаттамасының ызметін бейнелеуге арналған. Тәуелділіктің осы түріне жетекшілік етуде ерекше терапияны талдауды талап ететін патогенетикалы буындар аныталған.

ГЕРОИНДЫ ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ КЛИНИКАЛЫ КӨРІНІСТЕРІНІҢ ДИНАМИКАСЫ (әдеби шолу)

Б.О. Тлеубаев

Мағалада героинды тәуелділіктің негізгі патологиялы көріністерінің ағымы мен алыптасы динамикасына деген көз арасына шолу ұсынылған. Апиынды нашаорлықтың ұрылымындағы тәуелділік синдромының патопластикалы және патокинетикалы ерекшеліктері атап көрсетілген. Бұл аурудың клиникалы көрінісі мен оның биологиялы компоненттері арасындағы паралель бөлінген.

SUMMARY

ABOUT THE NORMATIVE AND LEGAL SUPPORT OF THE DEVELOPMENT OF MEDICAL SCIENCE IN KAZAKHSTAN REPUBLIC

A.L. Katkov

The article of A.L. Katkov «About the normative and legal support of the development of medical science in Kazakhstan Republic» analyzed the situation evolving in the field of medical science. The main trends in the formation of socially oriented market health. The description of methods for calculating the cost of medical services with an emphasis on quantity and quality of the restored health. We formulate the relevant articles of the updated version of codec RK «Nation health and the health care system». Conclusions about the need for economic stimulation of the development process of medical science in RK.

Keywords: health, science, economic incentives, normative and legal support.

NEW DOCTORS APPROACHES IN THE COUNTERACTION SPHERE TO DISTRIBUTION OF SOCIAL EPIDEMICS

A.L. Katkov

In article of A.L. Katkov «New doctor's approaches in the counteraction sphere to distribution of social epidemics» are considered the main characteristics of explaining scientific system. The solvency of used scientific approaches – synergetic, system in a representation of such difficult phenomenon, as process of distribution of destructive social epidemics is analyzed. Possibility of constructive succession of events locates in the considered sphere.

Keywords: social epidemics, doctrine, synergetic approach.

UNIVERSAL RISK FACTORS – STABILITY OF INVOLVEMENT IN SOCIAL EPIDEMICS

A.L. Katkov

In A.L. Katkov's article «Universal risk factors – stability of involvement in social epidemics» validity of scientific search of such targets for the purpose of essential increase of efficiency of preventive and medical and rehabilitation actions is given reason. The main characteristics of the research program are provided. The received results are in detail considered and made comments. In particular, the stability of the population given about levels to involvement in social epidemics.

Keywords: social epidemics, risk, stability.

ASSESSMENT OF INTERMEDIATE RESULTS OF THE SCIENTIFIC AND TECHNICAL PROGRAM «EFFECTIVE PREVENTION OF DISTRIBUTION OF SOCIAL EPIDEMICS IN KAZAKHSTAN REPUBLIC» EXPERTS OF THE EUROPEAN UNION

T.V. Pak, P. Degkwitz, M. Rozenkrants

In article the assessment of intermediate results of implementation of the scientific and technical program «Effective prevention of distribution of social epidemics (drug addiction, extremism, terrorism and involvement in criminal communities, destructive sects and a game addiction) in Kazakhstan Republic» for 2011. And also information on realization scientific research of projects which common goal is development of the effective and scientific and reasonable preventive program of management by risk factors of distribution of social epidemics.

DIAGNOSTIC CRITERIA OF OPIUM DRUG ADDICTION FOR ITS SECONDARY PREVENTION

V.P. Pavlenko, A.A. Kusainov, M.V. Kashkarov

In article results of studying of changes of functioning of neuromedia even systems at the persons sick with opium drug addiction, and their use for disease diagnostics at early stages within secondary prevention are considered.

CLINIK-DYNAMIC PARAMETERS OF A SYNDROME OF MENTAL DEGRADATION (practical aspect)

L.B. Baktybayev, T.U. Saidov

The selective description of one of axial syndromes of dependence is provided in article - a syndrome of mental degradation - from positions of its practical (empirical) assessment. Two vectors of formation and dynamics of this syndrome – «addictive» and «organic» are considered.

CLINIC-PSYCHOPOTOLOGICAL FEATURES OF POLYDRUG ADDICTION (on a dependence example owing to a combination of opioid and psychoactive substances of somnolent action)

L.B. Baktybayev, T.U. Saidov

The polydrug addiction given about clinic-psychopathological features is given in this article, in particular on an example of the analysis of a clinical picture of dependence owing to a combination of opioid and psychoactive substances of somnolent action.

AFFECTIVE FRUSTRATION IN THE GENERAL SINDROMOLOGY OF CHEMICAL DEPENDENCES

L.S. Pazykhair

In article the description of a place of a syndrome of affective frustration in the general clinical structure of chemical dependences is given. The general regularities of dynamics of affective frustration against a syndrome of a pathological inclination to psychoactive substances are considered.

FEATURES OF THE PSYCHOTIC CONDITIONS ARISING AT THE USE OF KANABIOIDS (differential and diagnostic aspect)

T.U. Saidov, L.B. Baktybayev

In article clinical features of a psychotic complex, characteristic for kanabioide dependence are reflected. Authors carry out the structural analysis of this collective concept, with allocation of differential and diagnostic aspects which should be used in practical narcology when rendering the emergency help.

HYPNOTHERAPY IN WORK WITH DRUG DEPENDENT CLIENTS (from the book «A psychotherapy and aftertreatment of drug addiction»)

S.A. Grebnev

At various stages of treatment and rehabilitation of drug dependence should be used fundamentally different hypnotic techniques to obtain the most effective results. If at the stage of the syndrome post abstinent work well traditional forms of hypnosis and not prescriptive Erickson, after recovery sleep, increase vitality, restoration of autonomic disorders, direct and indirect suggestion, to the rejection of drugs, forgetting about them, behavior

changes for no apparent reason in effective. Experience has shown that working with false beliefs, using new forms of hypnotic techniques, can significantly affect the total failure of the drug. The article gives examples from counseling to drug addiction, alcohol abuse and family counseling.

Keywords: Method of crystallization of thought. Counseling. New forms of hypnotherapy. Psychotherapy relationships.

TO A QUESTION OF PATHOGENETIC MECHANISMS OF CANABIOID DEPENDENCE

T.U. Saidov

Article is devoted to the description of mechanisms of cababioid dependence regarding neurochemical characteristics of functioning of physiological canabioid system. Pathogenetic links which demand selection of specific therapy at a kuration of this type of dependence are defined.

DYNAMICS OF CLINICAL IMPLICATIONS OF HEROIN DEPENDENCE (literary review)

B.O. Tleubayev

In article the review of existing views on dynamics of formation and the course of the main psychopathologic implications of heroin dependence is presented.