
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том XII № 3

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

СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ

УЧРЕДИТЕЛИ:

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

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

Том XII
№ 3
2012 год

выходит
4 раза в год

Бикетова Л.А.

Роль агрессии как основного формообразующего фактора деструктивной секты (литературный обзор) 7-9

Катков А.Л.

Анализ институционального дефицита в сфере противодействия деструктивным социальным эпидемиям 10-11

Катков А.Л.

Инновационные технологии метамоделей социальной психотерапии, используемые в сфере противодействия распространению деструктивных социальных эпидемий *Садуакасова Г.А., Фесенко Н.Ф., Бахтияров Д.Н.* 11-17

Исследование дефицитов психологического здоровья у лиц, осужденных за преступления, связанные с терроризмом, экстремизмом и с вовлечением в криминальные организации 17-19

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Аманова Ж.Ш.

Профилактика рискованного поведения посредством программы «Семья и школа вместе» 20-21

Асылханова А.М.

Результаты исследования дозорного эпидемиологического надзора среди работниц секса, употребляющих наркотики инъекционным путем 21-23

Катков А.Л.

Модели психотерапевтической помощи в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ 23-27

Катков А.Л., Ескалиева А.Т.

О роли психотерапии в лечении и реабилитации лиц с химической и деструктивной психологической зависимостью 27-32

Катков А.Л., Ескалиева А.Т.

Психотерапевтический режим в отделениях и центрах, реализующих профессиональные, высокоструктурированные программы лечения и реабилитации зависимых от психоактивных веществ 33-36

Ким Т.В.

Проблемы употребления курительных смесей среди подростков и молодежи 36-38

Макдональд Л., Аманова Ж.Ш.

Оценка Программы «Семья и школа вместе» в Республике Казахстан 39-40

Молчанов С.Н.

Предварительные итоги реализации проекта «Наш Позитив в Действии!» 40-41

Саркисян Ш.В., Юсупов О.Г.

Распространенность рисков химической и нехимической аддикции среди учащейся молодежи г. Костаная 42-47

КЛИНИКА

<i>Джасынова А.Б.</i> Значение социальных и личностных факторов в развитии алкоголизма и наркомании	48-51
<i>Монтаева А.К.</i> Основные проблемы применения лабораторной диагно- стики в наркологической практике	51-54
<i>Раклова Е.М.</i> Социально-психологический тренинг как средство коррек- ции созависимости	55-59
<i>Сагинов А.М., Габдракитова Р.Ф.</i> Реабилитация пациентов, страдающих алкоголизмом, в структуре принудительного лечения	59-60
<i>Шадаева Д.Ф.</i> Данные ретроспективного анализа основных показателей псевдоабстинентного синдрома у пациентов стационар- ного профиля, страдающих опиоидной зависимостью	61-65
<i>Шадаева Д.Ф.</i> Отдельные вопросы дифференциального диагноза токсиче- ских психозов (на примере описания двух клинических случаев)	65-68

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Катков А.Л., Кусаинов А.А., Байкенов Е.Б.</i> Управление качеством аддиктологической помощи	69-74
---	-------

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

<i>Гафарова Н.В., Мусабеева Ж.К.</i> Интерпретация данных относительного риска смерти среди популяции потребителей психоактивных веществ (кроме алкоголя) к ожидаемому числу смертей среди населения Республики Казахстан за 2010 год и 2011 год методом непрямой стандартизации	75-78
<i>Сагинов А.М., Габдракитова Р.Ф.</i> Роль принудительного лечения от алкоголизма в нарколо- гии. Обзор данных Областного специализированного лечеб- но-профилактического учреждения Карагандинской области	79-80
<i>Субханбердина А.С., Матаева Ш.И., Монтаева А.К.</i> К вопросу о химико-токсикологической диагностике (краткий литературный обзор)	80-83
<i>Хасенова Г.-П.Ж.</i> Результаты дозорного эпидемиологического надзора сре- ди потребителей инъекционных наркотиков в Павлодаре	83-85
<i>Резюме</i>	86-93

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

CONTENTS

FOUNDERS:

SOCIAL EPIDEMICS

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

- Biketova L.A.*
Role of aggression as a main formed factor of destructive
sect (literary review) 7-9
- Katkov A.L.*
Analyze of institutional deficit in sphere of counteraction
of destructive social epidemics 10-11
- Katkov A.L.*
Innovative technologies of metamodel of social
psychotherapy used in combating the spread of
destructive social epidemics 11-17
- Sadvakasova G.A., Fesenko N.F., Bakhtiyarov D.N.*
The study of mental health deficits in individuals
convicted of offenses related to terrorism, extremism and
involvement in a criminal organization 17-19

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

PREVENTION AND REHABILITATION

- Amanova ZH.SH.*
Prevention of risky behavior through the program «Family
and School Together» 20-21
- Asylhanova A.M.*
Results of the study of sentinel surveillance among sex
workers, injecting drug users 21-23
- Katkov A.L.*
Models of psychotherapeutic help in programs of medical
and social rehabilitation of psychoactive substances
addicted 23-27
- Katkov A.L., Eskalieva A.T.*
The role of psychotherapy in the treatment and
rehabilitation of persons with chemical and destructive
psychological dependence 27-32
- Katkov A.L., Eskalieva A.T.*
Psychotherapeutic treatment in departments and centers,
implementing professional, highly structured program of
treatment and rehabilitation of substance dependence 33-36
- Kim T.V.*
Problems of using smoking mixtures among youth 36-38
- McDonald, L., Amanova ZH.SH.*
Evaluation of the «Family and School Together»
programm in Kazakhstan Republic 39-40
- Molchanov S.N.*
Preliminary results of the project «Our Positive in Action!» 40-41
- Sarkisian Sh.V., Yusopov O.G.*
The prevalence of the risk of chemical and non-chemical
addiction among students of Kostanay 42-47

Volume XII
№ 3
2012

Published
4 times in a year

CLINIC

<i>Dzhasynova A.B.</i> The importance of social and personal factors in the development of alcoholism and drug addiction	48-51
<i>Montaeva A.K.</i> The main problems of laboratory diagnosis in narcological practice	51-54
<i>Raklova E.M.</i> Socio-psychological training as a means of correction of codependency	55-59
<i>Saginov A.M., Gabdrakipova R.F.</i> Rehabilitation of patients suffering from alcoholism in the structure of compulsory treatment	59-60
<i>Shadaeva D.F.</i> Data of the retrospective analysis of the main indicators of a pseudo-abstinent syndrome at the patients of a stationary profile suffering from opioid dependence	61-65
<i>Shadaeva D.F.</i> Single issues of the differential diagnosis of toxic psychosis (for example, the description of two clinical cases)	65-68

ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL HELP

<i>Katkov A.L., Kusainov A.A., Baikenov E.B.</i> Quality management of the addiktological help	69-74
---	-------

INFORMATION AND REVIEWS

<i>Gafarova N.V., Musabekova Zh.K.</i> Interpreting of data of relative risk of death among population of consumers of psychoactive substances (except alcohol) to expected number of death among the population of Kazakhstan Republic for 2010, 2011 a method of indirect standardization	75-78
<i>Saginov A.M., Gabdrakipova R.F.</i> Role of a compulsory treatment from an alcoholism in an addictology. Review of data Regional specialized preventive establishment of the Karaganda area	79-80
<i>Subkhanberdina A.S., Mataeva Sh.I., Montaeva A.K.</i> To a question of chemical and toxicological diagnostics (the short literary review)	80-83
<i>Hasenova G-P.Zh.</i> Results of patrol epidemiological supervision among consumers of injecting drugs in Pavlodar	83-85
<i>Summary</i>	86-93

УДК 616.89

РОЛЬ АГРЕССИИ КАК ОСНОВНОГО ФОРМООБРАЗУЮЩЕГО ФАКТОРА ДЕСТРУКТИВНОЙ СЕКТЫ (литературный обзор)

Л.А. Бикетова

эксперт по психологии отдела менеджмента научных исследований РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК)

В современном обществе возрастает роль таких негативных социально-идеологических образований, как секты. Их изучение уже давно вышло за рамки отдельных научных областей (религиоведение, социология).

Сектантство является уникальным социальным феноменом, существующим на протяжении длительного исторического периода и проявляющимся в разных социальных, политических, экономических условиях в религиозной, псевдорелигиозной и светской формах [2].

Признание сект сложным многокомпонентным феноменом, стабильная прикладная актуальность данной проблемы стимулируют системное интегральное его исследование в пределах целой дисциплины гуманитарных знаний, в том числе в области ментальной мысли.

Организуя поиск в рамках многокомпонентной проблемы, сфера таких прикладных областей, как психология, психиатрия, аддиктология имеют собственный объект (личность в рамках сект) и предмет исследования (закономерности личностного функционирования в сектах).

Однако в настоящее время научные исследования с приставкой «психо...» далеки от концептуальной завершенности, отличаясь дискретностью, описательным характером.

Чаще всего в настоящее время рассматриваются как отдельные характеристики функционирования психической сферы в условиях секты, так и личностный профиль «сектанта». Через призму индивидуального подхода определяются характеристики функционирования, экстернализации сект. Вместе с тем, социальная деструктивность сект диктует необходимость разработки превентивных мероприятий, что станет возможным только при выявлении рисков вовлечения в секты и факторов, потенцирующих этот процесс.

Для того чтобы понять отправную точку дедуктивного научного поиска в этом направлении, следует обратиться к самому определению секты.

Секты – религиозные, псевдорелигиозные, светские объединения и группы лиц, следующих учению (официальному, открыто пропагандируемому и тай-

ному, известному только руководителям секты и посвященным), основанному на особом негативно-деструктивном типе светской или религиозной идеи, открыто или тайно противопоставляющих себя отдельным социальным группам, обществу, государству и мировому социуму в целом [3].

Секты – это особые социальные группы, имеющие свои ценности, принципы, цели (явные и тайные). Для достижения истинных целей (в соответствии с тайной доктриной, существующей в каждой секте при наличии официально пропагандируемого учения) руководители сект применяют к adeptам и неофитам методы агрессивного манипулирования (контроля и деформации сознания), что приводит личность в состояние частичной или полной психологической зависимости, при которой adept готов выполнить любой приказ [2].

Проводить анализ функционирования сект, прежде всего, следует с «классических» позиций, то есть, применяя стандартизованную систему координат психологических феноменов.

Как уже отмечалось, одним из основных отличий сект от иных групп и объединений (организаций) является использование в сектах по отношению к adeptам агрессивных методов манипулирования, подавления личности - тотального контроля и деформации сознания. Это выражается в действиях, совершаемых индивидуумом без осознания их истинной сути и цели, приводящих к причинению вреда здоровью, имущественному и социальному положению, духовному состоянию, как самого индивидуума, так и окружающих его людей.

Агрессивные методы манипулирования и подавления личности – это действия, совершаемые тайно или явно одним индивидуумом (индивидуумами) в отношении другого индивидуума (индивидуумов), направленные на сознание и органы чувств человека, результатом которых является неосознаваемые решения и поступки индивидуумов, подвергшихся манипулированию, несовпадающие с их объективно существующими желаниями, приносящие, как самим индивидуумам, так и лицам их окружающим, социальным группам, общественным и государственным институтам, материальный и моральный вред [5].

В связи с данным тезисом справедливо рассмотрение такого патогномичного для сект явления, как «агрессия / агрессивность».

В формате анализа литературных источников авторами поднимаются следующие вопросы:

- общее определение «агрессия/ агрессивность», его экстраполяция на феномен «секта/сектантство»;
- функции агрессии/ агрессивности, их прикладное значение в сектах;
- виды агрессии, встречающиеся в сектах;
- механизм течения агрессии в рамках сект;
- паттерны выражения агрессии в рамках сект.

Агрессия – поведение, ориентированное на нанесение вреда объектам, в качестве которых могут выступать живые существа или неодушевленные предметы. Агрессивное поведение служит формой отреагирования физического и психического дискомфорта, стрессов, фрустраций. Кроме того оно может выступать в качестве средства достижения какой-либо значимой цели, в том числе повышения собственного статуса за счет самоутверждения [5].

Агрессия – состояние, намерение или действие организма, направленное против объекта окружающей среды или другой особи. В этологии чаще всего говорят об агрессивном поведении, то есть об активных действиях животного, связанном с борьбой, противостоянием или конкуренцией, и приводящее к устранению препятствия, запугивания, подавления, нанесения травм или убийства другой особи.

Понятие «агрессии», как правило, охватывает определённые формы поведения, нацеленные на причинение вреда другому. «Агрессивность» же бывает двух видов: агрессивность как состояние и агрессивность как свойство личности, то есть, как склонность человека реагировать определённым образом на сложившуюся ситуацию. Под агрессивностью понимается готовность к агрессивным различного рода действиям и восприятие мира как враждебного, препятствующего удовлетворению потребностей.

Агрессия или агрессивное поведение – специфическая форма действий человека, характеризующихся демонстрацией превосходства в силе или применением силы по отношению к другому человеку или к группе лиц, которым субъект стремится причинить ущерб [1].

Агрессия в своём классическом определении всецело переносится на ситуацию сект, составляя ключевую форму взаимодействия в пределах данных социальных групп.

В данном случае агрессия выполняет функцию формирования социальной структуры, структуры власти, иерархии. Использование данного формообразующего поведенческого паттерна позволяет сектам:

- а) формироваться в относительно короткие сроки;
- б) эксплуатировать динамические характеристики основополагающего биологического драйва в качестве стабилизатора структура;
- в) транслировать идеологические дефиниции аксиоматично (на уровне «слепой» веры);
- г) проводить трансформацию сознания adeptов;
- д) рекрутировать неофитов (новых членов), расширяя свои пределы;
- е) криминализировать «идеологические» концепции сект, превращая их в политические институты.

Агрессия может варьировать по степени интенсивности и форме проявлений: от демонстрации неприязни и недоброжелательности до словесных оскорблений («вербальная агрессия») и применения грубой физической силы («физическая агрессия»).

Различают *инструментальную* и *целевую* агрессию. Инструментальная агрессия используется для достижения желаемых целей и результатов. Целевая агрессия – это заранее спланированное действие, цель которого – нанесение вреда или ущерба другому человеку или объекту.

Агрессия, кроме того, существует в двух формах: *ситуативной* и *личностной, устойчивой* и *неустойчивой*. Ситуативная агрессия проявляется эпизодически, в то время как личностная агрессия является устойчивой индивидуальной чертой поведения, выступающей везде и всегда, где для этого складываются подходящие условия.

Структурно «сектантская агрессия» подразумевает все вышеперечисленные формы.

По степени выраженности агрессия представлена континуумом, на одном полюсе которого представлена неприязнь к «инакомыслящим», на другом – применение открытой физической агрессии и террористические акты.

По каузальной обусловленности агрессия в сектах чаще всего инструментальна, используется для достижения конкретных целей. Целевая агрессия, однако, не исключено, может быть отражением психопатологических отклонений и делинквентности лидера секты.

По своему генезу агрессия в сектах также разнопланова. Чаще всего, инициально формируясь на основании личностной агрессии лидера секты, в последующем ненависть и нетерпимость приобретают каждый раз форму ситуационной агрессии. Это обуславливает высокую актуальность исследования и дифференцированной количественной оценки показателей личностной и ситуационной агрессии. Так, смещение агрессии группы в сторону личностной агрессии может свидетельствовать о первоначально высокой деструктивности секты, как в отношении её членов, так и социума в целом.

Ненависть фанатиков распространяется не только на окружающий мир, но и на самих себя, что выражается «в самоотверженности, аскетизме или в самобичевании и чувстве неполноценности». Фанатик почти всегда эгоцентричен и считает, что «он и есть ... идея», отождествляет свою истину с собой, а также с объектом своего почитания, покушение на который он воспринимает как покушение на свою жизнь, не задумываясь над реально происходящими событиями, считая лишь свою точку зрения единственно справедливой, требующей немедленного и неукоснительного принятия всеми [2].

И наконец, требует достоверного подтверждения кинетические характеристики агрессии в сектах. Гипотетически агрессия, персистирующая в сектах, постоянна, тотальна, направлена внутрь структуры и в окружающую реальность.

Сектантство как социальный феномен практически всегда существует в социально опасных формах: в девиантно-деструктивной и делинквентной. Феномен сектантства и феномен преступности имеют много общего. Некоторые исследователи вполне обоснованно предлагают использовать такой термин как «сектомафия» [3].

Рассматривая агрессию в сектах в контексте взаимодействия с реальностью, можно сделать заключение, что паттерн такого контакта сводится к противостоянию и разрушению реальности. Первоначально, формируясь только на идеологическом основании как попытка бегства от реальности, секта, по сути, исполняет роль суррогатного источника любви и принятия для его членов. В данном случае принято говорить об аддиктогенном потенциале секты. В последующем, по мере своего функционирования, оккультные организации переходят в фазу активной деструкции окружающей реальности. При этом по социальной опасности поведение его членов может быть сравнимо с деструктивными чертами в поведении психотического больного.

Наконец, одним из важных вопросов, касающихся агрессии в сектах, является сущность объекта деструктивного влияния.

Анализируя разрушительные последствия сект, большинство авторов приходит к заключению об особой «тропности» агрессии к психической сфере жертв (Васильев А., Дмитриева Н.В., Короленко Ц.П., Куликов И., Кураев А.В., Митрохин Л.Н., Саввин А.В., Стурова М.П., Скородумов А.А.).

С помощью различных средств и методов в сектах стремятся создать условия для контроля над адептами, превращения их в биороботов, для полного уничтожения личности. После того, как человек теряет свою индивидуальность и превращается в послушного исполнителя, руководители сект (манипуляторы) начинают процесс формирования личнос-

ти с девиантно-деструктивными и делинквентными наклонностями, которая стремится причинять вред другим и самой себе, страдая за своё учение и обожествляемых лидеров.

У адептов сект под воздействием манипуляторов полностью меняется система ценностей, которые у них были до вступления в секты, происходит патологическое изменение личности, адепты теряют интерес к происходящему в мире, их действия перестают быть целенаправленными. Приматом жизни адептов становится сама секта, что в свою очередь приводит личность к сенсорной депривации, которая сопровождается психологической регрессией, выражающейся в явлениях деперсонализации и установления растущей зависимости от какого-либо воображаемого лица. При этом личность полностью концентрирует внимание на строго определённом объекте, либо у неё наблюдается полное рассредоточение внимания. Но в том и в другом случае наступает «остановка процессов восприятия и мышления, происходит особого рода чувственная изоляция человека от внешнего мира» [1].

Приведённые данные свидетельствуют о ключевой роли агрессии как основного формообразующего фактора в функционировании сект. Агрессия, как универсальный биологический феномен, в рамках «секта» наделяется особыми функциями, в структурном отношении представлена разнообразными видами, квантифицированная оценка которых позволяет прогнозировать степень деструктивности различных оккультных обществ.

Таким образом, завершая анализ существующих эмпирических данных, следует заключить, что назрела острая необходимость обобщения разрозненных фактов и создания единой «ментальной» концепции функционирования сект и сектантства. Только на основании этого в последующем возможно выстраивание эффективных и адекватных коррекционных и превентивных мероприятий, позволяющих противодействовать гигантским разрушительным последствиям данного негативного феномена.

Список использованной литературы:

1. Жмуров Д.В. *Насилие (агрессия) и литература*. – Иркутск: «АСПринт», 2005. – С. 252.
2. Тонконогов А.В. *Сектантство как социальный феномен (Исследование в среде осужденных к лишению свободы): Дис. на соискание ученой степени канд. филос. наук*. – Москва, 2004. – 207 с.
3. Тонконогов А.В. *Пенитенциарная сектология / Учебное пособие*. – Москва, 2003.
4. Berger P.L. *The Sociological Study of Sectarianism. // Social Research*. – 1954. – Vol. 21. – S. 467.
5. Хассен С. *Освобождение от психологического насилия*. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 400 с.

АНАЛИЗ ИНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА В СФЕРЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ДЕСТРУКТИВНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ЭПИДЕМИЯМ

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. Алматы

В ходе реализации научно-технической программы (НТП) 2011-2013 гг. «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, терроризма, экстремизма, вовлечение в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании в Республике Казахстан» нами проводился анализ институционального дефицита по пятому уровню дисциплинарной матрицы научно-практических направлений аддиктологического профиля.

Данный уровень характеризует степень разработанности и соответствия системы профессиональных стандартов, принятых в сфере противодействия социальным эпидемиям (социально-гуманитарный сектор), установленным доктринальным требованиям. Всего по данному профилю нами было проанализировано 437 источников – законодательных, программных, межведомственных и ведомственных нормативных документов, регламентирующих профильную профессиональную деятельность в системе здравоохранения, образования, воспитания.

В связи с особой важностью для практического сектора противодействия социальным эпидемиям, по данному направлению было реализовано две группы тематических проектов. Первая группа исследовательских проектов (Катков А.Л., Мусинов С.Р., 2003; Алтынбеков С.А., Катков А.Л., 2006; Катков А.Л., 2009) охватывала наркологическую специфику. Вторая группа – специфику социальной психиатрии, психотерапии, клинической и консультативной психологии (Катков А.Л., Айбасова Г.Х., 2007).

В целом, результаты, полученные по каждому из обозначенных направлений, позволили сделать следующие общие выводы.

Основополагающим дефицитом, «запускающим» весь комплекс деформирующих факторов в сфере разработки и реализации профессиональных стандартов, является: отсутствие систематизирующей идеи качества, фрагментарность и несогласованность представлений о данной важнейшей категории в общем поле институциональной активности интересующих нас дисциплин; непроработанность вопросов системной организации профессиональных стандартов, как основного инструмента в сфере противодействия социальным эпидемиям.

Далее следует отметить очевидную дефицитарность практически каждого класса профессиональных стандартов:

1) отсутствие какого-либо стандартного мониторинга рисков и фактов вовлечения в деструктив-

ные формы психологической зависимости; имеются лишь «усечённые» формы мониторинга наркологической ситуации, когда фиксируется и анализируется пассивная обращаемость в государственные учреждения наркологического профиля; отсутствие программ многоуровневого мониторинга психического и психологического здоровья населения; имеется возможность регистрации лишь относительно тяжелых психических и поведенческих расстройств, в результате чего истинная потребность населения в профильных услугах, наиболее востребованные ассортимент и объемы технологий профильной помощи остаются неизвестными, а вся последующая институциональная стратегия выстраивается на предположениях и домыслах, а не на фактах;

2) незначительный ассортимент (отсутствуют не только востребованные группы, но и классы технологий необходимой помощи практически по всем анализируемым дисциплинам) и неадекватно низкие объёмы аддиктологической, социально-психиатрической, психолого-психотерапевтической, наркологической помощи, с общим охватом от 10% до 15% нуждающегося контингента;

3) очевидная неадекватность стандарта профессиональной спецификации (например, действующими перечнями специальностей в РК такая профессиональная номинация, как специалист-аддиктолог, не предусматривается, а специалисты психотерапевтического, психологического и социального профиля представлены в явно недостаточном объёме спецификаций) и квалификации – в силу того, что наиболее востребованные виды помощи или вовсе не представлены или представлены менее всего в перечне необходимых знаний – умений – навыков (например, навыки мотивационного, наркологического, аддиктологического консультирования, с чего, собственно, должна начинаться профессиональная работа с профильной группой клиентов, вообще не фигурируют в утвержденных стандартах квалификационных требований);

4) количественная неполнота, содержательная бедность и недостаточная продолжительность (включая и ступенчатые курсы) программ профессиональной подготовки специалистов аддиктологического, психиатрического, наркологического, психолого-психологического, социального профиля в отношении всех возможных видов обучения: додипломного, последипломного, дополнительного и непрерывного профессионального;

5) противоречивость в системе организационных стандартов, фиксируемая практически на всех нормативных уровнях – национальных стратегий, законов, государственных программ, межведомственных и ведомственных приказов, положений и инструкций, касающихся, в том числе, и стандартных требований к структурным, технологическим, кадровым характеристикам профильных служб, оценочным индикаторам их деятельности.

Следующая дефицитная позиция – это столь же очевидная несогласованность рассматриваемых групп профессиональных стандартов, которая восходит к противоречиям в системе концептуальных и нормативных установок, а заканчивается активным нежеланием почти 90% потенциальных клиентов иметь что-либо общее с государственными учреждениями, оказывающими профильную помощь.

В силу всего изложенного выше, функционирующие институциональные модели, во-первых, не соответствуют реальному запросу населения, суще-

ствующему в данной сфере, а, во-вторых, данные модели неэффективны даже и в отношении достижения тех целей, которые выставляются на краткосрочную и среднесрочную перспективу – увеличение охвата нуждающегося населения профильными услугами, повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Таким образом, существует необходимость в кардинальном реформировании системы профессиональных стандартов аддиктологической (в том числе наркологической) помощи с тем, чтобы добиться прогресса, по крайней мере, по двум главным позициям: 1) соответствие системы действующих профессиональных стандартов реальному запросу и ожиданиям населения от данного сектора социальной активности; 2) соответствие последних научным достижениям, требованиям доказательной практики и установленным в соответствии с последними позициями критериям социальной, клинической и экономической эффективности.

Список использованной литературы:

1. Алтынбеков С.А., Катков А.Л. *Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан.* – Павлодар, 2006. – 302 с.
2. Катков А.Л., Айбасова Г.Х. *Нормативное регулирование медицинской деятельности по охране психического здоровья в Республике Казахстан.* – Павлодар, 2007. – 576 с.
3. Катков А.Л. *Управление качеством наркологической помощи.* – Павлодар, 2009. – 627 с.
4. Катков А.Л., Мусинов С.Р. *Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом.* – Астана, 2003. – 191 с.

УДК 615.89; 615.832.9; 615.851

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕТАМОДЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В СФЕРЕ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ДЕСТРУКТИВНЫХ 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. Алматы

В ходе реализации научно-технической программы (НТП) 2011-2013 гг. «Эффективная профилактика распространения социальных эпидемий (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игроманию) в Республике Казахстан» на основе универсального цикла формирования высоких уровней устойчивости к агрессивному влиянию среды, модели двухуровневой развивающей коммуникации были разработаны специальные психотерапевтические, консультативные, тренинговые и диагностические технологии, эффективно используемые в мета-модели социальной психотерапии.

Так, в рамках комплексного исследовательского проекта нами была разработана, апробирована и внедрена технология полимодальной экспресс-психотерапии, реализуемая в продолжение 1-3 терапевтических сессий. Данная технология рассматривается как основной и наиболее востребуемый способ эффективной коррекции адаптационных расстройств и, соответственно, эффективной профилактики формирования и реализации поискового поведения, направленного в сторону добывания патологических адаптогенов быстрого действия. Технология экспресс-психотерапии доказательно эффективна в терапии адаптационных расстройств, в наибольшей сте-

пени соответствует клиентскому запросу: «Максимум желательных изменений в минимальное время», а также – социальному запросу на охват существенной части нуждающегося населения эффективной психотерапевтической помощью (Катков А.Л., 2011). Об этом, в частности, свидетельствуют обо-

щённые результаты по исследованию сравнительной эффективности двух вариантов полимодальной экспресс-психотерапии (ЭП) с вариантами краткосрочной психотерапии в клиентской группе с адаптационными расстройствами и различными проявлениями синдрома деморализации (таблица 1).

Таблица 1

Оценка сравнительной эффективности психотерапии адаптационных расстройств (0,5 года после завершения курса)

Основные параметры	Экспресс-психотерапия (1-3 сессии) n=1257	ЭП (1-3 сессии) + тренинг (3-5 дней) n=1255	Полимодальная краткосрочная психотерапия (10-15 сессий) n=211	Краткосрочная когнитивно-поведенческая психотерапия (10-15 сессий) n=362
Субъективная оценка	+++	+++	+++	++
Стрессоустойчивость	++	+++	++	++
Качество жизни	++	++	++	++
Социальная динамика	+	++	+	++
Уровень развития свойств психологического здоровья	+	++	+	+
Процент отсева	-	1,7% (21 клиент)	36,5% (77 клиентов)	37,6% (136 клиентов)
Средняя стоимость терапии 1 клиента	\$ 117	\$ 228,5	\$ 620,5	\$ 617,0

Из данных, приведенных в таблице 1, следует, что наиболее предпочтительным вариантом, в плане учитываемых параметров, включая и такие как экономический процент отсева клиентов, является комбинация экспресс-психотерапии и специального тренинга по формированию свойств психологической устойчивости в агрессивной среде. Важным обстоятельством здесь являлась возможность реализации тренинговых технологий в режиме двухуровневой развивающей коммуникации с актуализированным глубинным уровнем.

Далее была разработана и апробирована технология стратегической полимодальной психотерапии (Катков А.Л., 2012), направленная на достижение устойчивых ресурсных состояний, эффективное удовлетворение таких долговременных запросов, как: уверенность и продуктивность в конфликтных, стрессовых ситуациях; достижение высоких уровней здоровья (включая психическое и соматическое здоровье) и качества жизни с перспективой активного долголетия; эффективность и успешность в трудовой деятельности, межличностных отношениях. Планируемым результатом использования технологии стратегической полимодальной психотерапии является достижение высокого уровня самоорганизации вовлеченного субъекта, эффективно профилактирующего появление адаптационных расстройств.

В настоящее время исследуется многолетняя динамика в группе лиц с исходно низкими уровнями психологического здоровья-устойчивости, участвующих в соответствующих программах полимодаль-

ной стратегической психотерапии. Предварительные результаты свидетельствуют о высокой эффективности данного метода в отношении заявляемых целей и задач.

В рамках специального исследовательского фрагмента, осуществляемого совместно с кафедрой психотерапии и психосоматики Государственной педиатрической медицинской академии г. Санкт-Петербурга (РФ), была разработана модель первичной психотерапевтической помощи с использованием теле-, радио- и Интернет-коммуникации. Методологическая основа данной модели представлена специально разработанными экспресс-психотерапевтическими технологиями, позволяющими транслировать основные психотерапевтические эффекты на вовлеченную «резонирующую» аудиторию теле-, радиоканалов и Интернет-пользователей. Проведенное масштабное многоуровневое исследование подтверждает высокую эффективность данной технологии, сопоставимую, во многих случаях, с контактной экспресс-психотерапией. Однако основной эффект первичной психотерапевтической помощи, осуществляемой с использованием медийных каналов, представлен беспрецедентными возможностями охвата нуждающегося населения и эффективной мотивацией на участие в контактных развивающих практиках (Титова В.В., 2011).

Также нами были разработаны и апробированы технологии профилактически ориентированной групповой психотерапии подростков с повышенными рисками по профилю зависимости от психоактивных веществ (Катков А.Л., Нургазина А.З., 2006);

варианты экспресс-психотерапевтической помощи, используемые на этапах профилактической и первичной аддиктологической помощи, ориентированной на отдельные типы социальных эпидемий: полимодальная экспресс-психотерапия злоупотребляющих психоактивными веществами (Катков А.Л., 2011); полимодальная экспресс-психотерапия лиц с высокими рисками и признаками вовлечения в интернет-зависимость (Катков А.Л., 2011); экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию (Катков А.Л., 2011). В соответствующих исследовательских фрагментах вышеприведённые технологии подтвердили свою существенно более высокую, достоверную и статистически значимую эффективность в сравнении с традиционными подходами.

В специальном фрагменте комплексного исследовательского проекта было проведено изучение сравнительной эффективности традиционных психотерапевтических подходов и разработанной инновационной (с использованием модели двухуровневой развивающей коммуникации) технологии интегративно-развивающей групповой психотерапии, встроенной в стандартную программу медико-социальной реабилитации (МСП) наиболее тяжелого контингента лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), – больных героиновой наркоманией. В частности, было установлено, что показатели динамики полноценного формирования свойств психологического здоровья – устойчивости к повторному вовлечению в наркотическую зависимость, существенно более высокие в экспериментальной группе (в 2,3 раза выше, чем в контрольной группе), обнаруживали отчётливую и устойчивую положительную корреляцию с длительностью и качеством ремиссии. Так, отсутствие ремиссии в экспериментальной группе наблюдалось в 1,7 раза реже, чем в контрольной группе, а частота выхода в устойчивую ремиссию (более 12 месяцев) отмечалась в 4,1 раза чаще (30,12% выхода в устойчивую ремиссию против 7,32%). Также для экспериментальной группы были характерны существенно более высокие показатели положительной социальной динамики и качества жизни (Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В., 2003; Титова В.В., 2004; Россинский Ю.А., 2005).

Далее, на основании идентифицированного универсального алгоритма и модели двухуровневой коммуникации были разработаны и апробированы специальные консультативные технологии, используемые на профилактическом и первичном этапах оказания аддиктологической помощи, ориентированные на отдельные типы социальных эпидемий: технология наркологического консультирования (Катков А.Л., 2006, 2007); технология аддиктологического консультирования лиц с высокими рисками и начальными признаками вовлечения в интернет-зависимость (Катков А.Л., 2011); технология аддиктологиче-

ческого консультирования лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию (Катков А.Л., 2011). В соответствующих исследовательских фрагментах была показана возможность существенного снижения риска формирования аддиктивной патологии у консультируемых клиентов.

Сотрудниками Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, РК) (РНПЦ МСПН) (Аманова Ж.Ш., 2004; Аманова Ж.Ш., Юсопов О.Г., 2004; Аманова Ж.Ш., Юсопов О.Г., Лаврентьев О.В., 2004) были разработаны специальные тренинговые технологии, используемые в программах медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ.

Соответствующие психотерапевтические, консультативные и тренинговые подходы, разработанные с учётом единого системообразующего принципа и демонстрирующие сравнительно более высокую эффективность, были положены в основу комплексной программы медико-социальной реабилитации лиц с химической зависимостью (данная программа проходит фазу институционального внедрения в систему наркологической помощи в РК) и деструктивной психологической зависимости (данная экспериментальная программа проходит фазу исследования и апробации).

На схеме 1 приведено рабочее определение понятия комплексной медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. Использование термина «комплексная» подчёркивает, с одной стороны, адекватную дифференциацию фрагментов реабилитационной программы по основным этапам наркологической помощи – профилактическому, первичному, амбулаторной и стационарной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии, а с другой – преемственность и последовательность в реализации сквозных мотивационных и развивающих технологий, обеспечивающих, в итоге, приемлемые уровни устойчивости к повторному вовлечению в химическую зависимость.

Далее на схеме 1 отражены задачи, структура и содержание каждого последовательного этапа комплексной реабилитационной программы, указаны специалисты, в чьи функции входит реализация основных технологий дифференцируемых этапов. В данной схеме специально выделены те этапы, на которых ведётся особенно интенсивная работа с идентифицированными универсальными мишенями и которые не были представлены в реабилитационных программах, традиционно реализуемых в системе наркологической помощи РК. Фиксированная продолжительность периода прохождения всех этапов комплексной программы нами не указывается в силу того, что длительность первого и последнего из обозначенных этапов – первичной наркологической помощи, противорецидивной и поддерживающей терапии – может существенно различаться. Продол-

Этапы комплексной медико-социальной реабилитации наркозависимых лиц

Определение: медико-социальная реабилитация зависимых от ПАВ – это система комплексных, взаимосвязанных мероприятий, направленных на эффективное выполнение следующих задач:

№ задачи	Формулировка задачи	Зона компетенции и ответственность	Этап р/п	Основные методы реализации	Основные специалисты-координаторы
1	Мотивация на участие в программах снижения вреда – первичной наркологической помощи; Мотивация на поэтапное освобождение от наркотической зависимости	Программы снижения вреда – первичной наркологической помощи (профильные НПО; Центры СПИД; наркологические учреждения)	I	Мотивационные технологии (мотивационное информирование, собеседование, консультирование, психотерапия); раздача материалов (шприцы, иглы, дез.средства); лечение коморбидной патологии; профильное обучение и т.д.	Аутрич-работники; социальные работники; психологи, психотерапевты; консультанты по зависимостям; средний медицинский персонал и др.
2	Избавление от физической зависимости Дезактуализация психической зависимости	Здравоохранение	II	Медикаментозная терапия; детоксикация; мотивационная психотерапия и консультирование	Врачи – реаниматологи, психиатры – наркологи, психотерапевты; консультирующие психологи
3	Восстановление навыков биологической и социальной адаптации	Социальная и гуманитарная сфера, в том числе здравоохранения	III	Психотерапия Консультирование Социально-психологические тренинги Терапия средой Трудотерапия Терапия занятостью Социальное обучение Медикаментозная терапия Закаливание, спорт	Врачи - психиатры наркологи; психотерапевты, психологи, социальные работники, волонтеры-консультанты Специалисты по трудотерапии (социальные педагоги); терапевты средой; валеологи
4	Форсированное развитие свойств психологического здоровья - индивидуальной и микросоциальной антинаркотической устойчивости	Социальная и гуманитарная сфера	IV	Те же + социальная и семейная терапия, активный досуг, общение со значимыми другими лицами	Те же
5	Достижение устойчивых ресурсных состояний Профилактика срывов и рецидивов	Социальная и гуманитарная сфера	V	Специальные мотивационные социально-психологические тренинги; противорецидивное и специальное мотивационное психологическое консультирование; противорецидивная и специальная мотивационная психотерапия; семейная и супружеская психотерапия; психотерапия созависимых; медикаментозная и поддерживающая терапия при коморбидной патологии; противорецидивная медикаментозная терапия.	Консультирующие психологи; социальные работники; психотерапевты; консультанты по зависимостям; специалисты в области трудового обучения; врачи - наркологи

жительность 2-4 этапов занимает от 2,5 до 4 месяцев. Как уже было изложено, клиническая и социальная эффективность комплексной программы медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, по основным, промежуточным и конечным индикаторам в 1,7-4,1 раза превосходит показатели традиционных лечебно-реабилитационных технологий. Это позволяет сделать однозначный вывод об адекватности идентифицированных универсальных мишеней, инновационных развивающих технологий, которые, в связи со всем изложенным, представляются обновленной методологической основой эффективного противодействия процессу распространения социальных эпидемий, реализуемого в социальном секторе РК (Пак Т.В., 2004; Россинский Ю.А., 2005; Ескалиева А.Т., 2006; Молчанов С.Н., 2006; Василенко И.В., 2007; Азанова Б.А., 2007; Каражанова А.С., 2010).

Особый интерес представляют данные об экономической эффективности разработанных реабилитационных технологий в сравнении с традиционными. Такое исследование было проведено в группах лиц, зависимых от ПАВ на этапах первичной наркологической помощи, амбулаторной реабилитации, противорецидивной и поддерживающей терапии, а также – в отношении детей и подростков, зависимых от ПАВ, проходивших все этапы комплексной медико-социальной реабилитации. В частности, для взрослого контингента лиц, зависимых от ПАВ, универсальный показатель сравнительной экономической эффективности на этапе первичной наркологической помощи оставил 2,12 – то есть на каждую денежную единицу, вложенную в соответствующий фрагмент инновационной комплексной программы МСР, было получено 2,12 единиц прибыли (Ережепов Е.В., 2010). Аналогичный показатель сравнительной экономической эффективности на этапе амбулаторной наркологической помощи оставил 2,35 (Иманбеков К.О., 2010). А для этапа противорецидивной и поддерживающей терапии лиц, зависимых от ПАВ, – по первому варианту, реализуемому сразу же после прохождения стандартных курсов детоксикации – 3,34; по второму варианту, реализуемому после прохождения стандартной программы амбулаторной медико-социальной реабилитации, – 4,96; по третьему варианту, реализуемому после прохождения стандартной программы стационарной медико-социальной реабилитации, – 4,07 (Ережепов Н.Б., 2010). Показатель экономической эффективности инновационной программы комплексной медико-социальной реабилитации детей и подростков составил 8,1 (Каражанова А.С., 2010).

Ещё одна группа – разработанных в ходе реализации комплексного исследовательского проекта диагностических технологий – также имеет отношение к идентифицированному универсальному циклу формирования высоких уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлече-

нию в социальные эпидемии, универсальным мишеням, модели двухуровневой развивающей коммуникации.

Так, группой казахстанских ученых был разработан способ диагностики рисков формирования и развития аддиктивных форм поведения, а также электронная версия данного диагностического способа – специальная компьютерная программа по определению уровня психологического здоровья-устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии. Диагностика рисков с использованием данной программы может проводиться в наиболее значимых возрастных группах населения – 9-11 лет, 12-13 лет, 14-18 лет, 19-32 года. Программа позволяет измерять даже минимальные изменения в профиле обследуемого лица, произошедшие с течением времени в результате профилактических и лечебно-реабилитационных вмешательств (Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсопов О.Г., 2006).

Специальная диагностическая методика была разработана с целью определения реабилитационного потенциала по профилю зависимости от психоактивных веществ среди детей 7-11 лет, среди подростков 12-13 лет и 14-18 лет, среди молодежи и взрослых 19-32 лет (Катков А.Л., Молчанов С.Н., Юсопов О.Г., 2006).

Ещё две диагностические методики были разработаны с целью раннего выявления такого стремительно набирающего обороты типа социальной эпидемии, как Интернет-аддикции (Катков А.Л., Аманова Ж.Ш., 2011).

С целью проведения масштабных эпидемиологических исследований и определения уровней социального психологического здоровья-устойчивости к агрессивному влиянию среды разработан специальный многофункциональный опросник (ПМО), позволяющий, в том числе, решать задачи исследовательского и прикладного характера (Катков А.Л., 2006).

В 2010 г. была завершена разработка и апробация методологии комплексного определения эффективности психотерапии лиц, зависимых от ПАВ, на основе чего в настоящее время готовится компьютерная версия специальной диагностической программы (Катков А.Л., 2010).

Таким образом, разработанные и обоснованные в ходе реализации комплексного исследовательского проекта базисные методологические концепты – универсальный алгоритм функционирования высоких уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в деструктивные социальные эпидемии, модель двухуровневой развивающей коммуникации – подтвердили свою эвристичность в смысле инновационного технологического потенциала, а также свою дееспособность в отношении существенного повышения эффективности противодействующих усилий.

Список использованной литературы:

1. Аманова Ж.Ш., Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Юсупов О.Г. Выявление групп риска по наркологическому профилю среди детей, подростков, молодежи в возрасте от 7 до 32 лет: Методические рекомендации 1-4. – Павлодар, 2006. – 35 с.; 47 с.; 53 с.; 52 с.
 2. Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г. Тренинг ассертивности в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации. – Павлодар, 2004. – 27 с.
 3. Аманова Ж.Ш., Юсупов О.Г., Лаврентьев О.В. Ситуационно-ролевой тренинг в программе социальной реабилитации зависимых от ПАВ: Методические рекомендации. – Павлодар, 2004. – 57 с.
 4. Василенко И.В. Третьичная профилактика психических и поведенческих расстройств у больных опиоидной наркоманией (клинико-социальный и организационно-экономический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2007. – 30 с.
 5. Ережесов Е.В. Особенности клинической и социальной динамики у зависимых от опиоидов, охваченных этапом первичной наркологической помощи: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2010, 28 с.
 6. Ережесов Н.Б. Особенности формирования ремиссии у зависимых от опиоидов на этапе противорецидивной и поддерживающей терапии: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар, 2010. – 49 с.
 7. Иманбеков К.О. Особенности терапевтической динамики у зависимых от опиоидов на этапе амбулаторной МСР: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2010. – 29 с.
 8. Каражанова А.С. Сравнительная эффективность комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами: Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. – Павлодар. – 34 с.
 9. Катков А.Л. Наркологическое консультирование на этапах медико-социальной реабилитации зависимых от опиоидов // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 7-11.
 10. Катков А.Л. Аддиктологическое консультирование лиц с высокими рисками и начальными признаками вовлечения в интернет-зависимость // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2011. – Т. XI, № 4. – С. 28-29.
 11. Катков А.Л. Аддиктологическое консультирование лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической помощи // Ж. Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2011. – Т. XVII, № 4. – С. 12-15.
 12. Катков А.Л. Наркологическое консультирование: Проект типовой учебной программы. Тематическое усовершенствование. - Павлодар, 2006. – 23 с.
 13. Катков А.Л. Нургазина А.З. Профилактически ориентированная групповая психотерапия подростков с повышенным риском по профилю зависимости от психоактивных веществ: Методические рекомендации. – Павлодар, 2006. – 77 с.
 14. Катков А.Л. Стратегическая полимодальная психотерапия // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2012. – Т. XVIII, № 2. – С. 61.
 15. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия лиц с высокими рисками и признаками вовлечения в интернет-зависимость, проводимая на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2011. – Т. XI, № 4. – С. 36-39.
 16. Катков А.Л. Экспресс-психотерапия лиц с начальными признаками вовлечения в игроманию на этапе первично-профилактической аддиктологической помощи // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Москва – Павлодар, 2011. – Т. XVII, № 4. – С. 23-24.
 17. Катков А.Л., Аманова Ж.Ш. О диагностическом опроснике интернет-аддикции (ДИА) // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2011. – Т. XI, № 4. – С. 39-41.
 18. Катков А.Л., Аманова Ж.Ш. О методологии семейной диагностики интернет-аддикции (СДИА) // Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2011. – Т. XI, № 4. – С. 41-43.
 19. Катков А.Л., Молчанов С.Н., Юсупов О.Г. Определение реабилитационного потенциала среди детей, подростков, молодежи, зависимых от ПАВ в возрасте 7-32 лет: Методические рекомендации 1-4. – Павлодар, 2006. – 50 с.; 62 с.; 67 с.; 63 с.
 20. Катков А.Л., Мусинов С.Р. Организация наркологической помощи в Республике Казахстан и за рубежом. – Астана, 2003. – 191 с.
 21. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая, групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ. – Павлодар, 2004. – 267 с.
 22. Катков А.Л., Россинский Ю.А., Пак Т.В. Интегративно-развивающая групповая психотерапия зависимых от психоактивных веществ // Психотерапия. – М.: Литера-2000, 2003. – № 12. – С. 15-24.
 23. Катков А.Л., Титова В.В. Интегративно-развивающая, двухуровневая психотерапия наркозависимых // Наркология. – М.: Литера-2000, 2002. – № 9. – С. 27-35.
-
-

24. Молчанов С.Н. Особенности формирования ремиссии у лиц с опиоидной зависимостью: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2006. – 26 с.

25. Пак Т.В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – Павлодар, 2004. – 28 с.

26. Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и неабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. – Томск, 2005. – 37 с.

27. Титова В.В. Исследования эффективности групповой психотерапии больных героиновой наркоманией: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – СПб, 2004. – 31 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕФИЦИТОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ, ОСУЖДЕННЫХ ЗА ПРЕСТУПЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕРРОРИЗМОМ, ЭКСТРЕМИЗМОМ И ВОВЛЕЧЕНИЕМ В КРИМИНАЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Г.А. Садвакасова	руководитель отдела клинической эпидемиологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар
Н.Ф. Фесенко	эксперт по психологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар
Д.Н. Бахтияров	врач-нарколог областного наркологического диспансера, г. Экибастуз

Сейчас уже доказано, что любая террористическая деятельность несёт в себе психологическую структуру [1]. Исследования показывают, что вовлечение в различные деструктивные организации, связанные с терроризмом и экстремизмом, в большей степени обусловлено манипуляцией сознания посредством навязывания определённого учения и контроля над мышлением, что ведёт к деструкции личности (в физическом, психическом и социальном аспектах), разрушению семьи и общества [2].

В ходе выполнения научно-технической программы «Эффективная профилактика социальных эпидемий в Республике Казахстан», перед нами стояла задача изучить психологические особенности лиц, вовлечённых в различные террористические, экстремистские и криминальные организации с целью идентификации мишеней воздействия программ реабилитации для лиц с психологической зависимостью.

Изучение данной группы несёт в себе определённые сложности, поскольку пока данный контингент лиц находится на свободе, они практически недоступны для исследования. Они готовы встречаться, но не с исследователями, а с журналистами, и используют эти встречи, прежде всего, в целях саморекламы, а информация, которую можно получить от таких встреч, вряд ли может считаться валидной. С другой стороны, террористы вполне доступны, когда они находятся в тюрьме, хотя в данном случае есть риск искажения информации в виду желания таких осуждённых получить амнистию, снижение сроков. Кроме того, сам факт прекращения терро-

ристической деятельности может очень сильно повлиять на этих людей [3].

Однако изучение особенностей личности осуждённых началось ещё в конце прошлого XX века. Ещё Ю.Ю. Бехтерев подчеркивал, что изучение личности должно предшествовать пенитенциарному воздействию на неё и проникать во все звенья уголовно-исполнительной системы (УИС), что может обеспечить установление соответствующего режима для каждой категории заключённых, разумную организацию медико-социальных и трудовых процессов, правильный учёт результатов психологического воздействия, а также адекватную педагогическую квалификацию работников пенитенциарных учреждений [12].

Результаты многих исследований [4-8] показывают, что осуждённые отличаются от законопослушных граждан по ряду параметров, и отличаются неоднородностью психологических свойств. Проведённые исследования позволили по-новому подойти к типологии преступников и сделать акцент, прежде всего, на психологические факторы. Примером может служить проведенное в 70-80-х годах XX века массированное обследование осуждённых с применением методики ММП в ее модифицированных и адаптированных вариантах на русском языке: Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) и Стандартизированная методика исследования личности (СМИЛ). Сравнение усреднённых показателей ММИЛ преступников с нормальными данными (полученными на выборке законопослушных граждан) показало наличие статистически дос-

товерных различий между ними ($p < 0,05$) почти по всем шкалам [9].

С учётом всего вышеизложенного, а также учитывая высокую актуальность данного исследования, нам было важно изучить дефициты психологического здоровья у лиц, находящихся в местах лишения свободы, осужденных за преступления, связанные с терроризмом, экстремизмом и вовлечением в криминальные организации.

Материалы и методы

Всего было обследовано 240 человек осужденных, находящихся в пенитенциарных учреждениях Республики Казахстан в 2011 году за преступления, связанные с терроризмом, содержащие признаки экстремизма либо содержащие признаки вовлечения в криминальные организации. Группой сравнения были 139 человек, обратившихся за психологической помощью в учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Исследовались социально-демографические, социально-психологические, клинико-психопатологические, психологические и социальные характеристики осужденных. По гипотезе исследования, лица с психологическими зависимостями, вовлечённые в различные деструктивные организации, имеют дефициты психологического здоровья, которые привели к формированию деструктивного поведения.

Результаты и обсуждение

Полное заполнение всех предоставленных опросников выявлено у 81% обследуемых лиц. Из них у

18% обследуемых лиц отмечались высокие показатели по шкале лжи. Средний возраст обследуемых лиц составил 26,5 года. Большинство обследуемых лиц (74%) являлись лицами коренной национальности. Состоят в браке 70% обследуемых лиц. Имели полное среднее образование 43% обследуемых лиц. Почти половина обследуемых лиц (49%) имеют судимость в первый раз.

Практически все опрошенные лица (99%) считают себя верующими; 91% обследуемых лиц отнесли себя по вероисповеданию к исламу. Формой выражения религиозных убеждений у 71,2% является соблюдение установленных религиозных обрядов. Каждый пятый осужденный (20,7%) в группе исследования имеет высокую степень религиозной аддикции (зависимости).

При анализе полученных данных, 81,2% обследуемых лиц в исследуемой группе (195 человек) и 45,3% (63 человека) в группе сравнения, имеющие средний и высокий уровень склонности (риски) вовлечения в религиозную аддикцию были выделены в подгруппы для сравнительного анализа профиля психологического здоровья.

Как видно из приведенного ниже графика (рисунок 1), основным дефицитом в личностном ядре обследуемых лиц, выступает доступ к внутренним ресурсам, необходимый для того чтобы преодолеть жизненные сложности и выстраивать новые жизненные стратегии.

Практически оба профиля психологического здоровья, как у осужденных лиц, так и у группы сравнения, определили примерно одинаковые про-

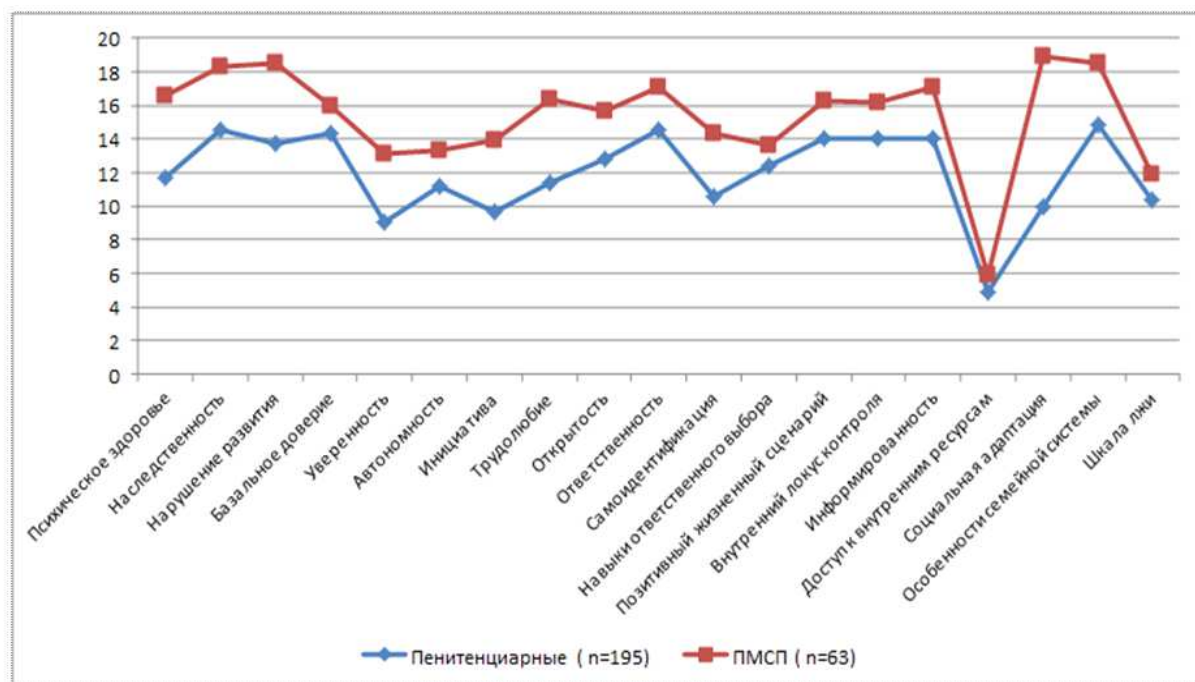


Рисунок 1. Профиль психологического здоровья лиц, осужденных за преступления, связанные с терроризмом и экстремизмом в сравнении с группой взрослого населения, имеющего риски вовлечения в психологические зависимости

блемные зоны – это обозначенный выше доступ к внутренним ресурсам, а также уверенность, инициатива и, как следствие, незавершённая самоидентификация.

Для показателя в высокой зоне риска, как на профиле (рисунок 1), по такому компоненту психологического здоровья, как доступ к внутренним ресурсам, характерны частые проявления страха и тревоги, ограничивающие доступ к внутренним ресурсам; низкий уровень пластичности, выраженное ограничение доступа к ресурсам креативности, низкая учебная активность с соответствующей ограниченностью познавательных потребностей, сложности в самостоятельной организации какой-либо достаточно продолжительной конструктивной деятельности, наличие постоянного ощущения дискомфорта при необходимости инициативного планирования.

При среднем показателе риска по компоненту самоидентификации отмечается определённая в отношении жизненных интересов и планов, однако они недостаточно устойчивы. В такой структуре личности возможны проявления неустойчивости самооценки, определённый дефицит в эмоциональной уравновешенности с волевыми качествами, который проявляется в сложных ситуациях. Такие люди склонны попадать под влияние

группы, однако могут принимать замечания и предлагаются коррекции.

Таким образом, риск вовлечения в психологические зависимости среди осужденных лиц практически в 2 раза превышает таковой в группе законопослушных граждан. В исследуемой группе выявлен высокий показатель по шкале лжи, что указывает на наличие риска искажения данных. Этот факт необходимо учитывать при проведении психодиагностических мероприятий в программах реабилитации в пенитенциарной системе.

В проведенном нами исследовании были выявлены следующие дефициты компонентов психологического здоровья, которые обозначены нами как мишени психотерапевтического воздействия в программе реабилитации:

- низкий уровень доступа к внутренним ресурсам, уверенности и инициативы;
- незавершенная самоидентификация;
- низкий уровень пластичности;
- выраженное ограничение доступа к ресурсам креативности;
- низкая учебная активность;
- сложности в самостоятельной организации при необходимости инициативного планирования;
- склонность попадать под влияние группы.

Список использованной литературы:

1. Ольшанский Д.В. Психология терроризма. – Издательство: Питер, 2002. – 254 с.
2. Романов А. В. Психологические причины вовлечения в деструктивные религиозные культы // Журнал практического психолога. – 2000. – № 1-2. – С. 35-39.
3. Ольшанский Д.В. Смысловые структуры личности участников афганской войны // Психологический журнал. – 1991. – Т.12, № 5.
4. Валигура Б. Функционирование человека в условиях тюремной изоляции. – Рязань, 1974.
5. Ушатиков А.И., Казак Б.Б. Основы пенитенциарной психологии. – Рязань, 2001.
6. Ушатиков А.И., Ковалев О.Г., Шеламов О.И. Аудиовизуальная психодиагностика осужденных. – Рязань, 1996.
7. Тимашев М.В. Психологическая характеристика воли осужденных: автореферат дис. ... канд. психол. наук. – Рязань, 1976.
8. Семенов В.А. Эмоционально-волевые качества осужденных молодежного возраста и психологические особенности их коррекции в ИТУ: Автореферат дис. ... канд. психол. наук. – М., 1991.
9. Бовин Б.Г., Голубев В.П., Капункин С.А. и др. Рабочая книга пенитенциарного психолога. МВД РФ НИИ ГУИН // Под ред. Мокрецова А.И. – М., 1998.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

УДК 159.9:001.83(100)

ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ПРОГРАММЫ «СЕМЬЯ И ШКОЛА ВМЕСТЕ»

Ж.Ш. Аманова

научный сотрудник сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар (РК), тренер-интерн программы FAST

Программа «Семья и школа вместе» (Families and Schools Together (FAST)) была разработана в 1988 году доктором Л. Макдональд, профессором исследований в области социальной работы (Университет Миддлсекс, Лондон, Великобритания), и получила многочисленные премии и награды многих организаций, включая Организацию Объединенных Наций (2010), в качестве семейной программы по формированию навыков.

Программа «Семья и школа вместе» включена в Национальный Реестр эффективных профилактических программ Управления служб по проблемам злоупотребления психоактивными веществами и психического здоровья США (SAMHSA) на основании результатов четырех рандомизированных контролируемых испытаний этого профилактического вмешательства. Министерство образования США в 1998 г. и Бюро ювенальной юстиции и профилактики преступлений среди несовершеннолетних лиц в 2006 г. назвали её образцовой программой, основанной на научных исследованиях. Программа FAST представляет собой доказанную практику, в истории применения которой наблюдаются самые высокие показатели завершения программы родителями с низким уровнем дохода и разнообразными культурными традициями среди аналогичных программ участия родителей. FAST, в частности, хорошо себя зарекомендовала:

- 1) для адаптируемых процессов, основанных на отношениях, где могут пересекаться различные культуры, религии, языки и расы;
- 2) для поддержки лидирующей позиции родителей;
- 3) для активного вовлечения социально изолированных родителей. Модель программы FAST научно обоснована на теории семейных систем, теории семейного стресса и теории социальной экологии развития ребенка

Программа «Семья и школа вместе» в начальной школе, осуществляемая в течение восьми недель, является многосемейной групповой программой для создания защитных факторов. Защитными факторами являются крепкие семейные узы между родителями и детьми, повышение сплоченности семей и укрепление дружеских отношений между се-

мьями в школе, с целью повышения жизнестойкости детей в стрессовых ситуациях через совместное партнерство между родителями и специалистами. Отношение поддержки между семьями и школой снижает вероятность неуспеваемости в школе, устраняет решающее неакадемическое (не связанное с учебным процессом) препятствие для успехов в школе, а именно недостаточную вовлеченность и слабое участие семей в школах с низкими показателями успеваемости. А также злоупотребления наркотиками и алкоголем, преступности среди несовершеннолетних, антиобщественного поведения, жестокого обращения и пренебрежительного отношения к детям, и уменьшают случаи возникновения проблем с психическим здоровьем. Программа «Семья и школа вместе» – преодолевает это препятствие, вселяя в родителей веру в собственные силы («уполномочивая» их) в многосемейных группах, проводимых после школы, строя отношения среди родителей и между семьями и школами, укрепляя связь «родитель – ребёнок» и усиливая сплоченность семьи. Программа приглашает всех детей на одном уровне обучения; приглашение относится ко всей семье; участие строго добровольно. Текущие ежемесячные встречи под руководством родителей – выпускников и школ поддерживают достижения. Программа FAST преследует следующие цели:

Цель 1: Увеличить семейное функционирование:

- а) усилить отношения отцов и детей определенными и сосредоточенными способами;
- б) уполномочить родителей стать агентами первичной профилактики для своего собственного дитя;
- в) улучшить детское поведение дома.

Цель 2: Препятствовать тому, чтобы ребёнок отказывался от обучения в школе:

- а) улучшить поведение ребенка и работу в школе;
- б) уполномочить родителей стать партнёрами в учебном процессе;
- в) увеличить чувства ответственности родителей и ребёнка перед школой;
- г) улучшите детское поведение в школе.

Цель 3: Уменьшить напряжение, которое семьи испытывают от повседневной жизни:

-
-
- а) предложить дальнейшие возможности для строительства социальной поддержки среди родителей;
 - б) уполномочить родителей устанавливать отношения и увеличивать их эффективность в повседневной жизни.

Цель 4: Предотвратите употребление психоактивных веществ, среди детей и их родителей:

- а) построить защитные факторы среди детей, становящихся вовлеченными в злоупотребление, усиливая родительско-детские и семейные отношения;
- б) и улучшение детского поведения дома и в школе;
- в) уменьшить употребление психоактивных веществ, среди родителей.

Основой многосемейных встреч являются структурированные действия, которые позволяют устанавливать детско-родительскую связь, а также социальные связи.

FAST имеет простой пакет исследований, в который входят интерактивные семейные игры, а также отдельно отведённое время для родителей, чтобы встретиться друг с другом и поговорить. FAST использует позитивный подход, основанный на общественных и семейных системах сотрудничества. Этот подход разработан для того, чтобы увеличить функционирование ребёнка в школе, в сообществе и дома. Программа способствует увеличению родительской причастности к жизни ребёнка, в пределах семьи, с другими родителями в школе, со школьным персоналом и с агентствами сообщества. Исследование показывает, что высокий уровень родительской причастности является защитным фактором и даёт как краткосрочные результаты: улучшение семейного функционирования, улучшение отношения отцов и детей; увеличение родительской причастности, улучшение детского поведения дома и в школе; уменьшение на-

пряжение ежедневной рутины; увеличение родительской социальной поддержки; расширение общественных отношений, так и долгосрочные результаты: увеличение детского благосостояния и дружбы с родителями, а также, предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками, молодёжной преступности и антиобщественного поведения, отказ от школы, жестокое обращение с детьми и пренебрежение; проблемы психического здоровья, насилия и агрессии.

Структурированные группы участников на протяжении 8 еженедельных занятий ведёт подготовленная команда, состоящая из учителей и родителя-партнера, после чего следуют 22 ежемесячные встречи, проводимые родителями-выпускниками. Участники команды FAST должны быть из тех же социально-культурных слоев, что и участвующие в программе семьи. Команда FAST проходит подготовку по основным компонентам программы, по наставничеству родителей в проведении позитивных семейных мероприятий. Повторяющееся позитивное семейное взаимодействие помогает родителям осваивать конструктивные стратегии родительского воспитания для укрепления более тесных семейных уз, снижения стресса, агрессии и депрессии.

Оцениваемыми итогами в программе являются сильные стороны детей и трудности, с которыми они сталкиваются дома и в школе, уровни конфликтности и сплочённости в семье, социальный капитал и участие родителей в воспитании детей. Если родители хоть раз пришли на программу, то коэффициент выбытия значительно меньше и составляет, лишь 20%, при этом 80% проходят программу полностью.

В ходе последующих двухгодичных исследований 86% родителей отмечают, что они продолжают видеться с друзьями, с которыми они познакомились во время 8 недельной программы. Примерно 10% родителей-выпускников становятся лидерами в своих сообществах и районах по работе на благо своих детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА СРЕДИ РАБОТНИЦ СЕКСА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ ИНЪЕКЦИОННЫМ ПУТЁМ

А.М. Асылханова

врач-эпидемиолог Павлодарского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом

Большое количество сексуальных партнеров, невозможность контролировать сексуальное поведение, использование презервативов в первую очередь, недостаточный уровень информированности по вопросам безопасного поведения, высокая частота насильственных контактов, ограничение или отсутствие доступа к медицинским, социальным и юридическим услугам, миграция работников секса, вов-

лечение в употребление алкоголя и наркотиков делает группу работниц секса (РС) и их клиентов уязвимыми в плане инфицирования ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями передающимися половым путём (ИППП).

Павлодарским областным центром по профилактике и борьбе со СПИД (ОЦ ПБ СПИД) проведён ежегодный дозорный эпидемиологический надзор

(ДЭН) среди работниц секса города Павлодар, который включал в себя серологические и поведенческие исследования.

Целью дозорного эпидемиологического надзора среди РС является изучение распространённости ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита С (ВГС), сифилиса, факторов поведенческого риска, уровня знаний и охвата профилактическими программами для разработки и внедрения эффективных профилактических программ, а также их анализ, оценка их эффективности, обоснование и разработка управленческих решений, системы эффективных мер для предотвращения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Серологические и поведенческие данные связаны друг с другом. Биоматериалом для тестирования служит сухая капля капиллярной крови. Забор биоматериала проводился на фильтровальные тест-карты. Сухая капля крови тестировалась на ВИЧ, ВГС, сифилис. Исследования проводились по второй стратегии тестирования методом ИФА. Участницам исследования проводилось дотестовое и послетестовое консультирование. Результаты анализов работницы секса могли узнать по индивидуальному коду. Анкетирование проходило на основании типовой анкеты. Работницы секса опрашивались о половом поведении, об употреблении наркотиков, об участии в профилактических мероприятиях, о знаниях о ВИЧ/СПИД и т.д.

Материал и методы исследования

Объектом исследования являлись женщины, оказывающие секс-услуги хотя бы один раз в течение шести месяцев.

Тип выборки: систематическая случайная выборка. Выборочная совокупность РС, участвовавших в ДЭН в 2011 году, составила 100 человек.

Результаты и обсуждение

Демографические характеристики работниц секса

Выборочная совокупность представлена респондентами от 17 до 48 лет. Большая часть РС – это молодые девушки (81% РС в возрасте до 30 лет), медиана возраста – 31 лет. По семейному положению РС распределились следующим образом: состоят в браке 21%, не замужем – 45% РС, разведены – 31% и 3% вдовы. Имеют среднее образование больше всего РС (75%). Имеют только начальное образование 13% РС, уровень высшего образования достаточно низкий – всего 12%.

Распространённость ВИЧ, ВГС и сифилиса

В 2011 году распространённость ВИЧ-инфекции среди РС составила 3%, ВГС – 21%, сифилиса – 16%.

Если рассматривать ВГС как маркер употребления инъекционных наркотиков, то можно сделать вывод, что в популяции РС ВИЧ-инфекцией заража-

ются преимущественно работницы секса, являющиеся потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), и основные профилактические мероприятия должны быть направлены именно на эту подгруппу. Показатель распространённости ВГС в 2010-2011 гг. остался на прежнем уровне и составил 21%.

Половое поведение

Продолжительность занятия коммерческим сексом колеблется от одного года до 17 лет. Среднее значение стажа равно 6,4 года, медиана стажа – 6 лет. В среднем за неделю РС совершают от 2 до 85 половых актов (медиана – 17).

Использование презервативов во время полового контакта с последним коммерческим партнёром является самым важным показателем эффективности профилактической работы среди РС. В Павлодаре, по данным ДЭН, этот показатель достаточно высок – 100% РС в 2011 г. (в 2010 г. – 97%) использовали презервативы во время последнего коммерческого полового контакта.

Наличие симптомов ИППП

Распространённость симптомов ИППП среди РС, по сравнению с предыдущим годом, снизилась с 37% до 15%.

Употребление инъекционных наркотиков

Для женщин, употребляющих инъекционные наркотики, гендерная дискриминация дополняется стигмой, связанной с потреблением инъекционных наркотиков. Сочетание данных факторов может подтолкнуть женщин к практикам поведения, которые увеличивают риск их инфицирования ВИЧ. Существует также более высокая вероятность того, что женщины, употребляющие наркотики, предоставляют сексуальные услуги в обмен на крышу над головой, пропитание и опеку; подвергаются насилию со стороны сексуальных партнёров; сталкиваются с сопротивлением, при попытке настоять на том, чтобы их сексуальные партнёры использовали презервативы. Женщины-потребители наркотиков также могут зависеть от мужчин и потому, что мужчины могут делать им инъекции, снабжать нужным инъекционным инструментарием или наркотиками, что, в свою очередь, увеличивает вероятность использования загрязнённого инъекционного инструментария. Доля РС, употреблявших когда-либо наркотики инъекционным путем, со слов самих РС, в 2011 году составила 4%, в 2010 году – 20%. Общий стаж употребления наркотиков у обследованных РС составил в 2011 году – 6,5 года, в 2010 году – 4,9 года. Работницы секса, употребляющие инъекционные наркотики, вступали в половые контакты для получения дозы в 50% случаях (2/4) в 2011 году, в 2010 году – 57,1% (8/14). Распространённость ВГС в этой популяции равна 21%, что свидетельствует о большей доле РС-ПИН в популяции РС, нежели признаётся самими РС. Использование ВГС как маркера употребления инъекционных наркотиков более информативно, чем ответы РС.

Уровень знания о ВИЧ/СПИДе

В 2011 году, по сравнению с 2010 годом, уровень знаний РС о мерах профилактики и о путях передачи ВИЧ улучшился с 78% до 80%.

Охват тестированием на ВИЧ-инфекцию

Охват РС тестированием на ВИЧ на добровольной основе увеличился с 79% в 2010 году до 95% в 2011 году.

Выводы

Результаты дозорного эпидемиологического надзора среди работников секса показали, что группа РС несёт двойную угрозу для эпидемии ВИЧ (два пути передачи ВИЧ – инъекционный и половой), и здесь

нельзя исключить и третий путь – вертикальный, так как более 60% РС находятся в фертильном возрасте. Секс-бизнес и употребление инъекционных наркотиков в значительной степени пересекаются друг с другом. Учитывая ВГС как маркер инъекционного наркопотребления, доля ПИН среди РС достигает 21%.

Профилактические вмешательства среди РС и их клиентов направлены на прерывании передачи ВИЧ половым путем. Но, исходя из того, что 72% работников секса инфицировались ВИЧ инъекционным путём (26 человек из 36), то необходимо акцентировать внимание на РС-ПИН и направить профилактические мероприятия и технический потенциал проектов в данном направлении.

УДК 615.832.9;616.89; 616-036.82/85

МОДЕЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПРОГРАММАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

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. Алматы

Психотерапевтические и реабилитационные технологии в структуре наркологической помощи

Одной из главных особенностей социальных эпидемий* является факт того, что традиционные способы противодействия, выстраиваемые по аналогии с биологическими эпидемиями, малоэффективны либо не эффективны вовсе. Недооценка данного обстоятельства, в сущности, и предопределила ситуацию глубокого кризиса системы наркологической помощи населению (основного ресурса противодействия распространению зависимости от ПАВ в социальном секторе), наблюдаемого в 80-90 годах прошлого столетия практически повсеместно.

Трезвая оценка данного факта послужила начальным импульсом к весьма действенным, а подчас и революционным изменениям системы наркологической помощи населению во многих странах. В общих чертах основные тенденции развития наркологической службы в системе здравоохранения США, Канады, Западной и Восточной Европы, стран Балтии в 80-90-е годы XX века сводятся к следующему: 1) система специализированной наркологической помощи всё более тесно смыкается с деятельностью

других организаций, занятых в данной сфере, и альтернативными социальными формами противодействия распространению алкоголизма и наркоманий; 2) организация, структура, кадровая спецификация наркологической службы становятся всё более разнообразными, гибкими, адекватными потребностям многих социальных групп; 3) ассортимент антинаркотических и антиалкогольных услуг, предоставляемых наркологическими учреждениями населению, в силу всего изложенного, значительно расширяется при одновременном снижении степени обструкции, риска поражения в правах и общественного порицания наркозависимых; 4) первостепенная роль, в условиях многоуровневой, разнообразной и многопрофильной лечебно-реабилитационной деятельности отводится эффективной координации и полноценному мониторингу проблемы распространения алкоголизма и наркозависимости; 5) при этом абсолютно приоритетным является использование терапевтических и организационных принципов и подходов с доказательной эффективностью.

Третья позиция в данном перечне расширялась, в основном, за счёт гибких, соответствующих основ-

* Под социальными эпидемиями понимаются процессы вовлечения населения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомания, токсикомания), психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские, криминальные организации, игромания и др.), степень деструктивности и масштабы распространения которых представляют угрозу существующему социальному порядку и потенциалу развития наций.

ным ожиданиям и потребностям зависимых лиц, программ медико-социальной реабилитации (МСР), основным стрержнем которых являлись развивающиеся социотерапевтические и психотерапевтические технологии. К последним в полной мере применимы 7 из 13 принципов эффективного лечения лиц, зависимых от алкоголя и наркотиков, сформулированных наиболее авторитетной в сфере доказательной наркологической практики организацией – Национальным институтом злоупотребления наркотиков (NIDA).

В общем перечне они таковы:

1) *не существует лечения, которое в равной мере подходило бы для всех индивидов.* Решающее значение имеет соответствие условий лечения, формы вмешательства и предлагаемых услуг проблемам и потребностям пациента;

2) *потребность в лечении должна незамедлительно удовлетворяться.* Лица, нуждающиеся в лечении, могут оказаться вне лечебной системы, если лечение не будет вполне доступным;

3) *эффективное лечение должно ориентироваться на совокупность разнообразных потребностей индивида, а не только на потребление им ПАВ.* Оно должно быть адресовано паттерну потребления индивидом ПАВ и тесно связано с решением его медицинских, психологических, социальных, профессиональных и юридических проблем;

4) *лечение должно быть гибким* в соответствии с оценкой потребностей пациента, которые могут изменяться в ходе лечения;

5) *решающее значение для эффективности лечения имеет адекватность его продолжительности состоянию пациента.* Сроки лечения зависят от потребностей пациента. У большинства пациентов заметное улучшение здоровья наступает по истечении примерно 3-х месяцев после начала лечения. Продолжение лечения может улучшить его результаты. Программы лечения должны включать в себя стратегии предотвращения преждевременного прекращения пациентами лечения;

6) *индивидуальное и (или) групповое консультирование и различные виды поведенческой терапии являются существенным компонентом эффективного лечения алкоголизма и наркомании.* В ходе лечения развивается мотивация пациентов, у них вырабатываются навыки противодействия употреблению ПАВ; виды активности, связанные с употреблением ПАВ, заменяются конструктивной и вознаграждаемой деятельностью, не сочетающейся с приемом ПАВ, у них улучшается способность к разрешению проблем. Поведенческая терапия облегчает также межличностные отношения;

13) *выздоровление зависимых от алкоголя и особенно наркотиков может быть длительным процессом, зачастую требующим повторных курсов лечения.* Как и при других хронических заболеваниях, рецидивы употребления ПАВ могут иметь место, как во время, так и непосредственно после окон-

чания успешного лечения. Участие в программах самопомощи во время лечения и по его окончании помогает поддерживать состояние воздержания (NIDA, 2000).

Представленность реабилитационных подходов в современной наркологии чрезвычайно широка. Так, по данным агентства Sam Sha, отвечающего за психиатрический и наркологический секторы в Министерстве здравоохранения и социального развития США, в настоящее время в мире насчитывается около пяти тысяч реабилитационных программ, представленных, в основном, непрофессиональными, низко структурированными авторскими проектами либо усечёнными вариантами реабилитации с использованием принципов терапевтического сообщества (свыше 500 зарегистрированных методик), программами с использованием идеологии «12 шагов» (свыше 100 вариантов). При этом какой-либо общепринятой классификации обозначенного множества реабилитационных программ и подходов не существует. Многочисленные ассоциации, объединяющие более или менее родственные по идеологии структуре и содержанию реабилитационные программы и персонал, ответственный за их реализацию, разрабатывают, в основном, лишь собственные направления. Тем не менее, по основным литературным источникам прослеживается, по крайней мере, 7 вариантов систематизации (с возможностью их перекрещивания) реабилитационных программ и подходов, практикуемых в отношении зависимых от ПАВ:

– систематизация, основанная на требованиях к резидентам соответствующих программ в отношении абстиненции: (1) реабилитационные программы с полной абстиненцией; (2) реабилитационные программы с неполной абстиненцией;

– систематизация, основанная на профессиональной принадлежности и квалификации персонала: (1) профессиональные реабилитационные программы; (2) непрофессиональные реабилитационные программы; (3) смешанные реабилитационные программы;

– систематизация, основанная на технологическом содержании программ: (1) высокоструктурированные реабилитационные программы; (2) низкоструктурированные реабилитационные программы; (3) среднеструктурированные реабилитационные программы;

– систематизация, основанная на формате вовлечения резидента: (1) реабилитационная программа с круглосуточным содержанием в стационаре; (2) реабилитационная программа с амбулаторным режимом участия; (3) реабилитационная программа со свободным режимом посещения;

– систематизация, основанная на объёме требований, предъявляемых к участнику программы: (1) высокопороговые реабилитационные программы; (2) низкопороговые реабилитационные программы;

– систематизация, основанная на дифференцировке сфер реализации реабилитационных программ, обычно соответствующих общей идеологии практикуемых подходов: (1) реабилитационные программы, реализуемые в системе здравоохранения; (2) реабилитационные программы, реализуемые в социальной сфере; (3) реабилитационные программы, реализуемые в конфессиональной сфере; (4) реабилитационные программы, реализуемые при сотрудничестве каких-либо из вышеназванных секторов социальной и конфессиональной активности;

– систематизация, основанная на объеме лечебно-реабилитационных мероприятий, получаемых резидентом: (1) программы медико-социальной реабилитации с полным курсом (т.е. резидент получает весь комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включая детоксикацию); (2) реабилитационные программы с неполным курсом (резидент получает какой-либо определенный фрагмент программы, например, блок социальной реабилитации без предшествующей детоксикации и фармакотерапии).

В большинстве стран Европы и США реализуются, в основном, смешанные средне и высоко структурированные программы реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. При этом имеет место продуктивное сотрудничество медицинского и социального сектора.

Форсированное развитие реабилитационного направления видится как один из возможных вариантов реформирования постсоветской наркологии в части расширения ассортимента услуг и повышения эффективности лечения зависимых от ПАВ.

Суть и основная идея данного направления состоит в том, что основные положения лечебно-реабилитационного подхода, используемого в общемедицинской сети и основанного на выявлении дефицитов биологических функций, социальных навыков, полноценной компенсации выявленных дефицитов, – полностью применимы в наркологической практике (Liberman R.P., 1993). В тоже время любая химическая зависимость рассматривается как проявление глубинных личностных проблем, что необходимо учитывать при реализации лечебно-реабилитационных программ в наркологии (McCaffry B.R., 1996).

По мнению М.М. Кабанова (1972), реабилитация одновременно представляет собой: 1) цель – восстановления или сохранения статуса личности; 2) процесс – имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы; 3) метод – подхода к больному и человеку. При этом реабилитационный метод включает принципы партнерства специалиста и больного, разносторонности усилий воздействия, единства психологических и биологических методов, ступенчатости усилий.

Универсальные этапы общего реабилитационного процесса следующие: восстановительная терапия (медикаментозное и другое лечение, направленное

на восстановление функций); реадaptация (восстановление адаптационных навыков); собственно реабилитация (восстановление индивидуальной и общественной ценности больного) (Кабанов М.М., 1971, 1976, 1978). Успешное прохождение данных этапов предопределяет параметры длительности и качества ремиссии – основных индикаторов эффективности комплексной терапии зависимых от ПАВ.

Реабилитация больных с зависимостью от ПАВ имеет специфику, связанную с тем, что по мере развития патологической зависимости серьезно страдают личность пациента, его связи с ближайшим социальным окружением и в целом уровень адаптации в обществе. Реабилитация в наркологии – системный и многоаспектный процесс. Основные его составляющие, в соответствии с концептуальными основами реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, разработанных Ю.В. Валентиком (2002), следующие:

- медицинская реабилитация;
- психологическая (личностная), в том числе духовная реабилитация;
- социальная реабилитация.

При этом собственно психотерапевтические технологии присутствуют во всех перечисленных компонентах, но особенно активно реализуются в структуре психологической реабилитации зависимых лиц.

Главная цель реабилитации зависимых от ПАВ, согласно концепции Ю.В. Валентика, – восстановление или формирование нормативного личностного и социального статуса больного, полноценная реинтеграция в общество на основе восстановления здоровья и обретения способности к успешному социальному функционированию.

Основные задачи реабилитационного процесса следующие:

- формирование мотивации на участие в реабилитационном процессе и отказ от ПАВ (в случае, если речь идет о программах МСР с полной абстиненцией);
- дезактуализация основных проявлений синдрома зависимости от ПАВ, предупреждение рецидивов;
- устранение или компенсация медицинских последствий приёма ПАВ;
- устранение или компенсация личностных нарушений и стимуляция личностного роста;
- формирование или восстановление конструктивного взаимодействия с ближайшим социальным окружением;
- восстановление полноценного социального функционирования на основе полученных адаптивных навыков.

Из перечисленных задач 1-я, 4-я и 5-я прямо адресованы к технологиям профессиональной психотерапии; 2-я, 3-я и 6-я задачи также предполагают комплексное психотерапевтическое воздействие в сочетании с другими компонентами медико-социальной реабилитации.

Психотерапевтические технологии прямо или косвенно используются в работе практически со всеми мишенями, идентифицированными в программах медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ: 1) мотивационной сферой зависимых лиц; 2) патологическим соматическим статусом; 3) патологическим влечением к ПАВ; 4) патологическим личностным статусом; 5) дефицитным или деформированным социальным статусом зависимых от ПАВ.

Также следует иметь в виду, что сам по себе процесс доведения до будущего резидента и усвоения им основных принципов реализации программы медико-социальной реабилитации (таких, например, как добровольность, отказ от употребления ПАВ, ответственность, опора на социальные ценности и нормы, групповые форматы реализации основных практик, поэтапное продвижение к главному результату – освобождению от зависимости и др.) есть начало вовлечения больного в общий контекст когнитивно-поведенческой терапии, в рамках которого выполняются практически все реабилитационные программы, претендующие на приемлемые, в смысле эффективности, результаты.

Таким образом, как показывают многочисленные, в том числе и наши собственные (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009) исследования по определению роли и места психотерапии в профилактике, лечении и реабилитации зависимых лиц, психотерапевтические техники в наркологической практике используются:

- как единственный метод терапии;
- как опосредованная психотерапия в сочетании с различными плацебо-носителями;
- в сочетании с детоксикационными методиками лечения;
- в сочетании с приемом психофармакологических и других препаратов различного спектра действия;
- в сочетании с другими развивающими технологиями (консультативными, тренинговыми);
- в комплексе лечебных, коррекционных и других технологий, представляющих программы медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ.

В отношении психотерапевтических технологий, используемых в программах реабилитации химически зависимых лиц, следует рассматривать три основные модели данного вида помощи, охватывающие весь спектр имеющихся на сегодняшний день возможностей:

Список использованной литературы:

1. Валентик Ю.В. *Терапевтические сообщества – основа наиболее успешных программ реабилитации больных наркоманиями.* // *Ж. Профилактика и реабилитация в наркологии.* – 2002. – № 1.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ.* – Москва, 2002. – 256 с.
3. Кабанов М.М. *Основные принципы реабилитации психических больных* // *Реабилитация психических больных.* – Л., 1971. – С. 11-17.

1) модель «необъявленной» психотерапии с использованием общего психотерапевтического контекста, в поле которого основная идеология соответствующей реабилитационной программы выполняет функцию когнитивного компонента, требования режима и структурированное поведение персонала – функцию поведенческого компонента, а форма реализации основных помогающих и развивающих технологий содержит элементы групповой психотерапии;

2) модель так называемого психотерапевтического режима в отделении или центре, где реализуются основные этапы, как правило, высокоструктурированных программ медико-социальной реабилитации (МСР), представляющего собой: особый кодекс отношений между реабилитационной бригадой и резидентами программы, между членами реабилитационной бригады, включая руководство отделения или центра; специальные деонтологические и профессиональные требования, предъявляемые к участникам реабилитационной бригады и прочему персоналу; особые экологические правила подготовки и организации труда специалистов реабилитационной бригады, – что в совокупности создает специальную, экологически-выверенную информационную среду, максимально способствующую достижению главного результата – освобождению резидентов от зависимости;

3) модель собственно психотерапевтического компонента в программах МСР лиц, зависимых от ПАВ, представленного определённым набором психотерапевтических интервенций, классифицируемых по направлениям и модальностям профессиональной психотерапии; при этом в каждой структурированной реабилитационной программе существуют свои предпочтения в отношении используемых психотерапевтических методов, которые формируются, чаще всего, по субъективным критериям.

Каждая из вышеприведенных моделей психотерапевтической помощи соответствует определённому сектору реабилитационных программ. Так, модель «необъявленной» психотерапии более адекватна для низкоструктурированных и непрофессиональных программ реабилитации лиц, зависимых от ПАВ; модель психотерапевтического режима и собственно психотерапевтических технологий – для высокоструктурированных, профессиональных программ МСР лиц, зависимых от ПАВ.

Эффективность и особенности использования данных моделей рассматриваются нами в других сообщениях по обозначенной тематике.

-
-
4. Кабанов М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями // *Материалы 1-1 Всесоюзной конференции по организации наркологической помощи.* – М., 1976. – С. 68-73.
 5. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. – Л., 1978. – 160 с.
 6. Катков А.Л., Макаров В.В. Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // *Материалы III съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.).* – Алматы, 2009. – С. 86-89.
 7. Liberman R.P. et al. Innovations in skills training for the seriously mentally ill: The UCLA social and independent living skills modules // *Innovations and Research.* – 1993. – Vol. 2 (2). – P. 43-59.
 8. NIDA: тринадцать принципов эффективного лечения наркомании // *Вопросы наркологии.* – 2000. – № 1. – С. 29-30.

УДК 615.832.9: 615.851; 616.89

О РОЛИ ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ХИМИЧЕСКОЙ И ДЕСТРУКТИВНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

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. Алматы

А.Т. Ескалиева

директор РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

Презентация последних достижений в сфере психотерапии зависимых лиц приобретает особую значимость в связи с наиболее актуальной и острой проблемой сегодняшнего дня - неконтролируемым ростом деструктивных социальных эпидемий. К последним следует отнести эпидемию химической зависимости (алкоголизм, наркомании, токсикомании), эпидемию психологической зависимости (игромании, компьютерная зависимость, вовлечение в тоталитарные секты, экстремистские организации), а также адаптационные расстройства с признаками синдрома деморализации (Джером Д. Франк, 1986), как зону наиболее вероятного риска формирования химической и деструктивной психологической зависимости.

Масштабные эпидемиологические исследования, проводимые в последние годы, в том числе и на территории постсоветских республик, показывают, что на сегодняшний день от 7% до 10% населения вовлечены в химическую зависимость; признаки деструктивной психологической зависимости отмечаются у 2% - 3% населения; адаптационные расстройства с признаками синдрома деморализации – у 12% населения.

Таким образом, если принимать во внимание факт почти обязательного формирования у членов семьи, где имеется родственник с клиникой зависимости, созависимых отношений, то общий объем населения, вовлекаемого в социальные эпидемии, приближается к 30%.

Степень деструктивного влияния упомянутых процессов на экономику, политику и социальную

стабильность в ряде стран, регионов (куда, конечно, следует отнести и территорию постсоветских республик), а в конечном итоге – на мировой порядок в целом – весьма значительна. Однако все эти, безусловно, важные соображения отступают на второй план перед одним крайне тревожным фактом – жизнь и здоровье человека, вовлеченного в химическую либо деструктивную психологическую зависимость, подвергаются реальной угрозе, а его патологическое поведение может представлять опасность для жизни и здоровья других людей.

Беспрецедентные темпы роста распространения, огромные социальные и экономические потери (до 5% ВВП), а также нарастающее разочарование в связи с недостаточной эффективностью противодействующих усилий являются главными стимулами, побуждающими к углубленному исследованию социальных эпидемий, и в первую очередь – к исследованию способов эффективного противодействия.

Профессиональная психотерапия, в том числе «необъявленная» парапрофессиональная психотерапевтическая практика, является обязательным компонентом всех известных лечебно-реабилитационных технологий, используемых в работе с зависимыми лицами и их ближайшим окружением. С уверенностью можно говорить о том, что удельный вес специальных психотерапевтических технологий, реализуемых в структуре профильных первично-профилактических программ, постоянно возрастает.

Однако только лишь общая констатация значительной и постоянно возрастающей роли психоте-

рапии в сфере профилактики, лечения и реабилитации зависимых лиц представляется недостаточной. Такая констатация должна сопровождаться хотя бы кратким анализом основных контекстов обсуждаемой темы – исторического и перспективного, – в свете которых основной фактологический блок настоящего руководства приобретает более отчётливые контуры и смыслы.

История целебного психологического воздействия на зависимых лиц началась задолго до того, как Туке в своей книге «Иллюстрация влияния разума на тело» (1872) впервые ввел термин «психотерапия». Ещё в трудах Гиппократ и Авиценны утверждалось, что словесное воздействие в форме убеждения и разъяснения вреда, проистекающего от пьянства, способно исцелить человека от этого порока, считающегося пагубным во все времена.

Признанное становление психотерапии в наркологической практике связано с использованием гипноза и лечебных внушений с целью отвращения злоупотребляющих спиртными напитками от очередного приёма алкоголя французским психиатром Voisin (1885), женеvским врачом Ladame (1888), а также шведским специалистом Wetterstand (1888). В последующие годы XIX века гипнотические техники лечения больных алкоголизмом использовали известные психиатры Forel, Hamelton, Osgood, Neilson, Berillian и другие.

В России первые сообщения об успешной гипнотерапии больных алкоголизмом были сделаны Б.Н. Шани, А.Н. Успенским, Я.В. Рыбалко в 90-х годах XIX века. В начале XX века уже многие учёные, врачи-психиатры, интернисты занимались изучением и практическим применением гипноза и других методов психотерапии для лечения больных алкоголизмом – А.Л. Токарский, В.М. Бехтерев, А.Л. Певницкий, Ф.Е. Рыбаков и другие. Особенно следует отметить методику коллективной психотерапии больных алкоголизмом В.М. Бехтерева, которую творчески развивали известные российские психиатры К.К. Спицын, Д.С. Озерецковский.

Становление психотерапевтической методологии лечения лиц, больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, отличной от гипнотерапии, происходило параллельно с развитием других научных направлений психотерапии – психоаналитического, когнитивно-бихевиорального, экзистенциально-гуманистического. Трактоvка формирования химической и деструктивной психологической зависимости в каждом из данных направлений психотерапии, методология психотерапевтических вмешательств соответствовали основной системе взглядов на динамику развития и функционирования личности, представляющих адекватные научные направления профессиональной психотерапии.

По данным многочисленных публикаций (всего нами было проанализировано свыше 3 тысяч источников), можно утверждать, что в общем поле

профессиональной психотерапии практически не существует направлений, модальностей и методов, которые бы не использовались для лечения зависимых лиц либо профилактики вовлечения в деструктивную зависимость. При этом в качестве наиболее успешных и часто цитируемых методов психотерапии зависимых лиц, помимо уже обозначенной гипно-суггестивной терапии, называют следующие: мотивационная психотерапия по Миллеру-Рольнику; когнитивно-поведенческая психотерапия; проблемно-ориентированная психотерапия; мультимодальная психотерапия; психодрама; стресс-шоковая психотерапия; трансактный анализ; телесно-ориентированная психотерапия; гештальт-терапия; арт-терапия; эриксоновская терапия; нейро-лингвистическое программирование (НЛП); логотерапия; экзистенциальная психотерапия; психическая саморегуляция; семейная психотерапия со всеми её вариантами; духовно-ориентированная психотерапия; трансперсональная психотерапия. Большинство авторов отмечает необходимость комплексных психотерапевтических подходов как в лечении химической, так и деструктивной психологической зависимости.

Каких-либо особых терапевтических предпочтений в отношении типов зависимостей (за исключением сравнительно более частого применения экспресс- и краткосрочных психотерапевтических методик при никотиновой и алкогольной зависимости) проследить не удаётся, что, по-видимому, следует интерпретировать как дефицит корректных лонгитудинальных исследований по определению селективной эффективности используемых психотерапевтических подходов.

Особое место в контексте психотерапевтических направлений и методов, используемых в лечении и реабилитации зависимых лиц, занимает групповая психотерапия. Данная психотерапевтическая практика получила развитие в начале XX века, благодаря усилиям Д. Пратта (1905), Д. Морено (1910), А. Адлера, Л. Вендера, П. Шиндлера (1929-1934). С начала 30-х годов XX столетия групповая психотерапия активно интегрируется в программы реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией, и на сегодняшний день данная психотерапевтическая технология является стержнем большинства лечебных и реабилитационных программ лиц, зависимых от ПАВ. В рамках группового формата психотерапевтической практики, используемой в работе с зависимыми лицами, созависимыми лицами и группами риска, реализуются основные направления и модальности профессиональной психотерапии: психодинамическое, когнитивно-поведенческое, экзистенциально-гуманистическое; психодраматические, гештальт-подходы, подходы, основанные на идее трансактного анализа, и другие. В последние годы особенно интенсивно разрабатываются вопросы спецификации проведения групповой психо-

терапии в наркологической практике, исследуются возрастные и нососпецифические аспекты реализации данной формы работы.

Понимание основной роли психотерапии как системообразующего фактора процесса реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) прослеживается с конца 40-х годов XX века. Такого рода тенденция наблюдается и на территории постсоветского пространства, где в последние годы вопросам развития психотерапевтических технологий в практике реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ, уделяется существенное внимание. По данным О.Ф. Ерышева, Т.Г. Рыбаковой (1996), психотерапия наркологических заболеваний на территории Советского Союза и постсоветского пространства проходила этапы развития от суггестивной и поведенческой к рациональной и коллективной и, наконец, к личностно-ориентированной психотерапии.

В то же время нельзя обойти вниманием и тот факт, что по результатам других, в том числе и наших исследований (Катков А.Л., Макаров В.В., 2009), ещё в недалеком прошлом в сети государственных наркологических учреждений психотерапия зависимых лиц была представлена, в основном, как неоформленная, плохо структурированная практика с размытыми границами применения и отсутствием надежных аргументов в пользу тех или иных психотерапевтических методов. Каких-либо доказательств эффективности использования конкретных психотерапевтических методов, используемых на этапах наркологической помощи, а также разработанной методологии такого рода оценок в отечественной наркологической практике не прослеживалось. И лишь в самые последние годы стали предприниматься попытки поиска системных основ психотерапии в наркологии, аддиктологии, обоснования специфических психотерапевтических мишеней в данной сфере, разработки методологии оценки эффективности используемых психотерапевтических технологий и обоснования показаний к использованию соответствующих методов психотерапии зависимых лиц. То есть аддиктологическая наука и практика вплотную подошли к необходимости корректного отбора и картирования соответствующих психотерапевтических методов с целью их последующего включения в стандарты первичной и специализированной помощи, оказываемой зависимым лицам. Однако следует признать, что выполнение такой масштабной и сложной задачи, требующей специального исследовательского дизайна, по силам лишь мощным исследовательским центрам или, что ещё лучше, специально созданному кластеру таких профильных научных центров, которые действуют по унифицированной программе.

Второй, перспективный, контекст, демонстрирующий настоящий и будущий вектор развития профессиональной психотерапии в сфере профилакти-

ки, лечения и реабилитации зависимых лиц, мы проиллюстрируем некоторыми результатами завершившегося в 2012 г. системного исследования проблемы деструктивных социальных эпидемий, подчеркивающими особую роль и значимость развивающихся психотерапевтических технологий.

Одна из главных задач такого масштабного исследования, проводимого в течение 10 лет Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, Казахстан), заключалась в идентификации универсальных психологических факторов риска - устойчивости, которые должны были удовлетворять следующим требованиям:

- возможность обозначения идентифицируемых факторов с помощью известных терминов и определений;
- измеряемость апробированными тестами и методиками;
- наличие статистически достоверной и явно выраженной отрицательной корреляции высоких уровней развития, положительной корреляции низких уровней развития идентифицированных свойств с доказанными рисками и фактами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость;
- надёжность полученных характеристик риска – устойчивости, подтвержденная согласованными результатами соответствующих эпидемиологических, клинико-психологических, экспериментально-психологических, экспериментально-профилактических исследований;
- возможность эффективного влияния на выявленные характеристики в краткосрочной (недели, месяцы), среднесрочной (1-3 года) перспективе;
- возможность выстраивания адекватных мишеней с целью последующего профилактического, лечебного и реабилитационного воздействия;
- возможность разработки на основании всего вышеперечисленного: диагностических и скрининговых технологий, определяющих уровни индивидуальной и социальной устойчивости к вовлечению в химическую и деструктивную психологическую зависимость; инновационных технологий формирования высоких уровней устойчивости к первичному либо повторному вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

В ходе многолетних и масштабных эпидемиологических, клинических, экспериментальных исследований, оформляемых в соответствии с требованиями доказательной практики, было выявлено, что в наибольшей степени всем вышеприведённым требованиям соответствует система определённых психологических факторов, которые мы обозначили как

свойства психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Далее, было показано, что сложность терапевтической работы с зависимыми лицами и более чем скромные результаты такого рода деятельности связаны в первую очередь с тем обстоятельством, что исходные дефициты наиболее значимых характеристик психологического здоровья – устойчивости усугубляются ещё и отчётливым и адресным вредоносным воздействием патологических адаптогенов быстрого действия, что является крайне неблагоприятной в смысле общих перспектив терапевтического воздействия комбинацией. Такого рода привнесённые дефициты – достаточно «тонкие» негативные психопатологические расстройства интегративных функций психики, выявляемые лишь с использованием специальных диагностических методов, – формируются уже после первых проб наркотиков, первых месяцев регулярного употребления алкоголя, первых недель вовлечения в практику манипулятивного психотехнического воздействия. Основные проявления данной ажурной, не связанной с грубыми расстройствами памяти, интеллекта, эмоциональной сферы, негативной симптоматики, препятствуют сложным интегративным процессам формирования:

- личностной зрелости с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта;
- конструктивного жизненного сценария с возможностями долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития психологических ресурсов, выстраивания адекватной жизненной метапозиции;
- устойчивой мотивации к достижению целей конструктивного жизненного сценария, как одной из главных характеристик устойчивого ресурсного состояния и составляющих важнейшей интегративной функции психологической активности субъекта, обозначаемой как «воля»;
- адекватных представлений о характере и особенностях патологических проявлений химической и деструктивной психологической зависимости (что выражается, в частности, в феномене анозогнозии), конструктивных сценариях перехода из состояния патологической зависимости к состоянию здоровья-свободы, понимаемому как обретение высоких уровней устойчивости к повторному вовлечению в патологическую зависимость.

В специальной серии исследовательских фрагментов было убедительно продемонстрировано, что в полной мере специфическими в данной ситуации могут считаться лишь те профилактические и терапевтические подходы, которые эффективно и в огра-

ниченные временные периоды преодолевают исходные либо двойные дефициты идентифицированных психологических свойств, обеспечивающих высокие уровни устойчивости к первичному, либо повторному вовлечению в социальные эпидемии. То есть это, в основном, специальные психотерапевтические, консультативные, тренинговые технологии, оформляемые по принципу двухуровневой терапевтической коммуникации, привнесение которых в стандартные профилактические и лечебно-реабилитационные программы существенно повышает их эффективность.

Что касается традиционных технологий дифференцированной медикаментозной терапии, детоксикации (для лиц с химической зависимостью), иных технологий, используемых в работе с традиционными мишенями, то их роль на определённых этапах оказания специализированной помощи лицам с деструктивной психологической и, особенно, химической зависимостью может быть весьма значительной. Однако в целом терапевтический потенциал данных подходов ограничивается степенью их позитивного влияния на темпы редукции сопутствующих продуктивных психопатологических проявлений, что имеет лишь косвенное отношение к конечному индикатору, оценивающему эффективность противодействующих усилий – итоговому уровню индивидуальной устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. И поэтому ни в коем случае не может считаться достаточным для решения проблемы деструктивных социальных эпидемий по существу. В связи с этим целесообразно рассматривать лишь степень «содействия» используемых технологий медикаментозного или иного лечения основному процессу форсированного развития искомых уровней психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды, которая может существенно различаться.

Вышеприведённые тезисы подтверждаются тем неоспоримым фактом, что эффективность программ медикаментозной терапии лиц, зависимых от ПАВ, определяемая в процентах достижения годовой ремиссии по окончании соответствующего лечебного курса, практически не отличается от показателя спонтанных ремиссий, для чего вообще никакого лечения не требуется.

Особый интерес представляют полученные данные о взаимодействии выявленных универсальных факторов риска – устойчивости с другими общепризнанными факторами риска вовлечения в отдельные типы социальных эпидемий. Так, было убедительно показано, что даже высокая концентрация таких факторов, как определённая биологическая предрасположенность, неблагоприятная микросоциальная среда, агрессивный прессинг в ближайшем окружении субъекта, при наличии сформированных свойств психологического здоровья – устойчивости, не приводят к формированию каких-либо отчет-

ливых проявлений дезадаптации или патологической адаптации и последующему вовлечению в химическую либо деструктивную психологическую зависимость. И наоборот, цитируемые факторы оказывались статистически значимыми и обнаруживающими высокие уровни корреляции с факторами вовлечения в химическую и деструктивную психологическую зависимость в группе лиц с низким уровнем психологического здоровья – устойчивости.

Интерпретация полученных при настоящем исследовании 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 счёт 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 нём заключается научная основа обновлённого доктринального подхода и аргументация необходимости изменения системы приоритетов – от фокусирования на многочисленных и второстепенных факторах риска по отдельным профилям социальных эпидемий и труднодостижимых результатах по блокированию данных рисков к оправданным акцентам на форсированное развитие универсальных свойств психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в деструктивные социальные эпидемии.

Таким образом, идентифицированная универсальная система психологических факторов риска – устойчивости даёт внятный и обоснованный ответ на следующие вопросы, имеющие ключевое значение для существенного повышения эффективности системы аддиктологической помощи:

- чем, в сущности, отличается один субъект, попадающий в зависимость в условиях агрессивной среды, от другого, который в этих же самых или даже еще более неблагоприятных условиях остается свободным, притом, что уровень биологических рисков для обоих примерно равный или более высокий для второго субъекта;
- чем отличается один зависимый пациент, которого после прохождения стандартного курса лечения и реабилитации наверняка ждёт рецидив, от другого, который после соответствующих курсов освобождается от зависимости и проживает жизнь без рецидивов, притом что биологические, психологические и социальные риски на старте были примерно равными или даже более высокими для второго субъекта;

- какие именно зависимые переменные (то есть поддающиеся в краткосрочной и среднесрочной перспективе целенаправленному профилактическому и терапевтическому воздействию) являются наиболее специфическими для рассматриваемых типов деструктивных социальных процессов;
- какая профессиональная практика, и какие организационные действия необходимы для того, чтобы количество первых субъектов в популяции постоянно уменьшалось, а вторых – увеличивалось.

Из всего изложенного однозначно следует, что такого рода практикой должна быть профессиональная психотерапия, представляющая ядро целостного континуума специальных развивающих технологий (консультирования, тренинговых и др.).

Однако ещё более важным, с точки зрения обоснования необходимости широкомасштабного использования профессиональной психотерапии, не только на «ближних» (лечебно-реабилитационные программы), но и на «дальних» (специальные профилактические программы) подступах в сфере многоуровневой аддиктологической помощи, являются следующие результирующие тезисы.

Современные социальные эпидемии вполне аргументировано и обоснованно могут рассматриваться как «флаги» нигде не афишируемого процесса замены естественных саногенных механизмов (в первую очередь механизма естественного отбора) на искусственные – цивилизационные, с катастрофическим запаздыванием последних. Недальновидные ущербные стратегии, оформляемые в духе «протезирования утрачиваемых фрагментов здоровья, при всей их привлекательности и неоспоримой эффективности в отношении снижения смертности в результате инфекционных заболеваний, росте продолжительности и качества жизни лиц с хроническими заболеваниями, в долговременной перспективе приводят лишь к тому, что уровень устойчивости населения к всё более агрессивному воздействию среды прогрессивно снижается. А углубляющаяся пропасть между требуемыми и наличествующими уровнями устойчивости современного человека заполняется патологическими адаптогенами быстрого действия.

Проведенный нами анализ показывает, что основные дивиденды из этой, вне всякого сомнения, глубокой кризисной ситуации получают криминальные или полукриминальные структуры, теневые политики и воинствующие радикалы всех мастей.

Однако в данной ситуации могут и должны быть получены дивиденды совершенно другого рода – тщательно подготовленные прорывы в общей идеологии и технологиях эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации, полностью компенсирующих утрату естественных саногенных механиз-

мов и открывающих новые перспективы жизнедеятельности человека в современном мире.

На сегодняшний день абсолютно ясно, что единственный реальный, а не иллюзорный путь развития здоровья должен быть нацелен на форсированное развитие адаптационных способностей и свойств человека, осуществляющего свою жизнедеятельность именно в условиях агрессивной информационной и биологической среды. То есть первичным и наиболее важным звеном комплекса, обеспечивающего формирование искомым уровнем индивидуального и социального здоровья, должен являться феномен целенаправленной самоорганизующей деятельности субъекта и общества в целом, а не декларируемое и, к тому же, абсолютно нереальное в ближайшие годы и десятилетия существенное улучшение среды обитания. И только лишь неукоснительное следование обозначенному приоритету приведет, в конечном итоге, к тому, что ответственное и дееспособное общество сделает необходимые, точно выверенные шаги по формированию оптимальной экологической среды.

В связи со всем изложенным выше дополнительный импульс развития должны получить такие особо важные дисциплины, как психотерапия, практическая психология, основной предмет которых в наибольшей степени соотносится с процессами эффективной самоорганизации. При этом в русле данных дисциплин должны быть разработаны: техники эффективной экспресс-помощи лицам с признаками адаптационного напряжения, проявлениями синдрома деморализации, сформированным или ещё только формирующимся ресурсным запросом; технологии форсированного развития психологической устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. Такого рода технологии по своей основной сути должны быть контрманипулятивными, а контрманипулятивная идеология должна стать основным этическим стержнем данных дисциплин. Должны быть получены убедительные свидетельства эффективности разработанных технологий экспресс-помощи и форсированного развития высоких уровней индивидуальной и социальной ус-

тойчивости, оформленные в духе доказательной практики. Далее разработанный технологический контент должен быть транслирован в такие дисциплины, как наркология и аддиктология, а также во все кластерные структуры, представляющие мета-модель социальной психотерапии.

Таким образом, проблема деструктивных социальных эпидемий является не только мощным стимулом, определяющим основной вектор развития профессиональной психотерапии – от эксклюзивной манипулятивной практики с размытыми границами и недоказанной эффективностью к научно-обоснованной, чётко структурированной и экологически выверенным технологиям социальной психотерапии, охватывающих существенную часть нуждающихся, но также и беспрецедентным вызовом, адресованным к фундаментальным основам выживания и развития человека и общества в современном мире.

Вопрос в том, в какой степени профессиональное психотерапевтическое сообщество, современная психотерапевтическая наука и практика соответствуют этим требованиям новейшего времени.

В связи со всем изложенным нами в настоящее время разработаны и реализуются два исследовательских проекта, способствующих развитию профессиональной психотерапии в направлении самостоятельной научно-практической дисциплины, отвечающей всем вышеперечисленным требованиям: 1) философское и научно-методологическое обоснование интегративной психотерапии (в рамках данного проекта, в частности, разработан метод стратегической полимодальной психотерапии лиц, зависимых от ПАВ); 2) разработка содержательной и организационной части мета-модели социальной психотерапии и обоснование её эффективности с позиции доказательной практики.

Результаты, полученные нами в ходе реализации вышеуказанных проектов, позволяют надеяться, что некоторые ответы на эти непростые вопросы и вызовы уже обозначены, и ещё больше адекватных методологических и технологических инноваций будет получено в самое ближайшее время.

Список использованной литературы:

1. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. *Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией.* – Павлодар, 2003. – 266 с.
2. Катков А.Л., Макаров В.В. *Роль и место психотерапии в лечении и реабилитации зависимых от психоактивных веществ // Материалы III съезда психиатров, психотерапевтов, наркологов, психотерапевтов и медицинских психологов Республики Казахстан (10-11 сентября 2009 г.).* – Алматы, 2009. – С. 86-89.
3. Катков А.Л. *Деструктивные социальные эпидемии: опыт системного исследования.* – Павлодар, 2012. – 223 с.

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ РЕЖИМ В ОТДЕЛЕНИЯХ И ЦЕНТРАХ,
РЕАЛИЗУЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ, ВЫСОКОСТРУКТУРИРОВАННЫЕ
ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ
ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

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. Алматы

А.Т. Ескалиева

директор РГКП «Республиканский научно-практический Центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

Термин «психотерапевтический режим» в специальной литературе стал появляться в 60-70-х годах прошлого столетия в связи с организацией отделений, специализирующихся на лечении невротизированных пациентов и больных с пограничными расстройствами психики в общесоматической сети и сети психиатрических учреждений системы здравоохранения.

В отечественной наркологической теории и практике данный термин стал употребляться с начала 90-х годов XX века в связи со всплеском активности по внедрению реабилитационных и психотерапевтических технологий в систему наркологической помощи лицам, зависимым от ПАВ. При этом считалось, что психотерапевтический режим в наркологических отделениях и центрах – это синоним особой психотерапевтической среды, основное назначение которой создавать такие внешние условия для больных, которые максимально способствуют изменениям образа его повседневной жизни в клинике и за её пределами, воссоздают стиль поведения, подразумевающего вначале избегание, преодоление, а затем и исключение аддиктивного поведения (Даренский И.Д., Белокрылов И.В., 2001).

Понятие психотерапевтического режима следует дифференцировать от близких терминов «реабилитационной среды» и «терапии реабилитационной средой» (Дудко Т.Н., 2002) в первую очередь на тех основаниях, что последние термины употребляемы в отношении всего уклада реабилитационных программ, в том числе низкоструктурированных и основанных лишь на 2-3-х видах занятости. В то время как термин «психотерапевтический режим» используется лишь в отношении специальных мероприятий, реализуемых в общем контексте высокоструктурированных реабилитационных программ, предусматривающих наличие компонента профессиональных психотерапевтических интервенций. Последний компонент является основным терапевтическим стержнем данных программ, который необходимо подкреплять системой специальных мероприятий, в частности – особыми правилами реализации всех прочих терапевтических блоков программы, что, собственно, и определяет функциональный смысл психотерапевтического режима в наркологических

отделениях и центрах. В связи с этим можно считать, что психотерапевтический режим восполняет дефицит идеологии, цементирующий и организующий весь строй таких подходов, как, например, «Терапевтическое сообщество (ТС)» или «12 шагов». Нет никакой необходимости говорить о существенной роли такого рода построений, сводящих все усилия «разнокалиберного» персонала к некоему общему знаменателю, понятному для зависимого субъекта. Вопрос в том, являются ли психотерапевтические режимы заведомо более эффективными системообразующими факторами, чем организационные и идеологические концепты парапрофессиональных реабилитационных программ. Ответы на этот вопрос обычно зависят от степени профессионализма и общей подготовленности специалистов реабилитационной бригады, прочего персонала, занятого в реализации программы; общей и специальной компетентности руководителей соответствующих отделений и центров.

Функциональные и организационные характеристики психотерапевтического режима в профильных отделениях и центрах следующие.

Целью организации психотерапевтического режима является:

– формирование целостного терапевтического контекста, в рамках которого реализуется профессиональная, высокоструктурированная реабилитационная программа, понятного и приемлемого для зависимых лиц;

– формирование специальной, экологически выверенной информационной среды, способствующей максимально эффективному продвижению к главной цели – освобождению пациентов от химической зависимости.

Для достижения данных целей необходимо выполнение следующих предварительных условий:

а) формирование и неукоснительное выполнение принципов и правил общего реабилитационного режима (контракт, правила дисциплины, санкции, поощрения, компетенции и многие другие позиции, представляющие организационный каркас реабилитационной программы, на основе которого только и может функционировать «надстройка» психотерапевтического режима);

б) определение основного психотерапевтического компонента (направлений, модальностей профессиональной психотерапии, используемых в групповом и индивидуальном форматах) реабилитационной программы;

в) подбор вспомогательных компонентов (консультативных, тренинговых, образовательных и других), которые потенциально способны усиливать основной психотерапевтический компонент;

г) формирование целостной концепции реабилитационной программы, где ясно и доступно излагаются тезисы того, за счёт каких именно механизмов, заложенных в терапевтической основе программы, резиденты будут иметь максимальные шансы на освобождение от зависимости; почему именно эти, а не другие механизмы и компоненты будут наиболее эффективно подвигать резидентов к искомому результату; какой глубокий смысл существует в том, чтобы неукоснительно соблюдать правила терапевтического режима, временно замещающего функции утраченного ими контроля;

д) подбор и обучение персонала, который по своим основным компетенциям должен соответствовать компонентам реабилитационной программы; обучение персонала смежным компетенциям и правилам реализации психотерапевтического режима в отделении (центре).

Собственно содержание психотерапевтического режима включает следующие позиции.

1. Наличие обоснованной, целостной реабилитационной программы, включающей комплекс профессиональных психотерапевтических технологий, используемых как в групповых, так и в индивидуальных форматах – основной блок; а также комплекс других развивающих (коммуникативных, тренинговых, обучающих), информационных и социальных технологий, представляющих вспомогательный блок программы.

Назначение каждого компонента программы, общий алгоритм его реализации должны быть известны и понятны всем специалистам реабилитационной бригады и прочему персоналу, включая руководство отделения или центра, так или иначе контактирующему с пациентами.

Последнее обстоятельство, само собой разумеющееся в идеологии ТС (персонал в таких программах почти целиком подбирается из бывших резидентов, успешно завершивших полный реабилитационный курс и до тонкостей понимающих смысл, назначение и организационные нюансы каждого компонента), отнюдь не очевидно для персонала наркологического профиля, действующего в системе здравоохранения. Как правило, здесь имеет место обратная ситуация, в которой специалист реабилитационной бригады, неплохо зная свой участок работы, имеет лишь самые общие представления о деятельности смежных специалистов и не супервизирует все компоненты реабилитационного процес-

са. Исключение составляют лишь консультанты по зависимостям, которые также могут готовиться из бывших резидентов.

Такого рода ситуация, особенно в отсутствие целостной, основательно проработанной и должным образом оформленной (наличие общего документа и спецификаций, расписанных по основным компетенциям участников реабилитационной бригады) концепции реабилитационной программы, чревата часто возникающими диссонансами в терапевтических установках и рекомендациях, выдаваемых зависимым лицам при прохождении ими соответствующих терапевтических лент. Двойные сигналы, получаемые резидентом, подрывают веру в специалистов, вызывают когнитивный диссонанс, существенно снижают мотивацию на удержание в программе, что особенно дорого обходится на первых этапах прохождения медико-социальной реабилитации (МСР). И напротив, профессиональная сплоченность специалистов реабилитационной бригады, отработанное взаимодействие и наличие общих, соответствующих главному направлению реабилитационной программы, терапевтических установок, транслируемых резидентам МСР, однозначно способствуют терапевтическому прогрессу и успешной динамике ожидаемых изменений.

Задачи, решение которых способствует эффективной реализации первого компонента реабилитационного режима, следующие:

– организация процесса непрерывного профессионального образования для специалистов реабилитационной бригады таким образом, чтобы их компетенция в сфере смежных специальностей постоянно повышалась, появлялась возможность интервизорской и супервизорской практики по различным компонентам реабилитационной программы;

– прохождение сотрудниками специализированных отделений и центров квалифицированных тренингов по формированию профессиональной команды;

– включение в рабочий график отделения (центра) регулярных собраний реабилитационной бригады, где разбираются наиболее сложные рабочие моменты, анализируется терапевтическая динамика резидентов, вырабатывается общая стратегия по решению возникающих терапевтических и организационных проблем;

– регулярная проработка на собраниях персонала компонентов реабилитационной программы с обсуждением возможностей по их улучшению (такого рода обсуждения лучше устраивать после супервизорской оценки действующих компонентов МСР);

2. Наличие особого кодекса отношений между участниками реабилитационной бригады, прочими специалистами и персоналом отделения, которые можно охарактеризовать как *со-дружество*, *сотрудничество*, и которые являются образцом для резидентов программ МСР.

О терапевтической значимости перехода зависимого субъекта от конфронтационной метапозиции к синергетической, открытой к изменениям, уже многое сказано. В частности, отмечено, что индукция такого, с нашей точки зрения, крайне важного перехода сопровождается актуализацией абсолютно необходимых для последующей терапевтической динамики креативно-пластических ресурсов и существенным ростом активности резидентов программ МСР. Здесь мы хотели бы подчеркнуть лишь то обстоятельство, что важнейшим – по силе и длительности действия – внешним импульсом, индуцирующим переключение базисных адаптационных стратегий у зависимого субъекта, является наличие открытой ресурсной метапозиции и соответствующего стиля общения у персонала отделения.

Эффективная реализация второго компонента психотерапевтического режима связана с необходимостью решения руководством отделения или центра следующих важных задач:

– *первая задача*, ориентированная на формирование устойчивого ресурсного состояния и метапозиции, открытой к конструктивным изменениям, у персонала центра, требует адекватной организации процесса дополнительного и непрерывного профессионального обучения. В ходе такой подготовки сотрудники центра – и особенно участники реабилитационной бригады – должны иметь возможность прохождения личной, ресурсно-ориентированной психотерапии, участия в процессах групповой психотерапии, тренингах личностного роста, тренингах управления психологическими ресурсами. В результате уровень психологического здоровья, устойчивости и готовности к адекватной профессиональной деятельности в непростых условиях реабилитационного наркологического центра или отделения должен существенно возрасти;

– *вторая задача*, ориентированная на профилактику эмоционального выгорания – достаточно часто встречающегося осложнения у специалистов наркологического профиля – решается за счёт выполнения правил профессиональной экологии. К таким правилам следует отнести:

1) наличие у каждого сотрудника центра проработанного профессионального маршрута, где подробно расписаны цели и ценности, связанные с профессией, пути их достижения и обретения, варианты продвижения по основной специальности и овладения смежными профессиями, чёткий график дополнительного обучения (циклы тематического усовершенствования) на ближайшие 3 года, график непрерывной профессиональной подготовки (участие в семинарах, конференциях, тренингах, курсах личной и групповой психотерапии и др.); наличие такого разработанного профессионального маршрута даёт дополнительное ощущение уверенности, перспективы и ресурсного экологического ритма – разумного чередования рабочих и восстановительных

фаз, связанных в то же время с интенсивной профессиональной подготовкой;

2) наличие у каждого сотрудника четкого и согласованного рабочего графика, дающего возможность подготовки к пиковым нагрузкам;

3) организация и регулярное проведение специальных балинтовских групп, в ходе которых специалист, испытывающий сложности в работе с каким-либо конкретным пациентом или группой зависимых лиц, может получить квалифицированную профессиональную рекомендацию, обратную связь и ресурсную поддержку от участников группы. Кроме того, такая практика неформальных разборов сложных случаев, сочетающихся с элементами групповой психотерапии, наилучшим образом способствует адекватной проработке и формированию личностного статуса «Я - профессионал» – являющегося весьма важной характеристикой устойчивого ресурсного состояния специалиста наркологического профиля – у всех участников группы;

– *третья задача*, ориентированная на профилактику профессиональных и межличностных конфликтов между сотрудниками центра, решается за счёт включения в систему непрерывной профессиональной подготовки тренинговых программ по управлению конфликтами, специальных коммуникативных тренингов;

3. Наличие структурированных терапевтических отношений между персоналом и резидентами программ МСР, которые, по сути, сводятся к тому, что все участники МСР – зависимые лица, и персонал центра – представляют собой единую открытую терапевтическую группу, где персоналу отводится роль «совокупного группового психотерапевта».

В связи с этим все сотрудники, так или иначе контактирующие с пациентами, должны, во-первых, понимать всю важность таких особых, структурированных отношений для успешного продвижения резидентов МСР к заявленным целям, осознавать свою роль в общем процессе выстраивания терапевтических отношений, отчетливо представлять и воспроизводить поведение и способы коммуникации, из которых эти отношения складываются. Во-вторых, должна существовать коллективная договоренность о реализации этого важного пункта реабилитационной программы, который, конечно, не сводится только лишь к выполнению прописанных в трудовом договоре деонтологических правил. К такого рода неформальному договору, условиям и фактам по его выполнению необходимо постоянно возвращаться на собраниях реабилитационной бригады.

Сотрудники реабилитационных наркологических отделений и центров должны научиться понимать и различать истинные мотивы намерений и поведения зависимых пациентов, многие из которых поступают на лечение лишь под давлением обстоятельств, без какой-либо мотивации даже и на сохранение трез-

вости в период вынужденного пребывания в наркологическом учреждении. Необходимо уметь противостоять явным или скрытым манипуляциям, прямым угрозам, провокациям конфликтов, шантажному поведению – то есть всем тем атрибутам конфронтационной метапозиции (типичной для немотивированных либо слабо мотивированных пациентов, особенно в начальный период их пребывания в отделении или центре), привычно используемым зависимыми лицами для достижения своих, отнюдь не терапевтических целей – без какого-либо ущерба для себя. Сотрудники профильных отделений и центров должны быть готовы к постоянному тестированию на наличие «слабых мест», которое почти неизбежно в случае формирования негативного ядра из немотивированных пациентов или появления отрицательного лидера, манипулирующего поведением подчинённых ему зависимых лиц. Профессионально грамотное поведение персонала позволяет решать и эти непростые задачи с немалой пользой для основной группы зависимых лиц, повышающих таким образом мотивацию на удержание в программах МСР.

Другим значимым аспектом структурированных терапевтических отношений являются навыки активного слушания, мотивационного информирования, экспресс-помощи, необходимость в которых может возникнуть в любой момент пребывания пациента в

отделении или центре, и готовности персонала к оказанию такого рода помощи.

Реализация последнего компонента психотерапевтического режима в реабилитационном отделении или центре предполагает решение следующих задач:

- проведение, в структуре дополнительного обучения либо непрерывной профессиональной подготовки, квалифицированных тренингов по формированию навыков асертивного поведения, специальных тренингов по развитию коммуникативных навыков для всего персонала центра;

- проведение для сотрудников центра (в рамках тех же образовательных программ) подготовки по вопросам наркологического консультирования и экстресс-помощи в типичных ситуациях.

Таким образом, эффективная реализация психотерапевтического режима требует практически непрерывной и достаточно интенсивной подготовительной работы с персоналом реабилитационных отделений или центров. И только в этом случае можно рассчитывать на формирование адекватного психотерапевтического «прессинга», необходимого для достижения целей высокоструктурированной реабилитационной программы. А также можно рассчитывать на формирование особого рода информационного резонанса, многократно усиливающего эффекты структурированных психотерапевтических технологий, используемых в МСР.

Список использованной литературы:

1. Даренский И.Д., Белокрылов И.В. *Психотерапевтическая программа наркологического стационара.* – Москва, 2011. – 26 с.
2. Дудко Т.Н. В кн. «Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ» / Под ред. Ю.В. Валентика, А.Н. Сироты. – Москва, 2002. – С. 132-143.

ПРОБЛЕМЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ КУРИТЕЛЬНЫХ СМЕСЕЙ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЁЖИ

Т.В. Ким

врач-нарколог Областного наркологического центра, г. Кызылорда

В ряде проблем, которые стоят сегодня перед Казахстаном, на одно из первых мест все увереннее выходит проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), как глобальная угроза здоровью населения страны и национальной безопасности.

В ежедневной практике врача-нарколога всё чаще и чаще стали встречаться пациенты с химической зависимостью от различных курительных смесей, и это явление начинает приобретать характер эпидемии, так как поражает, в основном, подростков и молодёжь. Без изучения причин и факторов, приводящих к развитию химической зависи-

мости от различных психоактивных агентов, невозможно адекватно планировать тактику профилактических и лечебных мероприятий у такого рода пациентов.

На сегодняшний день в международной и отечественной наркологии выделяют три обобщённых фактора, влияющих на развитие наркотической зависимости:

- вид употребляемого наркотика;
- лица, употребляющие наркотики, с их субкультурой;
- особенности окружающей среды.

Из этого становится ясно, что все профилактические и лечебные усилия должны быть направлены на эти факторы.

Самые распространённые курительные смеси, широко используемые в кругу подростков и молодых людей на сегодняшний день, являются насвай и так называемые «спайсы». Уже много сказано по поводу того, что эти вещества не являются наркотическими, но состав их порой ужасает. В насвай, например, помимо табака могут входить различные добавочные компоненты: гашеная известь, которую иногда заменяют обычным куриным пометом или же верблюжьим кизяком.

Насвай вызывает сильнейшую никотиновую зависимость, так как некоторые его компоненты содержат очень большое количество никотина. Щелочь, содержащаяся в нём, позволяет никотину очень хорошо всасываться в ротовой полости, а далее никотин быстро доставляется током крови в головной мозг. Уже примерно через 1-2 минуты после употребления насвая никотин поступает в головной мозг и воздействует на рецепторы. Постепенно подросток начинает привыкать к стимуляции никотином и развивается никотиновая зависимость, от которой довольно трудно избавиться.

Зависимость от насвая имеет и свои серьёзные соматические и психические последствия, которые влияют на общее состояние здоровья человека. Побочными эффектами становятся разнообразные вегетативные нарушения (головные боли, судороги, рвота или понос и т.д.), повышенную потливость. Непосредственным эффектом от приёма этого психоактивного вещества (ПАВ) может стать ортостатический коллапс, при котором от резкого изменения положения тела в пространстве у человека может начаться лёгкое головокружение и помутнение зрения. Наркозависимые лица, имеющие зависимость от насвая, склонны к обморокам.

Даже если подросток уже длительное время употребляет насвай, из-за специфического способа приёма и слабого наркотического действия выявить признаки зависимости крайне сложно. Имеется несколько внешних симптомов того, что подросток употребляет насвай. Например, после приёма этого ПАВ он не может сосредоточиться на чём-то одном, не способен усваивать информацию, у него на лице может появиться довольная ухмылка. Эффект от приёма порции насвая непродолжителен, его длительность составляет около 5-7 минут. В это время подросток или молодой человек расслаблен, у него «мутные» глаза, он плохо ориентирован во времени и пространстве.

Психическая зависимость у подростков и молодых людей развивается достаточно быстро из-за эффекта расслабления, который даёт насвай. Подростки, употребляющие насвай, не способны должным образом усваивать учебный материал, у них возникают серьёзные проблемы с памятью, в поведении

присутствует постоянная растерянность. Подростки, которые стали регулярно употреблять насвай, вскоре могут перейти на более тяжёлые наркотики. Ищущим острых эйфорических ощущений подросткам может оказаться мало того эффекта, который оказывает насвай. Поэтому от этого довольно слабого наркотика они быстро могут перейти к более сильным веществам, имеющим более долгий эйфоризирующий эффект.

Сегодня не исключается тот факт, что часто производители насвая для большей «привязки» потребителей добавляют в смеси эфедрин (эфедрон и др.) и вместе с никотиновой зависимостью развивается и другая химическая зависимость.

Помимо этого, насвай нередко содержит в своём составе тяжёлые металлы (кадмий, свинец), а это приводит к токсическому поражению печени и почек. Доказано, что более 80% пациентов, имеющих рак гортани, желудка, пищевода, слизистых рта, языка, употребляли насвай. Поскольку насвай содержит экскременты животных, чрезвычайно легко заразиться разнообразными кишечными инфекциями и паразитарными заболеваниями, включая вирусный гепатит.

Учёные многих стран считают, что насвай можно отнести к числу психотропных веществ. Его употребление подростками отражается на их психическом развитии: снижается восприятие и ухудшается память, дети становятся неуравновешенными. Насвай-потребители сообщают о проблемах с памятью, постоянном состоянии растерянности. Следствиями употребления становятся изменение личности подростка, нарушение его психики. Настораживает факт, что у детей, употребляющих насвай, это очень быстро переходит в привычку, становится нормой. Как уже отмечалось выше, вскоре подростку хочется уже более сильных ощущений. Длительное употребление данного ПАВ («насвая») может вызывать более тяжёлые последствия.

Несмотря на явную опасность для здоровья человека, которую влечёт за собой насвай, бороться с ним практически невозможно: сотрудники наркоконтроля не имеют законных оснований для привлечения торговцев зельем «насвай» к ответственности, поскольку насвай официально не относится к наркотикам. На республиканском уровне оборот насвая никем или почти никем не регулируется. Насвай, вместе со «специями», продаётся практически на всех рынках страны. Выставляется он на рынках в качестве средства, избавляющего от никотиновой зависимости.

На сегодняшний день в Казахстане нет данных клинических исследований о влиянии насвая на здоровье человека. Практикующие врачи не имеют собственной оценки влияния насвая на здоровье их пациентов, в основном, ссылаясь на данные из Интернета.

Подобная ситуация в Казахстане происходит и со случаями употребления курительной смеси спайса среди молодежи. Спайс (spice) – это любое высушенное растение, пропитанное JWH 018 (синтетическим каннабиноидом), которое сейчас легко проданно через Интернет или используется в ночных клубах под видом ароматических трав или курительных смесей. Хотя JWH018 используется при производстве ряда медикаментов, само это соединение не входит ни в списки лекарственных препаратов, ни в перечень наркотических средств. Это вещество – искусственно синтезированный каннабиноид, по силе воздействия в 4 раза превосходящий тетрагидроканнабинол, был выделен из курительных смесей, благодаря специалистам отдела по борьбе с наркотиками г. Франкфурта-на-Майне (Германия), обратившихся с просьбой провести анализ к фирме «ТНС Pharm», специализирующейся на изготовлении медицинских препаратов из конопли.

Подобные «гавайские розы и пр.» способны нанести вред психике и организму человека, который сопоставим с вредом от курения конопли или гашиша. Многие эксперты уверены, что курение ароматизированных смесей оказывает на организм человека в целом непоправимый вред – от курения спайса страдает печень, половая, сердечнососудистая и центральная нервная системы. У людей, курящих спайс, постоянно снижается интеллект, изменяется поведение самого человека, нарушается работа нервной системы человека. Они часто обращаются с жалобами на боли в сердце. Причём «сердце болит» не только под «кайфом», но и в обычном трезвом состоянии. Имеются данные о случаях остановки сердца при передозировке спайсом. К тому же, курение таких якобы миксов трав заметно влияет на эректильную функцию у мужчин, эти смеси могут замедлять подвижность спер-

матозоидов или сбивать цикл менструации у женщин. Пациенты, часто курящие этот наркотик, указывают на то, что смеси, вызывающие психически активные эффекты и эйфорию, изменяют восприятия времени, создают ощущение нереальности происходящего. У многих людей после употребления спайса имелись тактильные и зрительные галлюцинации, а после того как действие курительной смеси заканчивалось, отмечалось плохое общее самочувствие (депрессия, нервозность), которое сопровождалось желанием вернуть то состояние, которое было вчера. В некоторых случаях на утро был так называемый эффект похмелья. Есть указания на то, что под действием курительных смесей возникали суицидальные мысли, высказывания. В состоянии измененного сознания под действием спайса пациенты, чтобы избавиться от тягостных ощущений и сильнейших галлюцинаций, способны пойти на что угодно, не раздумывая, могут прыгнуть с балкона или крыши, без капли сомнения шагнуть под колеса машины.

Многие государства уже внедрили в систему правового, медицинского и социального обеспечения реабилитации наркоманов одновременно мощную пропагандистскую кампанию против различного вида наркотических веществ. В Казахстане подобная система ещё требует дополнений и изменений. Такое положение на фоне появления всё новых и новых видов психоактивных веществ, роста числа потребителей курительных и прочих наркотиков среди подростков и молодежи, количества преступлений, совершаемых под воздействием наркотиков и алкоголя, требует от общества принятия незамедлительных радикальных мер, которые должны быть осуществлены, как со стороны правительственных структур, так и со стороны средств массовой информации, учреждений здравоохранения, культуры и образования.

Список использованной литературы:

1. Абшаихова У.А., Сирота Н.А. Клинико-катамнестическое исследование поведения подростков, больных гашишной наркоманией. Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: Ленинградский психоневрологический институт, 1991.
2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология: Учеб.пособие / 2-е изд. – М.: Медицина, 1990.
3. Буторина Н.Е., Дедков Е.Д. Особенности девиантного поведения как клинического проявления пубертатного криза. Саморазрушающее поведение у подростков. – Л.: Ленинградский психоневрологический институт, 1991.
4. Десятникова Ю.М. Психологическое состояние старшеклассников при изменении социального окружения. – Вопросы психологии. – 1995. – № 5.
5. Дунаевский В.В., Тяжский В.Д. Наркомании и токсикомании. – Л., 1996.
6. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Мед., 1991.

ОЦЕНКА ПРОГРАММЫ «СЕМЬЯ И ШКОЛА ВМЕСТЕ» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Л. Макдональд	профессор исследований в области социальной работы, университет Миддлсекс, основатель Программы FAST, г. Лондон (Великобритания)
Ж.Ш. Аманова	научный сотрудник сектора доказательной медицины РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», тренер-интерн программы FAST, г. Павлодар (РК)

Программа FAST известна своими показателями участия (удержания в программе). Если родители, хотя бы один раз, участвовали в программе, то 80% участников продолжают участие в программе. Определены результаты достижений по вовлечению в программу социально – маргинализованных родителей. Программа осуществляется на разных языках, в разных культурных, религиозных, расовых и социально-экономических слоях, в городских и сельских регионах

Дизайн оценки. Дизайн представляет собой комбинированную методологическую оценку до начала программы и после её завершения, с двумя независимыми отчётами – со стороны родителей и учителей, с использованием стандартизированных инструментов с определенной достоверностью и надёжностью, и односторонним парным критерием анализа. Открытый взгляд пользователей услуг на свой опыт отражается в вопросниках, а также в конце 8 недели занятий на обзорном заседании группы. Сертифицированные тренеры Программы FAST выезжали на места трёх из восьми заседаний для проведения мониторинга целостности программы в процессе реализации подхода многосемейной группы. Основные компоненты, которые не могут быть изменены, составляют 40% программы, основанной на доказательных данных, и 60% составляют процессы, адаптированные к местным условиям. Многосемейные группы встречаются после занятий в школе, и обучение проводится командой профессионалов и родителей, которые являются культурными представителями школ, в которых проходит обучение в рамках Программы FAST.

Подбор для участия в программе и показатели программы. Из всех школ, в которые поступило предложение, 50 семей согласились принять участие в Программе «Семья и школа вместе». Все 50 семей завершили Программу «Семья и школа вместе», посетив 6 или более занятий. Уровень завершения занятий составляет 100%. Ожидаемые показатели участия составляют 80%. Показателями завершения является заполнение оценочных вопросников. Все 50 семей участвовали как в предварительном, так и заключительном заполнении вопросников. Эти данные включены в оценку, представленную в данном отчете.

Демографическое описание семей. Всего в оценке Программы «Семья и школа вместе» в начальной школе участвовали 50 детей из двух начальных

школ – одна в г. Павлодаре и одна – в г. Шымкенте. Родители и учителя предоставили информацию во время предварительного и заключительного заполнения анкет, включая демографические данные.

Средний возраст детей составил 7,43 года. Детей мужского пола были 25 чел. (50%), и 23 ребёнка (46%) были лицами женского пола.

Средний возраст родителей-участников составил 35,51 года, в пределах от 25 до 67 лет (бабушки и дедушки). Лицами мужского пола были 7 родителей (14%), и 41 чел. (82%) – лица женского пола.

С точки зрения образовательного уровня родителей – 3 родителей (6%) имели неполное среднее образование (восьмилетнее) или 7 родителей (14%) имели неполное среднее образование, 22 родителя (44%) имели полное общее среднее образование, 1 родитель (2%) посещал профессиональный колледж, 9 родителей (18%) были выпускниками колледжа и 1 родитель (2%) имел неполное профессиональное образование.

Были заняты полный рабочий день 24 родителя (48%), 2 родителей (4%) были заняты неполный рабочий день, и 20 родителей (40%) были безработными за пределами дома, находились в поиске работы или имели ограниченные возможности и не могли работать.

Полный размер семьи колебался от 3 до 6 членов, в среднем составляя 4,10. Состояли в браке 35 родителей (70%), 7 родителей (14%) были разведены, 1 родительница (2%) никогда не состояла в браке и 1 родитель (2%) проживал совместно с партнёром.

Изменения у детей и семей в результате участия в Программе «Семья и школа вместе». Анализ предварительных и заключительных вопросников показал, что Программа «Семья и школа вместе» достигла основных целей. Результаты, представленные ниже, указывают на улучшение ситуации у детей и семей, которые участвовали в Программе «Семья и школа вместе».

Семья. По отчётам родителей наблюдалось повышение статистически значимого показателя *сплоченности семьи* (9%, $p < 0,01$). Статистически значимое показателя *семейных конфликтов снизилось* на 23% ($p < 0,05$). В целом, *общие семейные взаимоотношения* показали улучшение статистически значимого показателя на 14% ($p < 0,01$).

Привязанность родителей и детей. По отчётам родителей наблюдались улучшения статистически

значимого показателя в их отношениях с детьми – участниками Программы «Семья и школа вместе» на 4% ($p < 0,10$). Эти результаты показывают, что Программа «Семья и школа вместе» укрепила семейные отношения и привязанность родителей и детей.

Поведение ребенка дома. По отчётам родителей наблюдались значительные улучшения поведения детей. *Общественное поведение детей* улучшилось на 23% ($p < 0,01$). По отчётам у детей стало меньше проблем с поведением (14%, $p < 0,10$). По отчётам родителей наблюдалось снижение показателя воздействия проблемного поведения ребёнка дома, значительно снизилось воздействие трудностей (70%, $p < 0,05$). Эти результаты показывают, что Программа «Семья и школа вместе» оказала положительное влияние на поведение детей дома.

Участие родителей в образовательном процессе. Учителя сообщили об улучшении показателя участия родителей в образовательном процессе по нескольким параметрам. Кроме того, было отмечено статистически значимое улучшение показателя *отношений учителей с родителями* (11%, $p < 0,001$). Наблюдалось значительное повышение статистически значимого показателя по общению учителей с родителями (18%, $p < 0,01$).

Поведение ребенка в школе. По отчетам учителей наблюдалось значительное статистически значимое снижение показателя, в целом, всех трудностей (2%, $p < 0,05$). В дополнение, социальное поведение ребёнка улучшилось на 85% ($p < 0,001$), снизилась детская гиперактивность (9% $p < 0,10$). В связи с этими изменениями учителя сказали, что воздействие на класс уменьшилось как статистическая тенденция проблем детей (37%, $p < 0,10$). Эти результаты показывают, что Программа «Семья и школа вместе» показала положительное влияние на детей, которые улучшили свое поведение в школе.

Социальная поддержка родителей. По отчетам родителей наблюдались положительные изменения всех баллов показателя по *социальной поддержке*. По отчетам было отмечено улучшение эмоциональной поддержки (6%, $p < 0,05$), а также общей социальной поддержки (3%, $p < 0,001$).

Взаимная помощь между родителями. По отчетам родителей наблюдалось повышение статистически значимого показателя по поддержке, которую они предоставляли другим родителям (60%, $p < 0,001$), а также повышение баллов показателя за поддержку, получаемую от других родителей, на 68% ($p < 0,001$). Показатель общей взаимной поддержки родителей повысился на 68% ($p < 0,001$).

Краткая информация об улучшениях показателя, представленная родителями

- сплоченность семьи – показатель улучшился на 9% ($p < 0,01$);
- общие семейные отношения – показатель улучшился на 14% ($p < 0,01$);
- отношения родителей и детей – показатель улучшился на 4% ($p < 0,01$);
- общественное поведение детей – показатель улучшился на 23% ($p < 0,01$);
- проблемы поведения детей – показатели изменились к лучшему на 14% ($p < 0,10$);
- воздействие трудностей – показатель изменился к лучшему на 70% ($p < 0,005$);
- социальные отношения с сообществом – показатель улучшился на 4% ($p < 0,001$);
- эмоциональная поддержка – показатель улучшился на 6% ($p < 0,05$);
- общая социальная поддержка – показатель повысился на 3% ($p < 0,001$);
- поддержка, предоставляемая другим родителям, – показатель повысился на 60% ($p < 0,001$).

УДК 616.9

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА «НАШ ПОЗИТИВ В ДЕЙСТВИИ!»

С.Н. Молчанов

директор учреждения «Врачи против наркотиков», к.м.н.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает ВИЧ/СПИД самой серьёзной проблемой здравоохранения и социальной сферы за прошедшие 30 лет. В Республике Казахстан многое делается для смягчения последствий эпидемии ВИЧ/СПИДа и немалую помощь в этом оказывают неправительственные организации.

В 2011 г., в г. Павлодаре, некоммерческим учреждением «Врачи против наркотиков» начал реализовываться проект «Наш Позитив в Действии!», поддержанный Представительством Европейского Союза, представленного Европейской Комиссией в Республике Казахстан. Проект рассчитан на 30 месяцев, что позволяет проделать более основатель-

ную работу, чем проекты, рассчитанные на короткие сроки.

Целью данного проекта является:

- сокращение количества новых случаев заражения ВИЧ/СПИДом в Павлодарской области через проведение первичной профилактики в образовательных и лечебных учреждениях для потребителей инъекционных наркотиков (ПИН);
- способствовать успешной ресоциализации лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), путём оказания им социально-психологической поддержки;
- обучение персонала медицинских учреждений, журналистов региона и профильных некоммерческих организаций по вопросам профилактики ВИЧ, а также стигмы, дискриминации ЛЖВ.

Для выполнения данной цели проводятся профилактические мероприятия 1 раз в две недели в среде учащейся молодёжи в возрасте от 15 до 24 лет. При этом используются креативные методы обучения, а для закрепления полученных знаний раздаются буклеты и плакаты. В рамках данного проекта уже охвачено свыше 4000 учащихся по городу и области.

Проводятся профилактические мероприятия, по принципу «Равный – Равному», в среде потребителей инъекционных наркотиков, находящихся на стационарном лечении в наркологических клиниках города, включая принудительное лечение. Особо хочется отметить сотрудничество с Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН), где добровольно проходят лечение пациенты со всего Казахстана. Волонтеры РНПЦ МСПН проводят работу среди пациентов клиники РНПЦ МСПН по принципу «Равный – Равному», мотивируя пациентов включиться в волонтерскую деятельность в нашей организации или у себя в регионе (после выписки из стационара клиники). Параллельно сотрудники нашего учреждения, уже на этом этапе, проводят с пациентами тренинги (1 раз в неделю) на ресоциализацию в обществе. Сотрудничество с РНПЦ МСПН позволяет транслировать наш опыт и в другие регионы Казахстана. Для закрепления полученных знаний каждый пациент получает буклет с информацией по профилактике ВИЧ/СПИДа и другой социально полезной информацией. В наших группах приняло участие свыше 1000 пациентов РНПЦ МСПН и областного Центра по лечению и профилактике зависимых заболеваний.

В рамках проекта оказывается социальная поддержка людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, через предоставление психологической и юридической консультативной помощи. Для этого мы заключили до-

говор о сотрудничестве с другой неправительственной организацией (НПО) «Ты не Один», созданной людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом. Поддержка оказана 41 человеку, и спектр оказанных услуг расширяется в связи с реализацией новых проектов, но уже другими организациями.

На сегодняшний день обучено 47 представителей НПО, медицинских учреждений и 16 журналистов по вопросам профилактики ВИЧ, стигмы, дискриминации, оказания поддержки ЛЖВ. В качестве тренеров мы приглашаем как местных авторитетных врачей, так и тренеров из г. Алматы, зарекомендовавших себя как грамотных специалистов в области ВИЧ/СПИДа.

Проведено исследование на соответствие национального законодательства, направленного на помощь лицам, живущим с ВИЧ/СПИДом, международному законодательству. Готовятся рекомендации в профильные министерства, ведомства, Парламент РК по усовершенствованию национального законодательства.

Если коротко, то можно резюмировать:

1. Анализ нормативной правовой базы относительно регулирования отношений в сфере ВИЧ/СПИД показывает, что национальное законодательство отвечает большинству норм, утверждённых на уровне международного законодательства.
2. Исследование, проведённое в чисто «кабинетном» варианте, не даёт представления о реальном положении дел, о применительной практике. Вместе с тем, те факты, которые стали известны в процессе исследования, о сложившейся и складывающейся практике, говорят о том, что многие права ЛЖВС нарушаются. Иными словами, те нормы, которые призваны защищать права данной категории граждан, не работают.
3. Наиболее сложной проблемой, с которой сталкиваются ЛЖВС в повседневной жизни, является стигма и, как следствие, дискриминация. Дискриминация может, так или иначе, влиять на реализацию самых основных прав ЛЖВ – на охрану здоровья, на образование и на труд.

Мы стараемся участвовать во всех мероприятиях, так или иначе, связанных с противодействием распространению ВИЧ/СПИДа. Для этого тесно мы сотрудничаем с другими НПО и государственными структурами. Если же говорить о более широкой деятельности, то учреждение «Врачи против наркотиков» входит в состав Гражданского Альянса Казахстана и принимает участие в общественной жизни не только Павлодарской области, но и всего Казахстана в целом.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РИСКОВ ХИМИЧЕСКОЙ И НЕХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ СРЕДИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ г. КОСТАНАЯ

Ш.В. Саркисян

заведующая кафедрой психологии и педагогики РГКП «Костанайский государственный университет им. А. Байтурсынова», г. Костанай

О.Г. Юсопов

эксперт по психологии РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

Актуальность исследования

В последние годы пристальное внимание мировой общественности привлекают такие масштабные социальные явления, как процессы вовлечения населения в химическую зависимость (алкоголизм, наркомании, токсикомании), психологическую зависимость (тоталитарные секты, экстремистские, криминальные организации, игромании и др.). Актуальными проблемами стали также такие способы давления на общество, как террористические угрозы и атаки, практикуемые экстремистами, криминальными сообществами, некоторыми деструктивными сектами.

Согласно современным руководствам, под химической (алкогольной, наркотической, токсической) зависимостью следует понимать сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление психоактивного вещества (ПАВ) или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1994), к психоактивным веществам относятся: алкоголь, опиоиды, каннабиноиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, другие стимуляторы, в том числе кофеин, галлюциногенные, табак, летучие растворители [1].

Все психоактивные вещества могут стать источниками злоупотребления, неправильного употребления и развития психологической и физической зависимости.

Беспрецедентные темпы роста распространения наркотической зависимости среди всех возрастных категорий населения Республики Казахстан отмечались, в основном, с начала 1990-х до начала 2000 гг. В последнее десятилетие ситуация относительно стабилизировалась. В течение последних нескольких лет следует отметить некоторое изменение структуры наркопотребления: снижение удельного веса употребления опиоидов при росте выявляемости лиц, зависимых от каннабиноидов, стимуляторов, галлюциногенов и кустарно изготовленных наркотических веществ.

В настоящее время вопросы исследования игровой аддикции среди населения становятся всё более актуальными в связи с постоянно увеличивающимся количеством предлагаемых к использованию приспособлений для участия в играх (компьютер, игровые

автоматы, игровые приставки, мобильные телефоны, телевизионные лотереи и т.д.). Анализ источников научной литературы, посвящённой обсуждаемой проблеме, позволяет сделать вывод о том, что наиболее уязвимой группой населения при формировании игровой зависимости как одного из видов нехимической аддикции являются подростки [2], то есть дети и подростки в наибольшей степени подвержены риску формирования игровой зависимости [3, 4].

Для большинства людей участие в тех или иных видах азартных игр является развлечением без вредных последствий. Однако у другой категории лиц степень вовлечённости в игру неумолимо прогрессирует и постепенно разрушает социально приемлемое функционирование. В этом случае можно говорить о формировании патологического пристрастия к азартным играм (общепотребляемые синонимы данного термина – игромания, игровая зависимость, патологический гэмблинг). Патологическое влечение к азартным играм уже более 20 лет официально признанная патология, внесённая как в МКБ-10 (шифр F63.0), так и в классификацию Американской ассоциации психиатров DSM-IV-R.

С конца XX века отмечается всплеск такого социального явления, как вовлечение населения в деятельность деструктивных культов и сект [5]. Общественная опасность деструктивных культов и тоталитарных сект обуславливается, в первую очередь – нарушением прав и свобод граждан, вовлекаемых в деятельность данных организаций, а также негативными последствиями для психического и психологического здоровья вследствие реализуемой манипулятивной практики [6, 7]. Стержневой механизм вовлечения в деструктивные культы и тоталитарные секты видится в том, что таким образом удовлетворяются явные и скрытые запросы определённой части населения в принадлежности, признании, любви и заботе. И в том, что эти «услуги» доставляются до реальных или потенциальных потребителей за счёт системы агрессивного сетевого маркетинга, функционирующей практически при каждой деструктивной секте [8].

В настоящее время Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании Министерства здравоохранения Республики Казахстан (РНПЦ МСПН) реализуется научно-техническая программа на 2011-2013 гг. «Эффективная профилактика распространения социальных

эпидемий химической зависимости (наркозависимости, экстремизма, терроризма, вовлечения в криминальные сообщества, деструктивные секты, игромании) в Республике Казахстан». Данная программа направлена на изучение основных аспектов распространения социальных эпидемий и мер профилактического вмешательства.

В приведённой дефиниции определение «социальные» демонстрирует качественное отличие рассматриваемого эпидемического процесса от биологических эпидемий, а также взаимозависимость данного феномена, в первую очередь, с цивилизационными издержками развития. Термин «эпидемии» используется, в данном случае, в полном соответствии с его истинным значением (букв. – над всеми людьми; имеющее отношение ко всем людям) [9].

Целью настоящей статьи является освещение предварительных результатов оценки распространённости различных деструктивных форм поведения среди молодежи, а также идентификация универсальных факторов риска вовлечения в социальные эпидемии, представленных зависимыми переменными (то есть такими характеристиками, на которые можно эффективно воздействовать в краткосрочной и среднесрочной перспективе, и на основе которых выстраиваются адекватные мишени для соответствующих профилактических программ).

Методология исследования

Исследование проводилось в городе Костанай среди организованной молодежи (учащиеся, студенты). В городе случайным образом было отобрано 10 образовательных учреждений, в которых в дальнейшем были случайным образом отобраны респонденты из списка всех учащихся, студентов в данном заведении в возрасте 15-24 лет.

Всего было отобрано 230 человек, 17 человек отказались от участия в исследовании по разным причинам, 12 человек были исключены из дальнейшего анализа из-за некачественно заполненных оценочных форм. Для математико-статистической обработки и последующего анализа было отобрано оценочные формы 201 респондента.

Социально-демографические показатели выборки представлены ниже (Таблица 1). Выборка является недостаточно репрезентативной по показателям пола и национальности для исследуемого региона.

В качестве инструмента исследования использовалась комплексная оценочная форма, разработанная сотрудниками РНПЦ МСПН. Данная форма включает в себя несколько блоков.

1. Потребление психоактивных веществ (ПАВ) (данный раздел составлен из вопросов, входящих в анкету ESPAD, касающихся потребления ПАВ в течение жизни, последних 12 месяцев и 30 дней) [10].

2. Религиозная зависимость (для оценки степени религиозной зависимости был использован опросник, составленный на основе тестирования на наличие нехимических аддикций Гриффита) [11].

3. Игровая зависимость (в данном разделе использовался тест Такера на выявление игровой аддикции) [12].

4. Агрессивность (для оценки агрессивности использовался опросник Спилбергера STAXI) [13].

5. Качество жизни (данный раздел составлен из вопросов, входящих в опросник для оценки качества жизни, разработанный в США – в Институте медицины стресса [14].

6. Психологическое здоровье (в этом разделе использовался опросник оценки уровня развития психологического здоровья – рисков формирования зависимости от ПАВ) [15].

Разработанная комплексная оценочная форма предполагает самостоятельное заполнение рес-

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки (n=201)

Параметры	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
Мужчины	56 чел.	27,9%	±6,2%
Женщины	145 чел.	72,1%	±6,2%
Возраст		18,6	±0,4
Национальность:			
азербайджанцы	3 чел.	1,5%	0,8<>4,5%
белорусы	3 чел.	1,5%	0,8<>4,5%
казахи	82 чел.	40,8%	±6,8%
корейцы	4 чел.	2%	1,1<>5,2%
латыши	1 чел.	0,5%	0,3<>3,3%
молдаване	1 чел.	0,5%	0,3<>3,3%
немцы	12 чел.	6%	±3,3%
русские	60 чел.	29,9%	±6,3%
татары	7 чел.	3,5%	±2,5%
украинцы	26 чел.	12,9%	±4,6%
цыгане	1 чел.	0,5%	0,3<>3,3%

пондентом и, по сути, представляет собой самоотчёт. Время заполнения формы составляет от 40 до 60 минут.

Результаты

В данном разделе представлены результаты проведённого математико-статистического анализа по показателям распространённости степени рисков развития нехимической аддикции (религиозная, компьютерная, игромания) и распространённости потребления алкоголя и наркотиков среди молодежи в возрасте 15-24 лет в г. Костанай. Также проведен корреляционный анализ между избранными параметрами из различных блоков

оценочной формы (качество жизни, агрессия, психологическое здоровье и т.д.).

По данным проведенного исследования высокий риск религиозной зависимости выявлен среди 0,5% (0,3 \diamond 3,3%) респондентов, наличие высоких рисков компьютерной зависимости среди 1% (0,6 \diamond 3,9%), риск патологического гемблинга среди 1,5% (0,8 \diamond 4,5%) респондентов (Таблица 2).

По профилю химической зависимости исследовалась распространённость потребления алкоголя и наркотиков среди молодежи.

Опыт потребления алкоголя в течение жизни имели 75,1% ($\pm 6,1\%$) респондентов, марихуаны – 16,9% ($\pm 5,2$), экстази – 3,5% ($\pm 2,5\%$), опия – 1,5% (0,8 \diamond 4,5%) (Таблица 3).

Таблица 2

Риски нехимической аддикции (n=201)

Параметры	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
<i>Степень религиозной зависимости</i>			
Низкая	84 чел.	41,8%	$\pm 6,8\%$
Средняя	116 чел.	57,7%	$\pm 6,8\%$
Высокая	1 чел.	0,5%	0,3 \diamond 3,3%
<i>Риск компьютерной зависимости</i>			
Нет риска	45 чел.	22,4%	$\pm 5,8\%$
Стадия увлеченности	102 чел.	50,7%	$\pm 6,9\%$
Риск развития зависимости	50 чел.	24,9%	$\pm 6\%$
Наличие зависимости	2 чел.	1%	0,6 \diamond 3,9%
<i>Риск игромании и ее последствий</i>			
Нет никаких последствий азартной игры	186 чел.	92,5%	$\pm 3,6\%$
Уровень, который может привести к негативным последствиям	10 чел.	5%	$\pm 3\%$
Уровень, ведущий к негативным последствиям, высокая вероятность патологического гемблинга	3 чел.	1,5%	0,8 \diamond 4,5%

Таблица 3

Распространенность потребления алкоголя и наркотиков (n=201)

Параметры	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
<i>Потребление алкоголя</i>			
В течение жизни	151 чел.	75,1%	$\pm 6,1\%$
В последние 12 месяцев	121 чел.	60,2%	$\pm 6,8\%$
В последние 30 дней	52 чел.	25,9%	$\pm 5,9\%$
<i>Потребление марихуаны</i>			
В течение жизни	34 чел.	16,9%	$\pm 5,2\%$
В последние 12 месяцев	19 чел.	9,5%	$\pm 4\%$
В последние 30 дней	8 чел.	4%	$\pm 2,7\%$
<i>Потребление экстази</i>			
В течение жизни	7 чел.	3,5%	$\pm 2,5\%$
В последние 12 месяцев	3 чел.	1,5%	0,8 \diamond 4,5%
В последние 30 дней	2 чел.	1%	0,6 \diamond 3,9%
<i>Потребление опия (героин, ханка и т.д.)</i>			
В течение жизни	3 чел.	1,5%	0,8 \diamond 4,5%
В последние 12 месяцев	2 чел.	1%	0,6 \diamond 3,9%
В последние 30 дней	2 чел.	1%	0,6 \diamond 3,9%

Текущее потребление алкоголя было выявлено среди 25,9% ($\pm 5,9\%$) респондентов, марихуаны – 4% ($\pm 2,7\%$), экстази – 1% ($0,6 < 3,9\%$), опия – 1% ($0,6 < 3,9\%$).

Далее представлены результаты проведенного корреляционного анализа. Для корреляционного анализа было выбрано несколько параметров из оценочной формы (Таблица 4): 1) нехимические аддикции (степень религиозной зависимости, риск компьютерной зависимости, риск развития игромании); 2) качество жизни (оптимистичность, общение с близкими людьми, самоконтроль); 3) агрессивность (гетероагрессия, аутоагрессия, контроль агрессии); 4) психологическое здоровье (базальное доверие, уверенность, позитивный жизненный сценарий, доступ к внутренним ресурсам). Анализ всех параметров, включая потребление ПАВ, планируется провести в ближайшее время сотрудниками РНПЦ МСПН на выборке, сформированной из различных городов страны и различного возраста.

В ниже представленной корреляционной таблице для расчетов степени линейной зависимости между данными по каждому параметру использовался коэффициент корреляции Пирсона (r). С учетом размера выборки показатели от $r = -0,2$ до $r = -1$ и показатели от $r = 0,2$ до $r = 1$ указывают на наличие линейной зависимости между рассматриваемыми параметрами.

В ходе проведенного анализа установлена положительная зависимость: между степенью религиозной зависимости и самоконтролем; отрицательная

взаимосвязь степени религиозной зависимости и оптимистичности. Следовательно, чем выше степень религиозной зависимости, тем выше психическая напряженность и ниже удовлетворенность качеством жизни в области оптимистичности, и тем ниже психическая напряженность и выше удовлетворенность качеством жизни в области самоконтроля.

Положительная зависимость выявлена между риском развития компьютерной зависимости и риском игромании, гетероагрессией, аутоагрессией. Между риском развития компьютерной зависимости и такими сферами качества жизни как оптимистичность и общение с близкими людьми определена отрицательная зависимость, то есть с возрастанием риска развития компьютерной зависимости снижается удовлетворенность качеством жизни и возрастает психическая напряженность в области оптимистичности и общение с близкими людьми.

Риск игромании имеет положительную зависимость с гетероагрессией и аутоагрессией.

Наибольшее количество корреляций с другими параметрами было определено в отношении таких параметров, как доступ к внутренним ресурсам и качество жизни в сфере общения с близкими людьми. Так, доступ к внутренним ресурсам имеет положительную зависимость с такими параметрами, как удовлетворенность общением с близкими людьми, оптимистичностью, самоконтролем, базальное доверие, уверенность, позитивный жизненный сценарий. Отрицательная зависимость для данного параметра определена в отношении гетероагрессии. По

Таблица 4

Корреляционный анализ избранных параметров ($n=201$)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	0,04	-0,01	-0,1	-0,2	0,1	0,2	0,02	0,04	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,02
2		0,2	-0,1	0,1	-0,2	-0,2	0,2	0,2	-0,05	-0,1	-0,1	-0,1	-0,01
3			-0,1	0,03	-0,04	-0,1	0,2	0,2	-0,1	-0,01	-0,1	-0,1	-0,01
4				0,1	0,3	0,04	-0,2	-0,1	0,1	-0,01	0,2	0,1	0,2
5					0,1	-0,02	0	0,01	0,02	0,1	0,1	0,1	0,2
6						0,4	-0,3	-0,3	0,03	0,2	0,2	0,3	0,4
7							-0,2	-0,2	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
8								0,7	0,4	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
9									0,3	-0,03	-0,1	-0,1	-0,1
10										0,03	-0,03	0	0,1
11											-0,04	-0,1	0,4
12												0,2	0,2
13													0,3

1. Степень религиозной зависимости
2. Риск развития компьютерной зависимости
3. Риск развития игромании
4. Качество жизни: негативные эмоции
5. Качество жизни: оптимистичность
6. Качество жизни: общение с близкими людьми (друзья, родственники)

7. Качество жизни: самоконтроль
8. Агрессия внешняя (гетероагрессия)
9. Агрессия внутренняя (аутоагрессия)
10. Контроль агрессии
11. Базальное доверие
12. Уверенность
13. Позитивный жизненный сценарий
14. Доступ к внутренним ресурсам

параметру удовлетворённость качеством жизни в сфере общения с близкими людьми выявлена положительная зависимость с такими параметрами, как самоконтроль, базальное доверие, уверенность, позитивный жизненный сценарий, и отрицательная зависимость с риском развития компьютерной зависимости, гетероагрессией и аутоагрессией.

Обсуждение

Результаты исследования позволяют сделать вывод о высокой распространённости рисков развития химической и психологической зависимости среди молодежи. Так, средняя и высокая степень религиозной зависимости определена в отношении 58,2% выборки, риск развития зависимости и наличие признаков компьютерной зависимости – в отношении 25,9%, высокий риск игромании и патологический гемблинг – в отношении 6,5%. Относительно потребления ПАВ за последние 12 месяцев на потребление алкоголя указали 60,2% респондентов, на потребление марихуаны – 9,5%, на потребление экстази – 1,5%, опия – 1%.

В числе основных показателей свойств личности и особенностей социального функционирования, которые имеют взаимосвязь с рисками развития различных форм зависимостей, можно выделить неудовлетворенность качеством жизни и психическую напряженность в таких сферах, как общение с близкими людьми и самоконтроль; гетероагрессией и аутоагрессией. В свою очередь показатели качества жизни и агрессии взаимосвязаны с такими показателями психологического здоровья, как базальное доверие, уверенность, позитивный жизненный сценарий, и в большей степени с доступом к внутренним ресурсам.

Качество жизни – это интегральный показатель, и чем выше удовлетворённость по каждой катего-

рии (оптимистичность, общение, самоконтроль и т.д.), тем ниже уровень экзистенциального стресса. Также высокие показатели качества жизни отражают субъективную удовлетворенность в самоактуализации личностных ресурсов для преодоления жизненных и рабочих стрессов.

Психологические ресурсы личности и доступ к ним, как один из составляющих психологического здоровья, являются интегрирующим показателем, и включает в себя: проработанную базисную стратегию с акцентом на синергию (сотрудничество), гибкость и открытость к изменениям, облегчающую быстрое усвоение информации, поступающей по различным каналам, а также – генерацию новых, актуальных информационных блоков. В комбинации ресурсных характеристик приоритет отводится группе креативно пластических ресурсов, обеспечиваемой синергетической стратегией поведения и активным сотрудничеством субъекта с внешними агентами развития и внутренними ресурсными инстанциями психического. Потенциал стереотипных психологических ресурсов, биологических адаптационных характеристик, может быть в существенной степени увеличен за счет актуализации данной приоритетной группы креативно пластических ресурсов. Сама по себе ресурсная достаточность субъекта надежно профилактирует поисковое поведение в сторону сверхбыстрых, потенциально-патологических источников энергии и эмоционального комфорта [16].

Данное исследование не позволяет в полной степени рассмотреть причинно-следственные связи различных исследуемых параметров, так как наличие химической и психологической зависимости может являться следствием неудовлетворенности качеством жизни, агрессивности, дефицита психологического здоровья, но также может служить и причиной этой неудовлетворенности, этих состояний и свойств.

Список использованной литературы:

1. ВОЗ. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств, ВОЗ, Editor 1994: СПб., с. 302.
2. Бердихина М.В. К вопросу о гемблинговой аддикции у подростков: психолого-педагогические аспекты. Сб.тр. молодых ученых Владимир. гос. пед. ун-та., 2007. №7: с. 96-98.
3. Griffiths M. Psychology of computer use: some comments on «addictive use of the internet» by Young Psychological reports, 1997. 80: с. 181-182.
4. Лоскутова В.А. Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств: Дис... канд. мед.наук., 2004: Новосибирск.
5. Щиголев И.И. Проявления психических эпидемий в России на последние два столетия. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева, 1995. №2: с. 114-120.
6. Сериков А.Л. О проблеме тоталитарных сект. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. №1: с. 59-60.
7. Сидоров П.И. Тотальные культы и зависимое поведение. Наркология, 2004. № 3.: с. 32-35.
8. Катков А. Л. Аманова Ж.Ш. Вовлечение в деструктивные культы и секты – социальная эпидемия нового времени (опыт системного исследования). Вопросы ментальной медицины и экологии, 2011. 17-№2: с. 43-48.
9. Катков А.Л. К методологии комплексного исследования проблемы социальных эпидемий. Вопросы ментальной медицины и экологии, 2012. 18-№1: с. 7-15.

-
-
10. ESPAD. *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. 2011; Доступно: http://www.espad.org/Uploads/Documents/ESPAD_Questionnaire_2011.pdf.
 11. Теленова Н.Н. Религиозная аддикция как вид нехимической зависимости. 2010 [10.08.2012]; Available from: http://telepovs.com/articles/?ELEMENT_ID=101.
 12. Егоров А.Ю. *Нехимические аддикции*. 2007. СПб: Речь. 192.
 13. Соловьева С.Л., Меркурьева А.А., Ковалева М.В. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера. *Сибирский психологический журнал*, 1998. 8: с. 37-42.
 14. Eliot R. *From Stress to Strength*. 1993. New York.
 15. Катков А. Л. и другие. *Диагностическая система определения уровня психологического здоровья и антинаркотической устойчивости личности*. 2011; Доступно: <http://psyprogram.narod.ru/>.
 16. Катков А. Л. Функциональная концепция психологического здоровья – устойчивости к вовлечению в социальные эпидемии. *Вопросы ментальной медицины и экологии*, 2012. 18-№1: с. 77-87.

ЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

А.Б. Джасынова

врач-психиатр ГККП «Центр психического здоровья», г. Алматы

В возникновении алкогольной и наркотической зависимости играют роль три основные группы факторов: социальные, психологические и индивидуально-биологические. В каждом случае значение этих факторов может быть различным, и правильная оценка их необходима для адекватной позиции в отношении того или иного метода лечения.

Проводимые в области аддиктологии исследования показывают, что именно социальное поле, называемое «надбиологической сферой», возбуждает или тормозит генетически обусловленные задатки человека [1, 2]. Это определяет особую значимость макро- и микросоциальных факторов в формировании «аддиктивной личности» подростка и, в первую очередь, условий воспитания в семье.

В настоящее время среди социальных причин, имеющих отношение к развитию хронического алкоголизма и наркомании, относят следующие причины:

- политику государства;
- социальное положение;
- экономическую обеспеченность;
- образование;
- семейное положение;
- этническую и религиозную принадлежность;
- обычаи;
- ближайшее окружение.

Клиническая практика показывает, что чаще всего первое знакомство с алкоголем происходит в семье. Отмечаются случаи, когда родители сами наливают ребенку спиртное, объясняя это тем, что ему «надо привыкать», или что «если дома он пьёт, то на улице пить не будет». Но в большинстве случаев подростки пробуют спиртное из любопытства. Нередко ребёнок, сидящий вместе с взрослыми за праздничным столом, выпивая свой лимонад, с завистью смотрит на взрослых. Наливая лимонад, взрослые говорят: «Тебе водку (вино) нельзя, вот вырастешь, тогда можно». А кто-нибудь, уже подвыпивший, добавляет: «Лучше конечно совсем не пить, когда вырастешь». Оказывается такая «антиалкогольная пропаганда» со стороны родителей, «основанная» на собственных примерах употребления алкогольных напитков, может привести только к одному – к раннему приобщению детей к алкоголю. Почему? Потому, что алкоголь рассматривается в этих случаях детьми, как «атрибут» взрослости, а для подростков в определённом возрасте характерны нормальные и

закономерные реакции «взросления», когда подросток копирует многие поведенческие акты взрослых (курит, сквернословит, пользуется косметикой и т.п.). В частности Ю.Н. Князев в своих исследованиях ведущую роль в возникновении влечения к психоактивным веществам (ПАВ) у подростков отводит мотивам протестного самоутверждения – «запретного плода» [3].

В целом, будет употреблять ребёнок в последующей жизни алкогольные напитки или нет, во многом зависит от отношения к алкоголю его родителей. Интересно, что в семьях, где родители не пьют, но не воспитывают в детях негативного отношения к алкоголю, также возможна проба алкоголя детьми после информации сверстников.

Чаще в школьном возрасте пьют подростки, которые воспитываются в семьях с конфликтными взаимоотношениями между родителями, отсутствием эмоционального контакта подростков с родителями. Сами ребята квалифицируют отношение родителей к себе как пренебрежительное или даже равнодушное. Иногда подростки начинают употреблять алкогольные напитки из-за желания ослабить постоянное напряжение в семье, вызванное пьянством родителей /одного из родителей (либо отца, либо матери) или угрозой, что о злоупотреблении родителями алкоголем узнают сверстники. Такие семьи отличаются, как правило, неблагоприятными социально-психологическими условиями: постоянными конфликтами, низким морально-этическим уровнем, нередко и аморальным поведением.

Одним из факторов, приобщающим человека к употреблению алкоголя в подростковом возрасте, является реакция компенсации, имеющая неправильное направление – не всегда человек в этом возрасте может похвастать своими успехами в учебе, в физическом развитии тогда это приводит к тому, что учащиеся пытаются «компенсировать» асоциальным поведением с употреблением алкоголя.

Употребление алкогольных напитков в раннем возрасте может возникнуть и в случае, когда подростком избирается в качестве эталона поведение взрослого мужчины, склонного к выпивке. Встречаются случаи, когда подросток начинает выпивать, чтобы «доказать» родителям вред алкоголя – пишется допьяна, чтобы родители обеспокоились и присмотрелись к себе. «Протестуя» против пьянства

родителей, подросток может начать пить чаще и приобщиться к употреблению алкогольных напитков.

Социологический анализ распространения алкоголизма в различных слоях общества различных стран показывает, что при прочих равных условиях наибольшее значение для развития заболевания имеет влияние микросоциальной среды, «алкогольный климат». Обычаи и влияния микросоциального окружения не только создают определённое отношение к спиртным напиткам, но и в значительной степени формируют личность. Неблагополучные условия семейного воспитания в сочетании с психологическими особенностями периода отрочества приводят к формированию у молодых людей своеобразных компаний. Как правило, такие компании отличаются своеобразным образом жизни. Асоциальность таких компаний молодых людей определяется негативной, социально неориентированной шкалой жизненных интересов. Эти особенности группы во многом определяют взаимоотношения членов компании, которые в свою очередь зависят от ведущих интересов группы. Такие компании играют большую роль в приобщении к алкоголю в подростковом и юношеском возрасте. А.Е. Личко, исследуя поведение подростков в социальной группе, выделил три основные формы: просоциальное, асоциальное и антисоциальное поведение [4].

Просоциальное поведение не противоречит и не выходит за рамки культуры определённой социальной группы. Лицам с *асоциальными формами поведения* присущи реакции пассивного протеста, когда они не соглашаются и не следуют требованиям культуры своей группы, но активно не противоречат и не вступают в открытую конфронтацию с нормами и требованиями группы. Лица с *антисоциальным поведением* вступают в открытый конфликт с социальной группой из-за нарушения социальных норм данной группы. Употребление наркотиков, само по себе, уже является нарушением как социальных, так и юридических и правовых норм общества. И в этом плане сам факт незаконного употребления наркотиков можно рассматривать как критерий асоциального поведения. А.И. Мандель, Н.А. Бохан также считают, что подростковая наркомания тесно сопряжена с внутригрупповыми отношениями, и до 90% подростков начинают употреблять психоактивные вещества в компании сверстников [5].

В целом, для этих групп характерно бесцельное времяпровождение: игра в карты (нередко на деньги), многочасовое просиживание за компьютером, за игровыми автоматами, праздное шатание по улицам, посещение клубов и баров. Бессодержательное времяпровождение, которое занимает первое место среди факторов риска в приобщении к употреблению алкоголя, может в дальнейшем привести и к употреблению наркотиков.

Дурандина А.И. с соавторами, изучая формирование гашишной наркомании в пубертатном и под-

ростково-юношеском возрасте, отметили существенное значение в этом отношении особых форм реагирования, свойственных подростковому и детскому возрасту: реакции протеста, отказа, имитации [6]. В результате проведённого исследования авторы пришли к выводу, что чаще других у подростков с зависимостью от ПАВ отмечалась реакция имитации, сочетающаяся с реакциями группирования со сверстниками и эмансипации, на которых формировались мотивы первых эпизодов употребления психоактивных веществ.

Многие авторы отмечают, что среди психологических предпосылок алкоголизма и наркомании первостепенное значение имеют личностные особенности индивидуума и, прежде всего, его способность адаптироваться в окружающей обстановке, противостоять стрессовым воздействиям, разрешать конфликты и переносить эмоциональное напряжение, спады настроения без обращения к алкоголю. Так, В.В. Гульдман рассматривает аддикцию через паттерн поведения, связанный с повышенной склонностью к поиску впечатлений [7]. Личностные характеристики этих лиц описываются им как импульсивные, экстравагантные, агрессивные и антисоциальные. А.А. Козлов и М.Л. Рохлина в преморбидных личностных особенностях больных с зависимостью от ПАВ выделяют такие характеристики, как любопытство, подражание приятелям, пассивное подчинение, то есть «патологическую конформность и психический инфантилизм» [8]. Более того, употребление наркотиков ряд авторов рассматривает, в том числе, как характеристику психопатической личности [9, 10] или специфического личностного расстройства [11].

В.Я. Семке к отличительным признакам «аддиктивной личности» относит:

- сниженное преодоление кризисных ситуаций;
- скрытый комплекс неполноценности, сочетающийся с внешне проявляемым превосходством;
- внешняя социабельность наряду со страхом перед стойкими эмоциональными контактами;
- стремление говорить неправду;
- упорное желание обвинять других, зная, что они не виновны;
- побуждение избегать ответственности в принятии решений;
- стереотипность, повторяемость поведения, зависимость, тревожность;
- ригидность реагирования (сквозь призму личностного эгоцентризма) [12].

Характерными чертами личности таких подростков являются отсутствие способности к эмпатии, равнодушие к чувствам других людей, стремление к получению простых удовольствий без определённого волевого усилия и труда. У них отмечается раннее начало употребления табака, ранняя алкоголизация и высокий риск употребления психоактивных веществ [13].

Алкоголь, вызывая эйфорию, способствует ослаблению, снижению самоконтроля за поведением, эмоциями, высказываниями, (повышенное настроение с оттенком телесного благополучия). Необходимо отметить, что эйфория, возникающая после приёма алкоголя, как ответная реакция организма, свидетельствует о наступающем отравлении, о появлении в организме соматического и психического неблагополучия. Проблема состоит в том, что приём алкоголя считается способом снятия напряжения при нарушенных адаптационных (приспособительных) механизмах, верным средством подавления тревоги, страха, вины, неудовлетворенности. Положительный эффект ведь достигается за счёт отравления как всего организма, так и его высших регулятивных функций в мозге, что само собой приводит к ещё большему нарастанию эмоционального напряжения после окончания действия алкоголя.

Дисгармония развития личности – это задержка развития логического мышления, инфантильные аффективные реакции, примитивный гедонизм в виде обострённой потребности в немедленных удовольствиях, трудности адаптации к окружающей жизни, хронические заболевания – всё это в различных сочетаниях создаёт почву для закрепления потребности в постоянном модулировании своего психического состояния путём употребления психоактивных веществ [14, 15].

Существует и иная мотивация употребления алкогольных напитков – это стремление искусственно стимулировать положительные эмоции, вызвать хорошее настроение, «повысить» эмоциональную активность. Это так называемое употребление алкоголя «для удовольствия».

Одним из факторов обращения к алкоголю является неумение общаться, отсутствие коммуникативных навыков. Особенно это явление наглядно выступает в сочетании с широко распространённым вредным мнением, что нельзя встречать праздник без алкогольных напитков, где они являются единственным коммуникативным средством, где нет общности интересов.

Одна из главных причин пьянства в компании – неумение постоять за себя, за свои взгляды. Это психологически объяснимая вещь – повышенная тревожность, что если ты не выпьешь, то потеряешь уважение собутыльников. Поэтому эмоционально незрелые и неустойчивые по характеру лица не могут отказаться от протянутой рюмки, хотя в душе могут поначалу и осуждают пьянство. Со временем такие люди ищут причину, заставившую их употреблять алкоголь, для подавления повышенной тревожности. Часто они успокаивают себя тем, что пьют и окружающие: «Ведь все пьют».

К настоящему времени относительно фактора «культурного питья» ясно доказано, что «культурно пить» нельзя. Во-первых, это понятие растяжимое и в него можно внести различные виды приёма алко-

голя и попок. Во-вторых, именно из-за такой постановки вопроса, когда считалось, что каждый может регулировать сам количество и частоту употребления спиртного – за последние два-три десятилетия проблема пьянства и алкоголизма стала особенно актуальной. Люди «культурно пили», а часть из них спивалась, становилась алкоголиками, всё ещё считая себя «культурно пьющими». Этой точке зрения нужно противопоставить такую позицию – приём любого количества алкоголя под любым предлогом вреден.

Это необходимо знать и тем людям, которые общаются к употреблению алкогольных напитков в силу таких факторов, как неправильное понимание эффекта алкоголя. Так, например, распространено мнение о том, что приём алкоголя согревает в холод, повышает аппетит или же спиртное в некоторых случаях является лекарственным средством. К сожалению, трагические факты, наблюдаемые нами в жизни, свидетельствуют о вредности такого мнения.

Немаловажным фактором по значимости в общении к наркотикам является фактор общения с больными наркоманией. Это свидетельствует о том, что каждый больной наркоманией может рассматриваться как опасный источник распространения наркомании среди своих знакомых, друзей, родных. Нередки случаи начала употребления наркотиков подростками под нажимом, уговорами и угрозами старшего по возрасту лица, больного наркоманией. Именно лица, больные наркоманией, вовлекая подростков в группы по употреблению наркотиков, создают сообщества со своими запретными тайнами. Членам группы лица, больные наркоманией, запрещают рассказывать о приёме наркотиков, способах изготовления или добывания их. Приучение к наркотикам – это средство для преступника сделать подростка послушным своей воле, толкнуть на любой поступок и даже преступление.

Из непосредственных причин обращения к наркотическим веществам наиболее часто отмечается любопытство. Основой возникновения фактора любопытства является существование «мифа о наркотике» (Дурандина А.И., 1980). Это мнение о наркотике активно проповедуют торговцы наркотиками, которые сами, как правило, не являются наркоманами. Идею о наркомании поддерживают и больные наркоманией, которая удобно объясняет их пристрастие к наркотикам, так как многие лица, больные наркотической зависимостью, искренне уверены, что зависимость к гашишу совсем не развивается, отрицая при этом наличие болезни у себя. Разрозненные, случайные, полученные из «уличных» источников сведения о наркотиках являются заманчивыми для лиц с незрелой и неустойчивой психикой и служат основой для проявления любопытства.

Таким образом, анализ факторов, характеризующих преморбидный период больных алкоголизмом и наркоманией, позволил выявить определё-

ные закономерности, приводящие к формированию алкогольной и наркотической зависимости. К ним относятся:

- а) наличие у родителей или у родных заболеваний алкоголизмом или наркоманией;
- б) преморбидные личностные девиации в рамках невротической и психопатической структуры;
- в) дефекты воспитания в семье и школе (неполная семья с конфликтными взаимоотношениями между родителями);
- г) неправильное отношение родителей к детям;
- д) формализм воспитательной работы в школе;

- е) пребывание в неблагоприятной микросоциальной среде (асоциальной подростковой компании, пребывание в обществе лица, больного наркоманией);
- ж) особенности социальной ориентации (социальная пассивность, ограниченность интересов, односторонняя информация о действии наркотиков, как о веществах, вызывающих только эйфорию).

Эти особенности приобщения к наркотикам и алкоголю приобретают важное значение для проведения адекватной профилактики и дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список использованной литературы:

1. Семке В.Я. *Превентивная психиатрия* / В.Я. Семке. – Томск: Изд. Томского университета, 1999. – 403 с.
2. Александровский Ю.А. *Психиатрия на рубеже столетий* / Ю.А. Александровский. – Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 1. – С. 4-6.
3. Князев Ю.Н. Анализ медико-социологического обследования учащихся школ, ПТУ и техникумов г. Бобруйска // *Вопр. наркол.* – 1988. – № 4. – С. 35-36.
4. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков.* – Л.: Мед., 1983. – 255 с.
5. Мандель А.И., Бохан Н.А. Преморбидные факторы в генезе аддиктивных расстройств // *Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения* / Сб. матер. междунауч.-практ. конф. (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.). – Томск: Изд.о Том. университета, 2003. – С. 176-180.
6. Дурандина А.И. Факторы, влияющие на формирование гашишной наркомании в пубертатном и подростково-юношеском возрасте / А.И. Дурандина, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // *Вопр. наркологии.* – 1992. – № 1. – С. 32-34.
7. Гульдман В.В. Поиск впечатлений как фактор приобщения к наркотикам // В.В. Гульдман, А.М. Корсун // *Вопросы наркологии.* – 1990. – № 2. – С. 40-44.
8. Козлов А.А., Рохлина М.Л. Наркоманическая личность // *Журн. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2000. – № 7. – С. 23-27.
9. Морозов В.Е. *Алкоголизм (руководство для врачей)* / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бабаева. – М.: Медицина, 1983. – 432 с.
10. Жмуров В.А. *Общая психопатология.* – Иркутск: Издательство Иркутск. Ун-та, 1986. – 280 с.
11. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Психосоциальная аддиктология.* – Новосибирск, Изд-во «Олсиб», 2001. – 251 с.
12. Семке В.Я. *Превентивная психиатрия* / В.Я. Семке. – Томск: Изд. Томского университета, 1999. – 403 с.
13. Вострокнутов Н.В. Концепция делинквентного поведения детей и подростков в контексте Международной классификации болезней 10-го пересмотра // *Российский психиатрический журнал.* – 1999. – № 3.
14. Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию // *Вопросы наркологии.* – 1993. – № 1. – С. 72-78.
15. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. *Юношеские психопатии и алкоголизм.* – М., 1980. – 272 с.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.К. Монтаева

заведующая лабораторией поликлиники Комитета национальной безопасности Республики Казахстан

Диагностика химических зависимостей, как и любого другого заболевания, должна иметь под собой достоверную доказательную базу, с возможно максимальным удельным весом объективных данных.

В условиях закономерностей, диктуемых границами ментальной медицины, от клинициста требуется подготовка и по биологическим дисциплинам,

в частности – ориентирование в физиологических показателях пациента. В данном случае они отражают реакцию организма на болезненный процесс как единого целого [3].

В наркологии такое сервисное значение имеют данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Обязательность того или иного мето-

да исследования в настоящее время определяется рамками клинических протоколов. Довольно редко инициирующим дополнительную диагностику становится клинический поиск самого лечащего врача. А ведь по сути, каждый из методов диагностики, должен диктоваться клинической необходимостью, возможностью непрерывного мониторинга состояния пациента.

Лабораторная диагностика – неотъемлемая часть клинического обследования больного. Без данных лабораторных анализов невозможна не только постановка клинического диагноза, но и контроль над эффективностью и безопасностью лекарственной терапии. Вместе с тем, перед медициной сегодня возникла и другая важная проблема – изменение клинико-лабораторных показателей под влиянием лекарственных препаратов. Последствия этого явления достаточно серьезны – неверное толкование результатов клинико-лабораторных исследований ведет к постановке неверного диагноза и назначению нерациональной терапии [2, 5].

Подтверждением тому служит ситуация, которую можно наблюдать в области наркологической лабораторной диагностики.

В настоящее время большинство исследований, касающихся вопросов данной сферы, можно условно разделить на подгруппы:

- 1) поиск медико-генетических предикторов зависимости;
- 2) исследования по диагностике состояний интоксикации и биологических эффектах психоактивных веществ (ПАВ);
- 3) исследования по определению индикаторов гуморальных и иммунных сдвигов при острой и хронической интоксикации [1].

В практической наркологии чаще всего рассматриваются:

- а) общеклинические анализы;
- б) использование чувствительных и специфичных тест-систем для достоверной качествен-

ной и количественной диагностики состояний острой интоксикации [3, 4].

Таким образом, с методологических позиций существует проблема «ножниц» между тем, что может предложить экспериментальная и биологическая наркология и потребностями врачей-клиницистов.

Иными словами, экспериментальная медицина, идущая в авангарде научных исследований, занята поиском лабораторных показателей, патогномичных острой или хронической интоксикации.

В то же время сдвиги в общеклинических анализах несут не менее ценную информацию для постановки диагноза, прогнозирования эффекта терапии.

Для суждения о состоянии вопроса адекватного использования данных общеклинических исследований в практической наркологии нами проведён ретроспективный анализ 45 историй болезней, который показал следующее.

В 100% случаев клинические анализы были назначены согласно соответствующему протоколу.

Проведены следующие анализы:

- общий анализ крови (7 параметров);
- общий анализ мочи;
- биохимия крови (трансаминазы, общий и прямой билирубин, тимоловая проба, общий белок, креатинин, мочевины, глюкоза);
- качественное определение ПАВ в моче или слюне.

Согласно клиническим протоколам необходимость повторных анализов и их кратность должны определяться клиническими показаниями. Частота использования лабораторных анализов повторно представлена на рисунке 2. Интерпретация полученной диаграммы двояка. С одной стороны, кратность обусловлена сдвигами лабораторных параметров, точнее их отсутствием, с другой, что более правдоподобно, формальным использованием лабораторных данных клиницистами.

При анализе отклонений в лабораторных данных выявлена следующая картина (рисунок 3). В 69% слу-



Рисунок 1. Вопросы «теории и практики» наркологии

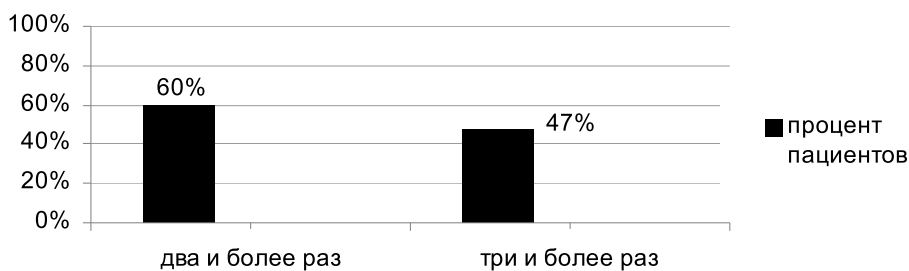


Рисунок 2. Частота повторных лабораторных исследований

чаев регистрировалась патология лабораторных данных, которая, однако, инициировала проведение динамического наблюдения за показателями в 60% историй болезни.

Интерпретация лабораторных данных проводилась клиницистами выборочно (Рисунок 4).

В большинстве случаев интерпретация лабораторных данных лечащими врачами не проводилась (62%), либо сводилась к констатации отклонений от физиологических норм (20%). В 11% случаев перечислялись лабораторные синдромы, которые, одна-

ко, не были патогенетически увязаны с клиникой основного заболевания и соответствующей коморбидной патологией.

Чаще всего клиницистами выделялись следующие лабораторные синдромы:

- 1) анемический синдром;
- 2) тромбоцитопенический синдром;
- 3) синдром мезенхимального воспаления;
- 4) цитолитический синдром;
- 5) синдром желтухи;
- 6) мочевого синдром.

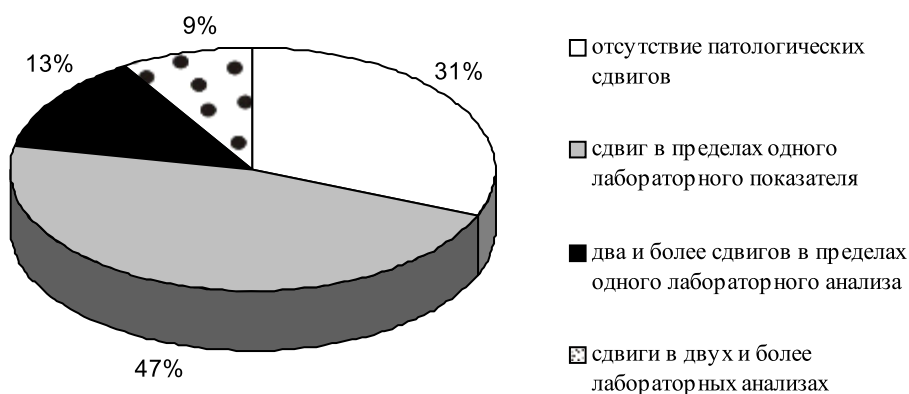


Рисунок 3. Частота выявления патологических сдвигов в лабораторных данных



Рисунок 4. Особенности «чтения» лабораторных данных



Рисунок 5. Цели использования общеклинических лабораторных данных в наркологии

Внимание врачей при интерпретации лабораторных показателей чаще всего направлено на следующие цели (автор статьи расположил их в порядке убывания субъективной клинической значимости для практикующего специалиста) (Рисунок 5).

Так, чаще всего лабораторные данные позволяют специалисту судить о динамике соматического статуса пациента, подспудно используя их для верификации и обоснования коморбидного диагноза. В ряде случаев выявление токсических стигм в лабораторных показателях (замедление скорости оседания эритроцитов, лейкопения, смещение лейкоцитарной формулы в сторону незрелых форм, легкие и умеренные степени нормохромной анемии) может давать ценную информацию о злокачественности течения ос-

новного заболевания. Реже, чем следовало бы, клиницисты использовали лабораторные показатели для контроля побочных эффектов применяемых нейролептиков и других психотропных препаратов.

Таким образом, суммируя вышеупомянутую информацию, необходимо подчеркнуть важность лабораторных методов исследования в наркологической сфере. В настоящее время ещё сохраняются «ножницы» между потребностями практической медицины и экспериментальными направлениями наркологии. Другой важной проблемой этой сферы является адекватное применение разнообразия лабораторных тестов, «чтение» их результатов, а также системная оценка всех клинических показателей у отдельно взятого пациента.

Список использованной литературы:

1. Калекин Р.А., Саломатин Е.М., Калекина В.А., Волкова А.А. Лабораторная диагностика отравлений нейролептиками производными бензамида в наркологии: возможности и проблемы // *Наркология*. – 2008. – № 4. – С. 33–37.
2. *Клиническая лабораторная диагностика: методы исследования / под ред. Зупанца И.А., учебное пособие для студентов*. – Харьков, 2005.
3. *Руководство по наркологии / под ред. Иванца Н.Н.* – М.: «Медпрактика-М», 2002. – 504 с.
4. Шайдукова Л.К. *Классическая наркология: Учебно-методическое пособие*. – Казань, 2008.
5. Perrett D. *Capillary electrophoresis in clinical chemistry // Ann. Clin. Biochem.* 1999; 36: 133-150.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ СОЗАВИСИМОСТИ

Е.М. Раклова

доцент Инновационного Евразийского университета, к. психол.н., г. Павлодар

Результаты исследований ряда авторов (А.М. Прихожан, Е.Ю. Брель, С.А. Водяха, Е.Б. Ковалева и др.) показывают, что каждый из методов в той или иной мере оказывает психокоррекционное влияние на созависимость. В процессе оказания помощи мы должны были учитывать особенности как самой программы личностного роста «Управляй своей жизнью!» (в рамках которой проводилась эта работа), так и условия, в которых она осуществлялась. Исходя из этого, мы посчитали возможным применить для коррекции созависимости группу средств, объединённых определённой логикой, взаимодополняющими моментами. В то же время, по выводам авторов, изучавших и апробировавших данные средства, они имеют высокую эффективность [1, 2].

К таким средствам мы отнесли:

- а) вербальные средства:
 - социально-психологический тренинг;
 - социодрама (трансактная дискуссия);
 - семейная фотография;
- б) невербальные средства:
 - семейная скульптура;
 - семейная хореография;
 - ролевая карточная игра.

Эти средства коррекции использовались на фоне организации совместной групповой и индивидуальной работы с созависимыми жёнами, чьи мужья страдают зависимостью. По нашему мнению, эта деятельность является фактором, на фоне которого указанные средства коррекции не просто гармонично дополняют друг друга, но имеют более высокую эффективность при снижении уровня созависимого состояния личности, чем в обычных условиях.

Мы исходим из особенностей программы «Управляй своей жизнью!», в рамках которой проводилось психологическое воздействие на уровень созависимых состояний личности. Этот подход позволяет нам выстраивать не только процесс психологического воздействия, но и всю деятельность, в рамках которой он проходит как системный, комплексный и целенаправленный процесс, направленный не только на коррекцию созависимости, но и на личностный рост созависимого.

Для преодоления созависимости применяется программа, включающая в себя: информацию по вопросам зависимости и созависимости, семейной системы, индивидуальной и групповой психотерапии, семейной психотерапии, супружеской терапии, социально-психологического тренинга, посещение групп самопомощи типа Аль - Анон, чтение литературы по соответствующей проблеме [3, 4].

Мы считаем, что система оказания помощи созависимым лицам должна включать такие формы работы, как лекции, индивидуальное консультирование, индивидуальная психотерапия, групповая психотерапия. Дополнительно к этому практикуется ведение дневника с выполнением домашних заданий, чтение рекомендуемой литературы [5].

Формирование психотерапевтических групп происходит после индивидуальной консультации, в ходе которой изучаются внутрисемейная ситуация, характер взаимоотношений между членами семьи и их психологическое состояние.

Одним из средств коррекции созависимых состояний личности по праву считается социально-психологический тренинг. Сам термин «социально-психологический тренинг» введён в категориальный аппарат немецким ученым М. Форвергом. По утверждению И.В. Вачкова (2003), собственно термин «тренинг» возник не в клинической психотерапии, а в практической работе со здоровыми людьми и вплоть до настоящего времени используется многими психологами в сочетании с прилагательным «социально-психологический».

Сама же история возникновения тренинговых групп тесно связана с именем К. Левина. Работая над проблемой коррекции состояний человека, он опирался на выводы социолога Г. Зиммеля о том, что люди, находясь в группе, постоянно воздействуют друг на друга. К. Левин утверждал: «Чтобы выявить свои неадекватные установки и выработать новые формы поведения, люди должны учиться видеть себя такими, какими их видят другие». Его идея создания групп и изучения их деятельности на основе научно обоснованных фактов стала основой движения Т-групп. Первая группа тренинга возникла случайно в 1946 г., а уже в 1947 году в США была создана Национальная лаборатория тренинга [6].

Позже тренинговые группы по своему целевому назначению стали делиться на группы развития умений, группы формирования межличностных отношений и группы «сенситивности» (ориентированные на рост и самосовершенствование личности, преодоление нерешительности и т.д.) [7].

В «Психологическом словаре» социально-психологический тренинг определяется как «область практической психологии, ориентированная на использование активных методов групповой психологической работы с целью развития компетентности в общении».

Ю.Н. Емельянов приводит свое определение социально-психологического тренинга, рассматривая его как метод активного социально-психологичес-

кого обучения, в ходе которого формируется коммуникативная компетентность личности. Г.А. Ковалев (1980) также рассматривает социально-психологический тренинг как один из активных методов социально-психологического обучения.

В работах польского психолога Е. Мелибруды тренинг рассматривается как форма групповой коррекции коммуникативного действия человека.

Ряд исследователей (Ю.Н. Емельянов, В.П. Захаров, Т.В. Зайцева, Л.Ф. Анн), рассматривая социально-психологический тренинг как форму активного социального обучения личности, определяют его с позиции личностно-центрированного подхода в социальной психологии. В данном случае социально-психологический тренинг определяется как динамическая, программно-целевая система бинарного психологического воздействия на личность в группе [8].

И.В. Вачков, указывая на многообразие и широту применения термина, даёт определение понятия «групповой психологический тренинг» и указывает на то, что он представляет собой совокупность активных методов практической психологии, которые используются с целью формирования навыков самопознания и саморазвития. При этом тренинговые методы могут применяться как в рамках клинической психотерапии при лечении неврозов, алкоголизма и ряда соматических заболеваний, так и в работе с психически здоровыми людьми, имеющими психологические проблемы в целях оказания им помощи в саморазвитии.

По утверждению И.В. Вачкова, групповое движение в нашей стране стало активно развиваться только в последние двадцать лет, а все отечественные школы тренинга опираются на теоретические концепции, пришедшие к нам с Запада. Более того, сами формы групповой психологической работы в большинстве случаев до сих пор являются модификациями зарубежных моделей. Групповые методы нашли свое применение и в психотерапии. Наиболее разработанной является патогенетическая психотерапия неврозов, в основе которой лежат принципы психологии отношений В.Н. Мясищева (С.С. Либих, Г.Л. Исурина, Б.Д. Карвасарский, А.М. Свядоц, Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкий и др.).

Исследовательские подходы к этому явлению разнообразны: тренинг рассматривается и как средство коррекции состояний личности, и как средство развития способностей (в том числе умений и навыков), и как средство воспитания отношений, и как средство развития внутригрупповых отношений (формирование команды, устранение конфликтных ситуаций, преодоление кризиса отношений) [8].

При всём многообразии современных подходов к социально-психологическому тренингу и групповой психотерапии можно говорить о наличии ключевой идеи, объединяющей почти все имеющиеся в практической психологии подходы: стремление помочь развитию личности путем снятия ограничений,

комплексов, освобождения её потенциала. Это идея изменения, трансформации человеческого «Я» в изменяющемся мире. Как указывал К. Рудестам, опыт, приобретаемый в группах, оказывает противодействие отчуждению, помогая решению проблем, возникающих при межличностном взаимодействии.

Именно в силу вышеизложенного со всей очевидностью встает вопрос о целях социально-психологического тренинга. Цели тренинга формулируются в зависимости от подхода того или иного исследователя к самому явлению.

У. Беннис выделяет четыре «метацели» тренинговых групп:

- 1) повышение способности отдельных её участников осознавать ситуацию;
- 2) поощрение исследовательского отношения к действительности;
- 3) подчеркивание значения аутентичности в межличностных взаимоотношениях;
- 4) выявление и демонстрация модели возможных отношений, построенных на сотрудничестве.

Н.Н. Богомолова высказывает точку зрения о том, что основное назначение социально-психологического тренинга состоит в овладении социально-психологическими знаниями в области формирования соответствующих социальных установок в активной форме, то есть в ходе специально разработанных активных действий. По мнению же В.П. Захарова, целью социально-психологического тренинга является:

- осознание особенностей поведения каждого участника общения, его достоинств и недостатков;
- развитие умений и навыков делового общения (вступление в контакт, выравнивание нервно-эмоционального напряжения, активное слушание, согласование интересов, аргументация своей позиции в разных ситуациях);
- сплочение группы на основе единых целей и задач обучения, норм и правил взаимодействия.

Рассматривая тренинговую группу в психокоррекционном контексте, В.Т. Кондрашенко и Д.И. Донской определяют две её цели.

1. Самосовершенствование личности.
2. Обучение навыкам межличностного общения (коммуникативным умениям).

А.А. Александров выделяет общие цели, объединяющие различные по направленности и содержанию тренинговые группы:

- а) исследование психологических проблем участников группы и оказание помощи в их решении;
- б) улучшение объективного самочувствия и укрепление психического здоровья;
- в) изучение психологических закономерностей, механизмов и эффективных способов межличностного взаимодействия для создания основы более эффективного и гармоничного общения с людьми;
- г) развитие самосознания и самоисследование участников для коррекции или предупреждения эмо-

циональных нарушений на основе внутренних и поведенческих нарушений;

д) содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижению оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

Р.И. Мокшанцев утверждает, что социально-психологический тренинг позволяет решать ряд важных задач в становлении и развитии личности. Во-первых, с его помощью удаётся реализовать программу личностного роста субъекта на основе развития его интеллектуальных способностей (как общих, так и специальных). Во-вторых, социально-психологический тренинг позволяет существенно расширить адаптационные возможности личности как необходимое условие гармонизации психологического взаимодействия между людьми.

Одной из важнейших и значимых проблем организации и проведения социально-психологического тренинга является проблема принципов, на которых строится работа тренинговых групп.

Родоначальники тренинговых групп (К. Левин, Л. Брэдфорд, Р. Липпид) в основе своего, как они считали, обучающего метода видели следующие позитивные начала:

- возможность применения общественных наук (психология, социология) в практической жизни;
- ориентация на демократические (в противовес авторитарным) методы обучения и процессы совместного принятия решений;
- способность в процессе обучения устанавливать отношения взаимопонимания и взаимопомощи, готовность вникнуть в проблемы любого члена группы.

На наш взгляд, эти «позитивные начала» можно считать одними из первых принципов организации и проведения групповых тренингов.

Основываясь на вышеизложенных взглядах основателей групповых тренингов, И.В. Вачков определяет следующие принципы работы в группе:

1. Принцип «Здесь и теперь», который ориентирует участников группы на анализ процессов, происходящих только в группе, только в рабочее для неё время.
2. Искренность и открытость. Раскрытие своего «Я» другому есть признак сильной и здоровой личности.
3. Принцип «Я» – основное внимание участников должно быть сосредоточено на процессах самопознания, на самоанализе и рефлексии.
4. Активность – отсутствие возможности пассивно «отсидеться».
5. Конфиденциальность – все, что говорится в группе относительно конкретных участников, должно оставаться внутри группы.

Действительно, за годы развития групповых форм работы в психологии были сформулированы похожие по своему содержанию на вышеуказанные об-

щие принципы в организации занятий в социально-психологическом тренинге:

1) принцип активности участников – все члены группы вовлекаются в различные действия: проигрывание ситуаций, обсуждение, выполнение упражнений, наблюдение и т.д.;

2) принцип исследовательской позиции – в процессе работы создаются такие ситуации, когда участникам необходимо самим найти решение проблемы, самостоятельно сформулировать закономерности взаимодействия и общения и т.д.;

3) принцип объективации поведения – в начале занятий поведение участников группы переводится с импульсивного уровня на объективированный уровень;

4) принцип партнёрского общения – предполагает признание ценности личности другого человека, его мнений, интересов, а также принятие решений с учетом интересов всех участников общения.

Ещё одним важным моментом в изучении социально-психологического тренинга, наряду с проблемой принципов, является проблема методов психологического воздействия в социально-психологическом тренинге. Метод психологического воздействия – это строго сориентированная комбинация внешних побуждающих действий (приёмов), обуславливающих необходимую динамику психических процессов, свойств, состояний (Ковалев Г.А.). В зависимости от сферы психического влияния выделяются интеллектуальные, эмоциональные, волевые методы воздействия, а в зависимости от конструктивности целей воздействия – созидающие, поддерживающие, разрушающие. При анализе методов он указывает, что в социально-психологическом тренинге используется следующая система методов психологического воздействия:

- психоаналитические методы, рассчитанные на то, чтобы через анализ конкретных ситуаций, событий, видео- или аудиоматериала оказать воздействие на личность;
- психоконструирующие методы, ориентированные на своеобразное конструирование определенных отношений, качеств, ориентаций и установок;
- психодинамические методы, основанные на разнообразных игротехниках. Они позволяют формировать развитие навыка социально-ролевой самоактуализации и социального перевоплощения личности;
- психосуггестивные методы, базирующиеся на механизмах внушающего воздействия. Здесь выделяются такие методы как вербальная суггестия, музыкальная, вербально-музыкальная, образная суггестия;
- катарсические методы, используемые в группах социально-психологического тренинга для снятия негативного эмоционального перенапряжения;

-
-
- экстатические методы, близкие по своей природе с катарсическими, но имеющие специфическое отличие от них как в технике осуществления, так и в способе вовлечения в тренинговый процесс участников группы;
 - медитативные методы, включающие методы концентрирующей, раскрывающей и экспрессивной медитации.

В настоящее время в практике социально-психологического тренинга существует достаточное многообразие его форм. К их числу можно отнести тренинги самопознания, личностного роста (личностного развития), поведенческий тренинг, тренинг чувствительности (перцептивный тренинг), ролевой тренинг, видеотренинг (с помощью которого можно реализовывать все другие формы тренингов), тренинг общения (в том числе делового, межличностного, группового, культуры общения и т.д.), тренинг коммуникативных умений, тренинг сензитивности, невербального общения, тренинг креативности, различного рода бизнес-тренинги и т.д.

При всей разработанности теории социально-психологического тренинга остаётся актуальным проблема его эффективности. Эта проблема существует в связи с тем, что при использовании исследователями и практиками похожих по форме и содержанию тренинговых методик спектр их воздействия на развитие личности, коррекционный эффект и успешность весьма широки. Этот факт говорит о полифункциональности тренинга, его интегративной сущности и универсальности как метода групповой работы с различными категориями людей [9].

Г.А. Ковалев, обобщая результаты исследованных им методов активного социального обучения, показал, что такие методы социально-психологического тренинга, как групповая дискуссия, невербальная техника психокоррекции «... в наибольшей степени оказываются релевантными в плане установки и «настройки» социально-перцептивной сферы личности участника группы».

Исходя из результатов исследования различных по своему содержанию подходов к проблемам социально-психологического тренинга, можно сделать следующие выводы.

1. В психологической теории и практике существует многообразие подходов к проблеме социально-психологического тренинга, его целей и задач, принципов и методов организации групповой работы. При всём многообразии таких подходов большинство авторов определяет схожие по своему содержанию цели и задачи социально-психологического тренинга и использует близкие, по сути, принципы и методы групповой работы.

2. Практическое большинство исследователей указывает на эффективность применения социально-психологического тренинга для коррекции психических состояний личности, развития способностей, личностных качеств, умений и навыков. Также

подчеркивается эффективность групповых методов работы при проведении социально-психологического тренинга.

Именно эти обстоятельства сделали возможным применение социально-психологического тренинга как одного из возможных психологических средств для коррекции созависимости. При групповой работе с созависимыми жёнами мы применяли такие формы социально-психологического тренинга, как тренинг общения, коммуникативных умений, сензитивный. В этих тренингах использовались как методики, приёмы и упражнения, описанные в литературе, так и авторские упражнения и приёмы. Необходимость разработки авторской методики была вызвана специфическими условиями организации и проведения программы личностного роста «Управляй своей жизнью!», к которым мы относим:

1. Кратковременность этапов программы. Время проведения каждого из этапов колеблется от 5 до 10 дней. Это ограничивает нас во времени. Подавляющее большинство разработанных исследователями методик рассчитаны на более длительный период психологического воздействия.

2. Тренинговые группы очень часто формируются только для проведения самого тренинга, а после его проведения распадаются. В нашем случае, кроме тренинговых занятий, созависимые жены посещали другие тренинги, семинары, проводимые в психологическом центре «гермес».

3. Для коррекции созависимого состояния личности мы учитывали вербальные и невербальные выражения созависимых. Факты и особенности, приведенные далее, могут быть информативными уже в начале беседы. Учитываются отношение испытуемого к договоренности о консультации, ранний приход или опоздание на прием, сообщение избыточной информации персоналу, вступительные комментарии, приход в сопровождении членов семьи или без них, одежда, причёска, выражение лица, мимика, жестикация, характер рукопожатия и так далее [10].

Мы работали вначале с группами открытого типа, затем предпочтение стали отдавать группам закрытого типа, то есть, однажды сформировавшись, группа уже не принимала новых членов. В группах закрытого типа обеспечивается больший психологический комфорт для своих членов. Оптимальная их численность – 10-12 человек. Если в группе меньше лиц, то разнообразие ситуаций и мнений, которые служат основой для освоения новых навыков внутрисемейных взаимоотношений, недостаточно велико. По нашему мнению, психокоррекционные занятия рекомендуется проводить 1 раз в неделю, продолжительностью 2,5-3 часа. В стационарных условиях занятия можно проводить ежедневно. Групповой психотерапии предшествует образовательная программа с изложением концепции зависимости и созависимости, основных признаков созависимости, концепции дисфункциональной семьи, форм психоло-

гической защиты (6 лекций по 2 часа каждая). Темы лекций могут варьировать в зависимости от потребностей группы, их интереса к тем или иным аспектам функционирования семей. Система психологических средств коррекции созависимых состояний

личности включает: фотографию, социодраму; невербальные средства: семейную скульптуру, семейную хореографию, ролевою карточную игру; уровни коррекции созависимых состояний личности (когнитивный, поведенческий, эмотивный, духовный).

Список использованной литературы:

1. Arguelles, Jose. 1987. *The May and Factor. Santa Fe: Bear & Co.*
2. Beattie, Melody. 1987. *Co-dependent No More. New York: Harper & Row.*
3. Bradshaw, John. 1989. *Healing the Shame that Binds You. Pompano Beach, FL: Health Communications, Inc.*
4. Kьbler-Ross, Elizabeth. 1969. *On Death and Dying. New York: Macmillan.*
5. Larsen, Earnie. 1985. *Stage II Recover: Life Beyond Addiction. San Francisco: Harper & Row.*
6. Magid, K. & McKelvey, C. 1988. *High Risk. New York: Bantam Books.*
7. Peck, M. Scott. 1978. *The Road Less Travelled. New York: Simon and Schuster.*
8. Peck, M. Scott. 1987. *The Different Drum: Community Making and Peace. New York: Simon and Schuster.*
9. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. *Психоанализ и психиатрия: Монография – Новосибирск:Изд. НГПУ, 2003. – 667с.*
10. Москаленко В.Д. *Программа социальной работы с семьями больных алкоголизмом. – М., 1992. – 176 с.*

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ, В СТРУКТУРЕ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.М. Сагинов, Р.Ф. Габдракипова

Областное специализированное лечебно-профилактическое учреждение Карагандинской обл., г. Сарань

Медицина XX века ознаменовалась появлением принципиально нового направления, которое было названо реабилитацией (от лат. rehabilitation – восстановление способностей).

Реабилитация в наркологии – это сложная медико-психосоциальная система, направленная на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личного и социального статуса, способности функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ (ПАВ), вызывающих болезненную зависимость и негативные социальные последствия. Реабилитация – это не только освобождение больного от болезненной зависимости от ПАВ, но и возвращение в семью, в общество.

Реабилитация в структуре принудительного лечения (специализированное лечебно-профилактическое учреждение – СЛПУ) кажется непосильной задачей. Нами была предпринята попытка реабилитации пациентов посредством трудотерапии. С народной пословицей «Учение и труд всё перетрут» – трудно не согласится. Учёба и трудовая деятельность – это важнейшие составляющие человеческой жизни. При их отсутствии человек вряд ли реализуется как полноценная личность. Труд не только является стимулом для самоактуализации, он также благотворно влияет на состояние здоровья человека.

Трудотерапия, трудовая терапия – это лечение различных физических и психических заболеваний с помощью привлечения больных к определенным видам деятельности. Это позволяет больным постоянно быть занятыми работой и достичь максимальной независимости во всех аспектах своей повседневной жизни.

При проведении трудотерапии мы ориентируемся на доступные больным виды труда, а также на основные принципы использования трудотерапии:

- труд больных должен быть результативным;
- больной должен видеть результаты своей деятельности;
- необходим индивидуальный учёт выработки больного;
- только в случае учёта результатов труда можно контролировать эффект трудотерапии.

Отсутствие в областном СЛПУ (ОСЛПУ) лечебно-трудовых мастерских ощутимо затрудняет проведение трудотерапии больных. Поэтому ОСЛПУ вынуждено заключать договоры с предприятиями Карагандинской области, занимающимися производством мебели, тротуарной плитки, стеклопакетов и т.д. Это позволяет нам придерживаться основных принципов трудотерапии.

С 2010 года областное СЛПУ (г. Сарань, Карагандинская область) привлекает пациентов к трудовой

реабилитации посредством заключения трудовых договоров с различными предприятиями.

Согласно условиям договора больные доставляются к месту работы на автомобильном транспорте в сопровождении охраны и представителей предприятия. При этом преследуются две цели:

- 1) использование труда в качестве лечебного фактора, адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность;
- 2) приобретение больными новых трудовых навыков и профессии с последующим их трудоустройством.

Всего в 2010 г. и 2011 г. были заключены договоры с 11 предприятиями. К процессу трудотерапии было вовлечено 96 пациентов. Из них 21 пациент продолжает трудовую деятельность в данных организациях после выписки из ОСЛПУ.

Перед нами не ставится задача получения больших доходов или обязательного выполнения производственного плана. Всё подчиняется интересам лечения и трудовой реабилитации.

Алкоголизм болезнь на самом деле страшная, и отражается она на всех без исключения членах семьи. Они, в свою очередь, тоже страдают. Алкоголик, находящийся на последней стадии своей болезни, рушит всё на своем пути. Он не считается ни с чем и ни с кем, ему чужды, какие бы ни было, морально-этические нормы, он не подчиняется ни принципам, ни устоям. Такой человек будет угрожать, шантажировать, манипулировать близкими, не считаясь с их страданиями во всём. На этапах реабилитации проводится работа с семьей пациента.

В 2010 г. в областном СЛПУ (г. Сарань) организована «Школа созависимых». Это необходимо потому, что семья алкогользависимого лица неизбежно участвует как в развитии его болезни, так и в его выздоровлении. Мы исходим из того положения, что семья не является причиной злоупотребления психоактивных веществ, в частности – алкоголя, но семейный уклад и положение индивида в семье могут

провоцировать развитие болезни и таким образом препятствовать успешной реабилитации. Поэтому работа с семьей является обязательным элементом реабилитационного процесса. В этом принимает участие не только психолог, но и весь медицинский персонал.

В 2011 г. проведено 9 семинаров с созависимыми лицами. Проводятся «родительские дни», когда перед встречей с пациентами родителей инструктируют о том, как следует общаться с пациентом (например, не приносить продукты, содержащие алкоголь, в разговорах больше обсуждать предстоящие события, планы и намерения, их подготовку, не затрагивать прошлое).

В лечебную программу мы подключаем волонтеров. ОСЛПУ (г. Сарань) активно сотрудничает с неправительственной организацией (НПО) «Умит». Волонтеры для больных представляют собой ролевую модель, некий эталон, демонстрирующий реальность выздоровления. Им доверяют, с ними охотно советуются.

Выводы

Недобровольное или вынужденное согласие больного на лечение предполагает воздействие на него таких мощных внешних социальных факторов, как постановление суда. В этом случае больной вынужденно соглашается на лечение. Соглашательская позиция представляется больному временной.

Лечебно-реабилитационный процесс всегда очень сложен в этом случае, но не безнадежен. Продолжительностью не менее 6 месяцев лечение, вовлечение в лечебно-реабилитационный процесс, долгосрочное (не менее года) воздержание от ПАВ могут, по нашим данным, примерно у 10% таких больных позитивно изменять ценностные ориентации и иерархию мотивов. В результате, эти, как правило, клинически тяжёлые больные постепенно ресоциализируются и возвращаются к нормальной жизни.

Список использованной литературы:

1. Глазырин В.В. *Трудовые и гражданско-правовые меры борьбы с пьянством.* – М.: Юридическая литература, 1973.
2. Гринавцева В.П., Мурашкин Р.Н., Рыбальский М.И. *Некоторые вопросы борьбы с алкоголизмом на промышленных предприятиях.* – Здравоохранение Российской Федерации, 1976.
3. Гринина О.В., Кудрявцева Е.Н., Копыт Н.Я. *Медико-социальное обследование семьи хронического больного.* – 2-й Московский мед. инст., 1974.
4. Заиграев Г.Г. *Проблемы профилактики пьянства.* – М.: Знание, 1980.

ДАнные ретроспективного анализа основных показателей псевдоабстинентного синдрома у пациентов стационарного профиля, страдающих опиоидной зависимостью

Д.Ф. Шадаева

врач-нарколог Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана (РК)

Введение

Основной задачей отечественной наркологии является обеспечение комплексного адекватного лечебно-диагностического процесса посредством системы медико-социальной реабилитации зависимых лиц. В настоящее время преобразование в этом ключе происходит по нескольким направлениям:

- стандартизация системы и совершенствование качества оказываемых услуг;
- изменение соотношения форм оказания медицинской помощи в сторону амбулаторных и стационарно-замещающих услуг;
- расширение представленности системы собственно реабилитационных мероприятий в общей структуре наркологической помощи, особенно на региональном уровне;
- переход от токсико-химической субстрат-специфичной наркологии к аддиктологии.

Если первые два направления отражают общую тенденцию медицины Казахстана, то последующие два – специфичны именно для наркологии.

В намеченной организационной канве продолжает реализовываться система мероприятий по совершенствованию диагностики и лечения так называемых «классических» форм химических зависимостей. Учитывая общую определенность и выверенность методологических подходов лечения алкогольной, опиоидной зависимостей, стоит всё-таки отметить необходимость внедрения в практику методов детальной оценки отдельных ключевых показателей статуса зависимых пациентов. Практика показывает, что зачастую при традиционном подходе отдельные феномены остаются за «скобками», ускользая от внимания клинициста, используя лишь для дескриптивной квалификации и без того известного диагноза. Яркий тому пример – «сухая» констатация факта патологического влечения для доказательства сформированной зависимости от психоактивного вещества (ПАВ). При этом клиницисты забывают, что данный феномен является завершённым синдромом, требующим динамической оценки и выделения внутри него терапевтических мишеней [3].

Кроме того, детальная оценка патологического влечения позволяет судить о «масках» заболевания и предугадывать поведенческие паттерны течения заболевания, а соответственно планировать тактику ведения каждого клинического случая [1].

Одним из таких ценных в практическом аспекте индикаторов оценки является феномен «псевдоаб-

стиненции», находящийся таксономически в пределах синдрома патологического влечения [4].

В Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) псевдоабстиненция соответствует так называемым «флешбекам».

Флэшбэк (F1x.70x) – спонтанные краткосрочные рецидивы симптоматики острой интоксикации в отсутствие реального употребления психоактивного вещества.

Термин заимствован из спектра симптомов посттравматического стрессового расстройства, который используется для описания повторного переживания перенесённого травматического опыта. При этом акцент делается на различных характеристиках феномена: отражении в переживаниях событий прошлого («вспышка пережитого», «вспышка прошлого», «ретроспективная вспышка», «возврат в прошлое», «взгляд в прошлое»), повторяемости переживаний («эхо-эффект», «чувство повторного переживания»), отсроченном характере переживаний («отсроченное воспроизведение», «отсроченное воссоздание»).

Н.В. Стрелец даёт следующее определение: «...так называемый псевдоабстинентный синдром включает три обязательных компонента: актуализацию патологического влечения к психоактивному веществу; особую депрессию или субдепрессию различной структуры с большой представленностью сенестопихондрических расстройств и вегетативные нарушения, вызванные дисфункцией вегетативной нервной системы, сочетающей возбуждение эрготропного отдела вегетативной нервной системы с его истощением. Сочетание характерных для псевдоабстинентного синдрома сильного влечения к наркотику, соматовегетативных и субъективно испытываемых больным ощущений, напоминающих алгические расстройства при острой абстиненции, достигает иногда значительной выраженности...».

Симптомокомплекс псевдоабстиненции чаще всего обуславливает качество течения постабстинентного периода и влияет на формирование ремиссии. Данный набор симптомов, имея под собой четкое биохимическое основание, является завершённым образованием, выступающим в виде отдельной терапевтической мишени [5].

Так, согласно данным Шандра А.А. Годлевского Л.С., запуск рецидива заболевания происходит вследствие механизма «кидлинга» – гиперактивности дофаминовой системы, запускающей позитивные психические расстройства: тревога, психомоторное возбуждение, бред [2].

По клинико-динамическим характеристикам псевдоабстиненция представлена несколькими степенями тяжести. При тяжёлом течении флешбеки относятся к ургентным наркологическим состояниям.

Клинически псевдоабстинентный синдром характеризуется внезапным, без видимых причин и поводов, появлением расстройств, характерных для абстинентного синдрома, отличающихся меньшей выраженностью соматических и вегетативных нарушений и преобладанием психопатологических расстройств. Для этого синдрома характерна быстрая актуализация влечения на обсессивном или компульсивном уровне. Аффективные нарушения в этом периоде представлены депрессивными расстройствами: тревогой, раздражительностью, внутренним дискомфортом, тоской, сенесто-ипохондрическими проявлениями и снижением настроения.

Среди predisponирующих такое состояние факторов в литературе даны указания на соматическое неблагополучие (инфекционный процесс, гепатобилиарная патология) (O'Connog G., McMahon G., 2008).

В современной системе наркологической помощи, при которой схемы терапии временны и чаще всего дискретны, проследить формирование, течение и исход псевдоабстиненции бывает затруднительно. Так, в среднем, продолжительность стационарного этапа медико-социальной реабилитации на уровне регионального наркологического диспансера не превышает 30-45 суток. В течение данного периода врач-клиницист имеет возможность оценить динамику абстинентного синдрома и инициальный период становления ремиссии.

В доказательство данного факта была проведена ретроспективная оценка медицинской документации стационарных больных за период с марта по май 2012 года, получивших лечение в Центре медико-социальной реабилитации Астаны.

Основная цель данной оценки – определение качества диагностики псевдоабстинентных состояний в условиях стационарного звена наркологической помощи.

Результаты и их обсуждение

Было проанализировано 86 историй болезней пациентов с опиоидной наркоманией, в случайном порядке выбранных из 265 медицинских карт, отнесенных к указанному периоду. При анализе исходных данных интерес представляли следующие показатели:

а) анамнестические данные:

- стаж потребления наркотиков;
- наличие качественных ремиссий* в анамнезе;
- факторы, провоцирующие рецидивы заболевания;

б) динамические характеристики текущей состояния:

- оценка патологического влечения к наркотику;
- верификация псевдоабстинентного синдрома;
- детальное описание клинических составляющих псевдоабстинентной симптоматики;
- временные характеристики псевдоабстиненции – манифестация, продолжительность, окончание.

При анализе анамнестических сведений дополнительно использовались данные амбулаторных карт, в которых указана информация с момента первичной госпитализации.

У 86 пациентов средний показатель стажа наркотизации составил $7,43 \pm 3,62$ года.

Условно по данному параметру группа была разделена на подгруппы (таблица 1).

Таблица 1

Распределение группы по стажу употребления ПАВ

Стаж употребления	Абсолютное число пациентов	Относительное количество пациентов
До 2 лет	17 чел.	19,8%
От 2 до 10 лет	48 чел.	55,8%
Более 10 лет	21 чел.	24,4%

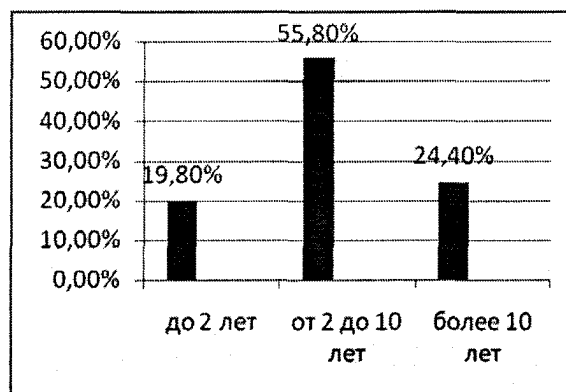


Рисунок 1. Соотношение пациентов с опиоидной зависимостью по стажу потребления ПАВ

Из анализа медицинской документации следует, что ремиссии чаще всего просто констатировались механически. Отследить по записям в амбулаторных картах их качество было затруднительно. Из 86 историй болезни детальное описание ремиссий с указанием на характер психопатологических расстройств в этот период встречалось только в 26 историях болезни (30,2%), то есть не более чем в $\frac{1}{3}$ случаев. Более полная картина была получена из амбулаторных карт – динамическое наблюдение, предыдущие выписные эпикризы.

* качественная ремиссия – ремиссия с полным воздержанием от употребления любого психоактивного вещества не менее 2 месяцев.

Безремиссионное течение заболевания – регистрировалось в 17,4% (15 историй болезни).

Не более 2-3 ремиссий в анамнезе продолжительностью воздержаний от 2 до 4 месяцев – наблюдалось в 44,2% случаев (38 историй болезни).

Зафиксировано в 38,4% случаев (33 истории болезни) 4 и более ремиссий в анамнезе, продолжительностью более 4 месяцев.

Из указанных данных следует, что большинство случаев подпадает под оценку возможного псевдоабстинентного синдрома, как непосредственного атрибута ремиссионных состояний.

Среди факторов, провоцирующих развитие очередного обострения заболевания, указывались:

- а) патологическое влечение к ПАВ – 61,6% (53),
- б) стрессовый фактор – психогения – 19,8% (17),
- в) ухудшение соматического фона – 18,6% (16).

При этом, в случаях указания патологического влечения – пациенты не всегда могли отследить наличие тяги к ПАВ, упоминая такие формулировки «не мог отказаться, когда предложили», «просто все стало раздражать», «надоело быть трезвым».

При анализе дневниковых записей патологическое влечение констатировано во всех 86 случаях. Из них в 100% патологическое влечение отмечалось в структуре абстинентного синдрома и носило компульсивный характер.

В постабстинентном периоде динамика патологического влечения представлена на рисунке 2.

На рисунке 2 отражены динамические показатели влечения к ПАВ. За основу количественной оценки принято число симптомов, описываемых в различный период пребывания пациента в стационаре.

Наглядно демонстрируются два пика патологического влечения: в первые десять дней – абстинен-

тный синдром, с 16 по 20 день – псевдоабстинентный синдром.

Чаще всего клиницисты ограничивались лишь констатацией патологического влечения к ПАВ. При этом клинический спектр влечения раскрыт был лишь в 32 случаях (37,21%).

Обобщая информацию, можно выделить следующее упоминание групп симптомов:

Аффективный круг – эмоциональная лабильность, тревога, раздражительность, дисфория, дистимия, недержание аффекта, тоска.

Когнитивный – замедление мыслительного процесса, скачка идей, фиксация мыслей на коротком пребывании в терапевтической программе, когнитивное предугадывание ухудшения состояния.

Поведенческий компонент – гетеро- и аутодеструктивные действия, манипулятивное поведение.

Вегетативный компонент – генерализованные, нелокализованные, летучие алгии, вегето-сосудистая дистония.

Формулирование псевдоабстинентного синдрома, как ведущего, обуславливающего тяжесть состояния пациента в указанный период, в медицинской документации проводится выборочно. Чаще всего в дневниковых записях упоминается «обострение патологического влечения к ПАВ, с фиксацией компульсивного компонента», «внезапное изменение поведения пациента», «актуализация психопатоподобной симптоматики», «негативизм и агрессивные тенденции в поведении».

При описании симптоматики псевдоабстинентного синдрома каждый раз делался акцент на определенной группе симптомов, что позволяет выделить ряд клинических вариантов последнего.

Варианты изображены схематично, расположение их представлено в зависимости от частоты встречаемости (рисунок 3).

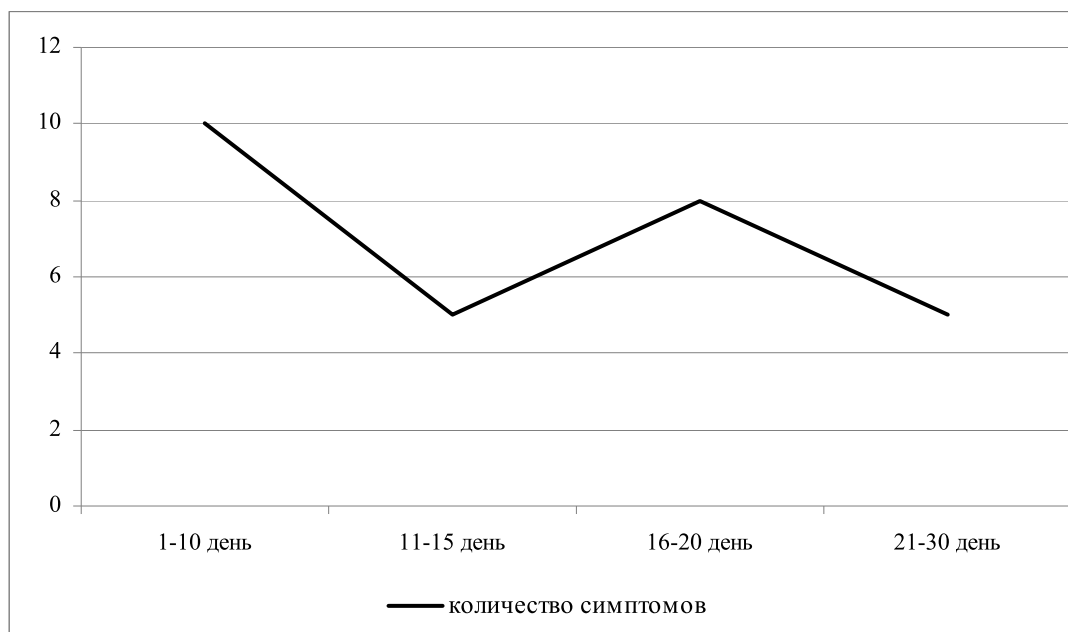


Рисунок 2. Динамика патологического влечения к ПАВ



Рисунок 3. Клинические варианты псевдоабстинентного синдрома

Динамические характеристики псевдоабстинентного синдрома анализировались отдельно по трем подгруппам в зависимости от стажа зависимости (рисунок 4).

На рисунке 4 наглядно показано, что группы отличаются по динамике указанного синдрома.

В частности, небольшой стаж употребления ПАВ обуславливает ранний пик псевдоабстиненции («с места в карьер»), большое разнообразие симптомов, относительно быстрое «сворачивание» клинических проявлений к 10 дню наблюдения.

Средний стаж употребления (от 2 до 10 лет) – обуславливает равномерную кривую синдрома с почти одинаковым подъемом и спуском, со сформированным пиком, а также с разнообразием клинических проявлений. Однако в сравнении с малым стажем наркотизации манифестация состояния в данном случае может проходить менее остро, в пределах отдельных симптомов, редукция состояния, напротив, происходит медленней, удерживая более трёх симптомов к 10 дню.

Большой стаж употребления (свыше 10 лет) – кривая отличается пологим подъемом, более низ-

ким пиком, что свидетельствует в пользу монотонности симптомов, характерна более длительная персистенция симптомов и медленное разрешение клинической картины.

Выводы

Таким образом, при оценке медицинской документации стационарных пациентов с зависимостью от опиоидов выявлены следующие особенности.

1. Ретроспективный анализ клинико-динамических характеристик отдельно взятого синдрома (на примере псевдоабстиненции) фрагментарен, вследствие отсутствия единого алгоритма описания завершённого симптомокомплекса. Данный факт может повлечь за собой потерю информации и недооценку целостной картины заболевания у отдельно взятого пациента.

2. Более целостная картина заболевания в процессе анализа была получена из дополнительных источников – карты амбулаторного больного.

3. Подавляющее большинство проанализированных клинических случаев характеризовалось ремиссионным течением.

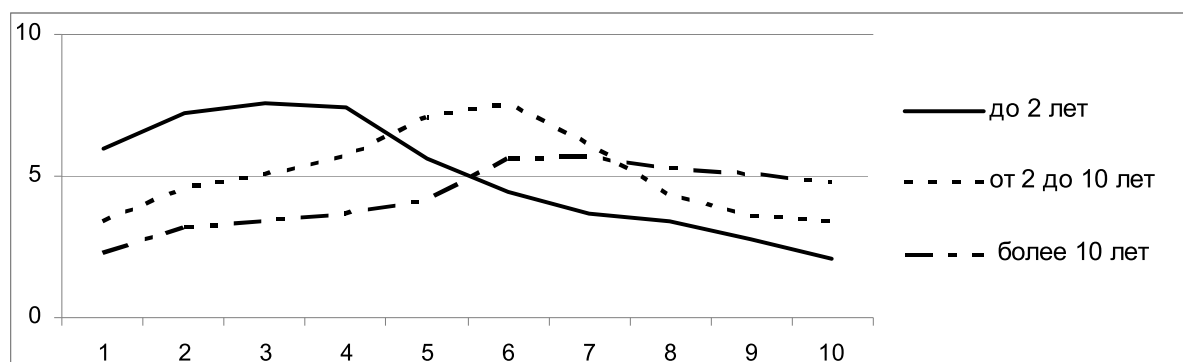


Рисунок 4. Динамика псевдоабстинентного синдрома

4. Чаще всего обострение заболевания начиналось с обострения патологического влечения и вербализировалось большинством пациентов в качестве провоцирующего фактора срыва.

5. Анализируя динамические характеристики синдрома патологического влечения к ПАВ, выделена его двухпиковая динамика, что позволило определить второй пик как собственно псевдоабстинентный синдром.

6. Deskриптивно выделены следующие варианты течения псевдоабстиненции: дисфорический, агрипнический, депрессивный, вегетативный, астено-апатический, сихопатоподобный вариант.

7. Динамика псевдоабстинентного синдрома зависит от стажа наркотизации – острое развертывание симптомов при малом стаже зависимости со временем уступает место сглаженности, размытости клинической картины.

Список использованной литературы:

1. Беседина О.Б. Ремиссия при алкогольной зависимости у осужденных в условиях пенитенциарных учреждений: автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук. – Томск, 2007.
2. Битенский В.С., Чернова Т.М. Алкоголизм и киндлинг // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. – 2005. – № 2 (8). – С. 21-23.
3. Овчаренко Н.А. Системный подход к прогнозированию псевдоабстинентного синдрома у больных с опиоидной зависимостью // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 25-32.
4. Плоткин Ф.В. Псевдоабстинентный синдром в клинике аддикций: патогенетические механизмы и терапевтическая тактика // Наркология. – 2010. – № 1. – С. 93-98.
5. Резников О.В. Аффективные расстройства в постабстинентном периоде у больных героиновой наркоманией, перенесших черепно-мозговую травму: автореферат на соискание ученой степени канд. мед. наук. – М, 2003.

УДК 616.89; 615.832.9; 615.851

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ТОКСИЧЕСКИХ ПСИХОЗОВ (на примере описания двух клинических случаев)

Д.Ф. Шадаева

врач-нарколог Центра медико-социальной реабилитации, г. Астана (РК)

Основопологающей частью, формирующей группу urgentных наркологических состояний, несомненно, являются психотические расстройства. Таковые имеют ключевое значение по нескольким причинам. Во-первых, среди всех urgentных состояний психозы занимают лидирующие позиции по частоте встречаемости. Во-вторых, они обуславливают тяжесть целостного состояния организма, отражая полиорганное неблагополучие. В-третьих, они определяют течение последующих этапов заболевания [2].

В наркологической практике могут встречаться различные виды психотических расстройств – как экзогенные, так и эндогенные. Собственно наркологические психозы (интоксикационные, постинтоксикационные) принадлежат к типу экзогенных [1].

Истинные симптоматические психозы объединяют в себе психозы при соматических неинфекционных и инфекционных заболеваниях, а интоксикационные психозы выделяют в самостоятельную классификационную рубрику. Однако полная идентичность остро развивающихся интоксикационных психозов с помрачением сознания и затяжных эндоформных психозов (при инфекционных и соматических

заболеваниях) делает возможным описание интоксикационных психозов в группе психозов симптоматических [4].

В своей практической деятельности клиницист должен руководствоваться не просто выделением отдельных форм сугубо наркологических психотических расстройств (алкогольный делирий, острые, подострые и хронические параноид и галлюциноз), но и классифицировать типовые патологические процессы, запущенные в организме пациента. В этом во много помогает следующая классификация:

1. *Острые симптоматические психозы с помрачением сознания* (оглушение, делирий, аменция, эпилептиформные и онирические состояния, острый вербальный галлюциноз);

2. *Протрагированные или промежуточные симптоматические психозы* – переходные синдромы по Вику (депрессии, депрессии с бредом, галлюцинозно-параноидные состояния, апатический ступор, мании, псевдопаралитические состояния, транзиторный корсаковский психоз и конфабулез);

3. *Органический психосиндром* следствие длительного воздействия той или иной вредности на мозг.

Применение данной классификации имеет прикладное значение при проведении дифференциальной диагностики клинически сложных, дискуссионных случаев психотических расстройств [3].

В качестве подтверждения вышеизложенного приводятся 2 клинических случая, иллюстрирующих сложности дифференциального диагноза психозов на различных этапах наркологической помощи.

Случай 1

Пациент К., 47 лет, поступил в приемный покой по самостоятельному обращению в ночное время с жалобами на страх, с ощущением надвигающейся катастрофы, с убежденностью в попытках со стороны врачей скорой помощи убить его, «заколов его галоперидолом», с целью завладеть его имуществом, с уверенностью в тайном сговоре между «медиками и отцом».

Из анамнестических сведений

Страдает алкоголизмом в течение 15 лет, когда впервые употребление алкоголя стало систематическим – до ежедневного приема алкоголя. Примерно в течение последующего года оформились компоненты синдрома зависимости (потеря контроля выпитых доз, неуклонный рост толерантности, неукротимая тяга к спиртному, исчезновение защитных реакций). В течение 7 лет употребления алкоголя толерантность выросла до 1,5 литров водки. В течение последних 4 лет регистрируются истинные запои продолжительностью до 1,5-2 месяцев, со светлыми промежутками между ними до 2 месяцев.

В течение зависимости регистрируются непродолжительные посттерапевтические ремиссии, – после курсов закрепительной терапии, стресс-шоковых методик, не более полугода. В анамнезе множественные госпитализации – начиная с 1997 года, ежегодно по 2-3 госпитализации, из них 3 раза в принудительном порядке (от 6 месяцев до 1 года).

В анамнезе – регистрируются 2 эпизода психотических расстройств: 2008 год – алкогольный делирий, 2010 год – алкогольный галлюциноз.

Предшествующая описываемому обращению госпитализация продолжительная, недобровольная. Выписка за 15 дней до обращения. Сразу последовал рецидив заболевания, запой около 12 дней. На фоне обрыва пьянства к концу вторых суток на фоне умеренно выраженных симптомов алкогольной отмены изменился в состоянии. Стал взбудораженным, многоречивым, отец стал наблюдать враждебность, неусидчивость, высказывания в адрес окружающих, убежденность в «разворачивающейся слезке». В течение 2 суток регистрировалась стойкая бессонница, в связи с чем вызвана бригада скорой психиатрической помощи, введен седативный препарат, пациент оставлен дома, так как исключены признаки нарушения сознания. После кратковременного сна в состоянии пациента сохранялось возбуждение, взбудораженность, нестабильный эмоциональный

фон. Продолжал высказывать ошибочные идеи, включил в «систему интерпретаций» действия врачей, будучи убежденным в угрозе расправы. Самостоятельно добрался через весь город в приемный покой наркологической клиники. Обратился в приемное отделение «в попытке разобраться с произволом медиков и для введения антидота галоперидолу».

В соматическом статусе: обращает на себя внимание легкая гиперемия кожных покровов, без одутловатости лица. Блеск склер. Умеренная гипертензия – АД 145*95 мм.рт.ст. Легкий тремор кончиков пальцев. В п. Ромберга устойчив. Выполнение координаторных проб с интенцией.

Психический статус: в кабинет вошел без приглашения, походка стремительная. Ориентирован в полном объеме. Выглядит взбудоражено, взгляд бегущий. Затем начинает «сверлить глазами» собеседника. Не обращая внимания на посторонних в кабинете, спонтанно вступает в беседу. Голос громкий. Говорит быстро, скороговоркой, порой «глотаю» слова, переходя на хрип. Эмоционально неустойчив, аффект неудержим, меняясь от приподнято-восторженного до угрюмо-тоскливого. Периодически растерян. Излагает жалобы избирательно, урывками, твердит рефреном о «происках врачей, отравлении». Стеночно объясняет о свои жалобы. Снимает с себя одежду, чтобы продемонстрировать места инъекций. Обманов восприятия не обнаруживает. При попытках словесной коррекции становится тревожным, подбегает к окну, глядясь в темноту. Мышление ускорено, фиксировано на ошибочных умозаключениях. Качество суждений страдает. Критика к состоянию отсутствует.

Динамика состояния и терапевтическая тактика

Состояние пациента расценено как abortивный вариант алкогольного делирия, по экстренным показаниям госпитализирован в палату интенсивной терапии. Назначен курс дезинтоксикационной терапии с парентеральными формами бензодиазепина.

В динамике обращала на себя внимание устойчивость клинических симптомов, преобладание в картине заболевания бредовой симптоматики интерпретативного характера, отсутствие критического/литического выхода, ундулирующее течение психопродукции в пределах 2 недель, резистентность к седативной терапии, относительно быстрое восстановление сна. Система бредообразования приостановлена под воздействием типичного нейролептика. Однако в течение последующих 2 недель сохранялась «инкапсуляция» бреда в резидуальную паранойю. Критика к состоянию в полном объеме восстановилась через 2 месяца после перенесенного психоза.

Обсуждение

Данный клинический случай демонстрирует пример ошибочной квалификации состояния вследствие дефекта дифференциального диагноза в пределах группы острых симптоматических психозов и груп-

пы протрагированных (промежуточных) психозов. В данном случае психопродукция, которая носила исключительно бредовый характер, была механически отнесена к спектру расстройств сознания. Клиницистами не был учтен динамический паттерн развития параноидного синдрома, в частности манифестация в виде острого чувственного бреда, переход от интерпретативного к паранойяльному компоненту.

Случай 2

Пациент Ф., 33 года, доставлен в приемный покой бригадой скорой психиатрической помощи в сопровождении матери с указанием на нарушение поведения, агрессивность, затруднение контакта, возбуждение, объективные признаки испытываемых обманов восприятия.

Анамнестические сведения

Состоит на «Д» учете в наркологическом диспансере в течение 5 лет с диагнозом психических и поведенческих расстройств вследствие сочетанного употребления опиоидов и алкоголя.

Первые пробы алкоголя относятся к 18 годам. Проба опиоидов – 20 лет. Прием героина систематизировался в течение 6 месяцев. К этому времени полностью сформированы все компоненты психофизической зависимости. Толерантность к наркотику составляла 4-5 грамм, что вынудило пациента спустя 5 лет регулярной наркотизации сочетать героин с алкоголем. В течение месяца установилась запойная форма пьянства, с продолжительностью абзусов до 2-2,5 месяцев. Первоначально перемежал периоды приема наркотика с запоями. В течение последних 2 лет толерантность к ПАВ начала снижаться. В этот период начал сочетать наркотик и алкоголь в интоксикации, с целью продлить состояние оглушения и эйфории. В течение последнего года периодически употреблял «тропикамид» внутривенно, «азалептин» перорально, для модуляции опьянения.

В анамнезе многочисленные госпитализации (13), предшествовавшая госпитализация в течение 24 дней с клиникой синдрома отмены. После выписки в течение 4 дней находился дома. Был замечен матерью за употреблением медицинских препаратов, выписанных участковым терапевтом по рецепту (азалептол, амитриптилин).

Со слов матери, состояние начало изменяться в течение 2 дней, когда на фоне расстройств сна стал раздражительным, беспокойным, заговаривал с мнимым собеседником, обирал с себя невидимых насекомых, постепенно нарушился контакт, молчаливо порывался куда-то бежать. Алкоголь и героин в этот период не употреблял. Данные жалобы послужили поводом для обращения за медицинской помощью.

Объективный статус

Кожные покровы желтушные, горячие на ощупь, сухие. Склеры инъекцированы, зрачки расширены. Реакция на свет вялая, содружественная. Слизистые

суховатые. Дыхание учащено до 22 в минуту. АД 150*95 мм.рт.ст. Координаторные пробы выполняет с промахами. В позе Ромберга пошатывание.

Психический статус

В кабинет зашел в сопровождении матери и медицинских работников. Возбужден, в движении по кабинету, отказывается присесть, негативистичен. На вопросы не отвечает. Твердит однообразно, что «охранник его друг». Ложно узнает в окружающих своих родных, врачей других отделений. Нецензурно бранится. Дезориентирован в месте. На вопрос о времени не отвечает. Отказывается выполнять команды. Аффект неустойчив. Мышление фрагментарно. Внимание привлекается с трудом. Обнаруживает объективные признаки обманов восприятия. Так, начинает внезапно прислушиваться к чему-либо. Затем прячется под стол. Критика к состоянию отсутствует.

Динамика состояния

По экстренным показаниям госпитализирован в палату интенсивной терапии с клиникой делириозного синдрома. Диагноз, однако, был обоснован следующим образом: «Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления опиоидов и алкоголя. Синдром зависимости. Острая интоксикация с расстройствами восприятия».

Психотическая симптоматика была резистентна к действию транквилизаторов. Дезинтоксикационная терапия проводилась из расчета 40 миллилитров на килограмм массы тела. На третьи сутки начат курс нейрелептика (раствор галоперидола 0,5% – 2 мл внутривенно капельно на 200 миллилитров физиологического раствора). При изменении тактики медикаментозной терапии произошел литический обрыв психоза. Психотический эпизод частично амнезирован. После выхода из психоза сохранялся переходный астено-депрессивный синдром.

Обсуждение

В ходе госпитализации были допущены неточности формулировки диагноза. Ведущим синдромом в картине заболевания явился делириозный синдром. Неверно расценена этиология данного синдрома. Согласно анамнезу делирий вызван интоксикацией снотворных и антидепрессантов. В то время как по сформулированному диагнозу следует, что имел место интоксикационный психоз алкогольного или опиоидного генеза.

Диагноз должен был звучать следующим образом: «ППР вследствие употребления снотворных. Острая интоксикация с расстройством восприятия. ППР вследствие употребления опиоидов и алкоголя. Синдром зависимости».

Данный клинический случай демонстрирует пример необходимости проведения детальной дифференциальной диагностики между острыми интоксикационными и постинтоксикационными психозами, в том числе с разграничением помрачений сознания от изолированных галлюцинозов.

Дифференциальная диагностика

Признак	Патологическое алкогольное опьянение	Медикаментозный психоз (делирий)
Этиология	Алкоголь	Медикаменты, обладающие М-холинолитическим действием
Предиспонирующие факторы	Неблагоприятный органический фон	Алкогольная/металкольная интоксикация, нарушение функции печени
Манифест	Острый, внезапный	Постепенный, через «светлый» промежуток
Течение	Равномерное	Волнообразное
Основной синдром	Сумеречный	Делириозный
Продолжительность	До нескольких часов	До нескольких дней
Вегетативные «знаки»	Гиперемия лица, гипергидроз, запах алкоголя на расстоянии	Кожа желтушная, сухая, может быть горячая на ощупь, слизистые суховаты
Выход	Критический	Литический

Таким образом, при диагностической оценке наркологических синдромов важен системный подход, в котором все элементы интегрированы в единый блок дифференциального диагноза. В свою очередь узловые вопросы диагностического поиска дол-

жны выстраиваться как по вертикали – определить уровень расстройства – психотический с расстройством сознания или без такового, так и по горизонтали – этиологическая верификация, выявление варианта течения и прогноз.

Список использованной литературы:

1. Алкоголизм. Руководство для врачей. (Под редакцией Г.В.Морозова, В.Е.Рожнова, Э.А.Бабаяна). – М., 1983.
2. Альтишулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. – М., 1994.
3. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам (Под ред. проф. Н.Н. Иванца). – М., 2000. – 80 с.
4. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – М.: Медицина, 1991.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

УДК 616.89

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ АДДИКТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

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. Алматы
А.А. Кусаинов	заместитель директора по научно-исследовательской работе РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар
Е.Б. Байкенов	руководитель патентно-информационного отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

В ходе реализации комплексного исследовательского проекта по проблеме деструктивных социальных эпидемий нами были обоснованы основные принципы и разработана комплексная система управления качеством процессов противодействующей активности, разворачиваемых в социальном секторе Республики Казахстан (здравоохранении, образовании, секторе неправительственных организаций, медийных и информационных сетей).

Общие характеристики разработанных концептов следующие.

Главное функциональное назначение апробированных принципов и системы управления качеством – представлять инструмент эффективного институционального контроля в сфере распространения идентифицированных типов социальных эпидемий. При этом под качеством процессов противодействующей активности, реализуемых в социальном секторе, подразумевается степень соответствия основных характеристик профильной помощи – структурных, технологических, управленческих и др., – потребностям основных целевых групп, а также научно обоснованным требованиям в сфере достижения планируемых показателей.

Далее, нами было разработано следующее рабочее определение системы управления качеством: «Комплексная система менеджмента качества (КСМК) профильной помощи (ПП) – наиболее перспективная форма организационно-управленческой деятельности, позволяющая чётко идентифицировать предмет, параметры и методы оценки качества ПП, а также использовать наиболее адекватные способы постоянного улучшения всех компонентов оказания ПП».

Вышеназванное определение подчёркивает конструктивные особенности и прагматический характер разработанной системы управления качеством ПП, направленных на реализацию следующего алгоритма: 1) формирование адекватных, научно-обоснованных представлений о предметной сфере орга-

низационно-управленческих усилий, обеспечивающих итоговое высокое качество оказываемой помощи; 2) определение основных параметров, с использованием которых исследуется и оценивается категория качества; 3) определение наиболее адекватных методов и инструментов оценки данных параметров, целью отслеживания объективной динамики качества оказываемой помощи; 4) идентификация наиболее эффективных организационно-управленческих технологий, способствующих непрерывному совершенствованию всех значимых компонентов профильной помощи.

Основные теоретические положения, на которых базируется КСМК, следующие.

Комплексная система менеджмента качества ПП представляет собой системный синтез трёх наиболее известных и широко практикуемых подходов в сфере улучшения качества профильной помощи – триады качества Донабедиана, компонентов качества ВОЗ, принципов и технологий Всеобщего менеджмента качества (TQM) – с использованием функциональных возможностей и преимуществ каждого из них, а также – возможностей взаимного потенцирования и усиления эффекта системного взаимодействия.

Ниже приведены характеристики основного функционального назначения каждого из поименованных системных компонентов КСМК.

Триада качества Донабедиана – основное функциональное назначение данного компонента КСМК – чётко определять предмет качества, применительно к системе профильной помощи. Таким образом, основным предметом качества в КСМК являются характеристики структуры, процесса и результата профильной помощи.

Компоненты качества ВОЗ – согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), качество помощи обеспечивается четырьмя универсальными компонентами – адекватностью, экономичностью, обоснованностью и высоким научно-техническим уровнем её оказания, эффектив-

ностью. Основное функциональное назначение данного структурного блока КСМК – чётко определить параметры, методы исследования и оценки качества профильной помощи. То есть каждому из вышеназванных компонентов соответствуют определённые методы и технологии оценки качества ПП.

Основные принципы и технологии Всеобщего менеджмента качества (TQM) – данная совокупность принципов и технологий представлена стандартами ISO (Международная организация по сертификации в сфере управления качеством), содержащими основные требования и указания по улучшению качества. При этом имеется в виду необходимость реализации следующих основополагающих принципов: 1) ориентация на заказчика и потребителя; 2) ведущая роль руководства; 3) вовлечение сотрудников; 4) процесс-ориентированный подход; 5) системный подход к управлению; 6) постоянное

улучшение; 7) подход к принятию решений, основанный на фактах; 8) взаимовыгодные отношения с партнерами. Основное функциональное назначение данного структурного блока КСМК – определять наиболее адекватные и эффективные организационно-управленческие технологии постоянного совершенствования всех компонентов, обеспечивающих качество ПП.

На рисунке 1 представлена общая структура КСМК с основными характеристиками каждого системного компонента.

Как следует из рисунка 1, общая структура КСМК ПП представлена тремя вертикальными и множественными горизонтальными уровнями взаимодействующих системных блоков, в совокупности обеспечивающих искомый результат – возможность эффективного блокирования тенденций распространения социальных эпидемий.

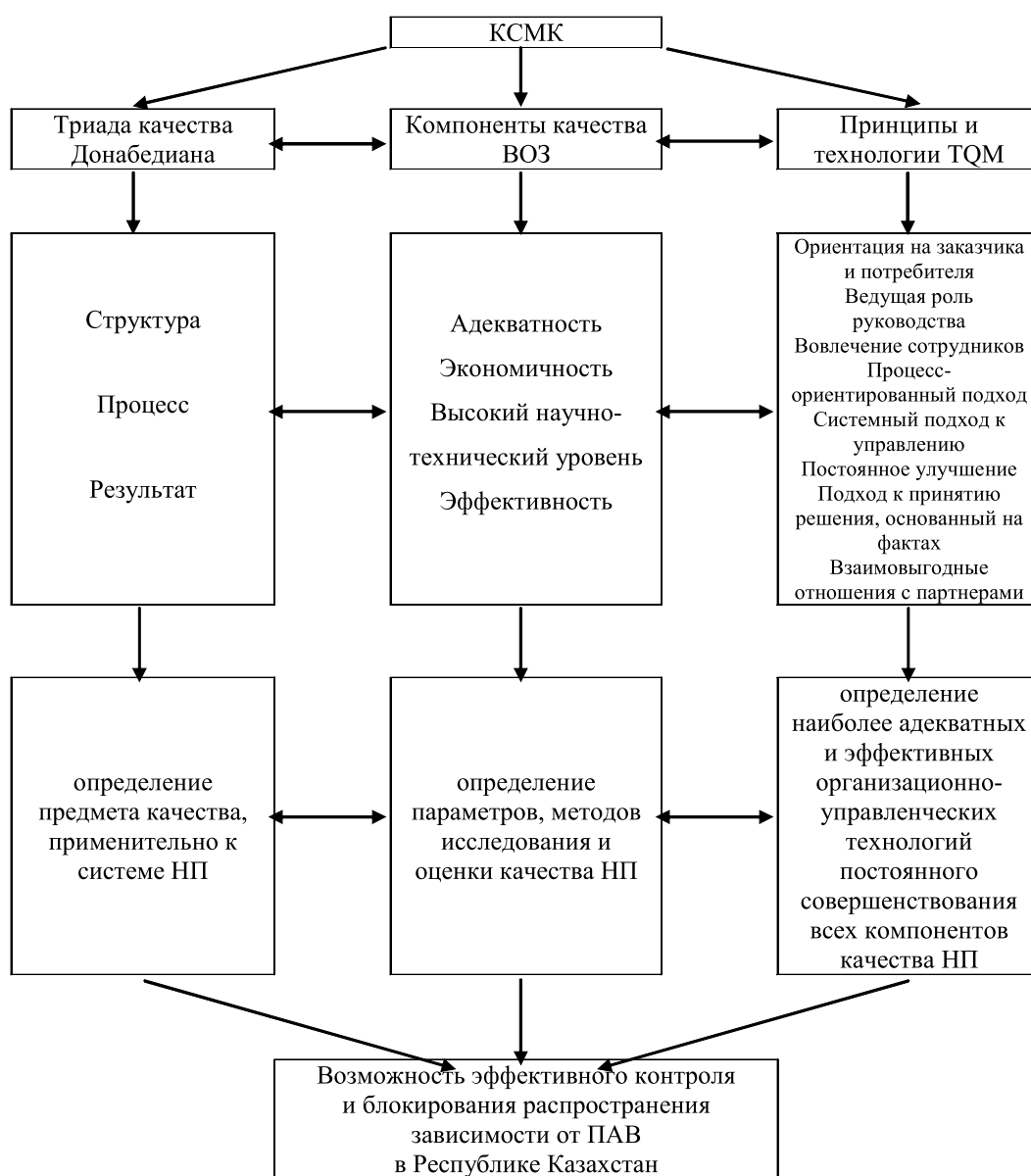


Рисунок 1. Структура КСМК ПП и основные характеристики каждого системного компонента

Собственно предметная сфера КСМК, как точка приложения основных усилий по обеспечению качества ПП, представлена следующими основными и, что очень важно, – индикативными процессами:

- управления и координации (данная приоритетная группа процессов призвана обеспечить становление, устойчивое развитие и эффективное взаимодействие основных кластеров, представляющих метамодель социальной психотерапии);

- технологическими процессами, соответствующими каждому профилю противодействующих усилий, ассоциированных в метамодели социальной психотерапии;

- обеспечение необходимыми ресурсами – кадровыми, структурными, материально-техническими, финансово-экономическими, формирующими адекватный масштаб противодействующих усилий;

- консолидации партнерских возможностей (данная группа процессов имеет непосредственное отношение к налаживанию конструктивного взаимодействия между всеми представителями общества, заинтересованными в установлении эффективного контроля над процессами распространения социальных эпидемий).

Основная идея повышения качества ПП, применительно к обозначенной предметной сфере, заключается в том, что существует принципиальная возможность: 1) структурирования каждого основного процесса на подпроцессы следующего уровня; 2) формирования наиболее востребованных, научно-обоснованных образцов (эталонов) каждого процесса и подпроцесса; 3) достижения максимально возможной степени соответствия производимых услуг разработанным технологическим эталонам и потребностям целевых групп населения; 4) постоянного обновления данного цикла на все более высоком технологическом и организационном уровне.

Для эффективной реализации обозначенных возможностей по улучшению качества профильной помощи в модели КСМК разработаны следующие стратегии.

Первой, обязательной в модели КСМК стратегией, является достижение максимального соответствия оказываемой профильной помощи утвержденным эталонам (стандартам). Реализация данной стратегической линии не представляет особых сложностей в случае, если соответствующие технологические образцы-эталоны разработаны и утверждены, а также существуют механизмы постоянного контроля в сфере оказания профильных услуг.

Вторая – стратегия инновационного внедрения с институализацией эффективных технологий в систему утвержденных профессиональных стандартов ПП. За счёт реализации данного стратегического направления возможно постоянное улучшение системы профессиональных стандартов в сфере противодействия процессу распространения социальных эпидемий. Обязательными условиями здесь являются

наличие научной базы с возможностями разработки, экспериментальной апробации и определения сравнительной эффективности инновационных и традиционных подходов.

Третьей обязательной стратегией является достижение максимального соответствия ПП потребностям основных целевых групп, без чего невозможен полноценный охват нуждающегося населения наиболее востребованными видами помощи. Реализация данной стратегической линии предполагает наличие специальной программы мониторинга качества профильных услуг с отслеживанием обратной связи в целевых группах населения.

В связи со всем выше изложенным, в модели КСМК устанавливается следующий регламент реализации обозначенных стратегических направлений:

- реализация программы базового многоуровневого мониторинга по определению ситуации, связанной с распространением социальных эпидемий и оценки эффективности противодействующих усилий;

- реализация базовых исследований по идентификации системного доктринального, институционального дефицитов, разработки и апробации соответствующих инновационных технологий, утверждения системы профессиональных стандартов по каждому направлению деятельности, представляющему метамодель социальной психотерапии;

- масштабное внедрение соответствующих технологических блоков по основным направлениям противодействующей активности;

- осуществление промежуточного, а также итогового контроля эффективности по отдельным технологиям, профильным кластерам, метамодели социальной психотерапии в целом, с выявлением проблемных зон и несоответствия установленным критериям эффективности; определение задач в сфере обеспечения качества для научного, практического и образовательного секторов по каждому профильному направлению;

- реализация актуальных исследовательских проектов, программ по управлению качеством в практическом секторе и профильных учреждениях образования;

- обновление системы профессиональных стандартов в соответствии с вновь полученными, научно-обоснованными данными и результатами обратной связи от основных потребителей профильных услуг;

- возобновление общего стратегического цикла КСМК.

Далее, были разработаны основные инструменты реализации комплексной системы менеджмента качества профильной помощи, оказываемой в метамодели социальной психотерапии: 1) система профессиональных стандартов; 2) модель отраслевого кластера; 3) модель функциональных управленческих групп; 4) модель стратегического и оперативно-

го планов развития по каждому профильному кластеру с системой промежуточных и конечных индикаторов эффективности.

Наиболее важным, с точки зрения реализации главной идеологии КСМК, является инструмент *профессиональных стандартов профильной помощи*.

В контексте общей идеологии КСМК под системой профессиональных стандартов понимается нормативно заданная и согласованная активность соответствующих социальных институтов и служб, направленная на достижение планируемых результатов по установлению эффективного контроля в сфере распространения социальных эпидемий.

При этом предполагается, что такой результат будет достигаться за счёт повышения эффективности нормативного регулирования деятельности системы профильной помощи.

Таким образом, основная функция системы профессиональных стандартов заключается в упорядочивании воспроизводства основного технологического цикла ПП за счёт достижения соответствия эталонно-нормативным требованиям.

Узкофункциональное определение профессионального стандарта, соответственно, подразумевает наличие утвержденного нормативного документа, в котором устанавливаются общие принципы, характеристики, правила и содержание различных аспектов деятельности по оказанию ПП, многократное использование которых закономерно приводит к планируемому результату.

Основные виды профессиональных стандартов в системе метамодели социальной психотерапии следующие:

- стандарт многоуровневого мониторинга ситуации в сфере распространения социальных эпидемий и оценки противодействующих усилий;
- стандарт услуг, реализуемых в профильных кластерах;
- стандарт спецификации и квалификации специалистов, действующих в метамодели социальной психотерапии;
- стандарт профессиональной подготовки профильных специалистов (додипломное, последипломное, дополнительное и непрерывное образование);
- организационный стандарт (нормативная база; основные группы ресурсов – материально-технических, финансово-экономических, кадровых; структурные характеристики ПП; организационно-управленческое обеспечение деятельности по оказанию ПП).

Вышеприведённая систематизация профессиональных стандартов обеспечивает их оптимальное и наиболее эффективное взаимодействие в общем процессе обеспечения роста качества профильной помощи.

Универсальная структура каждого профессионального стандарта содержит следующие элементы:

- область применения;

- определение целей и задач стандарта;
- определение субъектов и объектов (целевые группы), вовлекаемых в поле функциональной активности определенного профессионального стандарта;
- определение обязательных базисных элементов, образующих функциональный каркас стандарта;
- определение конкретного содержания каждого базисного элемента;
- определение результатов, которые планируется достичь с использованием данного стандарта;
- определение инструментов и критериев оценки данного результата.

Наличие и основательная проработка каждого из вышеприведенных пунктов, определяющих структуру и содержание профессионального стандарта, обеспечивает целостность и самодостаточность данного инструмента. Так, позиции 3, 4, 5 приведённой структуры стандарта могут использоваться при оценке промежуточных индикаторов, а позиция 6 – при оценке конечных индикаторов качества ПП. Позиция 7 в приведённой универсальной структуре определяет методологию оценки эффективности и качества оказываемой ПП.

Принцип системного взаимодействия и взаимопотенцирования вышеобозначенных профессиональных стандартов профильной помощи раскрывается на рисунке 2.

Как следует из рисунка 2, использование стандарта многоуровневого мониторинга в сфере распространения социальных эпидемий, ориентированного, прежде всего, на точное выявление потребностей в профильной помощи и степени удовлетворения данных потребностей в метамодели социальной психотерапии, дает возможность адекватной разработки стандарта профильных услуг.

Таким образом, обеспечивается максимальное соответствие структуры и содержания стандарта услуг нуждам и запросам основных потребителей профильной помощи.

Далее, специфика стандарта услуг в форме установленных требований по ассортименту, объёму и качеству предоставляемых видов помощи будет, в свою очередь, определять содержание стандарта спецификации и квалификации специалистов, действующих в метамодели социальной психотерапии.

Соответственно, содержание последнего стандарта будет обуславливать специфику стандарта профессиональной подготовки профильных специалистов.

Далее, на основании содержания всех вышеназванных стандартов производится необходимый расчёт структурного, технологического, кадрового, нормативно-методологического обеспечения деятельности профессиональных служб, то есть разрабатываются соответствующие организационные стандарты.

Эффективность противодействующих усилий оценивается с помощью программы мониторинга, включающей систему промежуточных и конечных индикаторов, например, таких как определение ито-



Рисунок 2. Система профессиональных стандартов в сфере противодействия социальным эпидемиям

говых уровней контроля в сфере распространения отдельных типов социальных эпидемий.

Таким образом, в приведенной схеме каждый стандартный элемент является логически выводимым следствием предыдущего и главным базисом для формирования последующего компонента, что является основным условием обеспечения высокого качества процесса воспроизводства технологий профильной помощи, оказываемой в метамодели СП.

Модель отраслевого кластера является наиболее эффективной организационно-управленческой структурой профильной помощи, действующей в рамках метамодели СП.

Цель организации отраслевого кластера – обеспечение высокого качества профессиональной (психолого-психотерапевтической, аддиктологической, саногенной) деятельности, осуществляемой на основе интеграции профильных научных, образовательных и практических учреждений и организаций.

Задачами отраслевого кластера являются:

- внедрение КСМК в научно-исследовательскую деятельность, в процесс разработки и реализации образовательных технологий, в практическую деятельность соответствующих учреждений и организаций;
- реализация основных стратегических направлений и общей последовательности действий по обеспечению качества оказываемой профильной помощи, предусмотренных КСМК;
- интенсивное ресурсное взаимодействие профильных секторов науки, образования, технологи-

ческой практики с целью обеспечения эффективного контроля в сфере распространения социальных эпидемий;

- реализация определённого сектора общей программы многоуровневого мониторинга, оценивающего уровни распространения социальных эпидемий и эффективность противодействующих усилий.

Органом, координирующим деятельность учреждений и организаций, входящих в систему профильного кластера, является координационный совет, специальный регламент деятельности которого утверждается делегатами от каждой участвующей организации.

Основным нормативным документом, регулирующим взаимодействие участников отраслевого кластера, является многосторонний договор о сотрудничестве в сфере повышения качества профильных услуг, утвержденный руководителями соответствующих научных, образовательных и практических учреждений и организаций.

По аналогичной схеме осуществляется взаимодействие профильных кластеров в метамодели социальной психотерапии.

Модель функциональных управленческих групп, ориентированная по ключевым проблемам в сфере управления качеством профильной помощи, представлена следующим составом:

- 1) группа мониторинга ситуации в сфере распространения социальных эпидемий и оценки противодействующих усилий;

- 2) группа стратегического и оперативного планирования;
- 3) группа контроля качества;
- 4) группа внедрения инновационных технологий ПП.

В своей деятельности каждая группа руководствуется разработанным положением, где обозначается предпочтительный состав, квалификация участников, руководящее ядро, общий алгоритм деятельности, подчинение и отчетность.

Каждая группа тесно взаимодействует с соответствующими отделами или специалистами профильного научного центра.

Многолетние стратегические и оперативные планы деятельности отраслевого кластера, конкретной организации или учреждения, входящего в данную структуру, представляют – по своим основным фрагментам – функциональный аналог алгоритма реализации главных стратегических направлений КСМК.

В настоящее время в РК институализация мета-модели социальной психотерапии, комплексной системы менеджмента качества имеет место в части организации аддиктологического кластера, ориентированного на целевую группу населения с высокими рисками и признаками химической зависимости. По данному направлению ведётся многолетний мониторинг, отслеживается динамика основных показателей. По другим профильным направлениям процесс институализации находится в стадии разработки, утверждения профильными министерствами и ведомствами основных нормативных документов. Вместе с тем, в основополагающем документе, определяющем политику и направления антинаркотической деятельности в РК – Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 гг. – предписывается реализация мероприятий, «...направленных на повышение эффективности соответствующих диагностических и первично-профилактических программ по формированию высоких уровней устойчивости к вовлечению в основные социальные эпидемии (наркомании, тоталитарные секты, экстремистские организации, игромании)... для выполнения поставленных задач необходимо совершенствование психотерапевтической, социально-психологической помощи в Республике Казахстан» (раздел 4 «Основные меры по достижению цели и решению приоритетных задач», п. 5).

Таким образом, в период до 2014 г. планируется проведение полномасштабной институализации разработанных инновационных подходов по двум другим направлениям профильной помощи – психолого-психотерапевтической и саногенной.

В отношении продвижения по первому направлению следует отметить, что в сентябре 2007 г. был издан приказ Министерства здравоохранения РК «Об организации кластера в системе наркологической помощи в Республике Казахстан». Планирует-

ся, что к 2014 г. сферой активности данного отраслевого кластера будет охвачено до 60% нуждающегося населения.

В рамках утверждённых и действующих государственных программ («Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2009-2011 годы», «Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012-2016 годы», «Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы») осуществляется оснащение учебных заведений РК компьютерными диагностическими программами по определению вероятных рисков формирования и развития аддиктивных форм поведения; проводится подготовка школьных психологов и социальных педагогов по эффективной коррекции высоких рисков данного профиля. Таким образом, можно говорить о полномасштабной реализации наиболее приоритетного этапа аддиктологической помощи – профилактического.

Результаты масштабной институализации профилактических и других инновационных технологий наркологического профиля выражаются, в частности, в том, что начиная с периода 2007-2008 годов, впервые за последние 15 лет отмечается отчётливая и устойчивая тенденция к уменьшению первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ среди детей, подростков и общего контингента. Так, показатель первичной заболеваемости среди детей до 14 лет (на 100 тысяч детского населения) с 19,1 в 2006 г. снизился до 6,0 в 2010 г.; показатель общей заболеваемости среди детей до 14 лет (на 100 тысяч детского населения) в аналогичный период времени снизился с 38,8 до 13,2.

Динамика аналогичных показателей среди детей от 15 до 17 лет, соответственно, составила от 190,6 в 2006 г. до 114,3 в 2010 г. (первичная заболеваемость); от 405,0 в 2006 г. до 302,5 в 2010 г. (общая заболеваемость).

Среди общего контингента за рассматриваемый период показатель первичной заболеваемости снизился с 70,2 до 49,3 на 100 тысяч населения; показатель общей заболеваемости снизился с 360,4 до 306,2 на 100 тысяч населения (Ганина Л.Ю., Гафарова Н.В., 2011).

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что по профилю эпидемии химической зависимости в Республике Казахстан, начиная с 2007 г. есть заметное продвижение от второго к третьему уровню контроля, когда масштаб и эффективность противодействующих усилий соответствуют масштабу основной проблемы.

Список использованной литературы:

1. Ганина Л.Ю., Гафарова Н.В. Аналитический обзор о характеристиках популяции потребителей наркотиков и спросе на медицинские услуги в Республике Казахстан. – UNODC, 2011. – 196 с.

УДК 616.89-008.441.33

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ДАННЫХ ОТНОСИТЕЛЬНОГО РИСКА СМЕРТИ СРЕДИ ПОПУЛЯЦИИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (КРОМЕ АЛКОГОЛЯ) К ОЖИДАЕМОМУ ЧИСЛУ СМЕРТЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2010 ГОД И 2011 ГОД МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ СТАНДАРТИЗАЦИИ

Н.В. Гафарова

руководитель организационно-методического отдела РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», г. Павлодар

Ж.К. Мусабекова

руководитель отдела биостатистики РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», к.м.н., г. Павлодар

Учёт того, сколько человек умирает ежегодно и почему (наряду с тем, какими болезнями и травмами страдают живущие люди), является важнейшим способом оценки эффективности системы здравоохранения в стране. С помощью этих цифр органы общественного здравоохранения определяют, правильно ли они фокусируют свою деятельность.

Смертность является одним из главных индикаторов состояния здоровья населения. Причины смертности изменяются во времени: если в отдаленном прошлом люди умирали преимущественно от инфекционных болезней – чумы, малярии, оспы и т.п., то сейчас главной причиной смерти стали болезни системы кровообращения, особенно в развитых странах, где число умерших от этих болезней составляет около 50% (в остальных странах – 27%). Смертность от злокачественных образований занимает второе место среди причин смерти. По этой причине в развитых странах уходит из жизни 21% от числа умерших, в остальных – 11%. Из других причин смертности выделяются психические болезни, наркомания, алкоголизм, а также болезни, вызываемые недоеданием. Одной из распространённых причин смертности являются также и несчастные случаи, причем их количество постоянно увеличивается. Здесь первое место занимают дорожно-транспортные происшествия (ДТП), в этом аспекте имеется достаточно данных относительно посмертной констатации наличия в крови и биологических жидкостях метаболитов психоактивных веществ (ПАВ) у виновников ДТП.

В настоящее время установлено, что потребители наркотиков в значительно большей степени, по сравнению с общим населением, подвержены риску преждевременной смерти (Иванец Н.Н., Кошкина Е.А. и др., 2008). Причинами высокого уровня смертности являются последствия ВИЧ-инфицирования, гепатитов и насилия, но наиболее значимой причиной смерти потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) продолжает оставаться передозиров-

ка наркотиков (Галактионов О.К., Кирдяпкина А.В., 2001; Кирдяпкина А.В., 2004). Хотя в таких случаях дифференцировать случайную передозировку от самоубийства очень трудно. Бактериальные, вирусные, грибковые и паразитарные инфекционные болезни по-прежнему вносят значительный вклад в болезненность и смертность среди ПИН.

В своей статье, опубликованной в 1996 г., А. Wodak приводит данные общих показателей смертности среди потребителей инъекционных наркотиков в Австралии, которые колебались от 12 до 9,6 случая смерти на 1000 человеко-лет. Показатель относительного риска смертности среди ПИН, по сравнению с лицами того же возраста и пола в общей популяции, равнялся 17,1 (See C.D.J., Homan et al., 1990). Другими словами, для потребителя ПАВ риск смерти являлся выше в 17 раз, чем для его ровесника из общей популяции. В более поздних публикациях констатируется, что именно с инъекционным употреблением наркотиков связан высокий уровень смертности наркоманов. Согласно исследованиям, смертность среди лиц, употребляющих наркотики внутривенно, многократно превышает смертность в общей популяции населения (EMCDDA Report, 2003, 2005, 2007; Spittal P.M., Hogg R.S., Li K., 2006). В частности, в исследовании, проведенном EMCDDA, изучалась смертность среди потребителей опиоидов, принятых на лечение в некоторых европейских городах (Амстердам, Барселона, Дублин, Лиссабон, Лондон, Рим и Вена). В исследовании была обнаружена очень высокая смертность среди потребителей опиоидов по сравнению с их ровесниками в общем населении: среди мужчин выше в 6-20 раз и среди женщин – выше в 10-50 раз. Было подсчитано, что 10% - 23% общей смертности среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет можно приписать последствиям употребления опиоидов, главным образом передозировки ПАВ, СПИ-Ду и внешним причинам (несчастным случаям, суицидам) (Годовой отчет EMCDDA за 2006 год). Когортное исследование смертности, проведенное в

Чехии, обнаружило, что смертность потребителей психостимуляторов была в 4-6 раз выше (*стандартизированный коэффициент смертности (standardized mortality rate SMR)*), чем в общей популяции, в то время как смертность потребителей опиоидов – выше в 9-12 раз.

Ниже представлены результаты сравнительного анализа показателей общей смертности среди городского населения Республики Казахстан в 2010, 2011 годах и показателей смертности среди потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака), проживающих в городах и получивших хоть один раз стационарное лечение в наркологических медицинских организациях Республики Казахстан за период 2010 г., 2011 г. (из базы данных РНПЦ МСПН, Павлодар, Казахстан).

Источником данных о случаях лечения пациентов в наркологической организации в условиях стационара является статистическая учетная форма № 066-1/у «Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара», утвержденная приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907. Данные этой формы агрегируются на национальном уровне в РНПЦ МСПН и используются для составления ежегодного аналитического отчета о нарко-ситуации. Для проведения сравнительного анализа показателей общей смертности среди городского населения и показателей смертности среди потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака), проживающих в городах и получивших хоть один раз стационарное лечение в наркологических медицинских организациях, из базы данных РНПЦ МСПН были получены списки пациентов – жителей городов. Эти списки были направлены в наркологические организации соответствующих городов с предложением указать в них лиц, которые в данном году умерли. После получения этих спис-

ков все умершие лица были ранжированы по полу и возрасту. Для сравнения с общей смертностью были использованы данные таблицы С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти по Республике Казахстан» за 2010 г. и 2011 г. среди городского населения (мужчин и женщин), представляемые Агентством по статистике РК Министерству здравоохранения РК.

В качестве основного метода стандартизации был выбран непрямой метод, предусматривающий использование повозрастного и гендерного уровня смертности стандартной популяции для выведения так называемых ожидаемых смертей среди популяции определенного возраста и гендерной структуры. После непрямого стандартизации можно провести сравнение ожидаемого и действительного количества смертей среди популяции. Данный коэффициент называется Стандартизированный Коэффициент Смертности (*standardized mortality rate SMR*) – способ вычисления коэффициентов смертности с точки зрения среднего числа для группы или населения, а затем определение степени, в которой выборка отличается от стандарта. Коэффициент показывает превышение смертности среди популяции (выборки) в сравнении со стандартной популяцией, в частности, национальной. Например, SMR в размере 3,0 означает, что среди выборки риск смерти в 3 раза выше, чем при сравнении со стандартной (национальной) популяцией, (если бы она была....) того же возраста и гендерной структуры, как и популяция, представленная в выборке.

Были рассчитаны показатели относительного риска смерти в популяции потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака) по возрасту и полу относительно популяции общего городского населения того же возраста и пола и выявлены следующие особенности в 2010 г. (рисунок 1).

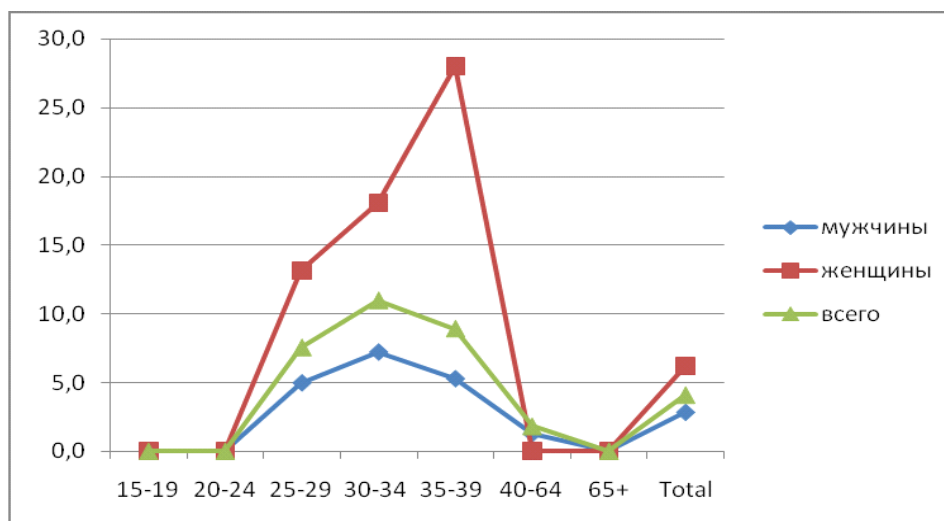


Рисунок 1. Относительный риск смерти среди популяции потребителей ПАВ к ожидаемому числу смертей среди городского населения в 2010 г.

Диаграмма, представленная на рисунке 1, имеет вид кривой с ярко выраженными пиками. Наиболее ярко визуализирован факт высокого риска смерти среди потребителей ПАВ, имеющий достоверность 95% как для мужчин, так и для женщин в возрастной группе от 25 до 64 лет. Для женщин – потребительниц ПАВ (кроме алкоголя) наибольший риск приходится на возрастную группу 35-39 лет и составляет 28,0 раз (SMR 95% 5,6 - 81,9). В возрасте 25-29 лет этот показатель имеет числовое выражение 13,1 (SMR 95% 0,2 - 73), в группе 30-34 года 18,1 (SMR 95% 2,0 - 65,2). Для потребителей ПАВ мужского пола риск смерти составляет в среднем от 5,0 до 7,2 при 95% достоверности для возрастных групп 24-29 лет, 30-34 года, 35-39 лет, что является в 3-4 раза меньше, чем аналогичные показатели для женщин – потребительниц ПАВ. Итоговый показатель относительного риска смерти для мужчин составил 2,8 (SMR 95% 2,1-3,8) в сравнении с ожидаемой смертностью городского общего населения. Ито-

говый показатель относительного риска смерти для женщин составил 6,2 (SMR 95% 2,3 - 13,5).

Коэффициент относительного риска смерти – *Стандартизованный индекс смертности SMR* – в 2011 г. представлены на рисунке 2 и в таблице 2.

При анализе стандартизованных индексов смертности за 2011 г. установлено, что особенно значимы различия между представителями разного пола. Зафиксировано превышение в 37 раз относительного риска смерти для представительниц женского пола, потребляющих наркотики, в сравнении с той же возрастной гендерной группой городского населения, что в 10 раз больше аналогичного показателя для мужчин. В статистических показателях сложилась парадоксальная ситуация для мужчин – наиболее уязвимой возрастной группой является группа 30-34 года, для которой SMR 3,7 (95% 1,0-9,5), следом идёт возрастная группа 34-39 лет SMR 2,1 (95% 0,8-4,5), но в итоге SMR 1,0 (95% 0,6-1,6), что даёт больше пространства для вопросов, чем для ответов...

Таблица 1

Стандартизованный индекс смертности SMR в 2010 г.

Возраст	Стандартизованный индекс смертности SMR		
	Мужчины	Женщины	Всего
15-19 лет	0,0	0,0	0,0
20-24 лет	0,0	0,0	0,0
25-29 лет	5,0	13,1	7,5
30-34 года	7,2	18,1	11,0
35-39 лет	5,3	28,0	8,9
40-64 года	1,3	0,0	1,8
65 лет +	0,0	0,0	0,0
Total	2,8	36,0	4,1

Таблица 2

Стандартизованный индекс смертности SMR в 2011 г.

Возраст	Стандартизованный индекс смертности SMR		
	Мужчины	Женщины	Всего
15-19 лет	0,0	0,0	0,0
20-24 лет	0,0	0,0	0,0
25-29 лет	0,0	0,0	0,0
30-34 года	3,7	37,1	5,3
35-39 лет	2,1	10,0	2,3
40-64 года	1,1	0,0	1,1
Total	1,0	6,7	1,2

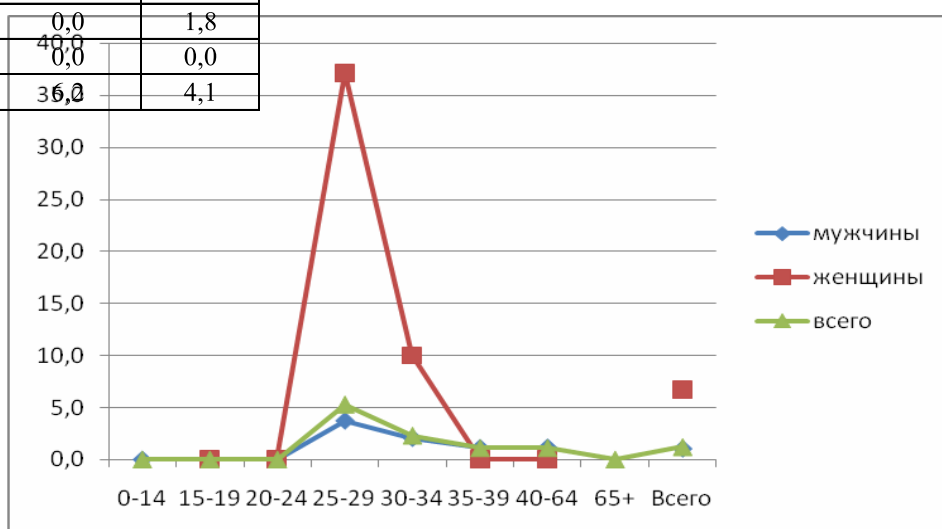


Рисунок 2. *Относительный риск смерти среди популяции потребителей ПАВ к ожидаемому числу смертей среди городского населения в 2011 г.*

Таблица 3

Стандартизированный индекс смертности SMR (2010 и 2011 годы)

Возраст	Стандартизированный индекс смертности SMR					
	Мужчины		Женщины		Всего	
	2010 г.	2011 г.	2010 г.	2011 г.	2010 г.	2011 г.
15-19 лет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24 лет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-29 лет	5,0	0,0	13,1	0,0	7,5	0,0
30-34 года	7,2	3,7	18,1	37,1	11,0	5,3
35-39 лет	5,3	2,1	28,0	10,0	8,9	2,3
40-64 года	1,3	1,1	0,0	0,0	1,8	1,1
Total	2,8	1,2	6,2	6,7	4,1	1,2

В сравнении итоговых показателей за 2010 и 2011 гг. выявлено, что в 2010 г. коэффициент смертности имеет значение 4,1, тогда как в 2012 г. только 1,2, тем самым интерпретация данных требует более тщательного сбора дополнительной информации, в том числе и криминологической статистики (сбыт наркотиков, изменение структуры и цен на наркотики, проведение мероприятий оперативно-следственных органов по пресечению незаконного оборота наркотиков) (Косых Н.Э., Колотилин Г. и др. (****), В.Н. Проскурин, Н.В. Перфильева (2006)). В формате данной статьи не предполагалось изучение структуры смертности и описание причин летальности среди ПИН.

Для проведения сравнительного анализа показателей общей смертности среди всего населения в сравнении со смертностью среди потребителей ПАВ (кроме алкоголя и табака), состоявших на наркологическом учёте, были использованы данные таблицы 2100 годовой отчетной формы № 11 «Отчёт о заболеваниях и контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ», утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 сентября 2011 г. № 616. В таблице 2100 представляется информация об общем количестве пациентов, состоящих на наркологическом учёте по диагнозам, согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (1994) (МКБ-10), полу и возрасту и сведения об общем количестве пациентов, снятых в данном году в связи со смертью. Так как формат отчётной формы не предусматривал данных о поле и возрасте лиц, снятых с учёта в связи со смертью, сведения о смерти больных, состоящих на наркологическом учёте, были получены в ответ на запрос РНПЦ МСПН из всех региональных наркологических организаций страны. Списки были ранжированы по полу и возрасту. Для сравнения с общей смертностью были использованы данные таблицы С51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти по Республике Казахстан» за 2011 г. среди общего населения (муж-

чин и женщин), представляемые Агентством по статистике РК Министерству здравоохранения РК.

Выводы:

1. Самой уязвимой возрастной группой среди потребителей наркотиков является группа в возрасте от 25 до 45 лет, как для женщин, так и для мужчин.
2. В гендерном аспекте SMR выше среди женщин (обычно среди женщин в общей популяции отмечается более низкий уровень смертности) в выборке наркопотребителей, состоящих на диспансерном учёте, чем среди мужчин. Наиболее высокий SMR 37,1 отмечен у женщин наркопотребителей в возрастной группе 30-34 года (2011 г.), что свидетельствует о значительном риске их смерти.

Список использованной литературы:

1. Dr Alex Wodak, Director, Alcohol and Drug Service, St Vincent's Hospital, New South Wales, Australia. *To take up arms against a sea of drugs: AIDS injecting drug users and drug policy. The Journal of Contemporary Health Law and Policy* 1993; 9, 323–335.
2. See C.D.J. Homan et al. *Commonwealth Dep't of Community Servs. & Health, The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia* (1990).
3. Rand L. Stoneburner et al. *A Larger Spectrum of Severe HTV-1 Related Disease in Injecting Drug Users in New York City* 242 *Science* 916, 918–19 (1988).
4. EMCDDA Report (2003, 2005, 2007).
5. Иванец, Н.Н., Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Гуртовенко В.М., Павловская Н.И., Ходырев В.А., Клевно В.А., Соломатин В.М., Лисянский Б.М. *Национальный научный центр наркологии Росздрава. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения, 2008 г.*
6. ОБ ОДНОЙ НАРКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ГИПОТЕЗЕ. Косых Н.Э., Колотилин Г.Ф., Савин С.З., Посвалюк Н.Э. PDF (109 K) | стр. 51-52.
7. *Бюллетень ВШЦ СО РАМН, 2006 г. №2(48). С. 188-192.*

РОЛЬ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТ АЛКОГОЛИЗМА В НАРКОЛОГИИ. ОБЗОР ДАННЫХ ОБЛАСТНОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

А.М. Сагинов, Р.Ф. Габдракипова

Областное специализированное лечебно-профилактическое учреждение Карагандинской обл., г. Сарань

Сегодня проблема алкоголизма является нерешённой как в мире, так и в Казахстане. Сейчас в стране насчитывается более 2 миллионов граждан, страдающих алкоголизмом, что выводит данную проблему из числа частных, локальных в область государственных проблем, давно превратившуюся в масштабную медико-социальную угрозу нации. Проблема алкоголизма представляет собой разветвлённый комплекс социальных патологий, влияющих на нормальное функционирование общества. Проблема стара, как мир, но актуальна, как никогда. Решением этой проблемы наряду с медицинскими и социальными работниками занимается государство в целом, гражданское общество и различные общественные институты.

Почти каждое третье бытовое преступление совершается на почве злоупотребления алкоголем, а за последние 5 лет количество бытовых преступлений, совершенных в нетрезвом состоянии, увеличилось на $\frac{1}{3}$. В среднем, если руководствоваться статистикой за последние 5 лет, показатель смертности от этих преступлений втрое превышает смертность в результате ДТП. Причина таких преступлений – бытовое пьянство и тунеядство, как правило, приводящие к деградации личности, утрате общепринятых норм морали и ценностей. Сопутствующей причиной этих преступлений является агрессия в быту. На сегодняшний день лишь по Карагандинской области на диспансерном учете состоит 26 560 лиц, признанных больными наркопатологией.

Принудительное лечение играет социально полезную роль, выражающуюся в том, что независимо от воли и желания больных к ним применяются меры, способствующие укреплению их физического и психического благополучия.

Принудительное лечение от алкоголизма и наркомании не имеет цели причинить лишения, страдания, не выражает отрицательной оценки больного от имени государства, не влечёт судимости. Гуманность последнего в том, что интересы общества защищаются методами, направленными на приведение больных в состояние, при котором те могли бы обходиться без напитков и веществ, опасных для лич-

ного и общественного здоровья. Нельзя отказываться от альтернативного лечения, каковым является принудительное лечение. Пьяный человек никогда не сможет принять взвешенного решения отказаться от алкоголя. Поэтому принудительные меры имеют смысл для лечения алкоголизма, как заболевания, прежде всего, выведения алкоголика из состояния запоя, чтобы сделать его доступным для общения, и получить шанс на то, чтобы трезвое мышление позволит ему сделать правильные выводы.

Больного надо реабилитировать, ему нужно восстанавливать себя как личность. В таких случаях помогают только жёсткие меры, чтобы человек посмотрел правде в глаза, увидел и задумался - перед ним встанет суровая действительность.

КГКП «Областное специализированное лечебно-профилактическое учреждение» (ОСЛПУ) осуществляет принудительное лечение больных с наркопатологией Караганды, Сарани, Балхаша, Шахтинска, Темиртау и сельских районов области.

Госпитализация осуществляется в плановом порядке – на основании постановления суда. Срок лечения определяется судом и составляет от 6 до 24 месяцев. Пациенты поступают на лечение в ОСЛПУ в сопровождении участкового инспектора полиции.

Согласие на лечение, даже при такой форме социального принуждения, позволяет обеспечить достаточный срок интермиссий в течении болезни, а порой приводит к реадaptации и ресоциализации больного. Об этом свидетельствует и наш анализ повторной госпитализации.

Анализ показателя повторной госпитализации представлен в таблице 1.

По данным, приведённым в таблице 1, можно говорить об удлинении сроков ремиссии в динамике, что свидетельствует об эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий в ОСЛПУ.

О необходимости принудительного лечения говорят данные судебно-наркологической экспертизы (данные г. Караганды, г. Сарани и г. Темиртау) которые доказывают, что потребность общества в мероприятиях осуществляемых специализирован-

Таблица 1

Данные о повторной госпитализации за 2009 - 2011 годы

Год	Всего пролечено	Пролечено повторно	%
2009	472 чел.	160 чел.	31%
2010	468 чел.	107 чел.	23%
2011	373 чел.	69 чел.	16%

Данные о потребности в лечении в ОСЛПУ за 2009 - 2011 годы

Год	Всего проведено СНЭК	Прошли лечение	%
2009	559	472 чел.	84
2010	828	468 чел.	56
2011	724	373 чел.	51

ным лечебно-профилактическим учреждением значительно выше, чем может позволить коечная мощность ОСЛПУ г. Сарани.

Результаты анализа данных, представленных в таблице 2, показывают, имеет место непрерывный рост количества больных указанного контингента, которых необходимо включать в лечебно-реабилитационную программу в условиях закрытого учрежде-

ния, как того требуют нормативно-правовые акты уголовного, гражданского и административного права, а также законодательные акты МЗРК.

Показатели СНЭК также говорят о совершенствовании дифференцированного подхода к отбору больных, нуждающихся в лечении в закрытом учреждении, где не будут нарушаться их гражданские и конституционные права.

Список используемой литературы:

1. Бабаян Э.А. Наркологическая служба и организация лечения больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями // В кн.: Тезисы докладов 2-й Всесоюзной научно-практической конференции по вопросам клиники, профилактики и лечения алкоголизма и наркоманий. – М., 1978. – С. 3-13.
2. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Учебное пособие по наркологии. – М.: Медицина, 1981. – 304 с.
3. Бабаян Э.А., Пятое М.Д. Профилактика алкоголизма. – М.: Медицина, 1981. – 63 с.
4. Банициков В.М., Короленко Ц.П. Проблема алкоголизма (медицинский и психологический анализ) // Всероссийское научное медицинское общество невропатологов и психиатров. – М., 1973. – 110 с.
5. Бахрах Д.А. Административно-правовые меры борьбы с пьянством. – М.: Юридическая литература, 1973. – 52 с.
6. Белицкая Е.Я. Проблемы социальной гигиены. – Л.: Медицина, 1970. – 399 с.
7. Бейсенов Б.С. Алкоголизм: уголовно-правовые и криминологические проблемы. – М.: Юридическая литература, 1981. – 200 с.
8. Беляев И.И. Очерки психогигиены. – М.: Медицина, 1973. – 230 с.
9. Бокин В.П. Программно-целевой подход к проведению эксперимента по совершенствованию системы профилактики и организации борьбы с пьянством и алкоголизмом. – Здравоохран. Российской Федерации, 1980. – № 8. – С. 10-13.
10. Казанцев М.А. Борьба с пьянством и алкоголизмом гражданско-правовыми методами. – Л.: Знание, 1974. – 28 с.
11. Каменков К.А. Алкоголизм как социально-гигиеническая проблема. – В кн.: Проблемы социальной гигиены / Под ред. Е.Я. Белицкой. – Л.: Медицина, 1970. – С. 366-388.

К ВОПРОСУ О ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ (краткий литературный обзор)

А.С. Субханбердина	профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
Ш.И. Матаева	ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы
А.К. Монтаева	заведующая лабораторией поликлиники Комитета национальной безопасности Республики Казахстан

Введение

Одним из узловых вопросов в области лабораторной диагностики, применяемой в наркологической практике, является токсикологическая верифи-

кация острой интоксикации психоактивными веществами (ПАВ).

Диагностика острых отравлений многими химическими средствами вообще, и наркотиками в частности, до настоящего времени продолжает оста-

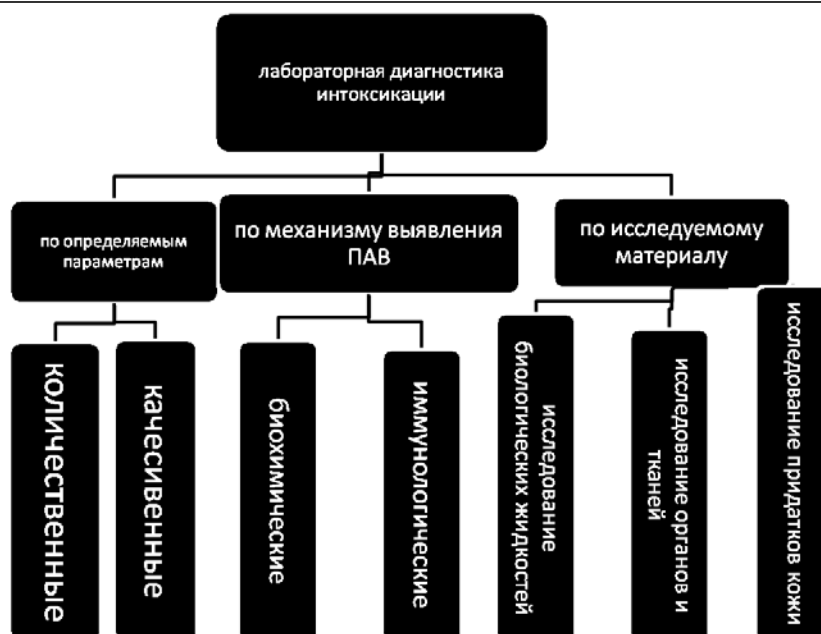


Рисунок 1. Система лабораторной диагностики ПАВ

ваться весьма сложной и актуальной судебно-медицинской задачей, представляющей определённые трудности: слабо ведётся обобщение случаев данных отравлений; методы судебно-химического исследования зачастую ограничены ввиду незначительных доз и быстрой биотрансформации наркотических веществ [3].

Существует множество способов лабораторной верификации острой интоксикации, которые согласно основополагающим принципам, условно можно сгруппировать по ряду направлений [2].

Методы химико-токсикологического анализа

Целью химико-токсикологического анализа является установление факта присутствия наркотических и других одурманивающих веществ в биологических объектах, независимо от количества найденных веществ. Главная задача – идентификация веществ, вызывающих одурманивание.

Высокая значимость социальных (правовых и моральных) последствий результатов освидетельствования диктует необходимость тщательного определения конкретного средства, вызвавшего одурманивание, и чрезвычайно тонкого химико-токсикологического анализа [1].

К химико-токсикологическим методам тестирования на психоактивные вещества относятся:

- 1) *поляризационно-флюоресцентный иммуноанализ* мочи на одну из перечисленных групп: опиаты, метадон, каннабиноиды, амфетамины, кокаин, барбитураты, фенциклидин, бензодиазепины;
- 2) *иммуоферментный анализ* наркотических и психотропных веществ в моче на группу нар-

котических и психоактивных веществ (опиаты или другие группы);

- 3) анализ наркотиков в моче методом *хромато-масс-спектрометрии*;
- 4) экспертиза (исследование) мочи на алкоголь методом *газожидкостной хроматографии*.

Внешние признаки, проявляющиеся у человека, употребляющего наркотические и психотропные вещества, не всегда являются абсолютными показателями. Они могут свидетельствовать о совершенно иных расстройствах. Для прямой диагностики употребления наркотических средств, психотропных или токсических веществ, применяют лабораторные исследования. Использование для этих целей диагностических тест-систем принципиально меняет систему лабораторных исследований, значительно расширяет возможности в области профилактики заболеваний, позволяет проводить экспресс исследования в полевых условиях, а также скрининговые исследования в случаях неблагоприятной эпидемиологической обстановки.

Тест-системы основаны на методе иммунохроматографического анализа и позволяют в полевых условиях, в отсутствие возможности лабораторной диагностики, в течение нескольких минут опровергнуть или подтвердить даже однократный приём наркотических средств или психотропных веществ.

Высокая чувствительность тестов делает возможным определение биологических веществ и маркеров различных заболеваний в ничтожно малых концентрациях. Надежность тестов многократно подтверждена испытаниями, проводившимися в ведущих научно-исследовательских институтах. Достоверность тестов, при соблюдении инструкций, достигает 100%.

В настоящее время разрешены иммунохроматографические экспресс-тесты (полоски, наборы полосок, плашка) для выявления содержания наркотических веществ в моче у лиц, употребляющих следующие наркотические вещества:

- амфетамин;
- каннабиноиды (марихуана);
- опиаты;
- метамфетамин;
- кокаин;
- бензодиазепины;
- барбитураты;
- фенциклидин;
- метадон.

Тесты обладают достаточной чувствительностью и минимально определяемая концентрация составляет:

- а) для амфетамина – 50 нг/мл;
- б) для метамфетамина – 50 нг/мл;
- в) для опиатов – 40 нг/мл;
- г) кокаина – 20 нг/мл;
- д) для каннабиноидов – 4 нг/мл;
- е) для бензодиазепинов – 40 нг/мл.

Данный тип тестов даёт только предварительные результаты. Для получения подтвержденных аналитических результатов рекомендуется использовать альтернативные химические методы анализа. Газовая хроматография / масс-спектрофотометрия предпочтительны для подтверждения результатов анализа.

Тест является качественным иммунотестом с визуальным методом считывания результата. В методе тестирования используются уникальные антитела для селективного определения наркотика в биологических жидкостях с большим уровнем специфичности и чувствительности.

Диагностика употребления наркотиков по тканевым биологическим объектам

Обнаружение в конкретной пробе мочи какого-либо лекарственного вещества или наркотика в низкой концентрации служит доказательством попадания его в организм человека. Однако эксперт в данном случае затруднится ответить на вопрос: «Является ли такая низкая концентрация следствием однократного употребления малой дозы препарата или она обусловлена достаточно большим сроком, прошедшим после прекращения его интенсивного приёма». Требуется дополнительная анамнестическая информация, а часто и проведение повторных исследований для установления динамики выведения обнаруженного соединения. Другими словами, анализ биологических жидкостей характеризует только текущий процесс выведения вещества. При этом следует учитывать, что отбор повторных образцов часто бывает по разным причинам затруднён или невозможен [4].

Большинство наркотических веществ откладываются внутри тканей, поэтому гистологические материалы выступают в роли «депо» ПАВ. Соответствен-

но, возрастает диагностическая роль гистологических материалов для суждения об употреблении ПАВ.

Требования к эталонному биологическому материалу:

- 1) лёгкость отбора проб;
- 2) достоверные данные о токсикокинетике ПАВ и его распределении в эталонной ткани;
- 3) возможность получения информации об «истории» употребления ПАВ, что обеспечивается периодом накопления токсического вещества в тканях и эффекте аккумуляции.

Всем этим требованиям удовлетворяет использование придатков кожи (волос и ногтей). Большинство наркотических веществ откладываются внутри волосяного ствола, в ногтях в малых, но в тоже время выявляемых, дозах. Это позволяет производить точное определение даже однократного приёма вещества в небольшом количестве, произошедшего за несколько месяцев до анализа. Метод выявления наркотических веществ по волосам, ногтям является самым надёжными и широко применяемыми в Европе и США. Такой анализ используется большинством клиник, компаний и организаций для осуществления контроля над пациентами и сотрудниками.

Достоинства метода анализа на наркотики по придаткам кожи:

- возможность определить: принимал ли человек наркотические вещества хотя бы раз в течение последних месяцев;
- возможность различить хроническое и единичное потребление;
- высокая чувствительность и достоверность;
- простота взятия образцов.

Анализ волос, ногтей позволяет воссоздать хронологию употребления наркотических веществ. Образцы волос, ногтей могут быть взяты спустя многие месяцы после приёма наркотика и с высокой точностью определить в каком месяце, какое вещество и в какой дозе было принято.

Так, например, определение максимального срока, в течение которого возможно проанализировать приём наркотических веществ зависит от длины исследуемого волоса. Для анализа могут быть использованы образцы волос (от 15-20 до 50-100 волосков) с головы или других частей тела (например: подмышки), однако волосы с головы дают наиболее точные результаты, так как волосы с других частей тела растут с другой скоростью и не дают адекватную оценку периода, в течение которого употреблялись наркотические вещества, хотя сам факт употребления будет установлен.

Список веществ, которые могут быть обнаружены при анализе волос, ногтей на наркотики методами масс-спектрометрии и газовой хроматографии: амфетамин, кокаин, метамфетамин, меткатинон, никотин, «extasy», героин, метадон, морфин, каннабиноиды. Список определяемых веществ не является окончательным. Возможно выявление и других, редко встречающихся наркотиков. Ведутся работы по

определению новых представителей запрещенных к обороту веществ.

Таким образом, в настоящее время данный вид анализа на наркотики является наиболее высоко чувствительным и селективным, по сравнению с другими методами исследования. Большинство существующих современных методов анализов на наркотики способны определить лишь группу веществ, например опиаты. Они не способны отдифференцировать употребление героина от кодеина, содержащегося, например, во многих жаропонижающих и противокашлевых препаратах. Метод газожидкостной хроматографии/масс-спектрометрии дает возможность выявить каждого конкретного представителя группы веществ, а не группу в целом.

Определение метаболитов ПАВ в процессе токсикокинетического цикла

Другой важной проблемой на пути химико-токсикологического выявления ПАВ является идентификация вещества, интегрированного в молекулярную структуру естественных белков организма. В частности, это актуально для группы каннабиноидов. Это обусловлено высокой степенью связывания наркотического вещества и его метаболитов с глюкуроновой кислотой. Традиционный экспресс-иммуно-химический анализ не обладает высокой специфичностью. То есть метод позволяет достоверно выделить негативные образцы биологических жидкостей. Вместе с тем получение положительно-го результата не может являться основанием для

выдачи результата о наличии каннабиноидов из-за возможного наличия перекрестных реакций с веществами схожей химической структуры [5].

Для дальнейшего проведения уточняющей хроматографии необходим дополнительный этап подготовки проб – гидролиз биологических жидкостей – ферментативный и щелочной.

Ферментативный гидролиз позволяет обнаружить более широкий спектр метаболитов, однако он сложен в техническом исполнении.

Щелочной гидролиз прост в исполнении, но выделяет из проб только отдельные конъюгаты.

После гидролитической стадии проводится экстрагирование, которое позволяет проводить тонкослойную хроматографию.

Только трехступенчатый анализ может достоверно подтверждать положительные результаты употребления каннабиноидов.

Заключение

Таким образом, при выстраивании химико-токсикологических исследований для верификации ПАВ, необходим четкий наукоемкий системный подход, который должен учитывать:

- а) цель проведения анализа;
- б) природу анализируемого вещества.
- в) степень чувствительности и специфичности применяемых методик;
- г) природу используемого биологического материала;
- д) формат получения достоверных данных.

Список использованной литературы:

1. Барсегян С.С. Комплексное исследование экспертных объектов, содержащих дезоморфин // *Наркология*. – 2007. – № 2. – С. 13-21.
2. Брусин К.М., Забродин О.В. Острые отравления новыми синтетическими наркотиками психостимулирующего действия: информационное письмо. – Екатеринбург, 2011. – 18 с.
3. *Руководство по наркологии / под ред. Иванца Н.Н.* – М.: «Медпрактика-М», 2002. – 504 с.
4. Симонов Е.А., Изотов Б.Н., Фесенко А.В. *Наркотики: методы анализа на коже в ее придатках и выделениях.* – М.: «Анахарсис», 2000. – 130 с.
5. Турцевич А.М. и соавт. Обоснование необходимости клинико-лабораторной диагностики наркотического опьянения, вызванного каннабисом // *Вестник национальной академии науки Белоруссии*. – 2012. – № 2. – С. 117-123.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОЗОРНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В ПАВЛОДАРЕ

Г-П.Ж. Хасенова

врач-эпидемиолог Павлодарского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом, г. Павлодар

В Казахстане, как и в других странах Восточной Европы и Центральной Азии, эпидемия находится в концентрированной стадии и распространяется преимущественно в группах населения высокого риска инфицирования ВИЧ, прежде всего, среди потреби-

телей инъекционных наркотиков (далее ПИН). ПИН входят в состав других уязвимых групп населения, которые подвержены наибольшему риску инфицирования ВИЧ – заключенные, работницы секса (РС), мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ).

Данное обстоятельство усиливает потенциал распространения ВИЧ-инфекции в этих группах, поскольку инъекционное потребление наркотиков – самый распространённый путь передачи ВИЧ в Казахстане и движущая сила казахстанской эпидемии. В связи с тем, что группа ПИН тестируется при разных обстоятельствах, а также в силу их скрытости, обуславливаемой противоправным поведением, интерпретировать данные о зарегистрированных случаях ВИЧ очень сложно. Трудно сказать, в какой степени данные по регистрации случаев отражают истинные масштабы эпидемии ВИЧ среди ПИН.

Помимо данных о масштабе эпидемии ВИЧ для проведения профилактических мероприятий важно знать особенности поведения, связанного с риском заражения ВИЧ, уровень и характер знаний о ВИЧ-инфекции, степень охвата профилактическими вмешательствами.

В Павлодаре, как в пилотном регионе, внедрение дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) за ВИЧ-инфекцией началось в 2003 году при технической поддержке Американского Центра по профилактике и контролю СПИД и венерических заболеваний (CDC). Начиная с 2005 года, ДЭН внедрён на национальном уровне.

Целью проведения ДЭН среди ПИН является:

- изучение распространённости ВИЧ-инфекции, ВГС, сифилиса среди инъекционных потребителей наркотиков;
- анализ факторов риска передачи ВИЧ – инфекции с целью разработки и внедрения профилактических программ и их оценки в этой группе.

Материал и методы

Исследования среди ПИН проводились методом снежного кома. В настоящее время ДЭН охвачена 21 административная территория Казахстана. В 2011 году впервые в Павлодарской области апробирован метод с элементами RDS (выборка построенная респондентами), являющийся методом набора респондентов среди труднодоступных групп населения или «скрытыми» группами населения. Обработка результатов проводилась программой Epi info. Этот метод представляет собой вариации выборки по методу «отсылки по цепочке», при котором участники исследования привлекают к исследованию других членов интересующей исследователей группы. Участники исследования должны быть соединены социальными связями (ПИН обладают очень тесными связями, так как они покупают наркотики у других ПИН и часто делятся ими, или инъектируют их совместно). Метод RDS использует специальные купоны с уникальной нумерацией для отслеживания, кто и кем был рекрутирован. Метод предоставляет вознаграждения за участие в исследовании и за рекрутирование других участников. В начале исследования целенаправленно избираются отдельные

члены изучаемой совокупности, называемые «семенами». RDS уменьшает искажения, возможные в выборках по методу «отсылки по цепочке», за счёт составления длинных «цепочек» респондентов, состоящих из различных волн, таким образом достигая состояние равновесия. Во многих случаях метод RDS проявил себя как более быстрый и менее дорогой метод исследования.

Критерием для включения респондентов в исследование являлось употребление инъекционных наркотиков в течение последних 12 месяцев. Размер выборки в г. Павлодаре составил 200 наркозависимых ПИН и 80 половых партнеров ПИН. Участие в исследовании было анонимным и добровольным, на основе информированного согласия респондента. Проводилось дотестовое и послетестовое консультирование всем ПИН. Анкетирование проводилось согласно типовой анкете для ПИН. Респонденты опрашивались об инъекционном и половом поведении, знаниях о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ, симптомах инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и поиске лечения, охвате профилактическими мероприятиями. Забор крови производился методом «сухой капли капиллярной крови» (СККК) на фильтровальных тест-картах на ВИЧ, ВГС и сифилис. Исследование проводилось по второй стратегии тестирования методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты и обсуждение

Социально-демографические характеристики ПИН

Медиана возраста участников ДЭН составила 32 ± 2 года. В 2011 году, по сравнению с 2006 годом, уменьшилась доля ПИН в возрасте до 25 лет, что свидетельствует о старении популяции ПИН. По демографическим показателям – 15% составили женщины, только 38% респондентов состояли в браке; 73% ПИН имели среднее или средне-специальное образование; 36,5% ПИН нигде не работали и не учились. Удельный вес респондентов, не имевших дохода за последний месяц, составил 37%.

Распространённость ВИЧ, ВГС и сифилиса

Распространённость ВИЧ среди ПИН по результатам ДЭН увеличилась с 8% (2010 г.) до 18% (2011 г.); распространённость гепатита С составила 67,5% (в 2010 году – 65,5%), сифилиса – 12,5% (в 2010 году – 11,0%). Распространённость ВИЧ среди половых партнеров потребителей инъекционных наркотиков составляет 8,8%, вирусного гепатита С – 3,8%, сифилиса – 8,8%.

Являясь эпидемиологическими аналогами ВИЧ, имеющими общие механизмы передачи возбудителя, распространённость ВИЧ среди ПИН, инфицированных ВГС, в 4 раза выше, чем у ПИН не инфицированных ВГС и аналогично имеется разница между распространённостью ВИЧ среди ПИН, инфицированных и неинфицированных возбудителем сифилиса.

Факторы поведенческого риска ПИН. Инъекционное поведение

У 67% участников ДЭН стаж употребления инъекционных наркотиков составил более пяти лет, в среднем стаж достигает 8 лет. Преимущественно употребляемым наркотиком среди ПИН является героин (93%). При анализе инъекционной практики ПИН установлено, что третья часть респондентов употребляли наркотики в случайной группе, 11% инъецировали с незнакомыми людьми. Несмотря на имеющееся достоверное снижение показателя, использования общего инструментария при последней инъекции, 17% участников ДЭН имеют такую практику. В сравнении с 2009 годом имеется тенденция снижения показателя использования общих шприцев с 12% до 3% в 2011 году.

Половое поведение ПИН

О рискованном сексуальном поведении ПИН свидетельствует то, что показатель распространённости сифилиса составил 12,5%. Среди участников ДЭН доля ПИН, принявших на себя поведение, снижающее риск передачи ВИЧ, то есть тех, кто не пользовался общим инъекционным инструментарием (в том числе готовыми растворами) за последний месяц и использовал презерватив во время последнего полового контакта) составила 52,4%, а среди мужчин 53,9% (женщин 44,8%).

Уровень информированности о ВИЧ и СПИДе

Уровень информированности о ВИЧ и СПИДе составил 78% у ПИН, у половых партнеров 96%.

Охват профилактическими программами

Охват профилактическими программами ПИН, в целом, составил 92%. Получение одноразовых шприцев в обменных пунктах увеличилось с 30,4% (2007 г.) до 81% (2011 г.). Доступность одноразовых шприцев оказывает существенное влияние на распространённость использования чужих шприцев. О том, что им не всегда доступны новые одноразовые шприцы 5% ПИН считают. Охват половых партнеров ПИН профилактическими мероприятиями составил 45%.

Охват ПИН добровольным тестированием на ВИЧ в течение последних 12 месяцев составил 67% у ПИН и 53,8% у половых партнеров ПИН. Своевременное выявление и лечение инфекций передающихся половым путём (ИППП) являются ключевыми мерами профилактики заражения ВИЧ половым путем, поскольку при ИППП вероятность заражения ВИЧ во время полового контакта увеличивается многократно. В 2011 году лишь 25% ПИН, имевших симптомы ИППП, обратились за медицинской помощью. Следовательно, большая их часть при наличии симптомов ИППП квалифицированной медицинской помощи не получили. Таким образом, для ПИН в целом характерно рискованное половое поведение, на что косвенно указывает высокая распространённость симптомов ИППП, при этом своевременная диагностика и лечение ИППП не доступна для большинства ПИН, нуждающихся в них.

Выводы

Распространённость ВИЧ в Павлодаре увеличилась с 8% в 2010 г. до 18% в 2011 г. – область находится в концентрированной стадии эпидемии ВИЧ. В результате рискованного инъекционного и полового поведения среди ПИН произошло значимое увеличение распространённости ВГС с 65,5% до 67,5% и сифилиса с 11% до 12,5%. Распространённость ВИЧ среди половых партнеров – потребителей инъекционных наркотиков – составляет 8,8%, вирусного гепатита С – 3,8%, сифилиса – 8,8%. Существует большой потенциал передачи ВИЧ половым путем от группы ПИН к другим людям. Учитывая низкий уровень использования презервативов, наибольшей опасности подвержены постоянные половые партнеры ПИН, в том числе их супруги.

Охват ПИН профилактическими программами по результатам ДЭН составил 92%.

Дозорный эпидемиологический надзор среди ПИН необходимо проводить в соответствии со стандартной методикой RDS с анализом программы в PDSAT.

ТҮЙІНДЕМЕ

БҮЛДІРГІШ СЕКТАНЫҢ БАСТЫ ФОРМАҚҰРУШЫ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕГІ АГРЕССИЯНЫҢ РОЛІ (әдебиеттік шолу)

Л.А. Бикетова

Мақала агрессия сектасы қызмет жасауының басты сипаттамасын баяндауға бағытталған. Сектанттық және бүлдіргіш мінез-құлықтық паттерндердің тікелей арақатынастығын көрсететін мәліметтер келтіріледі. Секта жағдайларында таратылатын агрессивтік тәртіптің ерекшеліктері атап өтілген. Сектанттардың агрессивтік мінез-құлықтарының сатыларын қалыптастыруды егжей-тегжейлі зерттеу және іске асыру бағдарламасын әзірлеу және оны түзету мен алдын алудың қажеттілігі атап көрсетіледі.

БҮЛДІРГІШ ӘЛЕУМЕТТІК ІНДЕТТЕРГЕ ҚАРСЫ ӘРЕКЕТ САЛАСЫНДАҒЫ ИСТИТУТТАНДЫРЫЛҒАН ТАПШЫЛЫҚТЫ ТАЛДАУ

А.Л. Катков

А.Л. Катковтың «Бүлдіргіш әлеуметтік індеттерге қарсы әрекет саласындағы институттандырылған тапшылықты талдау» мақаласында аддиктологиялық бағыттың кәсіби стандарттарының әрбір сыныбы бойынша талдау нәтижелері келтіріледі. Аддиктологиялық көмекті нормативтік ұйымдастыру саласында жүйелі тапшылықтың бары туралы, сондай-ақ аддиктологиялық бағыттың кәсіби стандарттарының қолданыстағы жүйесін түбегейлі реформалау туралы қорытынды жасалады.

Кілттік сөздер: аддиктологиялық көмек, стандарттар, тапшылық.

БҮЛДІРГІШ ӘЛЕУМЕТТІК ІНДЕТТЕРГЕ ҚАРСЫ ӘРЕКЕТ САЛАСЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН ӘЛЕУМЕТТІК ПСИХОТЕРАПИЯ МЕТАМОДЕЛІНІҢ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Бүлдіргіш әлеуметтік індеттерге қарсы әрекет саласында қолданылатын әлеуметтік психотерапия метамоделінің инновациялық технологиялары» мақаласында екі деңгейлі даму коммуникациясының моделі, химиялық және психологиялық тәуелділіктің бүлдіргіш әлеуметтік індеттеріне бастапқы немесе қайтадан еліктеу тұрақтылығын қалыптастыру әмбебап негізінде әзірленген диагностикалық, профилактикалық және оңалту технологиялары туралы мәліметтер келтіріледі. Инновациялық технологияның маңызды аса жоғары тиімділігі негізделеді.

Кілттік сөздер: химиялық тәуелділік, психологиялық тәуелділік, инновациялық технологиялар.

«ОТБАСЫ МЕН МЕКТЕП БІРГЕ» БАҒДАРЛАМАСЫ АРҚЫЛЫ ҚАУІПТІ ТӘРТІПТІҢ АЛДЫН АЛУ

Ж.Ш. Аманова

Мақалада «Отбасы мен мектеп бірге» бағдарламасы мысалында отбасы деңгейінде психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) асыра пайдалануға жол бермеу үшін отбасылық бағдарламаның ғылыми-негізделген профилактикалық моделі айқындалады.

ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУ БАҒДАРЛАМАЛАРЫНДАҒЫ ПСИХОТЕРАПИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ МОДЕЛДЕРІ

А.Л. Катков

Автор А.Л. Катковтың «Психикалық белсенді заттардан тәуелділерді медициналық-әлеуметтік оңалту бағдарламаларындағы психотерапиялық көмектің моделдері» мақаласында наркологиядағы медициналық-әлеуметтік оңалту бағдарламалары туралы, бұл бағдарламалардағы психотерапиялық көмектің орны туралы жалпы мәліметтер келтіріледі. Оңалту бағдарламаларының дәрежесінен тәуелді дифференцияланған психологиялық көмек мәселелері қаралады. Наркологиядағы психотерапияның үш негізгі моделі суреттеледі.

Кілттік сөздер: психотерапия, модельдер, ПБЗ тәуелділерді оңалту.

ХИМИЯЛЫҚ ЖӘНЕ БҮЛДІРГІШ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТӘУЕЛДІЛІКТЕГІ АДАМДАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ ЖӘНЕ ОҢАЛТУДАҒЫ ПСИХОТЕРАПИЯНЫҢ РОЛІ

А.Л. Катков, А. Т. Есқалиева

Бұл мақалада бүлдіргіш әлеуметтік індеттердің таралуына қарсы әрекет саласында кәсіби психотерапияны пайдалануға байланысты кешенді мәселелер қаралады. Наркологиядағы психотерапиялық емдеудің негізгі тарихи дамуы туралы мәліметтер келтіріледі, ПБЗ тәуелділерді психотерапиялық емдеуді қолданудың заманауи болмысы бейнеленеді. Кәсіби психотерапияның наркологиялық, аддиктологиялық көмек жүйесіндегі басымдылық ролі дәлелденеді.

Кілттік сөздер: психотерапия, наркология, аддиктология.

ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ОҢАЛТУДЫҢ КӘСІБИ, ЖОҒАРЫҚҰРЫЛЫМДЫ БАҒДАРЛАМАЛАРЫН ІСКЕ АСЫРУШЫ ОРТАЛЫҚТАР МЕН БӨЛІМШЕЛЕРДЕГІ ПСИХОТЕРАПИЯЛЫҚ РЕЖИМ

А.Л. Катков, А. Т. Есқалиева

Бұл мақалада ПБЗ тәуелділерді оңалту барысындағы психотерапиялық режим түсінігі талданады. Бұл маңызды терапиялық мәнмәтіннің мазмұнды сипаттамасы мен басты компоненттері қаралады. ПБЗ тәуелділерді оңалту бағдарламаларында қызмет жасайтын персоналдың тиісті даярлығы жөнінде мақсаттар мен міндеттер баяндалады.

Кілттік сөздер: химиялық тәуелділік, оңалту, психотерапиялық режим.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ «ОТБАСЫ МЕН МЕКТЕП БІРГЕ» БАҒДАРЛАМАСЫН БАҒАЛАУ

Л. Макдональд, Ж.Ш. Аманова

Мақалада «Отбасы мен мектеп бірге» бағдарламасының құрама әдістемелік бағасының нәтижелері ұсынылған. Бағдарлама ҚР Павлодар және Шымкент қалаларында 2011 жылы іске асырылды.

«БІЗДІҢ ҰСТАНЫМЫЗ ІС-ӘРЕКЕТІМІЗДЕ!» ЖОБАСЫН ІСКЕ АСЫРУДЫҢ АЛДЫН АЛА ҚОРЫТЫНДЫСЫ

С.Н. Молчанов

Мақалада «Біздің ұстанымымыз іс-әрекетімізде» жобасын жүзеге асырудың алдын-ала қорытындысы көрсетілген. Жоба Қазақстан Республикасындағы Еуропалық Комиссияның өкілдігі, Еуропалық Одақтың Павлодар қаласындағы өкілдігінің қолдауы арқылы жүріп жатыр.

ҚОСТАНАЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ОҚИТЫН ЖАСТАРЫ АРАСЫНДА ХИМИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ХИМИЯЛЫҚ ЕМЕС АДДИКЦИЯЛАР ҚАУПІНІҢ ТАРАЛУЫ

Ш.В. Саркисян, О.Г. Юсупов

Бұл мақаланың мақсаты жастар арасындағы тәртіптің түрлі бүлдіргіш нысандарының таралуын бағалау бойынша алдын ала нәтижелерді айқындау, сондай-ақ ауыспалы тәуелділер көрсеткен әлеуметтік індеттерге еліктеу қаупінің әмбебап факторларын теңгестіру болып табылады. Жүргізілген зерттеулердің мәліметтері бойынша діни тәуелділіктің жоғарғы қаупі 0,5% (0,3 \diamond 3,3%) респонденттер арасында анықталған, жоғарғы компьютерлік қаупі 1% (0,6 \diamond 3,9%) арасында, патологиялық гемблинг 1,5% (0,8 \diamond 4,5%) респонденттер арасында. Өмір ағымында алкогольді тұтыну тәжірибесі 75,1% ($\pm 6,1\%$) респонденттер арасында, марихуананы – 16,9% ($\pm 5,2$), экстазаларды – 3,5% ($\pm 2,5\%$), апиинды – 1,5% (0,8 \diamond 4,5%). Корреляциялық талдаулар жүргізу барысында діни тәуелділік дәрежесі мен өзін өзі бақылаудың арасында оң байланыстылық және діни тәуелділік дәрежесі мен оптимистіктің арасында теріс өзара байланыс орнатылған. Компьютерлік тәуелділік қаупінің дамуы мен ойынқұмарлық, гетероагрессия, аутоагрессия арасында оң байланыс айқындалған. Компьютерлік тәуелділік қаупінің дамуы және өмір сапасының оптимистік және жақын адамдармен араласу сияқты салалары арасында теріс байланыс белгіленген. Басқа параметрлермен корреляциялардың ең көп саны ішкі ресурстарға қатысты және жақын адамдармен қатысу саласындағы өмір сапасы параметрлеріне қолжетімділік.

Кілттік сөздер: жастар, химиялық аддикция, химиялық емес аддикция, агрессия, өмір сапасы, психологиялық денсаулық.

МАСКҮНЕМДІК ПЕН НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ ДАМУЫНДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК ЖӘНЕ ЖЕКЕ БАСТЫҚ ФАКТОРЛАРДЫҢ МАҢЫЗЫ

А.Б. Джасынова

Бұл жұмыста психобелсенді заттардан тәуелділіктің дамуында микроәлеуметтік айнала қоршау және отбасындағы жеке бастың қалыптасу жағдайлары үлкен роль атқаратынын көрсеткен, алкогольдік және есірткілік тәуелділік генезіндегі әлеуметтік және жеке бастық факторлардың маңызы туралы әдебиеттік деректердің талдауы ұсынылған. Бұл факторларды дұрыс бағалау емдеу-оңалту іс-шараларының тиімділігін арттыру үшін қажет.

Кілттік сөздер: маскүнемдік, нашақорлық, әлеуметтік факторлар, жекебастылық факторлар.

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДА ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАНЫ ҚОЛДАНУДЫҢ БАСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

А.К. Монтаева

Ауру тарихын іріктеудің ретроспективтік талдау негізінде наркологиялық практикадағы зертханалық диагностиканы қолданудың басты мәселелері айқындалған. Зертханалық мәліметтерді пайдаланудағы маңызды клиникалық проблемалар белгіленген.

БІРЛЕСКЕН ТӘУЕЛДІЛІК КОРРЕКЦИЯСЫ ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТРЕНИНГ ТӘСІЛІ РЕТІНДЕ

Е.М. Раклова

Мақалада бірлескен тәуелді адамдарға көмек көрсету жүйесі қаралған. Бірлескен тәуелділік те тәуелділік сияқты адамдардың психологиялық және психосоматикалық денсаулығын өзгертетін, жан дүниесіне азап шегетін, ұзақ созылмалы жай-күй болып табылады.

Кілттік сөздер: бірлескен тәуелділік жай-күйі, бірлескен тәуелділіктің белгілері, тәуелділік, бейімделу, соматикалық денсаулық, бірлескен тәуелділік.

**АПИЫНДЫҚ ТӘУЕЛДІЛІКПЕН АЗАП ШЕГУШІ СТАЦИОНАРЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ
ПАЦИЕНТТЕРДЕ ПСЕВДОАБСТИНЕНТТІК СИНДРОМНЫҢ БАСТЫ КӨРСЕТКІШТЕРІ
РЕТРОСПЕКТИВТІК ТАЛДАУЫНЫҢ ДЕРЕКТЕРІ**

Д.Ф. Шадаева

Мақалада стационарлық науқастардың медициналық құжаттарынан шығарып алынған, жекелеген клиникалық синдромды ретроспективтік бағалау барысында алынған деректер келтірілген. Талдау барысында көрсетілген синдромы ағымының басты заңдылықтары анықталды. Одан басқа, клиницист-дәрігердің практикалық жұмысына қажетті алда жүретін наркологиялық синдромдардың клиникалық бағалауының бірыңғай алгоритмін әзірлеу қажеттігі атап айтылды.

**УЫТТЫҚ ПСИХОЗДАРДЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫҚ ДИАГНОЗЫНЫҢ ЖЕКЕ МӘСЕЛЕЛЕРІ
(екі клиникалық жағдайды суреттеу мысалында)**

Д.Ф. Шадаева

Мақалада наркологиялық практикада психоздардың дифференциалдық диагностикасын жүргізудің қолданбалы мәселелері айқындалады. Жеке клиникалық жағдайларды суреттеу мысалында жүйелік тәсілдің қажеттілігі атап айтылады.

АДДИКТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ

А.Л. Катков, А.А. Құсайынов, Е.Б. Байкенов

Бұл мақалада аддиктологиялық көмектің сапа менеджментінің кешенді жүйесінің (СМКЖ) құрылымдық және аспаптық сипаттамасы толық суреттеледі. Химиялық және бүлдіргіш психологиялық тәуелділіктің таралу барысына қарсы әрекет жасайтын, әлеуметтік белсенділіктің осы секторында ең парапар сапаның қызметтік анықтамасы келтіріледі. Наркологиялық көмек жүйесінің СМКЖ кейбір компоненттерін енгізудің нәтижелері қаралады.

Кілттік сөздер: аддиктологиялық көмек, сапа, басқару.

**ХИМИЯЛЫҚ-УЫТТЫҚ ДИАГНОСТИКА ТУРАЛЫ МӘСЕЛЕГЕ
(қысқаша әдебиеттік шолу)**

А.С. Субханбердина, Ш.И. Матаева, А.К. Монтаева

Мақалада тезистік тәртіпте психобелсенді заттарға уыттық-химиялық талдауды жоспарлау және жүзеге асыру айқындалады. Сезімділік пен ерекшеліктің түрлі дәрежедегі нәтижесін алуға мүмкіндік жасайтын диагностикалық процестің кезеңділігінің ролі атап айтылады.

SUMMARY

ROLE OF AGGRESSION AS A MAIN FORMED FACTOR OF DESTRUCTIVE SECT (literary review)

L.A. Biketova

Article is devoted to the description of the main characteristic of functioning of sects – aggressions. The data indicating direct correlation of sectarianism and destructive behavioural patterns are provided. Features of the aggressive behavior broadcast in the conditions of sects are listed. Need of detailed studying of stages of formation and realization of aggressive behavior at sectarians for development of programs on its correction is emphasized.

ANALYZE OF INSTITUTIONAL DEFICIT IN SPHERE OF COUNTERACTION OF DESTRUCTIVE SOCIAL EPIDEMICS

A.L. Katkov

Results of the analysis on each class of professional standards of an addictology profile are given in article «Analyze of institutional deficit in sphere of counteraction of destructive social epidemics» of author A.L. Katkov. Conclusions about existence of systemic deficiency in the sphere of the standard organization of the addictological help, and also about need of cardinal reforming of operating system of professional standards of an addictology profile become.

Keywords: addictological help, standards, deficiency.

INNOVATIVE TECHNOLOGIES OF METAMODEL OF SOCIAL PSYCHOTHERAPY USED IN COMBATING THE SPREAD OF DESTRUCTIVE SOCIAL EPIDEMICS

A.L. Katkov

In article «Innovative technologies of metamodel of social psychotherapy used in combating the spread of destructive social epidemics» by A.L. Katkov are given the data on the diagnostic, preventive and rehabilitational technologies developed on the basis of universal algorithm of formation of fastness to primary or repeated involvement in destructive social epidemics of chemical and psychological dependence, model of two-level developing communication. Higher efficiency of innovative technologies locates essentially.

Keywords: chemical dependence, psychological dependence, innovative technologies.

PREVENTION OF RISKY BEHAVIOR THROUGH THE PROGRAM «FAMILY AND SCHOOL TOGETHER»

ZH.SH. Amanova

In article the scientific and reasonable preventive model, the family program for prevention of abuse by psychoactive substances at level of families on a program example «Family and school together» is shined.

MODELS OF PSYCHOTHERAPEUTIC HELP IN PROGRAMS OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES ADDICTED

A.L. Katkov

In article «Models of psychotherapeutic help in programs of medical and social rehabilitation of psychoactive substances addicted» by A.L. Katkov are given general information about programs of medico-social aftertreatment in an addictology, a place of the psychotherapeutic help in these programs. Questions of the differentiated

psychotherapeutic help depending on the status of the rehabilitational program are considered. Three main models of a psychotherapy in narcology are described.

Keywords: a psychotherapy, models, aftertreatment dependent on psychoactive substances.

THE ROLE OF PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT AND REHABILITATION OF PERSONS WITH CHEMICAL AND DESTRUCTIVE PSYCHOLOGICAL DEPENDENCE

A.L. Katkov, A.T. Eskalieva

In the present article the complex of the questions bound to use of a professional psychotherapy in the sphere of counteraction to diffusion of destructive social epidemics is surveyed. Data on the main historical stages of development of psychotherapeutic treatment are given in narcology, modern realities of use of psychotherapeutic methods of treatment dependent on psychoactive substances are described. The priority role of a professional psychotherapy in system of the narcological, addictological help is given reason.

Keywords: psychotherapy, narcology, addictology.

PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT IN DEPARTMENTS AND CENTERS, IMPLEMENTING PROFESSIONAL, HIGHLY STRUCTURED PROGRAM OF TREATMENT AND REHABILITATION OF SUBSTANCE DEPENDENCE

A.L. Katkov, A.T. Eskalieva

In the present article the concept of a psychotherapeutic treatment in the course of aftertreatment dependent on psychoactive substances is analyzed. The main components and substantial characteristics of this major therapeutic context are surveyed. The purposes and tasks of the corresponding preparation of the personnel operating in programs of aftertreatment dependent on psychoactive substances are stated.

Keywords: chemical dependence, aftertreatment, psychotherapeutic treatment.

EVALUATION OF THE «FAMILY AND SCHOOL TOGETHER» PROGRAM IN KAZAKHSTAN REPUBLIC

L. McDonald, ZH.SH. Amanova

In article results of the combined methodological assessment of the program «Family and school together» are presented. The program was realized in Kazakhstan Republic in Pavlodar and Shymkent in 2011.

PRELIMINARY RESULTS OF THE PROJECT «OUR POSITIVE IN ACTION!»

S.N. Molchanov

In article preliminary results of implementation of the project «Our Positive in Action!», in Pavlodar supported by Representation of the European Union presented by the European Commission in Kazakhstan Republic.

THE PREVALENCE OF THE RISK OF CHEMICAL AND NON-CHEMICAL ADDICTION AMONG STUDENTS OF KOSTANAY

Sh.V. Sarkisian, O.G. Yusopov

The purpose of the present article is covering of preliminary results of an assessment of prevalence of various destructive forms of behavior among youth, and also identification of universal risk factors of involvement in the social epidemics, presented by dependent variables. According to the carried-out research the high risk of religious dependence is taped among 0,5% (0,3 \diamond 3,3%) respondents, existence of high risks of computer dependence among 1% (0,6 \diamond 3,9%), risk of a pathological gambling among 1,5% (0,8 \diamond 4,5%) respondents. Experience of consumption

of alcohol during life had 75,1% ($\pm 6,1\%$) respondents, marijuana – 16,9% ($\pm 5,2$), ecstasy – 3,5% ($\pm 2,5\%$), opium – 1,5% ($0,8 < 4,5\%$). During the carried-out correlation analysis positive dependence between degree of religious dependence and self-checking and negative interrelation of degree of religious dependence and an optimistic is established. Positive dependence is taped between risk of development of computer dependence and risk of a game addiction, heteroaggression, an autoaggression. Between risk of development of computer dependence and such spheres of quality of life as the optimistic and communication with close people is defined negative dependence. The greatest number of correlations with other parameters was defined concerning such parameters as access to internal resources and quality of life in the sphere of communication with close people.

Keywords: youth, chemical addiction, not chemical addiction, aggression, quality of life, psychological health.

THE IMPORTANCE OF SOCIAL AND PERSONAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION

A.B. Dzhasynova

This paper presents an analysis of published data about the importance of social and personal factors in the genesis of alcohol and drug abuse, which showed that the development of substance abuse plays a major role in the microsocial environment and conditions for the formation of personality in the family. Proper evaluation of these factors is needed to improve treatment and rehabilitation.

Key words: social factors, personal factors, alcoholism, addiction.

THE MAIN PROBLEMS OF LABORATORY DIAGNOSIS IN NARCOLOGICAL PRACTICE

A.K. Montaeva

In article the main questions of application of laboratory diagnostics in narcological practice on the basis of the retrospective analysis of a sample of case histories are reflected.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL TRAINING AS A MEANS OF CORRECTION OF CODEPENDENCY

E.M. Raklova

In this paper we consider a system to help codependent people. Codependency as a dependency is a long chronic condition that leads to suffering and deformation of the spiritual sphere, psychological and psychosomatic health.

Keywords: codependent condition, the symptoms of codependency, dependency, adaptation, physical health, codependency.

DATA OF THE RETROSPECTIVE ANALYSIS OF THE MAIN INDICATORS OF A PSEUDO-ABSTINENT SYNDROME AT THE PATIENTS OF A STATIONARY PROFILE SUFFERING FROM OPIOID DEPENDENCE

D.F. Shadaeva

The data received during a retrospective assessment of separately taken clinical syndrome, taken of medical documentation of inpatients are provided in article. During the analysis the main patterns of a current of the specified syndrome are taped. Besides, need for development of uniform algorithm of a clinical assessment of the leading narcological syndromes necessary in practical work of the doctor clinician is underlined.

**SINGLE ISSUES OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TOXIC PSYCHOSIS
(for example, the description of two clinical cases)**

D.F. Shadaeva

In article applied questions of carrying out differential diagnostics of psychoses in narcological practice are taken up. On an example of the description of separate clinical cases need of a systemic approach is underlined.

QUALITY MANAGEMENT OF THE ADDICTOLOGICAL HELP

A.L. Katkov, A.A. Kusainov, E.B. Baikenov

In the present article structural and tool characteristics of complex quality management system of the addictological help are described. The functional definition of quality which is most adequate in this sector of social activity, to counteracting process of diffusion of chemical and destructive psychological dependence is given. Results of introduction of some components of complex quality management system in system of the narcological help are surveyed.

Keywords: addictological help, quality, management.

**TO A QUESTION OF CHEMICAL AND TOXICOLOGICAL DIAGNOSTICS
(the short literary review)**

A.S. Subkhanberdina, Sh.I. Mataeva, A.K. Montaeva

In article in a thesis order questions of planning and exercise of the toxiko-chemical analysis of psychoactive substances are consecrated. The role of sequence of diagnostic process which allows to receive results with different degree of sensitivity and specificity is underlined.