
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

*Специальный выпуск,
посвященный Республиканской научно-практической
конференции с международным участием
«Управление качеством наркологической помощи в РК»
11-12 декабря 2008 года
г. Павлодар*

Том VIII № 3

2008

Павлодар

Редакционная коллегия:

профессор, д.м.н. А. Л. Катков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н. М. Абдиров; д.м.н. Ю. А. Россинский (заместитель главного редактора); А. Н. Рамм (ответственный секретарь); к.м.н. Е. В. Денисова (редактор); профессор Н. А. Бохан; профессор О. Т. Жузжанов; профессор Н. Т. Измаилова; Р. М. Коцегулова; д.м.н. С. А. Нурмагамбетова; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; к.м.н. А. Ю. Толстикова; профессор А. А. Чуркин; О. Г. Юсопов

Редакционный совет:

А. А. Аканов (Алматы); Ю. В. Валентик (Москва); Ж. А. Доскалиев (Астана); В. Ю. Завьялов (Новосибирск); Н. Н. Иванец (Москва); Р. Г. Илешева (Алматы); Г. М. Кудьярова (Алматы); И. Е. Куприянова (Томск); В. Н. Михайлов (Москва); А. В. Нерсесов (Астана); Л. А. Степанова (Томск); Н. К. Хамзина (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: press@rncenter.kz**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

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

Том VIII
№ 3
2008 год

выходит
4 раза в год

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

Катков А. Л., Аманова Ж. Ш., Юсопов О. Г., Байкенов Е. Б.

Социальные аспекты противодействия распространению наркотической зависимости в Республике Казахстан 7-16

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Асланбекова Н. В., Барматина Л. К.

Коморбидные нервно-психические расстройства у врачей, имеющих психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (северо-восточный регион Казахстана) 17-20

Асланбекова Н. В., Россинский Ю. А.

Взаимосвязи сочетанных аддиктивных расстройств, качества жизни и уровня психического здоровья среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана (сообщение 1) 20-23

Асланбекова Н. В., Россинский Ю. А.

Взаимосвязи сочетанных аддиктивных расстройств, качества жизни и уровня психического здоровья среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана (сообщение 2) 23-27

Россинский Ю. А., Асланбекова Н. В.

Взаимосвязи аддиктивных расстройств и психического здоровья среди врачей стационарного профиля Северо-восточного региона Казахстана 27-30

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Аманова Ж. Ш.

Социально-психологический тренинг в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ Байкенов Е. Б. 31-35

Вопросы повышения качества психологического консультирования в программах МСР 35-41

Прилуцкая М. В.

Исследование этнокультуральных аспектов формирования алкогольной зависимости в подростковом возрасте 41-44

Юсопов О. Г.

Планирование лечения, работа с индексом тяжести аддикции и мотивационное интервьюирование зависимых от ПАВ на этапах МСР 44-53

КЛИНИКА

| | |
|---|-------|
| <i>Байкенов Е. Б.</i> Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых | 54-56 |
| <i>Бредихина Е. В., Найденов А. И.</i> Исследование качества жизни лиц, зависимых от опиоидов находящихся на свободе и в местах лишения свободы | 56-63 |
| <i>Каражанова А. С., Сексенова Ж. Х., Нургазина А. З., Сагындыкова Б. Б., Бауэр Ю. В., Явонова Г. И., Найденов А. И.</i> Опыт применения антаксона в амбулаторных условиях с целью противорецидивной терапии пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления препаратов группы опия | 63-66 |
| <i>Кусаинов А. А.</i> Дифференцированные подходы к лечению в программе МСР | 66-70 |
| <i>Садвакасова Г. А.</i> Особенности формирования зависимости от опиоидов у женщин, проживающих в Республике Казахстан | 70-77 |

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

| | |
|---|--------|
| <i>Каражанова А. С., Джаксыбеков М. А., Бектаева Г. Т., Назырова Ф. Ш., Жаксылыкова М. Х., Мухаметжанов О. М., Калиева А. Т., Гуторова Т. А.</i> Проект протокола специализированной медицинской помощи пациентам, зависимым от алкоголя в условиях принудительного лечения сроком на 6 – 24 месяца | 78-87 |
| <i>Каражанова А. С., Барматина Л. К., Жаксылыкова М. Х., Мухаметжанов О. М., Гловацкий В. В., Найденов А. И., Гуторова Т. А.</i> Проект протокола специализированной медицинской помощи пациентам, зависимым от опиоидов, а также с зависимостью от сочетанного употребления ПАВ в условиях принудительного лечения сроком на 6 - 24 месяцев | 88-98 |
| <i>Лаврентьев О. В., Ковина Т. Г., Мирошниченко Н. Е.</i> Основные выводы и результаты мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2007 году | 99-107 |

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

| | |
|--|---------|
| <i>Информация о мониторинге второго уровня</i> | 108-110 |
| <i>Резюме</i> | 111-118 |

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:

EDITORIAL CLAUSES

Katkov A. L., Amanova Zh. Sh., Yusopov O. G., Bajkenov E. B.

Social aspects of counteraction to distribution of narcotic dependence to the Republic Kazakhstan 7-16

BASIC RESEARCHES

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

Aslanbekova N. V., Barmatina L. K.

Cormobide psychological frustration at the doctors having mental and behavioural frustration owing to the use of psycho-active substances (northeast region of Kazakhstan) 17-20

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

Aslanbekova N.V., Rossinskij Y. A.

Interrelations of combinatory addictive frustrations, quality of life and a level of mental health among doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan (the message 1) 20-23

Aslanbekova N. V., Rossinskij Y. A.

Interrelations of combinatory addictive frustrations, quality of life and a level of mental health among doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan (the message 2) 23-27

Rossinskij Y. A., Aslanbekova N. V.

Interrelations of addictive frustrations and mental health among doctors of a stationary structure of Northeast region of Kazakhstan 27-30

PREVENTIVE MAINTENANCE AND REHABILITATION

Amanova Zh. Sh.

Socially-psychological training in the program of medico-social rehabilitation dependent on PEAHENS 31-35

Bajkenov E. B.

Questions of improvement of quality of psychological consultation in programs MSR 35-41

Prilutskaya M. V.

**Volume VIII
№ 3
2008**

Research of ethno cultural aspects of formation of alcoholic dependence at teenage age 41-44

Yusopov O. G.

Planning of treatment, work with an index of weight of addiction and motivational interviewing dependent on PEAHENS at stages MSR 44-53

**Published
4 times in a year**

CLINIC

| | |
|--|-------|
| <i>Bajkenov E. B.</i> Research of features of motivational sphere of drug dependent | 54-66 |
| <i>Bredihina E. V., Naidyonov A. I.</i> Research of quality of a life of the persons dependent from opioids at large and in places of imprisonment | 56-63 |
| <i>Karazhanova A. S., Seksenova Zh. H., Nurgazina A. Z., Sagyndykova B. B., Bauer. Y. V., Yavonova G. E., Naidyonov A. I.</i> Experience of application of antakson in out-patient conditions with the purpose of antirecivide therapies of patients with mental and behavioural frustration as a result of the use of preparations of group of opium | 63-66 |
| <i>Kusainov A. A.</i> The differentiated approaches to treatment in program MSR | 66-71 |
| <i>Sadvakasova G. A.</i> Features of formation of dependence from opioids at the women living in the Republic Kazakhstan | 70-77 |

THE ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL HELP

| | |
|--|--------|
| <i>Karazhanova A. S., Jaksybekov M. A., Bektaeva G. T., Nazyrova F. Sh., Zhaksylykova M. H., Mukhametzhanov O. M., Kalieva A. T., Gutorova T. A.</i> The project of the report of specialized medical aid to the patients dependent on alcohol in conditions of compulsory treatment for the period of 6 - 24 months | 78-87 |
| <i>Karazhanova A. S., Barmatina L. K., Zhaksylykova M. H., Mukhametzhanov O. M., Glovatsky V. V., Naidyonov A. I., Gutorova T. A.</i> The project of the report of specialized medical aid to the patients dependent from opioids, and also with dependence from the combinatory usage of PEAHENS in conditions of compulsory treatment for the period of 6 - 24 months | 88-98 |
| <i>Lavrentyev O. V., Kovina T. G., Miroshnichenko N. E.</i> The basic conclusions and results of monitoring of a narcological situation in the Republic Kazakhstan in 2007 | 99-107 |

THE INFORMATION AND REVIEWS

| | |
|---|---------|
| <i>The information on monitoring the second level</i> | 108-110 |
| <i>The resume</i> | 111-118 |

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А. Л. Катков, Ж. Ш. Аманова, О. Г. Юсопов, Е. Б. Байкенов

Введение

Актуальность настоящей темы обусловлена масштабами деструктивного влияния современных социальных эпидемий на уровень и состояние национальной безопасности в Республике Казахстан. Распространение наркотической зависимости, относится к наиболее масштабной и опасной по своим последствиям социальной эпидемии (наряду с такими, как религиозный экстремизм, вовлечение в деструктивные секты, вовлечение в террористические и преступные организации). Из наиболее значительных последствий распространения поименованных социальных эпидемий следует отметить: раннюю инвалидизацию, смертность и вовлечение в криминальную деятельность среди представителей восходящего поколения, характерных для зависимых от наркотиков; деструктивное изменение психики, социальную изоляцию или различные формы агрессивного поведения, характерные для лиц, вовлеченных в религиозные секты; социально-опасное поведение и преступные действия, направленные против легитимной власти, характерные для лиц, вовлеченных в деятельность террористических и экстремистских организаций.

Существенной особенностью распространения социальных эпидемий является то, что традиционные методы борьбы с ними мало эффективны. Таким образом, существует настоятельная необходимость: детального анализа существующих способов противодействия распространению социальных эпидемий в Республике Казахстан; выявления институционального дефицита, препятствующего эффективной профилактике; разработки аргументированных предложений по совершенствованию системы социального противодействия распространению упомянутых социальных эпидемий.

Настоящее сообщение анализирует ситуацию и эффективность социального противодействия в сфере распространения наркотической зависимости в Республике Казахстан.

1. Общая стратегия антинаркотической деятельности в социальном секторе Республики Казахстан

1.1. Основные агенты, противодействующие распространению наркотической зависимости в социальном секторе Республики Казахстан, следующие: система здравоохранения РК (государственный и частный сектор); сектор неправительственных организаций (НПО); система образовательных и воспи-

тательных учреждений РК; сектор средств массовой информации (СМИ). Прочие агенты, действующие в социальном секторе, оказывают существенно меньшее влияние на масштабы и эффективность усилий, противодействующих распространению наркотической зависимости.

1.2. Системный анализ основных уровней противодействия распространению наркотической зависимости в Республике Казахстан, проводимый Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркоманий в период 2002-2005 г.г. показал наличие следующих из них: уровень социальных антинаркотических стратегий и принципов, представленных в основополагающих нормативных документах (Государственных Стратегиях РК, Законах РК, межведомственных и ведомственных приказах); уровень ведомственной ответственности за разработку и реализацию соответствующих антинаркотических программ; уровень специализированных профилактических технологий.

1.3. Анализ используемых социальных антинаркотических стратегий и принципов, а также – представленности данных стратегий в основных нормативных документах, регулирующих антинаркотическую деятельность в социальном секторе РК, показывает следующее. Основные используемые стратегии - снижение спроса на наркотические средства; снижение предложения; снижение потребления; снижение вреда – соответствуют международной практике борьбы с распространением наркозависимости в тех регионах мира, где такая практика наиболее эффективна. Следует отметить, что вышеназванные стратегии в некоторых своих аспектах противоречат друг другу. Недоучет данного обстоятельства и отсутствие конструктивного взаимодействия между основными антинаркотическими агентами социального сектора негативно сказывается на общей эффективности противодействующих социальных усилий.

В частности, законодательная база РК, реализующая национальную политику в области снижения спроса на наркотики и профилактику ВИЧ/СПИДа, основана на объективных фактах современной реальной наркотической ситуации, сложившейся в РК, и в целом соответствует нормам, принятым на международном уровне в рамках Политической Декларации и Декларации о Руководящих Принципах по Сокращению Спроса на Наркотики, принятыми на ССГА ООН в 1998 и 2001 годах. В качестве иллюстрации упомянутых аспектов взаимодействия основных

антинаркотических стратегий следует отметить некоторые противоречия в отдельных положениях анализируемых законодательных актов РК и ведомственных приказах РК.

Пункты 2 и 4 ст. 7 Закона Республики Казахстан от 27 мая 2002 года № 325-ІІ «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией» противоречит ст. 1 Указа Президента Республики Казахстан, имеющего силу Закона от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией», где говорится о том, что «Больные алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, уклоняющиеся от добровольного лечения, подлежат принудительному, стационарному лечению в специализированных лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения с привлечением к труду на период прохождения лечения». Указ Президента РК вышел раньше данного Закона. Но фактом является то, что положения Закона не отменяют положения Указа о принудительном лечении наркозависимых. В ряде стран Европы и США, принудительное лечение от наркомании выступает в качестве альтернативы уголовному наказанию (тюремное заключение) и не существует положений о принуждении к лечению, основанного только на факте наличия зависимости. Однако в РК расхождения в основных положениях отмеченных документов оставляют возможность принудительного лечения только на основании самого факта наличия наркомании.

Совместное Положение МЗ РК и МВД РК «О порядке единого учета больных наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения за лицами с эпизодическим немедицинским потреблением наркотических и другим одурманивающих средств» от 19.03.1997 г. за № 5-2-9/1444 (МЗ) и от 20.03.1997 29/1-81 (МВД) противоречит законодательству РК: Закону «О психиатрической помощи и гарантий прав граждан при ее оказании» и Закону «О медико-социальной реабилитации больных наркоманией» и расходится с международными актами о правах человека. Данное положение по срокам вышло значительно раньше упомянутых законов РК, и с выходом этих законов РК действие данного положения не было отменено. В некоторых регионах РК первые руководители наркологических организаций придерживаются в своей работе данного положения.

Двойной персонифицированный учет больных, страдающих наркоманией как учреждениями здравоохранения (наркологические диспансеры), так и местными органами УВД нарушает права граждан РК, страдающих наркоманией – право на сохранение врачебной тайны и дискредитирует национальную политику РК по снижению спроса на наркотики перед лицом самой целевой группы, а так же общественных и международных организаций. При существующем положении – персонифицированного учета органами УВД – лица, страдающие нарко-

логической зависимостью или злоупотребляющими наркотиками избегают обращения за профессиональной медицинской помощью в государственные наркологические организации, из-за страха социального абстраклизма (преследование или ограничения на работе, со стороны работодателя или преследования со стороны силовых структур).

Положения Приказа МЗ РК от 12.03.2004 г. за № 243 противоречит положениям Постановления Правительства РК от 18 июня 2002 года за № 668 в разрешении вопросов допуска к некоторым видам трудовой деятельности лиц, ранее употреблявших наркотики и дискредитирует данную целевую группу (лица болеющие наркоманией или ранее употреблявшие наркотики и зарегистрированные в государственных наркологических организациях), лишая их конституционного права на труд.

1.4. Все вышесказанное свидетельствует о том, что основным институциональным дефицитом в рассматриваемой сфере социальных антинаркотических стратегий является несогласованность и отсутствие конструктивного компромисса в деятельности главных антинаркотических агентов социального сектора. Что выражается, в частности, в противоречивых нормах регулирования антинаркотической деятельности в данном секторе. А также – в противоречиях с подходами, используемыми силовыми ведомствами.

2. Антинаркотическая деятельность в системе здравоохранения

2.1. Система наркологической помощи в секторе здравоохранения РК представлена: наркологическими учреждениями государственного сектора МЗ РК; наркологическими учреждениями частного сектора; наркологическими учреждениями и структурами в системе Министерства юстиции РК (пенитенциарные учреждения). Основополагающими ориентирами в деятельности вышеназванных учреждений и организаций наркологического профиля являются установки документа «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы». В частности, в нормативных документах, регулирующих деятельность данных учреждений, позиционируются следующие основные цели, соответствующие основным стратегическим установкам: 1) эффективное противодействие процессу распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан (за счет первичной профилактики, лечения, реабилитации и ресоциализации зависимых от психоактивных веществ); 2) эффективное противодействие процессу распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков (за счет деятельности сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи). А также – следующие основные задачи: 1) мониторинг реальной ситуации в сфере распространения зависимости от

психоактивных веществ, а также ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков по Республике Казахстан в целом и в отдельных регионах; 2) организация эффективной системы противодействия процессу распространения зависимости от психоактивных веществ и ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков в сфере здравоохранения; 3) эффективная первичная профилактика распространения зависимости от психоактивных веществ среди населения Республики Казахстан и его уязвимых групп; 4) эффективная диагностика, лечение, реабилитация, ресоциализация зависимых от психоактивных веществ с формированием у них высоких уровней психологической устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от психоактивных веществ; 5) полноценный охват зависимых от психоактивных веществ (с акцентом на потребителей инъекционных наркотиков) комплексными программами снижения вреда – первичной наркологической помощи и эффективная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков; 6) постоянное расширение ассортимента, повышение доступности и качества услуг наркологического профиля, в том числе за счет: широкомасштабной подготовки персонала, действующего в системе наркологической помощи; разработки и внедрения новых, эффективных методов профилактики диагностики, лечения, реабилитации и ресоциализации зависимых от психоактивных веществ; разработки и внедрения новых форм и видов оказания наркологической помощи; 7) эффективное взаимодействие наркологических организаций с центрами СПИД, неправительственными организациями наркологического профиля, иными государственным, общественными, международными организациями, действующими в направлении профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ, ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков. Планирование наркологической помощи в секторе здравоохранения также проводится на основании принципов, отраженных в главном стратегическом документе: 1) принципов государственной политики в сфере наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании; 2) целей и задач, стоящих перед органами здравоохранения в сфере оказания наркологической помощи; 3) результатов мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан; 4) научных исследований в наркологии, в частности организации наркологической помощи; 5) определения базисных потребностей зависимых от психоактивных веществ в наркологической помощи и условиях ее оказания.

2.2. Основной объем наркологической помощи населению РК осуществляется государственными наркологическими организациями и учреждениями системы МЗ РК: 1) республиканскими научно-практическими Центрами; 2) областными наркологическими диспансерами; 3) городскими наркологическими

диспансерами; 4) специализированными лечебно-профилактическими учреждениями (СЛПУ) для принудительного лечения; 5) наркологическими отделениями психиатрических больниц; 6) наркологическими отделениями многопрофильных городских и районных больниц; 7) наркологическими кабинетами; 8) специализированными наркологическими кабинетами; 9) фельдшерскими пунктами (в том числе на промышленных предприятиях). В соответствие с современными требованиями и главными стратегическими установками наркологическая помощь в системе МЗ РК должна предусматривать следующие этапы: 1) этап первично-профилактической наркологической помощи; 2) этап первичной наркологической помощи; 3) этап амбулаторного наблюдения, лечения и реабилитации; 4) этап стационарного лечения и реабилитации; 5) этап ресоциализации; 6) этап противорецидивной (поддерживающей) терапии. Каждому этапу должен соответствовать определенный фрагмент стандарта организации наркологической помощи и стандарта услуг наркологического профиля, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения. К настоящему времени из обозначенных 6-ти этапов в системе наркологической помощи МЗ РК присутствуют четыре, отсутствуют два (второй и шестой), что негативно сказывается на показателях охвата наркопотребителей соответствующими услугами наркологического профиля, а также на показателях длительности и качества ремиссии. Соответственно, основные технологии, используемые на 4-х, представленных в системе наркологической помощи МЗ РК, этапах, не обеспечивают требуемой эффективности в сфере достижения конечных индикаторов, отраженных в основополагающем документе: «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы». Следует отметить, что организационный стандарт этапа первичной наркологической помощи, а также технологии, эффективно используемые на данном этапе, были разработаны и апробированы Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркоманий, и неоднократно предлагались к внедрению в течение последних 3-х лет. Однако, данные предложения не были поддержаны МЗ РК.

2.3. Основные данные, оценивающие эффективность деятельности государственного сектора наркологической помощи МЗ РК (динамика структуры и коечной мощности государственного наркологического сектора, динамика обеспеченности врачами штатами и кадрами, показатели финансирования деятельности службы, активность в сфере выявления наркологической патологии, показатели годовой ремиссии по окончании лечебно-реабилитационного курса), следующие. Общее количество наркологических коек в 2007 году увеличилось на 240 коек по сравнению с 2006 годом и составило - 5065. Обеспеченность койками на 10 тыс. населения оста-

лась на прежнем уровне - 3,3 на 10 тыс. населения (за счет увеличения численности населения). Данный показатель выше республиканского в Северо-Казахстанской (5,9), Западно-Казахстанской (5,4), Карагандинской (4,9) областях. Самая низкая обеспеченность наркологическими койками - в Южно-Казахстанской области (1,5). Амбулаторная наркологическая сеть в 2007 году представлена 172 наркологическими кабинетами (кроме диспансеров), 5 наркологическими фельдшерскими пунктами, 27 кабинетами экспертизы алкогольного опьянения, 17 кабинетами анонимного лечения, 20 подростковыми кабинетами и 15 кабинетами антиалкогольной пропаганды. В целом по РК со 176 до 172 уменьшилось количество наркологических кабинетов и с 23 до 20 подростковых наркологических кабинетов.

Динамика обеспеченности врачами-наркологами следующая. По сравнению с 2006 годом в 2007 году отмечается увеличение числа врачей - наркологов с 565 до 577 человек, при увеличении занятых наркологических должностей с 691,0 до 736,5. Остается на прежнем уровне обеспеченность врачами-наркологами: 0,4 на 10 тыс. населения. В наркологической службе Республики имеет место недостаточное количество специалистов, занимающихся реабилитационной работой. Во многих регионах их вообще нет. Обращает на себя внимание малое число специалистов по социальной работе - по всей Республике такими специалистами занято 14,25 должностных ставок.

Возможности подготовки и повышения квалификации персонала наркологических учреждений системы МЗ РК следующие. В стране функционирует 5 организаций, имеющих право на последипломное образование по наркологии: Кафедра психиатрии КГМА; Кафедра психиатрии ЗКГМА; Кафедра психиатрии СГМА; Кафедра психотерапии, психиатрии-наркологии, клинической и консультативной психологии РНПЦ МСПН; Кафедра неврологии и психиатрии АГМА. Большинство специалистов получают дополнительное образование на кафедре психотерапии, психиатрии-наркологии, клинической и консультативной психологии РНПЦ МСПН (в последние два года на данной кафедре было обучено 193 специалиста наркологического и смежного профилей).

Финансирование наркологических учреждений, действующих в системе МЗ РК в 2007 году, по сравнению с 2006 годом, было следующим. В среднем, по Республике Казахстан, финансирование наркологической службы выросло в 2007 году до 202 тенге на 1 жителя в год (165 тенге в 2006 г.). Финансирование на одного состоящего на учете в 2007 году составило 10 356 тенге, в сравнение с 8 383 тенге в 2006 году. Финансирование на одного пролеченного в стационаре в 2007 году составило 74 211 тенге, по сравнению с 59 907 тенге в 2006 году.

Активность по выявлению лиц с психическими и поведенческими расстройствами в результате упот-

ребления наркотических веществ (показатели заболеваемости и болезненности) в системе наркологических учреждений МЗ РК в 2007 году характеризовалась следующими показателями. Официально зарегистрированная распространенность (болезненность) психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (F11-19), по Республике Казахстан несколько уменьшилась в 2007 году, по сравнению с 2006 годом, - с 360,4 до 359,2 на 100 тысяч человек. На начало 2008 года общее количество официально зарегистрированных наркозависимых, взятых на учет в наркологические учреждения РК, составило 55 570. В тоже время по данным трех последних эпидемиологических исследований, проводимых в РК в 2001, 2003, 2006 г.г., реальное количество зависимых от наркотиков приближается к 250 000 и остается стабильным в течение последних 3-4 лет. Из общей популяции наркозависимых около 100 тысяч являются потребителями инъекционных наркотиков (наиболее опасная, с точки зрения рисков заражения ВИЧ и другими инфекциями, форма наркопотребления). Высокие показатели заболеваемости сохраняются в городах. Алматы, Астана, в Павлодарской области. В большинстве регионов страны, кроме Павлодарской, Западно-Казахстанской и Восточно-Казахстанской областей, наблюдалось снижение официально зарегистрированной распространенности наркологических заболеваний. При анализе наркологической заболеваемости, связанной с употреблением наркотиков, в Республике Казахстан по годовым отчетам 2007 года, можно отметить, что по всем выделенным группам произошло снижение первичной заболеваемости с 70,2 до 65,0 на 100 тыс. населения. По некоторым регионам произошел относительный рост первичной заболеваемости: в Астане - с 105,5 до 128,0 на 100 тысяч населения; в Павлодарской области - с 134,1 до 165,7 на 100 тысяч населения.

В целом, по РК количество пациентов, прошедших лечение в 2007 году по поводу зависимости от наркотиков составило 9728 (на 88 человек меньше, чем в 2006 году). Анализируя показатель ремиссии среди наркопотребителей на 100 наблюдаемых пациентов за 2005 - 2007 годы следует отметить, что по РК показатели ремиссий от 1 до 2 лет варьируется от 8,3 до 9,4, а свыше 2-х лет - от 5,6 до 6,5 на 100 наблюдаемых. За 2007 год самые высокие показатели ремиссии от 1 до 2-х лет по регионам таковы: в Алматинской области (24,9), Акмолинской (15,6), Кызылординской (14,9); самые низкие - в Восточно-Казахстанской области (4,9), Жамбылской (5,0), Костанайской (5,1). По ремиссиям свыше 2-х лет самые высокие показатели: в Акмолинской и Северо-Казахстанской области (13,6), Атырауской (12,4), самые низкие - в Актюбинской (2,8), Жамбылской (2,6) и Южно-Казахстанской области (3,8).

2.4. Количество частных наркологических учреждений, действующих в Республике Казахстан, посто-

янно увеличивается. В основном, данные учреждения представлены наркологическими кабинетами, психотерапевтическими кабинетами с наркологическим профилем деятельности, профильными амбулаторными структурами, наркологическими стационарами и реабилитационными центрами (в общей сложности 55 кабинетов и учреждений, о которых информация имеется, но их фактическое количество по РК существенно больше). Следует отметить, что объем оказываемой наркологической помощи в частном секторе, данные об эффективности такого рода помощи не отслеживаются и не учитываются в официальной статистике. Каких-либо нормативных документов, обязывающих специалистов – наркологов частного сектора предоставлять соответствующую информацию о результатах своей профессиональной деятельности, на сегодняшний день нет.

2.5. Наркологическая помощь, оказываемая в пенитенциарных учреждениях, в основном, представлена деятельностью врачей – наркологов по медикаментозной терапии лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств в результате употребления наркотических веществ. Эффективность такого рода терапии, в целом, не значительна, так как данный вид помощи не предусматривает полноценной медико-социальной реабилитации.

2.6. Из всего вышеизложенного следует, что основной дефицит, способствующий снижению эффективности профильной деятельности в секторе здравоохранения, заключается в отсутствии или слабой представленности двух из шести обязательных этапов современной наркологической помощи. Что, во-первых, сказывается на низких показателях охвата наркологическими услугами реальной популяции наркопотребителей. А во-вторых – на показателях длительности и качества ремиссии после завершения циклов медико-социальной реабилитации зависимых от наркотиков. Существенным обстоятельством, негативно влияющим на качество лечения и реабилитации зависимых лиц, является и недостаточная укомплектованность наркологических учреждений профессиональными кадрами из состава реабилитационной бригады – врачами – психотерапевтами, психологами, социальными работниками, консультантами по зависимостям. Недостаточная эффективность лечения в СЛПУ (наркологических учреждениях с недобровольной госпитализацией), а также в пенитенциарных учреждениях, обусловлена низким уровнем мотивации пациентов, отсутствием возможности полноценной реабилитации лиц с химической зависимостью вследствие непроработанности нормативных положений о составе реабилитационной бригады, дефицита утвержденных протоколов медико-социальной реабилитации в СЛПУ и пенитенциарных учреждениях. А также вследствие общей нехватки подготовленных профессиональных кадров.

3. Антинаркотическая деятельность в секторе профильных неправительственных организаций (НПО)

3.1. Основной профиль антинаркотической деятельности неправительственных организаций заключается в реализации программ снижения вреда от инъекционного употребления наркотиков (профиль третичной профилактики). И в существенно меньшей степени – в реализации первично-профилактических и реабилитационных программ (профиль первичной и вторичной профилактики наркозависимости). По данным на начало 2008 года по РК действует 129 пунктов доверия (при учреждениях МЗ РК – 85, при центрах СПИД – 18, при НПО – 10, при других учреждениях – 7; передвижных пунктов доверия – 9, остальные стационарные); программами снижения вреда по РК охвачено 37428 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), т.е. 37,4% от расчетного количества ПИН по РК; стационарными пунктами – 11287 ПИН (11,2%); передвижными пунктами – 1602 ПИН (1,6%); аутрич – 24539 ПИН (24,5%); основная часть ПИН охвачена такими услугами как шприцевой обмен, раздача информационных и других материалов – 24,5% из 37,4%. При этом следует отметить, что даже те пункты доверия, которые действуют при учреждениях МЗ РК, функционируют с участием профильных НПО или их сотрудников. Основные технологии помощи наркозависимых, которые используются в стационарных и мобильных пунктах следующие: 1. информационные услуги; 2. предоставление материалов; 3. профильное обучение зависимых от наркотиков; 4. консультационные услуги; 5. диагностические технологии. Вышеназванный сектор услуг ориентирован, в первую очередь, на профилактику распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. В существенно меньшей степени или вовсе не представлен сектор услуг по наркологическому консультированию и мотивации на вовлечение наркозависимых в полноценные программы медико-социальной реабилитации. Крайне слабо представлен сектор услуг по оказанию социальной помощи и поддержки.

3.2. Таким образом, не смотря на значительное количество стационарных и мобильных пунктов доверия в РК – данную сеть нельзя считать этапом первичной наркологической помощи, в первую очередь в силу дефицита специалистов и технологий эффективной наркологической помощи на данном этапе ее оказания. Все вышесказанное, а также отсутствие конструктивного взаимодействия между сектором НПО и наркологическими учреждениями, обуславливает сравнительно невысокие показатели охвата профильными услугами реально действующей популяции наркопотребителей в РК, невысокие показатели перевода данного контингента в программы медико-социальной реабилитации.

4. Антинаркотическая деятельность в секторе образования

4.1. Профилактическая работа в системе образования РК выстраивается в соответствии со следующими документами: Законом Республики Казахстан от 27 июля 2007 года № 319-III «Об образовании», Указами Президента Республики Казахстан 20 апреля 2000 года № 377 «О мерах по совершенствованию системы борьбы с преступностью и коррупцией», от 29 ноября 2005 года № 1678 «Об утверждении Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы», постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 апреля 2006 года № 240 «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006 - 2008 годы», постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2006 года № 1260 «Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы».

На основании нормативных предписаний в образовательных учреждениях осуществляют свою работу наркологические посты, которые являются общественным органом, проводящим комплексную профилактическую работу в организации образования для выработки у обучающихся навыков здорового образа жизни и формирования устойчивого нравственно-психологического неприятия злоупотребления психоактивных веществ. В состав поста входят социальный педагог, медицинский работник образовательного учреждения, психолог, классные руководители (кураторы), представители самоуправления организации образования, члены родительского комитета, представители наркологического диспансера (по согласованию). Исполнительной структурой поста является социально-психологическая служба образовательного учреждения.

В учреждениях образования также проводится информационно-образовательная работа по профилактике наркомании в рамках учебных предметов «Валеология», «Безопасность жизнедеятельности» и в рамках тематических классных часов. Совместно с центрами ЗОЖ и общественными организациями реализуются программы развития жизненных навыков, которые включают мероприятия по формированию навыков отказа от потребления различных психоактивных веществ и формированию критического отношения у употреблению наркотиков.

Система профилактической деятельности в настоящее время находится в стадии становления. Внедрение профилактических программ и проектов в детской, подростковой и молодежной среде в основном инициируется заинтересованными структурами здравоохранения, образовательными учреждениями. Однако системный подход в отборе качественных программ, их внедрении и оценке эффективности в должной мере не осуществляется. Именно поэтому система профилактической деятельности, не

смотря на все усилия и затраты, продолжает оставаться наиболее уязвимым местом.

Необходимо отметить недостаточную комплексность и систематичность проведения ряда мероприятий. Так осуществление первичного выявления лиц группы риска наркологического профиля не включает диагностику потенциального риска и дифференциацию профилактических подходов в соответствии со степенью риска. При том, что ряд научных исследований ясно показывают, что информационная и профилактическая работа имеет разное содержание и интенсивность в зависимости от степени риска вовлечения в потребление психоактивных веществ. Кроме того, большинство профилактических мероприятий имеют в основном информационно-просветительский характер, и соответственно меньше внимания уделяется мероприятиям по формированию качеств и навыков, которые обеспечивают антинаркотический иммунитет отдельного человека и определенных групп населения.

4.2. Таким образом, не выполняется одно из главных требований основополагающего документа «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы» в части раздела 4 (основные меры по достижению цели и решения приоритетных задач), пункта 5 (первично-профилактическое направление), предусматривающего внедрение в систему образования специальных компьютерных программ автоматизированного психологического тестирования с определением степени риска вовлечения в химическую и психологическую зависимость у каждого тестируемого с выдачей наиболее оптимальных рекомендаций по снижению данных рисков. В то время, как такие возможности существуют уже с конца 2007 г., в связи с разработкой сотрудниками РНПЦ МСПН диагностической компьютерной программы (соответствующие патенты на изобретения официально зарегистрированы). Кроме того, существуют возможности форсированной подготовки школьных психологов, социальных педагогов, педагогов-валеологов по программе эффективной коррекции высоких рисков вовлечения в химическую и психологическую зависимость, выстраиваемых на основе точной диагностики основных мишеней воздействия с использованием интенсивных развивающих технологий. Программы подготовки психологического и педагогического персонала также разработаны и апробированы сотрудниками РНПЦ МСПН.

4.3. Из всего сказанного следует, что сфера основного дефицита, способствующего недостаточной эффективности профильных первично-профилактических программ, реализуемых в системе образования, сосредоточена: в недопонимании важности основного стратегического направления – формировании антинаркотического иммунитета у восходящего поколения казахстанцев; дефиците информации о содержании данного основополагающего терми-

на, способах диагностики и форсированного развития полноценного антинаркотического иммунитета у детей, подростков, молодежи, отслеживаемых на всех уровнях управления системой образования в РК. И все это на фоне уже имеющихся сведений и научных разработок, ясно показывающих, что феномен антинаркотического иммунитета, одновременно, предполагает наличие стойкого иммунитета к вовлечению и в другие социальные эпидемии – сектантство, религиозный экстремизм, террористическую и преступную деятельность. Таким образом, очевидна слабость данного звена образовательного менеджмента, приверженность рутинным методам профилактики, нежелание или неготовность к инновационным формам работы в системе образования и воспитания.

5. Антинаркотическая активность средств массовой информации (СМИ)

5.1. Профильная антинаркотическая активность средств массовой информации представляет группу информационных технологий первично-профилактической направленности со следующими задачами: устранение информационного вакуума в сфере отрицательных последствий употребления психоактивных, в частности наркотических веществ; создание постоянно действующего «конвейера» антинаркотических публикаций с задачами активизации общественного мнения в области противодействия распространению наркотиков, информированию общественности о состоянии и эффективности антинаркотических усилий, предпринимаемых различными ведомствами, организациями, структурами и т.д. Об эффективности деятельности СМИ в данном направлении можно судить по следующим фактам (результаты мониторинга 2006 года). До 60% населения РК получают информацию о наркологической ситуации - все более или менее значимые аспекты данной ситуации - через СМИ. Более половины опрошенных получают информацию о проблеме наркомании по телевидению (57% населения). До 50% населения получают информацию антинаркотической направленности по несколько раз в год. В то же время имеются сведения о том, что информация о негативных последствиях наркопотребления не является надежным средством, профилактирующим употребление наркотиков. Так по данным РНПЦ МСПН до 70% наркозависимых, до того, как впервые употребили наркотическое вещество, знали о возможных негативных последствиях данного шага, но это их не остановило. Соответствующими исследованиями доказано, что такого рода информация эффективна лишь для той группы населения, которая достаточно устойчива к вовлечению в зависимость от психоактивных веществ (около 60% населения РК). Для группы населения с высоким риском вовлечения в наркотическую зависимость (около 11% населения) способы и технологии подачи информа-

ции антинаркотического содержания через СМИ неэффективны и недостаточны.

5.2. Таким образом, технологии первичной профилактики вовлечения в наркотическую зависимость с использованием информационных возможностей СМИ имеют лишь ограниченную эффективность и в обязательном порядке должны дополняться технологиями первичной профилактики, реализуемыми в заинтересованных родительских семьях, образовательных и воспитательных учреждениях.

Выводы

1. Проблема распространения наркотической зависимости в Республике Казахстан – является одной из наиболее значительных, по своим деструктивным последствиям, и опасных современных социальных эпидемий наряду с такими как религиозный экстремизм, вовлечение в деструктивные секты, вовлечение террористические и преступные организации. Масштабы и степень деструктивного влияния современных социальных эпидемий, и, в первую очередь, эпидемии распространения наркотической зависимости (ранняя инвалидизация, смертность, вовлечение в криминальную деятельность, социальная изоляция, деструктивные изменения психики, агрессивное поведение, социально-опасное поведение, преступные действия, направленные против легитимной власти) таковы, что имеют непосредственное отношение к состоянию национальной безопасности в Республике Казахстан.

2. Эффективная профилактика распространения наркотической зависимости в социальном секторе РК (система здравоохранения, образования, профильные НПО, СМИ), в соответствии с уже имеющимися научными данными, будет одновременно способствовать и существенному улучшению качества профилактики вовлечения восходящего поколения казахстанцев (детей, подростков, молодежи) в поименованные деструктивные социальные эпидемии, т.е. решать проблему исключительной государственной важности. Следовательно существует настоятельная необходимость ревизии и пересмотра существующей практики социального противодействия распространению наркотической зависимости в Республике Казахстан.

3. Проведенный анализ выявил следующую структуру дефицита основных составляющих антинаркотической деятельности в социальном секторе.

3.1. *Уровень социальных антинаркотической стратегий:* главным институциональным дефицитом в рассматриваемой сфере социальных антинаркотических стратегий является несогласованность и отсутствие конструктивного компромисса в деятельности главных антинаркотических агентов социального сектора. Что выражается, в частности, в противоречивых нормах регулирования антинаркотической деятельности в данном секторе. А также – в противоречиях с подходами, используемыми силовыми ведомствами.

3.2. *Уровень ведомственной ответственности за реализацию антинаркотических стратегий и программ*

3.2.1. Сектор здравоохранения: основной дефицит заключается в отсутствии или слабой представленности двух из шести обязательных этапов современной наркологической помощи, что, во-первых, сказывается на низких показателях охвата наркологическими услугами реальной популяции наркопотребителей. А во-вторых – на показателях длительности и качества ремиссии после завершения циклов медико-социальной реабилитации зависимых от наркотиков.

Существенным обстоятельством, негативно влияющим на качество лечения и реабилитации зависимых лиц, является недостаточная укомплектованность наркологических учреждений профессионалами из состава реабилитационной бригады – врачами – психотерапевтами, психологами, социальными работниками, консультантами по зависимостям.

Недостаточная эффективность лечения в СЛПУ (наркологических учреждениях с недобровольной госпитализацией), в пенитенциарных учреждениях обусловлена низким уровнем мотивации пациентов, отсутствием возможности полноценной реабилитации лиц с химической зависимостью вследствие непроработанности нормативных положений о составе реабилитационной бригады, дефицита утвержденных протоколов медико-социальной реабилитации в СЛПУ и пенитенциарных учреждениях. А также вследствие общей нехватки подготовленных профессиональных кадров.

3.2.2. Сектор НПО: основной дефицит заключается в отсутствии специалистов и технологий, представляющих этап первичной наркологической помощи, в составе стационарных и мобильных пунктов доверия (данные пункты действуют в рамках программ снижения вреда от употребления инъекционных наркотиков). Отсутствие конструктивного взаимодействия между сектором НПО и наркологическими учреждениями, обуславливает сравнительно невысокие показатели охвата технологиями третичной профилактики реально действующей популяции наркопотребителей в РК, и показатели перевода данного контингента в программы медико-социальной реабилитации.

3.2.3. Сектор образования: сфера основного дефицита сосредоточена: в отсутствии необходимых акцентов в действующих первично-профилактических программах на формировании антинаркотического иммунитета у детей, подростков, молодежи; слабости профилактического звена образовательного менеджмента во всех его составляющих (информированность, готовность к инновациям, техническая и технологическая оснащенность и т.д.); игнорировании либо недопонимании долговременных последствий провалов эффективной первичной профилактики распространения наркотической зависимости и других деструктивных социальных эпидемий.

3.2.4. Сектор СМИ: основной дефицит в данной сфере сосредоточен в невысоком качестве используемых «конвейерных» технологий подачи информации антинаркотической направленности. При этом следует учитывать, что способ подачи информации через СМИ по своему формату и особенностям имеет лишь ограниченные возможности влияния на поведение представителей групп повышенного риска, и с необходимостью должен дополняться более эффективными профилактическими технологиями. Одна из актуальных задач СМИ – информировать общественность об имеющихся в данной сфере возможностях.

3.3. *Уровень специализированных профилактических технологий*

Основной дефицит в данной сфере сосредоточен в секторе технологий вторичной профилактики (лечение, реабилитация, ресоциализация) недобровольного лечения зависимых от психоактивных веществ в СЛПУ и пенитенциарной системе.

4. Анализ структуры и основных составляющих институционального дефицита в секторе антинаркотической социальной активности показывает, что наиболее проработанными, адекватными современной ситуации, и, соответственно, наименее дефицитными в анализируемом перечне представляются уровни основных социальных антинаркотических стратегий и специализированных профилактических технологий (разработанных в результате реализации соответствующих пунктов Стратегий борьбы с наркомагией и наркобизнесом в РК на 2000-2005 г.г., 2006-2014 г.г.). Наименее проработанным и, соответственно, наиболее дефицитным представляется уровень ведомственной ответственности за разработку и реализацию соответствующих антинаркотических программ. В частности, откровенно слабым звеном является менеджмент специализированных профилактических программ во всех его составляющих (информированность; активность; готовность к инновациям; планирование, организация, мотивация и контроль за реализацией соответствующих проектов).

5. Проведенный анализ показывает наличие организационных, научных и технологических ресурсов в Республике Казахстан (сформированных в ходе реализации Стратегий борьбы с наркомагией и наркобизнесом в РК 2000-2005 г.г., 2006-2014 г.г.), достаточных не только для преодоления имеющегося институционального дефицита, но и для придания нового импульса в профилактике распространения основных социальных эпидемий в Республике Казахстан.

Рекомендации

1. Активизация и повышение эффективности антинаркотической деятельности в социальном секторе, концентрация усилий на главном направлении – формировании полноценного антинаркотического иммунитета у восходящего поколения казахстанцев, предполагает реализацию следующих мероприятий.

1.1. Необходима актуализация общего контекста проблемы распространения наркотической зависимости за счет демонстрации тесной взаимосвязи условий возникновения и распространения основных социальных эпидемий, включая наркотическую зависимость, и, что еще более важно – демонстрации универсального профилактического значения фактора антинаркотического иммунитета.

1.2. С этой целью, необходима коррекция документа «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 г.г.» в части раздела 4, пункта 5, предписывающего реализацию комплекса мероприятий по формированию устойчивости населения к вовлечению в основные социальные эпидемии, включая преступность, терроризм, религиозный экстремизм и переноса данного комплекса с 3-го на 2-ой этап стратегии.

1.3. Для активизации целенаправленной исследовательской деятельности по проблеме современных социальных эпидемий (включая вопросы разработки технологий эффективного социального противодействия) необходимо расширить профиль научной, образовательной и практической деятельности РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании» (созданного в ходе реализации Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2000-2005 г.г.), с включением фундаментальных и прикладных аспектов изучения современных социальных эпидемий, в частности – вопросов формирования универсального иммунитета к вовлечению в основные социальные эпидемии у восходящего поколения; задач по форсированной подготовке специалистов в сфере диагностики и развития универсального иммунитета; дополнительных экспертных и реабилитационных задач.

1.4. С целью оперативного выполнения пункта 1.3. необходимо обеспечить перенос сроков финансирования двух перспективных научно-технических программ Центра предусматривающих углубленное изучение вышеуказанных вопросов, с 2010 и 2012 г.г. (в соответствии с задачами 3-го этапа Стратегии в борьбе с наркоманией и наркобизнесом в РК 2006-2014 г.г.) на более ранние - с 2009 г. По всем потенциальным возможностям Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркоманий способен выполнять одновременно несколько достаточно масштабных научно-технических программ с достижением планируемых результатов.

1.5. Конкретизация механизмов эффективного выполнения п. 1 (1.1.) настоящего раздела должна предусматривать разработку обновленного и научно-обоснованного стандарта эффективной первичной профилактики распространения основных социальных эпидемий, в том числе – эпидемии наркотической зависимости. Данный научно-обоснованный стандарт должен быть нацелен на форсированное развитие универсального иммунитета к вовле-

чению в поименованные социальные эпидемии восходящего поколения и предусматривать следующие основные позиции:

- обязательное оснащение учебных и воспитательных учреждений страны компьютерными технологиями диагностики высоких рисков и, соответственно, уровней развития универсального иммунитета по основным возрастным группам;

- обязательную квалификацию руководящего звена в образовательных и воспитательных учреждений в сфере эффективного менеджмента профильных первично-профилактических программ;

- обязательную подготовку в сфере эффективной коррекции высоких рисков вовлечения в основные социальные эпидемии (в том числе – эпидемию наркотической зависимости) специалистов – школьных психологов, социальных педагогов, педагогов-валеологов.

2. В соответствии с вышеприведенной логикой, поэтапно должна быть реформирована система наркологической помощи в РК. Основные задачи службы должны включать вопросы эффективной медико-социальной реабилитации лиц с психологической, а не только химической зависимостью. Реализация данного тезиса будет, во-первых, означать необходимость укомплектования профильных учреждений подготовленными специалистами – психотерапевтами, клиническими психологами, социальными работниками, острый дефицит которых самым негативным образом сказывается на результатах деятельности службы. Во-вторых, адекватное расширение основного профиля деятельности наркологических учреждений (связанное, возможно, и с изменением их названия) будет означать избавление химически зависимых лиц от неизбежной стигматизации, что закономерно улучшит показатели охвата данного контингента профильными услугами, повысит качество и длительность ремиссий.

При этом следует иметь ввиду, что при всех своих издержках система наркологической помощи населению РК в наибольшей степени подготовлена к выполнению сложнейших задач комплексной реабилитации и ресоциализации лиц с химической и психологической (вовлечение в деструктивные секты, экстремистские, террористические и преступные организации) зависимостью в амбулаторных и стационарных условиях. Специалисты наркологического профиля (психотерапевты, психологи, социальные работники, консультанты по зависимостям) в наибольшей степени ориентированы на выполнение главной реабилитационной задачи – форсированного развития устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от деструктивных химических либо психологических факторов. Т.е. речь идет о развитии вторичного иммунитета, надежно профилактирующего возникновение рецидивов зависимого поведения.

Таким образом, реализация п.2 в формате общего тезиса о взаимозависимости основных соци-

альных эпидемий, с одной стороны, будет способствовать существенному повышению эффективности антинаркотических усилий в секторе здравоохранения. А с другой – без существенных затрат позволит мобилизовать имеющиеся и наиболее подготовленные ресурсы на выполнение задач по эффективной реабилитации лиц с психологической зависимостью.

2.1. Оперативная и эффективная реализация п.2 должна сопровождаться существенным повышением качества услуг, оказываемой обновленными структурами медико-социального и медико-психологического профиля. Что предполагает разработку и широкомасштабное внедрение системы управления качеством специализированной помощи на всех этапах ее оказания лицам с химической и психологической зависимостью (зона ответственности Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркоманий). Необходимо подготовить и утвердить соответствующую нормативную базу по изменению структуры и обновления штатного расписания наркологических учреждений (зона ответственности МЗРК). Кроме того, нужно подготовить значительное количество квалифицированных специалистов психотерапевтов, психологов, социальных работников, консультантов по зависимостям по обновленным образовательным стандартам, составленным с учетом последних достижений науки в сфере противодействия современным социальным эпидемиям (зона ответственности профильных кафедр последипломного и дополнительного образования).

2.2. Оптимальная структура, инновационные технологии деятельности обновленной службы, обеспечивающей эффективную медико-социальную и медико-психологическую помощь лицам с химической и психологической зависимостью, должны апробироваться в условиях организационного и научного эксперимента. Реализация данного эксперимента возможна в рамках отраслевой научно-технической программы РНПЦ МСПН, в случае решения вопроса о передвижке сроков финансирования НТП 2010 и 2012 г.г. на более ранние.

3. Коррекция институционального дефицита, выявленного в ходе анализа эффективности противо-

действия распространению наркотической зависимости в социальном секторе, должна предусматривать следующий комплекс мероприятий.

3.1. Необходимо устранить наиболее существенные противоречия в законодательном оформлении главных антинаркотических стратегий, используемых в социальном секторе РК. При реализации данного пункта следует иметь ввиду, что проект закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», устраняющий названные противоречия, уже подготовлен РНПЦ МСПН и передан на рассмотрение в МЗ РК для последующего внесения в Кодекс Законов о здоровье народа и системе здравоохранения в РК.

3.2. Необходимо на уровне МЗ РК решить вопрос о внедрении этапов первичной наркологической помощи и противорецидивной терапии в деятельность практического сектора здравоохранения. И, в первую очередь, необходимо утвердить стандарт организации первичной наркологической помощи для лиц, употребляющих инъекционные наркотики.

3.3. В срочном порядке необходимо разработать, апробировать и внедрить полный комплекс профессиональных стандартов по оказанию наркологической помощи в СЛПУ (наркологических учреждениях с недобровольным лечением) и пенитенциарной системе (зона ответственности РНПЦ МСПН).

3.4. Необходимо обеспечить укомплектование штатов ЛПО наркологического профиля квалифицированными специалистами – психотерапевтами, психологами, социальными работниками, консультантами по зависимостям (зона ответственности руководителей учреждений наркологического профиля).

3.5. С целью улучшения качества «конвейерной» технологии антинаркотической публикации в СМИ необходимо разработать специальные циклы подготовки журналистов по теме мотивационного информирования населения о проблеме наркотической зависимости, и обеспечит «конвейерную» подготовку специалистов в области информационных технологий (зона ответственности РНПЦ МСПН, Министерства информации и печати РК).

Литература:

1. Гафарова Н. В., Лаврентьев О. В., Ковина Т. Г. Аналитический отчет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год». – Павлодар, 2008. – 146 с.

2. Россинский Ю. А., Гафарова Н. В. Законодательные акты и ведомственные приказы в Республике Казахстан, определяющие текущую национальную политику по снижению спроса на наркотики: Методическое пособие. - Павлодар, 2006. - 117 с.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

КОМОРБИДНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВРАЧЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ РЕГИОН КАЗАХСТАНА)

Н. В. Асланбекова, Л. К. Барматина

г. Павлодар

Крайне актуальной проблемой в клинике, лечении и реабилитации лиц с аддиктивной патологией является проблема коморбидной патологии (Бохан Н.А., Мандель А.И., 1995; Бохан Н.А., Мандель А.И., Велгугина Т.П., 2001; Семке В.Я. и соавт., 2001; Бохан Н.А., 2002). Особенно важным это является тогда, когда копинг эмоциональных или тревожных расстройств приобретает аддиктивную форму. Так, на примере сочетания аффективных и аддиктивных расстройств ряд исследователей считает, что с одной стороны - зависимость и злоупотребление психоактивными веществами неблагоприятно сказывается на течении аффективных расстройств (Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., 2000), а с другой - наличие аффективной патологии служит фактором, ускоряющим формирование и отягощающим течение зависимости от психоактивных веществ (Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р., 1997).

Нами было проведено кросс-секционное исследование, целью которого явилось изучение взаимосвязей качества жизни, психического здоровья вклю-

чая аддиктивные расстройства. Объектом исследования явились врачи стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана в количестве 347 человек, отобранных по критериям репрезентативной выборки. Настоящее исследование проводилось в рамках научной программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) при поддержке и участии Департамента здравоохранения (ДЗ) Павлодарской области.

В настоящей публикации мы рассмотрим коморбидные нервно - психические расстройства у врачей, имеющих психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ. Основными критериями постановки диагноза психических расстройств являлись критерии МКБ - 10 (1994).

Для выявления взаимосвязей психических и поведенческих расстройств (ППР) вследствие употребления ПАВ и распространенности нервно - психического расстройств, мы провели сравнительный анализ (таблица № 1).

Таблица № 1

*Результаты сравнения лиц имеющих аддиктивные расстройства (n = 181)
и лиц без аддиктивных расстройств (n = 156)*

| Нервно-психические расстройства | Группа 1 (n = 181) | Группа 2 (n = 156) | P |
|--|-----------------------|-----------------------|-------|
| Нервно-психические расстройства (F07.2 + F3 + F4) | 55,7±7,3% | 31,4±7,4% | <0,01 |
| Посткоммоционный синдром F 07.2 | 30,6±6,7% | 10,3±4,8% | <0,01 |
| Аффективные расстройства настроения F3 | 4,4±3,0% | 1,3% 0,7<>5% | >0,05 |
| Невротические, связанные со стрессом расстройства F4 | 42,9±7,3% | 25,5±6,9% | <0,01 |
| Тревожно-фобические расстройства F40 | 4,5±3,1% | 3,3% 1,8<>7,7% | >0,05 |
| Специфические фобии F40.2 | 9,7±4,4% | 2,6% 1,4<>6,8% | <0,05 |
| Паническое расстройство F41.0 | 2,2% 1,2<>5,8% | 1,3% 0,7<>5% | >0,05 |
| Генерализованное тревожное расстройство F41.1 | 7,2±3,8% | 3,8±3,0% | >0,05 |
| Посттравматическое стрессовое расстройство F43.1 | 24,0±6,3% | 17,1±6,0% | >0,05 |
| Расстройства психической адаптации F 43.2 | 12,5±4,9% | 4,6±3,3% | <0,05 |

Данные таблицы № 1 показывают, что в группе врачей, имеющих ППП вследствие употребления ПАВ (кофеина, табака, алкоголя), достоверно, в среднем в 1,8 раза чаще встречались лица, имеющие нервно-психические расстройства (органические психические расстройства F 07.2, аффективные расстройства настроения F3 и тревожно-фобические расстройства F4). Необходимо отметить достаточно высокий уровень распространенности нервно-психических расстройств в обеих группах. Так, например, в группе врачей, у которых не было выявлено аддитивных расстройств, нервно-психические расстройства встречались в 31,4±7,4% случаях. То есть, практически каждый третий врач, не имеющий проблем со злоупотреблением или зависимостью от ПАВ (кофеина, табака, алкоголя), имел проблемы, связанные с наличием нервно-психических расстройств пограничного уровня. А в группе врачей, имеющих аддитивные расстройства, чаще, чем каждый второй (55,7±7,3%), также имел проблемы, связанные с наличием того или иного нервно-психического расстройства.

Мы не получили достоверных различий в группах в отношении распространенности аффективных расстройств настроения F3. По результатам наших исследований в группе лиц с аддитивными расстройствами в среднем 4,4±3,0% лиц имели клинические признаки аффективных расстройств настроения, согласно критериям МКБ - 10 (1994), а в группе лиц без аддитивных расстройств – 1,3% (доверительный интервал – 0,7% <> 5,0%).

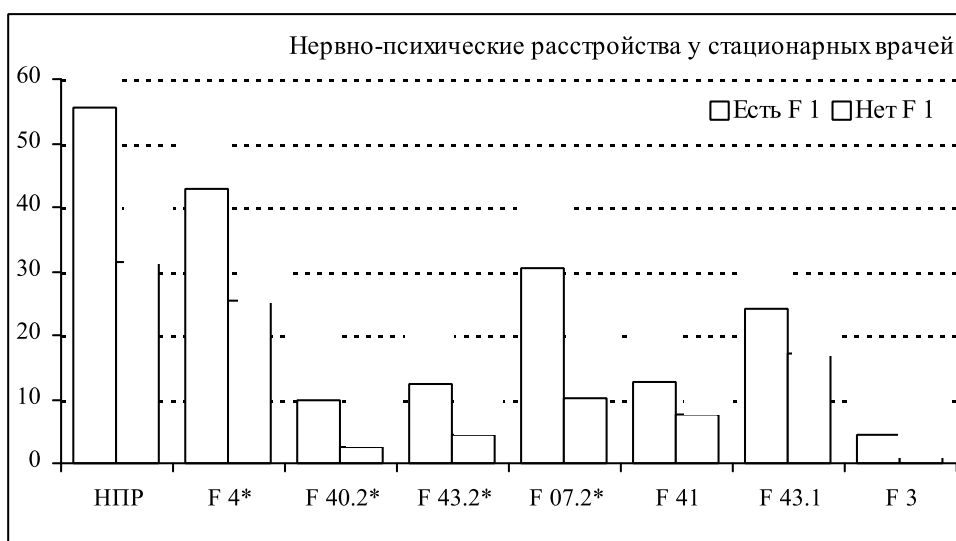
Также мы не получили достоверных различий в отношении тревожно - фобических расстройств в целом F40, и – других тревожных расстройств F41 (паническое (пароксизмальное тревожное) - рас-

стройство F41.0 и генерализованное тревожное расстройство F41.1). В группе лиц с аддитивными расстройствами в среднем 4,5±3,1% лиц имели клинические признаки тревожно-фобических расстройств согласно критериям МКБ-10 (1994), а в группе лиц без аддитивных расстройств – 3,3% (доверительный интервал – 1,8% <> 7,7%). Также в первой группе лица, у которых было выявлено Паническое расстройство F41.0 – в среднем составили 2,2% (доверительный интервал – 1,2% <> 5,8%), а во второй – 1,3% (доверительный интервал – 0,7% <> 5,0%). Лица, страдающие аддитивными расстройствами и имеющие коморбидную психическую патологию в виде Генерализованного тревожного расстройства F41.1 составили 7,2±3,8%, а лица без аддитивных расстройств с такой же коморбидной патологией составили 3,8±3,0%.

На рисунке 1 представлены соотношения в группах врачей с аддитивными и без аддитивных расстройств. Звездочками помечены те нервно-психические расстройства, которые при сравнении выявили достоверные различия. Не смотря на то, что нами не было выявлено достоверных различий в отношении распространенности посттравматических стрессовых расстройств F43.1, нам хотелось бы отметить очень высокий уровень распространенности этих расстройств и в той, и в другой группе. Так, например, в группе врачей, у которых не было выявлено аддитивных расстройств – злоупотребления или зависимости от кофеина, табака или алкоголя – в 17,1±6,0% случаев встречались посттравматические стрессовые расстройства. А в группе врачей, страдающих аддитивными расстройствами, посттравматические стрессовые расстройства – F43.1 – встречались почти у каждого четвертого – 24,0±6,3%.

Рисунок 1

Распространенность нервно-психических расстройств у лиц с аддитивными расстройствами и без аддитивных расстройств



Столь высокий уровень распространенности посттравматических стрессовых расстройств в обеих группах свидетельствует в пользу того, что специфические условия врача стационарного профиля являются стрессогенными, и, соответственно – факторами риска невротических, связанных со стрессом расстройств.

С нашей точки зрения, важен тот факт, что в обеих группах уровень распространенности посттравматических стрессовых расстройств не выявил достоверных различий, а уровень распространенности расстройств психической адаптации (F43.2) имел достоверные различия. Так, в группе врачей, имевших ППР вследствие употребления ПАВ (кофеин, табак, алкоголь), лица, имеющие расстройства психической адаптации (F43.2) достоверно, в среднем, встречались в 2,7 раза чаще, чем в группе лиц без аддиктивной патологии (12,5±4,9% и 4,6±3,3%, при $P < 0,05$). Этот факт, с нашей точки зрения свидетельствует о том, что аддиктивный агент, если речь идет о химической субстанции, в нашем случае это кофеин, табак и алкоголь – способствует адаптации в период начальных аддиктивных форм употребления ПАВ. А с момента, когда индивид начинает злоупотреблять ПАВ – употреблять его с вредными последствиями – или у него развивается синдром зависимости – психоактивное вещество теряет свою адаптирующую функцию и, как результат – усугубляет психическую дезадаптацию. Таким образом, мы можем сделать вывод, что среди врачей стационарного профиля достаточно высокий процент распространенности реакций на тяжелый стресс и нарушения психической адаптации F43, не смотря на то, имеют ли они проблемы с аддиктивными расстройствами или нет. А среди врачей, злоупотребляющих или зависимых от ПАВ, распространенность расстройств пси-

хической адаптации F43.2 – достоверно встречается чаще, в среднем в 2,7 раза.

Если говорить о достоверных различиях, то хочется обратить внимание на следующие факты.

Во-первых, как мы уже отметили выше, несмотря на высокую распространенность, нервно-психических расстройств пограничного уровня среди врачей как имеющих психические аддиктивные расстройства (F1), так и среди врачей, не имеющих проблем аддиктивного характера, в первой подгруппе такие психические расстройства пограничного уровня как:

- органические психические расстройства – посткоммоционный синдром (F07.2);
- аффективные расстройства настроения (F3);
- невротические, связанные со стрессом расстройства (F4)

встречались достоверно в 1,8 раза чаще (55,7±7,3% и 31,4±7,4%, при $P < 0,01$).

Во-вторых, среди врачей как имеющих психические аддиктивные расстройства, так и среди врачей, не имеющих проблем аддиктивного характера, отмечается высокий уровень распространенности невротических и связанных со стрессом расстройств (F4): 42,9±7,3% и 25,5±6,9%. Однако в группе врачей с ППР вследствие употребления ПАВ (кофеин, табак, алкоголь) данные расстройства встречаются достоверно чаще в 1,7 раза ($P < 0,01$).

Также высокую распространенность среди врачей как имеющих психические аддиктивные расстройства (F1), так и среди врачей, не имеющих проблем аддиктивного характера, имеют органические психические расстройства, в частности, посткоммоционный синдром (F07.2): 30,6±6,7% и 10,3±4,8%. Однако в группе врачей с ППР вследствие употребления ПАВ (кофеин, табак, алкоголь) данные расстройства достоверно встречаются чаще в 3,0 раза ($P < 0,01$).

Литература:

1. Бохан Н.А. Коморбидность формирования алкоголизма в аддиктивных семьях / Н.А. Бохан // Организация психиатрической помощи: Материалы междунар. научно-практ. конф. (Омск, 5-6- декабря 2002 г.) / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке, Томск-Омск: ООО Изд-во «РАСКО», 2002. – С. 18 - 22;
2. Бохан Н.А. Клиническая типология и экспериментально - психологическая идентификация когнитивного дефицита при ассоциированных формах алкоголизма / Н.А. Бохан, А.И. Мандель // XII съезд психиатров России (1-4 ноября 1995 г.): Материалы съезда. – М., 1995. – С. 763 - 764;
3. Бохан Н.А. Коморбидность и проблема клинической гетерогенности аддиктивных состояний: патобиологические закономерности и возможности профилактики / Н.А. Бохан, А.И. Мандель, Т.П. Ветлугина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3 (21). – С. 28 - 33;
4. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). Санкт-Петербург, 1998 г.;
5. Мандель А.И. Психологические аспекты динамики алкоголизма / А.И. Мандель // Клинический патоморфоз псих. нарушений в динамике алкоголизма и наркомании: Материалы научно-практ. конф. – Хабаровск, 1992. – С. 73 - 77;
6. Мандель А.И. Распространенность и патоморфоз алкоголизма и опийной наркомании в Западной Сибири: Автореф. дис. д.м.н. / А.И. Мандель. – Томск, 2000. – 45 с.;
7. Мандель А.И., Преморбидные факторы в генезе аддиктивных расстройств / А.И. Мандель, Н.А. Бохан // Псих. здоровье населения Сибири: регион. пробл., перспективы и пути решения: Материалы междунар. конф. (Барнаул, 21-23 мая, 2003 г.) / Под науч. ред. акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск, 2003. – С. 176 - 180;

8. Семке В.Я. Пограничные состояния. Регион. аспекты / В.Я. Семке, М.М. Аксенов. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1996. – 184 с;

9. Семке В.Я. Транскультуральная наркология и психотерапия / В.Я. Семке, Л. Эрдэнэбаяр, Н.А. Бохан, А.В. Семке / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2001. – 162 с.

**ВЗАИМОСВЯЗИ СОЧЕТАННЫХ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ,
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
СРЕДИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ
СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА
(сообщение 1)**

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

г. Павлодар

В последнее время проблема психического здоровья врачей стационарного профиля становится все более актуальной и острой (Алексеев А.А. и соавт., 2000; Большакова Т.В., 2003). Высокий уровень нервнопсихических расстройств пограничного уровня, аддиктивных расстройств, а также синдром эмоционального выгорания среди врачей обуславливает эту проблему (Водопьянова Н.Е., 2002; Большакова Т.В., Орел В.Е., 2003; Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008).

Нами было проведено кросс-секционное исследование, целью которого явилось изучение взаимосвязей качества жизни, психического здоровья и специфических условий труда врачей стационарного профиля. Объектом исследования явились врачи стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана в количестве 347 человек, отобранных по критериям репрезентативной выборки. Настоящее исследование проводилось в рамках научной программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) при поддержке и участии Департамента здравоохранения (ДЗ) Павлодарской области.

В настоящей публикации мы хотели бы представить результаты анализа взаимосвязей сочетанных аддиктивных расстройств с качеством жизни и уровнем психического здоровья. Основными критериями постановки диагноза психических расстройств – являлись критерии МКБ - 10 (1994). В таблице №1 отражены данные сравнения лиц с сочетанными аддиктивными расстройствами – имеющих злоупотребления или пристрастия к двум из трех ПАВ. В первую группу (n=52) мы отобрали лиц, у которых имелись два вида аддиктивных расстройств из трех представленных (кофеин, табак, алкоголь), в любом сочетании. Причем это могло быть сочетание злоупотребления двух видов ПАВ (F1x.1 + F1x.1) или сочетание зависимости двух видов ПАВ (F1x.2 + F1x.2), или же сочетание злоупотребления каким-либо ПАВ и зависимости от какого-либо ПАВ (F1x.1 + F1x.2).

Из таблицы 1 видно, что практически все показатели опросника диагностики эмоционального выгорания В.В. Бойко (1999) говорят в пользу того факта, что уровень психологического здоровья хуже, а степень выраженности профессионального стресса больше у лиц, имеющих два вида злоупотребления или зависимости от ПАВ, с высокой степенью достоверности (P<0,01). Во-первых, в группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, не имеющими аддиктивных расстройств, достоверно чаще встречаются лица, у которых сформированы все три фазы синдрома эмоционального выгорания.

Среди них: в 2,1 раза чаще встречаются лица со сформированной фазой напряжения (44,2±13,5% и 20,8±6,4%, при P<0,01); в 2,1 раза чаще встречаются лица со сформированной фазой резистенции (57,7±13,4% и 27,3±7,0%, при P<0,01); в 6,5 раза чаще встречаются лица со сформированной фазой истощения (42,3±13,4% и 6,5±3,9%, при P<0,01).

Степень выраженности стресса, согласно формированию его фаз, также подтверждается данными балльной оценки. Так например в группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, оценка степени выраженности фазы напряжения превышает аналогичную оценку лиц не имеющих аддиктивных расстройств на 15,0 баллов (57,6±5,3 балла и 42,6±3,5 балла, при P<0,01); оценка степени выраженности фазы резистенции – превышает на 18,2 балла (63,8±5,6 балла и 45,6±3,7 балла, при P<0,01) и оценка степени выраженности фазы истощения – превышает на 22,0 балла (54,0±5,8 балла и 32,0±3,1 балла, при P<0,01). Также, в группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, не имеющими аддиктивных расстройств вообще, достоверно превышают показатели балльных оценок сформированных симптомов, характерных для разных фаз развития стресса, согласно опроснику эмоционального выгорания В.В. Бойко (1999).

Результаты сравнения лиц имеющих сочетанные аддиктивные расстройства
(два ПАВ из трех) (n = 52) и лиц без аддиктивных расстройств (n = 156)

| Исследуемые параметры | | Группа 1 (n = 52) | Группа 2 (n = 156) | P |
|---|---|----------------------|-----------------------|-------|
| «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко) | Сформированная фаза напряжения | 44,2±13,5% | 20,8±6,4% | <0,01 |
| | Неудовлетворенность собой | 12,3±1,9 балла | 8,6±0,8 балла | <0,01 |
| | «Загнанность в клетку» | 12,3±2,3 балла | 8,1±1,1 балла | <0,01 |
| | Тревога и депрессия | 15,0±2,4 балла | 9,3±1,2 балла | <0,01 |
| | Фаза напряжения | 57,6±5,3 балла | 42,6±3,5 балла | <0,01 |
| | Сформированная фаза резистенции | 57,7±13,4% | 27,3±7,0% | <0,01 |
| | Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование | 17,2±2,0 балла | 11,6±1,3 балла | <0,01 |
| | Расширение сферы экономии эмоций | 16,9±2,5 балла | 11,0±1,4 балла | <0,01 |
| | Редукция профессиональных обязанностей | 16,8±2,0 балла | 11,8±1,3 балла | <0,01 |
| | Фаза резистенции | 63,8±5,6 балла | 45,6±3,7 балла | <0,01 |
| | Сформированная фаза истощения | 42,3±13,4% | 6,5±3,9% | <0,01 |
| | Эмоциональный дефицит | 13,5±2,1 балла | 6,7±1,0 балла | <0,01 |
| | Эмоциональная отстраненность | 10,4±1,8 балла | 6,9±0,8 балла | <0,01 |
| | Личностная отстраненность (деперсонализация) | 16,0±2,5 балла | 9,3±1,2 балла | <0,01 |
| | Психосоматические и психовегетативные нарушения | 14,2±2,1 балла | 9,1±1,1 балла | <0,01 |
| Фаза истощения | 54,0±5,8 балла | 32,0±3,1 балла | <0,01 | |
| Шкала тревоги (Т) | | 0,02±1,1 балла | 4,0±0,7 балла | <0,01 |
| Шкала невротической депрессии (Д) | | -1,7±1,3 балла | 2,3±0,7 балла | <0,01 |
| Шкала астении (А) | | 1,3±1,2 балла | 4,7±0,7 балла | <0,01 |
| Шкала обсессивно-фобических нарушений (О) | | -0,7±1,1 балла | 2,8±0,6 балла | <0,01 |
| Шкала вегетативных нарушений (В) | | 5,1±2,6 балла | 14,1±1,7 балла | <0,01 |
| Шкала истерического типа реагирования (И) | | -2,2±1,3 балла | 2,9±0,7 балла | <0,01 |
| Общая шкала (S) | | 1,7±7,3 балла | 30,8±4,6 балла | <0,01 |
| ВОЗЖ-100 | Физическая боль и дискомфорт (F1.) | 13,6±0,9 балла | 14,9±0,5 балла | <0,05 |
| | Физическая сфера | 13,3±0,6 балла | 14,3±0,4 балла | <0,05 |
| | Психологическая сфера: Отрицательные эмоции (F8.) | 12,4±0,9 балла | 14,3±0,5 балла | <0,01 |
| | Уровень независимости: Способность выполнять повседневные дела (F10.) | 13,0±0,7 балла | 14,4±0,5 балла | <0,01 |
| | Уровень независимости: Зависимость от лекарств и лечения (F11.) | 14,1±1,2 балла | 16,5±0,6 балла | <0,01 |
| | Социальные отношения: Социальные отношения | 13,2±0,7 балла | 14,1±0,4 балла | <0,05 |
| | Общая оценка качества жизни | 13,1±0,5 балла | 14,1±0,3 балла | <0,01 |

Фаза напряжения. В группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства в сравнении с лицами, не имеющими вовсе аддиктивных расстройств: степень выраженности такого симптома как «Неудовлетворенность собой» в среднем превышала в 1,4 раза или на 3,7 балла ($12,3 \pm 1,9$ балла и $8,6 \pm 0,8$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Загнанность в клетку» в среднем превышала в 1,5 раза или на 4,2 балла ($12,3 \pm 2,3$ балла и $8,1 \pm 1,1$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Тревога и депрессия» в среднем превышала в 1,6 раза или на 5,7 балла ($15,0 \pm 2,4$ балла и $9,3 \pm 1,2$ балла, при $P < 0,01$).

Фаза резистенции. В группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства в сравнении с лицами, не имеющими вовсе аддиктивных расстройств: степень выраженности такого симптома как «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» в среднем превышала в 1,5 раза или на 5,6 балла ($17,2 \pm 2,0$ балла и $11,6 \pm 1,3$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Расширение сферы экономии эмоций» в среднем превышала в 1,5 раза или на 5,9 балла ($16,9 \pm 2,5$ балла и $11,0 \pm 1,4$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Редукция профессиональных обязанностей» в среднем превышала в 1,4 раза или на 5,0 балла ($16,8 \pm 2,0$ балла и $11,8 \pm 1,3$ балла, при $P < 0,01$).

Фаза истощения. В группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства в сравнении с лицами, не имеющими вовсе аддиктивных расстройств: степень выраженности такого симптома как «Эмоциональный дефицит» в среднем превышала в 2,0 раза или на 6,8 балла ($13,5 \pm 2,1$ балла и $6,7 \pm 1,0$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Эмоциональная отстраненность» в среднем превышала в 1,5 раза или на 3,5 баллов ($10,4 \pm 1,8$ балла и $6,9 \pm 0,8$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Личностная отстраненность (деперсонализация)» в среднем превышала в 1,7 раза или на 6,7 балла ($16,0 \pm 2,5$ балла и $9,3 \pm 1,2$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Психосоматические и психовегетативные нарушения» в среднем превышала в 1,6 раза или на 5,1 балла ($14,2 \pm 2,1$ балла и $9,1 \pm 1,1$ балла, при $P < 0,01$).

Таким образом, можно сделать такой вывод. Среди врачей стационарного профиля, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с коллегами, вовсе не имеющих аддиктивных расстройств, согласно опроснику диагностики эмоционального выгорания В.В. Бойко (1999) достоверно чаще встречаются лица, у которых сформирован синдром эмоционального выгорания.

Результаты данных клинического опросника диагностики и оценки уровня невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005) также подтвердили факт более низкого уровня психического здоровья у лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, вов-

се не имеющих аддиктивных расстройств. Напомним, что согласно формуле расчета показателей клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005), если сумма диагностических коэффициентов (баллов) больше +1,28, то это указывает на уровень здоровья. Если сумма диагностических коэффициентов (баллов) меньше -1,28, то это указывает на болезненный характер выявляемых расстройств. Коридор от -1,28 до +1,28 включает в себя пограничные состояния (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1998, 2005). Ранее мы уже отмечали, что у лиц, не имевших аддиктивных расстройств, все показатели находились в «зоне» здоровья, т.е. превышали +1,28. Мы также отмечали, что они достоверно превышали показатели лиц, вошедших в общую группу аддиктивных расстройств, т.е. лиц, имеющих один или несколько видов аддикций. В сравнении с показателями лиц, имевших сочетанные аддиктивные расстройства (два вида ПАВ из трех) эта разница была еще более существенной.

Согласно данному опроснику в зоне болезненных расстройств клинического уровня оказались показатели Шкалы истерического типа реагирования (И): $-2,2 \pm 1,3$ балла. В зоне «пограничных расстройств» оказались следующие показатели:

- шкала тревоги (Т): $+0,02 \pm 1,1$ балла;
- шкала невротической депрессии (Д): $-1,7 \pm 1,3$ балла;
- шкала астении (А): $+1,3 \pm 1,2$ балла;
- шкала обсессивно-фобических нарушений (О): $-0,7 \pm 1,1$ балла;
- средние показатели «Общей шкалы (S): $+1,7 \pm 7,3$ балла.

То есть, практически все шкалы, за исключением шкалы вегетативных нарушений ($+5,1 \pm 2,6$), находились в «зоне» пограничных нервно - психических расстройств. Это, повторяем, подтверждалось показателями общей шкалы (S), которые были достоверно меньше в 18,1 раза чем у лиц, не имеющих аддиктивных расстройств ($1,7 \pm 7,3$ и $30,8 \pm 4,6$ балла, при $P < 0,01$).

Таким образом, мы можем сделать следующий вывод: среди врачей стационарного профиля, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с коллегами, вовсе не имеющих аддиктивных расстройств, согласно данным клинического опросника диагностики и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005), уровень психического здоровья соответствовал уровню пограничных нервно-психических расстройств.

Показатели опросника качества жизни ВОЗКЖ - 100 (1998) также свидетельствовали о том, что качество жизни по некоторым субсферам достоверно ниже у лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, чем у лиц, не имеющих аддиктивных расстройств. Например, среди лиц первой группы (сочетанные аддикции) в сравнении с лицами, не имеющими аддиктивных расстройств, получены такие балльные оценки:

- физической сферы, субсферы «Физическая боль и дискомфорт (F1)» достоверно были ниже на 1,3 балла ($13,6 \pm 0,9$ и $14,9 \pm 0,5$, при $P < 0,05$);
- физической сферы в целом достоверно были ниже на 1,0 балл ($13,3 \pm 0,6$ и $14,3 \pm 0,4$ балла, при $P < 0,05$);
- психологической сферы, субсферы «Отрицательные эмоции (F8)» достоверно были ниже на 1,9 балла ($12,4 \pm 0,9$ и $14,3 \pm 0,5$, при $P < 0,01$);
- сферы «Уровень независимости», субсферы «Способность выполнять повседневные дела (F10)» достоверно были ниже на 1,4 балла ($13,0 \pm 0,7$ и $14,4 \pm 0,5$, при $P < 0,01$);
- сферы «Уровень независимости», субсферы «Зависимость от лекарств и лечения (F11)» достоверно были ниже на 1,2 балла ($14,1 \pm 1,2$ и $16,5 \pm 0,6$ баллов, при $P < 0,01$);
- сферы «Социальные отношения» в целом достоверно были ниже на 0,9 балла ($13,2 \pm 0,7$ и $14,1 \pm 0,4$ баллов, при $P < 0,05$);
- «Общей оценки качества жизни» достоверно были ниже на 1,0 балл ($13,1 \pm 0,5$ и $14,1 \pm 0,3$, при $P < 0,01$).

Литература:

1. Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Врачи-заложенники смерти (Почему врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов). – М., 2000. – 227 с.;
2. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999;
3. Большакова Т.В. Психическое «выгорание»: врачи как группа риска // Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 200-летию Ярославского Государственного университета им. П.Г. Демидова. – Ярославль, 2003. – С.186-191;
4. Большакова Т.В., Орел В.Е. Психическое выгорание у врачей, возможности его профилактики и психологической коррекции // Материалы X съезда медицинских и фармацевтических работников Ярославской области: Сборник научных трудов. Ч.II. – Ярославль, 2003. – С. 191- 196;
5. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). Санкт-Петербург, 1998 г.;
6. Водопьянова Н.Е. Синдром «выгорания» у врачей – стоматологов // Стоматолог. – 2002. – № 7. – С. 35 - 39;
7. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.: ил.;
8. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998. С. 545 – 552;
9. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. Ред. В.Д.Менделевич. - М., 2005. С. 432.

ВЗАИМОСВЯЗИ СОЧЕТАННЫХ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА (сообщение 2)

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

г. Павлодар

В предыдущем сообщении мы рассмотрели результаты анализа взаимосвязей сочетанных аддиктивных расстройств с качеством жизни и уровнем психического здоровья. Мы исследовали лиц с сочетанными аддиктивными расстройствами, имеющих злоупотребления или пристрастия к двум из трех ПАВ.

Напомним, что нами было проведено кросс-секционное исследование, целью которого явилось изучение взаимосвязей качества жизни, психического здоровья и специфических условий труда врачей ста-

ционарного профиля. Объектом исследования явились врачи стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана в количестве 347 человек, отобранных по критериям репрезентативной выборки. Настоящее исследование проводилось в рамках научной программы Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) при поддержке и участии Департамента здравоохранения (ДЗ) Павлодарской области.

В настоящей публикации мы предлагаем рассмотреть результаты анализа лиц, имеющих психические и поведенческие расстройства вследствие злоупотребления или зависимости от всех трех видов ПАВ – кофеина, табака и алкоголя. Основными критериями постановки диагноза психических расстройств – являлись критерии МКБ - 10 (1994).

В таблице № 1 отражены данные сравнения лиц с сочетанными аддиктивными расстройствами, имеющих злоупотребления или пристрастия ко всем трем

ПАВ – кофеину, табаку, алкоголю. В первую группу (n=12) мы отобрали лиц, у которых имелись два вида аддиктивных расстройств из трех представленных (кофеин, табак, алкоголь), в любом сочетании. Причем, это могло быть сочетание злоупотребления трех видов ПАВ (F1x.1 + F1x.1 + F1x.1) или сочетание зависимости трех видов ПАВ (F1x.2 + F1x.2 + F1x.2), или же любое сочетание злоупотребления каким-либо ПАВ и зависимости от какого-либо ПАВ (F1x.1 + F1x.2 + F1x.2) или (F1x.1 + F1x.1 + F1x.2).

Таблица № 1

Результаты сравнения лиц имеющих сочетанные аддиктивные расстройства (три вида ПАВ) (n = 12) и лиц без аддиктивных расстройств (n = 156)

| Исследуемые параметры | | Группа 1 (n = 12) | Группа 2 (n = 156) | P |
|---|---|------------------------|-----------------------|-------|
| «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко) | Сформированная фаза напряжения | 75,0% 41,0 <> 95,0% | 20,8 ± 6,4% | <0,01 |
| | Неудовлетворенность собой | 17,5 ± 4,4 балла | 8,6 ± 0,8 балла | <0,01 |
| | «Загнанность в клетку» | 15,9 ± 6,2 балла | 8,1 ± 1,1 балла | <0,01 |
| | Тревога и депрессия | 18,5 ± 5,0 балла | 9,3 ± 1,2 балла | <0,01 |
| | Фаза напряжения | 72,4 ± 9,5 балла | 42,6 ± 3,5 балла | <0,01 |
| | Сформированная фаза резистенции | 66,7% 33,7 <> 90,1% | 27,3 ± 7,0% | <0,01 |
| | Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование | 17,4 ± 3,4 балла | 11,6 ± 1,3 балла | <0,01 |
| | Расширение сферы экономии эмоций | 21,0 ± 3,6 балла | 11,0 ± 1,4 балла | <0,01 |
| | Фаза резистенции | 68,6 ± 11,0 балла | 45,6 ± 3,7 балла | <0,01 |
| | Сформированная фаза истощения | 83,3% 48,9 <> 97,9% | 6,5 ± 3,9% | <0,01 |
| | Эмоциональный дефицит | 18,5 ± 3,5 балла | 6,7 ± 1,0 балла | <0,01 |
| | Эмоциональная отстраненность | 14,0 ± 3,9 балла | 6,9 ± 0,8 балла | <0,01 |
| | Личностная отстраненность (деперсонализация) | 21,8 ± 5,2 балла | 9,3 ± 1,2 балла | <0,01 |
| | Психосоматические и психовегетативные нарушения | 16,2 ± 5,5 балла | 9,1 ± 1,1 балла | <0,01 |
| | Фаза истощения | 70,5 ± 10,7 балла | 32,0 ± 3,1 балла | <0,01 |
| Шкала тревоги (Т) | | -0,6 ± 2,3 балла | 4,0 ± 0,7 балла | <0,01 |
| Шкала невротической депрессии (Д) | | -4,4 ± 2,7 балла | 2,3 ± 0,7 балла | <0,01 |
| Шкала астении (А) | | -0,2 ± 2,1 балла | 4,7 ± 0,7 балла | <0,01 |
| Шкала обсессивно-фобических нарушений (О) | | -1,3 ± 1,8 балла | 2,8 ± 0,6 балла | <0,01 |
| Шкала вегетативных нарушений (В) | | 3,7 ± 6,3 балла | 14,1 ± 1,7 балла | <0,01 |
| Шкала истерического типа реагирования (И) | | -3,7 ± 2,6 балла | 2,9 ± 0,7 балла | <0,01 |
| Общая шкала (S) | | -6,5 ± 13,1 балла | 30,8 ± 4,6 балла | <0,01 |

Из данных таблицы № 1 видно, что, как и в предыдущем случае, практически все показатели опросника диагностики эмоционального выгорания В.В. Бойко (1999) говорят в пользу того факта, что уровень психологического здоровья хуже, а степень выраженности профессионального стресса больше у лиц, имеющих все три вида злоупотребления или зависимости от ПАВ, с высокой степенью достоверности ($P < 0,01$). Во-первых, в группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, не имеющими аддиктивных расстройств, достоверно чаще встречаются лица, у которых сформированы все три фазы синдрома эмоционального выгорания. Среди них: в 3,6 раза чаще встречаются лица со сформированной фазой напряжения ($75,0\%$ и $20,8 \pm 6,4\%$, при $P < 0,01$); в 2,4 раза чаще встречаются лица со сформированной фазой резистенции ($66,7\%$ и $27,3 \pm 7,0\%$, при $P < 0,01$); в 12,8 раза чаще встречаются лица со сформированной фазой истощения ($83,3\%$ и $6,5 \pm 3,9\%$, при $P < 0,01$).

Степень выраженности стресса, согласно формированию его фаз, также подтверждается данными балльной оценки. Так, например, в группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, оценка степени выраженности фазы напряжения превышает аналогичную оценку лиц, не имеющих аддиктивных расстройств, на 29,8 балла ($72,4 \pm 9,5$ и $42,6 \pm 3,5$ балла, при $P < 0,01$); оценка степени выраженности фазы резистенции – превышает на 23,0 балла ($68,6 \pm 11,0$ и $45,6 \pm 3,7$ балла, при $P < 0,01$) и оценка степени выраженности фазы истощения – превышает на 38,5 балла ($70,5 \pm 10,7$ и $32,0 \pm 3,1$ балла, при $P < 0,01$). Также в группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, не имеющими аддиктивных расстройств вообще, достоверно превышают показатели балльных оценок сформированных симптомов, характерных для разных фаз развития стресса, согласно опроснику эмоционального выгорания В.В. Бойко (1999).

Фаза напряжения. В группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, не имеющими вообще аддиктивных расстройств, степень выраженности такого симптома, как «Неудовлетворенность собой», в среднем, превышала в 2,0 раза или на 8,9 балла ($17,5 \pm 4,4$ и $8,6 \pm 0,8$, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Загнанность в клетку» в среднем превышала в 2,0 раза или на 7,8 балла ($15,9 \pm 6,2$ и $8,1 \pm 1,1$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Тревога и депрессия» в среднем превышала в 2,0 раза или на 9,2 балла ($18,5 \pm 5,0$ и $9,3 \pm 1,2$ балла, при $P < 0,01$).

Фаза резистенции. В группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, не имеющими вообще аддиктивных расстройств, степень выраженности такого симптома, как «Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», в среднем, превышала в 1,5 раза или на 5,8 балла ($17,4 \pm 3,4$ и $11,6 \pm 1,3$, при $P < 0,01$); степень выраженности

такого симптома как «Расширение сферы экономики эмоций» в среднем превышала в 1,9 раза или на 10,0 баллов ($21,0 \pm 3,6$ и $11,0 \pm 1,4$ балла, при $P < 0,01$).

Фаза истощения. В группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства в сравнении с лицами, не имеющими вообще аддиктивных расстройств: степень выраженности такого симптома как «Эмоциональный дефицит» в среднем превышала в 2,8 раза или на 11,8 балла ($18,5 \pm 3,5$ и $6,7 \pm 1,0$ баллов, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Эмоциональная отстраненность» в среднем превышала в 2,0 раза или на 7,1 балла ($14,0 \pm 3,9$ и $6,9 \pm 0,8$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Личностная отстраненность (деперсонализация)» в среднем превышала в 2,3 раза или на 12,5 балла ($21,8 \pm 5,2$ и $9,3 \pm 1,2$ балла, при $P < 0,01$); степень выраженности такого симптома как «Психосоматические и психовегетативные нарушения» в среднем превышала в 1,8 раза или на 7,1 балла ($16,2 \pm 5,5$ и $9,1 \pm 1,1$ балла, при $P < 0,01$).

Таким образом, можно сделать следующий вывод, что среди врачей стационарного профиля, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с коллегами, вообще не имеющих аддиктивных расстройств, согласно опроснику диагностики эмоционального выгорания В.В. Бойко (1999) достоверно чаще встречаются лица, у которых сформирован синдром эмоционального выгорания. Также у лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства (все три вида ПАВ), в сравнении с лицами, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства (два вида ПАВ из трех) чаще встречаются лица, у которых сформирован синдром эмоционального выгорания.

Согласно данным клинического опросника оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005) в зоне болезненных расстройств клинического уровня оказались показатели следующих шкал:

- шкала невротической депрессии (Д):
- $4,4 \pm 2,7$ балла;
- шкала истерического типа реагирования (И):
- $3,7 \pm 2,6$ балла;
- общая шкала (S) : - $6,5 \pm 13,1$ балла.

В зоне «пограничных расстройств» оказались показатели практически всех остальных шкал:

- шкала тревоги (Т): - $0,6 \pm 2,3$ баллов;
- шкала астении (А): - $0,2 \pm 2,1$;
- шкала обсессивно-фобических нарушений (О): - $1,3 \pm 1,8$ баллов.

Исключение составила Шкала вегетативных нарушений (В) ($+3,7 \pm 6,3$), показатели которой находились в «зоне» здоровья. Таким образом, мы можем сделать следующий вывод, что среди врачей стационарного профиля, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства (все три вида), в сравнении с коллегами, вообще не имеющих аддиктивных расстройств, согласно данным клинического опросника диагностики и оценки невротических состояний К.К. Яхина

и Д.М. Менделевича (1998, 2005) уровень психического здоровья соответствовал уровню клинических болезненных расстройств и пограничному уровню нервно-психических расстройств.

Для наглядности мы продемонстрировали показатели динамики формирований стадий стресса (оп-

росник В.В. Бойко) и динамики уровня невротических состояний (клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича) у лиц, имеющих аддиктивные расстройства или сочетанные варианты аддиктивных расстройств, и лиц, не имеющих аддиктивных расстройств (рисунок 1 и рисунок 2).

Рисунок 1

Динамика развития фаз стресса при синдроме эмоционального выгорания у врачей с зависимостью от ПАВ (опросник В.В. Бойко)

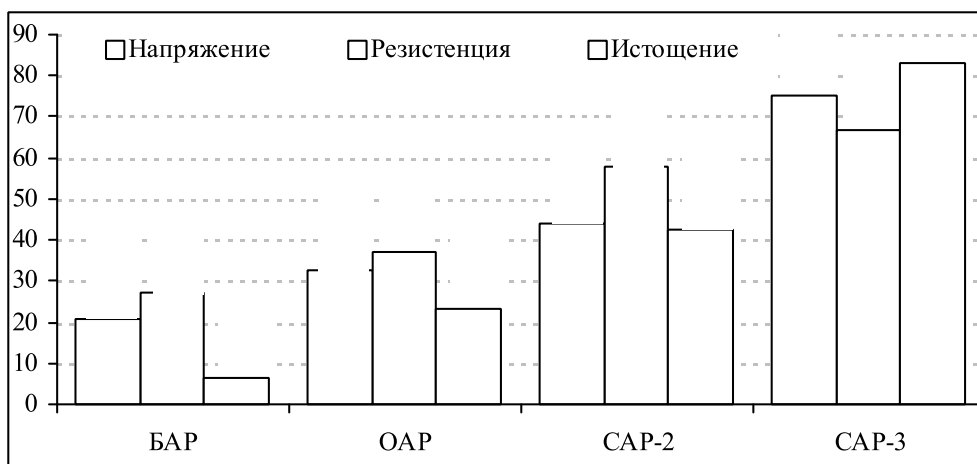
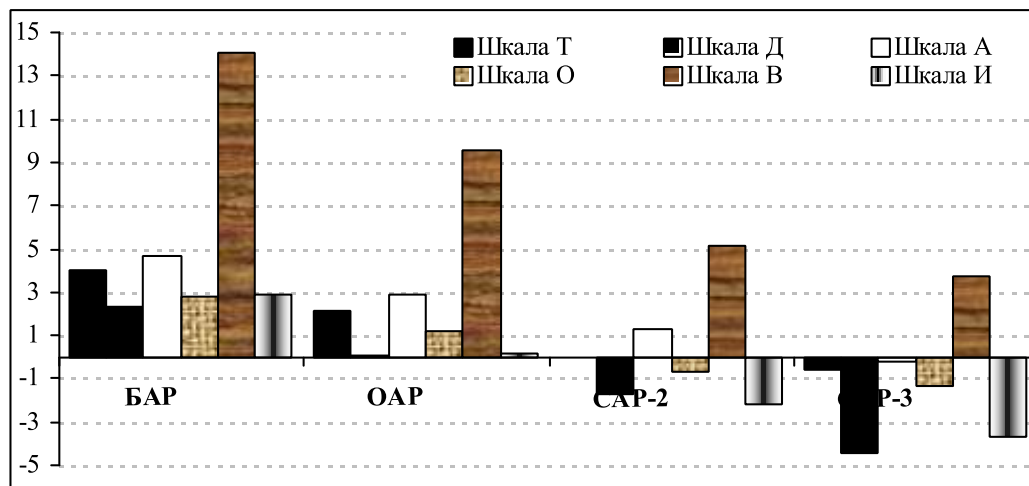


Рисунок 2

Динамика уровня невротических состояний у врачей с зависимостью от ПАВ (опросник К.К. Яхина, Д.М. Менделевича)



В данном рисунке использованы следующие аббревиатурные обозначения: BAR – лица без аддиктивных расстройств; OAP – лица, входящие в общую группу врачей имеющих аддиктивные расстройства – психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления ПАВ (одно или несколько); CAP-2 – лица, имеющие сочетанные аддиктивные расстройства, где было выявлено злоупотребления или

зависимость от двух ПАВ (два из трех); CAP-3 – лица, имеющие сочетанные аддиктивные расстройства, где было выявлено злоупотребления или зависимость от всех ПАВ (три из трех).

Данные рисунка 1 четко показывают следующие взаимосвязи. Чем больше представлена проблема аддикции по степени своей тяжести, тем больше представлены завершенность прохождения фаз стресса,

характерных для синдрома эмоционального выгорания. Эта закономерность укладывается в рамки предположения, что аддиктивное употребление ПАВ среди врачей стационарного профиля, является вариантом копинга с синдромом эмоционального выгорания, и, соответственно укладывается в нашу гипотезу, что экстремальные условия труда врача стационарного профиля могут выступать в качестве фактора риска психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления ПАВ.

Такая же тенденция обнаруживается и в отношении взаимосвязей степени выраженности аддиктивных расстройств и степени выраженности клинических невротических нарушений. Напомним, что в данном рисунке, как и в предыдущем, были использованы следующие аббревиатурные обозначения: БАР – лица без аддиктивных расстройств; ОАР – лица, входящие в общую группу врачей имеющих аддиктивные расстройства – психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления ПАВ (одно или несколько); САР-2 – лица, имеющие сочетанные аддиктивные расстройства, где было выявлено злоупотребления или зависимость от двух ПАВ (два из трех); САР-3 – лица, имеющие сочетанные аддиктивные расстройства, где было выявлено зло-

употребление или зависимость от всех ПАВ (три из трех). Также в этом рисунке нами были обозначены основные шкалы клинического опросника невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005): Т – шкала тревоги; Д – шкала невротической депрессии; А – шкала астении; О – шкала обсессивно-фобических нарушений; В – шкала вегетативных нарушений; И – шкала истерического типа реагирования.

Из данных рисунка 2 видно, что по мере того, как нарастает проблема, связанная с употреблением ПАВ – вернее злоупотреблением или зависимостью от ПАВ, – увеличивается степень выраженности невротических состояний в следующей последовательности: от «зоны» здоровья, далее к «зоне» пограничного уровня и, затем – к «зоне» клинического уровня невротических состояний. Этот факт, также укладывается в рамки предположения, что аддиктивное употребление ПАВ среди врачей стационарного профиля, является вариантом копинга с невротическими проявлениями, и, соответственно также укладывается в нашу гипотезу, что экстремальные условия труда врача стационарного профиля могут выступать в качестве фактора риска психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления ПАВ.

Литература:

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999;
2. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). Санкт-Петербург, 1998 г.;
3. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998. С. 545–552;
4. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие. Ред. В.Д. Менделевич. - М., 2005. С. 432.

ВЗАИМОСВЯЗИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА

Ю. А. Россинский, Н. В. Асланбекова

г. Павлодар

В предыдущей публикации мы рассмотрели распространенность аддиктивных расстройств среди врачей стационарного профиля и их корреляции со специфическими условиями труда врача стационарного профиля. В настоящем сообщении мы рассмотрим взаимосвязи аддиктивных расстройств и психического здоровья – наличия нервно-психических расстройств, включая синдром «эмоционального выгорания». В таблице № 1 отражены показатели опросников: качество жизни – ВОЗЖ-100; «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко) и опросника оцен-

ки уровня невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич).

Из таблицы № 1 видно, что в группе лиц, имеющих аддиктивные расстройства, в сравнении с теми лицами, у кого нет аддиктивных проблем, практически все показатели свидетельствуют о худшем состоянии психического здоровья. Так, например, согласно опроснику диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко) среди респондентов первой группы, достоверно чаще встречались лица с признаками синдрома эмоционального выгорания. Так,

Результаты сравнения лиц имеющих аддиктивные расстройства ($n = 181$)
и лиц без аддиктивных расстройств ($n = 156$)

| Исследуемые параметры | | Группа 1 ($n = 181$) | Группа 2 ($n = 156$) | P |
|---|---|---|---------------------------|-----------|
| «Эмоциональное выгорание» (В.В. Бойко) | Фаза напряжения: «Неудовлетворенность собой»: сложившийся симптом | 14,9±5,2% | 6,5±3,9% | <0,05 |
| | Фаза напряжения: «Тревога и депрессия»: сложившийся симптом | 32,6±6,8% | 21,4±6,5% | <0,05 |
| | Фаза напряжения: сформированная фаза | 32,6±6,8% | 20,8±6,4% | <0,05 |
| | СЭВ – сформированная фаза напряжения и резистенции | 21,0±5,9% | 11,7±5,1% | <0,05 |
| | Фаза резистенции: «Расширение сферы экономии эмоций»: сложившийся с-м | 45,9±7,3% | 29,2±7,2% | <0,01 |
| | Фаза истощения: «Эмоциональный дефицит: сложившийся симптом» | 24,9±6,3% | 8,4±4,4% | <0,01 |
| | Фаза истощения: «Эмоциональная отстраненность»: сложившийся симптом | 13,8±5,0% | 6,5±3,9% | <0,05 |
| | Фаза истощения: «Личностная отстраненность»: сложившийся симптом | 35,9±7,0% | 17,5±6,0% | <0,01 |
| | Фаза истощения: «Психовегетативные нарушения»: сложившийся симптом | 23,8±6,2% | 14,3±5,5% | <0,05 |
| | Фаза истощения в стадии формирования | 35,9±7,0% | 24,7±6,8% | <0,05 |
| | Фаза истощения: сформированная фаза | 23,2±6,1% | 6,5±3,9% | <0,01 |
| | ВОЗЖ-100 | Физическая сфера: Сон и отдых (F3.): «Очень хорошо» | 21,8±6,0% | 33,5±7,4% |
| Психологическая сфера: «Очень хорошо» | | 1,7% 0,9<>5,1% | 8,4±4,4% | <0,01 |
| Зависимость от лекарств и лечения (F11.): нет зависимости | | 40,2±7,2% | 53,5±7,9% | <0,05 |
| Общая оценка качества жизни: «Очень хорошо» | | 1,1% 0,6<>4,4% | 5,2%±3,5% | <0,05 |
| Шкала тревоги (Т) | | 2,1±0,7 | 4,0±0,7 | <0,01 |
| Шкала невротической депрессии (Д) | | 0,1±0,7 | 2,3±0,7 | <0,01 |
| Шкала астении (А) | | 2,9±0,7 | 4,7±0,7 | <0,01 |
| Шкала обсессивно-фобических нарушений (О) | | 1,2±0,6 | 2,8±0,6 | <0,01 |
| Шкала вегетативных нарушений (В) | | 9,6±1,6 | 14,1±1,7 | <0,01 |
| Шкала истерического типа реагирования (И) | | 0,2±0,7 | 2,9±0,7 | <0,01 |
| Общая шкала (S) | | 16,1±4,6 | 30,8±4,6 | <0,01 |

например, среди этих лиц, в среднем в 1,6 раза чаще встречались лица со сформированной фазой напряжения (32,6±6,8% и 20,8±6,4%, при $P < 0,05$), в 1,5 раза чаще встречались те, у кого фаза истощения была на стадии формирования (35,9±7,0% и 24,7±6,8%, при $P < 0,05$) и в 3,6 раза чаще встречались те, у кого фаза

истощения сформировалась (23,2±6,1% и 6,5±3,9%, при $P < 0,01$). Особенно важным представляется тот факт, что среди врачей, имеющих психические расстройства аддиктивного характера, в 1,8 раза чаще встречались те, у кого были сформированы фаза напряжения и резистенции СЭВ (21,0±5,9% и

11,7±5,1%, при $P < 0,05$), а также почти в шестидесяти процентах случаев – 59,1% – встречались лица, у которых последняя фаза СЭВ – фаза истощения бала либо на стадии формирования, либо была сформирована.

Этот факт, с нашей точки зрения, свидетельствует в пользу того, что употребление ПАВ, врачами стационарного профиля имело компенсаторный характер избытка переживания отрицательных эмоций, эмоционального истощения, дефицита переживания положительных эмоций, которые в свою очередь, являются результатом специфических условий труда врача стационарного профиля.

Данные таблицы № 1 показывают, что среди тех врачей, у кого были выявлены аддиктивные расстройства, достоверно чаще встречались те лица, у которых, согласно опроснику диагностики эмоционального выгорания В.В. Бойко:

- отмечался сложившийся симптом «Неудовлетворенность собой» (14,9±5,2% и 6,5±3,9%, при $P < 0,05$) – разница в 2,3 раза;
- отмечался сложившийся симптом «Тревога и депрессия» (32,6±6,8% и 21,4±6,5%, при $P < 0,05$) – разница в 1,5 раза;
- отмечался сложившийся симптом «Расширение сферы экономии эмоций» (45,9±7,3% и 29,2±7,2%, при $P < 0,01$) – разница в 1,6 раза;
- отмечался сложившийся симптом «Эмоциональный дефицит» (24,9±6,3% и 8,4±4,4%, при $P < 0,01$) – разница в 3,0 раза;
- отмечался сложившийся симптом «Эмоциональная отстраненность» (13,8±5,0% и 6,5±3,9%, при $P < 0,05$) – разница в 2,1 раза;
- отмечался сложившийся симптом «Личностная отстраненность» (35,9±7,0% и 17,5±6,0%, при $P < 0,01$) – разница в 2,1 раза;
- отмечался сложившийся симптом «Психовегетативные нарушения» (23,8±6,2% и 14,3±5,5%, при $P < 0,05$) – разница в 1,7 раза.

Это также, с нашей точки зрения, свидетельствует в пользу того, что употребление ПАВ врачами стационарного профиля имело компенсаторный характер избытка переживания отрицательных эмоций, эмоционального истощения, дефицита переживания положительных эмоций, которые в свою очередь являются результатом специфических условий труда врача стационарного профиля.

Показатели клинического опросника диагностики и оценки уровня невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005) также свидетельствовали в пользу того, что у лиц, имеющих аддиктивные расстройства, состояние психического здоровья было хуже, чем у лиц, не имевших аддиктивных проблем. Согласно формуле расчета показателей клинического опросника К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005) если сумма диагностических коэффициентов (в баллах) больше +1,28, то это указывает на уровень здоровья. Если сумма ди-

агностических коэффициентов (баллов) меньше - 1,28, то это указывает на болезненный характер выявляемых расстройств. Коридор от - 1,28 до + 1,28 включает в себя пограничные состояния (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1998, 2005). Из таблицы 1 видно, что у лиц, не имевших аддиктивных расстройств все показатели находились в «зоне» здоровья, т.е. превышали +1,28 и достоверно превышали аналогичные показатели лиц, имеющих психические расстройства аддиктивного характера, что, как мы уже отметили, свидетельствовало о более высоком уровне психического здоровья у лиц без аддиктивных проблем. Что касается лиц, имеющих аддиктивные расстройства, можно отметить следующее. Согласно данному опроснику в зоне пограничных расстройств оказались показатели следующих шкал: Шкала невротической депрессии (Д) – 0,1±0,7 баллов; Шкала обсессивно-фобических нарушений (О) – 1,2±0,6 баллов; Шкала истерического типа реагирования (И) – 0,2±0,7 баллов. То есть, у лиц, имеющих аддиктивные расстройства – депрессивные и обсессивно-фобические нарушения достигали пограничного клинического уровня.

Если говорить о сравнении степени выраженности данных расстройств, то можно сказать следующее. У лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, в сравнении с лицами, не имеющих аддиктивных проблем достоверно: показатели шкалы тревоги (Т) были меньше в 1,9 раза (2,1±0,7 и 4,0±0,7 баллов, при $P < 0,01$); показатели шкалы невротической депрессии (Д) были меньше в 23 раза (0,1±0,7 и 2,3±0,7 баллов, при $P < 0,01$); показатели шкалы астении (А) были меньше в 1,6 раза (2,9±0,7 и 4,7±0,7 баллов, при $P < 0,01$); показатели шкалы обсессивно-фобических нарушений (О) были меньше в 2,3 раза (1,2±0,6 и 2,8±0,6 баллов, при $P < 0,01$); показатели шкалы вегетативных нарушений (В) были меньше в 1,5 раза (9,6±1,6 и 14,1±1,7 баллов, при $P < 0,01$); показатели шкалы истерического типа реагирования (И) были меньше в 14,5 раза (0,2±0,7 и 2,9±0,7 баллов, при $P < 0,01$) и показатели общей шкалы (S) были меньше в 1,9 раза (16,1±4,6 и 30,8±4,6 баллов, при $P < 0,01$).

Данные опросника качества жизни (ВОЗКЖ - 100) также свидетельствуют о том, что качество жизни по некоторым субсферам достоверно ниже у лиц, имеющих аддиктивные расстройства, чем у лиц, не имеющих аддиктивных расстройств. Так, например, среди лиц первой группы (с проблемами аддикции) достоверно: в 1,5 раза реже встречались те, кто субсферу «Сон и отдых» (ВОЗКЖ-100, F3) оценил как «очень хорошо» (21,8±6,0% и 33,5±7,4%, при $P < 0,05$); в 4,9 раза реже встречались те, кто психологическую сферу оценил как «очень хорошо» (1,7% (доверительный интервал – 0,9% < 5,1%) и 8,4±4,4%, при $P < 0,01$); в 1,3 раза реже встречались те, кто отметил, что не имеет зависимости от лекарств и лечения (ВОЗКЖ-100, F11) – (40,2±7,2% и 53,5±7,9%, при

$P < 0,05$) и в 4,7 раза реже встречались те, кто в общем оценил свое качество жизни как «очень хорошее» (1,1% (доверительный интервал – 0,6% <> 4,4%) и $5,2\% \pm 3,5\%$, при $P < 0,05$).

Таким образом, мы можем сделать следующий вывод. Врачи стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана, имеющие психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ (кофеина, табака и алкоголя) в сравнении с врачами стационарного профиля этого же региона, но не имеющих аналогичных аддиктивных расстройств имеют более низкие показатели качества жизни, согласно опроснику ВОЗКЖ-100 (1998), а также более низкие показатели уровня психического здоровья, согласно данным опросника диагностики эмоционального выгорания В.В. Бойко (1999) и данным клинического опросника диагностики и

оценки уровня невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005). Среди этой группы врачей (ППР, вследствие употребления ПАВ) достоверно чаще в 1,8 раза встречались лица у кого были сформированы фаза напряжения и резистенции СЭВ, а также почти в шестидесяти процентах случаев – 59,1% – встречались лица, у которых последняя фаза СЭВ – фаза истощения бала либо на стадии формирования, либо была сформирована. Также среди данной группы врачей показатели шкалы невротической депрессии (Д) были меньше аналогичных показателей лиц, не имеющих аддиктивных расстройств – в 23,0 раза, а показатели шкалы обсессивно-фобических нарушений (О) были меньше в 2,3 раза, что свидетельствовало в пользу нарушений у лиц первой группы пограничного и клинического уровня.

Литература:

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999;
2. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). Санкт-Петербург, 1998;
3. Водопьянова Н.Е. Синдром «выгорания» у врачей – стоматологов // *Стоматолог.* – 2002.- № 7. – С. 35 - 39;
4. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.: илл.;
5. Ефименко С.А. Социальный портрет медицинских работников участковой терапевтической службы. *Социология медицины*, № 1, Москва, 2004;
6. Райгородский Д.Я. Методика диагностики синдрома эмоционального выгорания по В.В. Бойко / Д.Я. Райгородский // *Практ. психодиагностика. Методика и тесты: Учеб. пособие / Редактор-составитель Д.Я. Райгородский.* – Самара: Изд. дом «БАХРАХ», 1998. – С. 240 - 260;
7. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В., Психология деятельности в экстремальных ситуациях. Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.;
8. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / *Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство.* М., 1998. С. 545 – 552;
9. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / *Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие.* Ред. В.Д. Менделевич. - М., 2005. С. 432.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ

Ж. Ш. Аманова

г. Павлодар

На сегодняшний день не существует общепринятого определения понятия «тренинг», что приводит к расширительному толкованию метода и обозначению этим термином самых разных приемов, форм, способов и средств, используемых в психологической практике.

Термин «тренинг» (от англ. train, training) имеет ряд значений: обучение, воспитание, тренировка, дрессировка.

Тренинг определяется и как способ перепрограммирования имеющейся у человека модели управления поведением и деятельностью. В отечественной психологии распространены определения тренинга как одного из активных методов обучения или социально-психологического тренинга. Л. А. Петровская рассматривает социально-психологический тренинг «как средство воздействия, направленное на развитие знаний, социальных установок, умений и опыта в области межличностного общения», «средство развития компетентности в общении», «средство психологического воздействия».

Б.Д. Парыгин говорит о методах группового консультирования, описывая их как активное групповое обучение навыкам общения в жизни и обществе вообще: от обучения профессионально полезным навыкам до адаптации к новой социальной роли с соответствующей коррекцией Я - концепции и самооценки.

В настоящее время для определения тренинга наиболее часто используется термин «психологическое воздействие». Адекватность этого термина определению тренинга как метода можно признать лишь отчасти: как понятия, отражающего именно процесс движения информации от одного участника взаимодействия к другому. Являясь процессуальной характеристикой, понятие «воздействие» не отражает его цель и результат, который определяется с помощью категории изменения. Воздействие само по себе не может служить целью тренинга и его пользователей, которые нуждаются именно в его результате.

Предложенный С. И. Макшановым термин «преднамеренное изменение» дает возможность описания всего множества явлений, относящихся к динамике психологических феноменов человека и группы, отражает процессуальные и продуктивные характеристики тренинга, подчеркивает «субъект -

субъектный» характер тренинга, эффективность которого связана с принятием ответственности за происходящее в тренинге, как ведущим его специалистом, так и участником.

В связи с этим предлагается определить тренинг как многофункциональный метод преднамеренных изменений психологических феноменов человека, группы с целью гармонизации личностного бытия человека.

В 60-е гг. возникло опирающееся на традиции гуманистической психологии К. Роджерса движение тренинга социальных и жизненных умений (social/life skills training). В тренинге жизненных умений использовались три основные модели, определяющие своеобразие подхода к участникам тренинга.

Первая модель опирается на семь категорий жизненных умений: решения проблем, общения, настойчивости, уверенности в себе, критичности мышления, умения самоуправления и развития Я - концепции.

Вторая модель выделяет четыре категории жизненных умений, являющихся целью тренинга: межличностное общение, поддержание здоровья, развитие идентичности, решение проблем и принятие решений.

Третья модель включает тренинг эмоционального самоконтроля, межличностных отношений, самопонимания, самоподдержки и концептуализации опыта.

В 70-е гг. под руководством М. Форверга был разработан метод, названный им социально-психологическим тренингом. Средствами тренинга выступали ролевые игры с элементами драматизации, создававшие условия для формирования эффективных коммуникативных навыков.

Социально-психологический тренинг (СПТ) – один из видов активного обучения, в котором общий для всех этих методов принцип активности обучаемого дополняется принципом рефлексии над собственным поведением (в широком смысле слова) и поведением других участников группы. Для такой рефлексии и саморефлексии в группе создаются максимально благоприятные условия в виде возможности получать обратную связь на поведение каждого участника от тренера, членов группы, просмотра видеоматериала.

Тренинговое обучение позволяет активизировать, скорректировать навыки общения, расширить

поведенческий репертуар; дает ориентиры возможного поиска эффективного взаимодействия партнеров. Работа над коррекцией своих коммуникативных навыков и, в конечном счете, достижение личностного роста – не одноразовое мероприятие, а продолжительный и постоянный процесс обучения и самопознания. Такое обучение можно реализовать в программах медико-социальной реабилитации зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) на всех этапах лечения и реабилитации.

Основные задачи, решаемые в ходе СПТ. Их можно разделить на 5 групп.

1. Приобретение психологических знаний – взглядов различных психологических школ на личность человека и процесс взаимодействия людей, движущие пружины этого взаимодействия и приемы эффективного обучения.
2. Приобретение внешне выражаемых умений и навыков обучения – в парном взаимодействии, в составе группы, при вступлении в контакт, при активном слушании и т.п. – то есть тактик общения.
3. Коррекция (развитие, формирование) коммуникативных установок, таких, как: партнерство – позиция силы, искренность – манипуляция, вовлеченность – избегание общения, настойчивость – соглашательство, то есть стратегий общения.
4. Адекватное восприятие себя, других, ситуаций общения.
5. Развитие, коррекция личности, ее глубинных образований, решение личностных, экзистенциальных проблем.

Атмосфера психологической безопасности и комфорта, создающаяся в ходе тренинга позволяет участникам проявлять набор поведенческих и эмоциональных стереотипов и, получив обратную связь на свое поведение, осознать вероятные ошибки во взаимодействии с людьми возможность других, более продуктивных подходов в общении приобрести новые навыки взаимодействия.

Каждый из тренингов в той или иной мере решает все перечисленные задачи, и эта мера зависит не только от тренинга, но и от мотивации, целей, личных проблем участников группы. Тем не менее, по преобладающей направленности тренинги можно разделить на следующие группы.

Тренинги развития коммуникативных умений и навыков на них решаются в основном вторая и третья из перечисленных задач.

Тренинги личностного роста, для которых главной является пятая задача.

Первые и четвертая задачи – сквозные для обеих групп тренингов

Активные методы обучения развивают способность к социально - психологической адаптации – адаптивность. В процессе обучения основной акцент делается на активность пациента. Необходи-

мо, чтобы каждый пациент с помощью специалистов, работающих в программе МСР, прошел, пережил, осмыслил все этапы познания определенным образом организованных условий, сам получил знания и сформировал коммуникативно-организационные навыки.

Медико-социальная реабилитация (МСР) больных наркоманией представляет собой комплексную, взаимосвязанную систему медицинских и социально-психологических мероприятий, направленных:

- на избавление от физической и установление контроля над психической зависимостью от ПАВ;
- на восстановление биологических и социальных адаптационных навыков;
- на развитие личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма.

Термин «реабилитация» означает «возврат способностей». Однако возврат адаптационных биологических или социальных способностей не в состоянии кардинально решить проблему избавления от наркотической зависимости (в орбиту зависимости могут попадать и вполне адаптированные люди). Модель медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ, предлагаемый Республиканским научно-практическим центром медико-социальных проблем наркомании (Центр), предполагает развитие совершенно новых для индивида личностных свойств, которые с абсолютной вероятностью отсутствовали у него или находились в степени развития, не обеспечивающей нужного эффекта, в момент приобщения к употреблению психоактивного вещества. Поэтому для программы МСР Центра более точным и адекватным сути процесса является термин «необилитация», буквально: «развитие новых способностей».

Цель Программы медико-социальной реабилитации наркозависимых: существенное повышение качества лечебно-реабилитационных мероприятий для наркозависимых в системе наркологической помощи Республики Казахстан; полноценное развитие свойств антинаркотической устойчивости у лиц, зависимых от ПАВ, предусматривающих:

- ∞ полное, конструктивное завершение личностной идентификации;
- ∞ сформированный навык ответственного выбора;
- ∞ полностью сформированную позицию внутреннего локуса контроля;
- ∞ наличие разработанного позитивного жизненного сценария;
- ∞ наличие полноценного доступа к внутренним ресурсам, позволяющим реализовать основную идею жизни (позитивный сценарий);
- ∞ адекватную информированность субъекта о вреде потребления наркотиков, приводящую к реальному конфликту сценария потребле-

ния наркотиков с основным жизненным сценарием;

- ∞ принятие решения в пользу реализации основного жизненного сценария с исключением потребления наркотиков из всех возможных жизненных планов и горизонтов.

Выделены основные мишени Программы медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. Под термином «мишени программы МСР» понимаются ключевые статусные характеристики, позволяющие с одной стороны сконцентрировать терапевтические усилия специалистов на узловых проблемах патологического статуса зависимых. С другой – надежно идентифицировать общий результат продвижения к поставленной цели.

В Программе центра используются следующие основные мишени:

Мишень № 1 - патологический соматический статус лиц, зависимых от ПАВ, который может складываться из признаков:

- отравления (передозировки) психоактивными веществами;
- интоксикации психоактивным веществом;
- синдрома (состояния) отмены психоактивного вещества;
- синдрома зависимости от психоактивного вещества (соматический уровень);
- признаков сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии.

Мишень № 2 – патологический личностный статус лиц, зависимых от ПАВ, который складывается:

- из общих личностных характеристик, определяющих дефицит свойств антинаркотической устойчивости;
- из нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования свойств антинаркотической устойчивости индивида;
- из характеристик собственно патологического личностного статуса лиц, зависимых от ПАВ, обслуживающего синдром зависимости.

Мишень № 3 – патологический социальный статус зависимых от ПАВ, который складывается:

- из общих социальных характеристик (доход, социальная динамика и т.д.);
- из так называемых «социальных» характеристик личности, согласно концепции личности Альберта Бандуры;
- из характеристик коммуникативных и других навыков социального поведения;
- из характеристик системы отношений в микросоциуме.

Мишень № 4 – собственно патологическое влечение к психоактивному веществу во всех сферах непосредственного проявления данного феномена.

Мишень № 5 – мотивация на избавление от патологической зависимости от ПАВ в плане обеспечения адекватной динамики развития: от поверхностного уровня мотивации (избавление от физической

зависимости) до глубинного (реализация конкурирующих с наркопотреблением, позитивных жизненных сценариев).

Основные этапы Программы МСР соответствуют главным (этапным) задачам Программы:

Первый этап: этап избавления от физической и дезактуализации психической зависимости. На данном этапе осуществляется диагностика по критериям соответствия условиям включения в Программу МСР и полноценный ввод пациентов в Программу. Приоритетные мишени I этапа МСР:

- Мишень № 1 (патологический соматический статус);
- Мишень № 4 (патологическое влечение к ПАВ);
- Мишень № 5 (работа над динамикой мотивации от поверхностной мотивации - к глубокой). Длительность I этапа МСР – от 1 до 3 месяцев.

Второй этап: этап восстановления навыков биологической и социальной адаптации. На данном этапе осуществляется коренное изменение функционирования организма и личности пациента от патологического стереотипа к нормативному стереотипу. Приоритетные мишени II этапа МСР:

- Мишень № 2 (патологический личностный статус);
- Мишень № 3 (патологический социальный статус);
- Мишень № 5 (динамика мотивации на избавление от зависимости). Длительность II-го этапа МСР – от 2 до 4 месяцев.

Особенности активирующего режима: максимальная направленность развивающих практик на растождествление патологического и нормативного статусов пациента, доминирование нормативного и установление контроля над патологическим статусом.

Третий этап: этап развития индивидуальной и микросоциальной антинаркотической устойчивости. На данном этапе выполняется центральная задача МСР в плане формирования новых свойств личности, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма. Приоритетные мишени III-го этапа МСР:

- Мишень № 2 (патологический личностный статус);
- Мишень № 3 (патологический социальный статус). Длительность III этапа МСР 3 – 6 месяцев.

Особенности активирующего режима: максимальная направленность развивающих практик на формирование личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к повторному вовлечению в орбиту наркотизма.

Основными лечебно-реабилитационными практиками Программы МСР являются:

- индивидуальная и групповая психотерапия;
- психологическое консультирование;

- социально-психологические тренинги;
- работа с волонтерами-консультантами (зависимыми, успешно прошедшими полный курс МСР, находящимися в ремиссии не менее 2 – 3 лет, прошедшими специальные курсы подготовки консультантов программ МСР наркозависимых).

Исходя из вышеизложенной программы МСР, специалистами Центра разработаны различные программы социально-психологического тренинга (СПТ), направленные на развитие и восстановление дефицитных свойств личности, антинаркотической устойчивости.

Доступ к нормативным частям личности может быть открыт после совладания с патологическим личностным статусом. В связи с этим понятно, что социально-психологические тренинги в программе МСР также включает ряд последовательных этапов, соответствующих динамике личностного статуса пациента.

Первый этап – осознание своего «страдания», неадекватности моделей своего поведения – является основным в контексте актуализации и развития у пациента мотивации на вовлечение в групповые процессы СПТ. На этом этапе реабилитационной программы необходимы тренинги развития коммуникативных умений. Задачи первого этапа – установление коммуникативного взаимодействия; работа с патологическим личностным статусом («Я — Наркоман» и т.д.), направленная на его минимизацию и нейтрализацию. В этом контексте «осознание» есть переход от наиболее естественных реакций и повседневной формы поведения человека к рефлексивной, объектированной, контролируемой сознанием форме поведения. Человек видит, точнее, ему раскрывают причины «страдания», неадекватности. Другими словами, в момент осознания человеком неадекватности своего поведения в естественных значимых ситуациях ему предлагают ориентировочные основы для формирования соответствующих форм действий и моделей эффективного поведения.

Второй этап – перевод его актуальной личностной позиции из патологической в нормативную (тренинг ассертивного поведения, тренинг сенситивности, креативности). Задача этого этапа – работа как с основными нормативными личностными статусами, такими, как «Я - Телесное»; «Я - Ребенок (сын/дочь)»; так и с генеративными («Я - Мужчина/Женщина», «Я - партнер (муж/жена)», «Я - Родитель (отец/мать)»; «Я - Член групп (профессионал и т.д.)).

Третий этап, когда пациент «видит» путь, ведущий к освобождению здесь необходимы тренинги личностного роста. На этом этапе главные задачи – углубление растождествления, фиксация пациента в нормативных личностных статусах, обучение контролю и совладанию патологического личностного

статуса, раскрытие и обеспечение функционирования нормативных личностных статусов (ситуационно-ролевой, противоридивный тренинг).

Форма и личностная «глубина» прохождения этапов тренинга каждым участником всегда индивидуальны. В основном они определяются социально-психологическими качествами и мотивами вовлечения участников группы в тренинг.

В контексте изложенного любую групповую работу под руководством квалифицированного психолога или психотерапевта, если она выполняется качественно и, следовательно, дезактуализирует работу механизмов психологической защиты участников тренинга, можно назвать социопсихотерапией.

Между знанием пациента и его умением эффективно использовать знания на практике существует «пропасть», которую и позволяет заполнить «мостами» СПТ. Другими словами, получение новых знаний и переход от знаний к новым навыкам и формам проблем преодолевающего поведения имеет свои закономерности, которые следует учитывать, особенно при оценке эффективности программы СПТ или социально-психологической коррекции в целом. В этом контексте обычно выделяются три этапа обученности:

1. Способность после прохождения курса СПТ повторять, имитировать новые способы проблем – преодолевающего поведения, в отличие от простого знания о них.
2. Человек может не только имитировать новые формы поведения, но и использовать их в различных ситуациях по своему усмотрению в контексте различных новых, ситуаций, когда он может наполнять стереотипы поведения новыми личностными смыслами и социальными функциями, ценностями.
3. Человек становится способным находить, замечать «неправильности», ошибки, «неточности» в своем поведении и поведении окружающих людей. У человека появляется интуиция, «чутье», «вкус» к эффективным формам социально-психологического взаимодействия, что позволяет человеку самому создавать новые эффективные модели поведения (часто на бессознательно-интуитивном уровне, то есть у человека в целом появляется новый стиль социально-психологического поведения).

Динамика и личностная глубина прохождения всех этапов тренинга естественно опосредуется закономерностями динамики развития социально-психологической структуры группы. А содержание этих этапов тренинга задается потребностями конкретных участников группы, но основная задача ведущего тренера почти всегда одна и та же – создать условия и возможности для выполнения каждым членом группы всех необходимых этапов обучения.

Литература:

1. Алтынбеков С.А., Катков А. Л., Россинский Ю.А. Программа медико-социальной реабилитации больных наркоманией В Республике Казахстан: Методическое письмо. – Павлодар, 2003.
2. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от ПАВ. – М., 2002.
3. Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение. - Л., 1985.
4. Захаров В. П., Хрящева Н. Ю. Социально-психологический тренинг. - Л., 1990.
5. Ковалев Г. Л. Основные направления использования активного социального обучения в странах Запада // Психологический журнал. - 1989. - № 1. Т. 10. - С. 127 - 136.
6. Макшанов С. И. Психология тренинга. - СПб., 1997.
7. Петровская Л. А. Теоретические и методические вопросы социально-психологического тренинга. - М., 1982. - С. 9 - 208.
8. Практикум по социально-психологическому тренингу. - СПб., 1997.

ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В ПРОГРАММАХ МСР

Е. Б. Байкенов

г. Павлодар

Существенным недостатком современной стационарной наркологической помощи является, в большинстве своём, отсутствие системы реконструкции личности, исправления негативных и создания новых позитивных отношений с окружением у больных, страдающих алкоголизмом или наркоманией (Батищев В.В., Негериш Н.В., 2000). В этой связи, в сочетании с лечебными, психотерапевтическими мероприятиями необходимо максимально использовать другие развивающие практики. Одно из приоритетных значений среди них занимает психологическое консультирование (Аманова Ж. Ш., 2002).

Трудно провести чёткую границу между понятиями «психологическое консультирование» и «психотерапия». Определение психотерапии как работы с больными, а консультирование — со здоровыми людьми, удовлетворяет не полностью даже формальный критерий (Карвасарский Б. Д., 2004). Как в консультировании, так и в психотерапии используются те же самые профессиональные навыки; требования, предъявляемые к личности клиента и психотерапевта, одинаковы; процедуры, используемые в консультировании и психотерапии, тоже подобны. Наконец, в первом и втором случаях помощь клиенту основывается на взаимодействии между консультантом (психотерапевтом) и клиентом. Из-за трудности разделения этих двух областей некоторые практики используют понятия «психологическое консультирование» и «психотерапия», как синонимы, аргументируя свою точку зрения схожестью деятельности психотерапевта и консультанта-психолога (Кочюнас Р., 1999).

В последние годы условно различают клинически-ориентированную психотерапию, направленную

преимущество на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и личностно-ориентированную психотерапию, которая стремится помочь человеку изменить свое отношение к социальному окружению и собственной личности (Таланов В.Д., Малкина - Пых И.Г., 2004). Согласно современным взглядам (Александров, 1997; Годфруа, 1992; Карвасарский Б.Д., 1999; Рудестам, 1993), в немедицинской психотерапии можно выделить следующие общие задачи, объединяющие различные по направленности и содержанию психотерапевтические методы: 1) исследование проблем клиента и оказание помощи в их решении; 2) улучшение субъективного самочувствия и укрепление психического здоровья; 3) изучение психологических закономерностей, механизмов и эффективных способов межличностного взаимодействия для создания основы эффективного и гармоничного общения с людьми; 4) развитие самосознания и самоисследования клиентов для коррекции или предупреждения эмоциональных нарушений на основе внутренних и поведенческих изменений; 5) содействие процессу личностного развития, реализации творческого потенциала, достижение оптимального уровня жизнедеятельности и ощущения счастья и успеха.

В рассмотрении разграничения областей применения психологического консультирования и психотерапии можно воспользоваться предложенной Э. Шостромом аналогией «полюсов», согласно которой - на одном полюсе работа специалиста затрагивает, в основном, ситуационные проблемы, решаемые на уровне сознания и возникающие у клинически здоровых индивидов - это область психологического консультирования, а на другом полюсе -

большее стремление к глубокому анализу проблем с ориентацией на бессознательные процессы, структурную перестройку личности - это область психотерапии. Область же между полюсами принадлежит деятельности, которую можно называть как психологическим консультированием, так и психотерапией (www.psyport.ru).

В самом общем виде консультирование понимается как профессиональная помощь человеку или группе людей в поиске путей разрешения или решения определенной трудной или проблемной ситуации (Карвасарский Б.Д., 2004). Цель консультирования - помочь клиентам понять происходящее в их жизненном пространстве и осмысленно достичь поставленной цели на основе осознанного выбора при разрешении проблем эмоционального и межличностного характера (Н. Burks и В. Steffire, 1979).

Определяя цели психологического консультирования, следует отметить специфику целей данного вида помощи в наркологической практике, среди которых наиболее важной и конечной, наряду с решением конкретных проблем психологического характера, заявляемых пациентами, является развитие у пациентов феномена антинаркотической устойчивости (Многоуровневое исследование наркозависимости в РК, 2001). Исходя из вышеуказанных целей, наиболее подходящим определением психологического консультирования в рамках наркологической помощи является определение, данное Нельсон - Джоунс (2000), который рассматривает консультирование, как психологический процесс, ориентированный на развитие. В этом смысле данное определение также попадает в контекст термина необилитация (Катков А.Л., 2002; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2002; Россинский Ю.А., Бохан Н.А. 2003; Россинский Ю.А. 2002, 2003) как формирование новой, более зрелой личности, через развитие качественно новых способностей и личностный рост.

Обобщая, можно заключить, что цели психологического консультирования составляют континуум, на одном полюсе которого - общие, глобальные, перспективные цели, а на другом - специфические, конкретные, краткосрочные цели (www.psyport.ru).

Основными мишенями психологического консультирования в программе МСР являются:

1) патологический личностный статус, складывается:

а) из общих личностных характеристик, определяющих дефицит свойств антинаркотической устойчивости;

б) из нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования свойств антинаркотической устойчивости;

в) из характеристик собственно патологического личностного статуса зависимых от ПАВ – **мишень №2**;

2) патологический социальный статус, который складывается:

а) из общих социальных характеристик (доход, социальная динамика и т. д.);

б) из социальных характеристик личности, согласно концепции личности А. Бандуры;

в) из характеристик коммуникативных и других навыков социального поведения – **мишень №3**;

3) собственно патологическое влечение к психоактивному веществу во всех сферах непосредственного проявления данного феномена – **мишень №4**.

4) мотивация на избавление от патологической зависимости от ПАВ – **мишень №5**.

Таким образом, мишенями психологического консультирования являются все мишени, выделенные в программе медико-социальной реабилитации кроме первой – патологического соматического статуса.

Этапными задачами психологического консультирования являются: 1) мотивирование пациентов на дальнейшее прохождение программы МСР – первый этап (этап медикаментозной коррекции) реабилитации; 2) развитие социальных навыков – второй этап реабилитации; 3) развитие свойств антинаркотической устойчивости – третий этап реабилитации.

Содержание психологического консультирования включает в себя:

1. Выведение на круг сущностных проблем;

а) выяснение особенностей стандартной проблемы (тяга), б) выяснение того, какие глубинные проблемы решаются употреблением ПАВ, в) определение набора качеств необходимых, для того чтобы отказаться от наркотиков – выход на феномен антинаркотической устойчивости.

2. Работа с ресурсным состоянием для снижения и блокирования тяги к ПАВ.

3. Работа над решением конкретных проблем пациента (чаще всего – это неуверенность в себе, низкая самооценка, конфликтность в ближайшем окружении, несостоятельность в решении адаптационных задач);

4. Работа над развитием свойств антинаркотической устойчивости, которая включает в себя:

а) завершение личностной идентификации;

б) формирование навыков ответственного выбора;

в) формирование (переключение) внутреннего локуса контроля;

г) формирование позитивного жизненного сценария;

д) расширение доступа к внутренним ресурсам личности для реализации позитивного жизненного сценария;

е) информирование о вреде наркопотребления;

ж) формирование установки на исключение наркопотребления из жизненных планов (Аманова Ж.Ш., 2002).

В психологическом консультировании используются унаследованные из психологии и психотерапии и смежных с ними направлений (например, философии и социологии) различные теории личности, применяемые для лучшего понимания проблем клиента и предлагающие методы их разрешения, а также представляющие собой основу для разработки ме-

тодик работы, ориентированных на свойства и качества конкретного клиента. Как правило, психологическое консультирование является, в достаточной степени, синтетическим подходом, избегающим предпочтения какой-либо одной психологической теории над другими и использующим методы практически из всех направлений, нередко модифицируя и адаптируя их под каждую конкретную ситуацию или задачу (www.psyport.ru).

Реализация целей и задач психологического консультирования на различных этапах осуществляется в формате различных направлений, таких как мотивационное консультирование, клиент-центрированное консультирование, консультирование в рамках когнитивно-поведенческих подходов, гештальт-консультирование, транзактный анализ, психодраматические техники и т. д.

Таким образом, профессиональное психологическое консультирование должно быть основано на теоретической базе. Невозможно объяснить успех психологического консультирования, не сформулировав принципы консультирования и, соответственно, цели консультирования, а это, в свою очередь, требует понимания того, что системообразующим началом практически ориентированного психологического знания является наличие концепции понимания человека, его функционирования - с одной стороны, и обоснования методов воздействия - с другой (Брылева О. А., 2004). Данный критерий отличает методы психологической интервенции от множества других методов, которые могут иметь те же функции, но их обоснование базируется на концепциях обыденной психологии (т. е. ненаучных) или на частном опыте (Urs Baumann, Meinrad Perrez., 1998).

Каждая теория выполняет четыре основные функции: 1) обобщает накопленную информацию; 2) делает более понятными сложные явления; 3) предсказывает последствия разных обстоятельств; 4) способствует поиску новых фактов (George, Cristiani, 1990). Эти функции вполне подходят к любой теории, лежащей в основе консультативной практики.

Следующее требование, которому должно отвечать психологическое консультирование - это оценка эффективности. В данном случае психологические интервенции являются этически и научно оправданными лишь в том случае, если проводилась эмпирическая проверка их эффективности. В конечном итоге, методы интервенции легитимны даже при недостаточном теоретическом обосновании, но при достаточной проверке их эффективности. Таким образом, для любого метода интервенции первоочередное значение имеет эмпирическая проверка эффективности. Помимо проверки эффективности, которая стоит на первом месте, оценивается ещё рентабельность (затраты - польза или затраты - результат) и учитывается оценка пациента (Urs Baumann, Meinrad Perrez., 1998).

Несмотря на различия в мишенях воздействия, позициях консультанта и клиента в процессе консультирования, ориентацию и теоретические основания психологическое консультирование это процесс, имеющий ряд общих для всех школ и подходов стратегических и тактических моментов. К ним относятся: 1) стадии консультативного процесса; 2) принципы проведения первичной консультации и основные техники вмешательства; 3) вербальные и невербальные средства работы; 4) создание и использование метафор в процессе консультирования; 5) требования к личности консультанта; 6) этика консультанта (Таланов В.Д., Малкина - Пых И.Г., 2004)

Консультация обычно проходит через ряд типичных стадий, на которых действует различные, часто взаимозависимые движущие силы и протекает множество взаимосвязанных процессов (Kurpius, Fugua, & Rozecki, 1993).

Стадия консультации – это идентифицируемый этап в процессе консультации. Каждой стадии присущи свои закономерности развития и на каждой решается определенный комплекс задач, на которые консультантам необходимо обращать внимание и которые необходимо выполнять, по крайней мере частично, перед тем как переходить к последующим стадиям. Однако порядок стадий не всегда бывает строгим (Уоллес В., Холл. Д., 2003).

Хотя в разных источниках указываются разные временные рамки отдельных стадий консультации, каждая из них характеризуется стандартным набором решаемых задач и динамикой. Только уделив должное внимание каждому компоненту, консультанты могут гарантировать комплексный подход к консультации, которые требуют от них планирования и организации своих действий (Kurpius, et al., 1993). В литературе (Меновщиков, 2000) обычно приводится «пятишаговая» модель процесса консультативного интервью:

- 1) установление контакта и ориентирование клиента на работу;
- 2) сбор информации о клиенте, решение вопроса «В чем состоит проблема?»;
- 3) осознание желаемого результата, ответ на вопрос «Чего Вы хотите добиться?»;
- 4) выработка альтернативных решений;
- 5) обобщение психологом в форме резюме результатов взаимодействия с клиентом.

Первая встреча с клиентом всегда включает в себя ряд задач. К трем основным, тесно взаимосвязанным друг с другом, задачам первичной консультации можно отнести межличностную, диагностическую и терапевтическую (Ягнюк, 2000).

В межличностном плане задача консультанта состоит в установлении отношений с клиентом. Клиент, прежде всего, нуждается в искреннем и естественном в своих проявлениях стремлении консультанта войти с ним в контакт. Важнейшим условием возникновения психологического контакта между

клиентом и консультантом является качество присутствия, то есть способность невербального выражения консультантом вовлеченности в беседу.

В диагностическом отношении задача консультанта состоит в определении проблем клиента и рабочих гипотез об их природе. На основе наблюдения за поведением клиента, отслеживания и осмысления собственных субъективных впечатлений от взаимодействия с ним, а также анализа содержания рассказанных им историй консультант начинает выстраивать рабочую модель внутреннего мира клиента и пригодную для данного случая терапевтическую стратегию.

И, наконец, цель терапии состоит в том, чтобы создать в консультативной ситуации особые условия, благодаря которым клиент получает возможность решения своих психологических проблем (Таланов В.Д., Малкина - Пых И.Г., 2004).

Очень важно невербальное поведение клиента в ситуации консультирования. Оно, прежде всего, дает консультанту дополнительную информацию о мыслях и чувствах клиента (Кочюнас Р., 1999).

Невербальное общение включает в себя такие формы самовыражения, которые не опираются на слова и другие речевые символы. Его ценность состоит, в частности, в том, что оно спонтанно и проявляется бессознательно. Понимание невербального языка в основном приобретает при обучении. И, хотя люди в этом плане очень отличаются друг от друга, установлено, что чуткость в невербальном общении повышается с возрастом и опытом. Выделяют пять основных аспектов невербального поведения:

- 1) организация пространства;
- 2) поза и общий характер движений;
- 3) жестикуляция;
- 4) мимика и взгляд;
- 5) паравербальные компоненты речи.

К организации пространства относится, прежде всего, дистанция общения. Выделяют дистанцию интимно-личностного общения (до 60 см), дистанцию дружеского общения (1 - 1,5 метра), дистанцию делового общения (1,5 - 2 метра) и дистанцию общественного общения (3 метра и более). Обычно расстояние в 1 - 2 метра бывает наиболее приемлемым в консультативной практике, хотя существуют индивидуальные различия в ощущении личного пространства.

Позы, в отличие от жестов, обозначаются всеми частями тела человека одновременно. Психотерапевтам и консультантам обычно рекомендуют следующую позу как наиболее оптимальную – некоторый наклон вперед, открытость без скрещивания ног и рук. Такая поза передает внимание терапевта, однако она воспринимается как ригидная, если сохраняется неизменно на протяжении длительного периода. Открытая поза не предполагает, что, заняв её, психолог будет сохранять её на протяжении всего сеанса без изменений. Открытая поза только тогда произ-

ведет должное впечатление, когда она будет не напряженной и естественной.

Невербальная естественность включает в себя свободное и спокойное использование своего тела в качестве средства коммуникации. Активная жестикуляция часто отражает положительные эмоции и воспринимается как проявление заинтересованности и дружелюбия, а плавная смена поз и естественное использование жестов свидетельствует о спокойствии терапевта.

Жесты – это движения отдельных частей тела (например, рук или бровей). Жесты обычно сознательно контролируются и используются для передачи информации, вместо слов или в дополнение к ним. Так, например, кивки головой – хороший способ показать клиенту, что его слушают, а такой прием как кивание головой и произнесение звуков типа «м-м...» позволяют увеличить длительность высказываний интервьюируемого.

Лицо – это наиболее важный компонент невербальной коммуникации, потому что через лицевую экспрессию мы передаем значительную часть эмоций и информации. Лицевая экспрессия даёт нам намеки о смысле словесного сообщения. Кроме того, она является для наблюдателя непосредственной информацией не только об испытываемых им чувствах, но и о его способности сохранять над ними контроль.

Глаза – зеркало души, поэтому визуальный контакт является ключевым элементом невербальной коммуникации. Недостаток визуального контакта во время беседы может привести к тому, что собеседник почувствует неинтерес к его персоне, а при переизбытке визуального контакта собеседник может испытать попытку доминирования, контроля, внедрения и даже поглощения.

Голос является важным средством выражения субъективных чувств и смыслов. Основными паралингвистическими характеристиками речи являются интонация, тембр, темп, громкость, отчетливость, ритм и паузирование.

Также на временные характеристики речи влияет значимость темы: эмоционально значимая тема вызывает относительное увеличение длительности высказывания и уменьшение времени перед ответом. Скорость речи возрастает, когда говорящий взволнован, обеспокоен или сообщает о своих личных трудностях.

Результаты исследования А. Меграбяна и М. Вайнера показали, что независимое влияние интонации на оценку отношения больше, чем независимое влияние содержания. Следовательно, реакция клиента на высказывания терапевта во многом связана с невербальными аспектами речи, поэтому психологу нужно постоянно стремиться расширять диапазон интонационной выразительности (Ягнюк К.В., 2004)

Несмотря на значение невербального общения в консультировании, важнейшие события происходят

на вербальном уровне. Суть вербального поведения консультанта составляют способы его реагирования в период консультирования, которые могут быть определены как основные техники (Кочюнас Р., 1999). К.В. Ягнюк (2001) произвел систематическое изложение описанных в литературе вербальных техник. Его типология включила в себя 15 категорий:

1) поощрения – это утверждения, которые демонстрируют признание, подтверждение и понимание сказанного клиентом;

2) повторение - это почти буквальное воспроизведение сказанного клиентом или избирательное акцентирование определенных элементов его сообщения;

3) вопросы - это приглашение о чем-то рассказать, средство сбора интересующей информации, уточнения или исследования опыта клиента;

4) прояснение (перефразирование) - это возвращение, как правило, в более сжатой и ясной форме сути когнитивного содержания высказывания клиента;

5) конфронтация – это реакция, в которой проявляется противостояние защитным маневрам или иррациональным представлениям клиента, которые он не осознает или не подвергает изменению;

6) интерпретация – это процесс придания дополнительного значения или нового объяснения тем или иным внутренним переживаниям или внешним событиям клиента или связывание между собой разрозненных идей, эмоциональных реакций и поступков, выстраивание определенной причинной связи между психическими явлениями;

7) суммирование - это высказывание, которое в краткой фразе собирает вместе основные идеи рассказа клиента, устанавливает определенную последовательность тем или подытоживает результат, достигнутый в ходе определенного отрезка беседы, всей беседы или даже ряда встреч;

8) отражение чувств – это отзеркаливание и словесное обозначение вербально или невербально выраженных клиентом эмоций с целью фасилитации их отреагирования и осмысления;

9) информирование – это предоставление терапевтом информации в форме объяснений, обратной связи, изложения фактов или мнений либо по собственной инициативе, либо отвечая на вопросы клиента;

10) совет – это высказывание клиенту собственного мнения, основанного на своем видении ситуации, предложение клиенту сделать что-то или не делать чего-то, как правило, вне терапевтической ситуации;

11) убеждение – это способ воздействия на представление клиента посредством личного влияния, используя логику, разум и факты или посредством их решительного оспаривания;

12) парадоксальная реакция – это «создание необычной перспективы, призыв к альтернативному, нередко к прямо противоположному очевидному и рациональному для клиента восприятию ситуации или способу реагирования на нее;

13) обратная связь – это описание поведения клиента, которое помогает ему узнать, как другие воспринимают его, как они реагируют на его поведение;

14) самораскрытие – это разделение с клиентом собственного опыта, предоставление информации о себе, о событиях из собственной жизни или непосредственное выражение в отношениях с клиентом испытываемых чувств или желаний, возникающих идей или фантазий;

15) директива – это способ вовлечения клиента в процесс исследования или модификации собственных чувств, когнитивных или поведения, это предложение предпринять определенные действия в ходе сессий или выполнить определенные задания в промежутке между ними.

В эту типологию, состоящую из 15 категорий, вошли техники, которые используются большинством консультантов и психотерапевтов независимо от их теоретической ориентации. Свободное владение всеми этими техниками свидетельствует о высоком профессиональном мастерстве психолога. (Ягнюк К.В., 2001).

Эффективный психотерапевт чувствителен к клиенту настолько, что входит с ним в резонанс, повторяя ключевые характеристики его вербального и невербального поведения. Безусловно, это предполагает не механическое повторение позы и жестов, а эмпатическое вчувствование в состояние клиента. (Таланов В. Д., Малкина - Пых И. Г., 2004)

Метафоры сознательно или подсознательно используются терапевтами для помощи клиентам в осуществлении желаемых изменений. Явно или скрытно метафоры скрыто используются во всех терапевтических подходах и системах. Фундаментальной характеристикой метафоры является то, что участники истории и события, происходящие в ней, эквивалентны – изоморфны тем лицам и событиям, которые характеризуют ситуацию или проблему клиента. Целью терапевтических метафор является инициация сознательного или подсознательного трансderivационного поиска – процесса возвращения в недра своей модели мира с целью прочувствования опыта, который может помочь человеку использовать личные ресурсы для такого обогащения модели мира, в котором он нуждается, чтобы суметь справиться с занимающей его проблемой (Таланов В. Д., Малкина - Пых И.Г., 2004).

Поскольку личность консультанта является его орудием труда, её полнота и целостность приобретает важное значение для эффективного консультирования (Таланов В. Д., Малкина - Пых И.Г., 2004).

Ряд исследований показал, что между эффективностью психотерапии и качествами, проявляемыми психотерапевтом, существуют более сложные взаимоотношения, но в целом, после работ Труакса, Кархафа (цит. по Тутушкиной, 1999), в последующих исследованиях фактически все авторы согласились с тем, что существует взаимосвязь между эффектив-

ностью консультанта и его эмпатией, уважением к клиенту и подлинностью его поведения. Эти исследования также пролили свет на ряд других факторов, которые обсуждались в научной литературе как, возможно, оказывающие влияние на эффективность психотерапии (в данном случае речь шла только о психотерапии, а не о помощи). Они показали следующее:

- тот факт, что сам психотерапевт прошел курс собственной психотерапии, не является гарантией эффективности психотерапии;
- пол и национальность (расовая принадлежность) не влияют на эффективность психотерапии;
- ценность опыта работы психотерапевта как фактора, обуславливающего эффективность психотерапии, весьма дискуссионная по крайней мере, было показано, что люди, имеющие больший психотерапевтический опыт, не обязательно являются лучшими психотерапевтами;
- психотерапевты, имеющие собственные эмоциональные проблемы, чаще менее эффективны в работе;
- ряд исследований подтверждают положение о том, что психотерапевты более эффективны в тех случаях, когда они имеют дело с клиентами, разделяющими их собственные жизненные ценности.

Выделяют три важные постулата квалифицированного психологического консультирования и психотерапии (Кочюнас Р., 1999):

1. *Личная зрелость консультанта.* Подразумевается, что консультант успешно решает свои жизненные проблемы, откровенен, терпим и искренен по отношению к себе.

2. *Социальная зрелость консультанта.* Подразумевается, что консультант способен помочь другим людям эффективно решать их проблемы, откровенен, терпим и искренен по отношению к клиентам.

3. *Зрелость консультанта* - это процесс, а не состояние.

Процессы изменения, которыми занимается психология (вызывая их, сопровождая и оценивая), реализуются специалистами-психологами в определенных профессиональных рамках (Strotzka, 1975). Это означает, что вышеупомянутые функции выполняются лицами, получившими в ходе образования, специализации и повышения квалификации специфическую компетентность. Компетентность приобретается во время обучения или после обучения в форме специализации. От специализации следует отличать повышение квалификации, которое предназначено для актуализации профессиональных умений и знаний. Следующим этапом в подготовке клинического психолога после получения им диплома о прохождении полного курса дополнительной подготовки в период самостоятельной практики являются циклы общего и тематического усовершенствования

(не реже одного раза в пять лет) (Urs Baumann, Meinrad Perrez., 1998).

По профессиональной ориентации, системе подготовки кадров и фундаментальным основам образования психологическое консультирование в наркологической практике – является специализацией, имеющей межотраслевой характер и участвующей в решении комплекса задач в системе здравоохранения, образования и социальной помощи населению.

Практическая и научно-исследовательская деятельность специалиста направлена на повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику, психологическую реабилитацию.

В соответствии со своей фундаментальной и специальной подготовкой специалист может выполнять следующие виды профессиональной деятельности в учреждениях здравоохранения, образования, социальной помощи населению:

- диагностическую;
- коррекционную;
- профилактическую;
- реабилитационную;
- консультативную;
- научно-исследовательскую;
- учебно-воспитательную.

Главной особенностью образовательного процесса является то, что он предполагает систему непрерывной подготовки кадров, осуществляющих работу в профилактических, лечебных и реабилитационных программах для лиц зависимых от ПАВ. Образовательный стандарт подготовки психологов (Аманова Ж.Ш., 2006) обеспечивает полноценную и разностороннюю последипломную подготовку психологов в наркологической практике в сфере психологического консультирования. В программу включены лекционные семинарские и практические занятия.

Таким образом, повышение качества психологического консультирования в программах медико-социальной реабилитации возможно через реализацию вышеизложенных характеристик: наличия четкой целевой ориентации определяющей задачи консультирования; четкого знания теории объясняющей функционирование и поведение человека, в том числе поведения связанного с употреблением ПАВ; адекватного использования средств и методов консультирования.

Реализация данных характеристик консультативного процесса осуществляется профессионально подготовленными психологами - консультантами, следовательно, главным фактором повышения качества психологической помощи в программах МСР является подготовка, направленная на повышение профессиональной компетентности специалистов-психологов.

Литература:

1. Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Россинский Ю. А. Программа медико-социальной реабилитации больных наркоманией в Республике Казахстан: Методическое письмо. - Павлодар, 2002. - 32 с.
2. Аманова Ж.Ш. Образовательный стандарт последипломного образования клинических психологов по направлению психологическое консультирование в наркологии. - Павлодар, 2006. - 156 с.
3. Аманова Ж.Ш. Психологическое консультирование зависимых от ПАВ: Методическое письмо. - Павлодар, 2002.
4. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных наркоманией. - Павлодар, 2005.-287с.
5. Брылева О. А. К проблеме исследования психологического консультирования. Материалы Сибирского психологического форума. 16-18 сентября 2004 г. - Томск: Томский государственный университет, 2004. - 862 с.
6. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. Учебник. 2004 г.
7. Катков А. Л., Пак Т. В., Россинский Ю. А., Титова В. В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркозависимых, Павлодар. -2003. - 267 с.
8. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования М.: «Академический проект», 1999.
9. Нельсон - Джоунс Р. Теория и практика консультирования – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 464 с.
10. Психологическая консультация / В. Уоллес, Д. Холл. - СПб.: Питер, 2003. – 544 с.
11. Таланов В. Л., Малкина - Пых И. Г. Справочник практического психолога. – СПб.: 2004. – 928 с.
12. Ягнюк К.В. Анатомия терапевтического вмешательства: типология техник // Журнал практического психолога, № 5-6, 2001. – С. 136.
13. Ягнюк К.В. Качество присутствия и элементы невербальной коммуникации // Журнал практического психолога, № 1, 2004.– С.147.
14. Urs Baumann, Meinrad Perrez «Lehrbuch Klinische Psychologie — Psychotherapie», 1998.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ АСПЕКТОВ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

М. В. Прилуцкая

г. Павлодар

В течение последних десяти лет значительно увеличился рост распространения наркотической зависимости среди населения Республики Казахстан. По данным исследований, проведенных в 2007 году, в нашей стране насчитывалось 301627 человек с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2006 - 2007 годы).

Отмечается стабильный рост наркотической зависимости среди детей, подростков, молодежи, женщин и других слоев населения Казахстана.

По данным за 2007 год в Республике Казахстан насчитывается 9459 наркотизирующихся подростков, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением. Показатели первичной заболеваемости и болезненности на 100 000 подросткового населения в Республике Казахстан составили в 2007 году по общему классу психоактивных веществ, соответственно – 476,3 и 1059,8, из них в связи с употреблением алкоголя – 311,0 и 641,1.

Таким образом, наблюдается общая тенденция стабильного преобладания в структуре психических и поведенческих расстройств, вызванных употреб-

лением ПАВ среди восходящего поколения, зависимости от алкоголя (65,3% от всех ПАВ по заболеваемости и 60,5% по болезненности).

В современной психиатрии и наркологии всё большее признание получает представление о том, что наркомания является сложным биосоциальным феноменом, результатом взаимодействия различных социальных, культуральных, психопатологических факторов. С социокультуральной точки зрения, употребление наркотическими веществами представляет собой поведенческую модель, возникновение и распространение которой зависит от принятой в данной социо-культуральной среде нравственной оценки данной модели. Именно поэтому сложившиеся внутри определенных социальных групп ценностные представления и ориентиры, поведенческие стандарты, культурные традиции обладают определенной устойчивостью по отношению к определенной психологической конструкции личности и оказывают прямое влияние на поведенческие феномены отдельных индивидов вообще, а также на приобщение к наркотическим веществам в частности (С.А. Алтынбеков, Е.В. Денисова, А.С. Каражанова, 2003).

По этому поводу очень убедительно высказалась К. Horney: «Можно легко поставить диагноз перелома бедра, не зная национальности пациента. Но поставить диагноз, какого бы то ни было психического расстройства, не зная национальной принадлежности пациента, было бы большой неосторожностью и, скорее всего, ошибкой...»

При рассмотрении проблемы зависимостей через призму этнокультуральных аспектов обнаруживаются две основные причины вовлечения населения в процесс наркотизации. Во-первых, это особая информационная ситуация, существующая на современном культурно-историческом этапе, связанная не только с широким распространением, но и с приданием особого ореола и, соответственно, с косвенной пропагандой наркотических и психоактивных веществ в средствах массовой информации, в литературе, видео- и аудио продукции и в общественном мнении. Эта ситуация представляет собой особую среду, элементы которой являются, в основном, этнофункционально рассогласованными с традиционной средой рождения и проживания для большинства людей. Кризис этнической идентичности – затруднения или невозможность ответить для себя на вопрос: «К какому народу я принадлежу?», заставляет современного человека, не имеющего естественной и органичной связи с собственной культурой, обращаться к поиску этой идентичности в совершенно иных, зачастую искусственных этнокультурных традициях. Другими словами, индивид начинает относить себя уже не к традиционным, естественно существующим народам, а лишь к определенным общественным группам, существенно отличающимся или даже противопоставляющим себя традиционным культурам своего рождения и проживания. Такие попытки связаны с огромными затратами душевных сил, психической энергии, что, естественно, ослабляет организм человека психически и физически, снижает его адаптационный потенциал. Вторая группа причин связана со своего рода эпидемией состояний психической дезадаптации современного человека. Этнокультурная разнородность элементов этой информации обуславливает возникновение в психике широкого спектра депрессивной симптоматики (А.В.Сухарев, 1999).

Делая акцент на модели этнофункционального психического дизонтогенеза, нельзя не отметить, что наиболее уязвимой группой в контексте этнической идентичности являются подростки. В данный возрастной период, согласно Э. Эриксону, происходит идентификация личности. Это относится и к этнической идентификации, результатом которой выступает этническая идентичность. Несформированность нравственно целостной сферы личности подростков, биологические пертурбации пубертата потенцируют действие выше названных причин.

Этническое самосознание личности представляет собой осознание субъектом своей национальной

принадлежности, своего места в этнической общности, чувств, мотивов, интересов, действий в системе этнических связей и отношений к ним. Данный личностный уровень функционирования этнического самосознания употребляется в значении этнической идентичности (Лурье С.В.).

Этнос - это социальная общность, которой присущи специфические культурные модели, обуславливающие характер активности человека в мире, и которая функционирует в соответствии с особыми закономерностями, направленными на поддержания определенного уникального для каждого общества соотношения культурных моделей внутри общества в течении длительного времени, включая периоды крупных социокультурных изменений (Лурье С.В.).

В процессе своего становления этническая идентичность проходит ряд этапов, соотносимых с этапами психического развития ребёнка. Фундаментальная разработка этих вопросов содержится в трудах Ж. Пиаже, который проанализировал формирование понятия «Родина».

Науке известны следующие стадии формирования развития этнической идентичности:

1) от рождения до 3 лет у ребёнка наблюдается первичное восприятие этнических черт (Кац);

2) от 3 до 4 лет происходит осознание неизменности идентичности (Кац), появляются этнические знания (Гудман), осознание разницы цвета кожи, зарождение расовых аттитюдов (Портер), ребенок накапливает знания о разных группах, что ведёт к социальному сравнению, но на этом этапе пока ещё отсутствуют этнические чувства (Ф. Эбод). Таким образом, этнические значения носят нейтральный характер;

3) от 4 до 8 лет формируются этнические ориентации (Гудман), социально-обусловленные предпочтения (Портер), выстраивается групповая концепция (5 - 7 лет по Кацу), происходит осознание групповой привязанности, возникают этнические чувства (Ф. Эбод);

4) от 8-ми до 10-ти лет этнические аттитюды уже сформированы (Гудман, Кац), появляется осмысленный интерес к другим этническим группам (Ф. Эбод).

Г. Чепели утверждает, что первоначально возникают когнитивные элементы, связанные с явными внешними признаками (национальность родителей, место рождения). Затем - когнитивные элементы, связанные с коммуникацией (родной язык, понимание друг друга). И, наконец, - элементы, связанные со знанием собственной страны (представления о величине территории, природных условиях, благосостоянии населения).

Этническая идентичность подростков является сложным психологическим образованием, характеризующимся направленностью этнических установок, целостностью и противоречивостью национального самоопределения, степенью включенности в контекст национальной культуры и ее позитивном восприятии. Этническая идентичность характеризу-

ется спецификой детско-родительских отношений, психологическими качествами подростков и влиянием социальных факторов окружающей среды.

Сформированность этнической картины мира, завершенность этнических констант снимает психологическую угрозу со стороны окружающего мира и обеспечивает члену этноса возможность действовать. (Лурье С.В.) В контексте концепции антинаркотической устойчивости (Катков А.Л.) полноценное этническое самоопределение является неотъемлемой частью завершенной личностной идентификации, а этнические константы, вырисовывающиеся в бессознательных образах источников добра и зла, представлений о способе действия, при котором добро побеждает зло, могут служить перманентным психическим ресурсом для реализации жизненного сценария.

При сравнении вклада различных сторон психотерапевтического процесса в выздоровление больного около 60% эффективности причисляется за счёт культуральных параметров (В.Д. Менделевич, 2001).

Проведенное на территории Казахстана исследование влияния этнокультуральных факторов на формирование наркотической зависимости в основных этнических группах республики (Денисова Е.В.) выявило следующие закономерности. Современные установки, сдерживающие от вовлечения в наркопотребление, различны для основных этнических групп. Для казахского этноса таковыми установками являются - соблюдение традиций празднования или поминовения, в которых не принято употребление психоактивных веществ. Для русских такими установками явились: соблюдение религиозных традиций (постов, праздников, а так же ритуалов, которые регламентируют употребление алкоголя). Для немцев – развитие чувства национальной принадлежности. Формирование наркотической зависимости подчиняется общим закономерностям развития заболевания и имеет этническое своеобразие, которое заключается в следующем: во-первых факторами риска для лиц казахского этноса явились перенесенные в детстве психодезадаптационные эпизоды органического типа, наличие в семье подчиненного отношения к старшим, отсутствие самостоятельности выбора решений; для русских – органическое поражение ЦНС в возрасте до 3 лет, конфликтные взаимоотношения с отцом, формальные взаимоотношения в семье; для корейцев – наличие психодезадаптационных эпизодов в детстве всего спектра психических и неврологических рас-

стройств, конфликтные взаимоотношения в семье между супругами; во – вторых - у лиц корейской национальности прогрессивность наркомании менее выражена, чем у представителей других основных этносов. Факторы, сдерживающие повторное вовлечение в наркопотребление, различны для разных этносов. Для лиц казахской национальности такими факторами являются: терапевтическая ремиссия, занятия спортом и изменение места жительства; для украинцев - это семья и обращение за профессиональной медицинской помощью. Факторами, провоцирующими влечение к употреблению наркотических веществ для лиц русской национальности являются ухудшение физического состояния, появление усталости. (Денисова Е.В., 2004).

Исследований о влиянии этнокультуральных факторов на подростковую аддикцию в нашей республике не проводилось. В мировой этнонаркологии имеются лишь разрозненные данные, в большей степени, эпидемиологического характера относительно особенностей алкогольной зависимости в пубертате. Большинство существующих работ построено на обследованиях этнических меньшинств, а полученные результаты сравниваются с данными, характерными для западной культуры. Исследования употребления алкоголя в таких социально важных группах, как молодежь и подростки, обычно сочетаются с исследованиями приема других психоактивных веществ (в т.ч. марихуаны, кокаина, психостимуляторов, табака и др.).

Анализируя литературные данные по изучению этнокультуральных клинических стереотипов зависимости от наркотических и других психоактивных веществ в разных этносах, населяющих Центрально-азиатские страны, в том числе Казахстан, необходимо отметить малую изученность данного вопроса, отсутствие информации относительно национальных особенностей зависимостей среди подростков, в частности алкоголизма. Это лишний раз указывает на сложность проблемы, её неоднозначность.

Таким образом, перспектива изучения всего разнообразия особенностей подростковой аддикции должна захватывать этнокультуральные аспекты формирования зависимости, что позволит разработать всесторонний комплекс лечебно-профилактических мероприятий в восходящем поколении, направленный на создание антинаркотической устойчивости в современном обществе.

Литература:

1. Алтынбеков С.А., Денисова Е.В. Каражанова А.С. Особенности распространения наркозависимости среди регионов Казахстана в этно-культуральном аспекте// Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте – Томск, 2003. С. 120-124.
2. Денисова Е.В. Влияние этнокультуральных факторов на формирование наркотической зависимости в основных этнических группах населения Республики Казахстан. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Алматы, 2004.
3. Игонин А.Л., Сидоров П.И. Всесоюзный семинар по проблемам подростковой наркологии. // Вопр. наркол. - 1993. - № 3. - С. 60-64.

-
-
4. Ирлицина И.Я., Четвериков Д.В. Проблемы и перспективы развития наркологической помощи подросткам в г. Омске // Вопросы наркологии. – 1997. - № 3.- С. 65-68.
 5. Катков А.Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в РК // Вопросы наркологии Казахстана – том 1 № 2, 2002 – С. 9 – 12.
 6. Катков А.Л. Сквозная модель профилактики – ресоциализация в наркологической практике // Профилактика аддиктивных состояний в детско-подростковом возрасте – Томск, 2003. С. 154 - 156.
 7. Катков А.Л. и соавторы. Наркологическая помощь населению Республики Казахстан за 2006 - 2007 годы (статистический сборник) – Павлодар, 2008.
 8. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. – Л.: Медицина, 1991. – 304 с.
 9. Лурье С.В. Историческая этнология. - М., Аспект Пресс, 1997. - 448 с.
 10. Мостовой С.М., Михайлов В.И., Косарева С.П. Употребление эфедрона и гашиша у малых народностей, проживающих в Дальневосточном регионе // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Выпуск II. Под ред. Б.С. Положего, А.А. Чуркина. Москва - Ижевск, 1997, С. 247 - 249.
 11. Пятницкая И.Н. Наркомании: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.
 12. Сухарев А.В. Опыт этнофункциональной экспресс-психотерапии эмоциональных и поведенческих расстройств у детей в условиях стационара // Вопросы психологии - № 3 – 1997 – С. 92 – 101.
 13. Сухарев А.В. Методические рекомендации по этнофункциональной психотерапии зависимостей от наркотических веществ (для психологов, врачей, психотерапевтов). – М.: Медицина, 1999, С. 1 - 15.

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ, РАБОТА С ИНДЕКСОМ ТЯЖЕСТИ АДДИКЦИИ И МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ЭТАПАХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

О. Г. Юсупов

г. Павлодар

Настоящая статья посвящена вопросам, отражающим одни из основных компонентов качества лечебного процесса, а именно - планирование лечения, ведение и законные основания в документировании статуса клиента, оценка потребностей и сопровождение пациента в лечебном процессе.

План лечения, по сути, является письменным документом, который определяет наиболее важные цели лечения для клиента, выявленные в ходе оценки, описывает измеряемые, определенные во времени шаги к достижению этих целей, отражает устное или письменное согласие между специалистом и пациентом. Наиболее важным моментом в составлении плана является участие самого пациента, который работает со специалистом для того, чтобы определить и согласовать цели лечения и определить стратегии их достижения, что само по себе может служить сильным мотивирующим фактором на лечение. План лечения должен быть динамичным, несмотря на то, что план разрабатывается во время поступления на лечение пациента, он продолжает совершенствоваться и пересматриваться в процессе всего лечебного процесса, отражая изменения в состоянии и потребностях пациента.

Планирование лечения включает в себя несколько взаимосвязанных компонентов:

1. Постановка проблемы. Данный компонент включает в себя информацию, полученную в ходе оценки.

2. Постановка цели, которая включает в себя конечный результат решения проблем пациента.

3. Постановка задач, где определяются конкретные действия пациента для достижения поставленных целей.

4. Интервенций, которые определяют, что должен делать персонал для помощи пациенту в продвижении к намеченным целям и для выполнения имеющихся задач.

5. Сильные стороны пациента. Настоящий компонент отражает те стороны состояния и возможностей пациента, которые способствуют успешному прохождению лечебного процесса.

6. Участники планирования. Все участники планирования должны быть документированы и должны выразить свое отношение к разработанному плану.

Постановка проблемы

Комплексная оценка является хорошим основанием для планирования лечения и помогает определить особенности потребления наркотиков, которые способствуют развитию проблем пациента, помогает обозначить слабые и сильные стороны пациента, его готовность к изменениям, а также обозначить факторы, которые могут потенциально влиять на процесс лечения. По существу комплексная оценка позволяет разработать план лечения, который в мак-

симальной степени отвечает проблемам и потребностям клиента и способствует оказанию наиболее адекватной и эффективной помощи. Необходимо отметить, что оценка должна повторяться в течение всего лечения и определять изменения в состоянии пациента, определять степень удовлетворения потребностей, измерять степень готовности к переходу к более или менее интенсивной терапии.

Область лечения наркотической зависимости нуждается в коротких, эффективных, достоверных и валидных инструментах для оценки, которые могут включать отдельные формы и комплексные батареи (комбинации различных инструментов). Оценка может включать комбинации самоотчетов, наблюдений,

вспомогательные отчеты и данные, полученные в ходе психологического и лабораторных обследований. В таблице 1 представлены области, которые должны быть покрыты в ходе оценки. Очень важно собрать детальную информацию по тяжести потребления алкоголя и наркотиков, готовности к лечению, психическому функционированию, соматическим проблемам, занятости, проблемам с законом, социальному и семейному статусу. В таблице 1 также приведены примеры некоторых инструментов оценки, однако существует много других полезных инструментов оценки, которые специалист может выбрать для более детального и адекватного сбора информации.

Таблица 1

Оценка проблем и потребностей клиента

| Области оценки | Цели | Инструменты | Источники информации |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Общая информация | Обеспечивает основную информацию по полу, возрасту, семейному положению, о доходе, и контактную информацию для сопровождения клиента после лечения. | ∞ ИТА* ∞ Интервью | Семья Друзья Соседи |
| Потребление алкоголя и наркотиков | Обеспечивает полезной, специфической информацией об уровне, тяжести проблем, связанных с потреблением определенных веществ, частоте и интенсивности потребления, текущем состоянии интоксикации, состоянии отмены, потенциальных рисках срыва. | ∞ МКБ-10 ∞ ИТА ∞ Скрининг ∞ Лабораторные анализы ∞ Интервью | Семья Полиция Врачи Аутрич работники и волонтеры Социальные работники |
| Психическое функционирование | Идентифицирует психические проблемы и нарушения, специфические симптомы и синдромы, а также тяжесть психических нарушений и нарушений личности. | ∞ Шкала депрессии Бека ∞ ИТА ∞ ММРІ | Семья Врачи Психиатры |
| Соматические проблемы | Определяет общее физическое состояние и особые состояния здоровья – инвалидность, беременность, инфекционные заболевания, хронические болезни и другие проблемы. | ∞ Скрининг ∞ ИТА ∞ Интервью ∞ Осмотр | Семья Врачи |
| Занятость | Оценивает уровень образования, проблемы с образованием, служба в армии, опыт работы, текущий статус занятости, проблемы с работой, источники дохода и наличие лиц, находящихся на иждивении, другие финансовые обязательства. | ∞ ИТА ∞ Интервью | Семья Социальный работник |
| Проблемы с законом | Обеспечивает информацией о нелегальной активности, арестах, текущих проблемам с законом, об истории обвинений и осуждений. | ∞ Интервью ∞ ИТА | Семья Полиция Аутрич работники и волонтеры Социальный работник |
| Социальные и семейные проблемы | Оценивает условия проживания пациента, риск бездомности, потребление ПАВ в доме, время, проведенное в закрытых учреждениях, семейное функционирование, особенности окружения, другие источники социальной поддержки и влияния. | ∞ ИТА ∞ Интервью ∞ Опросник качества жизни ВОЗ | Семья Друзья Соседи Полиция Социальный работник |

| Области оценки | Цели | Инструменты | Источники информации |
|------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Проблемное поведение | Измеряет степень рискованного поведения клиента в отношении передачи заболеваний, проблем со здоровьем, и степень готовности к изменениям и профилактическим мероприятиям. | ∞ Скрининг ∞ Интервью | Семья Врачи Социальный работник Аутрич - работники |
| Лечение | Идентифицирует ожидания пациента от лечения, мотивацию на лечение, барьеры и другие проблемы препятствующие лечению, потребность в специфических услугах, другая информация, позволяющая добиться наиболее “приемлемого” лечения для клиента. | ∞ ИТА ∞ Интервью ∞ Самоотчеты | Семья Врачи Администрация |
| Проверка качества информации | Определение степени когнитивной состоятельности пациента, грамотности, способности к пониманию, степень отрицания и лживости, которые могут повлиять на качество оценки. | ∞ ИТА ∞ Наблюдение | Семья Друзья Соседи Аутрич работники |

* ИТА – Индекс тяжести аддикции

Стандартизированные инструменты могут быть полезны специалисту в окончательном понимании ситуации клиента и определении целей лечения. Так для оценки злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) и связанных с этим проблем могут использоваться «Индекс тяжести зависимости» и самоотчет (дневник) клиента. «Индекс тяжести зависимости» (The Addiction Severity Index, McLellan et al., 1992) (ИТА) оценивает частоту и тяжесть злоупотребления психоактивными веществами, а также тип и степень тяжести психосоциальных проблем, которые обычно сопровождают злоупотребление (как, например, проблемы медицинского, психического, юридического, семейного, социального, трудового характера). Обобщение мирового опыта по использованию ИТА позволяет оценить данный инструмент как достаточно удобный для планирования, проведения и оценки лечебного процесса. ИТА может использоваться, как основной регистрационный документ, который отражает не только паспортную часть и проблемные области клиента, но и содержание лечебной работы, он также позволяет отслеживать динамику состояния пациента, оценивать эффективность проделанной работы, направление и степень изменений.

По сути, протокол ИТА является структурированным интервью, и работа с ним проводится по отдельным стадиям в несколько приемов. На клиента составляется своеобразное досье, разбитое на ряд файлов, к которым можно возвращаться на последующих этапах реабилитации, вносить дополнения и уточнения, оценивать промежуточные и итоговые результаты совместной деятельности специалистов и пациента на пути реабилитации.

Опросник ИТА имеет четыре стадии: формулировка проблем, детализация проблем, формулирование целей реабилитации и плана помощи, оценка степени достижения целей терапии и удовлетворенности результатами лечения.

На стадии формулировки проблем основной целью интервью является проведение скрининга проблемных областей пациента, которые включают следующие разделы:

- физическое здоровье;
- зависимости: алкоголь, наркотики и другие вещества;
- состояние психического здоровья;
- семейный анамнез;
- семья и взаимоотношения с другими людьми;
- закон;
- образование;
- работа и трудоустройство;
- финансы;
- организация досуга;
- жилье.

Для определения пациентом и терапевтом степени тяжести проблем по каждому разделу используется шкала оценки тяжести проблемы и потребности в лечении/консультации. По каждому разделу значимыми являются комментарии, где специалист в свободном стиле в процессе интервью уточняет ответы пациента для отбора проблем, требующих более подробного анализа. Проведение интервью занимает до 1,5 часа и может проводиться в несколько приемов. Итогом интервью является определение наиболее актуальных проблем и регистрация результатов интервью. Профиль проблем позволяет сделать обзор и сравнение рейтингов оценки тяжести проблем и по-

требности в помощи/терапии, определить приоритет проблем, требующих первоочередного решения, и выбрать направление помощи в процессе совместного анализа полученного профиля.

Основная цель стадии детализации проблем заключается в конкретном уточнении проблем и определении потребности пациента в помощи, что достигается в процессе совместного интервью, использования техник мотивационного консультирования при точном описании проблемы и потребности в помощи словами и выражениями пациен-

та, данные регистрируются в соответствующей учетной форме детализации проблем пациента. Процесс конкретного формулирования и регистрации результатов в заранее структурированных форматах досье (пример 1) часто помогает пациенту по-новому взглянуть на свою проблемную ситуацию и на возможные пути её решения. При этом необходимо учитывать ряд важных моментов в написании проблемных утверждений: использование безоценочного подхода, никаких жаргонов, полная структура предложения.

Пример 1: Проблемный лист пациента

| Дата определения | Код проблемы | Проблема | Статус | Дата решения |
|------------------|--------------|---|--------|--------------|
| 26.08.2004 | M1 | Наличие хронической медицинской проблемы, которая влияет на жизнь пациента | | |
| | A/D 2 | Сообщает о регулярном потреблении алкоголя до интоксикации в течение жизни | | |
| | A/D 3 | Сообщает о потребления героина в течение последнего месяца | | |
| | A/D 10 | Сообщает о сочетанном потреблении нескольких веществ в течение последнего месяца | | |
| | L 2 | Ожидает обвинения, суда или приговора | | |
| | F 2 | Сообщает о серьезных проблемах с семьей за последние 30 дней | | |
| | P 2 | Были проблемы с контролем агрессивного поведения в прошлом месяце | | |
| | P 5 | Обеспокоен поведенческими или эмоциональными проблемами и заинтересован в лечении | | |

Код статуса: O = Отсрочена P = Решена П = Перенаправлена

Для уточнения проблемы могут быть использованы следующие ключевые вопросы: Как часто возникает данная проблема? Ситуация, в которой возникает данная проблема? Лица или организации, вовлеченные в данную проблему? Особые периоды времени, в которые данная проблема возникает? Особые события, сопровождающие или предшествующие данной проблеме?

Для уточнения потребности в помощи могут быть использованы следующие ключевые вопросы: Что думает пациент о том, как разрешить (уменьшить, блокировать, стабилизировать) проблему? Какой вид помощи ожидает пациент от данного специалиста (др. специалистов бригады) в процессе реабилитации? Ожидает пациент помощи от семьи и других значимых лиц? Какой вид помощи от этих людей хочет получить?

В процессе работы пациент является активным действующим участником и совместно с терапевтом принимает заключительные решения в отношении формулировки уточненной проблемы и требования о помощи, приобретая навык ответственного выбора и принятия решения, в том числе за результаты и процесс реабилитации. Следует отметить, что все иденти-

фицированные проблемы в ходе оценки должны быть включены независимо от доступности услуг в учреждении, вне зависимости от того, можно ли их решить сразу или можно отсрочить, и каждая секция должна быть рассмотрена. Данный подход предполагает направление в другие службы, что является эффективным в решении различных проблем.

Постановка цели, задач и определение интервенций

На стадии формулирования целей лечения и плана помощи необходимо сформулировать и согласовать план лечения в максимально конкретной форме для того, чтобы динамику изменений можно было отследить и оценить. Для формулирования согласованных целей удобно использовать принцип SMART: S (*Specific*) – задачи и интервенции специфичные и сфокусированные на цели, выражены в определенных поведенческих терминах, в отношении того, как будет улучшен уровень функционирования.

M (*Measurable*) – задачи и интервенции являются измеримыми, достижения являются очевидными, а индикаторы прогресса клиента можно измерить

(оценочные шкалы/баллы, отчеты клиентов, изменения в поведении и психическом статусе).

A (Acceptable) – задачи и интервенции должны быть достижимы во время активной фазы лечения, фокус на «улучшении функционирования», а не просто на излечении, определение целей, достижимых на уровне предоставляемых услуг, пересмотр цели, когда клиент переходит из одного уровня лечения на другой.

R (Realistic) – пациент объективно может выполнить задачи в течение определенного периода времени, цели и задачи достижимы в пределах окружения, уровня поддержки, диагноза, уровня функционирования данного пациента, при этом необходимо помнить, что любой прогресс требует усилий клиента.

T (Time) – фокус на ограниченных во времени или краткосрочных целях и задачах, задачи и интервенции должны пересматриваться в течение определенного периода.

Работа с целями определяет следующие преимущества для пациента и специалиста:

- определяется направление необходимых изменений;
- выявляются конкретные предложения по оказанию помощи, сотрудничеству с определенным специалистом;
- приобретаются новые знания, умения, навыки, способствующие эмоциональным, когнитивным

и поведенческим изменениям, мотивирующим на отказ от употребления ПАВ;

- поддерживается мотивация на продолжение лечения;
- определяется возможность формулирования следующих целей в процессе завершения плана помощи.

С одной стороны, в общем плане помощи/терапии учитывается био-психосоциальный подход к формулированию целей пациента, позволяющий оказать компетентную помощь со стороны различных специалистов. С другой стороны - в индивидуальный план лечения необходимо включить:

- обзор целей терапии/помощи, согласованный с каждым специалистом отдельно;
- собственно план реабилитационных/терапевтических мероприятий (конкретные задачи);
- отметку пациента о выполнении задач;
- сроки и частоту проведения терапевтических/реабилитационных мероприятий;
- совместную (пациента и специалиста) оценку степени достижения терапевтических целей;
- общую совместную (пациента и специалиста) оценку удовлетворенности результатами реабилитации;
- план последующих действий.

Формат плана показан в примере 2, в качестве примера взят раздел, касающийся проблем, связанных с соматическим здоровьем.

Пример 2

Лечебный план

| | |
|---|---|
| Медицинская секция | <i>Ф.И.О. клиента: Иванов И.И. Ф.И.О. специалиста: Петров Д.С.</i> |
| Дата | <i>Формулировка проблемы</i> |
| 01/06/2005 | Иванов сообщает о наличии хронической медицинской проблемы, которая требует постоянного ухода |
| 01/06/2005 | Иванов сообщает о том, что у него диагностирована проблема с хронической болью |
| 01/06/2005 | Иванов сообщает о том, что у него диагностировано инфекционное заболевание или заболевание, передающееся половым путем, и просит помощи в получении медицинских услуг |
| <i>Цели</i> | |
| Усилить контроль хронических медицинских проблемам Иванова, уменьшая тем самым их влияние на его зависимость от ПАВ | |
| Удостовериться, что Иванов получает и применяет необходимые медикаменты | |
| Снизить влияние медицинских проблем Иванова на его выздоровление и возможность срыва | |
| Критерий условия выполнения | <i>Задачи:</i> Что клиент будет говорить или делать? При каких обстоятельствах? Как часто он/она будет делать это? |
| <i>Требуется</i> | Иванов пройдет оценку по своим медицинским проблемам с помощью соответствующего врачебного персонала |
| <i>Требуется</i> | Иванов понимает свой диагноз в отношении хронической боли и поддерживает свое здоровье, следуя лечебным рекомендациям |
| <i>Дополнительно</i> | Иванов будет посещать соответствующее медицинское учреждение для проведения оценки и лечения в связи с его медицинскими проблемами |

| Интервенции | Код услуги | Дата выполнения | Дата исполнения |
|--|------------|-----------------|-----------------|
| <i>Персонал организует медицинские услуги в лечебной программе</i> | И | 05/06/05 | 10/06/05 |
| <i>Персонал позвонит в соответствующее медицинское учреждение, чтобы назначить необходимые медицинские услуги</i> | И | 05/06/05 | 15/06/05 |
| <i>Персонал сделает обзор списка из действий, которые Иванов может делать, чтобы конструктивно справляться со своими медицинскими проблемами</i> | Г | 10/06/05 | |
| Участие в процессе планирования лечения | | | |
| Иванов сообщает, что он сделал вклад в этот план, однако не ясно, согласен ли он с ним | | | |
| Иванов говорит, что он знаком с содержанием данного плана | | | |
| Участие других в процессе планирования лечения | | | |
| Члены семьи были приглашены и участвовали в процессе планирования лечения | | | |
| Члены семьи согласились с настоящим планом | | | |
| Значимые другие были приглашены, чтобы участвовать в процессе планирования лечения, но не смогли принять участие. | | | |
| <i>Примечание: Все участники не обязательно должны принимать участие в каждой рассматриваемой области.</i> | | | |
| Подпись клиента/Дата | | | |
| Подпись специалиста/Дата | | | |

Коды услуг*И* = индивидуальные*ПО* = психообразовательные*А* = аудио*Г* = групповые*Ч* = чтение*Н* = направление*С* = семейные*ТВ* = СМИ*П* = супружеские*В* = видео*Д* = домашняя работа

Периодически необходимо проводить оценку степени достижения целей лечения и удовлетворенности результатами лечения. Совместная оценка достигнутых результатов лечения/помощи и общая оценка удовлетворенности результатами лечения проводятся неоднократно по завершению каждого этапа лечения и при постановке новых целей, показатели оценки регистрируются в форме индивидуального плана терапии.

Если в ходе обсуждения пациент и терапевт приходят к выводу, что цель достигнута в недостаточной степени или совершенно не достигнута, необходимо после проведенного анализа, выбрать одну из следующих альтернативных возможностей:

- продолжить проводимые лечебные мероприятия еще некоторое время;
- составить новый индивидуальный план терапии/помощи;
- вернуться на этап уточнения проблемы, соответствующей проблемной зоны.

Стадии изменения и мотивационное интервью

Человек неосознанно изменяет свое поведение под воздействием обстоятельств, имеющих для него жизненно важное значение, с другой стороны - человек осознанно меняет свое поведение, когда изме-

нения связаны с чем-то важным и ценным для него. Противоречия между настоящим поведением и более важными целями в жизни могут мотивировать к изменениям. Консультирование или другая помощь может запустить, облегчить, направить процесс изменений, но далеко не всегда является его причиной. Помогает клиенту его окружение – люди, которые верят в человека, консультанты, друзья, члены семьи, другие. Обучение этих людей навыкам сопереживания и поддержки является одним из важнейших компонентов консультирования, так как люди, проявляющие сопереживание и поддержку клиента, имеют большее влияние на него.

Для того чтобы лучше понимать тот путь, который человек проходит, меняя свое поведение, используется стадийная модель изменения поведения, разработанная двумя учеными-практиками – Джеймсом Прочаской и Карлом Ди Клементе. Согласно этой модели, изменение рассматривается как процесс, занимающий некоторое время, а не как разовое событие. Данная модель отображает процесс осознанного изменения поведения, когда человек размышляет по этому поводу и контролирует то, что происходит с его поведением.

Таким образом, эта модель определяет и описывает стадии, которые человек проходит в процессе осознанного изменения поведения.

Стадия преднамерения (предварительная, проблемная стадия)

Среди людей, находящихся на этой стадии, можно встретить так называемых «счастливых потребителей», которые вообще не задумываются о своем употреблении алкоголя или наркотиков. Для человека на этой стадии выгоды от употребления значительно превышают ущерб, и поэтому он будет с недоверием относиться к заявлениям со стороны других о том, что такое поведение наносит ему вред или даже будет игнорировать такие заявления. На данном этапе рано вести речь об осознанных изменениях в поведении.

Стадия намерения (размышления о проблемах, связанных с употреблением вещества)

Можно сказать, что люди переходят на данную стадию, когда начинают испытывать двойственные чувства, колебания или сомнения по отношению к употреблению наркотиков. С одной стороны - употребление наркотиков приносит удовлетворение, а с другой – вызывает проблемы и заставляет о них всерьез задуматься. Для человека на этой стадии характерно избавиться от проблем, вызванных употреблением, но при этом продолжать употреблять наркотики. Признаком нахождения на стадии намерения является то, что человек не включает изменения в свои планы на ближайшее время. Несмотря на то, что человек на данной стадии видит только следствия, но не причину проблемы, такого понимания вполне достаточно, с точки зрения снижения вреда.

Стадия принятия решения и подготовка к действиям

На данную стадию человек переходит, когда он решил пересмотреть свое поведение и готов перейти к действиям. При этом не столь важно, решил он только уменьшить дозу или полностью отказаться от употребления, важно то, что человек принял решение и твердо уверен, что необходимо пересмотреть свои привычки употреблять.

Стадия активных действий

Данная стадия начинается и продолжается, пока человек реализует действия – конкретные шаги, направленные на изменения, шаги которые были намечены на предыдущем этапе. Следуя намеченному плану, человек реализует изменения, опробует новые модели поведения, сталкивается с препятствиями и преодолевает их.

Стадия поддержания изменений

Люди, успешно изменившие свое поведение и поддерживающие новый образ жизни продолжительное время, и чувствующие себя как имевшие проблемы в прошлом, оставившие их позади, по определению находятся на данной стадии.

Срыв (необязательная стадия изменений)

Некоторые люди, решившие однажды изменить себя, в ходе изменений по разным причинам изменяют свои намерения и возвращаются к привычному для них поведению, нередко сопряженному с нема-

лым риском. Во время срыва они возвращаются на одну из предыдущих стадий, чаще всего на стадию преднамерения или намерения. Важно помнить, люди могут перемещаться со стадии на стадию, как в прямом, так и в обратном направлении.

Ниже приводятся примеры вопросов, помогающих определить, на какой стадии изменения поведения находится клиент:

- *Думали ли Вы над тем, чтобы изменить/прекратить/сделать что-то?*

- *Вы планируете что-то менять/прекратить/начать в ближайшие 6 месяцев?*

- *Пробовали ли Вы раньше изменить поведение/прекратить употреблять/сделать что-то? Что именно Вы пробовали делать? Что произошло? Чего Вы добились? К чему Вы пришли?*

- *Как Вы думаете, насколько вероятно, что Вы измените/прекратите/сделаете что-то (например, бросите этот наркотик)?*

Эта модель представляет схему, позволяющую понять, как происходят изменения поведения человека. Она подчеркивает, что на разных стадиях изменения поведения необходимы разные виды вмешательства. Размышления об изменении поведения помогают продвигаться вперед на ранних стадиях изменения, на этом этапе применение мотивационного интервьюирования особенно полезно. Поэтому первой задачей консультанта является установить, на какой стадии изменений находится клиент, определить уровень его мотивации к изменениям и затем выбрать стратегии консультирования.

Зависимые люди часто находятся на стадиях преднамерения и намерения. К активной работе с клиентом стоит приступать тогда, когда он достигнет стадии активных изменений. Именно тогда у консультанта будет достаточно вариантов, как помочь клиенту реализовать изменения. Другими словами, для того чтобы изменение поведения было успешным, клиент должен быть замотивирован. При использовании определенных подходов можно помочь клиенту перейти от стадии намерения к стадии активных изменений.

Если консультант не очень помог клиенту в его продвижении вперед или даже если клиент так и не принял решение измениться, это также рассматривается в мотивационном интервьюировании как вполне приемлемый результат. Рано или поздно человек захочет вернуться к обсуждению вопроса об изменении поведения, поэтому специалисту важно сохранять контакт с клиентом.

На стадии преднамерения человек не задумывается над необходимостью изменений. В этот момент осознание позитивов употребления значительно перевешивает негативы. Поэтому задачей консультанта является заронить сомнение – способствовать осознанию рисков и проблем, связанных с практикуемой моделью поведения. На этой стадии консультанту необходимо установить взаимопонимание,

принять недостаток готовности. С самого начала необходимо прояснить ситуацию, что решение принимает сам клиент. Консультант предлагает и предоставляет информацию в нейтральной, не обсуждающей манере. Следует объяснить риск и рассмотреть его в отношении к клиенту. Можно предложить клиенту информацию, которая будет способствовать снижению вреда. Консультанту необходимо поощрять переоценку существующей модели поведения, а также поощрять самоанализ, а не действия.

На стадии намерения человек испытывает двойственность по поводу изменений, находится в нерешительности. При этом не исключает изменения в свои планы на ближайший месяц. Задачей консультанта на этой стадии является определение и развитие причин для изменений и риски, связанные с отсутствием изменений. Консультанту необходимо укреплять самостоятельность клиента и уверенность в собственных силах относительно изменения поведения. С этой целью консультант должен принять недостаток готовности, проанализировать с клиентом хорошее и не очень хорошее в употреблении наркотиков., проанализировать схему обычного дня. На этой стадии консультанту необходимо поощрять анализ оценку всех «за» и «против» изменения поведения, понять, обобщить и высказать колебания и сомнения клиента по поводу изменений. Также консультанту следует подчеркивать новые, положительные перспективы изменений, обнаруженные в результате анализа и оценки. Консультант может отслеживать и отражать, усиливая высказывания клиента, направленные на побуждение самого себя, поощряя клиента самому предлагать доводы в пользу изменения.

На стадии подготовки к действиям человек принимает решение измениться и делает первые попытки измениться, планирует начать изменения уже в течение одного месяца. Задачей консультанта на этой стадии является помочь человеку наметить оптимальный план действий, направленных на изменения. С этой целью необходимо изучить вместе варианты и стратегии поведения, а также определить проблемы и препятствия, поддержать в их преодолении. Консультанту следует помочь клиенту определить возможные источники социальной поддержки, а также помочь клиенту поверить в его скрытые способности для осуществления изменения поведения, поощряя небольшие начальные шаги.

На стадии действий человек пробует вести себя по-новому в течение 3 - 6 месяцев. Задача консультанта на этой стадии поддержать клиента в его первых шагах к изменениям. Консультанту необходимо помочь в процессе определения целей, в планировании и поддержать при решении проблем. Также следует помочь клиенту в определении препятствий изменений фактов, поддерживающих и закрепляющих изменения, сосредоточившись на признаках изменения и социальной поддержке. Консультанту сле-

дует укреплять самостоятельность клиента и уверенность в собственных силах при преодолении препятствий, помогать ему преодолевать чувство утраты прежней жизни. На этой стадии необходимо проговаривать и укреплять понимание долговременных преимуществ изменения.

На стадии поддержания изменений человек длительное время (от 6 месяцев до 5 лет и более) придерживается нового образа поведения. Задачей консультанта на этой стадии является поддержать клиента в определении факторов срывов и помочь разработать и применить стратегии профилактики срывов. Консультант поддерживает клиента в побуждении самого себя. Следует обсудить с клиентом возможность противостояния срывам и определить стратегии преодоления срывов, которые дали хороший результат. Необходимо совместно с клиентом исследовать и спрогнозировать факторы, которые могут вызвать срыв и составить план поддержки (близкие, группы самопомощи, консультант).

На стадии срыва человек возвращается к прежним моделям поведения. Задача консультанта на этой стадии помочь клиенту вернуться к процессу размышлений, подготовки к действиям, чтобы он не разочаровался и не застрял на прежних моделях поведения после срыва. С этой целью необходимо помочь клиенту проанализировать случившийся срыв и поддержать клиента в рассмотрении срыва как поучительного опыта, а не как провала. Консультанту следует оценить вместе с клиентом ситуации, связанные с высоким риском и сосредоточиться на всех «за» и «против» того, чтобы немедленно вернуться к попыткам изменить поведение.

Мотивационное интервьюирование (МИ) используется на различных стадиях изменений. В МИ считается, что импульс к изменению поведения возникает из собственных мотивов самого клиента и сам клиент начинает говорить о необходимости перемен. Обстоятельства не могут вынудить его изменяться, если он сам этого не хочет. Проведенные исследования подтвердили эффективность методов консультирования, направленных на изменение поведения, которые базируются на тех же основных принципах, что и МИ. Суть мотивационного интервьюирования впервые была описана Вильямом Миллером, а основные положения метода более детально были описаны В. Миллером и С. Роллником в 1991 году.

МИ – это особая техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменений и выражает принятие клиента. Эта техника была разработана как краткосрочный, основанный на принятии клиента и избегающий споров и убеждений способ помощи кому-либо в изменении своего поведения. МИ объединяет самые эффективные и простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка), использование которых определяется основными принципами и задачами метода.

Мотивационное интервьюирование можно определить, как процесс, когда двое или более людей рассматривают вместе стимулы, побуждающие человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-то ситуации. При этом разговор об изменениях направляется особым стилем работы консультанта так, что основная роль в этом разговоре отводится клиенту. Консультант поощряет клиента говорить о сомнениях и препятствиях, о своей мотивации к изменениям, для того чтобы принять решение по поводу своего поведения. При использовании МИ самое главное – создать у клиента ощущение безопасности, понимания и поддержки для того, чтобы:

- помочь клиенту размышлять о своем поведении;
- помочь клиенту определиться в том, готов ли он что-то изменить в своем поведении;
- помочь клиенту определиться, каким образом можно и нужно действовать, осуществляя запланированные изменения.

В основе использования МИ лежит выявление и усиление внутренней системы идеалов и целей, жизненных принципов клиента для того, чтобы стимулировать изменение поведения. Мотивационное интервьюирование ограничивается подведением клиента к принятию решения без указания ему, что делать дальше, для этого используются дополнительные методы. При применении МИ консультант исходит из того, что двойственность или недостаток решимости клиента является основными препятствиями, которые необходимо преодолеть для запуска изменений. Уже потом, после принятия решения, может возникнуть необходимость продолжать работу. В рамках же МИ применяются специфичные стратегии по выявлению, анализу и разрешению двойственности. При этом консультирование ориентировано на потребности клиента и проводится в атмосфере уважения к нему. Очень важно давать человеку понять (иногда даже говорить прямо), что, несмотря на помощь со стороны консультанта, именно он отвечает за принятие собственных решений – ответственность за решение измениться и за осуществление изменений полностью лежит на нем самом.

Помогая клиенту разобраться со своим поведением с помощью МИ, консультант старается следовать следующим основным принципам:

Литература:

1. DiClemente C.C., Prochaska J.O. (1982). *Self-change and therapy change of smoking behaviour: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. Addictive Behaviour. &: 133-142.*
2. EMCDDA, *Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe, EMCDDA Scientific Monograph Series No. 1 (Lisbon, 1997).*
3. Gerdner and Holmberg, *Motivational work with addicts, 2000.*
4. Michael L. Dennis. *Measuring Client and Program Needs and Outcomes in a Changing Service Environment. Integrating Research and Clinical Assessment July, 1998 <http://www.drugabuse.gov/about/organization/despr/hsr/da-tre/DennisIntegrating.html#kinds>*
5. Miller W.R., Griboskov C.J., & Mortel, R.L. (1981). *Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. International journal of addictions, 16, 1247-1254.*

Сопереживать клиенту. Теплота сопереживания и отражающее, вдумчивое выслушивание являются основными характеристиками метода МИ. Консультанту следует стремиться к большему пониманию переживаний клиента, и принимать их без критики, осуждения или обвинения.

Выявлять противоречия и работать с ними. Когда употребление наркотиков рассматривается человеком как имеющее негативные последствия для его здоровья, отношений с близкими людьми и тому подобными, то, скорее всего, у него появятся и закрепятся мысли об изменении. Это основной принцип МИ: люди стремятся изменить свое поведение, когда они четко видят несоответствие между их настоящим поведением и более важными жизненными целями.

Избегать споров, прямого убеждения и попыток доказать. МИ – это техника, позволяющая сформировать у клиента убежденность в необходимости изменений, не прибегая к прямому убеждению. Разговор должен вестись мягко, ненавязчиво и основываться на том, что решение об изменении образа жизни всегда принимает клиент.

Уменьшить сопротивление. Исследования подтверждают, что подход, основанный на том, что консультант всяческим образом обходит сопротивление клиента и не прибегает к противостоянию, скорее всего, будет эффективным и приведет к долгосрочным изменениям.

Поддерживать, развивать самостоятельность клиента в принятии и реализации решений. Знание своих возможностей позволяет человеку справляться с препятствиями, возникающими в процессе изменений, и успешно менять свое поведение. Задача консультанта – сформировать у клиента убежденность в том, что он способен измениться, дать надежду и уверенность в собственных силах и вселить оптимизм.

Таким образом, цель подхода мотивационного интервьюирования состоит в том, чтобы стимулировать и направлять процесс, в ходе которого клиент обдумывает и принимает решение, ведущее к изменению его проблемного поведения, помогая ему учитывать все «за» и «против» возможных изменений. Решение такой задачи требует определенного стиля работы консультанта.

-
-
6. Miller W.R., & Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford Publications.
 7. Minugh, P. A. (n.d.). *State substance abuse treatment needs assessment: Baseline evaluation*. In National Technical Center (Ed.), *Needs Assessment Alert*, 2, 1-3.
 8. NIDA Research Monograph 156, 1995. *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions*. <http://www.drugabuse.gov/pdf/monographs/156.pdf>
 9. Prochaska J.O. & DiClemente C.C. (1982) *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 19: 276-288.
 10. UNODC, «Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: A Practical Planning and Implementation Guide» http://www.unodc.org/treatment/en/UNODC_documents.html
 11. UNODC, “Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned” http://www.unodc.org/unodc/en/treatment_toolkit.html
 12. UNODC, *Drug Counsellor’s Handbook: a practical guide for everyday use*. http://www.unodc.org/unodc/en/report_2000-05-01_1.html
 13. WHO/UNDCP/EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3 – Needs Assessment* (Geneve, World Health Organization. 2000).
 14. WHO/UNDCP/EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3 – Needs Assessment* (Geneve, World Health Organization. 2000)
 15. WHO/UNDCP/EMCDDA, *Evaluation of Psychoactive Substance Use Disorder Treatment, Workbook 3_Needs Assessment* (Geneva, World Health Organization, 2000). http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/needsassessment.pdf

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Е. Б. Байкенов

г. Павлодар

Ю.В. Валентик (2001) сообщает о необходимости формирования, коррекции и поддержания мотивации наркологических больных на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса, при этом автор выделяет у наркозависимых пациентов три установки в отношении терапевтического процесса. Первая терапевтическая установка - это установка на получение быстрой помощи: как только купируется синдром отмены, пациент прерывает лечение и выписывается. На основе критического понимания болезни может формироваться вторая часть установки на лечение – установка на трезвость – понимание, что нормальная жизнь возможна только в условиях полного безоговорочного отказа от наркотиков. Третий этап – установка на достижение позитивных социально-значимых целей, при прохождении которого возможен результат – способность пациента жить в своем нормативном окружении и быть успешным.

В.И. Поддубный и соавт. (2003) сообщают о том, что больные наркоманией стационарируются достаточно охотно. «Однако они предпочитают, чтобы лечение проводилось на условиях шадящего режима наркологического стационара, в короткие сроки и сводилось бы только к детоксикации и устранению наиболее тяжелых проявлений абстиненции.

Таким образом, определяется проблема в реабилитации зависимых от ПАВ которая заключается в слабой мотивации к лечению.

Нами проводится исследование динамики изменения мотивационной сферы наркозависимых на различных этапах медико-социальной реабилитации. Основными задачами исследования являются 1) выявление установок на лечение; 2) оценка стадии изменения; 3) исследование потребностной сферы; 4) выявление особенностей мотивационного процесса у зависимых от психоактивных веществ.

Таким образом, исследование включает в себя два направления: первое - это исследование мотивации в отношении лечебного процесса и второе - выявление особенностей собственно мотивационной сферы наркозависимых. Однако, как указывает Е.П. Ильин (2002), отсутствие системного подхода к рассмотрению мотивации и мотива приводит к бессистемности в создании методов изучения этих феноменов.

В настоящее время мотивация как психическое явление трактуется по-разному. В одном случае — как совокупность факторов, поддерживающих и направляющих, т. е. определяющих поведение (Мадсен К., 1959; Годфруа Ж., 1992), в другом случае — как со-

вокупность мотивов (Платонов К. К., 1986), в третьем — как побуждение, вызывающее активность организма и определяющее ее направленность. Кроме того, мотивация рассматривается как процесс психической регуляции конкретной деятельности (Магомед - Эминов М.Ш., 1998), как процесс действия мотива и как механизм, определяющий возникновение, направление и способы осуществления конкретных форм деятельности (Джидарьян И. А., 1976), как совокупная система процессов, отвечающих за побуждение и деятельность (Виллонас В. К., 1990). Е. П. Ильин (2000) предлагает рассматривать мотивацию как динамический процесс формирования мотива (как основания поступка).

Нами была сформирована батарея тестов, которая, на наш взгляд, позволяет решить исследовательские задачи и оценить особенности мотивационной сферы зависимых от ПАВ. Данная батарея тестов включает в себя: 1) «Опросник для изучения отношения к болезни и лечению» (Карвасарский Б. Д., 2004); 2) «Методику исследования стадий психотерапии» URICA (McConaughy, Prochaska, Veliser); 3) Методику «Уровень соотношения «Ценности» и «Доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД) Фанталовой; 4) «Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств» (Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О., 2001).

Как указывалось выше, исследование предполагает выявление мотивации на лечение и выявление стадии изменения пациентов (Прохазка и Ди Клементе, 1986). В качестве инструмента исследования мотивации на лечение был определен «Опросник для изучения отношения к болезни и лечению». На основании данного опросника можно выделить характерные для пациента виды установок к лечению или мотивацию к лечению: 1) установка на достижение инсайта; 2) установка на изменение поведения; 3) установка на достижение симптоматического улучшения; 4) установка на получение «вторичного выигрыша» от болезни (включая пребывание в больнице); 5) иная мотивация (включая пассивную позицию). Сопоставление полученных данных дает возможность определить доминирующий вид мотивации (установки) к лечению. Прохазка и Ди Клементе (1986) в своем исследовании выделили множество фаз готовности к изменению: отсутствие осознания проблемы (отсутствие понимания, отсутствие готовности к изменению); становление проблемы (самонаблюдение, взвешивание всех «за» и «против» относительно потребления наркотиков, наблюдение за

реакцией посторонних на собственное потребление наркотиков); начало лечения (готовность к лечению); поддержание лечебных целей (готовность к поддержанию изменений); рецидивы (длинные фазы нового злоупотребления или возникновение новой зависимости) (Prochaska & Di Clemente, 1986). Попавший в зависимость, как правило, проходит по несколько раз эти циклы, так как у него неоднократно бывают рецидивы. С годами продолжительность рецидивов укорачивается, а фазы полной абстиненции — удлиняются.

Для диагностики стадий изменения используется «Методика исследования стадий психотерапии». Опросник для исследования стадий психотерапии URICA (The University of Rhode Island Change Assessment Scale), создан группой авторов (McConaughy, Prochaska, Veliser) в начале 80-х годов XX века. Методика дает возможность определить 4 терапевтические стадии изменения (предразмышление, размышление, действие и сохранение). С помощью методики можно проводить непрерывное исследование отношений и установок пациентов в процессе психотерапии, характерных для каждой стадии изменений. На основании результатов исследования определяется стадия психотерапевтического процесса, на которой находится в данный период пациент, или выделяются характерные признаки нескольких стадий.

В качестве методик для выявления собственно мотивационной сферы наркозависимых в исследовании применяются методика «Уровень соотношения «Ценности» и «Доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД) Фанталовой и «Способ диагностики волевых расстройств» (Шостакович Б.В., Горинев В.В., Пережогин Л.О., 2001). Основной психометрической характеристикой методики Фанталовой является показатель «Ценность – Доступность» («Ц – Д»), отражающий степень рассогласования, дезинтеграции в мотивационно-личностной сфере. Последняя, в свою очередь, свидетельствует о степени неудовлетворенности текущей жизненной ситуацией, внутренней конфликтности, блокады основных потребностей с одной стороны, а также, об уровне самореализации, внутренней идентичности, интегрированности, гармонии - с другой стороны. Как отмечает Е. Б. Фанталова (1992), одной из существенных детерминант мотивационной сферы человека является подвижное, постепенно меняющееся в процессе деятельности и в зависимости от жизненных обстоятельств соотношение между параметрами «ценность» (Ц) и «доступность» (Д). Они не являются полярными характеристиками мотивационной сферы. Напротив, побудительная сила различных мотивов во многом зависит от характера соотношения между «ценностью» и «доступностью». Применительно к конкретной жизненной сфере показатель расхождения Ц-Д может иметь, пишет автор, двухмерную характеристику в зависимости от того, какой параметр оценивается выше. Максималь-

ное расхождение между ними (когда Ц значительно больше Д) будет означать стойкий, глубокий внутренний конфликт. Обратное соотношение (когда Д больше Ц, т. е. ценность неинтересна человеку и легкодоступна), будет, по мысли автора, означать отсутствие побуждения к обладанию этой ценностью, состояние «внутреннего вакуума», душевной пустоты. В соответствии с этими представлениями Е.Б. Фанталова разработала методику определения уровня расхождения между Ц и Д в различных жизненных сферах. Используя эту методику, Л.В. Куликов (1997) показал, что наибольшая разность в уровнях ценности и доступности характерна для жизненной сферы (шкалы) «материально обеспеченная жизнь»; большое отличие Ц от Д и в шкалах «любовь», «счастливая семейная жизнь». Меньшая, но тоже достаточно большая разность наблюдается по шкале «здоровье», отрицательная разность (Д больше Ц) — по шкалам «активная, деятельная жизнь» и «красота природы, искусство, переживание прекрасного». Е.Б. Фанталову соотношение между Ц и Д интересовало, прежде всего, как причина возникновения внутренних конфликтов. Можно, однако, полагать, что степень расхождения между Ц и Д определяет не только и, прежде всего, — не столько внутренний конфликт (до него дело может и не дойти), сколько оценку человеком целесообразности приложения усилий для достижения цели в данной ситуации. Поэтому можно говорить не только о соотношении Ц и Д, но и о соотношении потребность (П) и доступность (достижимость — Д). Можно полагать, что при одинаковой силе потребности побуждение к достижению цели будет зависеть от оценки степени ее доступности. При очень большой удаленности (фактически — недостижимости) цели побуждение будет очень слабым или равно нулю, так как у человека возникает понимание нереальности достижения цели, ощущение безнадежности задуманного мероприятия. Но и при очень малом разрыве между потребностью и достижимостью цели (т. е. при её легкой доступности) побуждение тоже не будет сильным. Очевидно, наибольшая сила побуждения будет при средней (оптимальной) дистанцированности достижимости от потребности (Ильин Е.П., 2002). Таким образом, интегральный показатель методики индекс расхождения Ц – Д в целом может выступать, как индикатор блокады функционирующих в мотивационно-личностной сфере ценностно-смысловых образований.

Следует отметить, что при изучении мотивации многие ученые отмечают тесную взаимосвязь её с волевыми процессами. Так, например К.Н. Корнилов (1948) подчеркивал, что в основе волевых действий всегда лежит мотив. Связь мотивации и воли рассматривалась в работах грузинской психологической школы (Узнадзе Д.Н, 1982; Чхартишвили Ш.Н., 1967) и московских психологов (Леонтьев А.Н, 1975; Божович Л.И., 1968). Серьезное обоснование моти-

вационного процесса как волевого дал С.Л. Рубинштейн (1946). Л.С. Выготский (1983), рассматривал волю в качестве «социального новообразования, высшей психической функции в мотивационной сфере». В последнее время воля рассматривается как произвольная мотивация (Иванников В.А., 1991). Таким образом, анализ литературы позволяет в качестве одного из диагностического инструментария исследования мотивационной сферы зависимых от ПАВ определить «Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств» (Шостакович Б.В., Горинов В.В., Пережогин Л.О., 2001). Настоящий способ основан на типологии параметров воли, предложенной В. А. Иванниковым (1998), в соответствии с которой весь спектр волевых расстройств был разделен на 7 категорий: 1) волевые действия; 2) преодоление препятствий; 3) преодоление конфликта; 4) преднамеренная регуляция; 5) автоматизм и навязчивости; 6) мотивы и влечение; 7) прогностические функции. На наш взгляд, при определенном подходе к интерпретации данных, полученных с помощью настоящего инструмента, появляется возможность судить о некоторых механизмах мотивационного процесса, а именно:

1) мотивации обусловленную долженствованием (Чхартишвили Ш.Н., 1958), или внешнеорганизованной мотивации (Ильин Е.П., 2002) – шкала «Волевые действия»;

Литература:

1. Валентик Ю.В. *Реабилитация в наркологии*. – М.: Прогрессивные биомедицинские технологии. – 2001. – 36 с.
2. Иванников В. А. *Формирование побуждения к действию // Вопросы психологии*. - 1985. - № 3.
3. Иванников В. А. *Психологические механизмы волевой регуляции*. - М., 1991.
4. Ильин Е. П. *Мотивация и мотивы*. – СПб.: Питер. 2002. – 512 с.
5. Леонтьев А. Н. *Деятельность. Сознание. Личность*. - М., 1975.
6. Рубинштейн С. Л. *Основы общей психологии* СПб: Издательство «Питер», 2000.
7. Шостакович Б. В., Горинов В. В., Пережогин Л. О. *Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств в судебно-психиатрической клинике [Электронный ресурс] // Русский медицинский сервер*. - М., 2001. <http://www.rusmedserv.com/psychsex/s-diag.htm>.
8. Хекхаузен Х. *Мотивация и деятельность*. Т.1-2. - М., 1986.
9. Urs Baumann, Meinrad Perrez «*Lehrbuch Klinische Psychologie — Psychotherapie*», 1998.

2) силе мотивов (Хекхаузен Х., 1986) – шкала «Преодоление препятствий»;

3) борьбе мотивов (Вундт В., 1897; Штерн В., 1900; Лазурский А.Ф., 1995; Ильин Е.П., 2002) с элементами прогнозирования - шкала «Конфликт и его преодоление»;

4) собственно волевой аспект мотивации (Иванников В.А., 1991) – шкала «Преднамеренная регуляция»;

5) о формировании у человека мотивационных схем (аттитюдов, поведенческих паттернов) (Иванников В.А., 1985; Ильин Е.П., 2002) – шкала «Автоматизм и навязчивости»;

6) степени осознанности и ясности объекта мотивации (Ах Н., 1910) – шкала «Мотивы и влечение»;

7) процесс предвидения (прогнозирования) последствий выбираемого пути достижения цели (Ильин Е.П., 2002) – шкала «прогностические функции».

С позиции обзора инструментария диагностики мотивационной сферы вопрос о диагностике мотивов не выглядит простым. Если же рассматривать проблему конкретизации средств психологической диагностики, то заведомо должен быть определен способ психологической реконструкции исследуемой психической реальности на основании выделения тех признаков или индикаторов мотивационных образований.

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОPIOИДОВ НАХОДЯЩИХСЯ НА СВОБОДЕ И В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

Е. В.Бредихина, А. И. Найденев

Понятие «качество жизни» возникло в 1964 году. В клинической медицине этот термин стал применяться с 1977 года, после его появления в Index Medicus. С этого времени интерес к качеству жизни (КЖ) больных неуклонно возрастает. Количество только рандом-

изированных контролируемых исследований за 18-летний период (с 1980г. по 1997г.) увеличилось с 0,63 до 4,2% во всех медицинских дисциплинах [1].

Многочисленные определения КЖ варьируют от достаточно расплывчатых («то, что сам индивид

подразумевает под КЖ», «возможность вести нормальную жизнь», «самовыражение») до более глубоких и продуманных. Так, качество жизни характеризуют, как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни» [2]; «индивидуальное восприятие своего места в жизни, в контексте культурных и общественных ценностей, связанное с целями, ожиданиями, нормами и стремлениями людей» [3]; «степень, в которой индивид может поддерживать безопасность, достаточную самооценку, а также использовать интеллектуальные и физические возможности для достижения личных целей» [4]; «индивидуальное ощущение благополучия, определяемое удовлетворенностью или неудовлетворенностью важными для самого человека областями жизни» [5]; Ряд авторов определяют КЖ, как субъективное определение отношения личности к здоровью как к жизненной ценности, понимание и осознание которой происходит при заболевании.

Таким образом, большинство исследователей качества жизни сходятся в том, что КЖ – это комплексное, многостороннее понятие [6, 7, 8].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и другие международные ассоциации уделяют в настоящее время большое внимание изучению качества жизни. [9].

ВОЗ дала определение качества жизни, под которым понимается «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [10, 11, 12].

Формированию концепции качества жизни (КЖ) способствовала смена парадигм в психиатрии; акцент был сделан на концепции психической адаптации, развивавшейся на основе системного подхода [13].

В наркологии концепция качества жизни соответствует принятому в последнее время биопсихосоциальному подходу [14], который представляет контекст для понимания употребления алкоголя и других веществ с аддитивным потенциалом. Согласно этому, проблемы, вызванные употреблением психоактивных веществ, являются результатом сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, на которые, в свою очередь, влияет фактор употребления психоактивных веществ индивидом.

В настоящее время наблюдается стремительный рост количества научных работ, посвященных изучению различных аспектов КЖ, социального функционирования, работоспособности, в том числе у психически больных и больных наркологического профиля [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21].

Измерительные инструменты качества жизни применяются по отношению к пациентам с разнообразной психической [22, 23] и психосоматической патологией [24].

С учетом высоких показателей заболеваемости наркоманиями, тяжести болезни [25] и выраженности медицинских и социальных последствий [25, 26], несомненно, изучение вопросов, связанных с КЖ и социальным функционированием больных с зависимостью от психоактивных веществ, являются важными, актуальными.

Впервые качество жизни у наркологических пациентов исследовали в 1994 г. R. Longabaugh, M. E. Mattson, G. J. Connors, N. L. Cooney [27].

С тех пор в зарубежной литературе появились другие исследования, посвященные качеству жизни лиц, зависимых от алкоголя [18, 20, 21, 27]. Авторы высказывают неоднозначные мнения относительно взаимосвязи между показателем качества жизни и степенью злоупотребления алкоголем (изучались выраженность зависимости, показатели употребления алкоголя до и после лечения, количество обращений за помощью). Наиболее часто высказывается предположение, что в целом оценка качества жизни у лиц, злоупотребляющих и зависимых от алкоголя, снижается; также снижается оценка качества жизни во время рецидива [16, 17, 19, 20]. Безусловно, психоактивные вещества могут рассматриваться потребителем как благо, поскольку их употребление может снижать тревогу и напряжение, повышать чувство уверенности в себе, а также обеспечивать на время уход от реальности [14]. Тем не менее, рассматривая качество жизни как «расхождение между ожиданиями и достижениями человека» [28], следует признать, что использование психоактивных веществ — самый распространённый среди способов реализации кратковременной гармонии между достижениями и ожиданиями, однако в более долгосрочной перспективе это создаёт порочный круг, предполагающий снижение психологического благополучия, полную или частичную утрату способности выполнять социальные роли и ухудшение жизненной реализации [29].

J. H. Foster et al. проводили комплексное исследование, также посвященное взаимосвязи между потреблением алкоголя и параметрами качества жизни [16]. Качество жизни оценивалось по шкалам Nottingham Health Profile (NHP) и Life Situation Survey (LSS); злоупотребление алкоголем оценивалось по ряду специфических опросников. Также использовалась шкала оценки депрессивных проявлений — Beck Depression Inventory (BDI). Результат исследования - достоверные данные об обратной зависимости между уровнем потребления алкоголя и показателями качества жизни [16]. Эти же авторы в более поздних исследованиях [17] более детально рассмотрели эту взаимосвязь. Согласно полученным данным, улучшение качества жизни (оценивалось по Life Situation Survey — LSS) в ремиссии было более выраженным, нежели ухудшение данного показателя в случае рецидива. При этом в случае рецидива отмечалось достоверное ухудшение сфер настроения/

аффекта, общественной поддержки и ролевых функций на работе и в повседневной жизни (work/life role). Время, в течение которого авторами оценивались изменения показателей качества жизни — 3 месяца.

Rudolf H. и Priebe S. [30] были проведены исследования, также представляющие определённый интерес. У группы женщин, страдающих алкогольной зависимостью, оценивалось субъективное качество жизни. Через 6 месяцев в повторном исследовании проводилась оценка степени рецидива (extent of relapse). По результатам исследования, подгруппы, взятые в зависимости от показателей субъективного качества жизни, различаются по возрасту, занятости, времени обращения за помощью, финансовой ситуации и др. Сделан вывод, что показатели субъективной оценки качества жизни могут быть предикторами рецидива. Аналогичное упоминание можно найти и у J. H. Foster et al. [17] В последующем исследовании H. Rudolf и S. Priebe провели исследование качества жизни у алкогользависимых женщин с учётом возможного влияния депрессивной симптоматики. Результаты предсказуемы — депрессивный синдром на фоне алкогольной зависимости ещё более снижает субъективную оценку качества жизни, в особенности такие параметры, как семейную жизнь и оценку качества жизни в целом [31].

Взаимосвязь между злоупотреблением психоактивными веществами и качеством жизни кажется очевидной. Существует исследование, в котором проводится параллель между смертностью, обусловленной употреблением алкоголя и качеством жизни, хотя понятие качества жизни в данном случае определялось согласно экономической ситуации в стране [32].

Ненастьева А. Ю., Гуревич Г. Л., Бойко Е. О. проводились исследования качества жизни (КЖ) с использованием опросника SF-36 у больных с зависимостью от опиатов. Доказано, что КЖ пациентов с синдромом зависимости достоверно хуже, чем у здоровых людей, при этом лечение позволяет значительно улучшить все показатели КЖ. Опросник SF-36 давал возможность оценить эффективность проводимого лечения. В зависимости от динамики показателей КЖ можно было смещать акценты лечения в сторону психофармакотерапии, психотерапии или социальной реабилитации. [33].

Можно с определённой степенью уверенности говорить о том, что исследование субъективного качества жизни в наркологии может быть полезным и информативным методом, в том числе при прогнозировании рецидивов, причём в качестве прогностических критериев следует рассматривать не высокую или низкую оценку качества жизни, а совокупность различных показателей [34].

В РНПЦ МСПН (г. Павлодар, РК) проводилось исследование качества жизни лиц с зависимостью от опиоидов, находящихся в пенитенциарных учреждениях в сравнении с лицами с зависимостью от опи-

оидов, находящихся на свободе. Некоторые промежуточные результаты работы представлены ниже.

Характеристика исследуемой группы осужденных наркозависимых (n=86): все мужского пола; наибольшая численность осужденных наркозависимых составила возрастную группу в возрасте 20-35 лет - 69 человек (80,2%); наибольшее число обследованных 39 человек (45,3%) были русские и 20 человек (23,3%) - казахи; 31 человек (36%) имел среднее и 24 человека (27,9%) - средне-специальное образование; по семейному положению — 48 человек (55,8%) были неженаты, 29 человек (33,8%) состояли в законном или гражданском браке; всем 86 осужденным наркозависимым лицам (100%) был выставлен диагноз F11: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Длительность заболевания имела наибольшее значение по параметру 5 лет и свыше - 67 осужденных (77,9%); 52 человека (60,5%) осуждены на срок от 3 до 6 лет, срок уже отбытого наказания составлял у 64 человек (74,4%) 3 года и меньше; у 27 человек (31,4%) данная судимость являлась второй или третьей; у 40 человек (46,5%) основная статья, по которой отбывалось наказание - статья 259 (незаконные: изготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка либо сбыт наркотических средств или психотропных веществ).

Характеристика группы сравнения (n=102): все мужского пола; наибольшая численность больных составила возрастную группу 20-35 лет - 82 чел. (80,4%); наибольшее число обследованных 47 чел. (46,1%) были русские и 35 человек (34,3%) - казахи; 36 человек (35,3%) имели средне-специальное образование, 22 человека (21,6%) - незаконченное высшее и 20 человек (19,6%) высшее образование; по семейному положению — 46 человек (45,1%) больных были неженаты, 34 человека (33,3%) состояли в законном или гражданском браке и 20 человек (19,6%) были разведены. Всем 102 больным из группы сравнения (100%) был выставлен диагноз: F11. - Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Длительность заболевания в группе сравнения имела наибольшее значение по параметру 5 лет и свыше - 74 пациента (72,5 %).

Нами использовался опросник, разработанный ВОЗ (ВОЗКЖ - 100), вопросы которого касаются восприятия индивидом различных аспектов своей жизни.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды.

С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также напрямую измеря-

ется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом.

Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих её субсфер - более узких и конкретных аспектов жизни, связанных с состоянием здоровья индивида и терапевтическими вмешательствами.

Окончательная структура сфер, составляющих ядерный модуль, такова:

Субсфера «Общее качество жизни и состояние здоровья»

I. Физическая сфера (субсферы «Физическая боль и дискомфорт», «Жизненная активность, энергия и усталость», «Сон и отдых»).

II. Психологическая сфера (субсферы «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация», «Самооценка», «Образ тела и внешность», «Отрицательные эмоции»).

III. Сфера уровень независимости (субсферы «Подвижность», «Способность выполнять повсед-

невные дела», «Зависимость от лекарств и лечения», «Способность к работе»).

IV. Сфера социальные отношения (субсферы «Личные отношения», «Практическая социальная поддержка», «Сексуальная активность»).

V. Сфера, окружающая среда (субсферы «Физическая безопасность и защищенность», «Окружающая среда дома», «Финансовые ресурсы», «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», «Возможности для приобретения новой информации и навыков», «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», «Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)», «Транспорт»).

VI. Духовная сфера (субсфера «Духовность/религия/личные убеждения»).

В таблице 1 приведены достоверные различия в оценке качества жизни в исследуемой группе и группе сравнения.

Таблица 1

Качество жизни осужденных и не осужденных наркозависимых лиц

| Наименование сферы или субсферы | Оценка | Исследуемая группа, n=86 | | | Группа сравнения, n=102 | | | P |
|---|-----------------|--------------------------|-------|--------------------------------|-------------------------|-----|--------------------------------|-------|
| | | абсолютное число | % | Доверительный интервал средний | абсолютное число | % | Доверительный интервал средний | |
| Субсфера «Непосредственное восприятие качества жизни» | Плохое | 45 | 57% | ±10,9% | 21 | 21% | ±8% | <0,01 |
| | Хорошее | 4 | 5,1% | 2,1<>12,6% | 24 | 24% | ±8,4% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,3% | 0,5<>7,1% | 17 | 17% | ±7,4% | <0,01 |
| Психологическая сфера: субсфера «Положительные эмоции» | Плохое | 21 | 26,6% | ±9,7% | 9 | 9% | ±5,6% | <0,01 |
| | Среднее | 34 | 43% | ±10,9% | 26 | 26% | ±8,6% | <0,05 |
| | Хорошее | 22 | 27,8% | ±9,9% | 53 | 53% | ±9,8% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,3% | 0,5<>7,1% | 12 | 12% | ±6,4% | <0,01 |
| Психологическая сфера: субсфера «Отрицательные эмоции» | Среднее | 33 | 41,8% | ±10,9% | 16 | 16% | ±7,2% | <0,01 |
| | Хорошее | 18 | 22,8% | ±9,2% | 52 | 52% | ±9,8% | <0,01 |
| Сфера уровень независимости: субсфера «Зависимость от лекарств и лечения» | Нет зависимости | 15 | 19% | ±8,6% | 35 | 35% | ±9,3% | <0,05 |
| Сфера социальные отношения: субсфера «Личные отношения» | Плохое | 34 | 43,6% | ±11% | 7 | 7% | ±5% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 6 | 7,7% | ±5,9% | 29 | 29% | ±8,9% | <0,01 |
| Сфера социальные отношения: субсфера «Практическая социальная поддержка» | Плохое | 27 | 34,2% | ±10,5% | 16 | 16% | ±7,2% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 2 | 2,5% | 1,1<>8,9% | 29 | 29% | ±8,9% | <0,01 |

| Наименование сферы или субсферы | Оценка | Исследуемая группа, n=86 | | | Группа сравнения, n=102 | | | P |
|---|---------------|--------------------------|-------|--------------------------------|-------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| | | абсолютное число | % | Доверительный интервал средний | абсолютное число | % | Доверительный интервал средний | |
| Сфера социальные отношения: субсфера «Сексуальная активность» | Очень плохое | 24 | 30,4% | ±10,1% | 6 | 6% | ±4,7% | <0,01 |
| | Хорошее | 5 | 6,3% | 2,6<>14,4% | 26 | 26% | ±8,6% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,3% | 0,5<>7,1% | 13 | 13% | ±6,6% | <0,01 |
| Сфера Социальные отношения | Плохое | 35 | 46,7% | ±11,3% | 10 | 10,5% | ±6,2% | <0,01 |
| | Хорошее | 8 | 10,7% | ±7% | 42 | 44,2% | ±10% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 0 | 0% | 0<>5,5% | 9 | 9,5% | ±5,9% | <0,01 |
| Сфера окружающая среда: субсфера «Физическая безопасность и защищенность» | Плохое | 46 | 58,2% | ±10,9% | 9 | 9% | ±5,6% | <0,01 |
| | Хорошее | 3 | 3,8% | 1,6<>10,7% | 43 | 43% | ±9,7% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,3% | 0,5<>7,1% | 16 | 16% | ±7,2% | <0,01 |
| Сфера окружающая среда: субсфера «Окружающая среда дома» | Очень плохое | 15 | 19% | ±8,6% | 4 | 4% | 2<>9,6% | <0,01 |
| | Плохое | 51 | 64,6% | ±10,5% | 13 | 13% | ±6,6% | <0,01 |
| | Среднее | 9 | 11,4% | ±7% | 37 | 37% | ±9,5% | <0,01 |
| | Хорошее | 4 | 5,1% | 2,1<>12,6% | 21 | 21% | ±8% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 0 | 0% | 0<>5,3% | 25 | 25% | ±8,5% | <0,01 |
| Сфера окружающая среда: субсфера «Финансовые ресурсы» | Плохое | 43 | 54,4% | ±11% | 29 | 29% | ±8,9% | <0,01 |
| | Хорошее | 8 | 10,1% | ±6,7% | 28 | 28% | ±8,8% | <0,01 |
| | Очень хорошее | | 1,3% | 0,5<>7,1% | | 13% | ±6,6% | <0,01 |
| Сфера окружающая среда: субсфера «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» | Очень плохое | 11 | 13,9% | ±7,6% | 1 | 1% | 0,5<>5,4% | <0,01 |
| | Плохое | 54 | 68,4% | ±10,3% | 12 | 12% | ±6,4% | <0,01 |
| | Среднее | 11 | 13,9% | ±7,6% | 45 | 45% | ±9,8% | <0,01 |
| | Хорошее | 2 | 2,5% | 1,1<>8,9% | 29 | 29% | ±8,9% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,3% | 0,5<>7,1% | 13 | 13% | ±6,6% | <0,01 |
| Сфера окружающая среда: субсфера «Возможности для приобретения новой информации и навыков» | Плохое | 41 | 51,9% | ±11% | 13 | 13% | ±6,6% | <0,01 |
| | Хорошее | 9 | 11,4% | ±7% | 38 | 38% | ±9,5% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 3 | 3,8% | 1,6<>10,7% | 25 | 25% | ±8,5% | <0,01 |
| Сфера окружающая среда: субсфера «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» | Плохое | 38 | 48,7% | ±11,1% | 15 | 15% | ±7% | <0,01 |
| | Хорошее | 10 | 12,8% | ±7,4% | 31 | 31% | ±9,1% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,3% | 0,5<>7,2% | 23 | 23% | ±8,2% | <0,01 |

| Наименование сферы или субсферы | Оценка | Исследуемая группа, n=86 | | | Группа сравнения, n=102 | | | P |
|--|---------------|--------------------------|-------|--------------------------------|-------------------------|-------|--------------------------------|-------|
| | | абсолютное число | % | Доверительный интервал средний | абсолютное число | % | Доверительный интервал средний | |
| Сфера окружающая среда: субсфера «Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность)» | Очень плохое | 4 | 5,1% | 2,1<>12,6% | 0 | 0% | 0<>4% | <0,05 |
| | Среднее | 46 | 58,2% | ±10,9% | 37 | 37% | ±9,5% | <0,01 |
| | Хорошее | 10 | 12,7% | ±7,3% | 34 | 34% | ±9,3% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,3% | 0,5<>7,1% | 15 | 15% | ±7% | <0,01 |
| Сфера окружающая среда | Плохое | 45 | 63,4% | ±11,2% | 7 | 7,9% | ±5,6% | <0,01 |
| | Хорошее | 1 | 1,4% | 0,5<>7,8% | 35 | 39,3% | ±10,1% | <0,01 |
| Духовная сфера: субсфера «Духовность/религия/личные убеждения» | Очень хорошее | 24 | 30,4% | ±10,1% | 51 | 51% | ±9,8% | <0,01 |
| Субсфера Общая оценка качества жизни | Среднее | 40 | 54,1% | ±11,4% | 21 | 23,3% | ±8,7% | <0,01 |
| | Хорошее | 25 | 33,8% | ±10,8% | 56 | 62,2% | ±10% | <0,01 |
| | Очень хорошее | 1 | 1,4% | 0,5<>7,5% | 12 | 13,3% | ±7% | <0,01 |

Таким образом, суммарная оценка качества жизни у 40 осужденных наркозависимых лиц ($54,1 \pm 11,4\%$) находится на среднем уровне, тогда как больший процент - $62,2 \pm 10\%$ (56 человек) из группы сравнения оценивают свое качество жизни как хорошее. Нет значимых различий в обеих группах при исследовании физической сферы.

Значения остальных пяти сфер в исследуемой группе не вполне удовлетворительны. Наименее благополучны сфера социальных отношений, психологическая сфера и жизненные условия, внешние по отношению к осужденным наркозависимым (сфера «Окружающая среда»).

При исследовании психологической сферы в субсфере «Положительные эмоции» в исследуемой группе 21 человек ($26,6 \pm 9,7\%$) выбрали значение «плохое» против 9 человек ($9 \pm 5,6\%$) в группе сравнения. В субсфере «Отрицательные эмоции» каждый второй осужденный наркозависимый, т.е. 33 человека ($41,8 \pm 10,9\%$), из исследуемой группы отмечали среднее количество отрицательных эмоций.

При исследовании субсферы «Зависимость от лекарств и лечения» лишь 15 человек ($19 \pm 8,6\%$) отмечают отсутствие зависимости по субъективным ощущениям.

35 человек ($46,7 \pm 11,3\%$) из исследуемой группы оценили сферу социальных отношений параметром

«плохо». Причем наиболее страдает субсфера «Личные отношения» (34 человека ($43,6 \pm 11\%$)).

Отмечаются также нарушения в самой большой сфере «Окружающая среда» - параметром «плохо» её оценили 45 осужденных наркозависимых лиц ($63,4 \pm 11,2\%$). Причем наибольший вклад сюда вносит отсутствие ощущения собственной безопасности и защищенности, низкая доступность и качество медицинской и социальной помощи, отсутствие полноценной возможности для приобретения новой информации и навыков, а также однообразие проведения досуга и угнетающая однообразная окружающая обстановка.

Таким образом, согласно предварительным результатам сравнения мы видим, что уровень качества жизни наркозависимых в пенитенциарных учреждениях, особенно в таких сферах как уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда, а также психологическая и духовная сферы, значительно отличается в отрицательную сторону от качества жизни наркозависимых находящихся на свободе.

Наша работа продолжается, и основная её задача, основываясь на результатах исследования, разработать специфические методы и подходы к социальной адаптации наркозависимых находящихся в условиях мест лишения свободы.

Литература:

1. Sanders C., Egger M., Donovan J. et al. *BMJ* 1998; 317: 1191–4.
2. Коц Я. И., Либунц Р. А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Кардиология*. - 1993. - № 5.
3. WHO QOL Group Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 1993;2:153-9.
4. Engquist C. L. Can quality of life be evaluated? *Hospitals* 1979;16:97-100.
5. Ferrans C. E. Quality of life: conceptual issues. *Seminars in Oncology Nursing* 1990;6:248-54.
6. Bowling A. What things are important to people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Social Science and Medicine* 1995;41:1447-62.
7. Ferrans C. E. Development of a conceptual model of quality of life. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1996;10:293-304.
8. Spilker B., ed. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2nd ed.)*. New York: Lippincott-Raven, 1996.
9. Ломанченков А. С. Качество жизни больных и оценка медицинских терапевтических интервенций // *Психо-соц. реабилитация и качество жизни: Сб. науч. тр. - СХХХVII*. - СПб., 2001. - С. 284-286.
10. Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко В. В. и др. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. - СПб., 1998. - 57 с.
11. Земченков А. Ю., Кондуров С. В., Гаврик С. Л., Райхельсон К. Л., Эдельштейн В. А. Качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, корригируемой заместительной терапией. - <http://www.dialysis.ru>.
12. Абрамова И. В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 2000. — № 1. — С. 42–46.
13. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. - Изд. 2-е. - Л., 1985.
14. Ван Дер Берг К., Бувальда В. Учебное пособие по наркологии для врачей-стажёров. — Минск: Интертракт, 1997. — 121 с.
15. Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems // *Eval. Prog. Plann.* - 1982. - №5(1). - P. 69-79.
16. Foster J. H., Peters T. J., Marshall E. J. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women // *Alcohol*. - 2000. - Vol. 22, №1. - P. 45-52.
17. Foster J. H., Marshall E. J., Peters T. J. Application of a quality of life measure, the life situation survey (LSS), to alcohol-dependent subjects in relapse and remission // *Alcohol. Clin. Exp. Res.* - 2000. - Vol. 24, № 11. - P. 1687–1692.
18. Kraemer K. L., Maisto S. A., Conigliaro J., McNeil M., Gordon A. J., Kelley M. E. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences // *J. Gen. Intern. Med.* - 2002. - Vol. 17, №5. - P. 382-386.
19. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome // *Psychiatr. Pol.* - 2001. - Vol. 35, №6. - P. 1057-1070.
20. Richter D., Venzke A., Settelmayer J., Reker S. High rates of inpatient readmissions of alcohol addicted patients - heavy users or chronically ill patients? // *Psychiatr. Prax.* - 2002. - Vol. 29, №7. - P. 364-368.
21. Ruggeri M., Warner R., Bisoffi G., Fontesedro L. Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach // *British Journal of Psychiatry*. - 2001. - Vol. 178. - P. 268-275.
22. Вассерман Л. И., Громов С. А., Михайлов В. А. и др. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. - СПб., 2001. - С. 103–15.
23. Шмуклер А. Б. Социальная и клиническая психиатрия. - 1998; 4: 21-8.
24. Незнанов Н. Г., Петрова Н. И. Психосоциальная реабилитация и качество жизни. - СПб., 2001; 301-11.
25. Рохлина М. Л. Опи́нная наркомания // *Руководство по психиатрии*. Т. 2. - М.: Медицина, 1999. - С. 354-363.
26. Канарецкий И. А. Научное обоснование эффективности реализации программ снижения риска ВИЧ среди потребителей наркотиков): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - 2004.
27. Longabaugh R., Mattson M.E., Connors G. J., Cooney N. L. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research // *J. Stud. Alcohol. Suppl.* - 1994. - № 12. - P. 119-129.
28. Calman K. C. Quality of life in cancer patients — a hypothesis // *J. Med. Ethics*. — 1984. — Vol. 10. — P. 124–127.
29. Katscing H. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии? // *Обзор современной психиатрии*. - 1998. - Вып. 1. - С. 30–38.
30. Rudolf H., Priebe S. Similarities and differences in subjective quality of life of alcoholic women // *Psychiatr. Prax.* - 1999. - Vol. 26, № 3. — P. 116–121.

31. Rudolf H., Priebe S. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment // *Drug Alcohol Depend.* — 2002. — Vol. 66, № 1. — P. 71–76.

32. Nemtsov A. V. Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s // *Addiction.* — 2002. — Vol. 97, № 11. — P. 1413–1425.

33. Ненастьева А. Ю., Гуревич Г. Л., Бойко Е. О. Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике. Ежемесячный научно-практический журнал «Наркология», Российская академия медицинских наук, Издательство «Литера», 2007. - № 2. - С. 32-37.

34. Бараненко А. В. Оценка субъективного качества жизни у лиц с зависимостью от алкоголя // *Український вісник психоневрології.* - 2003. - Т. 11, вип. 4. - С. 85-87.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТАКСОНА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ С ЦЕЛЬЮ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ОПИЯ

А. С. Каражанова, Ж. Х. Сексенова, А. З. Нургазина,
Б. Б. Сагындыкова, Ю. В. Бауэр, Т. А. Гуторова, Г. И. Явонова, А. И. Найденов

Актуальность проблемы наркотической зависимости однозначна. Впервые о наркомании, как о серьезной и медицинской проблеме было заявлено в конце 50-х годов в США, после того как К. Laemmel (1961) отметил резкое увеличение числа наркоманов в стране вообще и среди подростков в частности. По его данным, в США в тот период подростки составляли до 45% пациентов наркологических клиник (К. Laemmel 1961).

В странах Юго-Восточной Азии, Индокитая, Австралии, а позже в Египте и других в африканских государствах уровень распространенности наркотической зависимости достиг высокого предела, особенно среди молодежи и маргинальных групп населения (Colbac E.M., Grove R.E., 1970; Westermeyer J., 1988; Hartland N., McDonald D. et al, 1992; Soulif M. et al, 1986; Asuni A., PeIa A., 1986).

В Европу наркотики пришли относительно позже, чем в другие страны, и последствия этого процесса здесь оказались особенно тяжелыми (Кошкина Е.А., 2002).

В России с 1988 по 1998 гг. число впервые диагностированных больных наркоманиями подростков выросло в 8 раз. Если сопоставить показатели заболеваемости подростков и населения в целом, то оказывается, что заболевших подростков в 2 раза больше, чем взрослых больных наркоманиями (Е.А. Кошкина, 1999).

За годы независимости в Казахстане произошел устойчивый рост потребления наркотических и психотропных веществ и значительное увеличение количества наркоманов. Ухудшение наркологической ситуации подтверждается активным вовлечением в зависимость от психоактивных веществ восходящего поколения Казахстана. По официальным данным

на 2006 год в государстве насчитывается 2101 ребенок и 10571 подросток, находящийся на диспансерном и консультативном наблюдении.

Таким образом, приведенные данные подтверждают актуальность проблемы наркопотребления и, соответственно, необходимость в повышении уровня лечебно-реабилитационных мероприятий на различных этапах лечения.

Одним из важных направлений в деятельности врача-нарколога является проведение адекватной и своевременной противорецидивной и поддерживающей терапии пациентам в период воздержания от психоактивных веществ с целью формирования и поддержания стабильных длительных ремиссий.

Налтрексона гидрохлорид – это, пожалуй, один из очень немногих препаратов, который изначально был создан для лечения опиатной зависимости (Антаксон: современные подходы к терапии алкогольной зависимости. Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова), Налтрексон обладает более высоким сродством с опиатными рецепторами, чем морфин и его производные, и меньшим сродством, чем эндогенные лиганды опиатных рецепторов. Это обеспечивает его высокую безопасность с одной стороны и определенную избирательность действия - с другой. Использование блокаторов опиоидных рецепторов, созданных на основе налтрексона, по мнению многих исследователей, повышают вероятность более длительных ремиссий. В научных публикациях приводятся различные медикаментозные схемы применения блокаторов опиоидных рецепторов (Комплексное лечение и реабилитация больных опиоидной наркоманией с использованием антаксона. Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Котельникова Л.А., Ревенко В.И., Глушко А.А.). В одних случаях рекомендуется для-

тельный период приема препарата (от шести месяцев до одного года и более), в других приводятся сообщения о результатах краткосрочного применения налтрексона.

Сотрудниками Республиканского научно-практического центра было проведено исследование эффективности использования препарата на стационарном этапе. Исследователи, предполагают, что применение Антаксона на этапе стационарного лечения позволяет увеличить длительность нахождения пациентов в терапевтической программе, профилактирует обострение патологического влечения к наркотикам. При этом, несомненно, спорным является вывод об увеличении сроков ремиссии без дальнейшего амбулаторного приема блокаторов опиатных рецепторов.

Проводятся исследования в отношении использования налтрексона при алкогольной зависимости. Авторы приходят к мнению, что можно выделить следующие закономерности:

- 1) налтрексон уменьшает вызываемую алкоголем эйфорию;
- 2) как следствие этого, ослабевает влечение к алкоголю;
- 3) под действием налтрексона происходит уменьшение потребления алкоголя;
- 4) снижается частота рецидивов угольной алкогольной зависимостью.

При этом авторы утверждают о наличии дефицита работ о применении налтрексона при лечении алкоголизма, публикаций и исследований, посвященных данной теме.

Вопрос эффективности применения налтрексона при алкоголизме неоднозначен. Большинство зарубежных авторов делают акцент на том, что эффективность терапии повышается при сочетанном использовании психотерапевтических методов и блокаторов опиатных рецепторов. Но есть такие работы, в которых эффективность препарата оспаривается по сравнению с социо и психотерапевтическим лечением (группы поддержки «Анонимные алкоголики» - АА). Тем не менее, нельзя не отметить, что при проведении глобальных, мультицентровых, двойных слепых, контролируемых исследований в различных странах налтрексон показал высокие терапевтические результаты, как при изолированном использовании, так и в сочетании с различными психотерапевтическими методами.

Целью настоящей статьи стала необходимость поделиться опытом применения антаксона в амбулаторных условиях с целью противорецидивной терапии пациентов, с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления препаратов группы опия.

Клиническое применение Антаксона в наркологической практике и, в частности, при лечении и реабилитации опиных наркоманий героиновая, морфинная и др.) обусловлено тем, что налтрексон гид-

рохлорид (Антаксон) посредством конкурентного связывания опиатных рецепторов блокирует фармакологическое действие экзогенных опиатов. Препарат не обладает психотропным действием и не вызывает симптомов психической и физической зависимости даже при его многомесячном применении, не приводит к нежелательным кумулятивным эффектам. Форма выпуска в капсулах по 50 мг для перорального применения позволяет использовать его в амбулаторных условиях при однократном суточном приеме. Преимущество ежедневного приема Антаксона видится в том, что больной «привыкает» к его регулярному приему и создается дополнительный психологический барьер, позволяющий воздерживаться от потребления наркотика. Контроль систематического приема препарата в этих случаях осуществляется родственниками больного.

Использование препарата в постабстинентный период существенно снижает возможность возврата к приему наркотика, особенно у пациентов с неустойчивой мотивацией к воздержанию. В дальнейшем прием налтрексона позволяет улучшить психофизическое состояние больных, ускоряет спонтанную редукцию аффективных, невротоподобных, вегетативных, психопатоподобных нарушений, способствует «снижению выраженности влечения к приему наркотика, повышению степени личносно проработанного критического отношения/к болезни. Прием налтрексона снижает тенденцию к потреблению алкоголя, транквилизаторов и снотворных средств, каннабиноидов. Таким образом, по совокупности позитивных свойств налтрексон, безусловно, должен рассматриваться как средство выбора в противорецидивной терапии опиоидной зависимости.

Сообщение основано на наблюдении 14 пациентов с героиновой наркоманией (11 мужчин, 3 женщин) в возрасте от 21 до 31 года в условиях амбулатории. Пациенты обращались за наркологической помощью в различные периоды клинических проявлений. В случаях активного употребления психоактивных веществ, пациенты проходили курс медикаментозной коррекции в условиях стационара с целью купирования проявлений опиного абстинентного синдрома, а также коррекции психического и соматического статусов.

Критериями отбора пациентов для назначения блокаторов опиатных рецепторов явились:

- а) наличие мотивации на лечебно-реабилитационные мероприятия в амбулаторных условиях;
- б) активное участие в реабилитационном процессе родных и близких пациентов.

Противопоказаниями для лечения в амбулаторных условиях являлись следующие критерии:

- а) стойкая личностная и социальная декомпенсация;
- б) отсутствие твердой установки на лечение;
- в) невозможность систематического контроля со стороны родных пациента за приемом Антаксона.

Начало лечения Антаксоном приходилось на 7 - 10 день полного воздержания от употребления опиатов, подтвержденного объективным обследованием с использованием диагностических тест - полосок. Части больным (8 пациентам - 57 %) препарат назначался на фоне продолжающегося лечения психотропными средствами (антидепрессанты, нейролептики), так как оставались психопатологические расстройства в виде субдепрессивных, дисфорических или диссомнических проявлений, а также эпизодически обостряющегося влечения к наркотику. С пациентами одновременно проводилась психотерапевтическая работа в индивидуальном режиме.

При первом приеме Антаксона у 5 больных (36%) имели место побочные явления. Так, у 1 пациента через 30 - 40 минут отмечались потливость, чувство жара, головокружение, у 4 пациентов – тошнота, диарея, снижение аппетита. Перечисленные явления нивелирова-

лись после снижения дозы до 25 мг в течение 3 - 5 дней, после чего приём Антаксона был возобновлен в соответствующей дозировке в вечернее время вслед за приёмом пищи. В дальнейшем вышеуказанных побочных явлений у больных не отмечалось.

Длительность терапии налтрексоном была от 3 до 8 месяцев (средняя продолжительность медикаментозной поддержки 5 месяцев). В период проведения лечения блокаторами опиатных рецепторов регулярно, а также при подозрении на потребление ПАВ, проводился анализ мочи на наличие метаболитов ПАВ. При этом сопутствующее потребление препаратов группы опия не наблюдался.

В большинстве случаев в течение первых трех месяцев отмечалось употребление каннабиноидов (у 8 пациентов 12 зарегистрированных случаев положительных результатов на наличие метаболитов каннабиноидов) (см. таблицу №1).

Таблица № 1

Результаты тестирования на наличие метаболитов ПАВ на различных этапах лечения блокаторами опиатных рецепторов

| Результаты тестирования | Количество пациентов (n= 14) | | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|
| | До 20 дней | 21 - 60 дней | 61 - 90 дней |
| Положительный (один раз) | 5 (35,71%) | 5 (35,71%) | 2 (14,28%) |
| Положительный (более одного раза) | 3 (21,42%) | 1 (7,14%) | 1 (7,14%) |
| Отрицательный | 6 (42,85%) | 8 (57,14%) | 11 (78,57%) |

На 20-й, 45-й, 90-й дни наблюдения отмечалось наличие патологического влечения к психоактивным веществам. По результатам полученных данных к 90-му дню наблюдения отмечалась позитивная динамика - у одного пациента из двоих стабильное нали-

чие патологического влечения к ПАВ перешло в ранг эпизодически обостряющегося. Четверо пациентов из семи с эпизодической актуализацией влечения к ПАВ отмечают нивелирование патологического влечения к ПАВ (таблица №2).

Таблица № 2

Динамика патологического влечения к ПАВ на различных этапах лечения блокаторами опиатных рецепторов

| Динамика патологического влечения к ПАВ | Количество пациентов (n= 14) | | |
|---|------------------------------|------------|------------|
| | На 20 день | На 45 день | На 90 день |
| Стабильное наличие патологического влечения к ПАВ | 2(14,28%) | 2(14,28%) | 1 (7,14%) |
| Эпизодическая актуализация влечения к ПАВ | 7 (50%) | 5 (35,71%) | 4 (28,57%) |
| Дезактуализация патологического влечения к ПАВ | 5 (35,71%) | 7 (50%) | 9 (64,28%) |

Данные опыта применения препарата Антаксон показали достаточно высокую эффективность в лечении и реабилитации больных опиоидной наркоманией амбулаторных условиях в сочетании с индиви-

дуальной психотерапией. Отсутствие осложнений при длительном использовании Антаксона свидетельствует о возможности его широкого применения в амбулаторной наркологической практике. Ре-

Длительность ремиссии

| Длительность ремиссий | Количество пациентов (n= 14) |
|-------------------------------|------------------------------|
| До 3 месяцев | 1 |
| До 6 месяцев | 2 |
| До 9 месяцев | 9 |
| Свыше 12 месяцев | 2 |
| Средняя длительность ремиссий | 7,78 месяца |

зультаты представлены в таблице №3.

Таким образом, завершая свои клинические наблюдения, стало возможным рекомендовать назначение блокаторов опиоидных рецепторов на завершающем этапе лечения в условиях стационара. В условиях учреждений высокоспециализированной помощи (РНПЦ МСПН) наиболее оптимальным являлось бы назначение налтрексона в отделении со-

циальной реабилитации, где пациенты имеют возможность более свободного передвижения, как в пределах отделения (загородного поселения), так и по городу, и соответственно, повышается возможность большего доступа к ПАВ. При этом вышеописанные свойства Антаксона медикаментозно способствуют формированию более длительной ремиссии у пациентов с опиоидной зависимостью.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ В ПРОГРАММЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

А. А. Кусаинов

г. Павлодар

Согласно современным принципам лечения наркологических заболеваний, сформулированных ещё в 1990 г. академиком Н.Н. Иванцом, будут являться такие принципы, как добровольность, индивидуальность, комплексность и полный отказ от употребления наркотиков и других психоактивных веществ (ПАВ). Понимая крайне важное значение психотерапии, мы должны не упускать из виду, что без помощи психофармакотерапии любые модели психотерапии будут, не достаточно эффективны в программе медико-социальной реабилитации (МСР). Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению поведенческих и психических расстройств у зависимых лиц, в то же время существует определенный дефицит исследований, посвященных изучению дифференцированных подходов для коррекции различных состояний, возникающих в клинике каждого из наркологических заболеваний, с учетом формы зависимости, степени тяжести и особенностей сопутствующих психических расстройств.

Ни в коем случае не претендуя на авторство, нами была сделана попытка описания лучших, на наш взгляд, методик. В отдельных случаях описываемые нами методики были разработаны и апробированы в отделении психотерапии и медикаментозной

коррекции и отделении психотерапии и реабилитации Республиканского научно – практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар). Помимо этого, в данной работе был систематизирован приобретенный нами опыт использования отдельных методик и препаратов, с описанием их терапевтической эффективности, возможных осложнений и побочных эффектов.

Все пациенты, поступающие на лечение в РНПЦ МСПН направляются в отделение психотерапии и медикаментозной коррекции, где каждому из пациентов лечащим врачом совместно с заведующим отделения, в зависимости от вида наркозависимости и от состояния будут индивидуально назначены схемы лечения,. Учитывая, что подавляющее большинство поступающих в РНПЦ МСПН, являются лица с зависимостью от опиоидов, и данная категория пациентов наиболее нуждается в качественной и эффективной психофармакотерапии, нами была сделана попытка более точно и полно описать применяемые нами, для данной группы пациентов методики.

На первом этапе медико-социальной программы в отделении психотерапии и медикаментозной коррекции основными мишенями, согласно нашей концепции, будет работа с мишенью №1 (патологи-

Степени тяжести опийно-абстинентного синдрома

| Выраженность абстинентного состояния | Симптоматика |
|---|---|
| Абстинентное состояние лёгкой степени выраженности | Умеренные боли в спине и нижних конечностях, анорексия, умеренный гипергидроз, ринорея, раздражительность, диссомния. |
| Абстинентное состояние средней степени тяжести | Сильные боли, зябкость, зевота, выраженный гипергидроз, слезотечение, пароксизмальное чихание, тошнота, усиление кишечной перистальтики, тревога, дисфория, активный поиск облегчения своего состояния, агрипния, двигательное возбуждение. |
| Абстинентное состояние тяжелой степени тяжести выраженности | «Непереносимые» боли, озноб, зевота, резкий гипергидроз, слезотечение, пароксизмальное чихание, рвота, диарея, сочетание аффектов сильной тревоги и тоскливой злобности, компульсивное влечение к приему наркотика, агрипния, двигательное возбуждение. |

ческим соматическим статусом), и мишень № 4 (патологическое влечение к ПАВ). Для работы с первой мишенью нами назначаются различные схемы лечения, с учетом степени тяжести опийного абстинентного синдрома.

Наряду с этим, лечащими врачами при опросе больного делается упор на выяснение ведущего компонента в клинике абстинентного синдрома, т.е. те жалобы, которые наиболее сильно беспокоят пациента. Например, при выраженных алгических проявлениях целесообразно назначение препаратов кальция, ведь в основе возникновения механизма боли лежит недостаток кальция, и т.д. При правильно подобранной терапии «симптомов - мишеней» пациент не только быстрее выходит из опийного абстинентного синдрома (ОАС), но и психические и поведенческие проявления в раннем постабстинентном периоде имеют значительно меньшую интенсивность.

При легкой степени тяжести опийного абстинентного синдрома показано назначение вегетостабилизаторов, обладающих нормотимическим действием, таких как *Карбамазепин* (таблетки по 200 мг). По следующей схеме 1-ый день – 200 мг, 2 – ой и последующие дни 400 - 600 мг с отменой вначале дневной, а через 2 - 3 дня – утренней дозы. Учитывая спектр фармакологического действия данного препарата (нормотимический, умеренно-седативный и снотворный эффекты), вечерняя доза препарата может назначаться в течение всего раннего постабстинентного периода в комбинации с другими препаратами. Стоит отметить, что *Карбамазепин* не рекомендуется назначать с *Клозапином* длительное время, ввиду выраженного гепатотоксического действия обоих препаратов, а также однонаправленного действия данных препаратов на кроветворение. *Диазепам* (таблетки по 5 мг) со средней суточной дозой 25 - 30 мг назначаются в течение 7 - 9 дней (с акцентом на вечерний приём), с последующим снижением по той же схеме, что и *Карбамазепин*. При выражен-

ных алгических проявлениях патогенетически обоснованным является назначение наркотических анальгетиков, в частности *Трамала* (таблетки по 50 мг), per os со среднесуточной дозой 200 - 300 мг. Длительность терапии 5 - 7 дней. Принцип отмены тот же. Также рекомендуется назначение обезболивающих препаратов из группы нестероидных противовоспалительных средств, таких как *Диклофенак* (раствор в ампулах по 3,0 мл 75 мг) или *Кетопрофена* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг) внутримышечно при болях до 2-х раз в день, со средней продолжительностью назначения в течение 7 - 8 дней.

При выраженных диссомнических расстройствах показано внутривенное капельное назначение на ночь *Аминазина* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг), и *Реланиума* (раствор в ампулах по 2,0 мл 10 мг), на 2 - 3 дня, а также назначение с первых дней *Тизерцина* (таблетки по 25 мг) (при выраженной бессоннице по 50 - 75 мг с постепенной отменой в течение недели).

При среднетяжелом и тяжелом ОАС с первого дня необходимо назначение *Клофелина*, (таблетки по 0,15 мг), в среднесуточной дозе 0,6 - 0,9 мг, длительностью 8 - 9 дней. Вторым основным компонентом описываемой нами методики детоксикации является *Трамал* (таблетки по 50 мг per os либо раствор в ампулах по 2,0 мл 100 мг). Средняя суточная доза, выбор лекарственной формы, а также частота и способ введения могут значительно различаться, и зависят, прежде всего, от выраженности алгических проявлений. В среднем, дозировки *Трамала* составляют от 400 до 600 мг при средней степени тяжести и до 800 мг при тяжелой степени тяжести. Суточная дозировка разделяется на 4 - 5 приемов. Обычно препарат назначается курсом на 10 - 12 дней с постепенной отменой (начиная с 5 - 7 дня) по 50 мг в день. Сначала отменяется дневная, затем утренняя и последней отменяется ночная дозировка. С седативной целью назначаются транквилизаторы (*Диазепам* в таблетках по 5 мг, в среднесуточной дозе 40 - 50 мг до

4 раз в день в течение 10 - 12 дней) с последующей постепенной отменой по 5 - 10 мг в сутки. Для нормализации настроения и устранения выраженной эмоциональной лабильности назначается *Карбамазепин* (таблетки по 200 мг, в суточной дозе до 600 мг, с постепенной отменой).

Для лечения диссомнических расстройств нами используется внутривенное капельное вливание вышеуказанной смеси *Аминазина* и *Реланиума* в дозе 2,0 - 4,0 мл и 6,0 - 8,0 мл соответственно, либо *Тизерцина* и *Реланиума* в дозе 2,0 и 6,0 - 8,0 мл на 5 - 7 дней в зависимости от степени тяжести ОАС.

На 7-8 день терапии ОАС, при предъявлении пациентами жалоб на слабость, разбитость, недомогание рекомендуется назначение (внутривенно капельно) на утро поляризующей смеси (*Глюкоза 5 % 400,0 + раствор Рибоксина 10,0 + Аскорбиновой кислоты 6,0 + Витамин В1 4,0 + раствор Кавинтона 4,0 мл*) в течение от 3 до 5 дней. Такая метаболическая терапия позволяет нормализовать присущие этому периоду обменные нарушения. В тоже время считаем нецелесообразным использование в остром периоде ОАС ноотропных препаратов, так как нами было отмечена взаимосвязь назначения ноотропов и усиление патологического влечения к ПАВ.

Широко используемая в различных клиниках клиренсовая детоксикация - массивная инфузия кристаллоидных и коллоидных растворов с форсированным диурезом малоэффективна, так как при депривации опиоидов катехоламинергические нарушения развиваются на синоптическом уровне, и активное изменение состава крови не влияет на явления синдрома отмены, и наоборот может вызвать снижение объема циркулирующей крови и гиповолемию. Кроме того, при использовании нами в комбинации со стандартной клонидиновой терапией метода экстракорпоральной детоксикации, в частности плазмофоре́за, мы не заметили видимого улучшения состояния больного и ускорения сроков выхода пациента из ОАС. Хотя хотелось бы отметить, что, несмотря на то, что многие пациенты крайне положительно отнеслись к данному методу, как к способу «почистить кровь, и вывести грязь из себя», мы считаем данную процедуру больше «психотерапевтической». И, учитывая множество возможных побочных осложнений, включая ухудшение иммунного статуса, мы бы рекомендовали отдавать предпочтение вышеупомянутой схеме детоксикации, как более щадящей, и патогенетически обоснованной, в отличие от методов экстракорпоральной детоксикации и методов «ускоренной и сверхускоренной детоксикации», (rapid and ultra rapid detoxification), (комбинации антагонистов опиатных рецепторов, клонидина, и средств для наркоза), которые, несмотря на быструю редукцию соматоневрологических проявлений ОАС (1 - 3 суток), практически не устраняют психопатологической симптоматики, формирующей «патологическое ядро» опиоидной зависимости.

Высокий уровень тревоги, аффективные расстройства, повышенная раздражительность, сверхценные идеи «новой волны ломки» и интенсивное влечение к наркотикам - это неизбежные последствия этих методов. Грозные осложнения данных методов (пневмония и лекарственный гепатит), а также необходимость наличия реанимационного оборудования и обученного персонала не позволяют рассматривать их в качестве альтернативы имеющимся схемам детоксикации в РНПЦ МСПН, привлекающих не только своей простотой, но и эффективностью.

После выхода из синдрома абстиненции и на протяжении всего раннего постабстинентного периода на этапе отделения медикаментозной коррекции и отделения психотерапии и реабилитации доминирующее значение имеет мишень № 4 (патологическое влечение к ПАВ). И все пациенты, прошедшие детоксикацию, остро нуждаются в активной психофармакотерапии. По нашим наблюдениям наибольший пик патологического влечения достигает с 10 по 20 день после выхода с состояния отмены, что связано, на наш взгляд, с отменой наркотических анальгетиков. Нашими сотрудниками была внедрена градация степени тяжести патологического влечения к наркотикам, где основными предикторами, определяющими выбор и дозу того или иного нейрелептика или антидепрессанта, является выраженность патологического влечения к наркотикам и структура психопатологических нарушений у пациента.

При легкой и средней степени тяжести патологического влечения обычно нами назначается однократное капельное внутривенное вливание (на 200 мл физиологического раствора) *Галоперидола* (раствор в ампулах по 1,0 мл 5 мг) в дозировке 1 - 2 мл, *Аминазина* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг) 2 - 4 мл и *Диазепам* (раствор в ампулах по 2,0 мл 10 мг) 4 - 6 мл. В дальнейшем целесообразно назначение трициклических антидепрессантов: *Амитриптилин* (раствор в ампулах по 2,0 мл 20 мг), в дозе 4 - 6 мл на 200,0 мл физраствора, внутривенно капельно, 2 раза в день, 5 - 7 дней. При этом учитывается выраженный седативный эффект *Амитриптилина*, так как антидепрессивный эффект данного препарата проявляется только на 10 - 14 суток. Необходимо учесть, что внутривенное капельное введение трициклических антидепрессантов вызывает у пациентов субъективное ощущение выраженных болей в суставах, в связи с чем, рекомендуем перед внутривенной инфузией антидепрессанта внутримышечную инъекцию обезболивающих препаратов из группы нестероидных противовоспалительных средств, таких как *Диклофенак* (раствор в ампулах по 3,0 мл 75 мг) или *Кетопрофена* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг).

При тяжелой степени тяжести патологического влечения помимо комбинации данных препаратов, (с увеличением соответственно дозировок *Галоперидола* (раствор в ампулах по 1,0 мл 5 мг) до 2 - 4 мл, *Аминазина* (раствор в ампулах по 2,0 мл 50 мг) 4 -

Степени тяжести патологического влечения к наркотику

| Степень | Проявления | | | |
|---------|--|--|--|--|
| | Идеаторные | Аффективные | Соматические | Поведенческие |
| Легкая | Пациент признает, что испытывает желание употребить наркотики, видел сны наркотического содержания; в целом осознает, что данное состояние обусловлено его болезнью, поддается словесной коррекции | Неустойчивость настроения при общем удовлетворительном его фоне; возможны суточные колебания, в основном субдепрессивного регистра | Отсутствуют | Режим отделения не нарушает, возможна некоторая пассивность, или, наоборот, тревожность; активного поиска наркотика не отмечается. Критика состояния частично сохранена. |
| Средняя | Как правило, диссимуляция обострившегося влечения, попытка скрыть желание употребить наркотик, мысли о наркотики носят навязчивый характер, присутствуют постоянно, создавая патологическую доминанту. | Подавленное настроение с оттенком тоскливости, раздражительности, склонностью к дисморфоподобным реакциям. | Возможны умеренные проявления со стороны вегетативной нервной системы лабильность пульса и АД в пределах 10 - 15 единиц от нормы, потливость (в особенности ладоней) дермагрофизм незначительное расширение зрачков. | В отделении склонны к реакциям группирования, поиску наркотика нередко проявляется негативное отношение к лечению, оговариваются сроки выписки. Критика отсутствует, либо носит формальный характер. |
| Тяжелая | Влечение к наркотику не скрывается, сознание аффективно сужено, все мысли направлены на получение наркотика. | Тревожность, возбуждение, настроение резко снижено, преобладающий аффект - дисфорический, со склонностью к агрессии. | Выраженное расширение зрачков и глазных щелей, «сухой» блеск глаз, бледность кожных покровов, тахикардия, учащенное поверхностное дыхание. | Пациент возбужден, отмечается повышенная моторная активность; поведение шантажное, часты попытки либо угрозы суицида. Словесной коррекции не доступен, критика к состоянию отсутствует. |

6 мл и *Диазепам* (раствор в ампулах по 2,0 мл 10 мг) 4 - 8 мл и *Амитриптилина* (раствор в ампулах по 2,0 мл. 20 мг), в дозе 8 - 10 мл на 200,0 мл физраствора) и назначение «больших» нейролептиков.

Хотелось бы сказать, что появление на фармацевтическом рынке новых форм нейролептиков не проходят мимо нашего внимания, и мы пытаемся оценить их эффективность в дезактуализации патологического влечения. Весьма перспективным является препарат *Зипрекса (Оланзатин)* (раствор в инъекциях 10 мг), который обладает рядом явных преимуществ перед приведенными в данной работе схемами. Во-первых, данный препарат вводится внутримышечно, что крайне важно при отсутствии периферических вен, во-вторых, данный препарат об-

ладает минимумом возможных побочных явлений и осложнений (ЗНС и т.д.), и, в-третьих, положительными субъективными отзывами самих пациентов. Единственным существенным недостатком является достаточно высокая стоимость препарата, которая не дает на данном этапе широко применять его в терапии опийной зависимости.

На всем протяжении раннего постабстинентного периода, как уже было сказано выше, дифференцированный подход к каждому из пациентов заключается в подборе нейролептика и антидепрессанта индивидуально с учетом спектра терапевтической активности и ведущих личностных радикалов в структуре личности пациента. При преобладании таких личностных черт как взрывчатость, компульсивность,

конфликтность необходимо назначение *Галоперидола* (таблетки по 5 мг) либо *Тизерцина* (таблетки по 25 мг), с учетом того, что *Галоперидол* применяется курсами, с максимальной продолжительностью в течение 10 - 14 дней, ввиду обуславливаемого им возникновения депрессии. При выраженных диссомнических нарушениях, нами использовался *Азалептин* (таблетки по 25, 50, 100 мг), который обладает хорошим седативным эффектом и является хорошим корректором поведения, что обуславливает правомерность назначения данного препарата в случае наличия у пациентов психопатоподобных проявлений (агрессивность, брутальность и т.д.). Однако, учитывая его побочное действие на кроветворную систему организма, данный нейролептик применяется нами курсами, по 2 недели под контролем общего анализа крови. В нашей повседневной практике нами также широко используется *Рисполепт*, который не только дезактуализирует патологическое влечение, нормализует аффективную сферу, но и улучшает сон. Препарат назначается нами, в среднесуточной дозе 2 - 4 мг. Причем нами нейролептики используются не только в отношении позитивной продуктивной психопатологии, но и для нивелирования негативных патопсихологических синдромов, в частности препарат *Зипрекса (Оланзапин)* 10 мг, который не вызывая выраженной седации, достаточно эффективен в отношении редукции негативных патопсихологических синдромов, в клинике опийной наркомании, особенно у лиц с ведущим неустойчивым радикалом личности.

Помимо терапевтического эффекта нами учитываются и побочные явления и осложнения от нейролептической терапии. Например, пациенты с достоверно определяемым неполноценным органическим фоном автоматически исключаются из категории пациентов, получающих нейролептики больших групп, а наличие вирусного гепатита, в стадии декомпенсации, служит противопоказанием к назначению *Клозапина*, и т.д.

При работе с аффективной сферой у зависимых лиц существенным для выбора того или иного антидепрессанта является определение структуры ведущего депрессивного синдрома: классической заторможенной депрессии, или тревожной, ажитирован-

ной депрессии. Это связано со спектром антидепрессивных средств, который включает в себя собственно тимоаналептическое (антидепрессивное), седативное, и стимулирующее действие. Так лицам, страдающим депрессией с выраженной тревогой, показано назначение антидепрессанта седатика, т.к. антидепрессанты - стимуляторы, которые могут усилить тревогу и утяжелить течение депрессии и вызвать обострение патологического влечения. Из широко применяемых на сегодняшний день антидепрессантов положительно себя зарекомендовал *Флувоксамин* (таблетки по 50 мг), нами он назначался пациентам в случаях повышенной возбудимостью, и который обладает выраженным седативным свойством и назначался нами с акцентом на вечернее время. В случае выраженных депрессивных расстройств, сочетающихся с астеническими состояниями, нами назначается *Сертралин* в таблетках 50 мг, причём с учетом его стимулирующего действия данный препарат назначается в утреннее время, так как он способен вызывать бессонницу.

Имеющийся опыт также позволяет рекомендовать свести к минимуму внутривенное введение пациентам, страдающим наркотической зависимостью, препаратов любых фармацевтических групп, так как сама процедура внутривенного вмешательства провоцирует обострение патологического влечения.

И в заключении хотелось бы сказать что, современная наркология, должна отказаться от шаблонных и стереотипных схем лечения и устаревших методик, которые уже показали свою несостоятельность и неэффективность, таких как метод доктора Назаралиева, массовое «кодирование» блокаторами опиатных рецепторов (Налтрексон, Продетоксон и т.п.), стереотаксические операции на головном мозге по удалению так называемого «центра наслаждения», которые являются, прежде всего, коммерческими проектами, и имеют с медициной очень мало общего.

Предлагаемые нами дифференцированные подходы к лечению больных в программе медико-социальной реабилитации, при наличии мотивации на избавление от зависимости, не только являются наиболее эффективными, но и являются и патогенетически обоснованными, влияют непосредственно на «патологическое ядро» зависимости.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ У ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Г. А. Садвакасова

Стратегия борьбы с наркоманией в Республике Казахстан на 2006 - 2014 годы, утверждённая Указом Президента, подчеркивает, что в силу своего геогра-

фического положения Казахстан оказался практически в центре мировых рынков нелегального производства и сбыта наркотиков, что объективно способ-

ствует вовлечению нашей страны в сферу интересов международных преступных организаций, связанных с наркобизнесом. Для Казахстана в краткосрочной и среднесрочной перспективе проблема роста наркомании может серьезно затронуть в первую очередь социальную сферу общества - это уг-

роза сохранению здорового генофонда нации. Особую тревогу вызывает тот факт, что растет число наркозависимых среди женщин и несовершеннолетних. («Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2006-2014 годы» от 29 ноября 2005 года № 1678).

Таблица № 1

Количество лиц, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением, с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ, по Республике Казахстан (период с 2005 по 2007 годы)

| Год | Всего | | Женщин | | | В том числе с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов | | | | |
|------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|------|---|----------------------|------------------|----------------------|------|
| | Абсолютное число | на 100 000 населения | Абсолютное число | на 100 000 населения | % | Всего | | Женщин | | |
| | | | | | | Абсолютное число | на 100 000 населения | Абсолютное число | на 100 000 населения | % |
| 2005 | 303157 | 2001,5 | 36607 | 466 | 12 | 35442 | 234 | 5602 | 71,3 | 15,8 |
| 2006 | 302032 | 1973,3 | 36589 | 461 | 12,1 | 35980 | 235 | 5526 | 69,6 | 15,3 |
| 2007 | 301627 | 1948,3 | 36462 | 454 | 12 | 36376 | 235 | 4380 | 66,9 | 12 |

Проблема установления контроля над распространением зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан является первоочередной задачей системы наркологической помощи и социального сектора в целом. С 2005 года сотрудниками Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (далее РНПЦ МСПН) проводится мониторинг наркологической ситуации в республике. По основным выводам и результатам мониторинга (таблица № 1) официально зарегистрированная распространенность (болезненность) психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (F11-19), уменьшилась по Республике Казахстан в 2007 г. по сравне-

нию с 2006 г. на 1,2 %. Но при этом число женщин, находящихся под диспансерным и консультативным наблюдением, остается прежним. Основными пациентами стационаров наркологического профиля за три сравниваемых года являются мужчины в возрасте 25 - 45 лет, страдающие зависимостью от препаратов опиоидной группы. Среди пациентов стационаров встречаются лица 35 национальностей. Анализируя связь национальностей и пола, отмечено, что у лиц *азиатских национальностей* пациенты - женщины встречаются в 2,5 раза реже, чем среди европейцев. Возраст от 18 до 25 лет является критическим, почти половина всех пациентов, получивших лечение за 2007 год, начали употреблять наркотики в этом возрасте.

Таблица № 2

Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением психоактивных веществ, с впервые в жизни установленным диагнозом по Республике Казахстан (период с 2005 по 2007 годы)

| Год | Всего | | Женщин | | | | | |
|------|------------------|----------------------|------------------|----------------------|------|---|----------------------|-----|
| | Абсолютное число | на 100 000 населения | Всего | | | В том числе с расстройствами, вызванными употреблением опиоидов | | |
| | | | Абсолютное число | на 100 000 населения | % | Абсолютное число | на 100 000 населения | % |
| 2005 | 64676 | 427,0 | 8590 | 109,3 | 13,2 | 1169 | 14,8 | 1,8 |
| 2006 | 60968 | 398,3 | 7674 | 96,6 | 12,6 | 1053 | 13,21 | 1,7 |
| 2007 | 59288 | 383,0 | 7430 | 92,5 | 12,5 | 884 | 11 | 1,5 |

Как видно из данных таблицы № 2, в большинстве регионов страны в 2007 году наблюдалось снижение официально зарегистрированной распространенности наркологических заболеваний, кроме Павлодарской, Западно – Казахстанской и Восточно – Казахстанской областей. В 2007 году произошло снижение первичной наркологической заболеваемости в Республике Казахстан на 5,2%. В общем, такая же тенденция отмечается и среди женщин, где число с впервые установленным диагнозом зависимости, в том числе и от опиоидов, снижается.

В целом можно отметить, что имеет место недостаток информации о наркозависимых женщинах, а также сведений о прохождении ими лечения и об эффективных моделях и методиках терапии в различных политических и социально-культурных контекстах. По-прежнему существует потребность в изучении количественных и качественных аспектов эффективных методов лечения женщин, а также способов их корректировки с учетом конкретных условий различных стран (ООН, Нью-Йорк, 2005 год

«Организация наркологической помощи и ухода для женщин: тематическое исследование и накопленный опыт»).

В рамках исследования особенностей формирования зависимости от опиоидов у женщин, проживающих на территории Республики Казахстан, представлены следующие аспекты: социально-демографические и клиничко-катамнестические.

Основной материал исследования - больные с опиоидной зависимостью, проходившие курс лечения в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар, РК). Исследуемую группу №1 составили больные наркоманией мужчины, поступившие в плановом порядке на стационарное лечение в РНПЦ МСПН, исследуемую группу №2 составили больные наркоманией женщины. Данное исследование не включало пациентов с алкогольной, табачной, каннабиноидной формами зависимости и токсикоманиями.

Социально-демографические характеристики пациентов в группах выглядят следующим образом.

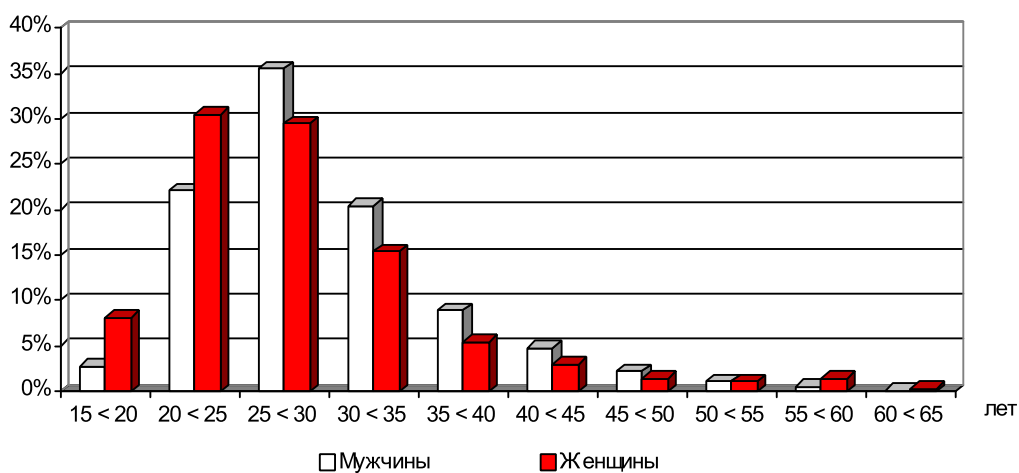


Рисунок 1. Возрастные характеристики пациентов в обеих группах

По возрасту (рисунок 1) в группе №1 преобладающее количество составили лица мужского пола в возрасте 25 - 30 лет, тогда как в группе №2 такое количество составили лица женского пола в возрасте 20 - 25 лет. Среди прошедших стационарное лечение пациентов по возрасту у женщин численность в возрастной группе 15 - 20 лет и 20 - 25 лет достоверно превышает численность в соответствующей группе у мужчин. В возрастных группах 25 - 30 лет, 30 – 35 лет и 35 - 40 лет отмечается достоверное преобладание численности у мужчин.

По этнической принадлежности (рисунок 2) как в группе мужчин, так и в группе женщин преобладают лица европейского этноса. В этой же этнической группе отмечается, что число наркозависимых женщин над мужчинами достоверно преобладает, тогда как у лиц, принадлежащих к азиатскому этносу, наоборот, имеет место преобладание мужчин над женщинами.

Образование (рисунок 3) у исследуемых в группах, как у мужчин, так и у женщин преобладает среднее. При сравнении отмечается достоверное преобладание лиц мужского пола с высшим образованием. У женщин же достоверно отмечено преобладание неполного среднего образования.

По семейному положению (рисунок 4) в обеих группах имеет место преобладание лиц, не состоящих в браке. При сравнении групп мужчин и женщин отмечено достоверно большее количество вдов.

В сфере профессиональной деятельности (рисунок 5) у мужчин основное число пациентов занято в частном бизнесе: 23,8%, тогда как у женщин большее число приходится на сферу обслуживания - торговля, быт - 19%. При сравнении достоверно превышает число женщин, работающих в здравоохранении и в сфере обслуживания: 1,9% - 7% и 3,2% - 19%, соответственно. Среди пациентов, занятых в про-

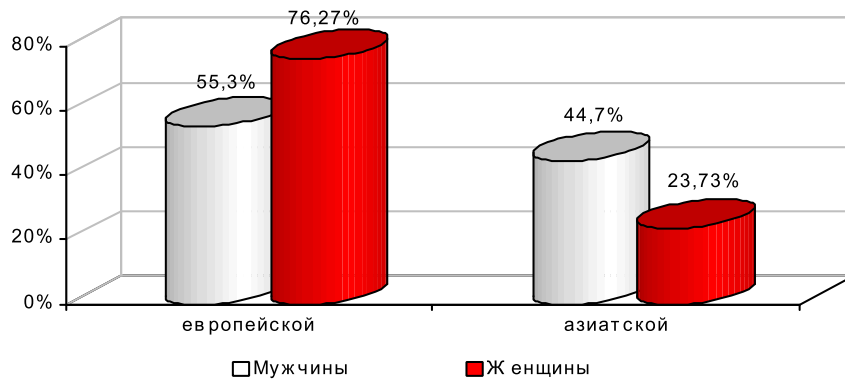


Рисунок 2. Характеристика групп по этнической принадлежности

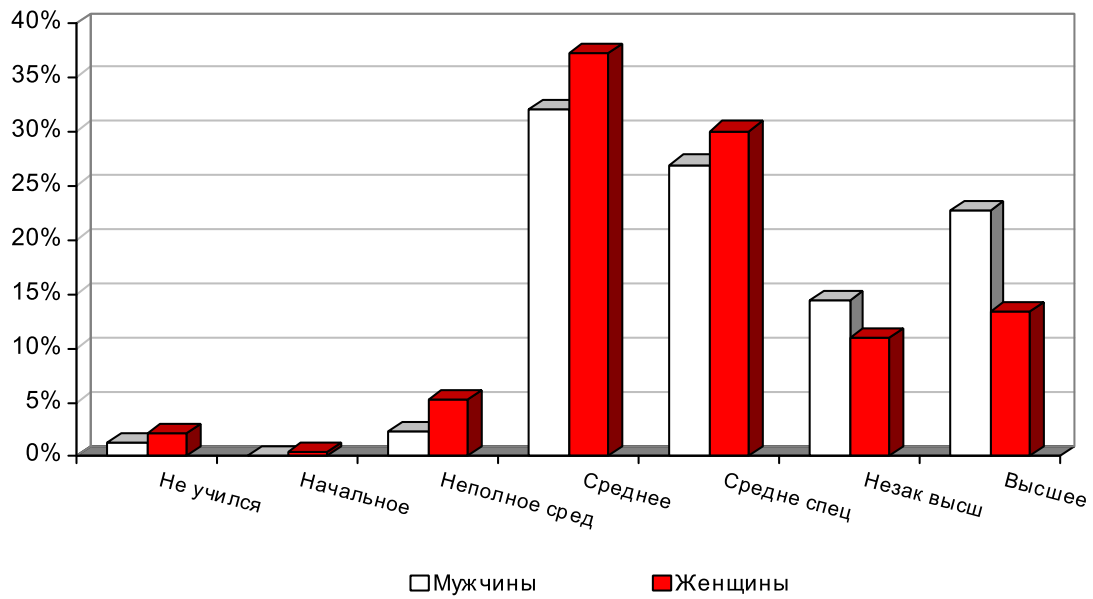


Рисунок 3. Характеристик групп уровню образования

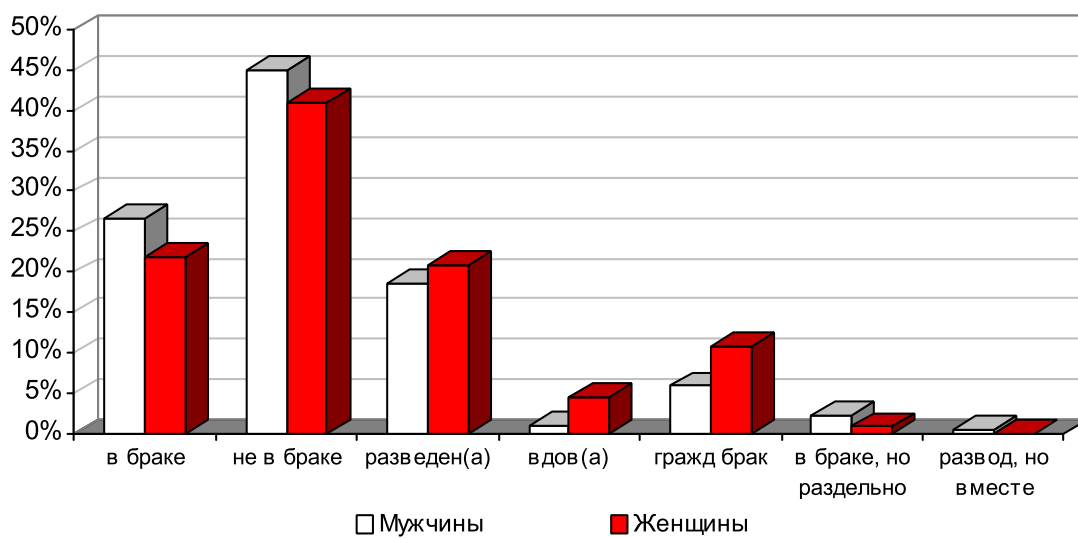


Рисунок 4. Характеристика групп по семейному положению

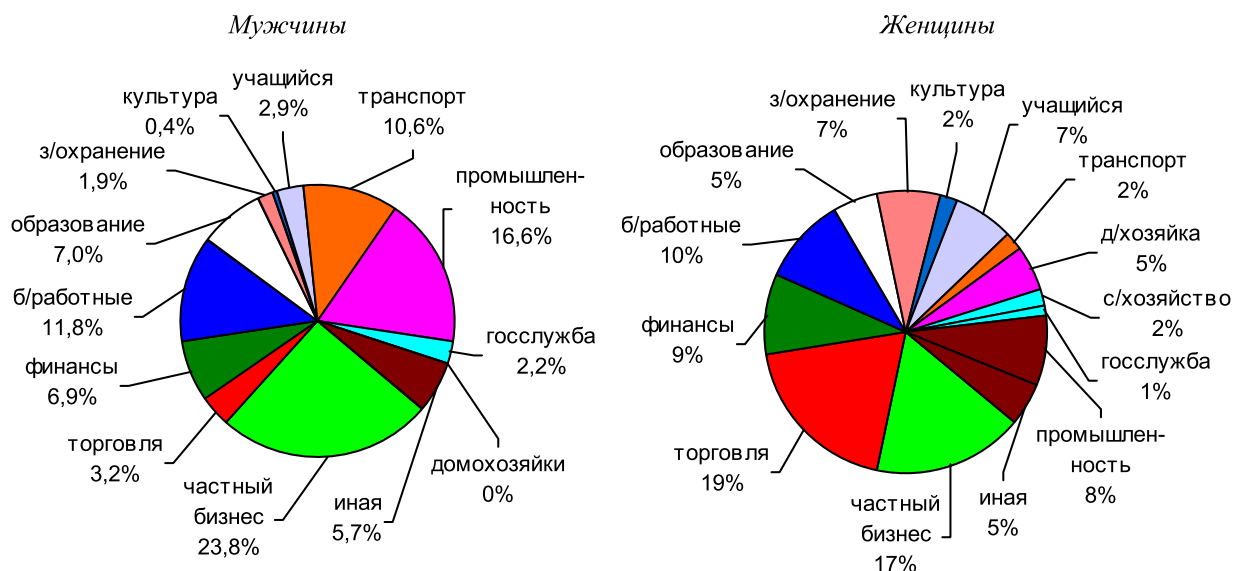


Рисунок 5. Характеристика групп по профессиональной деятельности

Таблица № 3

Клинико-организационные характеристики групп (госпитализация)

| Наименование | Мужчины | | Женщины | | P |
|------------------------------|---------|------------------------|---------|------------------------|-------|
| | % | Доверительный интервал | % | Доверительный интервал | |
| 1. Госпитализация | | | | | |
| Впервые в жизни | 22,9% | ±1,7% | 22,2% | ±4,9% | |
| Повторно | 36% | ±2% | 28,7% | ±5,3% | <0,05 |
| Повторно в данном году | 41,2% | ±2% | 49,1% | ±5,9% | <0,05 |
| 2. Поступление | | | | | |
| Первичное в данный стационар | 65,6% | ±1,9% | 57,3% | ±5,8% | <0,01 |
| Повторное в данный стационар | 34,4% | ±1,9% | 42,7% | ±5,8% | <0,01 |
| 3. Кем направлен | | | | | |
| Наркологическим диспансером | 14,3% | ±1,4% | 14% | ±4,1% | |
| Прочие | 23,2% | ±1,7% | 23,3% | ±5% | |
| Самостоятельно | 17,2% | ±1,5% | 11,8% | ±3,8% | <0,05 |
| Врачом - наркологом | 44% | ±2% | 50,5% | ±5,9% | <0,05 |
| Родственниками | 1% | ±0,4% | 0,4% | 0,2 <> 2,4% | |

мышленности достоверно число мужчин превышает число женщин: 16,6% и 8,1%, соответственно.

По наркологическому анамнезу группы имеют следующие характеристики.

Как видно из таблицы № 3 по характеру госпитализации в обеих группах преобладает повторная гос-

питализация в данном году: (41,2% и 49,1%, соответственно), при этом достоверно видно, что у женщин процент повторной госпитализации выше.

В обеих группах отмечается преобладание первичного обращения в Центр (65,6% и 57,3% соответственно), но при сравнении установлено, что в группе мужчин процент повторной госпитализации в

Центр достоверно меньше, чем в группе женщин – 31,4% и 42,7%, соответственно.

По характеру направления в стационар в обеих группах преобладает направление врачом - нарко-

логом (44% и 50,5%, соответственно), но в сравнении у мужчин отмечается достоверно больше обращаемости в Центр самостоятельно - 17,2% и 11,8%, соответственно.

Таблица № 4

Клинико-организационные характеристики групп (койко - дни)

| Количество койко-дней с момента поступления | Мужчины | | Женщины | | P |
|---|---------|------------------------|---------|------------------------|-------|
| | % | Доверительный интервал | % | Доверительный интервал | |
| { 0....<10} | 8% | ±3,8% | 6,3% | ±3,5% | |
| {10....<20} | 32,2% | ±6,5% | 15,8% | ±5,2% | <0,01 |
| {20....<30} | 11,6% | ±4,4% | 10% | ±4,3% | |
| {30....<40} | 9% | ±4% | 5,8% | ±3,3% | |
| {40....<50} | 10,1% | ±4,2% | 20% | ±5,7% | <0,01 |
| {50....<60} | 12,1% | ±4,5% | 21,1% | ±5,8% | <0,05 |
| {60....<70} | 15,1% | ±5% | 17,9% | ±5,5% | |

При полном курсе лечения в 60 дней в реабилитационном Центре у мужчин в большей степени выписка превалирует в первые 10 - 20 дней (таблица

№ 4). У женщин же в среднем продолжительность лечения в Центре приближается к полному двухмесячному курсу.

Таблица № 5

Наркологический анамнез

| Наименование | Мужчины | | Женщины | | P |
|---|---------------|------------------------|---------------|------------------------|-------|
| | Возраст (лет) | Доверительный интервал | Возраст (лет) | Доверительный интервал | |
| Возраст начала употребления | 20,2 | ±1,6 | 18,2 | ±0,8 | <0,05 |
| Длительность заболевания к моменту поступления | 7,2 | ±0,3 | 5,6 | ±0,9 | <0,01 |
| Наследственность по линии родителей и ближайших родственников (сестра, брат) | | | | | |
| Наименование | % | Доверительный интервал | % | Доверительный интервал | P |
| Неотягощена | 73,5% | ±10,5% | 38,5% | 13,1-69,3% | <0,05 |
| Отягощена алкоголизмом (наркоманией) | 26,5% | ±10,5% | 61,5% | 30,1-85,4% | <0,05 |
| Отягощена психическими заболеваниями | 0% | 0-5,9% | 0% | 0-25,8% | |
| Жена/муж, сожительница/сожитель | | | | | |
| Наименование | % | Доверительный интервал | % | Доверительный интервал | P |
| Не употребляет наркотики | 75,4% | ±3,7% | 41,6% | ±11% | <0,01 |

| Наименование | % | Доверительный интервал | % | Доверительный интервал | P |
|--|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| Отмечает употребление наркотиков, в настоящее время ремиссия | 1% | ±0,8% | 3,9% | 1,6<>11% | |
| Употребляет наркотики | 1,3% | ±1% | 29,9% | ±10,2% | <0,01 |
| Не применимо | 22,1% | ±3,5% | 24,7% | ±9,6% | |

Таблица № 6

Характер употребления психоактивных веществ

| Употребление ПАВ | Мужчины | | Женщины | | P |
|---|---------|------------------------|---------|------------------------|-------|
| | % | Доверительный интервал | % | Доверительный интервал | |
| Причина начала употребления | | | | | |
| Из любопытства | 17,1% | ±5,2% | 24,7% | ±6,1% | |
| Из подражания | 12,6% | ±4,6% | 12,1% | ±4,6% | |
| По назначению врача (из-за болезни) | 1% | 0,6<>4% | 0,5% | 0,3<>3,5% | |
| Под давлением окружающих | 1% | 0,6<>4% | 3,2% | ±2,5% | |
| Как способ избавления от скуки | 1,5% | 0,9<>4,6% | 0,5% | 0,3<>3,5% | |
| Из-за ощущения новизны | 6% | ±3,3% | 14,2% | ±5% | <0,05 |
| Стремление улучшить физическое состояние | 0% | 0<>2,7% | 1,1% | 0,6<>4,1% | |
| Стремление улучшить психическое состояние | 1,5% | 0,9<>4,6% | 3,2% | ±2,5% | |
| Как способ преодоления конфликта в семье | 0% | 0<>2,7% | 0,5% | 0,3<>3,5% | |
| Другое | 1,5% | 0,9<>4,6% | 1,6% | 0,9<>4,8% | |
| В компании мужа | 0% | 0<>2,7% | 1,1% | 0,6<>4,1% | |
| За компанию | 2,5% | 1,4<>5,9% | 1,1% | 0,6<>4,1% | |
| За компанию с друзьями | 4% | ±2,7% | 2,1% | 1,2<>5,5% | |
| Интерес | 1,5% | 0,9<>4,6% | 6,3% | ±3,5% | <0,05 |
| Условия первой пробы | | | | | |
| В компании с друзьями | 20,6% | ±5,6% | 23,2% | ±6% | |
| Со случайными знакомыми | 2,5% | 1,4<>5,9% | 2,6% | 1,5<>6,2% | |
| В одиночестве | 0% | 0<>2,7% | 0,5% | 0,3<>3,5% | |
| В кругу родственников | 0% | 0<>2,7% | 2,6% | 1,5<>6,2% | <0,05 |

Возраст на начало употребления опиоидов у женщин достоверно моложе, чем у мужчин и составляет 18,2 года и 20,2 года, соответственно (таблица № 5).

По длительности заболевания на момент поступ-

ления у мужчин достоверно больше стаж наркотизации: 7,2 лет и 5,4 лет, соответственно.

В наркоанамнезе исследуемых мужчин среди родителей и ближайших родственников преобладает отсутствие отягощенной наследственности по алко-

голизму и наркомании (73,5% и 38,5%), тогда как у женщин преобладает наличие отягощенности по данным заболеваниям (26,5% и 61,5%). При чем разница в данных параметрах достоверно подтверждается.

В обеих группах большинство пациентов отмечают, что супруги или сожители не употребляют наркотики: 75,4% и 41,6% соответственно. Однако в сравнении эти же параметры достоверно выше у мужчин, а у женщин достоверно выше употребление наркотиков мужем (сожителем): 1,3% и 29,9%.

По наркологическому анамнезу при опросе: причина начала употребления (таблица № 6), в обеих группах большинство отмечают, что из любопытства: (17,1% и 24,7%). Но с достоверной разницей у женщин из-за ощущения новизны и интереса: 6% - 14,2% и 1,5- 6,3% соответственно.

В условиях первого употребления в обеих группах большинство пациентов указывают: в компании друзей (20,6% и 29,2% соответственно), но в сравнении у женщин достоверно отмечается выше указание на употребление в кругу родственников.

Проанализировав полученные при исследовании данные можно сделать следующие заключения.

Наибольший риск по зависимости от опиоидов приходится на контингент женщин европейских национальностей в возрасте от 15 до 25 лет, со средним образованием, в больше степени занятых в торговле или в сфере обслуживании, возможно даже в здравоохранении. Очень высок процент женщин, начинающих употреблять наркотики вместе с супругом/сожителем.

Первичное употребление у мужчин чаще связано с общепринятыми социальными установками в данной среде, из-за подражания, за компанию. Тогда как на женщин эти установки действует менее заметно, но начало употребления больше связано с эмоциональными переживаниями: из-за ощущения новизны, интереса. При этом установлено, что часто родственное окружение пациенток является началом употребления наркотиков.

Несмотря на более раннюю наркотизацию, женщины чаще мужчин обращаются в наркологические кабинеты и более длительно находятся на стационарном лечении. Но при этом и частота повторных госпитализаций у них выше, даже в течение одного календарного года, что возможно связано с некачественным прохождением программы медико-социальной реабилитации.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ПРОЕКТ ПРОТОКОЛА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ АЛКОГОЛЯ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СРОКОМ НА 6 – 24 МЕСЯЦА

А. С. Каражанова, М. А. Джаксыбеков, Г. Т. Бектаева, Ф. Ш. Назырова,
М. Х. Жаксылыкова, О. М. Мухаметжанов, А. Т. Калиева, Т. А. Гуторова

Система наркологической помощи населению Республики Казахстан в настоящее время претерпевает организационное реформирование в различных секторах: добровольного лечения, принудительного лечения и в условиях пенитенциарных учреждений.

В соответствии со статистическими данными РК за 2007 год в Казахстане отмечается достаточное количество лечебных учреждений и, соответственно, лечебных коек. Всего в РК функционируют: Республиканский наркологический центр на 140 коек, 22 наркологических диспансера на 3 110 коек, 9 специализированных лечебных учреждений на 1 635 коек, 7 наркологических отделений на 175 коек в психиатрических стационарах и 5 наркологических коек в общей лечебной сети. В 16 отделениях медико-социальной реабилитации (далее - МСР) наркозависимых при наркологических диспансерах, самостоятельном Центре МСР (Западно – Казахстанская область) и клинике РНПЦ МСПН (г. Павлодар)

развернуто 585 коек. По сравнению с 2006 годом количество отделений МСР осталось без изменений за счет открытия 1 отделения МСР на 30 коек в Акмолинской области, 1 отделения МСР на 30 коек в г. Астана и закрытия 2 отделений МСР в Атырауской области на 50 коек. Количество коек в 16 отделениях МСР, по сравнению с 2006 годом, уменьшилось с 690 до 585. При этом деятельность отделений МСР регламентируется обновленными, соответствующими времени требованиям современных специалистов наркологического профиля. Для специализированных лечебных учреждений, где проводится лечение в принудительном порядке, нормативные акты значительно устарели, чем объясняется актуальность данной работы.

В статье приводится проект протокола специализированной медицинской помощи пациентам, зависимым от алкоголя в условиях принудительного лечения сроком на 6 - 24 месяца (два этапа).

Протокол специализированной медицинской помощи пациентам, зависимым от алкоголя в условиях принудительного лечения сроком на 6 - 24 месяца

1. Код протокола - 20 - 161 В.
2. Профиль: терапевтический. Специальность - психиатрия, субспециальность – наркология
3. Этапы лечения:
 - 3.1 Первый этап (детоксикация и медикаментозная коррекция). Цель - нивелирование проявлений физической и психической зависимости, диссомнических, астенических проявлений, мотивация на длительное терапевтическое сотрудничество.
 - 3.2 Второй этап лечения: (собственно реабилитационный). Цель - восстановление потенциала биологической и социальной адаптации пациента, формирование и развитие личностных и социальных свойств антинаркотической устойчивости в условиях лечебно-профилактического учреждения, стабилизация и закрепление результатов развития свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья.
4. Длительность стационарного лечения:
 - 1-й этап - 15 дней;

2-й этап - до окончания срока лечения в принудительном порядке, согласно постановлению суда.

5. Коды МКБ-10:

- 1) F 10.0
- 2) F 10.2
- 3) F 10.3

6. Определение.

Алкоголизм - это заболевание, которое характеризуется возникновением непреодолимого патологического влечения к спиртным напиткам, изменением толерантности организма, проявлениями алкогольного абстинентного (похмельного) синдрома и развитием алкогольной деградации личности.

6.1. Преходящее состояние вслед за приёмом спиртных напитков, приводящее к расстройствам сознания, восприятия, когнитивных функций, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций (F10.0).

6.2. Синдром зависимости - сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при

которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять алкоголь. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости (F10.2).

6.3 Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приёма спиртного после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах, употребления данного вещества (F10.3). Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнён судорогами.

7. Классификация (согласно МКБ - 10).

7.1. F 10.0 – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Острая интоксикация.

7.2. F 10.2 – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости.

7.3. F 10.3 – Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром отмены.

8. Факторы риска.

1. Биологические: ранний возраст начала употребления психоактивных веществ, наследственная предрасположенность, коморбидная психопатическая структура личности, мужской пол.

2. Социальные: низкий уровень жизни, отсутствие адекватной информации о последствиях употребления психоактивных веществ, дисфункциональные семейные отношения.

3. Этно-культуральные: высокая распространенность традиций употребления спиртных напитков; терпимое отношение микросоциума к употреблению психоактивных веществ.

4. Личностные: уровень психологического здоровья индивидуума.

9. Поступление: плановое.

10. Показания и противопоказания к госпитализации.

10.1 Показания к госпитализации.

1) установленный диагноз зависимости от алкоголя;
2) заключение СНЭК о необходимости в принудительном лечении.

10.2 Противопоказания к госпитализации: при выявлении сопутствующей патологии на любом из этапов лечения и реабилитации в соответствии с при-

казами № 323 от 28.07.1995 МЗ РК, 292 МЗ РК от 26.06.1996 осуществляется досрочная выписка по постановлению суда.

11. Перечень необходимых документов:

1) постановление суда о необходимости в лечении в принудительном порядке;

2) наличие необходимого объема догоспитального обследования.

3) наличие документов, подтверждающих личность пациента.

12. Необходимый объем исследований перед плановой госпитализацией.

1) Заключение СНЭК.

2) Анализ крови на RW (реакция Вассермана или микрореакция) не позже 3-х месяцев до вынесения постановления.

3) Флюорография органов грудной клетки не позже 6-ти месяцев до вынесения постановления.

4) Общий анализ крови, общий анализ мочи.

5) Консультация и заключение врача-фтизиатра при наличии патологии при флюорографическом обследовании органов грудной клетки.

6) Консультация и заключение гинеколога.

7) Консультация и заключение психиатра.

13. Критерии диагностики.

13.1. Диагноз острой интоксикации ставится на основании общих для состояния опьянения, а также следующих критериев:

- наличие не менее одного из следующих психических признаков: апатия, безучастность; конфликтность, агрессивное поведение; повышенное настроение с оттенком благодушия, беспечности, довольства; аффективная неустойчивость; снижение целенаправленности мышления; нарушения сосредоточения и памяти; психомоторная заторможенность (или наоборот, расторможенность); снижение умственной продуктивности.

- имеется также не менее одного из следующих неврологических признаков: шаткость походки; положительная проба Ромберга; смазанная речь; нистагм; нарушения сознания (например, ступор, кома); мышечная слабость; помутнение зрения, диплопия;

- присутствие не менее одного из следующих признаков объективного осмотра: запах спиртного изо рта, бледность/гиперемия кожных покровов; пульс замедлен или учащен; незначительное снижение/повышение АД; учащенное дыхание.

13.2. Диагностические критерии F 10.2: диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии 3 или более ниже перечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени в прошлом году:

- выраженная потребность принять алкоголь;

- нарушение способности контролировать прием вещества, то есть начало употребления, окончание или дозировки употребляемого спиртного;

- физиологическое состояние отмены (см. шифр F 10.3), при котором приём спиртного прекращается или уменьшается;

- признаки повышения толерантности (увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами);

- прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия;

- продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия как физические, так и психические.

13.3. Диагностические критерии состояния отмены:

Синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости (см. шифр F 10.2), и этот, последний, диагноз тоже надо иметь в виду.

- Диагноз синдрома зависимости следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу - специалисту.

- Проявления отмены специфичны для употребляемого вещества. Доказательство отмены или снижения дозы алкоголя после повторного и/или длительного потребления в высокой дозе. Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением алкоголя.

- Психический компонент состояния отмены представлен влечением к спиртному, аффективной неустойчивостью, психомоторное возбуждение, поведенческими нарушениями, диссомническими расстройствами, транзиторными зрительными, осязательными или слуховыми галлюцинациями или иллюзиями, возможны большие судорожные припадки. Соматовегетативные проявления абстинентного синдрома представлены головной болью, гипергидрозом, повышенным рвотным рефлексом, лабильностью вазомоторных реакций (тахикардия или гипертония), тремор пальцев вытянутых вперед рук, кончика языка или век, астеническими проявлениями.

14. Перечень основных диагностических мероприятий.

14.1 Клиническая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1-й этап | | 2-й этап | |
|---|--|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Осмотр и наблюдение нарколога | регулярно | 1,0 | регулярно | 1,0 |
| 2 | Осмотр терапевта | 1* | 1 | По показаниям | 0,9 |
| 3 | Патопсихологическая диагностика | 1 | 1 | - | - |
| 4 | Клиническая консультация и психокоррекция психолога | - | - | регулярно | 1,0 |
| 5 | Клиническая консультация и психокоррекция психотерапевта | - | - | регулярно | 1,0 |

где, кратность исследования — частота исследования в течение данного этапа, коэффициент соотношения - распространенность случаев пациентов в % соотношении к общему числу пациентов (например, 100% случаев - коэффициент соотношения 1,0; 10% - 0,1).

* - в случае необходимости возможно повторное исследование.

14.2 Лабораторная диагностика.

| № | Название метода исследования | 1-й этап | | 2-й этап | |
|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Общий анализ крови (7 параметров): лейкоциты (WBC), эритроциты (RBC), гемоглобин (HGB), средний объем эритроцита (MCV), тромбоциты (PLT), содержание лимфоцитов в % (LYM%), содержание нейтрофилов в % (NEUT %) | 1* | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |
| 2 | Общий анализ мочи | 1* | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|---|--|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 3 | Биохимический анализ крови (общего белка, билирубина, АЛТ и АСТ, тимоловой пробы, мочевины и креатинина, сахара крови) | 1* | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |
| 4 | Анализ крови на RW (реакция Вассермана или микрореакция). | 1 раз в 3 месяца | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |
| 5 | Кал на яйца глистов и простейших | 1* | 1,0 | По показаниям | 0,1 |
| 6 | Исследование мазка (гинекологическое) | 1* | 1,0 | По показаниям | 0,4 |

* - в случае необходимости возможно повторное исследование.

14.3 Психологическая диагностика

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Определение уровня реабилитационного потенциала (опросник для специалистов) | 1 | 1,0 | 1 | 1 |
| 2 | ВОЗ Качество жизни | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 |
| 3 | Мини мульт ММРІ | 1 | 1,0 | - | - |

14.4. Функциональная диагностика на 1-м этапе.

| № | Название метода исследования | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
|---|-------------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1 | ЭКГ (для пациентов от 40 лет) | 1* | 1,0 |

* - в случае необходимости возможно повторное исследование.

15. Перечень дополнительных диагностических мероприятий

15.1 Клиническая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|----|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Консультация невропатолога | 1* | 0,9 | 1* | 0,9 |
| 2 | Консультация психотерапевта | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |
| 3 | Консультация физиотерапевта | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |
| 4 | Консультация психиатра | 1* | 0,2 | 1* | 0,2 |
| 5 | Консультация гинеколога | 1* | 0,9 | 1* | 0,9 |
| 6 | Консультация инфекциониста | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 7 | Консультация СПИДолога | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 8 | Консультация хирурга (сосудистого, нейрохирурга и др) | 1* | 0,2 | 1* | 0,2 |
| 9 | Консультация фтизиатра | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |
| 10 | Консультация кардиолога | 1* | од | 1* | од |
| 11 | Консультация уролога | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 12 | Консультация отоларинголога | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 13 | Консультация онколога | 1* | 0,2 | 1* | 0,2 |
| 14 | Консультация окулиста | 1* | 0,03 | 1* | 0,03 |
| 15 | Консультация стоматолога | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |

* - кратность исследования может меняться в зависимости от тяжести сопутствующей соматической или психической патологии.

15.2 Лабораторная диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|----|--|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Определение белковых фракций | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 2 | Иммунохроматографический анализ на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 |
| 3 | Определение диастазы | 1 | 0,1 | 1 | 0,2 |
| 4 | Определение протромбинового индекса крови | 1 | 0,3 | 1 | 0,2 |
| 5 | Анализ крови на ревмофактор | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 6 | Мокрота на БК (трехкратно) | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 7 | Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому | 1 | 0,8 | 1 | 0,8 |
| 8 | Анализ мочи на желчные пигменты | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 9 | Анализ мочи на сахар | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 |
| 10 | Копрология | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |

15.3 Функциональная диагностика.

| № | Название метода исследования | 1-й этап | | 2-й этап | |
|---|------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | ЭКГ (пациентам до 40 лет) | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 2 | Реоэнцефалография (РЭГ) | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 3 | Электроэнцефалография (ЭЭГ): | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 4 | Эхоэнцефалография | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 5 | Спинно-мозговая пункция | 1 | 0,01 | 1 | 0,01 |
| 6 | УЗДГ | 1 | 0,04 | 1 | 0,04 |
| 7 | Компьютерная томография | 1 | 0,02 | 1 | 0,02 |
| 8 | ФГДС | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |

15.4. Лучевая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 - й этап | | 2-й этап | |
|---|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | УЗИ: органов брюшной полости, сердца | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 2 | Рентгенография | 1 | 0,05 | 1 | 0,05 |

15.5 Психологическая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1-й этап | | 2-й этап | |
|---|--|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Миннесотский многошкальный личностный опросник MMPI | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 |
| 2 | Минимум MMPI | - | - | 1 | 1,0 |
| 3 | Тест Р. Кеттелла «Шестнадцать личностных факторов, 16 PF | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 |
| 4 | Личностный опросник Айзенка EPI | 1 | 0,8 | - | - |
| 5 | Опросник Шмишека | 1 | 0,8 | - | - |
| 6 | Опросник интерперсональных отношений Т. Лири | 1 | 0,8 | - | - |

| № | Название метода исследования | 1-й этап | | 2-й этап | |
|----|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 7 | Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) | 1 | 0,8 | - | - |
| 8 | Самооценочная шкала депрессии | 1 | 0,8 | - | - |
| 9 | Шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 10 | Методика социально-психологической адаптации ТАТ | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 11 | Таблицы Шульте | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 |
| 12 | Корректурная проба | 1 | 0,05 | 1 | 0,05 |
| 13 | Методика запоминания 10 слов | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 14 | Методика «Классификация» | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 15 | Методика «Простые аналогии» | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 16 | Методика «Исключение лишнего» | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |

Примечание в случае перевода пациента с первого этапа лечения повторное психологическое обследование проводится при завершении настоящего (второго) этапа.

16. Тактика лечения.

16.1 Основные клинико-психологические мишени (узлы формирования алкогольной зависимости) обоих этапов:

- патологический соматический статус;
- патологическое влечение к спиртному;
- патологический личностный статус;
- нормативный личностный статус;
- дефицитарный социальный статус;
- уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

16.2 Основные лечебно-реабилитационные мероприятия на этапах лечения

1. В отношении пациента (на 1-м этапе):

- консультирование больных врачом психиатром-наркологом, психологом или психотерапевтом;
- обеспечение воздержания от употребления спиртных напитков и других психоактивных веществ;
- мероприятия по нивелированию абстинентных проявлений (астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, влечения к спиртным напиткам) с использованием фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий;
- формирование мотивации на терапевтическое сотрудничество в процессе мотивационного интервью, индивидуального (или группового) мотивационного консультирования.

2. В отношении пациента (на 2-м этапе):

- обеспечение контроля над употреблением алкоголя и других психоактивных веществ;
- противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического

влечения к спиртному;

- мотивация на активное участие в лечебно-реабилитационном процессе пациентов, зависимых от алкоголя;

- психотерапевтическая работа в формате мультимодальной интегративной терапии в индивидуальном или групповом режиме с целью формирования свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья пациентов;

- программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, ассертивности и эффективного копинг-поведения; коррекцию либо формирование системы ценностей.

3. В отношении семьи (на 2-м этапе):

- мотивация на активное участие в лечебно-реабилитационном процессе родных и близких пациентов в ходе мотивационного консультирования;
- семейная психотерапия с участием пациента.

16.3 Основные психотерапевтические мероприятия:

1-го этапа:

- установление контакта с нормативным личностным статусом пациента;
- функционирование в нормативном личностном статусе;
- редукция и блокирование патологического влечения к спиртным напиткам.

2-го этапа:

- актуализация и дальнейшее формирование нормативного личностного статуса, нормативной системы ценностей, позитивного жизненного сценария;

- редуция и блокирование патологического влечения к алкоголю; развитие и закрепление свойств антинаркотической устойчивости -психологического здоровья;

- формирование и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;
- развитие нормативных семейных отношений;
- трудотерапия.

16.4 Терапия состояния острой интоксикации алкоголем. Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.

Лечение острой интоксикации тяжелой степени должно проводиться в условиях реанимационного (токсикологического) отделения. В наркологических отделениях рекомендуется терапия средней и легкой степеней тяжести интоксикации. Основной целью является выведение алкоголя и его метаболитов из организма. В этом случае рекомендуется проведение парентеральной инфузионной терапии, назначаются энтеросорбенты, антидоты, витамины, а также антигистаминные препараты.

- промывание желудка, солевое слабительное, очистительная клизма;

- антидоты и другие субстанции, употребляемые при отравлениях: активированный уголь per os в 3-4 приема. При средней степени тяжести состояния острой интоксикации рекомендуется введение натрия тиосульфата 30% р-ра 5-15 мл внутривенно струйно медленно;

- инфузионная терапия в течение 3-5 дней в/в капельно медленно: глюкоза 5% раствор, натрия хлорид 0,9% раствор из расчета до 0,5-1,0 л/сутки в сочетании с аскорбиновой кислотой 5% - до 5 мл/сутки, пиридоксина гидрохлоридом 1% - до 4-6 мл/сутки, тиамин бромидом 5% - до 4-6 мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (дифенгидрамин (димедрол) – 1% р-р 1 мл или клопирамин (супрастин) – 2% р-р 1 мл), препаратами улучшающими мозговое кровообращение (винпоцетин (кавинтон) 2 мл);

- диуретики: фурасемид S таблетки (0,04) 1-2 раза per os, верошпирон по 1 табл (0,025) 2 раза в день;

- транквилизаторы (диазепам - до 40-50 мг/сутки);
- нейролептики (хлорпромазин 2,5% - до 6,0 мл/сутки, галоперидол 0,5% - до 3 мл/сутки).

16.5 Терапия алкогольного абстинентного синдрома. Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.

Лечение алкогольного абстинентного в большей степени симптоматическое. Продолжительность терапии зависит от состояния пациента.

- инфузионная терапия в течение 3-5 дней внутривенно капельно медленно: глюкоза 5% раствор, натрия хлорид 0,9 % раствор из расчета до 0,5-1,0 л/сутки в сочетании с аскорбиновой кислотой 5% - до 5 мл/сутки, пиридоксина гидрохлоридом 1% - до 4-

6 мл/сутки, тиамин бромидом 5% - до 4-6 мл/сутки, антигистаминным препаратом в разовой дозировке (дифенгидрамин (димедрол) – 1% р-р 1 мл или клопирамин (супрастин) – 2% р-р 1 мл), препаратами улучшающими мозговое кровообращение (винпоцетин (кавинтон) 2 мл);

- диуретики: фурасемид 1 таблетке (0,04) 1-2 раза per os, верошпирон по 1 таблетке (0,025) 2 раза в день;

- средства, подавляющие влечение к алкоголю:

а) антиконвульсанты: карбамазепин обладающий вегетостабилизирующим, нормотимическим и эмоциотропными действием. Рекомендуемая доза до 400 - 600 мг/сут. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Необходим лабораторный контроль картины крови. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения.

б) в более редких случаях при сохранении выраженных поведенческих и аффективных расстройств (с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения к алкоголю, коррекции поведения) назначаются нейролептики. Препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.

в) с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику рекомендуется назначение антидепрессантов. Препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием: сертралин, флувоксамин, amitриптилин в среднесуточных дозировках. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя;

- гепатопротекторы: силимарин (карсил, гепабене) по 1-2 капсулы в 2-3 приема течение месяца;

- седативные, снотворные препараты 3-го поколения - зопиклон, производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепам 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты.

16.6 Терапия патологического влечения к алкоголю в период воздержания от спиртных напитков. Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.

В случаях обострения синдрома патологического влечения назначаются противосудорожные препараты, нейролептики или антидепрессанты. В большинстве случаев возможно назначение одного препарата, выбор которого определяется врачом психиатром-наркологом в каждом конкретном случае:

- антиконвульсанты (при легкой и средней степени тяжести патологического влечения): карбамазе-

пин обладающий вегетостабилизирующим, нормотимическим и эмоциотропными действием. Рекомендуемая доза до 400 - 600 мг/сут. При необходимости доза препарата может быть увеличена. Последующая отмена препарата проводится постепенно (в течение недели) с отменой вначале дневной, а через 2-3 дня утренней дозы. В случае необходимости продолжить терапию вечерняя доза препарата может назначаться на следующем этапе лечения;

- транквилизаторы (диазепам - до 40-50 мг/сут на 3-5 дней);

- нейролептики (при средней и выраженной степени тяжести патологического влечения):

а) галоперидол (5-15 мг/сут); оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.

б) антидепрессанты (при средней и выраженной степени тяжести патологического влечения). Оказывают не только антидепрессивное действие, но и нивелируют раздражительность, агрессию, корректируют поведение (смягчаются проявления социальной дезадаптации), нормализуют сон. Препаратами выбора являются, антидепрессанты, обладающие седативным действием: сертралин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках. Длительность лечения до 4 недель. Минимальный срок отмены препарата 1 неделя.

16.7 Терапия астенического (неврастенического) синдрома, коррекция интеллектуально-мнестических расстройств. Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.

С целью уменьшения повышенной утомляемости, раздражительности, истощаемости, лабильности эмоциональных реакций, а также для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций (ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности и пр., что неизбежно влечёт за собой проблемы, связанные с обучением, работой, участием в групповых психотерапевтических сессиях и т.д.) назначают лекарственные средства, улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение, общеукрепляющие средства:

- лекарственные средства, улучшающие метаболизм и мозговое кровообращение. Не рекомендуется назначение данных препаратов в остром периоде абстинентных проявлений, в связи с актуализацией патологического влечения. Продолжительность курса лечения до 1 месяца:

а) пирацетам (ноотропил, луцетам) 10-20 мл 20% раствора в/в капельно в течение 5-10 дней с дальнейшим переводом на пероральный прием в суточной дозе 1,2-2,0 г в 2 - 3 приема (утром и днем);

Гинкго Билоба (танакан) по 1 капсуле до 3 раз в день продолжительностью до 1 месяца;

б) депротенинизированный гемодериват из телячьей крови (актовегин) по 5 мл в/в капельно 5 -10 дней;

винпоцетин (кавинтон) до 10-20 мг в сутки в 5% растворе глюкозы с переходом через 5-10 дней на пероральный прием до 30 мг в сутки;

комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи (церебролизин) до 5,0-10,0 мл внутривенно;

- витамины назначают в соответствующих дозировках курсом от 10 до 30 дней. Возможен как пероральный прием, так и парентеральное введение: аскорбиновая кислота (витамин С), пиридоксин (В6), тиамин (В1), токоферола ацетат (Е), тиоктовая кислота (альфа-липоевая кислота).

16.8 Алгоритм терапии диссомний (нарушений сна). Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.

- анксиолитики и снотворные лекарственные средства. Использование транквилизаторов рекомендуется использовать с большой осторожностью в связи с частым развитием привыкания к ним. Препараты назначаются в минимально эффективных дозировках, курсом не более 5 дней. Препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения - зопиклон, производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты.

- в случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков левомепромазин (тизерцин, клозапин) в разовой дозе индивидуально до 50 мг на ночь. Продолжительность лечения 3-5 дней.

- антидепрессанты: флувоксамин (феварин) - в разовой дозе 25 мг – 50 мг на ночь.

- физиотерапия (акупунктура, рефлексотерапия, транскраниальная электроаналгезия, инфитерапия, электросон).

17. Используемые медикаменты.

17.1 Перечень основных медикаментов, используемых на 1-м и 2-м этапах лечения.

1. Диазепам 0,05% - 2 мл., амп.
2. Диазепам 10 мг., таб.
3. Зопиклон 7,5 мг., таб.
4. Карбамазепин 200 мг., таб.
5. Кислота аскорбиновая 50 мг. драже
6. Клозапин 25 мг., таб.
(перенесен из дополнительных в основные)
7. Флувоксамин 50 мг., таб.
(перенесен из дополнительных в основные)
8. Флуоксетин 50 мг., таб.
9. Хлорпромазин 2,5% - 2 мл., амп.
10. Левомепромазин 25 мг., таб.
11. Преднизолон 5 мг., таб.
(перенесен из дополнительных в основные)
12. Рисперидон 2 мг., таб.
13. Селимарин, фумарин капс.
(перенесен из дополнительных в основные)

14. Токоферола ацетат капс.
15. Тофазепам 50 мг., таб.

17.2 Перечень дополнительных медикаментов, используемых на 1-м и 2-м этапах лечения

1. Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл амп.
2. Амитриптиллин 2,0% - 2 мл., амп.
3. Амитриптиллин 25 мг., таб.
4. Ацетилсалициловая кислота 500 мг таб.
5. Венлафаксин 75 мг., таб.
6. Винпоцетин 2 мл., амп.
7. Винпоцетин 5 мг., таб.
8. Галоперидол 0,5% - 1 мл., амп.
9. Галоперидол 5 мг., таб.
10. Гамма-аминобутировая кислота 250 мг таб.
11. Гентамицин 4% - 1,0 мл амп.
12. Гидрохлортиазид 25 мг таб.
13. Гинкго Билоба 40 мг., таб.
14. Декстран-70 200 мл фл.
15. Декстроза 5% - 400,0 мл., фл.
16. Дигоксин 0,025% - 1 мл амп
17. Диклофенак натрия 2,5% 3,0 мл амп.
18. Дротаверин 40 мг. - 2 мл., амп.
19. Кетопрофен 50 мг., таб.
20. Кислота аскорбиновая 5% - 1,0 мл., амп.
21. Комбинированные преп-ты, содержащие гидроксид алюминия и магния, сусп., 70 мл.
22. Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5 мл., амп.
23. Ко-тримаксозол 480 мг таб.
24. Лактулоза 500 мл., фл., мл.

25. Левомепразин 2,5% 1,0 мл., амп.
26. Лоперамид 2 мг., капс.
27. Метаклопрамид 10 мг., таб.
28. Метронидазол 250 мг таб.
29. Милнаципрам 50 мг., таб.
30. Налтрексон 50 мг., капс.
31. Натрия хлорид 0,9% р-р для инфуз. 200 мл., флак.
32. Никотиновая кислота 1% - 1,0 мл амп.
33. Нистатин 500 тыс. ед. таб.
34. Оланзапин 10 мг., таб.
35. Панкреатин 10000 ЕД таб.
36. Парацетамол 500 мг., таб.
37. Пирацетам 20% - 5,0 мл., амп.
38. Пирацетам 400 мг., таб.
39. Пиридоксина гидрохлорид 5% - 1,0 мл., амп.
40. Прокаин 0,5% - 5,0 мл., амп.
41. Ранитидин 300 мг., таб.
42. Сертралин 50 мг., таб.
43. Тиамин бромид 5% - 1,0 мл., амп.
44. Тригексифенидил 2 мг., таб.
45. Уголь активированный 0,25 таб.
46. Фуросемид 1% - 2,0 мл., амп.
47. Цефазолин 1,0 амп.
48. Цианокобаламин 0,05% 1,0 мл амп.
49. Циннаризин 25 мг., таб.
50. Эналаприл 5 мг., таб.
51. Рисперидон 1 мг/мл., сусп., мл.

18. Психотерапевтические технологии.

18.1. Перечень основных методов психотерапии

| № | Название метода исследования | 1 - й этап | | 2-й этап | |
|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Мотивационное интервьюирование | регулярно | 1,0 | - | - |
| 2 | Мотивационное консультирование, психотерапия | - | - | регулярно | 1,0 |
| 3 | Индивидуальное консультирование, психотерапия | - | - | регулярно | 1,0 |
| 4 | Групповая психотерапия, консультирование | - | - | регулярно | 0,7 |
| 5 | Семейное консультирование, психотерапия | - | - | регулярно | 0,8 |

18.1. Перечень дополнительных методов психотерапии

| № | Название метода исследования | 1 - й этап | | 2-й этап | |
|---|---------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Мотивационная психотерапия | регулярно | 0,7 | - | - |
| 2 | Индивидуальная психотерапия | регулярно | 0,7 | - | - |
| 3 | Арт – терапия | по показаниям | 0,6 | по показаниям | 0,9 |
| 4 | Телесно-ориентированная терапия | - | - | по показаниям | 0,5 |

| № | Название метода исследования | 1 - й этап | | 2-й этап | |
|---|------------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 5 | Экзистенциальная терапия | - | - | по показаниям | 0,8 |
| 6 | Социально-психологические тренинги | - | - | по показаниям | 0,9 |

19 Критерии эффективности лечения и завершения пребывания на этапах лечения.

19.1 Критерии эффективности на 1-ом этапе:

- Купирование проявлений физической и психической зависимости.

- Редукция патологического влечения к алкоголю.

- Редукция соматических осложнений.

- Наличие мотивации к воздержанию от алкоголя и на дальнейшее прохождение реабилитации.

19.2 Критерии эффективности 2-ом этапе:

- повышение социальной компетентности (участия пациентов социально адаптированной деятельности);

- снижение уровня семейной дисфункции, улучшение семейных отношений.

19.3 Критерии перевода на второй этап:

- отсутствие симптомов отмены спиртного;

- нормализация настроения, сна, редукция патологического влечения к алкоголю;

- наличие мотивации на дальнейшее прохождение реабилитационной программы.

20. Информационные источники, использованные при подготовке протокола.

1. Алтынбеков С.А., Грузман А.В. Медикаментозная противорецидивная терапия при опийной наркомании. Методические рекомендации. Павлодар, 2005. -60 с.

2. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.

3. Блейхер В. М., Круг И. В. Клиническая патопсихология. -М.: 1997-с. 100-104

4. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по

клинической наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М.: «НАН», 2000. – С. 191-206

5. Головин С.А. Опыт применения оланзапина в процессе медико-социальной реабилитации больных в наркологической клинике

6. Иванец Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Лекции по клинической наркологии. М, 1995, с.109

7. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. Эксмо, 2007 г. 416 стр.

8. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.

9. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации нар-козависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.

10. Кордуэлл М. Психология от А до Я: Словарь-справочник, 2000г.

11. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.

12. Anton RF, Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current and future directions. Alcohol, 1996, 31 Suppl1: 43-53

13. Havton et al, Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatment in preventing repetition. BMJ, 1998 Aug, 15, 317: 441-7

14. Litten RZ, Allen JP, Pharmacotherapies for alcoholism: Promising agents and clinical issues. Alcohol Clin Exp Res, 1991, Vol.15, N4, p 620-33

15. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.

16. O'Malley S.S; Jaffe A.J.; Chang G.; Rode S.; Schottenfeld R.; Meyer R.E.; Rounsaville B. // Archives Of General Psychiatry.-1992.- nov.-V.49.-p.881-887: «Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence (a controlled study)»

17. S.Walen «Cognitive factors in behavior», 1980

ПРОЕКТ ПРОТОКОЛА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ЗАВИСИМЫМ ОТ ОПИОИДОВ, А ТАК ЖЕ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СОЧЕТАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СРОКОМ НА 6 - 24 МЕСЯЦЕВ

А. С. Каражанова, Л. К. Барматина, М. Х. Жаксылыкова,
О. М. Мухаметжанов, В. В. Гловацкий, А. И. Найденов, Т. А. Гуророва

Вопрос о необходимости реформирования наркологической помощи, а именно в секторе принудительного лечения, достаточно долго обсуждался руководителями СЛПУ МЗ РК, руководителями системы УИС МЮ РК и практическими врачами.

Насущная потребность пересмотра нормативных актов, характеризующих структуру (положения о

СЛПУ), штатное расписание и технологии (протоколы диагностики и лечения) наконец стала возможной в настоящее время.

В статье приводится проект протокол специализированной медицинской помощи пациентам, зависимым от опиоидов в условиях принудительного лечения сроком на 6 - 24 месяцев (два этапа).

Протокол специализированной медицинской помощи пациентам, зависимым от опиоидов, а так же с зависимостью от сочетанного употребления ПАВ в условиях принудительного лечения сроком на 6 - 24 месяцев

1. Код протокола - 20 - 161 В.

2. Профиль: терапевтический. Специальность - психиатрия, субспециальность - наркология

3. Этапы лечения:

3.1 Первый этап (детоксикация и медикаментозная коррекция). Цель - нивелирование проявлений физической и психической зависимости, астенических проявлений, мотивация на длительное терапевтическое сотрудничество.

3.2 Второй этап лечения: (собственно реабилитационный). Цель - восстановление потенциала биологической и социальной адаптации пациента, формирование и развитие личностных и социальных свойств антинаркотической устойчивости в условиях лечебно-профилактического учреждения, стабилизация и закрепление результатов развития свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья.

4. Длительность стационарного лечения:

1-й этап - 15 дней;

2-й этап - до окончания срока лечения в принудительном порядке, согласно постановлению суда.

5. Коды МКБ - 10:

5.1. F11.0

5.2. F11.2

5.3. F11.3

5.4. F19.0

5.5. F19.2

5.6. F19.3

6. Определение.

Наркоманией называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному

приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема.

6.1 Острая интоксикация опиоидами – переходящее состояние вслед за приёмом опиоидов, приводящее к расстройствам сознания, восприятия, когнитивных функций, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций (F11.0).

6.2 Синдром зависимости – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление препаратов группы опия начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять опиоиды. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости (F11.2).

6.3 Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приёма наркотического вещества после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах, употребления данного вещества. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнён судорогами (F11.3).

6.4 Острая интоксикация в результате сочетанного употребления психоактивных веществ (ПАВ). Преходящее состояние вслед за приёмом ПАВ, приводящее к расстройствам сознания, восприятия, когнитивных функций, эмоций, поведения или других психофизиологических функций и реакций (F19.0).

6.5 Синдром зависимости – сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых сочетанное употребление психоактивных веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (часто сильная, иногда непреодолимая) принять одновременно несколько психоактивных веществ, или, в крайнем случае, одно из ранее употребляемых ПАВ. Имеются доказательства того, что возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости (F19.2).

6.6 Группа симптомов различного сочетания и степени тяжести, проявляющаяся при полном или частичном прекращении приёма наркотических веществ после неоднократного, обычно длительного и/или в высоких дозах, употребления данных веществ. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типам вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром отмены может быть осложнён судорогами (F11.3).

7. Классификация (согласно МКБ – 10).

7.1.F11.0 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Острая интоксикация.

7.2. F11.2 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром зависимости.

7.3. F11.3 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов. Синдром отмены.

7.4. F19.0 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные сочетанным употреблением ПАВ. Острая интоксикация.

7.5. F19.2 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные сочетанным употреблением ПАВ. Синдром зависимости.

7.6. F19.3 - Психические и поведенческие расстройства, вызванные сочетанным употреблением ПАВ. Синдром отмены.

8. Факторы риска.

8.1 Биологические: ранний возраст начала употребления ПАВ, наследственная предрасположенность, коморбидная психопатическая структура личности, мужской пол.

8.2 Социальные: низкий уровень жизни, школьная дезадаптация, отсутствие адекватной информации о последствиях употребления ПАВ, дисфункциональные семейные отношения.

8.3 Этно-культуральные: высокая распространенность традиций по употреблению психоактивных веществ; терпимое отношение микросоциума к употреблению ПАВ.

9. Поступление: плановое.

10. Показания и противопоказания к госпитализации.

10.1 Показания к госпитализации.

- установленный диагноз зависимости от алкоголя;
- заключение СНЭК о необходимости в принудительном лечении.

10.2 Противопоказания к госпитализации

- при выявлении сопутствующей патологии на любом из этапов лечения и реабилитации в соответствии с приказами № 323 от 28.07.1995 МЗ РК, 292 МЗ РК от 26.06.1996 осуществляется досрочная выписка по постановлению суда.

11. Перечень необходимых документов:

- постановление суда о необходимости в лечении в принудительном порядке;
- наличие необходимого объема догоспитального обследования;
- наличие документов, подтверждающих личность пациента.

12. Необходимый объем исследований перед плановой госпитализацией

- Заключение СНЭК
- Анализ крови на RW (реакция Вассермана или микрореакция) не позже 3-х месяцев до вынесения постановления.
- ОАК, ОАМ.
- Флюорография органов грудной клетки не позже 6-ти месяцев до вынесения постановления.
- Консультация и заключение врача-фтизиатра при наличии патологии при флюорографическом обследовании органов грудной клетки.
- Консультация и заключение гинеколога.
- Консультация и заключение психиатра.

13. Критерии диагностики.

13.1. Диагноз острой интоксикации ставится на основании общих для состояния опьянения, а также следующих критериев:

- наличие не менее одного из следующих психических признаков: апатия, безучастность; повышенное настроение с оттенком благодушия, беспечности, довольства; аффективная неустойчивость; снижение целенаправленности мышления; нарушения сосредоточения и памяти; психомоторная заторможенность; снижение умственной продуктивности.

- имеется также не менее одного из следующих неврологических признаков: шаткость походки; положительная проба Ромберга; смазанная речь; нистагм; нарушения сознания (например, ступор, кома); мышечная слабость; помутнение зрения, диплопия;

- присутствие не менее одного из следующих признаков объективного осмотра: бледность кожных покровов; легкий или умеренный цианоз носогубного треугольника; узость зрачков; пульс замедлен;

незначительное снижение АД; следы проколов по ходу поверхностных вен различной давности.

Передозировка препаратами опия то же относится к данной рубрике.

13.2. Диагностические критерии F11.2: диагноз синдрома зависимости может быть поставлен только при наличии 3 или более ниже перечисленных признаков, возникавших в течение определенного времени в прошлом году:

- выраженная потребность принять психоактивное вещество;

- нарушение способности контролировать прием вещества, т.е. начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ;

- физиологическое состояние отмены (см. шифр F11.3), при котором приём вещества прекращается или уменьшается;

- признаки толерантности (увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, ранее производимого более низкими дозами);

- прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления опиоидов, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия;

- продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия как физические, так и психические.

13.3. Диагностические критерии состояния отмены:

Синдром отмены является одним из проявлений синдрома зависимости (см. шифр F11.2), и этот, последний, диагноз тоже надо иметь в виду.

- Диагноз синдрома зависимости следует кодировать как основной, если он достаточно выражен и является непосредственной причиной обращения к врачу - специалисту.

- Физические нарушения специфичны для употребляемого вещества. Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением вещества.

- Синдром отмены характеризуется следующими признаками:

а) общие: астенические проявления; психичес-

кое напряжение; эмоциональные расстройства гипотимического радикала; нарушение витальных потребностей (аппетита, сна); разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, озноб, мидриаз, диспепсия, нарушения СС регуляции и мышечного тонуса);

б) специфичные для опиоидов: в психическом статусе на первый план выходят признаки влечения к опиоидам; в течение 12-18 часов после последнего употребления - инсомния, тревога, раздражительность, «гусиная кожа»; к концу суток - зевота, слезотечение, насморк, тошнота, боли в животе, со 2-х суток появляются мышечно-суставные боли.

13.4. Диагноз острой интоксикации при сочетанном потреблении психоактивных веществ (F19.0) ставится на основании общих для состояния опьянения, а также специфических для употребляемых ПАВ признаков.

13.5. Диагностические критерии F19.2: диагноз зависимости выставляется аналогично F11.2 только при наличии трех или более признаков перечисленных в пункте 13.2, возникавших в течение определенного времени в прошлом году.

13.6. Диагностические критерии состояния отмены:

- Физические нарушения специфичны для употребляемых веществ. Обычно пациент указывает, что синдром отмены облегчается последующим употреблением одного или нескольких психоактивных веществ.

- Синдром отмены характеризуется следующими признаками:

а) общие: астенические проявления; психическое напряжение; эмоциональные расстройства гипотимического радикала; нарушение витальных потребностей (аппетита, сна); разнообразные вегетативные расстройства (гипергидроз, озноб, мидриаз, диспепсия, нарушения СС регуляции и мышечного тонуса);

б) специфичные для употребляемых ПАВ.

14. Перечень основных диагностических мероприятий.

14.1 Клиническая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1-й этап | | 2-й этап | |
|---|--|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Осмотр и наблюдение нарколога | регулярно | 1,0 | регулярно | 1,0 |
| 2 | Осмотр терапевта | 1* | 1 | По показаниям | 0,9 |
| 3 | Патопсихологическая диагностика | 1 | 1 | - | - |
| 4 | Клиническая консультация и психокоррекция психолога | - | - | регулярно | 1,0 |
| 5 | Клиническая консультация и психокоррекция психотерапевта | - | - | регулярно | 1,0 |

где, кратность исследования — частота исследования в течение данного этапа, коэффициент соотношения - распространенность случаев пациентов в % соотношении к общему числу пациентов (например, 100% случаев - коэффициент соотношения 1,0; 10% - 0,1). * - в случае необходимости возможно повторное исследование.

14.2 Лабораторная диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|---|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Общий анализ крови (7 параметров): лейкоциты (WBC), эритроциты (RBC), гемоглобин (HGB), средний объем эритроцита (MCV), тромбоциты (PLT), содержание лимфоцитов в % (LYM%), содержание нейтрофилов в % (NEUT %) | 1* | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |
| 2 | Биохимический анализ крови(общего белка, билирубина, АЛТ и АСТ, тимоловой пробы, мочевины и креатинина, сахара крови) | 1* | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |
| 3 | Анализ крови на RW (реакция Вассермана или микрореакция). | 1 раз в 3 месяца | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |
| 4 | Анализ крови на ВИЧ | Не реже 1 раза 6 месяцев | 1,0 | Не реже 1 раза 6 месяцев | 1,0 |
| 5 | Общий анализ мочи | 1* | 1,0 | 1 раз в 3 месяца | 1,0 |
| 6 | Кал на яйца глистов и простейших | 1* | 1,0 | По показаниям | 0,1 |
| 7 | Исследование мазка (гинекологическое) | 1* | 1,0 | По показаниям | 0,4 |

* - в случае необходимости возможно повторное исследование.

14.3 Психологическая диагностика

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Определение уровня реабилитационного потенциала (опросник для специалистов) | 1 | 1,0 | 1 | 1 |
| 2 | ВОЗ Качество жизни | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 |
| 3 | Мини мульт ММРП | 1 | 1,0 | - | - |

14.4. Функциональная диагностика на 1-м этапе.

| № | Название метода исследования | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
|---|-------------------------------|------------------------|-------------------------|
| 1 | ЭКГ (для пациентов от 40 лет) | 1* | 1,0 |

* - в случае необходимости возможно повторное исследование.

15. Перечень дополнительных диагностических мероприятий.

15.1 Клиническая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|---|--|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Консультация невропатолога | 1* | 0,9 | 1* | 0,9 |
| 2 | Консультация психотерапевта | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |
| 3 | Консультация физиотерапевта | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |
| 4 | Консультация психиатра | 1* | 0,2 | 1* | 0,2 |
| 5 | Консультация гинеколога | 1* | 0,9 | 1* | 0,9 |
| 6 | Консультация инфекциониста | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 7 | Консультация СПИДолога | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 8 | Консультация хирурга (сосудистого, нейрохирурга и др.) | 1* | 0,2 | 1* | 0,2 |
| 9 | Консультация фтизиатра | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|----|------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 10 | Консультация кардиолога | 1* | од | 1* | од |
| 11 | Консультация уролога | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 12 | Консультация отоларинголога | 1* | 0,02 | 1* | 0,02 |
| 13 | Консультация онколога | 1* | 0,2 | 1* | 0,2 |
| 14 | Консультация окулиста | 1* | 0,03 | 1* | 0,03 |
| 15 | Консультация стоматолога | 1* | 0,4 | 1* | 0,4 |

* - кратность исследования может меняться в зависимости от тяжести сопутствующей соматической или психической патологии.

15.2 Лабораторная диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|----|--|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Определение белковых фракций | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 2 | Иммунохроматографический анализ на наличие наркотических веществ и их метаболитов в моче | 1 | 0,6 | 1 | 0,6 |
| 3 | Определение диастазы | 1 | 0,1 | 1 | 0,2 |
| 4 | Определение протромбинового индекса крови | 1 | 0,3 | 1 | 0,2 |
| 5 | Анализ крови на ревмофактор | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 6 | Мокрота на БК (трехкратно) | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 7 | Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому | 1 | 0,8 | 1 | 0,8 |
| 8 | Анализ мочи на желчные пигменты | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 9 | Анализ мочи на сахар | 1 | 0,3 | 1 | 0,3 |
| 10 | Копрология | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |

15.3 Функциональная диагностика.

| № | Название метода исследования | 1-й этап | | 2-й этап | |
|---|------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | ЭКГ (пациентам до 40 лет) | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 2 | Реоэнцефалография (РЕГ) | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 3 | Электроэнцефалография (ЭЭГ): | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 4 | Эхоэнцефалография | 1 | 0,4 | 1 | 0,4 |
| 5 | Спинно-мозговая пункция | 1 | 0,01 | 1 | 0,01 |
| 6 | УЗДГ | 1 | 0,04 | 1 | 0,04 |
| 7 | Компьютерная томография | 1 | 0,02 | 1 | 0,02 |
| 8 | ФГДС | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |

15.4. Лучевая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 - й этап | | 2-й этап | |
|---|--------------------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | УЗИ: органов брюшной полости, сердца | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 2 | Рентгенография | 1 | 0,05 | 1 | 0,05 |

15.5 Психологическая диагностика.

| № | Название метода исследования | 1 -й этап | | 2-й этап | |
|----|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Миннесотский многошкальный личностный опросник ММРІ | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 |
| 2 | Минимумль ММРІ | - | - | 1 | 1,0 |
| | Тест Р. Кеттелла «Шестнадцать личностных факторов, 16 PF | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 |
| 3 | Личностный опросник Айзенка ЕРІ | 1 | 0,8 | - | - |
| 4 | Опросник Шмишека | 1 | 0,8 | - | - |
| 5 | Опросник интерперсональных отношений Т. Лири | 1 | 0,8 | - | - |
| 6 | Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) | 1 | 0,8 | 1 | 0,8 |
| 7 | Самооценочная шкала депрессии | 1 | 0,8 | 1 | 0,8 |
| 8 | Шкала реактивной и личностной тревожности Ч. Спилбергера | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 9 | Методика социально-психологической адаптации ТАТ | 1 | 0,5 | 1 | 0,5 |
| 10 | Таблицы Шульте | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 |
| 11 | Корректурная проба | 1 | 0,05 | 1 | 0,05 |
| 12 | Методика запоминания 10 слов | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 13 | Методика «Классификация» | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 14 | Методика «Простые аналогии» | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| 15 | Методика «Исключение лишнего» | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |

16. Тактика лечения

16.1 Основные клиничко-психологические мишени (узлы формирования опиоидной зависимости, зависимости от сочетанного употребления ПАВ) обоих этапов:

- патологический соматический статус;
- патологическое влечение к ПАВ
- патологический личностный статус;
- нормативный личностный статус;
- дефицитарный социальный статус;
- уровень мотивации на полноценное прохождение МСР.

16.2 Основные лечебно-реабилитационные мероприятия на этапах лечения

1. В отношении пациента (на 1-м этапе):

- консультирование больных врачом психиатром-наркологом, психологом или психотерапевтом;
- обеспечение воздержания от употребления опиоидов и других психоактивных веществ;
- мероприятия по нивелированию абстинентных проявлений (астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, влечения к ПАВ) с использованием фармакологических, физиотерапевтических и других мероприятий;
- формирование мотивации на терапевтическое сотрудничество в процессе мотивационного интервью, индивидуального (или группового) мотивационного консультирования.

2. В отношении пациента (на 2-м этапе):

- обеспечение контроля над употреблением опиоидов и других психоактивных веществ;
 - противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к препаратам группы опия и другим ПАВ;
 - психотерапевтическая работа в формате мультимодальной терапии в индивидуальном или групповом режиме с целью формирования свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья у пациентов;
 - программа социально-психологических тренингов, направленных на развитие навыков коммуникативности, ассертивности и эффективного копинг-поведения, а также на формирование адекватной самооценки и связанного с ней уровня притязаний, формирование навыков выбора и ответственности; коррекцию либо формирование системы ценностей;
 - мотивация на активное участие в лечебно-реабилитационном процессе пациентов, зависимых от опиоидов и других ПАВ;
- #### 3. В отношении семьи
- мотивация на активное участие в лечебно-реабилитационном процессе близких, родственников, ЗДЛ пациентов, зависимых от препаратов группы опия и других ПАВ в ходе мотивационного консультирования;
 - программа социально-психологических тренингов для родных и близких пациентов, направленных

на изменение внутрисемейных отношений, взаимодействий, установок и стиля общения;

- семейная психотерапия с участием пациента.

16.3 Основные психотерапевтические мероприятия:

1-го этапа:

- установление контакта с нормативным личностным статусом пациента;
- функционирование в нормативном личностном статусе
- редукция и блокирование патологического влечения к опиоидам и другим психоактивным веществам.

2-го этапа:

а) актуализация и дальнейшее формирование нормативного личностного статуса, нормативной системы ценностей, позитивного жизненного сценария;

б) редукция и блокирование патологического влечения к опиоидам и другим ПАВ;

в) развитие и закрепление свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья;

г) формирование и закрепление механизмов устойчивости к срыву, рецидиву заболевания;

д) развитие нормативных семейных отношений;

е) трудотерапия.

16.4 Терапия состояния острой передозировки опиатами. Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.

В результате угнетения функции большинства отделов ЦНС, характерными симптомами являются коматозное состояние, угнетение дыхания, резкое сужение зрачков в результате активации центра глазодвигательного нерва (*NB! при тяжелой гипоксии мозга зрачки расширяются*).

- восстановление и поддержка дыхательной функции;

- антидоты и другие субстанции, употребляемые при отравлениях: налоксон – конкурентный антагонист, его эффективность зависит от дозы: чем больше доза наркотика, тем больше дозу налоксона надо ввести. В дозе 0,4 мг внутривенно медленно в течение 3 - 5 минут («титрованное введение»). Повторная доза составляет 0,4 мг внутривенно или 0,4 мг подкожно. Вводят налоксон ежечасно, пока больной не придёт в сознание. Введение налоксона немедленно устраняет кардиореспираторное угнетение, восстанавливает сознание, ликвидирует судороги, связанные с гипоксией. Возможен синдром «рикошета» при введении налоксона в больших дозах – тахикардия, гипертензия, судорожный синдром.

При лечении налоксоном необходимо помнить следующее:

а) период полувыведения налоксона меньше, чем у большинства опиоидов. Поэтому пациент нуждается в продолжительном наблюдении и, возможно,

во введении дополнительной дозы после того, как он уже пришел в сознание;

б) из-за возможности длительного действия опиатов при передозировке больных не следует отпускать из стационара сразу после начальной реакции на налоксон. Их необходимо наблюдать, по крайней мере, в течение 24 ч.

- после восстановления нормального дыхания назначается активированный уголь per os в 3-4 приема;

- форсированный диурез в случае наличия признаков начинающегося отёка лёгких;

- при возникновении гистаминовых реакций (гиперемия и одутловатость лица, кожный зуд) – супрастин в суточной дозе (менее угнетающий ЦНС).

16.5 Терапия опиоидного абстинентного синдрома. Возможно изменение лечебных мероприятий по усмотрению лечащего врача.

- Алгоритм детоксикационной терапии: рекомендуется использовать в качестве стандартной схемы следующее сочетание препаратов: клонидин (0,45-0,9 мг/сут) в сопровождении преднизолона (5-15 мг/сут), диазепам (30-60 мг/сут), трамадол (400-600 мг/сут, в тяжелых случаях до 1000 мг), курс лечения трамადолом в таких дозах не должен превышать 5 дней с последующей постепенной отменой по 100 мг в сутки (максимум 10 дней).

- Алгоритм терапии нейролептиками: с целью купирования возбуждения, подавления патологического влечения наркотическим и психоактивным веществам, коррекции поведения препаратами выбора являются: галоперидол (5-15 мг/сут); оланзапин (10-20 мг/сут), клозапин (азалептин) 100 – 200 мг/сут; рисперидон (рисполепт) 4-6 мг/сут в форме раствора; хлорпромазин (аминазин) 50 – 200 мг/сут.

- Алгоритм терапии антиконвульсантами: для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорические расстройства, рекомендуются антиконвульсанты с противосудорожными, нормотимическими и эмоциотропными свойствами: карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут.

- Алгоритм терапии антидепрессантами: с целью нормализации настроения, нивелирования апатий, тревожности, нарушений сна, а также для купирования обсессивного компонента патологического влечения к наркотику. Препаратами выбора являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: сертралин, флувоксамин, амитриптилин в среднесуточных дозировках.

- Алгоритм терапии синдрома патологического влечения к ПАВ: при обострении патологического влечения назначаются препараты, купирующие патологическое влечение и связанные с ним аффективные и поведенческие расстройства. Препаратами выбора являются нейролептики – галоперидол, оланзапин, клозапин (азалептин), рисперидон (рисполепт); антидепрессанты - кломипрамин, флувоксамин, амитриптилин; антиконвульсанты - карбама-

зепин. Физиотерапия (акупунктура, рефлексотерапия, гальванический воротник, электрофорез, транскраниальная электроаналгезия, электросон, дарсонвализация, сауна, ЛФК).

- Алгоритм терапии диссомнических расстройств: препаратами выбора являются снотворные 3-го поколения - зопиклон, производные бензодиазепинов (0,5% раствор диазепама 4 – 6 мл/сут) и барбитуровой кислоты. В случае отсутствия эффекта целесообразно назначение нейролептиков (клозапин). Физиотерапия (акупунктура, рефлексотерапия, транскраниальная электроаналгезия, инфита-терапия, электросон).

- Алгоритм терапии астенического (неврастенического) синдрома: с целью редукции повышенной утомляемости, раздражительности, лабильности эмоциональных реакций препаратами выбора являются сертралин 25-150 мг/сут, флуоксетин 20-40 мг/сут, а также показаны ноотропы, витамины (В1, В6, В12 и др.), аминокислоты, гепатопротекторы. Физиотерапия (акупунктура, рефлексотерапия, инфита-терапия, гальванический воротник, электрофорез, транскраниальная электроаналгезия, электросон, дарсонвализация области головы и шейно-воротниковой зоны, массаж, сауна, ЛФК).

- Алгоритм терапии интеллектуально-мнестических расстройств: назначаются средства для лечения негрубых нарушений ряда важных когнитивных функций - ухудшения памяти, концентрации внимания, сообразительности, препаратами выбора являются: ноотропы (пираретам), аминокислоты (глутаминовая кислота), витамины (В1, В6, В12, аскорбиновая, никотиновая кислота). Физиотерапия (акупунктура, рефлексотерапия, гальванический воротник, транскраниальная электроаналгезия, электросон, инфита-терапия, дарсонвализация области головы и шейно-воротниковой зоны, массаж, ЛФК).

- По показаниям с общеукрепляющей целью и для лечения сопутствующих соматических заболеваний (нервной, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочеполовой систем и пр.): КВЧ (крайне высокие частоты), УВЧ (ультра высокие частоты), УФО (ультрафиолетовое облучение), СМВ, ДМВ, лазеротерапия, магнитотерапия, СМТ -, ДДТ-терапия, электростимуляция, УЗТ-терапия.

16.6 Коррекция поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде.

Постабстинентный период делится на ранний постабстинентный период, который длится в течение 30 дней после купирования абстинентных расстройств и поздний постабстинентный период длительность, которого может достигать до 12 месяцев. Закономерным проявлением этого периода является обострение влечения к наркотику после минования пика абстинентного синдрома (псевдоабстинентный синдром). Клинически это проявляется поведенчес-

кими нарушениями различного регистра - от астено-депрессивного синдрома, тревожности до выраженной дисфории с внешне немотивированным отказом от дальнейшего лечения, агрессией по отношению к окружающим больным и медперсоналу.

- С целью профилактики обострения патологического влечения рекомендовано назначение сразу после купирования острых абстинентных проявлений рисперидон (рисполепт) 1-4мг/сутки в таблетированной форме и форме раствора. Курс 4- 8 недели.

- При компульсивном варианте влечения препаратами выбора являются нейролептики хлопромазин (аминазин), галоперидол в дозах, указанных выше, клозапин (азалептин) 100-200мг в сутки, а также «корректор поведения» перициазин (неулептил) в дозах до 40 мг в сутки. Курс 2- 4 недели.

- Антидепрессанты. Препаратами выбора здесь являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, сертралин, амитриптилин в среднесуточных дозировках. Антидепрессанты также используются для купирования аффективных расстройств. Курс 4- 8 недель. Учитывая, что клиническое действие антидепрессантов развивается через 10-14 дней от начала приёма, то на это время целесообразна их сочетание с нейролептиками, обладающими седативными свойствами.

- Для купирования патологического влечения в структуре, которого доминируют дисфорических расстройств, традиционно используются и противосудорожные средства, обладающие нормотимическим действием карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сут; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сут. Курс 2- 4 недели. Однако следует помнить, что противосудорожные препараты, путём ингибирования или активации печеночных ферментов, могут заметно изменять концентрацию других психотропных препаратов. Поэтому последствием сочетанного применения этих препаратов в больших дозах может быть усиление побочного действия и токсических реакций, присущих как противосудорожным, так и другим психотропным препаратам.

При преобладании астенических и апатических проявлений препаратами выбора являются сульпирид (эглонил) в дозах до 150 мг в сутки, мелипрамин 25 – 150 мг сутки, флуоксетин 20-40мг сутки. Курс 4-8 недель. В этих случаях также показаны ноотропы и адаптогены. Пираретам в средние суточные дозы 0,8 – 2,4 г., фенибут в дозе 1,5 г/сут., оказывающий седативное и ноотропное действие, пантогам в той же дозе, инстенон по 1 таблетке 3 раза в день, танакан по 1 таб 3раза в день. Ноотропы назначают курсом от 4 до 8 недель.

Коррекция агрипнического синдрома (бессонницы). Препаратами выбора могут быть снотворные препараты 3-го поколения зопиклон (имован) и золпидем (нитрест) и производное бензодиазепинов нитразепам. При назначении снотворных препаратов у больных страдающих зависимостями от психо-

активных веществ должны соблюдаться определенные правила. Эти препараты должны применяться в минимально эффективных дозировках (зопиклон - 7,5 мг; золпидем – 10 мг; нитразепам – 5мг), чередоваться между собой и назначаться курсами не более 5 дней подряд. В случае отсутствия эффекта в течение 5 дней целесообразно отменить снотворные и перейти на приём нейролептиков левомепромазин (тизерцин) или клозапин (азалептин) в дозах до 50 мг на ночь.

Резидуальные болевые ощущения в мышцах и суставах в структуре постабстинентных нарушений могут устраняться назначением ненаркотических анальгетиков (таких как диклофенак, бутадион, кеторолак).

Коррекция соматических расстройств. Проводятся по показаниям. Общепринятым является включение в курс терапии витаминов тиамина (В₁), пиридоксина (В₆), цианкобаламина (В₁₂), пангамата кальция, аскорбиновой и никотиновой кислоты, токоферола ацетата. Из-за нарушений всасывания витамины группы В лучше вводить внутримышечно. В виду частых аллергических реакций витамины группы В (В₁ и В₆ по 2,0 мл; В₁₂ по 1,0 мл (500 мкг)) рекомендуется вводить не в один день, а чередовать их между собой. Также общепринятым считается назначение гепатопротекторов. Карсил, гепабене, лив-52, эссенциале.

16.7 Поддерживающая, противорецидивная терапия.

Алгоритм проведения фармакологической противорецидивной терапии. В основе подхода лежит стремление нормализовать нейромедиаторные нарушения ЦНС, в раннем и позднем постабстинентном периоде. Методика заключается в применении терапевтической комбинации: рisperидон (пероральный раствор) - 1-3 мг сутки, феварин (флувоксамин) – 25-50 мг сутки, карбамазепин – 100-200 мг сутки. В случае возникновения нейролептического синдрома возможна замена рisperидона на оланзапин (2,5-5 мг/сут)

Наиболее часто для предупреждения рецидивов у больных опийной наркоманией используется специфический антагонист опиатных рецепторов налтрексон. Метод основан на «метаболической блокаде» опиатных рецепторов с помощью антагониста налтрексона. Налтрексон предупреждает типичное наркотическое действие опиоидов в случае их приёма (достижения эйфории опийным наркоманом при случайном срыве), либо (реже) вызывает возникновение псевдоабстинентного статуса в результате «фармакологического конфликта» между налтрексонем и принятыми опиоидами. Препарат принимают не ранее 10 дня после последнего приема наркотиков в дозе 50 мг в сутки (350 мг в неделю). Длительность лечения в течение 6 месяцев и более (иногда в течение нескольких лет).

17. Используемые медикаменты

17.1 Перечень основных медикаментов, используемых на 1-м и 2-м этапах лечения.

1. Галоперидол 0,5% - 1мл амп Диазепам 10 мг таб
2. Диазепам 0,5% - 2 мл амп.
3. Диклофенак натрия 2,5% 3,0 мл амп.
(перенесен из дополнительных в основные)
4. Зопиклон 7,5 мг., таб.
5. Карбамазепин 200 мг., таб.
(перенесен из дополнительных в основные)
6. Кислота аскорбиновая 50 мг. драже
(перенесен из дополнительных в основные)
7. Клозапин 25 мг таб
8. Клонидин 0,15 мг., таб.
9. Налтрексон 50 мг таб
10. Натрия хлорид 0.9% р-р для инфуз 400 мл флак.
11. Преднизолон 5 мг таб.
12. Селимарин + фумарин капс.
13. Токоферола ацетат капс.
(перенесен из дополнительных в основные)
14. Трамадол 50 мг / 1мл амп
15. Трамадол 50 мг капс.
16. Флувоксамин 50 мг., таб.
17. Флуоксетин 50 мг., таб.
18. Хлорпромазин 2,5% - 2мл амп
19. Рисперидон 2 мг., таб.

17.2 Перечень дополнительных медикаментов, используемых на 1-м и 2-м этапах лечения.

1. Амброксол 30 мг таб.
2. Аминофиллин 2,4% - 5,0 мл амп
3. Амитриптилин 2,5% - 2мл амп
4. Амитриптилин 25 мг таб.
5. Ацетилсалициловая к-та 500 мг таб.
6. Бисакодил 5 мг таб.
7. Венлафаксин 75 мг., таб.
8. Винпоцетин 2 мл амп
9. Винпоцетин 5 мг., таб.
10. Гидрохлортиазид 25 мг таб.
11. Галоперидол 5 мг., таб.
12. Гентамицин 4% - 1,0 мл амп
13. Гинкго Билоба 40 мг., таб.
14. Декстран-70 -200 мл флак
15. Декстрога, р-р для инфуз. 5% 400 мл флак
16. Дифенгидрамин 1% -1,0 мл амп
17. Дротаверин 2,0 мл амп
18. Дротаверин 40 мг таб.
19. Диазепам 0,5% - 2мл, амп.
20. Диазепам 10 мг, таб.
21. Диклофенак натрия 3,0 мл амп
22. Зопиклон 7,5 мг., таб.
23. Кетопрофен 50 мг., таб.
24. Кислота аскорбиновая 5% -1,0 мл амп
25. Кислота аскорбиновая 50 мг., драже
26. Комбинированные преп-ты, содержащие гидроксид алюминия и магния, сусп., 70 мл.
27. Комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи 5 мл., амп.

| | |
|--|--|
| 28. Ко-тримаксозол (бисептол 480) таб. | 48. Ранитидин 300 мг таб. |
| 29. Клозапин 25 мг таб. | 49. Рисперидон 2 мг., таб. |
| 30. Лактулоза 500 мл., фл. | 50. Рисперидон раствор мл. флак |
| 31. Левомепромазин 2,5% 1,0 мл., амп. | 51. Сертралин 50 мг., таб. |
| 32. Левомепромазин 25 мг., таб. | 52. Спирт 70% 200 мл |
| 33. Лоперамид 2мг капс | 53. Тиамин 5% -1 мл амп |
| 34. Метаклопрамид 10 мг., таб. | 54. Тригексифенидил 2 мг таб. |
| 35. Метронидазол 250 мг таб. | 55. Токоферола ацетат капс. |
| 36. Милнаципрам 50 мг., таб. | 56. Тригексифенидил 2 мг таб. |
| 37. Налоксон 0,04% - 1 мл., амп. | 57. Уголь активированный 250 мг таб. |
| 38. Натрия хлорид 0,9% р-р для в/в инфуз 200 мл флак | 58. Фуросемид 1% - 2,0 мл амп |
| 39. Никотиновая кислота 1% - 1,0 мл амп | 59. Хлоропирамин 20мг- 1,0 мл амп |
| 40. Нистатин 500 тыс. ед. таб. | 60. Хлорпромазин 2,5% -2мл амп. |
| 41. Нафазолин 0,1% 10,0 мл флак. | 61. Цефазолин 1,0 амп |
| 42. Панкреатин 10000 ЕД таб. | 62. Цианокобаламин 0,05% -1,0 мл амп |
| 43. Парацетамол 500 мг., таб. | 63. Циннаризин 25 мг таб. |
| 44. Пирацетам 20% - 5мл амп | 64. Ципрофлоксацин 500 мг таб. |
| 45. Пирацетам 400 мг., таб. | 65. Эналаприл 5 мг таб. |
| 46. Пиридоксин 5% - 1мл амп | 18. Психотерапевтические технологии. |
| 47. Прокаин 0,5% -5,0 мл амп | 18.1. Перечень основных методов психотерапии |

| № | Название метода исследования | 1 - й этап | | 2-й этап | |
|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Мотивационное интервьюирование | регулярно | 1,0 | - | - |
| 2 | Мотивационное консультирование, психотерапия | регулярно | 1,0 | регулярно | 1,0 |
| 3 | Индивидуальное консультирование, психотерапия | - | - | регулярно | 1,0 |
| 4 | Групповая психотерапия, консультирование | - | - | регулярно | 0,7 |
| 5 | Семейное консультирование, психотерапия | - | - | регулярно | 0,8 |

18.1. Перечень дополнительных методов психотерапии

| № | Название метода исследования | 1 - й этап | | 2-й этап | |
|---|---|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | Кратность исследования | Коэффициент соотношения | Кратность исследования | Коэффициент соотношения |
| 1 | Индивидуальное консультирование, психотерапия | регулярно | 0,7 | - | - |
| 2 | Арт – терапия | по показаниям | 0,6 | по показаниям | 0,9 |
| 3 | Групповая терапия | по показаниям | 0,3 | по показаниям | 0,3 |
| 4 | Телесно-ориентированная терапия | по показаниям | 0,5 | по показаниям | 0,5 |
| 5 | Экзистенциальная терапия | по показаниям | 0,8 | по показаниям | 0,8 |
| 6 | Социально-психологические тренинги | по показаниям | 0,9 | по показаниям | 0,9 |
| 7 | Когнитивно-поведенческая терапия | по показаниям | 0,9 | по показаниям | 0,9 |

19 Критерии эффективности лечения и завершения пребывания на этапах лечения.

19.1 Критерии эффективности на 1-ом этапе:

- Купирование проявлений физической и психической зависимости.

- Редукция патологического влечения к опиоидам и другим ПАВ.

- Редукция соматических осложнений.

- Наличие мотивации к воздержанию от опиоидов и других ПАВ на дальнейшее прохождение реабилитации.

19.2 Критерии эффективности 2-ом этапе:

- повышение социальной компетентности (участия пациентов социально адаптированной деятельности;

- снижение уровня семейной дисфункции.

19.3 Критерии перевода на второй этап:

- отсутствие симптомов отмены опиоидов и других ПАВ;

- нормализация настроения, сна, редукция патологического влечения к опиоидам и другим ПАВ;

- наличие мотивации на дальнейшее прохождение реабилитационной программы.

20. Информационные источники, использованные при подготовке протокола.

1. Алтынбеков С.А., Грузман А.В. Медикаментозная противорецидивная терапия при опиоидной наркомании. Методические рекомендации. Павлодар, 2005. -60 с.

2. Батищев В.В., Негериш Н.В. Методология организации программы психотерапии и реабилитации больных зависимостью от психоактивных веществ, имеющих низкий уровень мотивации на лечение. Программа «Решение»: теория и практика. – Москва, 2000. – 184 стр.

3. Блейхер В. М., Круг И. В. Клиническая пато-психология. -М.: 1997-с. 100-104

4. Валентик Ю.В. Современные методы психотерапии больных алкоголизмом. В кн.: Лекции по

клинической наркологии под ред. проф. Н.Н.Иванца. – М.: «НАН», 2000. – С. 191-206

5. Головин С.А. Опыт применения оланзапина в процессе медико-социальной реабилитации больных в наркологической клинике

6. Иванец Н. Н. Современная концепция терапии наркологических заболеваний. Лекции по клинической наркологии. М, 1995, с.109

7. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. Эксмо, 2007 г. 416 стр.

8. Катков А.Л., Пак Т.В., Россинский Ю.А., Титова В.В. Интегративно-развивающая психотерапия больных наркоманией. Павлодар, 2003, 267 стр.

9. Катков А.Л., Россинский Ю.А. Новые подходы в лечении и реабилитации нар-козависимых // Вопросы наркологии Казахстана, 2002, Т. 2, № 2, С. 84-88.

10. Кордуэлл М. Психология от А до Я: Словарь-справочник, 2000г.

11. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Мотивационная терапия // Наркология, 2003, № 4, С. 41-44.

12. Anton RF, Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current and future directions. Alcohol, 1996, 31 Suppl1: 43-53

13. Havton et al, Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatment in preventing repetition. BMJ, 1998 Aug, 15, 317:441-7

14. Litten RZ, Allen JP, Pharmacotherapies for alcoholism: Promising agents and clinical issues. Alcohol Clin Exp Res, 1991, Vol.15, N4, p 620-33

15. Miller W.R. Motivation Enhancement Therapy: Description of Counseling Approach // Approaches to drug Abuse Counseling. NIDA. Rockville, 2000, p. 99-106.

16. O'Malley S.S; Jaffe A.J.; Chang G.; Rode S.; Schottenfeld R.; Meyer R.E.; Rounsaville B. // Archives Of General Psychiatry.-1992.- nov.-V.49.-p.881-887: « Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence (a controlled study)»

17. S.Walen «Cognitive factors in behavior», 1980

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ МОНИТОРИНГА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В 2007 ГОДУ

О. В. Лаврентьев, Т. Г. Ковина, Н. Е. Мирошниченко

Проблема установления контроля над распространением зависимости от психоактивных веществ в Республике Казахстан является первоочередной задачей системы наркологической помощи и социального сектора в целом. Контроль без знания ситуации проблемы, без детального изучения распространения зависимости от ПАВ, динамикой её развития, а также особенностей характеристик наркопотребителей не возможен.

С 2005 года сотрудниками Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (далее РНПЦ МСПН) проводится мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан.

Цель мониторинга:

Всестороннее и регулярное изучение наркологической ситуации в РК, эффективное регулирование процесса планирования услуг в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ (и, в частности, наркомании), а так же оценка адекватности и эффективности предпринимаемых мер.

Задачи системы мониторинга:

- разработка системы индикаторов, позволяющих достоверно оценивать динамику состояния наркоситуации, а так же основных показателей здоровья населения (психического, психологического, социального);
- многоаспектная оценка деятельности служб, противодействующих распространению зависимости от ПАВ;
- многоуровневая оценка состояния психического и психологического здоровья населения и его целевых групп (возрастных, профессиональных, гендерных, национальных и т.д.);
- первичный анализ потребностей населения в специализированных услугах (в секторах первичной, вторичной и третичной профилактики);
- первичный анализ масштабов и моделей злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, а так же темпов и тенденций их распространения;
- обеспечение системного планирования содержания и результатов деятельности соответствующих служб, инициирующего конструктивную динамику состояния наркоситуации, а так же основных показателей здоровья населения (психического, психологического, социального);
- многоплановая оценка результата активности служб психического здоровья (оцениваются экономические, социальные, клинические показатели, а также целевые группы населения по степени удовлетворенности деятельностью данного сектора);

- доведение необходимого объема информации до соответствующих организаций и ведомств.

Целевые группы:

- население Республики Казахстан;
- лица, имеющие проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ;
- родные и близкие пациентов, зависимых от наркотиков и других ПАВ;
- профессионалы, действующие в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ;
- организации и учреждения (в качестве юридических лиц), действующие в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ;
- любые источники информации в сфере противодействия распространению зависимости от ПАВ.

Базисные элементы (параметры) и содержание основных разделов мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан

Решить вышеуказанные задачи в полном объеме, удовлетворяя при этом все современные требования, позволяет функционирование трёхуровневой системы мониторинга, обеспечивающее, с одной стороны - широкий охват больших слоёв населения, с другой – достаточную глубину исследований:

- первый уровень (уровень обобщённой информации по проблеме распространения зависимости от ПАВ, получаемой из официальных источников) – определяется необходимостью получения статистической информации для её анализа и дальнейшего сравнения с данными, полученными в результате исследований;
- второй уровень (уровень персональной информации о лицах, допускающих немедицинское потребление ПАВ, получаемой из официальных источников) – определяется необходимостью оперативного отслеживания изменений масштабов и тенденции распространения зависимости от наркотиков и других ПАВ, а так же динамики моделей злоупотребления ПАВ без значительных финансовых затрат;
- третий уровень (уровень углубленных тематических эпидемиологических исследований) – определяется необходимостью глубокого целенаправленного изучения новых моделей злоупотребления наркотиками и другими ПАВ, выявленных посредством анализа информации, полученной на первом и втором уровнях; оценки эффективности усилий, прилагаемых для противодействия распространения зависимости от ПАВ, а так же динамики ранее опре-

делённых феноменов (феномен антинаркотической устойчивости, феномен психического, психологического, социального здоровья и т.д.).

I уровень

Для проведения оценки ситуации, связанной с незаконным потреблением и распространением наркотиков по Республике Казахстан за 2007 год, были использованы следующие данные и источники.

Данные наркологических служб Республики Казахстан, включая данные Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании и данные Республиканского Центра СПИД по следующим разделам:

1. Структура государственных организаций и неправительственных организаций (далее НПО), оказывающих помощь наркологическим больным;
2. Кадры специалистов и система их подготовки;
3. Финансирование наркологической службы в РК;
4. Всего лиц, зарегистрированных с диагнозами наркомании и токсикомании;
5. Количество лиц, с впервые в жизни выявленным диагнозом наркомании и токсикомании;
6. Количество лиц, прошедших лечение в текущем году по поводу наркомании и токсикомании;
7. Потребители инъекционных наркотиков;
8. ВИЧ - инфицированные наркопотребители;
9. Больные СПИДом наркопотребители.

Основные результаты по уровню официальной информации

1. Общее количество наркологических коек в 2007 году увеличилось на 240, обеспеченность койками осталась на прежнем уровне - 3,3 на 10 тысяч населения. Данный показатель выше республиканского в Северо - Казахстанской (5,9), Западно-Казахстанской (5,4), Карагандинской (4,9) областях. Самая низкая обеспеченность наркологическими койками - в Южно-Казахстанской области (1,5).

2. В целом по РК уменьшилось количество наркологических кабинетов с 176 до 172 и подростковых наркологических кабинетов с 23 до 20.

3. В 2007 году отмечается увеличение числа врачей-наркологов с 565 до 577, при увеличении занятых наркологических должностей с 691,0 до 736,5.

4. Обеспеченность врачами-наркологами на 10 тысяч населения остаётся на прежнем уровне (0,4 на 10 тысяч населения).

5. Наиболее высокая обеспеченность врачами наркологами в Актюбинской области - 0,7 на 10 тысяч населения, что объясняется большим количеством врачей-наркологов на крупных промышленных объектах. Наиболее низкая обеспеченность врачами наркологами - 0,2 на 10 тысяч населения: в Алматинской (в результате большого количества населения в данной области) и Северо-Казахстанской (в результате кадрового дефицита) областях.

6. В РК в наркологической службе недостаточное количество специалистов, занимающихся реабилитационной работой. Во многих регионах наблюдается отсутствие таких специалистов.

7. В стране функционирует 8 организаций, имеющих право на последипломное образование по наркологии.

8. По данным мониторинга в обучении нуждались 225 специалистов наркологического и смежного профилей.

9. На кафедрах ПФУВ СГМА и РНПЦ МСПН было обучено 193 специалиста наркологического и смежного профилей (86% от потребности).

10. В среднем по Республике Казахстан финансирование наркологической службы выросло в 2007 году до 202 тенге на 1 жителя в год, (165 тенге в 2006 г.). Самое низкое финансирование в Алматинской области (60 тенге на 1 жителя в год), наиболее высокое в Северо-Казахстанской области (411 тенге на 1 жителя в год).

11. Официально зарегистрированная распространённость (болезненность) психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ (F11-19), уменьшилась по Республике Казахстан в 2007 году, по сравнению с 2006 годом, с 360,4 до 359,2 на 100 тысяч человек. Высокие показатели заболеваемости сохраняются в городах: Алматы, Астана, в Павлодарской области.

12. При анализе наркологической заболеваемости (F11 - F19), связанной с употреблением наркотиков в Республике Казахстан, по годовым отчетам 2007 года, можно отметить, что по всем группам произошло снижение первичной заболеваемости с 70,2 до 65,0 на 100 тысяч населения.

13. В некоторых регионах произошёл относительный рост первичной заболеваемости: в Астане с 105,5 до 128,0 на 100 тысяч населения, в Павлодарской области с 134,1 до 165,7 на 100 тысяч населения.

14. В целом по РК количество пациентов прошедших лечение в 2007 году по поводу зависимости от наркотиков уменьшилось, по сравнению с прошлым 2006 годом, на 88 человек.

15. Анализируя показатель ремиссии среди наркопотребителей за 2005 - 2007 г.г., следует отметить, что по РК показатели ремиссий от 1 до 2 лет варьируется от 8,3 до 9,4, а свыше 2 лет от 5,6 до 6,5 на 100 наблюдаемых.

16. Нарастающим итогом на 1 января 2008 года в РК зарегистрировано 9379 ВИЧ - инфицированных.

17. Продолжает сохраняться актуальность внутривенного пути передачи ВИЧ при приёме наркотиков, который составляет, по сравнению с другими путями передачи, 70%.

II уровень

В данном разделе представлены результаты анализа персональной информации о лицах, допускающих немедицинское потребление ПАВ, получаемой из официальных источников.

В качестве основного источника использовалась форма № 066/3у «Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара».

Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы ESAG.

Результатом анализа данных, собранных на втором уровне системы мониторинга являются:

- характеристика потребителей наркотиков и других ПАВ;
- характеристика существующих моделей потребления наркотиков и других ПАВ;
- описание динамики моделей потребления наркотиков и других ПАВ.

Основные результаты уровня персональной информации о наркозависимых

1. Количество госпитализаций в течение года распределено неравномерно, наибольшее количество приходится ноябрь, декабрь месяцы.

2. Основными пациентами стационаров наркологического профиля за три сравниваемых года являются мужчины в возрасте 25 - 45 лет, страдающие зависимостью от препаратов опийной группы.

3. Среди пациентов стационаров встречаются лица 35 национальностей.

4. Анализируя связь национальностей и пола, отмечено, что у лиц казахской национальности пациенты - женщины встречаются в 2,5 раза реже, чем среди русских или украинцев.

5. Небольшой процент пациентов имеет постоянную или временную работу. Чаще всего источником средств существования являются другие источники или нахождение на иждивении.

6. Основная масса лиц, получивших лечение, имеет среднее и неполное среднее образование.

7. Большинство наркозависимых проживают с родными или близкими людьми.

8. Возраст от 18 до 25 лет является критическим. Почти половина всех пациентов, получивших лечение за 2007 год, начали употреблять наркотики в этом возрасте.

9. Наиболее распространенными наркотиками, являющимися причиной обращения за стационарной медицинской помощью, являются наркотики опийного ряда.

10. Перед госпитализацией основная масса наркопотребителей использовала наркотики ежедневно.

11. Среди опийной группы стационарных пациентов наиболее часто встречается стаж употребления наркотиков до 1 года, затем - семь, десять лет, с постепенным снижением.

12. Первая проба героина у тех, кто получил стационарное лечение, происходит, чаще всего, в возрасте 18 - 25 лет.

13. По данным мониторинга наркозависимые используют психоактивные вещества инъекционным способом более чем в 90 % случаев.

14. Группы инъекционного и неинъекционного употребления наркотиков имеют свои особенности. Так, среди ПИНов больший процент составляют женщины. Чаще отмечается повторная госпитализация в течение одного года, чаще встречается стаж употребления более 2 лет. Более 43% из инъекционных потребителей наркотиков получивших лечение имеют вирусные заболевания.

15. Вирусные заболевания часто встречаются у потребителей наркотиков. Более одной трети пациентов имеют вирусные гепатиты, до 2,4% ВИЧ - инфицированные.

16. Используют общий шприц или иглу при употреблении наркотика от 42,5 до 61,6% пациентов.

17. Основная масса пациентов получает лечение по гарантированному объёму.

18. Среди стационарных пациентов 41,6% - 43,8% госпитализированы впервые.

19. Основная масса пациентов направляется наркологом. Процент самостоятельного обращения за стационарной помощью увеличился с 10 до 19,6.

20. Первичные пациенты чаще поступают на лечение самостоятельно, повторные - направляются наркологом. Первичные пациенты чаще находятся на иждивении отдельных лиц, повторные - чаще имеют другие источники существования. Среди первичных пациентов больше лиц с каннабиноидной зависимостью; они чаще принимают наркотики путем курения и интраназально и реже используют общий инструментарий.

21. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречаются инфекционные и паразитарные болезни, на втором месте – болезни органов пищеварения, на третьем - болезни органов дыхания.

22. Средняя длительность лечения у основной части наркозависимых составляет до 30 дней.

III уровень мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2007 году (уровень углубленных тематических эпидемиологических исследований)

В текущем году Республиканский научно-практический центр медико- социальных проблем наркомании проводил три тематических эпидемиологических исследования в рамках исследовательского проекта Управления Организации Объединенных Наций (Центрально - Азиатский офис) по наркотикам и преступности:

1) национальное исследование по оценке распространенности проблемной наркомании в Республике Казахстан.

2) национальное школьное исследование по алкоголю и наркотикам.

3) экспресс - оценка ситуации, связанной с незаконным потреблением и распространением наркотиков по городам: Павлодар, Алматы, Астана и Шымкент.

Основные результаты национального исследования по оценке распространенности проблемной наркомании в Республике Казахстан

Целью национального исследования по оценке распространённости проблемной наркомании является информирование соответствующих должностных лиц, ответственных за разработку политики и принятие решений. Во-первых, относительно новой информации по масштабам и характеру проблемной наркомании, т.е. потребления инъекционных наркотиков и связанных с этим социальных и медицинских проблем; представление предложений по совершенствованию и диверсификации соответствующих стратегических вмешательств для повышения их доступности, охвата и эффективности.

Во-вторых, обучение национальных исследователей проведению целевых оценочных исследований с использованием косвенных методов оценки распространенности проблемной наркомании в качестве двух ключевых эпидемиологических индикаторов указанных выше.

В-третьих, поддержка программ снижения вреда от употребления наркотиков среди группы риска, а именно - потребителей инъекционных наркотиков в стране.

В процессе исследования изучались аспекты, касающиеся потребления инъекционных наркотиков в РК: характер, масштаб, тенденции ПИН, социально-демографический профиль ПИН, распространённость рискованного поведения среди ПИН, осведомлённость ПИН о предназначаемых им медицинских и социальных услугах.

Географический охват исследования. Исследование было проведено в 6 городах РК и прилегающих к ним небольших пригородных поселках и селах:

1. Город Алматы и пригородный поселок Борандай.
2. Город Астана и село Шортанды, расположенное в 50 километрах от Астаны.
3. Город Костанай и поселок Затобольск, расположенный в 5 километрах от Костаная.
4. Город Караганда и поселок Жанаозен, расположенный в 14 километрах от Караганды.
5. Город Павлодар и пригородный поселок Кенжеколь.
6. Город Шымкент и село Сайрам, расположенное в 30 километрах от Шымкента.

Для обеспечения репрезентативности выборки опрос проводился в каждом из названных городов и перечисленных сельских поселениях.

Методология. В исследовании использовалась комбинация качественных и количественных исследовательских методологий. Для выборки, в основном, использовался метод снежного кома. Это было сделано для того, чтобы охватить наибольшее количество проблемных потребителей наркотиков в выбранной местности. Структурированная анкета, включающая в себя структурированные и полуструктурированные

вопросы, была использована для опроса 200 человек, являющихся проблемными потребителями наркотиков, в каждой области с выборкой на национальном уровне 1200 проблемных потребителей наркотиков. Качественная информация по контексту (места сбора потребителей наркотиков, конкретная социальная сеть ПИН и т.д.) собрана посредством опроса фокус - групп и глубинных интервью специалистов, предоставляющих соответствующие услуги в специализированных лечебных учреждениях, пунктах доверия, аутрич - работников и других специалистов, имеющих контакт с проблемными потребителями наркотиков.

Критерии отбора респондентов: они потребляли наркотики (*опиоиды*), *по меньшей мере, на протяжении последних 12 месяцев, так же как и последние 30 дней и имеют проблемы (медицинские, социальные, правовые), как результат потребления наркотиков.*

Анкеты для ПИНов и ключевых респондентов, руководство по проведению интервью с целевой группой, формы учета звеньев снежного кома и ежедневные регистрационные формы были разработаны и предоставлены офисом ЮНОДК.

Оценка распространенности. Данные опорных показателей на областном и национальном уровнях (количество зарегистрированных наркопотребителей, количество получивших услуги и проч.) позволили оценить распространённость проблемной наркомании на региональных и национальном уровнях с помощью косвенных методов оценки масштабов проблемой наркомании.

Выводы

1. Среди исследуемой группы преобладали мужчины (77,4%). По семейному статусу большинство были одиночками - 47,30% (среди мужчин такими были 48,3%, среди женщин - 43,7%).
2. Средний возраст респондентов составляет 27,5 лет; на возраст от 16 до 45 лет пришлось максимальное количество опрошиваемых лиц - 42,3%. Доля респондентов в возрасте до 30 лет составила 74%.
3. Большинство респондентов (81,3%) имело общее среднее и средне - техническое образование.
4. Основным местом жительства у 89,4% опрошиваемых лиц было своё жильё (дом или квартира); чуть более половины респондентов (51,4%) проживает с родителями, 23,7% опрошиваемых лиц имеют собственную семью.
5. Средством для существования для подавляющего большинства опрошиваемых лиц (73,6%) является: постоянная работа у 34,7% опрошиваемых лиц и временная/случайная работа - 38,8% опрошиваемых лиц. Значительная группа респондентов отметила в числе источников материального дохода вооружение - 15,3%; о проституции, как источнике материального дохода, признались 6,3% опрошиваемых лиц, при этом среди женщин это было 27,1%, тогда как среди мужчин - всего 0,3%.

6. Средний возраст начала употребления наркотика составляет 17,4 года. ЛОС является ПАВ, начало употребления, которого приходится на самый молодой возраст – 13,3 года; потребление каннабиса начинали в среднем возрасте - 16,4 лет, героин – в 21,5 лет, опиаты - в 20,5 лет.

7. Впервые в жизни употребленным наркотиком 76% респондентов назвали каннабис.

8. Возврат начала употребления наркотиков инъекционным способом был, в среднем, – 21,2 года.

9. Наиболее употребляемым инъекционным способом наркотиком является героин – 70%, на втором месте опий – 23,1%; другие опиаты – 1,2%. В сумме ПИНов, употребляющих опиаты, - 94,4%.

10. Использование общего инструмента для инъекций: 21% ПИНов пользуются нестерильными шприцами с разной степенью частоты, 20,6% ПИНов разрешают пользоваться шприцем после инъекции себе другому ПИНУ.

11. Не пользовались во время последнего сексуального контакта презервативом 53,3% респондентов.

12. Каждый десятый респондент имеет постоянного или непостоянного сексуального партнера, употреблявшего героин; каждый десятый имеет партнеров, употребляющих героин инъекционным способом. ВИЧ – инфицированы 1,5% постоянных и 0,7% непостоянных сексуальных партнеров.

13. В местах лишения свободы потребляли наркотики инъекционным способом 14,3% респондентов; имели сексуальные контакты 3,3%. Никогда не использовали презервативы 41,8% респондентов из числа тех, у кого были сексуальные контакты в местах лишения свободы.

14. Среди опрошенных респондентов на учёте в наркологических организациях состояло только 37,6%.

15. Получали лечение по поводу употребления наркотиков 48,9% респондентов. Средний возраст первого лечения по поводу употребления наркотиков составляет 24,4 года. В среднем, на одного респондента пришлось 3,4 случая лечения. Чаще всего респонденты лечились в государственных наркологических ЛПО (76,7% от числа всех лечившихся), на втором месте по частоте указывания частные наркологические клиники – 26,4%, на третьем месте стоит лечение в домашних условиях – 19,2%; принудительно лечились – 9,8%, в тюрьме – 2,3%, в лечебных центрах при НПО – 7,2%.

16. Хотели когда-то получить лечение, но не смогли получить лечение - 46,4% респондентов. Основной причиной невозможности получения лечения было опасение быть поставленными на учёт (55,5%).

17. О существовании программ снижения вреда (ПД) осведомлены 50,2% респондентов, но пользуются услугами ПД только 16,4%, а общаются с аутрич - работниками – 12,8% респондентов.

18. Одна треть респондентов (33,6%) в своей жизни подвергались аресту за преступления, связанные

с наркотиками. Средний возраст первого задержания по этому поводу – 23,7 года.

19. Проблемы со здоровьем из-за наркотиков отметили 61,5% респондентов; имели проблемы с семьей – 68,9% респондентов, с друзьями - 31,3%, с учебой/работой – 39,9%, с законом/полицией – 30,9%. Наибольшие проблемы причиняет героин (81,4% респондентов).

20. Страдают: гепатитом В - 32,2%; гепатитом С – 14,3%; ВИЧ - инфицированные – 3,3%; ИППП – 8,5%, туберкулёзом – 8,6% от числа всех респондентов.

21. Данные опорных показателей на национальном уровне позволили оценить распространённость проблемной наркомании на национальном уровне с помощью косвенных методов оценки: в РК распространённость опийной наркозависимости – 103 000 человек, из них ПИНЫ – 100 000 человек.

Основные результаты национального школьного исследования по алкоголю и наркотикам

Данное исследование является первым в истории на территории Казахстана.

Исследование проводилось в специально отобранных регионах: в Павлодарской, Карагандинской, Кустанайской, Ақмолинской, Алматинской и Южно-Казахстанской областях. Данные регионы были выбраны по следующим критериям:

1. Географическое расположение: данные области представляют все зоны Казахстана: центр, юг, север, восток и запад.

2. Численность населения представленных областей позволила обеспечить полноту выборки для проведения исследования.

Сроки исследования: 2006 - 2007 годы.

Школьное исследование было направлено на предоставление информации по употреблению алкоголя, табаком и наркотиками среди школьников, определение факторов риска и защиты в отношении употребления наркотиков; повышение уровня осведомленности и знаний национальных исследователей в разработке и проведении подобного рода исследований. В частности, школьное исследование было направлено:

1. На сбор сопоставимых данных по употреблению алкоголя, табака и наркотиков среди школьников 15 - 16 лет в каждом регионе;

2. На определение моделей употребления алкоголя, табака, наркотиков среди группы этого возраста.

3. На исследование и определение взаимосвязи между употреблением наркотического вещества и психо - социальной и социо - демографической характеристикой подростков (факторы риска и защиты).

4. На предоставление базовой (исходной) информации для разработки политики и профилактических программ по употреблению алкоголя, табака и наркотиков среди подростков в каждой стране.

Основу выборки составляли 236446 классов в 6658 школах Республики.

По объёму выборка представлена 2742763 учениками, из которых 1234244 мальчиков и 1508519 девочек.

В исследовании участвовало 4992 школьников, обучающихся в 197 классах из 78 школ.

Выводы

1. Половина школьников не употребляют сигареты, среди них больше девочек, почти 90% школьников не пробовали насвай. Систематически принимают сигареты 14% и насвай 2,1% - среди них больше мальчиков.

2. Треть школьников (31,4%) не употребляют алкоголь, среди них больше девочек, 55,2% школьников ни разу не были в состоянии опьянения. Систематически принимают алкоголь 12,1% респондентов и 3,4% были в состоянии опьянения 40 раз и больше (среди них мальчиков больше в 4 раза).

3. Ни разу не употребляли, ни одного из любых незаконных наркотиков в течение жизни 87,6% опрошенных. Пробовали один из незаконных наркотиков 4,8% или 199 опрошенных, из них 35% - девочки; 1 или 2 раза и в 4,6% случаев этим наркотиком были марихуана или гашиш.

4. Систематически (40 раз и больше) употребляли любой незаконный наркотик 1,2% респондентов.

5. Героин 1 или 2 раза принимали 0,1% или 4 опрошенных, все мальчики; 0,1% принимали наркотик инъекционным путем.

6. В течение последних 12 месяцев 45,2% опрошенных ни разу не употребляли алкоголь и 69% - ни разу не были в состоянии опьянения. Пробовали алкоголь 1 или 2 раза 22% опрошенных лиц и 3% принимали алкоголь систематически. Ни разу не употребляли марихуану в течение последних 12 месяцев 92,2% и 2,7% - употребляли марихуану 1 - 2 раза. От 99,9 до 100% опрошенных не принимали других наркотиков. Данные по девочкам и мальчикам распределились приблизительно одинаково.

7. В течение последних 30 дней 63,7% опрошенных ни разу не употребляли алкоголь и 81,6% - ни разу не были в состоянии опьянения, 21,3% опрошенных 1 или 2 раза пробовали алкоголь и 1,4% - принимали систематически пиво. Не употребляли марихуану ни разу 95,0% опрошенных лиц и 2,9% - употребляли марихуану 1 - 2 раза. От 99,8 до 100% опрошенных не принимали других наркотиков в течение последних 30 дней. Данные по девочкам и мальчикам распределились приблизительно одинаково.

8. В течение последних 30 дней 5,9% опрошенных лиц выкуривали меньше 1 сигареты в день, 7,8% - от 1 до 5 сигарет, 3,0% - от 6 до 10 сигарет, 0,7% опрошенных - от 11 до 20 сигарет и 0,8% - более 20 сигарет. Мальчики, в целом, на 11% больше употребляют сигарет в день.

9. Первые пробы табака и пива происходят чаще в 11 лет, вина - в 12 лет, а крепких напитков - в 13-14 лет. Девочки первые пробы, как табака, так и алкоголя, совершали на 3 - 4 года позже мальчиков.

10. Таким образом, первые пробы марихуаны происходят чаще в 14 - 15 лет, экстази - в 14 лет, а факт приёма героина в 11 лет требует сомнения и проверки. Девочки первые пробы незаконных наркотиков совершали примерно в одно время с мальчиками.

11. От 2,5% до 3,1% опрошенных мальчиков во время последней выпивки выпивали от 50 до 300 мл крепких напитков, тогда как большинство девочек (2,9%) - от 50 до 100 мл крепких напитков.

12. Основная масса мальчиков (19,5% и 21,5%) во время последней выпивки находились в гостях и на улице, в парке, на пляже и т.п., девочек соответственно (18,7% и 16,8%) дома и в гостях.

13. Основной массе опрошенных (от 10,7% до 16,9%) достаточно от 1 до 4 порций спиртного, чтобы возникло состояние опьянения, и только 2,4% заявили о том, что им необходимо для этого 13 и более порций спиртного.

14. Основная масса мальчиков и девочек (52,5%) как следствие приёма алкоголя отмечают ощущение расслабленности, 48,7% - ощущение радости, 35,5% опрошенных лиц забывают свои проблемы.

15. Отрицательные результаты приема алкоголя отмечает меньшее число респондентов. В основном - это ущерб собственному здоровью (30,1%) и плохое самочувствие (26,2%).

16. Большая масса опрошенных (5,3% из-за употребления наркотиков и 3% из-за употребления наркотиков) имеют проблемы в отношениях с родителями.

17. 7,1% отмечают ссоры и недоразумения и 3,9% - проблемы в отношениях с друзьями, связанные с приемом алкоголя.

18. Большая масса опрошенных лиц - от 47% до 63% считает, что большие количества алкоголя вызывают очень значительные финансовые проблемы; проблемы во взаимоотношениях, проблемы со здоровьем, семейные проблемы, преступления против личности, дорожно-транспортные происшествия, другие несчастные случаи.

19. Большая часть опрошенных лиц слышала об основных наркотиках: 86,8% - о марихуане, 81,3% - о кокаине, 83,6% - о героине, 60,9% - об экстази и 55,7% слышала об опиуме.

20. О других менее распространенных наркотиках имеют осведомлённость от 10 до 40% опрошенных лиц.

21. Было желание попробовать какие-либо из наркотиков у 11,4% опрошенных лиц (13,9% мальчиков и 9,0% девочек).

22. Большая масса опрошенных лиц говорит о простоте добывания: сигарет - 74,9%, пива - 76,6%, вина - 67,8% и крепких напитков - 54,1%.

23. Меньшая уверенность в плане приобретения наркотиков: марихуана или гашиш - 13,9%, экстази - 5,0%, ЛСД или другие галлюциногены - 5,7%.

24. От 40 до 65% опрошенных верят, что употребление ПАВ (кроме табака и ингалянтов), в любом случае, несёт огромный вред здоровью, причём степень вреда напрямую зависит как от вида употребляемого вещества, так и от кратности его приёма.

25. Тревожная ситуация отмечается в употреблении ингалянтов. Так, 43,7% респондентов считают, что регулярный приём ингалянтов имеет минимальный риск для здоровья.

26. Чаще всего у 9,5% опрошенных лиц (из них 13,8% - мальчики и 5,4% - девочки) первым принимаемым наркотиком служит марихуана или гашиш.

27. В первый раз наркотик употребляли чаще всего в компании друзей 5,9% опрошенных лиц (из них 8,7% мальчики и 3,3% - девочки).

28. От половины до 90% опрошенных лиц имеют достаточно адекватные увлечения.

29. Имеют не очень перспективное увлечение игровыми автоматами 13,9% от числа опрошенных лиц.

30. Не имеют прогулов 69,7% опрошенных, а 9,7% респондентов имеют прогулы более 3 дней.

31. Основная масса учащихся (84,6%) имеет средние оценки.

32. Высшие оценки имеют 14,4% респондентов и низкие оценки - 0,9% опрошенных.

33. Имеют среднее образование 50,6% отцов и 58,0% матерей респондентов.

34. Имеют высшее образование 50,6% отцов и 58,0% матерей респондентов.

35. Основная масса учащихся (89,2%) проживает с матерью, проживает с обоими родителями 64,4% учащихся.

36. Основная масса учащихся (27,2%) оценивает благосостояние семьи как «Лучше среднего»; 27,1% - как «Примерно на среднем уровне»; 24,5% - как «Очень хорошее».

37. В большей степени склонны к приёму ПАВ дети из семей, где родители имеют образование 4 и менее класса, и низким благосостоянием, а также дети из смешанных семей, родители которых, не знают, где бывает ребенок в субботние вечера; учащиеся, пропускавшие 3 и более учебных дня, старшие братья и сестры которых бывают в состоянии алкогольного опьянения и/или принимают наркотики. На мальчиков, в плане приема наркотиков, большее влияние имеют микросоциальные условия.

38. Всего около 50% учащихся оценивают себя положительно. От 4 до 10% имеют тревожно-депрессивные расстройства. В целом, от 20 до 50% учащихся имеют негативный жизненный сценарий. В целом, от 1 до 30% учащихся имеют в своей биографии негативные (часто и делинквентные) примеры поведения. В целом, от 10 до 20% учащихся решают сложные жизненные ситуации неадекватным способом. Перечисленные данные, условно, могут являться критериями отнесения данных учащихся в группу риска по употреблению ПАВ.

Основные результаты экспресс-оценки ситуации, связанной с незаконным потреблением и распространением наркотиков по городам: Павлодар, Алматы, Астана и Шымкент за 2007 год

«Экспресс-оценка положения ситуации, связанной с незаконным потреблением и распространением наркотиков по городам: Павлодар, Алматы, Астана и Шымкент за 2007 год» является итогом проведенного эпидемиологического исследования в рамках проекта УКНПП ООН AD/RER/00/E93.

Целью данного проекта является создание Центрально-азиатской наркологической эпидемиологической сети.

Рабочая группа данного проекта изучила эпидемиологическую ситуацию, связанную с незаконным потреблением наркотиков в городах Павлодаре, Алматы, Астане и Шымкенте и некоторые личностные и социальные особенности потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).

Качественные данные и основные источники

Для проведения экспресс оценки ситуации, связанной с незаконным потреблением и распространением наркотиков по городам: Павлодар, Алматы, Астана и Шымкент за 2007 год были использованы следующие данные и источники.

1. Данные наркологической службы городов Павлодара, Алматы, Астаны и Шымкента, включая данные Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании и областного наркологического диспансера в отношении потребителей наркотиков, являющихся жителями города:

- всего лиц, зарегистрированных с диагнозом: Наркомания, включая токсикоманию;

- количество лиц, взятых на учет с диагнозом: Наркомания (включая токсикоманию) впервые в жизни;

- количество лиц, прошедших лечение в текущем году по поводу наркомании;

- потребители инъекционных наркотиков.

2. Данные наркологической службы и Центров СПИД городов Павлодара, Алматы, Астаны и Шымкента:

- всего;

- новые случаи;

- потребители инъекционных наркотиков (ПИН);

- другие.

3. Специализированные или фокусные опросы. Данные опросы проводились у незаконных потребителей наркотиков имеющих наркотическую зависимость, жителей городов Павлодара, Алматы, Астаны и Шымкента, обратившихся за медицинской помощью в наркологические учреждения.

Выводы

1. Общая популяция наркозависимых в РК (оценочные данные) составляет от 200 до 250 тысяч человек. Из них - до 100 тысяч человек являются потребителями инъекционных наркотиков (опия и героина).

2. В течение последних 15 лет (период 1992–2007 годов) количество наркозависимых лиц, впервые взятых на учет, увеличилось более чем в 20 раз (с 3,5 до 70,2 на 100 тысяч человек), а число лиц, состоящих на учёте с диагнозом: Наркомания, – в 12,6 раза (с 28,6 до 361,2 на 100 тысяч человек).

3. По официальным статистическим данным, к концу 2007 года число лиц с наркотической зависимостью, находящихся под наблюдением, достигло 55911 человек.

4. Основными потребителями медицинских услуг наркологического профиля являются жители городов; мужчины старше 20 лет, страдающие зависимостью от препаратов опия и являющиеся потребителями инъекционных наркотиков.

5. В последние годы отчетливо обозначился рост наркомании среди женщин, а их обращаемость за медицинской помощью увеличилась за период с 1991 по 2007 годы в 25 раз.

6. С 1991 по 2007 годы число подростков с выявленной наркоманией выросло более чем в 50 раз.

7. С учётом данных дозорного эпидемиологического надзора, проводимого в регионах РК, общее оценочное количество ВИЧ - инфицированных наркозависимых в Казахстане должно составлять от 10 до 15 тысяч человек на 1 января 2008 года. Из них учтенный контингент, по данным Республиканского СПИД – центра, составляет 5974 человека.

8. ВИЧ - инфицированные через внутривенное пользование одной иглой лица, в основном, являются мужчинами. ВИЧ - инфицированными другими способами: примерно в равных долях являются и мужчины, и женщины.

9. По городам гендерный состав, в общем, сходен. Мужчины составляют 82 – 88% из числа всех обратившихся за наркологической помощью. Отличается лишь ситуация в Алматы, где женщины реже, чем в других городах, обращаются за официальной помощью (7,3% случаев).

10. Примерно половину всех лиц, обратившихся за медицинской помощью по поводу наркотической зависимости, составили русские, исключая Шымкент, где русских всего треть. Вторыми по численности являются казахи – 18,1% в Павлодаре, 28,5% - в Алматы, 32,7% - в Астане и 42,2% - в Шымкенте. Другие национальности имеют по отдельности минимальную представленность, исключая Шымкент, где 13,5% от числа пролеченных лиц составляют узбеки.

11. От 78% (в Алматы) до 91% (в Шымкенте) лиц, прошедших лечение по поводу наркотической зависимости, имеют статус безработного. Имеют постоянную работу в Астане максимальное количество

лиц – 6,4% от числа лиц, прошедших лечение, и минимум в Шымкенте – 1,7%.

12. От 77% пациентов (в Алматы) до 87% (в Астане) имеют средне - специальное образование. Имеют высшее образование: максимум в Алматы – 17% и минимум в Астане – 9%.

13. В течение последних 30 дней (на момент исследования), основная масса, от 41% (в Шымкенте) до 45% (в Алматы) живут с родителями. Имеют свою семью - максимум в Алматы – 35% и минимум в Павлодаре – 23%.

14. Наиболее распространенными наркотиками, вызывающими зависимость и, соответственно, являющимися причиной обращения за медицинской помощью, являются наркотики опийного ряда: героин 94 - 96% и опий 3,3 - 4%. Небольшую долю занимают потребители других ПАВ (каннабиноиды, стимуляторы, ЛОС и др.).

15. Большинство респондентов в Шымкенте - 65%, и меньшинство в Астане - 3,6% в качестве впервые употребленного наркотика отметили каннабис (марихуана, гашиш). Как правило, первое знакомство с наркотиками каннабисной группы происходит в возрасте от 10 до 27 лет, (среднее значение – 20 лет).

16. Второй по численности: в Шымкенте и Павлодаре (26%-45%), но первой в Алматы и Астане (49% - 60%) является группа пациентов, употребивших в качестве первого наркотика героин; в этой группе средний возраст начала употребления наркотиков составил 23 года (от 15 до 41 года).

17. Наибольшее число первичных пациентов наблюдается в Алматы – 62%, наименьшее в Астане – 26%. В среднем время, прошедшее у повторных пациентов от предыдущей госпитализации до нынешней, составило 9 месяцев. Это может косвенно свидетельствовать о более высокой эффективности, чем в прошлом году (8 месяцев), оказываемых наркологических услуг.

18. Употребляли наркотик инъекционным способом, хотя бы один раз, 98 - 99% опрошенных наркозависимых. Сделали они это впервые, в среднем, в возрасте 22,9 лет.

19. В отношении использования общего шприца или иглы при употреблении наркотиков (ответили утвердительно) более рискованное поведение отмечается в Павлодаре - 84% и в Шымкенте – 76%. Более «благоприятная» обстановка в Алматы (37%) и Астане (53%), что показывает разницу в употреблении наркотиков, в зависимости от региона проживания.

20. Наибольшее число ВИЧ-инфицированных пациентов наркологических учреждений в Павлодаре – 11% и в Шымкенте – 14%; менее распространен ВИЧ в Алматы - 5% и Астане – 2%.

21. Гепатит С: наибольший процент в Павлодаре - 87%, среднее количество в Шымкенте и Астане (53% и 57%), наименьшее в Алматы – 12%.

22. От 1 до 3% имеют болезни, передающиеся половым путем.

23. Больных туберкулёзом зарегистрировано от 2 до 5%.

Заключение

Более детально ознакомиться с результатами мониторинга можно, прочитав аналитический от-

чет «Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан за 2007 год» размещенный на сайте РГКП РНПЦ МСПН (<http://www.rncenter.kz>) в разделе: научно-методическая продукция или обратившись в научную библиотеку РГКП РНПЦ МСПН.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

ИНФОРМАЦИЯ О МОНИТОРИНГЕ ВТОРОГО УРОВНЯ

Система мониторинга представляет собой постоянное скрининговое исследование и является промежуточной между сбором обобщенной информации и углубленными эпидемиологическими исследованиями.

Целями мониторинга второго уровня являются:

- организация регулярного сбора персональной неконфиденциальной информации о лицах, допускающих немедицинское употребление ПАВ;
- углубленный анализ с целью раннего выявления новых моделей употребления наркотиков и других ПАВ и описания характеристик уже существующих.

Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании (Центр) при помощи программы ESAG выполняет эти задачи четвертый год. Наркологические диспансеры всех регионов Казахстана являются активными участниками мониторинга. Отделы организационно – методической работы (ОМО) диспансеров осуществляют сбор и ввод информации о лицах, допускающих немедицинское употребление ПАВ, и поддерживают базу данных в рабочем состоянии.

В качестве основного источника информации для проведения мониторинга второго уровня использу-

ется форма № 066 - 3у - «Статистическая карта, вышедшего из наркологического стационара», утвержденная приказом №332 МЗ от 08.07.2005 г.

За 2005 год, по данным годового отчета, по Республике Казахстан пролечено по поводу наркомании и токсикомании 8547 больных. Из этого количества в базу данных программы ESAG было введено 30,7%.

В 2006 году - 69,6 % (6832 пациента из 9816 пролеченных пациентов).

В 2007 году - 80,5% (7831 пациент из 9728 пролеченных пациентов).

За 10 месяцев текущего года в базе данных находится суммарно 5290 карт наркозависимых лиц, прошедших лечение в стационаре, что составляет не более 65%, по сравнению с количеством пациентов, в среднем, проходившим лечение в год по РК (по данным годового отчета).

В мониторинге принимают участие все наркологические диспансеры регионов, активные участники - г. Астана, г. Алматы, Костанайская, Павлодарская, Жамбылская, Кызылординская, Восточно – Казахстанская, Южно – Казахстанская области. Но во многих регионах в мониторинге количество пациентов оказывается меньше, чем подается в среднем пролеченных по итогам года. Такая информация представлена в таблице № 1.

Таблица №1

*Количество пролеченных пациентов по итоговым данным
(2007 – 2008 гг.)*

| Регион | Пролечено в среднем за 10 месяцев F11-19 (по данным 2007 года) | Количество выбывших F11-19 за 10 месяцев 2008 г. |
|------------------------|--|--|
| г. Астана | 790 чел. | 754 чел. |
| г. Алматы | 1460 чел. | 1337 чел. |
| Акмолинская | 110 чел. | 47 чел. |
| Актюбинская | 210 чел. | 68 чел. |
| Алматинская | 130 чел. | 9 чел. |
| Атырауская | 80 чел. | 35 чел. |
| Восточно-Казахстанская | 940 чел. | 485 чел. |
| Жамбылская | 250 чел. | 86 чел. |
| Западно-Казахстанская | 330 чел. | 173 чел. |
| Карагандинская | 850 чел. | 303 чел. |
| Костанайская | 340 чел. | 393 чел. |

| Регион | Пролечено в среднем за 10 месяцев F11-19 (по данным 2007 года) | Количество выбывших F11-19 за 10 месяцев 2008 г. |
|----------------------|--|--|
| Кызылординская | 450 чел. | 292 чел. |
| Мангистауская | 230 чел. | 100 чел. |
| Павлодарская | 400 чел. | 206 чел. |
| Северо-Казахстанская | 220 чел. | 59 чел. |
| Южно-Казахстанская | 490 чел. | 203 чел. |

В регионах кроме диспансеров наркозависимые стационарную помощь получают в СЛПУ и на наркологических койках психдиспансеров, которые статкарты пациентов в базу мониторинга не заносят. Только СЛПУ Восточно-Казахстанской области, Южно-Казахстанской области, г. Актау начинали работать в мониторинге, однако в базе единичное количество карт. Для выполнения данной задачи статистические кабинеты и ОМО СЛПУ должны быть обеспечены компьютерами и электронной сетью. И самое главное - контроль со стороны наркологических диспансеров, отвечающих

за сдачу годового отчета и наркологическую службу региона в целом.

С нашей стороны для деятельности мониторинга оказывается программное обеспечение и сопровождение программы, практическая помощь регионам. В регионы неоднократно отправлялись инструкции по работе с программой по мониторингу, функционирует двухсторонняя электронная и телефонная связь с ОМО диспансеров.

На таблице № 2 представлено распределение пролеченных пациентов за 10 месяцев 2008 г. по регионам с учетом диагноза.

Таблица № 2

Распределение по регионам пролеченных пациентов за 10 месяцев 2008 г. с учетом диагноза

| Регион | Количество выбывших F11-19 | из них | | | | | | | | | кроме того F 10 |
|------------------------|----------------------------|-------------|------------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|------------|-----------------|
| | | F 11 | F 12 | F 13 | F 14 | F 15 | F 16 | F 17 | F 18 | F 19 | |
| РНЦ МСПН | 740 | 683 | 2 | | | | | | | 55 | 189 |
| г. Астана | 754 | 579 | 1 | | | 1 | | | 5 | 168 | 2097 |
| г. Алматы | 1337 | 1325 | 1 | 2 | | | | | 6 | 3 | 1 |
| Акмолинская | 47 | 31 | | | | | | | 1 | 15 | 5 |
| Актюбинская | 68 | 46 | | | | | | | 10 | 12 | 1 |
| Алматинская | 9 | 9 | | | | | | | | | 129 |
| Атырауская | 35 | 25 | | | | | | | 4 | 6 | |
| Восточно-Казахстанская | 485 | 419 | | 1 | | | | | 4 | 61 | 1471 |
| Жамбылская | 86 | 85 | 1 | | | | | | | | |
| Западно-Казахстанская | 173 | 154 | | | | 1 | | | 12 | 6 | 231 |
| Карагандинская | 303 | 268 | 1 | | | | | | | 34 | 8 |
| Костанайская | 393 | 289 | 93 | 1 | | 1 | | | 6 | 3 | 6 |
| Кызылординская | 292 | 60 | 17 | | | | | 30 | 8 | 177 | 1573 |
| Мангистауская | 100 | 96 | | | | | | | | 4 | |
| Павлодарская | 206 | 187 | 3 | | | | | | | 16 | |
| Северо-Казахстанская | 59 | 45 | | | | | | | | 14 | 1 |
| Южно-Казахстанская | 203 | 123 | 2 | | | | | | | 78 | 4 |
| ИТОГО | 5290 | 4424 | 121 | 4 | 0 | 3 | 0 | 30 | 56 | 652 | 5716 |

Анализируя данные, собранные в программе ESAG, отмечаются неправильный ввод данных, особенно у повторных пациентов, отсутствие некоторой информации в статистических картах, что отрицательно сказывается на проведении мониторинга данных. Возможно, это связано с тем, что на местах в практике программу не используют. Регионы сами могли бы проводить анализ данных своего мониторинга, использовать его при формировании годового отчета, для получения какой либо нужной

информации, программа предоставляет такую возможность.

Заключение:

- база данных мониторинга и количество пациентов прошедших лечение в стационарах наркологического профиля в течение года должны быть максимально идентичны;
- информация в базе данных мониторинга должна быть заполнена по всем предложенным параметрам.

ТҮЙІН

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЕСІРТКІДЕН ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ТАРАЛУЫНА ҚАРСЫ ӘРЕКЕТТІҢ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

А. Л. Катков, Ж. Ш. Аманова, О.Г. Юсупов, Е. Б. Байкенов

А. Л. Катковтың, Ж. Ш. Аманованың, О.Г. Юсуповтың, Е. Б. Байкеновтың «Қазақстан Республикасында есірткіден тәуелділіктің таралуына қарсы әрекеттің әлеуметтік аспектілері» мақаласында Қазақстан Республикасында ПБЗ тәуелділіктің таралуына қарсы әрекет жасайтын, әлеуметтік аспектілерінің басты бағыттарының тиімділігіне талдау жасалған. ПБЗ тәуелділіктің таралу эпидемиясының басқа әлеуметтік эпидемиялармен- діни экстремизммен, сектанттық, терроризм, қылмыстық ұйымдарға тартудың өзара байланысына көңіл аударылады. Бағыттық ҒПҚ және БАҚ, денсаулық сақтау, білім секторларында жасалған профилактикалық жұмыс туралы негізгі мәліметтер баяндалады. Әлеуметтік қарсыәрекеттік белсенділік саласында жүйелік тапшылық бары туралы қорытынды жасалады. Бұл тапшылықты жою бойынша нақты ұсыныстар тұжырымдап айтылады.

Өзекті сөздер: есірткіге тәуелділік, әлеуметтік эпидемия, профилактика, қарсы әрекет ететін әлеуметтік белсенділік.

ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫ ҚОЛДАНУ САЛДАРЫНАН БОЛАТЫН ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ТӘРТІПТІК БҰЗЫЛЫМДАРЫ БАР ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ (ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК- ШЫҒЫС АЙМАҒЫ) КОМОРБИДДІК ЖҮЙКЕЛІК-ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫМДАРЫ

Н. В. Асланбекова, Л. К. Барматина

Бұл мақалада психикалық белсенді заттарды қолдану салдарынан болған дәрігерлердің коморбидтік жүйкелік-психикалық бұзылымдары қаралады. Аддиктивтік бұзылымдары бар тұлғалар мен аддиктивтік проблемалары жоқ тұлғалардың жүйкелік –психикалық бұзылымдарының таралуына қатынасты сараптама нәтижелерінің мәліметтері келтіріледі. Жеке алғанда ПБЗ (кофеин, шылым, алкоголь) қолдану салдарынан ПТБ бар стационарлық дәрігерлер арасында органикалық психикалық бұзылымдары (F07.2), көңіл-күйдің қызбалық бұзылымы (F3) және тынышсыздық-фобикалық бұзылымдар (F4) таралуы туралы мәліметтер келтіріледі.

ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК- ШЫҒЫС АЙМАҒЫНДАҒЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕР АРАСЫНДА ҮЙЛЕСКЕН АДДИКТИВТІК БҰЗЫЛЫМДАР, ӨМІР САПАСЫ ЖӘНЕ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ДЕҢГЕЙІНІҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ (1 хабар)

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

Бұл мақалада Қазақстанның Солтүстік- шығыс аймағындағы стационарлық бағыттағы дәрігерлер арасында үйлескен аддиктивтік бұзылымдар, өмір сапасы және психикалық денсаулық деңгейінің өзара байланысы қаралады.

Үйлескен аддиктивтік бұзылымдардың өмір сапасымен және психикалық денсаулық сапасымен өзара байланысы талдауы нәтижесінің көрсеткіштері келтіріледі. Жеке алғанда, В.В. Бойконың(1999) эмоционалдық күйіп кету диагностикасы сауалнамасының, К.К. Яхиннің, Д.М. Менделеевичтің (1998) невротикалық жағдайлардың деңгейін айқындау клиникалық сауалнамасы және өмір сапасы сауалнамасы (БДҚ) мәліметтері қаралады. Үйлескен аддиктивтік бұзылымдарға қатынасты авторлар үш ұсынылған аддиктивтік бұзылымдардың (кофеин, шылым, алкоголь) кез келген үйлесімде екі аддиктивтік бұзылымдар түрі бар тұлғалардың психикалық денсаулық жағдайын қарайды. Психикалық белсенді заттардың екі түрін асыра пайдаланудың үйлесуі ПАВ) (F1x.1 + F1x.1) немесе ПБЗ тәуелділіктің екі түрінің үйлесуі ПАВ (F1x.2 + F1x.2), немесе қандай да бір ПБЗ асыра пайдаланудың және қандай да бір ПБЗ тәуелділіктің үйлесуі қаралды (F1x.1 + F1x.2).

**ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК- ШЫҒЫС АЙМАҒЫНДАҒЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ
БАҒЫТТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕР АРАСЫНДА ҮЙЛЕСКЕН АДДИКТИВТІК БҰЗЫЛЫМДАР,
ӨМІР САПАСЫ ЖӘНЕ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ДЕҢГЕЙІНІҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ
(2 хабар)**

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

Бұл мақалада Қазақстанның Солтүстік- шығыс аймағындағы стационарлық бағыттағы дәрігерлер арасында үйлескен аддиктивтік бұзылымдар, өмір сапасы және психикалық денсаулық деңгейінің өзара байланысы қаралады.

Үйлескен аддиктивтік бұзылымдардың өмір сапасымен және психикалық денсаулық сапасымен өзара байланысы талдауы нәтижесінің көрсеткіштері келтіріледі. Жеке алғанда, В.В. Бойконың (1999) эмоционалдық күйіп кету диагностикасы сауалнамасының, К.К. Яхиннің, Д.М. Менделеевичтің (1998) невротикалық жағдайлардың деңгейін айқындау клиникалық Үйлескен аддиктивтік бұзылымдарға қатынасты авторлар үш ұсынылған аддиктивтік бұзылымдардың (кофеин, шылым, алкоголь) кез келген үйлесімде үш аддиктивтік бұзылымдар түрі бар тұлғалардың психикалық денсаулық жағдайын қарайды. сауалнамасы және өмір сапасы сауалнамасы (БДҚ) мәліметтері қаралады. ПБЗ асыра пайдаланудың үш түрі (F1x.1 + F1x.1+ F1x.1) немесе ПБЗ тәуелділіктің үш түрінің үйлесуі (F1x.2 + F1x.2+ F1x.2), немесе қандай да ПБЗ және қандай да ПБЗ тәуелділіктің үйлесуі (F1x.1 + F1x.2+ F1x.2) или (F1x.1 + F1x.1+ F1x.2).

**ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК- ШЫҒЫС АЙМАҒЫНДАҒЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ
БАҒЫТТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕР АРАСЫНДА АДДИКТИВТІК БҰЗЫЛЫМДАР МЕН
ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ**

Ю. А. Россинский, Н. В. Асланбекова

Бұл мақалада Қазақстанның солтүстік-шығыс аймағыныңдағы стационарлық бағыттағы дәрігерлер арасында «эмоционалдық күйіп кету» синдромын қосқандағы, аддиктивтік және жүйкелік-психикалық бұзылымдардың өзара байланысы қаралады.

Аддиктивтік бұзылымдары бар тұлғалар мен аддиктивтік проблемалары жоқ тұлғалардың психикалық денсаулық жағдайының салыстырмалы сараптама нәтижелерінің мәліметтері келтіріледі. Жеке алғанда, В. В. Бойконың (1999) эмоционалдық күйіп кету диагностикасы сауалнамасының, К. К. Яхиннің, Д. М. Менделеевичтің (1998) невротикалық жағдайлардың деңгейін айқындау клиникалық сауалнамасы және өмір сапасы сауалнамасы (БДҚ) мәліметтері қаралған.

**ПБЗ ТӘУЕЛДІЛЕРДІ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУ БАҒДАРЛАМАСЫНДАҒЫ
ӘЛЕУМЕТТІК-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ТРЕНИНГ**

Ж. Ш. Аманова

Нашақор ауруларды медициналық-әлеуметтік оңалту (МӨО) медициналық және әлеуметтік-психологиялық шаралардың өзара байланысты, кешенді жүйесі болып табылады. Мақалада оңалту кезеңдерінің мазмұны ашылады және ПБЗ тәуелділерді медициналық-әлеуметтік оңалту бағдарламасындағы әлеуметтік-психологиялық тренингтің орны, оның кезеңдері мен міндеттері қаралады.

**МӨО БАҒДАРЛАМАЛАРЫНДАҒЫ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ КЕҢЕС БЕРУДІҢ САПАСЫН
АРТТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ**

Е. Б. Байкенов

Мақалада наркологиялық практикада психологиялық кеңес берудің ерекшеліктері ашылады. Кеңес беру процесінің мақсаттары, міндеттері, мазмұны және құрылымы бейнеленеді, сондай-ақ есірткіден тәуелділерді медициналық-әлеуметтік оңалту бағдарламаларындағы кеңес берудің сапасын арттырудың басты факторы психолог-мамандарды кәсіби даярлау мәселелері болып талқыланады.

ЖЕТКІНШЕК ЖАСТА АЛКОГОЛЬДІК ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ҚАЛЫПТАСУЫНЫҢ ЭТНОКУЛЬТУРАЛДЫҚ АСПЕКТІЛЕРІН ЗЕРТТЕУ

М. В. Прилуцкая

Мақалада жеткіншектік алкогольдік аддикция проблемасын этникалық бірдей қалыптасу процесі арқылы қарау талпынысы берілген. Балалық жаста ұлттық бірдей дамудың түйінді кезеңі баяндалған. Қазіргі кездегі қоғамда этнофункционалдық келіспеушілік пен психикалық дезадаптацияның эпидемиясы арасында паралелі бары, өсіп келе жатқан буынды психикалық белсенді заттардан тәуелділікке тартудың үлесі болатын анық, сенімді маркер болып қызмет жасайтыны айтылған.

МЭО КЕЗЕҢДЕРІНДЕ ПБЗ ТӘУЕЛДІЛЕРДІ УӘЖДІК СҰХБАТТАСТЫРУ ЖӘНЕ ЕМДЕУДІ ЖОСПАРЛАУ, АДДИКЦИЯНЫҢ ҚИЫНДЫҚ ИНДЕКСІМЕН ЖҰМЫС

О. Г. Юсупов

Бұл жұмыста ПБЗ тәуелділерді емдеу мен кеңес беруді жоспарлау мәселелеріне қатысты ең жақсы тәжірибелерге шолу жасалған. Мақалада бағалаудың мазмұны мен проблемалық пікірлердің тұжырымдамасы, мақсаттар қою технологиялары мен міндеттерін анықтау және интервенциялар толық қаралады. Тараулардың біреуі Д. Прочаска, К. ДиКлементе бойынша өзгеру сатылары баяндалатын тәртіптің өзгеруі мен емдеуге уәждеу проблемаларына және әр сатыда кеңес берушінің жұмысының мазмұнына арналған, сондай-ақ В. Миллер мен С. Роллник, жасаған уәждеу сұхбатының басты принциптері қаралады.

ЕСІРТКІДЕН ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ УӘЖДІК САЛАСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН ЗЕРТТЕУ

Е. Б. Байкенов

Бұл мақала есірткіден тәуелділердің медициналық-әлеуметтік оңалтуының түрлі кезеңдерінде уәждік саланы зерттеудің проблемасына арналған, зерттейтін міндеттерді шешу үшін таңдап алынған психодиагностикалық тестердің батареясы баяндалады.

ЕРКІНДІКТЕГІ ЖӘНЕ БАС БОСТАНДЫҒЫНАН АЙЫРЫЛУ ОРЫНДАРЫНДАҒЫ ОПИОИДТАРҒА ТӘУЕЛДІ ТҰЛҒАЛАРДЫҢ ӨМІР САПАЛАРЫН ЗЕРТТЕУ

Е. В. Бредихина

Мақалада өмір сапасын анықтау және түсінік беріледі. Психикалық белсенді заттарға салыну мен өмір сапасының өзгеруінің өзара байланысы қаралады. Пенитенциарлық мекемелердегі опиоидтарға тәуелді тұлғалар мен еркіндіктегі опиоидтарға тәуелді тұлғалардың өмір сапасын зерттеудің кейбір салыстырмалы нәтижелері келтіріледі.

МЭО БАҒДАРЛАМАСЫНДА ЕМДЕУДІҢ ДИФФЕРЕНЦИЯЛАНҒАН ТӘСІЛДЕРІ

А. А. Құсаинов

Бұл мақалада НМӨП РФПО медициналық - әлеуметтік оңалтудың барлық кезеңдерінде қолданылатын маскүнемдікпен және апиындық нашақорлықпен азап шегетін тұлғаларды емдеудің қазіргі кездегі тәсілдерін суреттеуге талпыныс жасалады.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ТҰРАТЫН ӘЙЕЛДЕРДЕ АПИЫНҒА ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ҚАЛЫПТАСУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г. А. Садвакасова

Берілген мақалада Қазақстан Республикасындағы әйелдер арасында тәуелділіктің әлеуметтік-демографиялық және клиникалық-ұйымдастырылған ерекшеліктері, эпидемиологиялық таралуына қысқаша шолу берілген.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 2007 ЖЫЛҒЫ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ АХУАЛДЫ БАҚЫЛАУДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН БАСТЫ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ

О. В. Лаврентьев, Т. Г. Ковина, Н. Е. Мирошниченко

Мақалада Қазақстан Республикасындағы наркологиялық ахуал жөніндегі қорытындылар үш деңгей бойынша көрсетілген: ресми жалпыланған ақпарат деңгейі, есірткілік заттарды тұтынушылар туралы дербес ақпарат деңгейі және тереңдетілген тақырыптық эпидемиологиялық зерттеулер.

THE RESUME

SOCIAL ASPECTS OF COUNTERACTION TO DISTRIBUTION OF NARCOTIC DEPENDENCE TO THE REPUBLIC KAZAKHSTAN

Katkov A. L., Amanova Zh. Sh., Yusopov O. G., Bajkenov E. B.

In the clause «Social aspects of counteraction to distribution of narcotic dependence to the Republic Kazakhstan» by A. L. Katkov, Zh. Sh. Amanova, O. G. Yusopov, E. B. Bajkenov the analysis of efficiency of the basic directions of the social activity counteracting distribution of dependence on PEAHENS in the Republic Kazakhstan is led. In particular, pays attention to interrelation of epidemic of distribution of dependence on PEAHENS with other social epidemics - religious extremism, sectarianism, terrorism, involving in the criminal organizations. The basic data on the done preventive work in sector of public health services, formation, profile NPO and mass-media are stated. Conclusions about presence of system deficiencies in sphere of social counteracting activity are done. Specific proposals on overcoming the given deficiency are formulated.

Keywords: drug dependence, social epidemics, the preventive maintenance, counteracting social activity.

CORMOBIDE PSYCHOLOGICAL FRUSTRATION AT THE DOCTORS HAVING MENTAL AND BEHAVIOURAL FRUSTRATION OWING TO THE USE OF PSYCHO-ACTIVE SUBSTANCES (NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN)

Aslanbekova N. V., Barmatina L. K.

In the given clause the cormobide psychological frustrations at the doctors having mental and behavioural frustration owing to the use of psychoactive substances (PEAHENS) are considered. Data of results of research concerning prevalence of psychological frustration at persons with addictive frustrations and without addictive frustrations are cited. In particular data about prevalence of organic mental frustrations (F07.2), affective frustrations of mood (F3) and is disturbing-fobial frustrations (F4) among the doctors of a stationary structure having PPR owing to the use of PEAHENS (caffeine, tobacco, alcohol) are cited.

INTERRELATIONS OF COMBINATORY ADDICTIVE FRUSTRATIONS, QUALITY OF LIFE AND A LEVEL OF MENTAL HEALTH AMONG DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE OF NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN (the message 1)

Aslanbekova N.V., Rossinskij Y. A.

In the given clause interrelations of combinatory addictive frustrations, quality of life and a level of mental health among doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan are considered. Parameters of results of the analysis of interrelations of combinatory addictive frustrations with quality of life and a level of mental health are resulted. In particular, data of a questionnaire of diagnostics of emotional burning out of V.V. (1999), a clinical questionnaire of revealing of a level of neurotic conditions of K. K. Yakhin, D. M. Mendelevich (1998) and a questionnaire of quality of life (the version the CART) are considered. Concerning of combinatory addictive frustrations authors consider a condition of mental health at the persons having two kinds of addictive frustrations from three presented (caffeine, tobacco, alcohol) in any combination. The combination of abusing of two kinds of psychoactive substances (PEAHENS) (F1x.1 + F1x.1) or a combination of dependence of two kinds of PEAHENS (F1x.2 + F1x.2), or a combination of abusing any HAVING fallen and dependences from any HAVING fallen (F1x.1 + F1x.2) was considered.

**INTERRELATIONS OF COMBINATORY ADDICTIVE FRUSTRATIONS, QUALITY OF LIFE AND
A LEVEL OF MENTAL HEALTH AMONG DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE OF
NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN
(the message 2)**

Aslanbekova N. V., Rossinskij Y. A.

In the given clause interrelations of combinatory addictive frustrations, quality of life and a level of mental health among doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan are considered. Parameters of results of the analysis of interrelations of combinatory addictive frustrations with quality of life and a level of mental health are resulted. In particular data of a questionnaire of diagnostics of emotional burning out of V.V. (1999), a clinical questionnaire of revealing of a level of neurotic conditions of K. K. Yakhin, D. M. Mendelevich (1998) and a questionnaire of quality of life (the version the CART) are considered. Concerning combinatory addictive frustrations authors consider a condition of mental health at the persons having three kinds of addictive frustrations from three presented (caffeine, tobacco, alcohol) in any combination. The combination of abusing of three kinds of PEAHENS (F1x.1 + F1x.1 + F1x.1) or a combination of dependence of three kinds of PEAHENS (F1x.2 + F1x.2 + F1x.2), or any a combination of abusing any HAVING fallen and dependences from any HAVING fallen (F1x.1 + F1x.2 + F1x.2) or (F1x.1 + F1x.1 + F1x.2) was considered.

**INTERRELATIONS OF ADDICTIVE FRUSTRATIONS AND MENTAL HEALTH AMONG DOCTORS
OF A STATIONARY STRUCTURE OF NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN**

Rossinskij Y. A., Aslanbekova N. V.

In the given clause interrelations of addictive and psychological frustrations, including a syndrome of «emotional burning out» among doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan are considered. Data of results of the comparative analysis of a condition of mental health of the persons having addictive frustrations and persons not having addictive problems are cited. In particular data of a questionnaire of diagnostics of emotional burning out of V.V. (1999), a clinical questionnaire of revealing of a level of neurotic conditions of K. K. Yakhin, D. M. Mendelevich (1998) and a questionnaire of quality of life (the version the CART) are considered.

**SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL TRAINING IN THE PROGRAM OF MEDICO-SOCIAL
REHABILITATION DEPENDENT ON PEAHENS**

Amanova Zh. Sh.

Medico-social rehabilitation (MSR) sick of narcotism represents the complex, interconnected system of medical and socially-psychological actions. In clause the maintenance of stages of rehabilitation reveals and the place of socially-psychological training in the program of medico-social rehabilitation dependent on PEAHENS its stages and problems is considered.

**QUESTIONS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF PSYCHOLOGICAL CONSULTATION
IN PROGRAMS MSR**

Bajkenov E. B.

In the clause specificity of psychological consultation in a narcological practice reveals. It is described the purposes, problems, the maintenance and structure of advisory process, and also are discussed questions of vocational training of experts-psychologists as major factor of improvement of quality of psychological consultation in programs of medico-social rehabilitation of drug dependent.

RESEARCH OF ETHNO CULTURAL ASPECTS OF FORMATION OF ALCOHOLIC DEPENDENCE AT TEENAGE AGE

Prilutskaya M. V.

In the clause the attempt of consideration of a problem teenage alcoholic addiction through a prism of process of becoming of ethnic identification is given. The central moments of development of national identity at children's age are described. Existence of parallels between an ethnofunctional mismatch in a modern society and epidemic mental desadaptation is mentioned, as authentic, which reliable marker the share of involving of ascending generation in dependence from psychoactive substances can serve.

PLANNING OF TREATMENT, WORK WITH AN INDEX OF WEIGHT OF ADDICTION AND MOTIVATIONAL INTERVIEWING DEPENDENT ON PEAHENS AT STAGES MSR

Yusopov O. G.

In the given work the review of the best an expert of concerning questions of planning of treatment and consultation dependent on PEAHENS is spent. In the clause the maintenance of the estimation and the formulation of problem statements, technologies of statement of the purposes and definitions of problems and interventions are in detail considered. One of sections is devoted to a problem of change of behaviour and motivation on treatment where stages of change on D. Prochask, K. DiKlemente and the maintenance of work of the adviser at each stage are described, the main principles of motivational interview developed by V. Miller and S. Rollnik also are considered.

RESEARCH OF FEATURES OF MOTIVATIONAL SPHERE OF DRUG DEPENDENT

Bajkenov E. B.

The present clause is devoted to a problem of research of motivational sphere of drug dependent at various stages of medico-social rehabilitation, the battery of psycho diagnostic tests picked up for the decision of research problems is described.

RESEARCH OF QUALITY OF A LIFE OF THE PERSONS DEPENDENT FROM OPIOIDS AT LARGE AND IN PLACES OF IMPRISONMENT

Bredihina E. V., Naidenov A. I.

In the clause the concept and definition of quality of a life is given. The interrelation between abusing of psychoactive substances and change of quality of life is considered. Some results of research of quality of life of persons with dependence from opioids, being in penitenterian establishments in comparison with persons with dependence from opioids at large are resulted.

THE DIFFERENTIATED APPROACHES TO TREATMENT IN PROGRAM MSR

Kusainov A. A.

In the given clause the attempt to describe modern approaches to treatment of persons suffering by an alcoholism and opioid narcotism applied on all stages of medico-social rehabilitation in RNPC MSPN will be made.

FEATURES OF FORMATION OF DEPENDENCE FROM OPIOIDS AT THE WOMEN LIVING IN THE REPUBLIC KAZAKHSTAN

Sadvakasova G. A.

In the given clause the brief review of epidemiological prevalence, socially-demographic and clinico-organizational features of dependence among women in the Republic Kazakhstan is given.

THE BASIC CONCLUSIONS AND RESULTS OF MONITORING OF A NARCOLOGICAL SITUATION IN THE REPUBLIC KAZAKHSTAN IN 2007

Lavrentyev O. V., Kovina T. G., Miroshnichenko N. E.

In the clause conclusions on a narcological situation in the Republic Kazakhstan for 2007 on three levels are shown: to a level of the official generalized information, a level of the personal information on consumers of narcotics and a level of the profound thematic epidemiological researches.