
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том VIII № 4

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. Кошегулова; 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. Юсупов

Редакционный совет:

А. А. Аканов (Алматы); 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:

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

Катков А. Л.

Особенности управления качеством специализированной наркологической помощи 7-12

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН

Катков А. Л.

О новых подходах к управлению качеством в системе наркологической помощи 13-20

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Асланбекова Н. В.

Взаимосвязи качества жизни и психического здоровья у врачей стационарного профиля 21-27

Асланбекова Н. В., Россинский Ю. А.

Качество жизни врачей стационарного профиля Северо-Восточного региона Казахстана (социальный аспект) 27-36

Байкенов Е. Б.

Применение способа диагностики волевых расстройств в исследовании мотивационной сферы зависимых от психоактивных веществ (ПАВ) 36-38

Катков А. Л.

Особенности управления качеством в системе здравоохранения 39-42

Россинский Ю. А., Асланбекова Н. В.

Превентивные мишени нервно-психических расстройств и синдрома эмоционального выгорания у врачей стационарного профиля 42-48

Россинский Ю. А., Асланбекова Н. В.

Психические и поведенческие расстройства у врачей стационарного профиля северо-восточного региона Республики Казахстан вследствие употребления психоактивных веществ 48-54

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Том VIII
№ 4
2008 год

Прилуцкая М. В.

Основные аспекты противорецидивной терапии зависимых от психоактивных веществ на этапе амбулаторной реабилитации 55-59

КЛИНИКА

выходит
4 раза в год

Вострикова Т. А., Нежинская Н. А.

Опыт применения Гепатила у больных с хроническим алкоголизмом 60-63

<i>Кузембаева Л. Б., Павленко В. П., Успанов Н. К.</i> Цераксон в лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии	63-66
<i>Прилуцкая М. В., Кумарова Н. В., Барматина Л. К.</i> Клинический случай сочетания полинаркомании (опиоиды, алкоголь, каннабиноиды) с коморбидным расстройством зрелой личности шизоидного радикала	66-70
<i>Федулеев Ю. А., Минько Н. В., Құжаев Р. С.</i> Социально-демографическая характеристика больных, страдающих алкоголизмом и наркоманией, прошедших судебно-наркологическую экспертизу по Западно-Казахстанской области	70-72

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Молчанов С. Н., Нургазина А. З., Дробитько О. Ю., Барматина Л. К.</i> Оказание наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях Республики Казахстан – дальнейший путь развития	73-75
<i>Пак Т. В.</i> Организация социальной реабилитации больных наркоманией	75-76

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

<i>Катков А. Л.</i> О программе тематического усовершенствования по теме: «Управление качеством современной наркологической помощи»	77-78
<i>Резюме</i>	79-86
<i>Библиография к журналу «Вопросы наркологии Казахстана» за 2008 год</i>	87-89

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL CLAUSES

FOUNDERS:

- Katkov A. L.*
Features of quality management of the specialized
narcological help 7-12

PROGRAM MATERIALS

THE MINISTRY OF HEALTH OF KAZAKHSTAN

- Katkov A. L.*
About new approaches to quality management in
system of the narcological help 13-20

FUNDAMENTAL RESEARCHES

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

- Aslanbekova N. V.*
Interrelations of quality of life and mental health at
doctors of a stationary structure 21-27
- Aslanbekova N. V., Rossinsky Y. A.*
Quality of life of doctors of a stationary structure of
Northeast region of Kazakhstan (social aspect) 27-36
- Bajkenov E. B.*
Application of «the Way of diagnostics of strong-
willed frustrations» in research of the motivational
sphere dependent on PEAHENS 36-38
- Katkov A. L.*
Features of quality management in the system of public
health services 39-42
- Rossinsky Y. A., Aslanbekova N. V.*
Preventive targets of psychological frustration and
syndrome of emotional burning out at doctors of a
stationary structure 42-48
- Rossinsky Y. A., Aslanbekova N. V.*
Mental and behavioural frustrations at doctors of a
stationary structure of northeast region of the Republic
Kazakhstan owing to the use of psycho-active
substances 48-54

PREVENTIVE MAINTENANCE AND REHABILITATION

Volume VIII
№ 4
2008

- Prilutskaya M. V.*
The basic aspects of anti-relapse therapies dependent
on psycho-active substances at a stage of out-patient
rehabilitation 55-59

CLINICS

Published
4 times in a year

- Vostrikova T. A., Nezhinskaya N. A.*
Experience of application of Hepatil at patients with
chronic alcoholism 60-63
-
-

<i>Kuzembaeva L. B., Pavlenko V. P., Uspanov N. K.</i> Ceracson in treatment of the patients, suffering the chronic alcoholism with displays of alcoholic encephalopathy	63-66
<i>Prilutskaya M. V., Kumarova N. V., Barmatina L. K.</i> The clinical case of a combination of polynarcotism (opioids, alcohol, kannabinoids) with comorbide frustration of the mature person of schizoid radical	66-70
<i>Feduleev Y. A., Minko N. V., Kuzhaev R. S.</i> The socially-demographic characteristic of the patients, suffering the alcoholism and the narcotism, passed the judicial-narcological examination on the West- Kazakhstan area	70-72

THE ORGANIZATION OF THE NARCOLOGICAL HELP

<i>Molchanov S. N., Nurgazina A. Z., Drobitko O. Y., Barmatina L. K.</i> The rendering of the narcological help in penitenterian establishments of the Republic Kazakhstan - the further way of development	73-75
<i>Pak T. V.</i> The organization of social rehabilitation of the sick with narcotism	75-76

INFORMATION AND REVIEWS

<i>Katkov A. L.</i> About the program of thematic improvement on the theme: «Quality management of the modern narcological help»	77-78
<i>The resume</i>	79-86
<i>The bibliography to magazine «Questions of narcology of Kazakhstan» for 2008</i>	87-89

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Д.м.н., проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Высокое качество оказания наркологической помощи является основным условием достижения главных стратегических целей, стоящих перед службой – блокированием и обратным развитием тенденций распространения наркозависимости и сопутствующего ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан.

Наркологическая помощь является специализированным сектором системы здравоохранения РК. Поэтому, общие подходы к управлению качеством медицинской помощи полностью применимы и к данной специфике.

Вместе с тем, наркологическая служба, как никакая другая, ориентирована на взаимодействие с правовыми институтами, силовыми ведомствами, профильными социальными службами и сектором НПО. От степени интенсивности и конструктивности данного взаимодействия, в конечном итоге, зависят такие важнейшие параметры качества как: 1) приемлемые (в смысле отсутствия правовой дискриминации, стигматизации и адресного учета) условия оказания профильной помощи; 2) низкий порог доступности услуг сектора первичной наркологической помощи, ориентированного на профилактику распространения ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков, поэтапную мотивацию к прохождению полноценной медико-социальной реабилитации; 3) высокий уровень охвата наркопотребителей профильным сектором услуг.

Следовательно, параметры качества специализированной наркологической помощи, дополнительно к стандартным для системы здравоохранения требованиям и подходам, должны включать и специфические для данной службы характеристики степени интенсивности и конструктивности взаимодействия с поименованными внешними агентами, а также – особый акцент на приемлемости условий оказания профильных услуг, наличие и эффективность мотивационного компонента, и показатели охвата зависимых от ПАВ профильной помощью. В данном случае последний объемный показатель трансформируется в важнейший итоговый индикатор качества услуг, предоставляемых в приоритетном секторе первичной наркологической помощи.

1. В свете всего сказанного, *основные концепты* стратегии управления качеством в системе специализированной наркологической помощи будут выглядеть следующим образом.

Общие принципы – система управления качеством современной наркологической помощи должна: 1) ориентироваться на идеологию TQM; 2) опираться на основные направления и параметры оценки качества, предложенные Донабедианом – структуры, процесса и результата; 3) использовать традиционные компоненты и методологию оценочного процесса – адекватность, экономичность, научно-технический уровень, эффективность; 4) использовать специфические характеристики и индикаторы качества наркологической помощи.

Основная цель – система управления качеством наркологической помощи должна обеспечить полное соответствие характеристик оказываемой помощи (условий, доступности, ассортимента и т.д.) основным запросам, скрытым и открытым потребностям зависимых от ПАВ и лиц, находящихся в зоне риска по наркологическому профилю.

Достижение данной цели будет способствовать выполнению главной задачи службы – блокированию и обратному развитию тенденций к неконтролируемому росту распространения зависимости от ПАВ и сопутствующего ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан.

Основные задачи:

- организация отраслевого кластера, обеспечивающего требуемый уровень оказания специализированной наркологической помощи населению РК, со следующими ассоциированными агентами – наркологическим исследовательским Центром (РНПЦ МСПН); образовательными структурами с основным профилем деятельности в области последиplomной подготовки соответствующих специалистов; учреждениями, непосредственно оказывающими наркологическую помощь;

- проведение высококачественных и масштабных научных исследований по выявлению потребностей в наркологической помощи среди различных групп населения; сравнительных научных исследований по определению доказательной эффективности используемых технологий наркологической помощи и инновационных технологий профилактики, диагностики, лечения, реабилитации зависимых от ПАВ;

- разработка системы профессиональных стандартов и протоколов (стандарты мониторинга наркологической ситуации, услуг, квалификации, подготовки специалистов, организации);

- разработка концепции и параметров результатов по всем направлениям и этапам оказания про-

фильной наркологической помощи (включая деятельность научно-образовательно-практического кластера);

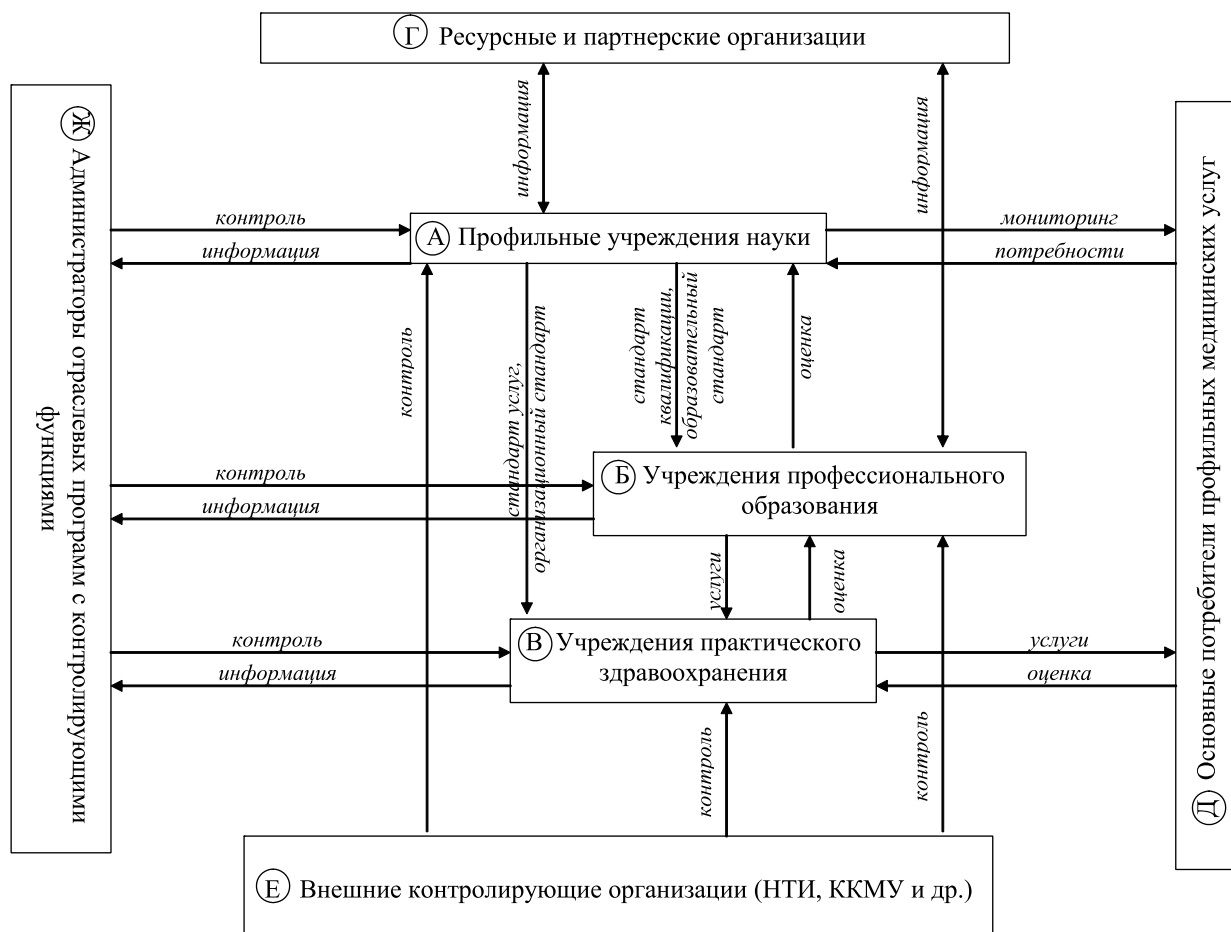
- разработка и реализация системы контроля за процессами планирования, обеспечения и фактической реализации обозначенных параметров результата с последующей коррекцией основных стратегических и оперативных установок в области обеспечения качества профильной помощи (данная позиция предполагает адекватное содержание стандарта многоуровневого мониторинга наркологической ситуации и эффективности противодействующих усилий, прилагаемых в секторе здравоохранения РК).

Из всего сказанного следует, что основополагающими концептами (инструментами) обеспечения качества в системе наркологической помощи населению являются:

- *организационный концепт*, обеспечивающих, во-первых, абсолютно необходимое сотрудничество основных агентов отраслевого кластера; во-вторых, научно-обоснованную разработку основных инструментов обеспечения качества профильной помощи, в-третьих, - требуемый уровень подготовки персонала, дающий возможность адекватного использования данных инструментов. На схеме 1 обозначена общая структура отраслевого кластера с тремя

блоками основных ассоциированных агентов, в совокупности обеспечивающих высокий уровень качества наркологической помощи (блоки А (научные учреждения); Б (образовательные учреждения); В (учреждения практического здравоохранения)). Далее, на данной схеме обозначены основные внешние агента (блоки Г, Д, Е, Ж), с которыми выстраивается система профессиональных отношений у ассоциированного представителя отраслевого кластера. Каждый из поименованных агентов вносит свою лепту в систему общего контроля за качеством производимых услуг. С точки зрения информационной и материальной обеспеченности данного процесса имеют значение ресурсные и партнерские организации (блок Г), где, например, можно заимствовать эффективные технологии и осуществлять подготовку научно-педагогических кадров. С точки зрения выявления основных потребностей, приоритетных направлений в организации специализированной помощи, а также итоговой оценки качества услуг, имеет значение блок Д (основные потребители услуг). При этом следует иметь в виду, что внутри отраслевого кластера каждый ассоциированный агент является потребителем услуг другого ассоциированного участника. Учреждения образования, например, являются потребителями квалификационных и образовательных стандартов, разработанных соответ-

Схема 1



ствующими научными структурами. Учреждения практического здравоохранения, в свою очередь, являются потребителями услуг в сфере подготовки кадров и т.д.

Далее, в схеме 1 обозначены основные компоненты функционального взаимодействия ассоциированных и внешних агентов отраслевого кластера, имеющие прямое отношение к процессам обеспечения качества специализированной наркологической помощи и его эффективному контролю.

- *технологический концепт*, формируемый в качестве научно-обоснованной системы взаимосвязанных профессиональных стандартов (стандарта мониторинга, включая механизмы контроля эффективности профильной деятельности; стандарта услуг, выводимого из основных нужд и запросов потенциальных и реальных потребителей; квалификационного, образовательного стандартов; и стандарта организации наркологической помощи, включая организацию отраслевого научно-образовательно-практического кластера, а так же – эффективную организацию контроля за качеством оказываемой наркологической помощи). Настоящая система профессиональных стандартов является, одновременно, основным инструментом выявления базисных (скрытых и открытых) потребностей химически зависимых лиц и лиц, входящих в группу риска по наркологическому профилю, в специализированных медицинских и социальных услугах (стандарт мони-

торинга наркологической ситуации); основным этапом, используемым в экспертной оценке уровня адекватности оказываемой помощи в системе промежуточных индикаторов (стандарты и протоколы услуг); основным инструментом реализации запланированных параметров качества оказания наркологической помощи (стандарт организации, обеспечивающий соответствующие структурные характеристики специализированной службы и уровень ресурсной обеспеченности); основным инструментом контроля за эффективностью оказываемой помощи (стандарт мониторинга, а так же – организационный стандарт в части сектора контроля за качеством наркологической помощи).

На схеме 2 представлен общий алгоритм формирования взаимосвязанных и взаимообусловленных профессиональных стандартов современной наркологической помощи, как самодостаточного инструмента, обеспечивающего искомое качество медицинских услуг в данном важнейшем социальном секторе.

- *индикативный концепт* – настоящий концепт, как и все предыдущие, основывается на соответствующих научных разработках и предполагает формирование адекватной системы промежуточных и конечных результатов профессиональной деятельности каждого звена специализированной наркологической службы, включая уровни: отраслевого кластера; ассоциированного агента данного кластера (научно-

Схема 2

Система профессиональных стандартов наркологической помощи в системе здравоохранения РК



го, образовательного, практического сектора); конкретного учреждения; отдела или подразделения данного учреждения; а так же – специалиста с научным, образовательным, медико-социальным и административным профилем деятельности. Далее, для каждого из названных уровней должна быть выведена система оценочных индикаторов по уже известным основным компонентам качества: адекватность, экономичность, научно-технический уровень и эффективность. Сама по себе процедура оценки промежуточных и конечных результатов, как уже было сказано, предполагает использование соответствующих каждому компоненту аналитических технологий (экспертных оценок; экономического анализа, комплексного анализа эффективности – клинической, социальной, результирующей и т.д.). Обе рассматриваемые системы – промежуточных и конечных результатов, обеспечивающих высокие уровни качества наркологической помощи, и соответствующих оценочных индикаторов – должны включать стандартные процедуры документирования процессов планирования, обеспечения результатов, а так же – их контроля.

2. Общий алгоритм универсальной системы управления качеством в специализированной отрасли здравоохранения, с учетом всего вышесказанного, включает три последовательных этапа: 1) этап планирования качества; 2) этап обеспечения качества; 3) этап контроля качества. Каждый из названных этапов структурируется следующим образом.

Этап планирования качества

Базовые документы: 1. утвержденные нормативные документы (законы, межведомственные и ведомственные приказы, положения, инструкции, обеспечивающие соответствующий уровень качества профильной медицинской помощи); 2. отчеты по исследованию актуальных нужд и запросов потребителей; 3. стратегические программы развития отрасли (организации) и программы в сфере управления качеством; 4. описание ассортимента продукции или услуг, производимых в конкретном секторе здравоохранения (прилагается к стратегической программе); 5. описание требований к качеству услуг, включая ресурсное обеспечение, условия оказания, планируемые результаты; 6. план структуры специализированной службы (организации, учреждения), функций каждого подразделения и функциональных обязанностей каждого специалиста; 7. расчеты адекватной ресурсной обеспеченности (материально-технической, кадровой, финансовой) по каждой структурной единице специализированной службы.

Основные процессы этапа планирования качества, с целью облегчения их последующего анализа, можно распределить по следующим группам: инициативные; исследовательские; нормотворческие и организационные.

К инициативным процессам относятся: 1) принятие и документальное оформление ответственно-

сти руководства профильных учреждений (научных, образовательных, практических) за качество специализированной помощи; 2) принятие и документальное оформление решения об организации отраслевого кластера, объединяющего научные, образовательные и практические учреждения специализированного сектора здравоохранения.

К исследовательским процессам относятся: 3) проведение комплексных исследований по определению скрытых и открытых запросов у основных потребителей услуг; 4) определение наиболее перспективных направлений отраслевых научных исследований, имеющих прямое и косвенное отношение к проблемам обеспечения качества специализированной помощи; 5) разработка стратегической научно-технической программы по обеспечению качества специализированной помощи; 6) разработка среднесрочной (период 2-3 года) программы научных исследований, соответствующей актуальным потребностям специализированного сектора здравоохранения.

К нормотворческим процессам относятся: 7) ревизия существующей нормативно-правовой базы по регулированию профильной деятельности и приведение ее в соответствие с принципами TQM; 8) разработка и утверждение необходимых нормативных документов (законов, межведомственных и ведомственных приказов, положений, инструкций) обеспечивающих высокие уровни качества профильной помощи; 9) разработка и утверждение системы профессиональных стандартов (стандартов мониторинга, услуг, квалификации, образования, организации), являющихся эталонами качества оказания профильной помощи; 10) разработка и утверждение схемы функционального взаимодействия внутриотраслевого кластера (профильные научные организации – соответствующие образовательные учреждения – организации и учреждения практического здравоохранения), способствующей наиболее полному удовлетворению основных запросов потребителей профильных услуг; 11) разработка и утверждение схемы функционального взаимодействия каждого из ассоциированных представителей отраслевого кластера с внешними организациями и ведомственными администраторами; 12) разработка и утверждение системы планируемых показателей качества по каждому организационному уровню специализированной помощи: уровень специализированного кластера; уровень основных ассоциированных агентов (профильных научных учреждений; образовательных структур; учреждений практического здравоохранения); уровень отдельных подразделений; уровень конкретных специалистов.

К организационным процессам относятся следующие: 13) разработка, утверждение оперативных и среднесрочных программ по управлению качеством; 14) формирование функциональных структур определенного уровня (кластер – учреждение –

отделение – подразделение) соответствующих установленных требованиям и критериям; 15) формирование адекватных механизмов ресурсной обеспеченности (материально-технические, кадровые, финансовые ресурсы) для каждого структурного блока; 16) формирование инфраструктуры по контролю за качеством (специальные аудиторские группы с регламентом и документальным оформлением их деятельности); 17) планирование и реализация поэтапной подготовки медицинского и административного персонала в соответствии со стратегическими планами развития отрасли или учреждения.

Далее, все вышеназванные параметры (документы и процессы) этапа планирования качества должны быть распределены на: а) группу документов и процессов, имеющую отношение к структуре специализированной помощи; б) группу документов и процессов, характеризующих используемые технологии (научных, образовательных, организационных, практических); в) группу документов и процессов, характеризующих систему промежуточных и конечных результатов специализированной профессиональной деятельности.

Кроме того, необходимо сформировать подгруппы документов и процессов для каждого из выделяемых структурных уровней организации профильной наркологической помощи.

Этап обеспечения качества

Базовые документы: 1. утвержденные нормативные документы (приказы, положения, инструкции), регламентирующие сферу ответственности и компетентности руководителей различных уровней в сфере обеспечения качества специализированной помощи (эти документы могут быть объединены в общую программу управлением качеством профильной научной, образовательной, медицинской деятельности, разрабатываемую и утверждаемую в каждом учреждении); 2. утвержденные нормативные документы, обозначающие и описывающие основную предмет профессиональной деятельности, объемы производимой продукции и требования к ее качеству (научно-технические программы и планы деятельности профильных научных центров и учреждений; образовательные программы и планы деятельности профильных образовательных учреждений; профилактические, лечебно-диагностические и реабилитационные программы и планы деятельности профильных учреждений практического здравоохранения); 3. утвержденная система профессиональных стандартов – стандарты мониторинга, стандарты (протоколы) услуг, квалификационные стандарты (квалификационные требования, права, обязанности конкретных сотрудников с полным описанием их функциональной активности), образовательные стандарты (программы додипломной, последипломной, дополнительной подготовки специалиста, а также программы непрерывного профессионального роста), организационные стандарты (здесь име-

ются в виду документы, описывающие структуру в контексте идеологии TQM – а) документальная база, регулирующая общую схему и ресурсное обеспечение профильной деятельности – законы, программы, межведомственные и ведомственные приказы, положения, инструкции; б) документы, предписывающие определенные характеристики и регламентирующие деятельность структурных подразделений и специалистов профильных служб – учрежденческие приказы, положения, инструкции; в) документы, характеризующие требуемую ресурсную обеспеченность профильной деятельности – финансово-экономическая и кадровая документация; 4. эталонные и деловые протоколы основных процессов и результатов профильной деятельности (для научных учреждений в качестве эталонов исследовательской деятельности применимы стандарты и принципы доказательной медицины, в качестве деловых протоколов – отчеты и документальное оформление научных исследований; для образовательных учреждений в качестве эталонов используются разработанные и утвержденные курикулы (полное описание) стандартных образовательных программ, в качестве деловых протоколов – утвержденные формы отчетности по реализации образовательных циклов; для профильных учреждений практического здравоохранения в качестве эталона используется утвержденный протокол услуг, деловыми протоколами являются заполненные стандартные формы медицинской документации); 5. эталонные и деловые протоколы оформления экспертизы качества основных профессиональных процессов – исследовательских, организационных, подготовки персонала, технологических, коммуникативных.

Основные процессы этапы обеспечения качества в основном дублируют процессы, описанные на предыдущем этапе планирования качества, с той разницей, что акценты делаются на совершенствовании исследовательских, организационных процессов, процессов подготовки персонала, технологических процессов. При этом особое значение имеют следующие формы профессиональной активности: 1) реализация основных компонентов TQM; 2) надлежащее выполнение всей группы профессиональных стандартов (протоколов); 3) постоянная работа по совершенствованию профессиональных стандартов, основанная на мониторинге качества и обратной связи от потребителей профильных услуг; 4) постоянная работа по совершенствованию основных компонентов качества – адекватности, экономичности, высокого научно-технического уровня, эффективности.

На данном этапе, также предполагается дальнейшая дифференциация документов и процессов по структурным уровням организации наркологической помощи, а также – по основным направлениям оценки качества триады Донабедиана (структура, процесс, результат).

Этап контроля качества

Базовые документы: 1. базовые положения и приказы по обеспечению контроля за качеством в целом по отрасли; 2. базовые положения и приказы по обеспечению контроля за качеством по внутриотраслевому профилю деятельности (научному, образовательному, практическому); 3. приказы, положения, планы работ по обеспечению контроля качества по каждому учреждению, включая Положение о деятельности соответствующих комиссий по контролю за качеством; 4. стандартные формы (протоколы) и отчеты по оценке качества, включая анализ всех оговоренных параметров структуры, процесса, результата; использование известных компонентов (адекватность, экономичность, научно-технический уровень, эффективность) и соответствующих технологий оценки.

Основные процессы этапа контроля качества включают: 1) плановые и внеплановые внешние проверки, инспекции, экспертизы качества профессиональной деятельности во всех структурах отраслевого кластера; 2) плановые и внеплановые внутренние проверки, инспекции, экспертизы качества, осуществляемые в тех же структурах; 3) обоснованную корректировку системы профессиональных стандартов и протоколов, учитывающую экспертные рекомендации; 4) обоснованную корректировку оперативных и стратегических программ

по управлению качеством профессиональной деятельности в отраслевом кластере, отдельных учреждениях и подразделениях; 5) обоснованные организационные выводы и действия (санкции) в отношении должностных лиц, в чьи функции входит необходимость обеспечения качества профессиональной деятельности.

На данном этапе, также как и на всех предыдущих, необходима дальнейшая дифференциация документов и процессов по основным анализируемым параметрам (структура, процесс, результат) и уровням организации наркологической помощи (отраслевой кластер, отдельные учреждения, подразделения, кабинеты).

Заключение

Таким образом, наиболее существенными компонентами управления качеством специализированной наркологической помощи являются, во-первых, организация отраслевого наркологического кластера со всеми его составляющими. Во-вторых – разработка системы профессиональных стандартов с промежуточными и конечными индикаторами эффективности реализации каждого из вышеназванных стандартов. И далее – организация эффективного контроля за планированием и реализацией основных процессов, составляющих технологическую основу современной наркологической помощи.

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

О НОВЫХ ПОДХОДАХ К УПРАВЛЕНИЮ КАЧЕСТВОМ В СИСТЕМЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Д.м.н, проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Повышение качества наркологической помощи в РК является, на сегодняшний день, наиболее актуальной и насущной проблемой.

Лишь 15% от реального числа зависимых от ПАВ пользуются тем ассортиментом диагностических, лечебных и реабилитационных услуг, который в состоянии предложить учреждения наркологического профиля в настоящее время. Для других 85% зависимых от ПАВ условия оказания услуг общий уровень подготовки персонала и сам по себе скудный ассортимент диагностических и лечебно-реабилитационных программ является либо малопривлекательным, либо непривлекательным вовсе.

Другим, хорошо известным обстоятельством, еще более актуализирующим проблему повышения качества оказания наркологической помощи, является особая значимость уровня мотивации на получение профессиональных услуг именно у лиц с химической зависимостью. В конечном итоге, от того, в каком свете – привлекательном или, наоборот, негативном – система наркологических услуг будет представлена перед их основным потребителем, будет зависеть решение основной наркологической проблемы – полноценного охвата зависимых от ПАВ мероприятиями по вторичной (лечение, реабилитация) и третичной (программы первичной наркологической помощи – снижения вреда) профилактики.

Наконец, третьим существенным обстоятельством является недостаточная проработанность как теоретических и практических вопросов, касающихся непосредственно формирования зависимости от ПАВ и эффективных способов противодействия данному процессу.

Таким образом, проблема повышения качества наркологической помощи населению РК не ограничивается исключительно сферой медицинских услуг, но включает необходимость повышения качества тематических научных исследований, профильных образовательных программ, процессов управления системой наркологической помощи населению РК. Что, в свою очередь, предполагает разработку общей концепции и системного видения всего комплекса задач и проблем по управлению качеством в такой специализированной отрасли здравоохранения, как помощь зависимым от психоактивных веществ.

Контекст

Сфера здравоохранения, является достаточно консервативным социальным сектором по отноше-

нию к наиболее перспективному инновационному направлению последних десятилетий – Всеобщему менеджменту качества. Многие годы (примерно с середины 60-х до середины 90-х годов прошлого века) усилия по повышению качества медицинских услуг ограничивались лишь конструированием определенных клинико-статистических групп и протоколов услуг, оказываемых по конкретному нозологическому профилю. Однако, всех этих мер оказалось недостаточно для достижения требуемого результата – существенного улучшения качества медицинской помощи. Кроме того, формирование клинико-статистических групп по профилю психических и поведенческих расстройств (в том числе, в результате употребления ПАВ) оказалось делом отнюдь не простым, поскольку вариативность форм течения и исходов, даже в рамках отдельных нозологических единиц, более чем значительна. Соответственно, различались и варианты лечебно-реабилитационных программ. Таким образом, целесообразность выделения клинико-статистических групп для лиц с психическими и поведенческими расстройствами (включая наркологическую патологию) неоднократно подвергалась сомнению. Свою роль сыграло и то обстоятельство, что до настоящего времени лишь незначительный объем используемых в клинической практике методик диагностики и лечения был изучен в эпидемиологических исследованиях. Еще меньшее их число было оценено в рандомизированных клинических испытаниях.

С учетом всех вышеназванных обстоятельств все большее количество исследователей приходит к выводу, что лишь комплексная программа управления качеством в здравоохранении сможет изменить ситуацию в требуемом направлении.

В результате многолетнего и многовекторного поиска, экспериментальной апробации различных методов и моделей управления качеством в здравоохранении было признано, что по большинству параметров (философия, идеология, общие принципы менеджмента качества) в данной сфере наиболее приемлема концепция Всеобщего менеджмента качества (TQM). Данная концепция представлена в новейшей серии международных стандартов на системы качества ИСО 9000:2000 (ISO – международная организация по сертификации, русская аббревиатура – ИСО). В названной серии основополагающими являются стандарт ИСО 9001:2000 «Система менеджмента качества. Требования». Данный стандарт ус-

танавливает минимальный набор необходимых требований к системам качества и применяется для целей сертификации и аудита. А также – стандарт ИСО 9004:2000 «Система менеджмента качества. Руководящие указания по улучшению качества». Данный стандарт содержит методические указания по созданию систем менеджмента качества, которая ориентирована на высокую эффективность деятельности предприятий, организаций и учреждений. В этих двух стандартах достаточно подробно описаны принципы системного управления качеством, основанные на идеологии Всеобщего управления качеством (TQM). Эти принципы достаточно универсальны и применимы к любой сфере профессиональной деятельности, в том числе и такой, где конечным продуктом являются услуги по формированию индивидуального и социального здоровья.

В самом общем, схематическом виде идеология Всеобщего управления качеством и системные принципы TQM выглядят следующим образом.

Основопологающим постулатом современной философии качества является тезис о том, что качество определяется потребителем (в отношении системы здравоохранения следует иметь в виду что существуют две основные группы потребителей: первая – это непосредственные потребители медицинских услуг – пациенты и клиенты диагностических и лечебно-профилактических учреждений, целевые аудитории профилактических программ; вторая – это основные производители медицинских услуг (профессионалы медицинского профиля), которые, в свою очередь, являются постоянными потребителями образовательных услуг и услуг по разработке соответствующей научно-технической продукции – новых профессиональных технологий). Таким образом, основная задача профилактических, лечебно-диагностических, образовательных и научных учреждений, действующих в системе здравоохранения – удовлетворить интересы всех заинтересованных сторон. Выполнение данной задачи достигается за счет внедрения технологии TQM.

Рабочее определение Всеобщего менеджмента качества, применительно к сфере здравоохранения, следующее: TQM – это современная, интегрированная концепция качества, которая рассматривает данную категорию, как результат мероприятий, осуществляемых на протяжении всего цикла разработки медицинских технологий, подготовки профессионалов и производства собственно медицинских услуг.

Общие принципы системного управления качеством, в русле обсуждаемой концепции, следующие:

1. *Ориентация организации на заказчика и потребителя.* Организация должна исследовать и понимать текущие, будущие запросы, нужды основных потребителей и заказчиков, стремиться выполнить эти требования и превзойти ожидания; при этом следует иметь в виду, что ожидания потребителей связаны не только с качеством продукции (услуг),

но и их стоимостью, условиями оказания и др.; необходимо обеспечить сбалансированный подход для удовлетворения различных требований и ожиданий потребителей; необходимо предпринимать меры, для перевода скрытых запросов в открытые; необходимо формировать (стимулировать) наиболее конструктивный и приемлемый сектор ожиданий и потребностей населения за счет продуманной и ответственной социальной рекламы.

2. *Ведущая роль руководства.* Руководители управляют единством цели, направления и внутреннюю среду организации. Они создают обстановку, в которой сотрудники целиком и полностью могут быть вовлечены в достижение целей организации.

Прежде всего необходимо, чтобы руководители высшего звена своим личным примером демонстрировали приверженность качеству. Задачей руководства является обеспечение атмосферы доверия, инициирование, признание и поощрение вклада людей, поддержка открытых и честных взаимоотношений. Такая атмосфера максимально способствует раскрытию творческих возможностей сотрудников и лучшему решению задач качества. Руководство должно постоянно заботиться об обучении персонала, а также обеспечивать необходимыми ресурсами решение задач качества.

Одним из способов реализации данного принципа является определение руководством организации долгосрочной политики и миссии в области качества, трансформация этой политики в измеряемые цели и задачи. Перечисленные «маяки» системного управления качеством закладываются в основу стратегического плана развития организации (предприятия, учреждения).

Приоритетным требованием к руководителю, в свете всего сказанного, является его безусловная профессиональная компетенция в вопросах Всеобщего менеджмента качества.

3. *Вовлечение сотрудников.* Сотрудники представляют наиболее существенную и ценную часть организации, и наилучшее использование их возможностей может принести организации максимальную выгоду.

Система качества и ее механизмы должны побуждать сотрудников проявлять инициативу в постоянном улучшении качества деятельности организации, брать на себя ответственность в решении проблем качества, активно повышать свои знания, передавать свои знания и опыт коллегам, представлять свою организацию потребителям и всем заинтересованным сторонам в лучшем свете.

Таким образом, с одной стороны для сотрудников является существенной система мотивации на достижения высоких показателей качества. С другой – возможность постоянного профессионального роста и непрерывного образования, в программу которого должны быть включены вопросы повышения качества.

4. *Процесс-ориентированный подход.* Любая работа, получающая входные воздействия и преобразующая их в выходные результаты, может рассматриваться как процесс. Чтобы функционировать эффективно, организации должны выявлять взаимосвязанные процессы в своей деятельности и управлять ими. Часто выход одного процесса непосредственно формирует вход другого. Систематическое выявление и менеджмент процессов, реализуемых в организации, и их взаимосвязей понимаются в ИСО 9000:2000 как «Процессориентированный подход».

Версия 2000 г. имеет совершенно новый взгляд на систему, который предполагает, во-первых, алгоритмический подход к проектированию системы качества как совокупности взаимосвязанных процессов.

При этом каждый процесс рассматривается как система с вытекающими из этого последствиями:

- входы и результаты процесса четко определяются и измеряются;
- определяются потребители каждого процесса, идентифицируются их требования, изучается их удовлетворенность результатами процесса;
- устанавливается взаимодействие данного процесса с остальными процессами организации;
- устанавливаются полномочия, права и ответственность за управление процессом;
- при проектировании процесса определяется его ресурсное обеспечение.

Сформулированный таким образом основной перечень процессов документируется. При документировании устанавливаются эксперты - организаторы процессов из числа специалистов высокой квалификации, досконально знающих свои процессы и пользующихся авторитетом у сотрудников. При назначении экспертов - организаторов процессов реализуется еще один принцип менеджмента качества — лидерство.

Далее производится ранжирование процессов, соответствующих конкретным функциям по степени их влияния на достижение целей организации. Такое ранжирование производится на фоне двух групп, первая из которых объединяет процессы внешних (главных и второстепенных), а вторая — внутренних (основных и вспомогательных) производственных функций организации.

Для эффективного управления каждый организатор должен четко определять входы и выходы процесса. Вступая во взаимодействия с другими процессами, организатор одновременно является поставщиком и потребителем различных услуг, производимых в сложной производственной системе, в том числе – в системе здравоохранения. В информационном плане, как потребитель, он формирует свои требования к продукции, а как поставщик — оценивает требования своего потребителя (клиента, пациента) и документирует свою деятельность так, чтобы эти требования были удовлетворены. Задача состоит в том, чтобы в документации системы

менеджмента качества риск проявления несоответствий в продукции (услугах, информации) был сведен к минимуму.

5. *Системный подход к управлению.* Выявление, понимание и управление системой взаимосвязанных процессов, направленных на достижение заданных целей, способствует повышению результативности и эффективности организации.

Принцип системного подхода тесно связан с предыдущим принципом и с представлением о системе качества как о совокупности взаимосвязанных процессов. Системный подход предполагает также постоянное улучшение системы через измерение и оценку.

6. *Постоянное улучшение.* Постоянное улучшение должно быть неизменной целью организации. В стандартах ИСО серии 9000:2000 декларируется необходимость непрерывного улучшения систем менеджмента качества и подчеркивается, что:

- успешное функционирование организации может быть результатом внедрения системы менеджмента качества, которая разработана с учетом принципа постоянного улучшения;
- система менеджмента качества может обеспечить основу для постоянного улучшения и удовлетворения потребителей;
- статистические методы (куда относятся и методы доказательной медицины) могут применяться для оптимизации процессов (например, процессов диагностики, лечения, реабилитации), что является основой для постоянного улучшения системы менеджмента качества, в том числе - в сфере здравоохранения.

Наиболее важными положениями по постоянному улучшению в менеджменте качества ИСО 9001:2000 являются следующие:

- высшее руководство организации должно продемонстрировать свою приверженность к разработке и улучшению системы менеджмента качества, а также обеспечить, чтобы политика в области качества включала приверженность к выполнению требований и постоянному улучшению;
- высшее руководство должно обеспечить планирование качества, которое включало бы постоянное улучшение;
- результаты анализа функционирования системы менеджмента качества должны включать действия, относящиеся к улучшению актуальной сферы деятельности (например, системы здравоохранения) и ее процессов;
- для внедрения и улучшения процессов системы менеджмента качества организация должна быть своевременно обеспечена необходимыми ресурсами;
- организация должна определить, спланировать и внедрить действия по измерению и контролю, необходимые для обеспечения соот-

ветствия и достижения улучшений; это включает определение потребности в использовании применяемых методов.

- в организации должны определяться и анализироваться соответствующие данные по определению эффективности функционирования системы менеджмента качества и выявлению возможности улучшений;
- организация должна способствовать постоянному улучшению путем внедрения политики в области качества, результатов аудитов качества, анализа данных, корректирующих и предотвращающих действий и анализа со стороны руководства;

7. *Подход к принятию решения, основанный на фактах.* Эффективность решения всегда основывается на логическом и интуитивном анализе данных и информации. Данный принцип чаще всего является альтернативой применяемого на практике способа принятия решений на основе интуиции, чутья, конъюнктуры, прошлого опыта, предположений и др.. Решения будут наиболее эффективными, если они основываются на анализе реальных данных и информации.

Реализация вышеназванного принципа требует, прежде всего, измерений и сбора достоверных и точных данных, относящихся к поставленной задаче. И сбор данных, и последующий их анализ предполагают владение знаниями и применением специальных

методов. В частности, необходимо понимание, знание и применение соответствующих статистических методов (куда относятся и методы доказательной медицины).

8. *Взаимовыгодные отношения с партнерами.* Если отношения между партнерами (например, лечебными учреждениями, научными и учебными центрами) формируются на взаимовыгодной основе, они способствуют расширению возможностей обеих организаций. Реализация принципа требует идентификации основных партнеров, организации четких и открытых связей и отношений (основанных на балансе краткосрочных и долгосрочных целей обеих сторон), обмена информацией и планов на будущее, совместной работы по четкому пониманию нужд потребителей, инициирования совместных разработок и улучшения продукции и процессов. Система менеджмента качества должна иметь стимулирующие механизмы по признанию достижений и улучшений производителя и поставщика услуг.

В графическом варианте универсальные принципы системного управления качеством проиллюстрированы на базисных схемах 1 и 2. Базисная схема 1 показывает метасистему процессов – слагаемых общей категории качества – так называемую «Звезду качества».

Достоинство данной универсальной схемы в том, что категория качества здесь предстает как результат скоординированных усилий по созданию адекватной

Схема 1



системы взаимодействия с внешними поставщиками услуг (для лечебно-диагностических учреждений это, в первую очередь, учреждения профессионального образования, науки, ведомственные администраторы, ресурсные базы; для учреждений научного и образовательного профиля – соответствующие информационные центры, внешние базы данных, ведомственные администраторы, ресурсные базы). А также – адекватной и ответственной системы отношений с основными потребителями услуг (для научных и образовательных учреждений, действующих в системе здравоохранения, основными потребителями будут лечебно-диагностические учреждения различного профиля; для последних – пациенты, клиенты). Под адекватной системой отношений здесь имеется ввиду наличие в заключаемых договорах конкретных параметров качества входной продукции или услуг (например, по подготовке профессиональных кадров, информационных услуг и пр.); наличие в организации квалифицированных экспертов, способных оценивать качество предоставляемых услуг; наличие постоянно действующей системы мониторинга или обратной связи от основных потребителей предоставляемых услуг.

Далее в базисной схеме 1 особое внимание уделяется подготовке и мотивации персонала. Под системой подготовки персонала в данном случае подразумевается программа непрерывного обучения для каждого сотрудника. Такая программа должна включать соответствующие курсы последиplomного образования. А также – комплекс мероприятий по обеспечению непрерывного профессионального роста (самоподготовка по индивидуальному плану; участие в микроциклах, организуемых администрацией учреждения; участие в программах информационного обмена, симпозиумах, съездах, конференциях; соответствующая активность в профессиональных ассоциациях). Важно, чтобы все эти мероприятия имели четкие, хорошо структурированные цели и выстраивались в осмысленную стратегию профессионального роста.

Что же касается системы мотиваций на достижение высоких показателей качества, то такая система должна выстраиваться по двум основным направлениям – позитивному и негативному вектору мотиваций. Персонал учреждений и организаций здравоохранения должен иметь предельно ясные и четкие представления в отношении того, за какие качественные показатели сотрудник получает поощрения и награды, и в какой именно форме. И, наоборот, за какие недоработки – штрафы и другие санкции. Приоритетными, в смысле эффективности, являются позитивные стимулы. Но в отсутствие существенных финансовых и других возможностей, следует использовать и негативный вектор мотиваций.

Наконец, в нижней части схемы 1 обозначена собственно организационная система управления качеством. Смысл выделения такого рода «отдель-

ной» системы в общем поле процессов, обеспечивающих искомый уровень качества, состоит в том, чтобы руководство организации: во-первых имело ясное представление о вкладе в общую «копилку» качества, который вносит каждый из обозначенных фрагментов; во-вторых – имело полную картину в отношении того, какие процессы обеспечивают эффективность приведенных системных фрагментов; в-третьих – имело возможность разрабатывать и дополнять документальную (эталонную) схему данных процессов, и, затем, контролировать надлежащее выполнение каждого пункта; в-четвертых – сводить все вышеназванные, документально оформленные и структурированные элементы в единую систему и общую стратегию по управлению качеством. В конечном итоге весь этот алгоритм и обеспечивает искомую возможность влияния на качество производимого продукта (услуги) и степень удовлетворения соответствующего запроса потребителя.

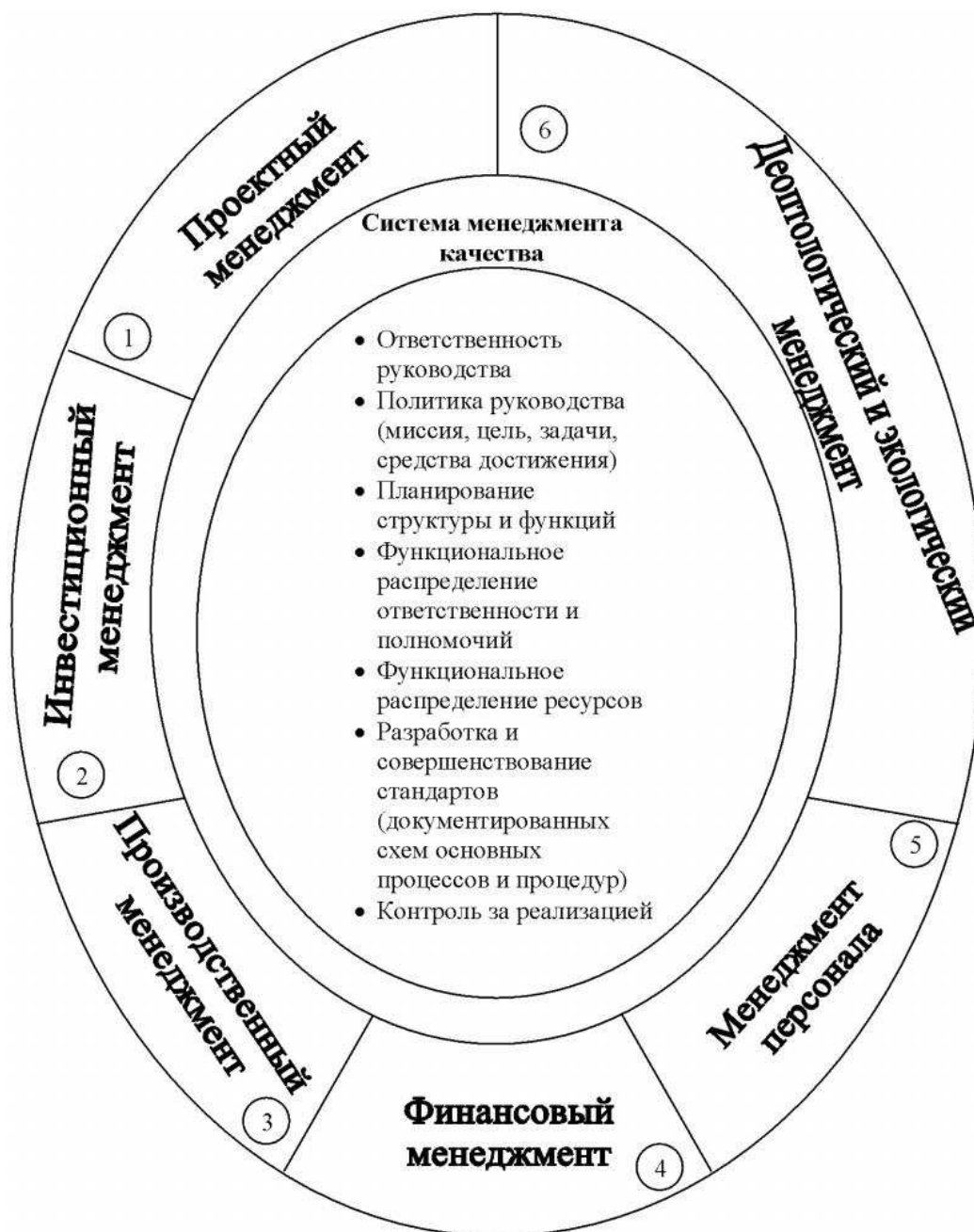
На схеме 2 показана взаимосвязь управления качеством с другими управленческими дисциплинами.

В центре схемы обозначены универсальные компоненты менеджмента качества. Главный акцент в перечне данных компонентов сделан на том обстоятельстве, что руководство должно брать на себя ответственность за обеспечение качества, и, далее, разрабатывать адекватную политику. Основные установки политики по обеспечению качества должны излагаться в соответствующем стратегическом плане развития организации. Стратегический (политический) план является, в свою очередь, основой для планирования структурных и функциональных характеристик учреждения, под которые выделяются соответствующие кадровые, материальные, технические и финансовые ресурсы. Далее, чрезвычайно важным моментом является разработка и постоянное совершенствование функциональных стандартов, описывающих эталоны основных технологических процессов. Сюда же входят управленческие и организационные процессы. Надлежащая проработанность всех вышеназванных позиций, и, особенно позиции по технологическим стандартам (эталонам), существенно повышает возможности эффективно-го контроля за реализацией общей стратегии и конкретных планов по управлению качеством.

Вышеназванные универсальные компоненты менеджмента качества присутствует в наиболее типичных и функционально связанных управленческих секторах.

Проектный менеджмент (позиция ① схемы 2), или управление планированием представляет собой весьма важную составляющую общего менеджмента. В свою очередь, процесс планирования должен опираться на солидную исследовательскую базу, в частности, на фактические данные о потребностях в тех или иных услугах, выявленные в репрезентативных исследованиях; данные о наиболее эффективных и, в то же время, малозатратных способах удов-

Взаимосвязь управления качеством с другими управленческими дисциплинами



летворения выявленных потребностей по каждому блоку; экспертные оценки существующих и потенциальных возможностей воспроизведения необходимого комплекса технологий и услуг. Таким образом, проектный менеджмент, это, прежде всего, существенный объем исследовательской и аналитической работы, и только во вторую очередь – разработка текущих или перспективных планов и отраслевых проектов деятельности учреждения.

Вместе с тем, ясные стратегические (политические) установки, исходящие из функционального ядра универсальных принципов управления каче-

ством, облегчают и конкретизируют задачу проектного менеджмента. Из всего сказанного следует, что сектору проектного менеджмента соответствуют второй и третий универсальные компоненты менеджмента качества.

Инвестиционный менеджмент (позиция 2) – сравнительно новый управленческий сектор для организаций, учреждений и предприятий, действующих в системе здравоохранения. В то же время, данная сфера, как никакая другая, нуждается в существенном объеме инвестиций и отслеживании эффективности использования инвестиционных

ресурсов. Первоочередная задача рассматриваемого управленческого сектора - исследовательская. Необходимо предварительное проведение значительного массива экономических исследований по определению стоимостных значений категории здоровья, стоимости усилий по достижению приемлемых уровней здоровья и его поддержанию, стоимостных значений технологий восстановления определенных компонентов утраченного здоровья и т.д. В результате, должна быть сформирована ясная картина того, каким образом складываются экономические аргументы для оформления соответствующей инвестиционной активности для государственных, частных, международных инвесторов в секторе здравоохранения. Следующий пласт исследований должен касаться фактического спроса на определенные классы услуг, реальных возможностей их удовлетворения и объема инвестиций, необходимых для приведения в соответствие спроса и предложения.

Вторая управленческая задача по данному сектору – мотивационная. Используя экономические аргументы и соответствующие расчеты, следует добиваться перераспределения ресурсов в рассматриваемую сферу. Следует, также, вести постоянный поиск инвесторов и партнеров, способных усилить позиции организации в отношении степени приоритетности заявляемых инвестиционных проектов.

Третья задача – организационно-технологическая. Инвестиции должны использоваться максимально эффективно и оперативно. Данный процесс должен целенаправленно контролироваться. Последняя задача соотносится с пятым и седьмым универсальными компонентами менеджмента качества.

Производственный менеджмент (позиция ③ схемы 2) по своим основным характеристикам совпадает с третьим, четвертым и шестым универсальными компонентами менеджмента качества. Как и по всем предыдущим пунктам, рассматриваемый управленческий сектор включает существенный объем исследовательских задач по разработке и экспериментальной апробации технологических стандартов, протоколов реализации профильных услуг.

Финансовый менеджмент (позиция ④ схемы 2), соотносится с пятым и седьмым компонентами универсальных принципов.

Что касается менеджмента персонала (позиция ⑤ схемы 2), то достаточно подробно данный вопрос разбирался при анализе схемы 1 (позиция системы мотиваций и системы обучения персонала). Из универсальных компонентов управления качеством данному сектору в наибольшей степени соответствуют четвертая и шестая позиции.

Сектор управления корпоративной этикой (применительно к объектам здравоохранения, с нашей точки зрения, более уместно говорить о профессиональной экологии и деонтологии) – позиция ⑥ схемы 2 – достаточно специфическая сфера управле-

ния, имеющая много общего с менеджментом персонала. Однако есть и существенные различия. Если по предыдущей позиции речь идет о непрерывной подготовке, обучении и профессиональном росте персонала, где главным требованием является профессиональная компетентность, то по рассматриваемой позиции основным требованием является профессиональная этика. Организация особых профессиональных, межличностных отношений в коллективе, деонтологических принципов взаимодействия клиент (пациент) – сотрудник является важной задачей обеспечения «внутренней» экологии и эффективной профилактики синдрома эмоционального выгорания. Из универсальных компонентов общего управления качеством данному сектору соответствует вторая и четвертая позиции.

Таким образом, практически каждый управленческий сектор схемы 2 обнаруживает тесную взаимосвязь с менеджментом качества и его универсальными компонентами. Следовательно, задача повышения качества не является изолированной и предназначенной для какого-то специального управленческого сектора, а распространяется на сферу управления в целом.

На схеме 3 приведена структура и основные этапы управления качеством на производстве, в том числе и производстве услуг медицинского профиля.

Из данной схемы следует, что процесс управления качеством структурирован на 3 основных этапа: 1) планирование качества; 2) обеспечение качества; 3) контроль качества. Каждый из названных этапов содержит нормативно-документальный и функциональный (процессуальный) блоки. В первом – нормативном (обозначен стрелой) - приведены основные документы, регламентирующие процесс управления качеством. Во втором – функциональном (обозначен прямоугольником) - приведены основные действия - процессы по регулированию уровня качества.

Из схемы 3, кроме того, следует, что основные слагаемые успеха менеджмента качества закладываются на этапе планирования. В свою очередь, центральным звеном данного этапа является проведение репрезентативных научных исследований по всему проблемному полю, определяющему качество итогового продукта (услуги).

Общими выводами по вышеприведенному контексту формирования главных принципов управления качеством в здравоохранении являются следующие:

- разработка и реализация системы управления качеством является закономерным итогом конструктивного развития любой (в том числе, и медицинской) организации, стремящейся успешно конкурировать на рынке услуг и в наибольшей степени соответствовать нуждам потребителей;

- идея управления качеством является главным системообразующим фактором современ-

Структура и основные этапы управления качеством



ного менеджмента (тотального менеджмента качества), а не отдельным сектором управленческих процессов;

- Всеобщий менеджмент качества (TQM) основывается, в первую очередь, на фактах, установлен-

ных на основе доказательных научных исследований, и, далее, на подготовке и квалификации персонала. Что позволяет считать роль науки и образования приоритетной и в этом важнейшем направлении современного менеджмента.

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВЗАИМОСВЯЗИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ

Н. В. Асланбекова

г. Павлодар

Возрастающие требования со стороны общества как к уровню качества оказываемой профессиональной помощи врачами, так и непосредственно к личности врача, его здоровью и качеству его жизни обуславливают актуальность настоящего исследования.

Целью настоящей работы явилось изучение взаимосвязей качества жизни, психического здоровья и специфических условий труда врачей стационарного профиля с определением мишеней превентивных мероприятий.

В связи с поставленной целью были определены следующие задачи:

1. Исследовать качество жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана на примере репрезентативной выборки и его корреляции со специфическими условиями труда и психодезадаптационными состояниями – нервно-психическими и аддиктивными расстройствами;

2. Исследовать распространенность нервно-психических расстройств и синдрома «эмоционального выгорания» среди исследуемого контингента и их корреляции со специфическими условиями труда и качеством жизни;

3. Исследовать распространенность аддиктивных расстройств и их корреляции со специфическими условиями труда и качеством жизни;

4. Исследовать специфические условия труда врача стационарного профиля, коррелирующие с показателями низкого уровня качества жизни, а также – нервно-психическими и аддиктивными расстройствами;

5. Определить мишени превентивных мероприятий в отношении психодезадаптационных состояний и низкого уровня качества жизни.

Научная новизна. Исследовано качество жизни у врачей и выделены корреляции показателей качества жизни с распространенностью нервно-психических, аддиктивных расстройств и специфическими условиями труда врача стационарного профиля. Исследована распространенность нервно-психических и аддиктивных расстройств среди врачей стационарного профиля. Уточнены существующие варианты и предложена новая типология мотиваций аддиктивного употребления ПАВ среди врачей. Исследованы физические и психические факторы, имеющие взаимосвязи с уровнем оценки КЖ, распространенностью «синдрома эмоционального выгорания», а также распространенностью тревожно-фобических и аддиктивных расстройств.

Практическая значимость исследования. Выявленный уровень распространенности нервно-психических и аддиктивных расстройств позволит адекватно планировать лечебно-реабилитационные и превентивные мероприятия в отношении указанного профессионального контингента. Выявленные специфические условия труда, выступающие в качестве факторов риска аддиктивных и невротических, связанных со стрессом расстройств, позволят дифференцированно разрабатывать превентивные программы. Идентифицированные новые типы мотиваций употребления ПАВ позволят разрабатывать патогенетические подходы психокоррекции.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Существуют факторы, являющиеся специфическими условиями труда врача стационарного профиля, связанные с переживанием физического дискомфорта, неудовлетворенностью сном и отдыхом, дефицитом переживания положительных и избытком переживания отрицательных эмоций и коррелирующие с низким уровнем самооценки качества жизни, а также распространенностью аддиктивных и невротических расстройств.

2. Среди врачей стационарного профиля отмечается высокий уровень распространенности употребления с вредными последствиями и зависимости от таких ПАВ, как алкоголь, табак или кофеин, который превышает аналогичные показатели в общей популяции.

3. Среди врачей стационарного профиля отмечается высокий уровень распространенности (до 30,0%) невротических, связанных со стрессом расстройств, а также синдрома «эмоционального выгорания» в разной степени его выраженности.

4. Ведущими мотивами употребления ПАВ среди врачей стационарного профиля являются мотив гиперактивации поведения и атарктический мотив. Специфическим мотивом употребления ПАВ среди врачей стационарного профиля являются: псевдопревентивный мотив – употребление ПАВ в целях профилактики физических и психических недугов, даже в случае, если реальной причины для этого нет, а также профессионально-адаптивный мотив – оптимизация психофизиологического состояния требованиям или условиям предстоящей профессиональной задачи.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование являлось кросс-секционным. Объектом исследования явились врачи стационарного

профиля северо-восточного региона Казахстана в количестве 347 человек, отобранные по критериям репрезентативной выборки. Во избежание систематической ошибки при регистрации симптомов, признаков и параметров, замеры одного и того же показателя проводил один и тот же исследователь, использовались одни и те же инструменты и наборы лабораторных тестов. Для получения статистической достоверности сравниваемых величин использовались критерии Стьюдента, Мантела - Хэнзела, Манна - Уитни.

Результаты исследования. Результаты исследования качества жизни. Были исследованы физическая и психологическая сферы. Данные самооценок как составляющих субсфер, так и средние значения физической и психологической сфер характеризовали их состояние как удовлетворительное и в большей степени хорошее. Однако были выявлены такие специфические условия труда стационарного врача, как операциональная напряженность, десинхронизация, профессиональная эмпатия, которые обнаруживали корреляции с низкими оценками субсфер:

«Физическая боль и дискомфорт», «Жизненная активность, энергия и усталость», «Сон и отдых», «Положительные эмоции», «Отрицательные эмоции», характеризующих качество жизни. Среди врачей исследуемого региона в 38,9% случаев была отмечена операциональная напряженность в своей работе, а 28,1% отмечали явное негативное влияние операциональной напряженности на физическое и психическое состояние. Также в среднем в 53,0% случаев отмечались явления десинхронизации, а 28,7% врачей стационарного профиля отметили явное нарушение циркадных ритмов, которые оказывали вредное влияние на физическое и психическое здоровье. Исследование психологической сферы выявило, что практически каждый пятый врач – 18,8% переживает явный дефицит положительных эмоций. А каждый седьмой врач – 14,2% переживает в своей жизни, включая ее профессиональную сферу, явный избыток отрицательных эмоций.

Ситуации, связанные с переживаниями отрицательных эмоций, имели вид непрерывного континуума по типу «замкнутого круга»:

Рисунок 1

Модель переживания отрицательных эмоций по типу «замкнутого круга»



В результате исследования распространенности случаев аддитивных расстройств нами было выявлено следующее. Психические и поведенческие рас-

стройства вследствие употребления кофеина, синдром зависимости составили 17,2% от числа общей группы. Случаи употребления кофеина с вредными

последствиями составили в среднем 26,4%. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака, синдром зависимости составили 25,2% от числа общей группы. Случаи употребления табака с вредными последствиями составили в среднем 2,6%. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости составили 8,0% от числа общей группы. Случаи употребления алкоголя с вредными последствиями составили в среднем 8,9%. В среднем, распространенность лиц имеющих аддиктивные расстройства в отношении употребления кофеина, табака и алкоголя по нашим данным составила 53,7% (181 человек).

Для выявления факторов риска развития аддиктивных расстройств и мотивов употребления ПАВ, мы провели сравнительный анализ между лицами, имеющими аддиктивные расстройства, – группа № 1 и лицами, не имеющими аддиктивных расстройств, – группа № 2 и получили следующие результаты. В первой группе достоверно чаще встречались мужчины в среднем в 1,6 раза и в 2,8 раза чаще встречались те, у кого рабочая нагрузка составляла 1,75 ставки. Также в первой группе, распространенность лиц, отмечавших негативное влияние операциональной напряженности на физическое и психическое состояние, превышало 1,8 раза и в 2,3 раза чаще встречались лица, которые отмечали случаи десинхроноза. Также в первой группе, достоверно в 1,6 раза чаще встречались те специалисты, которые отмечали регулярные и частые ситуации, связанные с профессиональной эмпатией.

Исследование мотивов употребления ПАВ показало следующее. Основными и ведущими мотивами употребления ПАВ, являлись мотивация гиперактивности поведения и атактическая мотивация. В группе лиц, имеющих аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, без аддиктивных расстройств лица с мотивацией гиперактивности поведения: употребляющие кофеин (крепкий чай/кофе) встречались чаще в 3,1 раза; лица употребляющие табак, встречались чаще в 37,2 раза; лица употребляющие алкоголь, встречались чаще в 26 раза. Лица с атактической мотивацией: употребляющие кофеин встречались чаще в 5,9 раза; лица употребляющие табак, встречались чаще в 12,5 раза; лица употребляющие алкоголь, встречались чаще в 2,7 раза.

Нами был выявлен еще один мотив употребления алкоголя врачами стационарного профиля. В группе врачей, имеющих проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, в 1,8 раза чаще встречались те, кто сознательно употреблял алкоголь в качестве «профессионального адаптогена». Также в этой группе в 33,1% случаях встречались лица, принимавшие кофеин и в 24,6% случаях встречались лица, употреблявшие табак в качестве «профессионального адаптогена», в то время как в группе лиц, не имеющих аддиктивные расстройства, таких лиц

не было выявлено вовсе. Мотив употребления ПАВ в качестве «Профессионального адаптогена» по своей сути – это мотив оптимизации психофизиологического состояния или приведение этого состояния в соответствие требованиям, предстоящей задачи. Отличительной чертой, данного мотива – являлась оптимизация психофизиологического состояния требованиям или условиям предстоящей профессиональной задачи. Другими словами данный мотив можно охарактеризовать как профессионально-адаптирующий мотив. Собственно, мы его так и обозначили.

В отношении употребления алкоголя, мы идентифицировали еще один мотив – псевдо-превентивный, который, с нашей точки зрения, является специфическим для медико-профессиональной среды. Первичным и ведущим мотивом интенсивного и регулярного употребления алкоголя являлся профессиональный миф, существующий в медицинской среде, что алкоголь необходимо принимать с целью профилактики возможных психофизиологических осложнений в процессе или вследствие выполнения профессиональных задач. В этом случае употребление алкоголя не являлось стремлением устранить существующие астению, тревогу, гипотимию, алгические проявления и пр. При этом данных проявлений психических или физических расстройств могло еще и не быть, и врач более активно употреблял алкоголь, именно, с профилактической целью. Такие врачи, например, после проведенной операции или после рабочего дня обязательно употребляли алкоголь для «снятия стресса», для «профилактики» болезней, связанных с переживанием стресса. Употребление алкоголя в этом случае не было связано с переживанием тревоги или отрицательных эмоций. Алкоголь употреблялся даже тогда, когда их физическое психоэмоциональное состояние было удовлетворительным. Поскольку этот мотив употребления ПАВ, являлся весьма специфическим, и основывался на мнении, что алкоголь является хорошим профилактическим средством, мы обозначили его как «псевдо-превентивный» мотив.

Исследование взаимосвязей аддиктивных и нервно-психических расстройств, включая синдром «эмоционального выгорания» показало следующее. В первой группе, достоверно чаще встречались лица с признаками синдрома эмоционального выгорания. Так, например, среди этих лиц, в среднем в 1,6 раза чаще встречались лица со сформированной фазой напряжения; в 1,8 раза чаще встречались те, у кого были сформированы фаза напряжения и резистенции, в 1,5 раза чаще – те, у кого фаза истощения была на стадии формирования и в 3,6 раза чаще встречались те, у кого фаза истощения сформировалась. В первой группе почти в 60% случаев последняя фаза – фаза истощения была либо на стадии формирования, либо была сформирована. Анализ взаимосвязей аддиктивных расстройств и распространенности нервно-психических расстройств показал следую-

шее. В группе врачей, имеющих ППР вследствие употребления кофеина, табака, алкоголя, достоверно чаще в среднем в 1,8 раза встречались лица, имеющие нервно-психические расстройства. Мы не получили достоверных различий в группах, в отношении распространенности аффективных расстройств настроения F3., тревожно-фобических расстройств F40, и – других тревожных расстройств – F41. 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 первой, и во второй группах: 24,0% и 17,1%. А уровень распространенности расстройств психической адаптации имел достоверные различия. В группе врачей с аддиктивными расстройствами, лица, имеющие РПА достоверно, в 2,7 раза встречались чаще, чем в группе лиц без аддиктивной патологии.

Результаты анализа взаимосвязей сочетанных аддиктивных расстройств с качеством жизни и уровнем психического здоровья показали следующее. В первую группу были отобраны лица, у которых имелись два вида аддиктивных расстройств из трех (кофеин, табак, алкоголь). Было выявлено, что в группе лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства, в сравнении с лицами, не имеющими вовсе аддиктивных расстройств: достоверно чаще встречались лица, у которых были сформированы все три фазы синдрома эмоционального выгорания. Среди них: в 2,1 раза чаще встречались лица со сформированной фазой напряжения; в 2,1 раза чаще – со сформированной фазой резистенции; в 6,5 раза чаще – со сформированной фазой истощения.

Результаты данных клинического опросника оценки уровня невротических состояний Яхина и Менделевича также подтвердили факт более низкого уровня психического здоровья у лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства. Согласно данному опроснику у лиц этой группы в зоне болезненных расстройств клинического уровня оказались показатели «Шкалы истерического типа реагирования» – «минус» -2,2 балла. В зоне «пограничных расстройств» оказались показатели шкал: «Тревоги» – +0,02 балла; «Невротической депрессии» – -1,7 балла; «Астении» – +1,3 балла; «Обсессивно-фобических нарушений» – «минус» -0,7±1,1 балла; и «Общей шкалы» – +1,7±7,3 балла. Показатели опросника качества жизни (версия ВОЗ), также свидетельствовали о том, что качество жизни по некоторым субсферам достоверно ниже у лиц, имеющих сочетанные аддиктивные расстройства.

Мы также провели сравнительный анализ лиц, у которых имелись сочетания всех трех видов аддиктивных расстройств (кофеин, табак, алкоголь), в любом сочетании. В первой группе достоверно чаще встречались лица, у которых были сформированы все три фазы синдрома эмоционального выгорания.

Среди них: в 3,6 раза чаще встречались лица со сформированной фазой напряжения; в 2,4 раза чаще встречались лица со сформированной фазой резистенции; в 12,8 раза чаще – лица со сформированной фазой истощения. Согласно данным клинического опросника оценки невротических состояний в зоне болезненных расстройств клинического уровня оказались показатели следующих шкал: «Шкала невротической депрессии» «минус» -4,4 балла; «Истерического типа реагирования» «минус» -3,7 балла; «Общая шкала» – «минус» -6,5 балла. В зоне «пограничных расстройств» оказались показатели всех остальных шкал: «Шкала тревоги» «минус» -0,6 балла; «Астении» «минус» -0,2 балла; «Обсессивно-фобических нарушений» – -1,3 балла.

В отношении распространенности нервно-психических расстройств среди врачей стационарного профиля нами были выявлены три основные группы психических расстройств: Органические психические расстройства – F0, Аффективные расстройства настроения – F3, Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства – F4. Из группы органических психических расстройств, нами был выявлен посткоммоционный синдром F07.2. Его распространенность составила 20,7%. Распространенность аффективных расстройств настроения составляла 2,9%. Самой многочисленной нозологической группой явились невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства F4. Их распространенность составила 36,6%. В эту нозологическую группу вошли:

- специфические фобии – F40.2 – 8,5%;
- паническое расстройство – F41.0 – 1,1%;
- генерализованное тревожное расстройство – F41.1 – 3,5%;
- смешанное тревожное и депрессивное расстройство – F41.2 – 2,9%;
- обсессивно-компульсивное расстройство – F42 – 1,7%;
- реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации – F43 – 18,9%.

Самой многочисленной оказалась группа реакций на тяжелый стресс и нарушения адаптации – F43. Мы попытались разделить ситуации, являющиеся психическим стрессом или психической травмой, на ситуации, «связанные с профессией» и «несвязанные с профессией». Оказалось, что в 29,5% случаях в течение последнего года отмечались психические макротравмы. Что касается «производственных» психотравм, т.е. ситуаций-стрессоров, то 84,1% заявили, что они регулярно сталкиваются на своей работе с психическими травмами. Отметим значительный уровень этих психотравмирующих ситуаций 75,8%, а 39,2% – крайне выраженный уровень. Поэтому, в случае с врачами стационарного профиля можно отметить, что пролонгированная психическая травма является обязательным условием данной профессии. Это усложняет дифференциацию таких

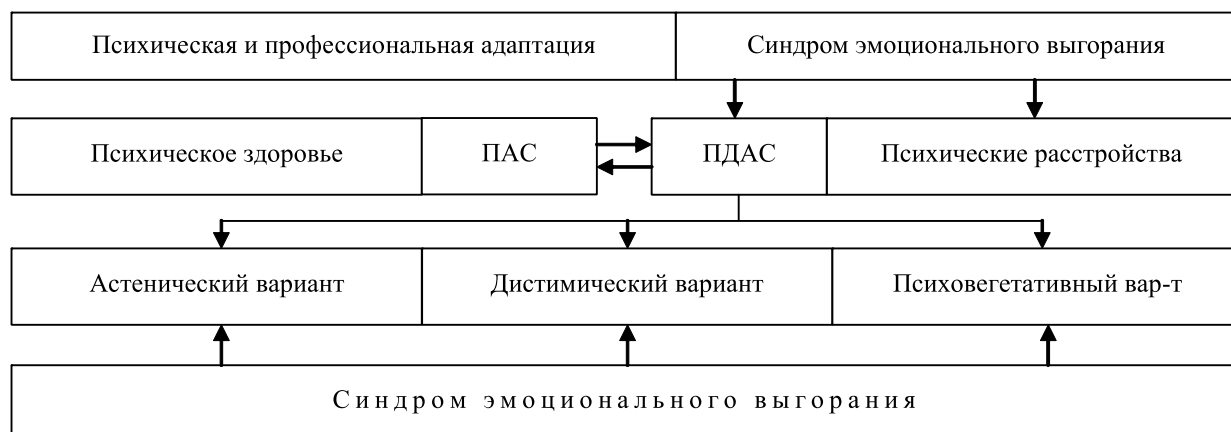
психических расстройств как «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1) и «Расстройства психической адаптации» (F43.2). Столь высокий уровень посттравматических стрессовых расстройств и расстройств психической адаптации – 18,9% – связан с экстремальными, специфическими условиями труда. И, следовательно, сама профессия врача стационарного профиля является фактором риска в отношении данных психических расстройств.

Нами также была исследована распространенность синдрома эмоционального выгорания у врачей стационарного профиля и были получены следующие данные. Признаки прохождения фазы напряжения профессионального стресса были выявлены в 66,3% случаев. В 70,6% случаев обнаруживались признаки прохождения фазы резистенции в той или иной степени её формирования. В среднем в 46,7% случаев обнаруживались признаки прохождения фазы истощения в той или иной степени её формирования. Следовательно, менее чем у одной трети врачей стационарного профиля не обнаруживались признаки фазы напряжения, т.е. не обнаруживалось никаких признаков профессионально-

го стресса. С нашей точки зрения, синдром эмоционального выгорания может являться как психологическим феноменом, т.е. не доходящим до уровня клинических расстройств, так и крайним вариантом психодезадаптационных состояний – психическими расстройствами, в частности невротическими, связанными со стрессом расстройствами (F40 - F48). В этой связи удобна модель В. Я. Семке, раскрывающая клиническую симптоматику психодезадаптационных состояний, к которым непосредственно относится и синдром эмоционального выгорания. В. Я. Семке (1999, 2001) выделяет три основных варианта ПДАС: астенический, дистимический и психовегетативный. Результаты наших исследований показали, что выделенные симптомы СЭВ, в принципе соответствуют описанным типам ПДАС В. Я. Семке, с той лишь разницей, что в модели В. Я. Семке они более структурированы и клинически изложены более подробно. На рисунке мы схематически изобразили сопоставление психологической и клинической модели «синдром эмоционального выгорания – психодезадаптационные состояния» – СЭВ - ПДАС.

Рисунок 2

Модель сопоставления СЭВ (В. В. Бойко) и ПАС - ПДАС (В. Я. Семке)



Анализ факторов риска невротических, связанных со стрессом расстройств, включая СЭВ и аддиктивные расстройства, позволил выделить следующие превентивные мишени:

- внешние физические факторы;
- внешние психические факторы;
- внутренние психические факторы.

Внешними физическими факторами явились: операциональная напряженность; нарушение суточных и околосуточных ритмов (десинхроноз); повышенные и высокие рабочие нагрузки; климатические условия и пр.

Внешними психическими факторами явились: избыток ситуаций, связанных с переживанием отрицательных эмоций, в результате интерперсонального взаимодействия; профессиональная эмоциональ-

ная эмпатия; антиципация вероятного неблагоприятного события (феномен «дамоклова меча», феномен «русской рулетки»); дефицит ситуаций, связанных с переживаниями положительных эмоций.

Внутренними психическими факторами явились интра-психические факторы, проявляющие себя в результате интер-персонального взаимодействия: контр-перенос и наличие внутрилличностных проблем у специалиста.

Выявленные превентивные мишени позволяют разрабатывать патогенетические стратегии терапевтического вмешательства (рисунок 3).

В результате исследования мы пришли к следующим выводам:

1. В целом согласно субъективной оценке качество жизни среди врачей стационарного профиля

Алгоритм превентивных мероприятий во взаимосвязи с превентивными мишенями



северо-восточного региона РК является хорошим и удовлетворительным. Однако, наряду с этим, существуют наиболее проблемные сферы, определяющие уровень качества жизни врачей и которые связаны с переживанием физической боли и дискомфортом, неудовлетворенностью сном и отдыхом, дефицитом переживания положительных эмоций и избытком переживания отрицательных эмоций. Эти факторы, в свою очередь, связаны со специфическими условиями труда врачей стационарного профиля.

2. В 53,7±5,3% случаев, из числа врачей стационарного профиля имеют проблемы с зависимостью или злоупотреблением (употребление с вредными последствиями) от таких ПАВ, как алкоголь, табак, кофеин. При этом 16,9±3,9% врачей имеют проблемы с зависимостью или злоупотреблением алкоголя, а в среднем 8,0±2,9% врачей имеют алкогольную зависимость, что превышает показатели распространенности данной психической патологии среди граждан общей популяции Республике Казахстан в 2,5 раза (3,0%).

3. Распространенность случаев употребления ПАВ с вредными последствиями (F1x.1) или синдрома зависимости от ПАВ (F1x.2) среди врачей обнаруживает положительные корреляции с гендерными

ми характеристиками: достоверно среди лиц, имеющие какие-либо аддиктивные расстройства чаще встречаются мужчины в среднем в 1,6 раза (67,8±7,5% и 42,7±7,1%, P<0,01).

4. Страдают пограничными нервно-психическими расстройствами, не считая психических расстройств вследствие употребления ПАВ 44,0±5,3% врачей стационарного профиля. Среди психической патологии у врачей стационарного профиля: в среднем в 20,7±4,3% случаях встречаются органические психические расстройства в виде посткоммоционного синдрома (F07.2); в 2,9±1,8% случаях встречаются аффективные расстройства настроения (F3) и в 36,6±5,1% случаях встречаются невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4). Также в среднем среди врачей стационарного профиля в 51,3±5,3% случаях встречается синдром «эмоционального выгорания» в разной степени его выраженности.

5. Основными и ведущими мотивами употребления ПАВ среди врачей стационарного профиля являются мотив гиперактивации поведения и аттрактивный мотив. Специфическими мотивами употребления ПАВ в медико-профессиональной среде, в частности среди врачей стационарного профиля –

являются: псевдо-превентивный мотив – употребление ПАВ в целях профилактики физических и психических недугов, даже в случае, если реальной причины для этого нет, а также профессионально-адаптивный мотив – мотив оптимизации психофизиологического состояния требованиям или условиям предстоящей профессиональной задачи.

6. Среди врачей, имеющих психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ (кофеин, табак, алкоголь) в сравнении с лицами, не имеющими проблем аддиктивного характера, достоверно чаще в 1,8 раза ($55,7 \pm 7,3\%$ и $31,4 \pm 7,4\%$, при $P < 0,01$) встречаются лица, имеющие то или иное нервно-психическое расстройство: F07.2 и/или F3 и/или F4. При этом: лица с посткоммоционным синдромом (F07.2) встречается чаще в 3,0 раза ($30,6 \pm 6,7\%$ и $10,3 \pm 4,8\%$ при $P < 0,01$); лица, имеющие невротические, связанные со стрессом расстройства (F4) – чаще в 1,7 раза ($42,9 \pm 7,3\%$ и $25,5 \pm 6,9\%$, при $P < 0,01$); лица, имеющие специфические фобии (F40.2) – чаще в 3,7 раза ($9,7 \pm 4,4\%$ и $2,6\%$ при $P < 0,05$); лица, имеющие расстройства психической адаптации (F43.2) – чаще в 2,7 раза ($12,5 \pm 4,9\%$ и $4,6 \pm 3,3\%$, при $P < 0,05$).

7. Существуют специфические условия труда врача стационарного профиля, обнаруживающие взаимосвязи с уровнем самооценки качества жизни, а также распространенностью нервно-психических и аддиктивных расстройств, которыми являются

следующие: избыток ситуаций, связанных с переживаниями отрицательных эмоций и профессиональная эмоциональная эмпатия, операциональная напряженность и десинхронизация. В среднем $38,9 \pm 5,0\%$ врачей стационарного профиля отмечают операциональную напряженность в своей работе, а $28,1 \pm 4,9\%$ отмечают явное негативное влияние операциональной напряженности на физическое и психическое состояние. В среднем $53,0 \pm 5,3\%$ врачей стационарного профиля отмечают десинхронизацию в своей работе, а $28,7 \pm 5,0\%$ отмечают явное негативное влияние десинхронизации на физическое и психическое состояние.

8. Превентивными мишенями аддиктивных, а также невротических, связанных со стрессом расстройств, включая синдром эмоционального выгорания, являются:

- внешние физические факторы (экстремальные условия, связанные с профессией стационарного врача);
- внешние психические факторы (ситуации переживания отрицательных эмоций, связанные с интерперсональным взаимодействием);
- профессиональная эмоциональная эмпатия, антиципация наступления неблагоприятного исхода – «феномен дамкклова меча», «феномен русской рулетки»;
- внутренние психические факторы (интраличностные реакции, связанные с переносом).

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА (СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

г. Павлодар

В данной статье мы рассмотрим результаты самооценки качества жизни у врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана с акцентом на социальный аспект. Будут представлены средние показатели следующих сфер – составляющих вопросник качества жизни (ВОЗКЖ-100): «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда», «Духовная сфера».

Самооценка качества жизни врачами стационарного
профиля северо-восточного региона Республики
Казахстан

ВОЗКЖ-100, сфера «Уровень независимости»

Настоящая сфера включает в себя следующие субсферы: «Подвижность», «Способность выполнять повседневные дела», «Зависимость от лекарств и лечения», «Способность к работе».

Субсфера «Подвижность» исследует точку зрения индивида на его способность передвигаться с места на место, вокруг дома или к месту работы, к местам остановки транспорта и от них. Вопросы фокусируются на общей способности индивида пойти туда, куда он хочет, без посторонней помощи, независимо от того, какие средства он для этого использует. Предполагается, что если подвижность индивида в значительной степени зависит от других людей, то это, по-видимому, неблагоприятно влияет на его качество жизни. Также, вопросы о трудностях в передвижении не касаются того, наступили ли они внезапно либо более или менее постепенно, хотя и известно, что это может оказать значительное влияние на качество жизни. Ухудшение в состоянии индивида не обязательно влияет на его подвижность. Так, например, человек, использующий инвалидную коляску (кресло на колесиках) или каркас, поддерживающий его при ходьбе, может обладать удовлетво-

рительной подвижностью в соответствующем образе оборудованном жилым или рабочем месте. Субсфера не включает вопросы обеспеченности транспортом (таким, например, как автобус или автомобиль), поскольку это охватывается другим разделом («Транспорт») (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Подвижность». Мы не выявили лиц, кто оценил бы данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно (0%, доверительный интервал – $0\% < \Delta < 1,7\%$). 16 человек или $4,6 \pm 2,2\%$ оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило $43,2 \pm 5,2\%$ (150 человек). $24,8 \pm 4,5\%$ (86 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и $27,4 \pm 4,5\%$ (95 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 4,6%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 43,2% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 52,2%.

Субсфера «Способность выполнять повседневные дела» исследует способность людей выполнять свои обычные ежедневные дела. Это включает как заботу о себе, так и, соответственно, о своей собственности. Вопросы фокусируются на способности индивида выполнять те дела, которые ему обычно необходимо делать изо дня в день. Степень, от которой индивид в своих обычных ежедневных делах зависит от помощи других лиц, по-видимому, влияет на его качество жизни. Вопросы не включают те сферы повседневной жизни, которые охвачены другими разделами, а именно, специфические виды деятельности, которые связаны с усталостью, расстройствами сна, депрессией, тревогой, подвижностью и т.д. Вопросы не касаются того, есть ли у индивида дом или семья (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Способность выполнять повседневные дела». Один человек (0,3%, доверительный интервал – $0,2\% < \Delta < 2,1\%$) оценил данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 34 человека или $9,8 \pm 3,1\%$ оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило $37,5 \pm 5,1\%$ (130 человек). $38,3 \pm 5,1\%$ (133 человека) оценили данную сферу как «хорошо» и $14,1 \pm 3,7\%$ (49 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 10,1%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 37,5% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 52,4%.

Субсфера «Зависимость от лекарств и лечения» исследует зависимость индивида от медицинского

или альтернативного (например, акупунктура, фитотерапия) лечения, применяемого для поддержания его физического и психологического благополучия на желаемом уровне. Прием медикаментов может в некоторых случаях оказывать негативное влияние на качество жизни индивида (например, побочные эффекты при фармакотерапии), в то время как в других случаях может улучшать качество жизни человека (например, у больных раком, которые принимают болеутоляющие). Субсфера включает медицинские вмешательства, которые не являются фармакологическими, но от которых индивид все же зависит, например, стимулятор сердечного ритма, искусственная конечность или калоприемник для пациента, перенесшего колостомию. Но субсфера не исследует в подробностях, какое именно лечение или лекарство используется человеком (Бурковский Г.В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Зависимость от лекарств и лечения». Девять человек ($2,6 \pm 1,7\%$) оценили данную субсферу крайне неудовлетворительно, т.е. отметили «очень выраженную зависимость». 32 человека или $9,2 \pm 3,0\%$ отметили у себя выраженную степень зависимости от лекарств и лечения, т.е. оценили эту сферу неудовлетворительно. Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средняя степень зависимости») составило $15,6 \pm 3,8\%$ (54 человека). $26,6 \pm 4,6\%$ (89 человек) отметили у себя слабую степень зависимости от лекарств и лечения, т.е. оценили эту сферу как «хорошо» и $47,0 \pm 5,3\%$ (163 человека) оценили ее как «очень хорошо», т.е. отметили, что у них вовсе нет зависимости от лекарств и лечения. Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 11,8%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 15,6% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 73,6%.

Субсфера «Способность к работе» исследует использование индивидом собственной энергии для работы. «Работа» означает любой основной вид деятельности, в которую человек вовлечен, что может включать дневное обучение, оплачиваемую работу, неоплачиваемую работу, добровольную общественную работу, заботу о детях и работу по дому. Вопросы не касаются того, что люди чувствуют относительно характера работы, которую выполняют, а также качества их рабочей среды (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Способность к работе». 24 человека ($6,9 \pm 2,7\%$) оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. Столько же ($6,9 \pm 2,7\%$) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило $17,0 \pm 4,0\%$ (59 человек). $36,0 \pm 5,1\%$ (125 че-

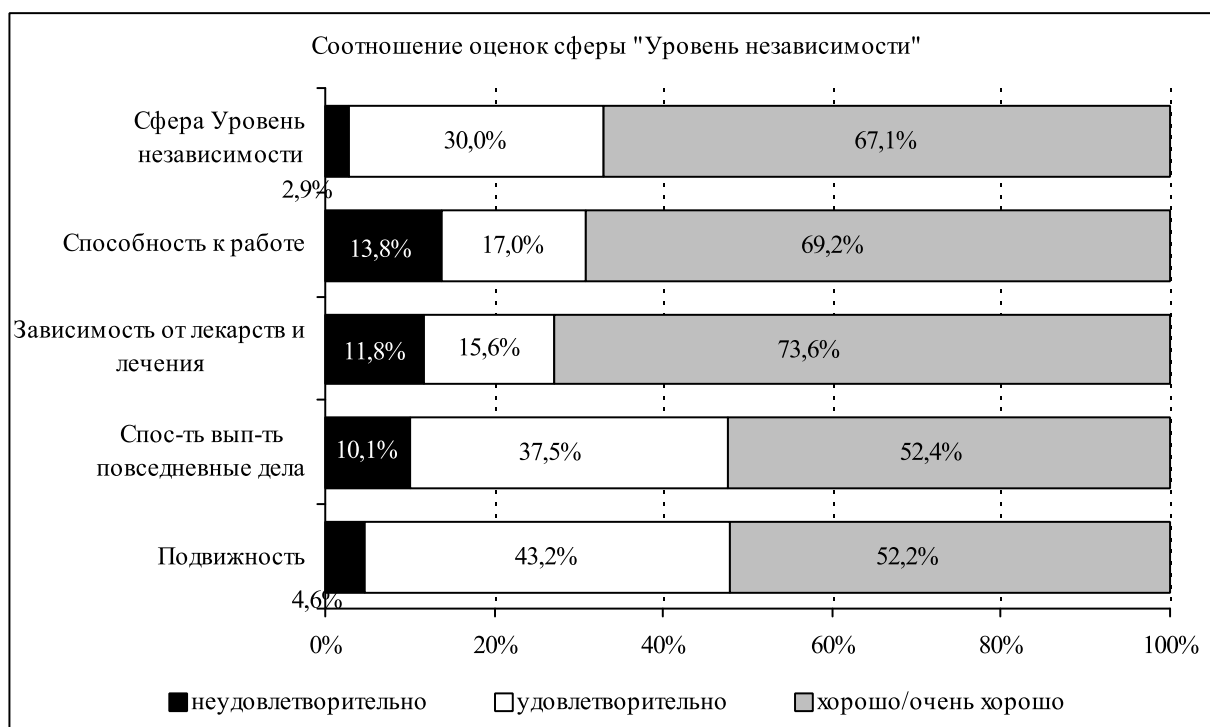
людей) оценили данную сферу как «хорошо» и $33,1 \pm 5,0\%$ (115 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 13,8%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 17,0% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 69,2%.

На рисунке 1 отражено соотношение показателей субсфер сферы «Уровень независимости» по данным самооценки врачей стационарного профи-

ля северо-восточного региона Казахстана. Общие средние показатели сферы «Уровень независимости» оказались следующими. Случаи с крайне неудовлетворительной самооценкой данной сферы составили 0%. Случаи с неудовлетворительной самооценкой (оценка «плохо») составили $2,9 \pm 1,8\%$. Случаи с удовлетворительной самооценкой (оценка «средне») составили $30,0 \pm 4,8\%$. Случаи с хорошей самооценкой (оценка «хорошо») составили $47,6 \pm 5,3\%$. И случаи с очень хорошей самооценкой (оценка «очень хорошо») составили $19,6 \pm 4,2\%$.

Рисунок 1

Соотношение оценок субсфер сферы «Уровень независимости» у врачей стационарного профиля северо-восточного Казахстана



Наиболее уязвимыми зонами качества жизни (сфера «Уровень независимости») в плане неудовлетворительных самооценок явились: субсфера «Способность к работе» и субсфера «Зависимость от лекарств и лечения».

В целом, полученные данные позволяют сделать вывод, согласно самооценкам состояние сферы «Уровень независимости» среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана можно расценивать, как в большей степени хорошее и удовлетворительное.

ВОЗКЖ-100, сфера «Социальные отношения»

Настоящая сфера включает в себя следующие субсферы: «Личные отношения», «Практическая социальная поддержка», «Сексуальная активность».

Субсфера «Личные отношения» исследует степень, в которой люди чувствуют дружелюбие, любовь и поддержку, по сравнению с тем, чего бы они желали для близких (дружеских и любовных) отношений в своей жизни. Эта субсфера касается также имеющихся у индивида в настоящий момент обязательств и реальной деятельности, связанных с поддержкой и обеспечением других людей. Субсфера включает способность и возможность любить, быть любимым и устанавливать и поддерживать эмоциональную и физическую (за исключением чисто сексуальной) близость с другими людьми. В данную субсферу входит то, в какой степени люди чувствуют возможность разделить моменты горя или радости с теми, кого они любят; ощущение того, что они любят и любимы; физические аспекты близости, такие как прикосновение или объятие. Понятно, что эта субсфера перекрывается (частично совпадает) с

интимностью в сексуальной жизни (субсфера «Сексуальные отношения»). Субсфера включает также то, в какой мере индивид удовлетворен своей помощью другим людям или же чувствует, что он перегружен из-за этого. Подразумевается, что вопросы дают респонденту возможность выразить как позитивный, так и негативный опыт. Субсфера включает в себя все типы близких любовных отношений, таких как дружба, брак, гетеро- или гомосексуальное сожительство (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Личные отношения». 2 человека или 0,6% (доверительный интервал 0,4% <math><> 2,4\%</math>) оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 9,2±3,0% (32 человека) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 25,6±4,6% (89 человек). 45,0±5,2% (156 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и 19,6±4,2% (68 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 9,8%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 25,6% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 64,6%.

Субсфера «Практическая социальная поддержка» исследует, в какой степени индивид чувствует поддержку, облегчение и возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Вопросы исследуют, в какой степени его семья и друзья разделяют с ним ответственность и сотрудничают в разрешении семейных и личных проблем. Субсфера фокусируется на том, в какой степени индивид чувствует, что он имеет поддержку со стороны семьи и друзей, в особенности, в какой степени он может зависеть от них в трудной (кризисной) ситуации. Это включает, в какой степени индивид ощущает, что он получает одобрение и воодушевление от семьи и друзей, а также возможную негативную роль семьи и друзей в жизни индивида, например, словесные оскорбления или физическое насилие (вопросы сформулированы так, чтобы была возможность выявления этого) (Бурковский Г.В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Практическая социальная поддержка». 12 человек или 3,5±1,9% оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 17,6±4,0% (61 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 29,7±4,8% (103 человека). 35,2±5,0% (122 человека) оценили данную сферу как «хорошо» и 14,1±3,7% (49 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 21,0%. То есть, практически каждый пятый респондент крайне неудовлетворен

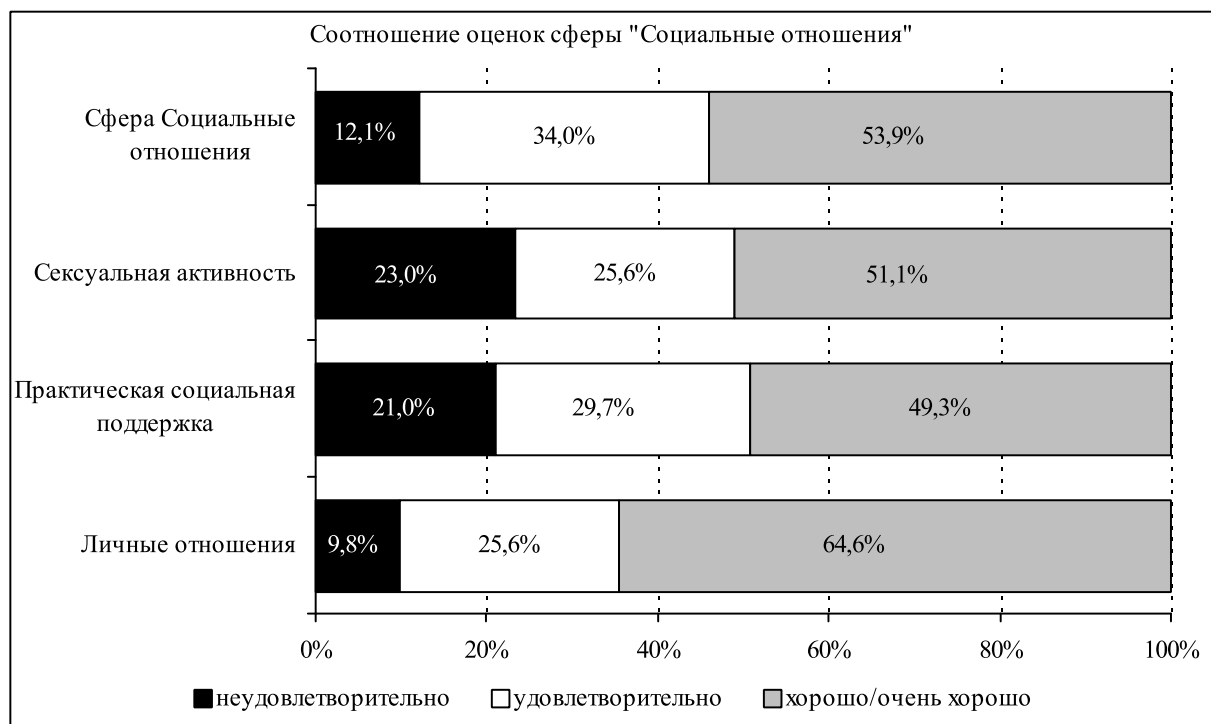
или неудовлетворен практической социальной поддержкой. Число лиц с удовлетворительными оценками составило 29,7%. И число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 49,3%.

Субсфера «Сексуальная активность». Вопросы, касающиеся сексуальной активности, исследуют побуждение к сексу и желание секса у индивида, а также степень, в которой индивид способен выражать свои сексуальные желания и подходящим для себя образом удовлетворять их, получая при этом удовольствие. Вопросы исключают оценочные суждения относительно секса и касаются только того, каким образом сексуальная активность индивида влияет на качество его жизни. Таким образом, сексуальная ориентация и сексуальная практика индивида не столь важны, как сексуальное желание, его выражение, возможности для секса и удовлетворение от него, которые являются фокусом данной субсферы. Известно, что сексуальная активность является темой, о которой трудно расспрашивать, и, вероятно, ответы на эти вопросы будут в некоторых культурах более сдержанными. Предполагается также, что ответы на эти вопросы у людей различных возрастов, а также у мужчин и женщин будут несколько отличаться. В некоторых культурах фертильность (плодовитость) является центральным моментом секса, и рождение детей играет чрезвычайно важную роль. Субсфера включает данный аспект сексуальной жизни, и, по-видимому, ее вопросы будут поняты в данных культурах именно в таком аспекте. Некоторые респонденты могут сообщать о невысоком уровне сексуального желания или о его отсутствии без того, чтобы это имело какое-либо значительное влияние на их качество жизни.

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Сексуальная активность». 5 человек или 1,4% (доверительный интервал – 0,9% <math><> 3,5\%</math>) оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 21,9±4,4% (76 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 25,6±4,6% (89 человек). 38,3±5,1% (133 человека) оценили данную сферу как «хорошо» и 12,7±3,5% (44 человека) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 23,3%. То есть, практически каждый четвертый респондент крайне неудовлетворен или неудовлетворен своей сексуальной активностью. Число лиц, оценивших свою сексуальную активность, как среднюю составило 25,6%. И число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 51,1%. Таким образом, всего половина респондентов удовлетворены своей сексуальной активностью.

Общие средние показатели сферы «Социальные отношения» оказались следующими. Случаи с край-

Соотношение оценок субсфер сферы «Социальные отношения» у врачей стационарного профиля северо-восточного Казахстана



не неудовлетворительной самооценкой данной сферы составили 0,3% (доверительный интервал – $0,2 < \Delta < 2,1\%$). Случаи с неудовлетворительной самооценкой (оценка «плохо») составили $11,8 \pm 3,4\%$. Случаи с удовлетворительной самооценкой (оценка «средне») составили $34,0 \pm 5,0\%$. Случаи с хорошей самооценкой (оценка «хорошо») составили $44,4 \pm 5,2\%$. И случаи с очень хорошей самооценкой (оценка «очень хорошо») составили $9,5 \pm 3,1\%$.

На рисунке 2 отражено соотношение показателей субсфер сферы «Социальные отношения» по данным самооценки врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана. Из рисунка 2 видно, что наиболее уязвимыми сферами качества жизни у врачей стационарного профиля являются: субсфера «Сексуальная активность» и субсфера «Практическая социальная поддержка». Тем не менее, в общем состоянии сферы «Социальные отношения» согласно результатам самооценок врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана можно расценить, как в большей степени хорошее и удовлетворительное.

ВОЗКЖ-100, сфера «Окружающая среда»

Субсфера «Свобода, физическая безопасность и защищенность» исследует наличие у людей чувства безопасности и защищенности от нанесения физического ущерба. Угроза свободе, безопасности и защищенности может происходить из любого ис-

точника, такого как другие люди или политическое притеснение. Вопросы сформулированы так, чтобы дать возможность получить ответы от людей с различным уровнем безопасности – от тех, кто имеет возможность жить без каких-либо ограничений, до тех, чье окружение является притесняющим и кто не чувствует себя в безопасности. Вопросы исследуют степень, в которой индивид чувствует существование неких «ресурсов», которые обеспечивают или могут обеспечить ему чувство безопасности и защищенности. Эта субсфера, по-видимому, имеет особое значение для определенных групп людей, таких как жертвы катастроф, бездомные, лица опасных профессий, те, кто имеет отношения с преступным миром, и жертвы насилия. Вопросы не исследуют глубину чувств тех, кто может быть серьезно психически болен и ощущает свою безопасность под угрозой таких неопределенных вещей, как, например, «происки врагов». Вопросы фокусируются на собственных чувствах индивида, связанных с его безопасностью или небезопасностью, защищенностью или незащищенностью, в той мере, в какой они влияют на качество его жизни (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Свобода, физическая безопасность и защищенность». 6 человек или $1,7 \pm 1,4\%$ оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. $30,8 \pm 4,9\%$ (107 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших

эту сферу (оценка «средне») составило 51,0±5,3% (177 человек). 14,7±3,7% (51 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и 1,7±1,4% (6 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 32,5%. Следовательно, практически каждый третий респондент крайне неудовлетворен или неудовлетворен в плане своей защищенности, свободы и физической безопасности. Мы допускаем, что столь высокий процент неудовлетворительных оценок данной субсферы, в том числе связан со специфическими условиями труда врача стационарного профиля. Число лиц с удовлетворительными оценками составило 51,0%, практически половину всех исследуемых лиц. И число лиц, оценивших данную субсферу «хорошо» или «очень хорошо» составило 16,4%.

Субсфера «Окружающая среда дома» исследует то основное место, где индивид живет (а как минимум спит и хранит большую часть своего имущества), и то, как присущие этому месту характеристики (особенности) влияют на качество его жизни. Качество жилья оценивается на основе того, насколько комфортабельным оно является, а также с точки зрения предоставления респонденту безопасного места проживания. Субсфера включает в себя также такие особенности жилья индивида, как перенаселенность; количество жизненного пространства; чистота; возможности для интимности; имеющиеся в наличии удобства, такие как электричество, туалет, водопровод; а также качество конструкции здания (например, протекающая крыша, сырость). Качество ближайшего окружения (окрестностей, того, что находится рядом, по соседству) дома является важным фактором, влияющим на качество жизни, поэтому данная тема включена в вопросы этой субсферы. Вопросы сформулированы так, чтобы иметь дело с нормальным значением слова «дом», под которым понимается место, где индивид обычно проживает вместе со своей семьей. Однако формулировка вопросов позволяет отвечать на них и людям, проживающим отдельно от семьи, таким как беженцы, или тем, местом проживания которых являются в настоящий момент какие-либо учреждения. Обычно трудно формулировать вопросы таким образом, чтобы это позволяло бездомным лицам дать на них осмысленный ответ (Бурковский Г.В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Окружающая среда дома». 21 человек или 6,1±2,5% оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 20,2±4,2% (70 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 33,4±5,0% (116 человек). 27,1±4,7% (94 человека) оценили данную сферу как «хорошо» и 13,3±3,6% (46 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлет-

ворительными и неудовлетворительными оценками составило 26,3%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 33,4% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 40,3%.

Субсфера «Финансовые ресурсы» исследует точку зрения индивида на то, каковы его финансовые ресурсы (или другие источники обмена) и степень, в которой они удовлетворяют его потребности в здоровом и комфортабельном стиле жизни. Вопросы фокусируются на том, может или нет индивид позволить себе приобретать то, что может оказывать влияние на качество его жизни. Вопросы включают чувство удовлетворенности / неудовлетворенности индивида тем, что его доходы позволяют ему приобретать. Вопросы включают чувство зависимости/независимости, которое доставляют ему его финансовые ресурсы (или другие источники дохода), и ощущение, хватает ли ему того, что он имеет. Оценка производится вне зависимости от состояния здоровья индивида и того, работает он или нет. Известно, что оценка человеком своих ресурсов как «достаточных», «удовлетворяющих потребности» и т.п., может весьма варьировать, и вопросы сформулированы таким образом, чтобы оказаться чувствительными к этим вариациям (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Финансовые ресурсы». 35 человек или 10,1±3,2% оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 28,8±4,8% (100 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 47,5±5,3% (165 человек). 12,7±3,5% (44 человека) оценили данную сферу как «хорошо» и 0,9% (доверительный интервал – 0,5% <> 2,8%) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 38,9%. С нашей точки зрения, это очень высокий процент. Число лиц с удовлетворительными оценками, т.е. оценивающих свой доход, как «средний», составило почти половину от всей исследуемой группы – 47,5%. И число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило всего 13,6%. Эта субсфера по сути является самой уязвимой из всех представленных выше.

Субсфера «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)» исследует точку зрения индивида на медицинскую и социальную помощь в его ближайших окрестностях. «В ближайших» означает то время, которое ему необходимо затратить на ее получение. Вопросы включают то, как человек воспринимает доступность этих служб, так же как качество и полноту той помощи (заботы), которую он получает или ожидает получить, если она ему потребуется. Вопросы включают добровольную общественную поддержку (религиозное милосердие,

храмы и т.п.), которая может дополнять иные службы или же являться единственной в данном месте доступной индивиду системой охраны здоровья. Вопросы включают то, насколько легко или же трудно добраться до местных медицинских и социальных служб или доставить туда своих друзей и родственников. Внимание сосредоточено на точке зрения индивида на медицинские и социальные службы. Вопросы не касаются тех аспектов службы здоровья, которые имеют мало значения для индивида, отвечающего на вопросы, или имеют мало отношения к нему (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)». 18 человек или $5,2 \pm 2,3\%$ оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. $34,3 \pm 5,0\%$ (119 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило $40,6 \pm 5,2\%$ (141 человек). $18,2 \pm 4,1\%$ (63 человека) оценили данную сферу как «хорошо» и $1,7 \pm 4,1\%$ (6 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило $39,5\%$. Практически сорок процентов из числа врачей характеризуют доступность и качество медицинской помощи как крайне неудовлетворительную или неудовлетворительную. Столь высокий процент неудовлетворительных оценок, вполне вероятно связан с уровнем осведомленности качества медицинской помощи («взгляд изнутри»), и с другой стороны – с уровнем притязаний на качество и доступность медицинской помощи, который может отличаться от уровня притязаний обычного гражданина, не работающего в сфере медицинских услуг. Хотя мы допускаем тот факт, что данные оценки доступности и качества медицинской помощи наиболее осведомленным контингентом – медицинскими работниками – врачами, является более обоснованным, и стало быть, более объективным, в сравнении с оценкой немедицинского контингента. Число лиц с удовлетворительными оценками, т.е. оценивающих доступность и качество медицинской помощи, как «средние», составило $40,6\%$. И число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило $19,9\%$. То есть, практически только каждый пятый врач оценивает доступность и качество медицинской помощи как «хорошую» или «очень хорошую».

Субсфера «Возможности для приобретения новой информации и навыков» исследует желание и возможность индивида обучаться новым навыкам, приобретать новые знания и получать информацию о происходящем вокруг. Эти возможности могут предоставляться ему благодаря формальным образовательным программам, классам для образования взрослых или благодаря занятиям в свободное время, как в группах, так и индивидуально (например,

чтение). Сюда включается получение информации и новостей относительно того, что происходит вокруг, что для одних людей может означать нечто более широкое («мировые новости»), а для других быть более ограниченным (деревенские сплетни). Независимо от этого, чувство осведомленности о происходящем вокруг является важным для многих людей и оно включено в данную субсферу. Вопросы фокусируются на возможностях человека удовлетворить потребность в информации и знаниях, касается ли это получения знаний в образовательном смысле или же подразумевает местные, национальные и мировые новости, если это каким-либо образом влияет на качество жизни человека. Вопросы сформулированы так, чтобы давать возможность охватить эти различные аспекты приобретения новой информации и навыков, начиная от мировых новостей и местных сплетен и кончая формальными образовательными программами и профессиональным обучением. Предполагается, что респонденты будут интерпретировать вопросы так, чтобы они имели смысл лично для них и относились к их собственной позиции в жизни (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Возможности для приобретения новой информации и навыков». 15 человек или $4,3 \pm 2,1\%$ оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. $20,5 \pm 4,2\%$ (71 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило $42,3 \pm 5,2\%$ (147 человек). $28,0 \pm 4,7\%$ (97 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и $4,9 \pm 2,3\%$ (17 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило $24,8\%$, число лиц с удовлетворительными оценками составило $42,3\%$ и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило $32,9\%$. Следовательно, практически каждый четвертый респондент оценивал свои возможности для приобретения новой информации и навыков как крайне неудовлетворительные или неудовлетворительные, и каждый третий оценивал их как хорошие либо очень хорошие.

Субсфера «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» исследует способности, возможности и склонность индивида принимать участие в проведении досуга, развлечениях и отдыхе. Вопросы охватывают все формы свободного времяпрепровождения, отдыха и восстановления сил, включая такие, как встречи с друзьями, занятия спортом, чтение, просмотр телепередач или же проведение времени вместе с семьей, ничегонеделание. Вопросы фокусируются на трех аспектах: способности индивида отдыхать, наличии у него возможностей для этого и на удовольствии, получаемом от отдыха (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Возможности для отдыха и развлечений и их использование». 16 человек или 4,6±2,2% оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 22,5±4,4% (78 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 33,4±5,0% (119 человек). 32,9±4,9% (114 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и 5,8±2,5% (20 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 27,1%. В этой связи, необходимо отметить важность организации профессиональных сообществ и групп взаимной поддержки и взаимной помощи по типу балинтовских групп или групп встреч, а также организации досуга и проведения свободного времени специалиста в условиях производства (оборудованные комнаты для рабочих перерывов на чай/кофе, приема пищи и т.п.). Число лиц с удовлетворительными оценками составило 33,4% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 39,5%.

Субсфера «Окружающая среда вокруг (загрязненность / шум / климат / привлекательность)» исследует то, как индивид воспринимает окружающую среду. Это включает шум, загрязнение, климат и общие эстетические характеристики окружающей среды – влияют ли они на качество жизни, улучшая или ухудшая его. В некоторых культурах определенные аспекты окружающей среды могут иметь совершенно особое отношение к качеству жизни, как, например, центральная роль доступности воды, загрязненности воздуха или опасности природных катаклизмов. Эта субсфера не включает в себя такие аспекты, как качество домашней среды и транспортное обеспечение, поскольку они охвачены отдельными разделами (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Окружающая среда вокруг (загрязненность / шум / климат / привлекательность)». 5 человек или 1,4% (доверительный интервал – 0,9% <> 3,5%) оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 21,0±4,3% (73 человека) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 47,8±5,3% (166 человек). 28,5±4,8% (99 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и 1,2% (доверительный интервал – 0,7% <> 3,1%) (4 человека) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 22,4%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 47,8% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 29,8%.

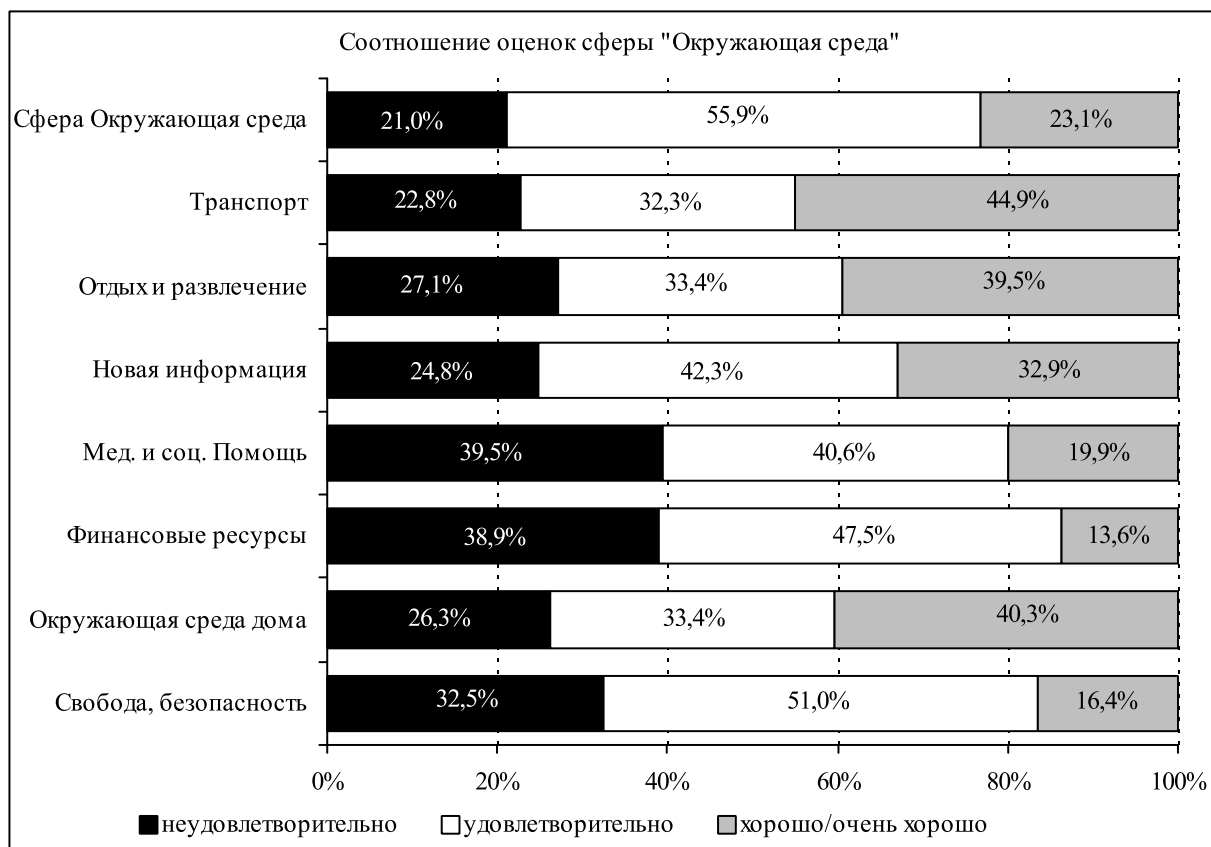
Субсфера «Транспорт» исследует мнение индивида о том, насколько ему доступно и легко найти и использовать для передвижения транспортные службы. Вопросы включают любые доступные индивиду транспортные средства (велосипед, автомобиль, автобус и т.д.). Вопросы фокусируются на том, в какой степени доступный индивиду транспорт позволяет ему выполнять необходимые ежедневные дела, а также дает возможность (свободу) заниматься теми видами деятельности, которые он сам выбирает. Вопросы не касаются вида используемого транспорта, а также всего, относящегося к непосредственному передвижению по дому и вокруг него. Личная подвижность индивида также исключена как представленная в другом разделе («Подвижность») (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Транспорт». 17 человек или 4,9±2,3% оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 17,9±4,0% (62 человека) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 32,3±4,9% (112 человек). 32,0±4,9% (111 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и 13,0±3,5% (45 человек) оценили ее как «очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 22,8%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 32,3% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 44,9%.

Общие средние показатели сферы «Окружающая среда» оказались следующими. Случаи с крайне неудовлетворительной самооценкой данной сферы составили 0% (доверительный интервал – 0% <> 1,7%). Случаи с неудовлетворительной самооценкой (оценка «плохо») составили 21±4,3%. Случаи с удовлетворительной самооценкой (оценка «средне») составили 55,9±5,2%. Случаи с хорошей самооценкой (оценка «хорошо») составили 23,1±4,4%. И случаи с очень хорошей самооценкой (оценка «очень хорошо») составили 0% (доверительный интервал – 0% <> 1,7%). В целом состояние сферы «Окружающая среда» согласно результатам самооценок врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана, можно расценить, как удовлетворительное. Необходимо отметить, что значения неудовлетворительных и хороших оценок практически равны друг другу и их соотношение, следовательно, близко к единице.

На рисунке 3 отражено соотношение показателей субсфер сферы «Окружающая среда» по данным самооценки врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана. Из рисунка 3 видно, что практически все субсферы данной сферы являются в достаточной степени уязвимыми в плане неудовлетворительных оценок. Однако, наи-

Соотношение оценок субсфер сферы «Окружающая среда» у врачей стационарного профиля северо-восточного Казахстана



более уязвимыми в этом плане явились: субсфера «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», субсфера «Финансовые ресурсы» и субсфера «Свобода, физическая безопасность и защищенность». В плане высоких оценок данной сферы, вернее их дефицита или отсутствия также явились: «Свобода, физическая безопасность и защищенность», субсфера «Финансовые ресурсы» и субсфера «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)». Следовательно, данные субсферы являются наиболее уязвимыми в плане восприятия качества жизни – неудовлетворительной его самооценки. Также в зону уязвимых субсфер в плане избытка неудовлетворительных оценок попали следующие субсферы: «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», «Окружающая среда дома» и «Возможности для приобретения новой информации и навыков».

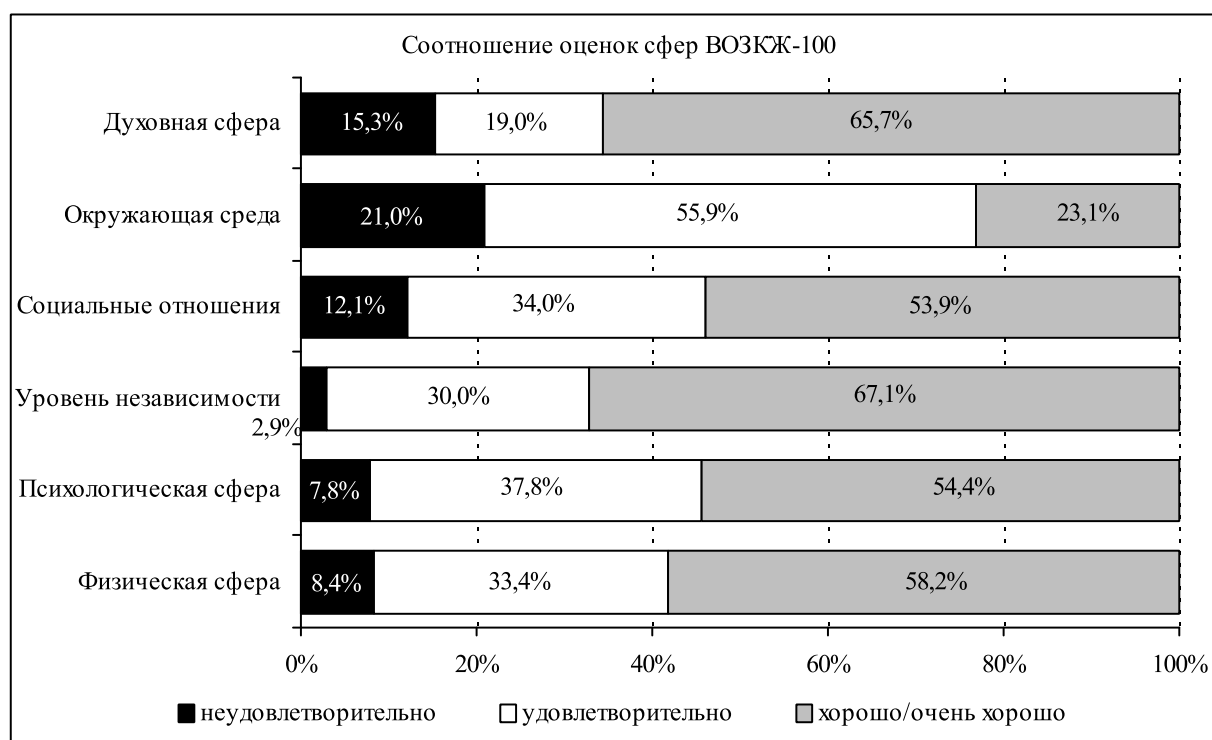
ВОЗКЖ-100, «Духовная сфера»

Субсфера «Духовность / религия / личные убеждения» исследует личные убеждения людей и то, как они влияют на качество их жизни. Они могут помогать индивиду справляться с трудностями в своей жизни, структурируя его опыт, давая определенные

ответы на духовные и личностные вопросы, а также, в более общем смысле, обеспечивая человеку некое чувство благополучия. Субсфера адресована людям, исповедующим различные религии (буддизм, христианство, индуизм, ислам и др.), а также людям, обладающим своими личными духовными верованиями, не укладывающимися в рамки какой-либо определенной религиозной ориентации. Для многих людей религия, личные убеждения и духовность являются источниками чувства комфорта, благополучия, безопасности, осмысленности, принадлежности к некоторой общности, целеустремленности и силы. Однако некоторые люди чувствуют, что религия оказывает на их жизнь негативное влияние. Вопросы составлены так, чтобы позволить выявить и этот аспект субсферы (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Нами были получены следующие результаты самооценок субсферы «Духовность/религия/личные убеждения». 18 человек или 5,2±2,3% оценили данную субсферу как «очень плохо», т.е. крайне неудовлетворительно. 10,1±3,2% (35 человек) оценили эту сферу неудовлетворительно (оценка «плохо»). Количество удовлетворительно оценивших эту сферу (оценка «средне») составило 19,0±4,1% (66 человек). 40,3±5,2% (140 человек) оценили данную сферу как «хорошо» и 25,4±4,6% (88 человек) оценили ее как

Соотношение оценок сфер ВОЗКЖ-100 у врачей стационарного профиля северо-восточного Казахстана



«очень хорошо». Таким образом, число лиц с крайне неудовлетворительными и неудовлетворительными оценками составило 15,3%, число лиц с удовлетворительными оценками составило 19,0% и число лиц, оценивших данную субсферу как «хорошо» или «очень хорошо» составило 65,7%.

Сравнения общих показателей (средних значений) всех сфер – составляющих вопросник самооценки качества жизни (ВОЗКЖ-100) мы отразили на рисунке 4. Из рисунка 4 видно, что наиболее уязвимыми в плане неудовлетворительных оценок, оказались сфера «Окружающая среда» и сфера «Духовная сфера». В плане дефицита или отсутствия высоких оценок оказались: сфера «Окружающая

среда». Все остальные сферы в отношении их высоких самооценок, оказались благополучными. Таким образом, наиболее неблагоприятной или уязвимой сферой, играющей важную роль в плане неудовлетворительного восприятия и оценки качества жизни, явилась сфера «Окружающая среда». Наиболее уязвимыми субсферами данной сферы оказались: «Свобода, физическая безопасность и защищенность», субсфера «Финансовые ресурсы» и субсфера «Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)», а также «Возможности для отдыха и развлечений и их использование», «Окружающая среда дома» и «Возможности для приобретения новой информации и навыков».

ПРИМЕНЕНИЕ СПОСОБА ДИАГНОСТИКИ ВОЛЕВЫХ РАССТРОЙСТВ В ИССЛЕДОВАНИИ МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ)

Е. Б. Байкенов

г. Павлодар

Первая общая проблема для всех лиц, попавших в зависимость, состоит в слабой мотивации к лечению. Мотивация при этом выражается в степени готовности к изменению существующего положения и предусматривает:

1) желание начать лечение;

2) активное сотрудничество в достижении терапевтических целей во время лечения и вплоть до его запланированного завершения;

3) стремление избежать рецидивов после окончания лечения.

В отличие от большинства психических рас-

стройств, при которых клиент активно заинтересован в лечении, при злоупотреблениях психоактивными веществами выполнение трех вышеназванных аспектов крайне проблематично (Urs Baumann, Meinrad Perrez., 1998).

По мнению Cox & Klinger (1988) расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, являются в основном мотивационными расстройствами и расстройствами действий.

Ю. В. Валентик (2001) сообщает о необходимости формирования, коррекции и поддержания мотивации наркологических больных на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса.

В этой связи важным является диагностика мотивационных процессов данной категории больных. Нами планируется 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.

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). Серьёзное обоснование мотивационного 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 диагностического инструмента для исследования мотивационной сферы зависимых от ПАВ определить «Способ диагностики степени выраженности волевых расстройств» (Шостакович Б. В., Горинов В. В., Пережогин Л. О., 2001). В структуру опросника входят 7 шкал:

- волевые действия;
- преодоление препятствий;
- преодоление конфликта;
- преднамеренная регуляция;
- автоматизм и навязчивости;
- мотивы и влечение;
- прогностическая функция.

На наш взгляд каждая из шкал отражает мотивационные процессы. Так, например, шкала «Волевые действия» включает действия, совершаемые без актуально переживаемой потребности в самом дей-

ствии либо в его результатах, но за которыми стоит решение, направленное на: удовлетворение потребности в отдаленном будущем (действие не носит характера заведомо необходимого), создание объективных ценностей на пользу общества или отдельных людей, удовлетворение требований коллектива, ближайшего окружения (при отсутствии собственной заинтересованности), подчинение нормам морали, принятым в обществе.

В данном определении отмечено, что действия, так или иначе, направлены на удовлетворение потребности. Кроме того, на наш взгляд её содержание отражает мотивацию, обусловленную долгованием и описанную Ш. Н. Чхартишвили (1958), или внешнеорганизованную мотивацию (Ильин Е. П., 2002). Таким образом, наличие нарушений или их отсутствие по данной шкале могут отражать чувствительность к влиянию на мотивационный процесс извне.

Следующая шкала «Преодоление препятствий». Сознательное преодоление препятствий на пути к цели включает преодоление физических помех, сложности действия, новизны обстановки, выполнение социально заданных действий, преодоление внутренних состояний (болезнь, усталость).

Интенсивность и упорство субъекта в осуществлении выбранного действия и достижения его результатов Х. Хекхаузен (1986) объясняет мотивацией. Отсюда следует, что показатели данной шкалы могут свидетельствовать о силе мотивов.

Шкала «Конфликт и его преодоление» подразумевает выбор из двух и более несовместимых действий, целей, обусловленных разными мотивами и/или приводящих к разным последствиям, предпочтение личным или социальным мотивам, оценка собственно цели и ее возможных последствий (включает элемент прогноза).

В данном случае речь идет о борьбе мотивов. В. Вундт (1897) связывал борьбу мотивов с процессом выбора, а В. Штерн (1900) - с проявлением человеком решительности. А. Ф. Лазурский (1995) рассматривал борьбу мотивов, как одно из проявлений психической задержки. Он подчеркивал, что внутренняя борьба - это такой процесс, в котором все важнейшие запросы и потребности человека выступают нередко с чрезвычайной яркостью.

Внутренняя борьба связана с принятием решения не только о том, что делать, но и когда делать, в какой момент начать действие при наличии противоположного желания, тормозящего инициацию (запуск) нужного действия (Ильин Е. П., 2002). Соответственно можно предположить, что чем выраженнее нарушение по данной шкале, тем сильнее будет отмечаться торможение поведения.

Шкала «Преднамеренная регуляция» включает регуляцию параметров действия (силы, скорости, темпа), торможение неадекватных психических процессов, особенно эмоциональных, организацию

психических процессов в соответствии с ходом деятельности, способность оказывать сопротивление рефлекторным действиям.

По мнению В. А. Иванникова (1991), главной психологической функцией воли является усиление мотивации и совершенствование на этой основе сознательной регуляции действий. Реальным механизмом порождения дополнительного побуждения к действию является сознательное изменение смысла действия выполняющим его человеком. Соответственно показатели данной шкалы могут указывать на собственно волевой аспект мотивации (Иванников В. А., 1991), ощущение внутренней необходимости действия, как признак смыслового образования (Насиновская Е. Е., 1988).

Шкала «Автоматизм и навязчивости» определяется легкостью выработки навыков автоматизированных действий с утратой контроля за ними, наличием навязчивых действий, мыслей, которые воспринимаются без отчуждения, либо как чуждые личности, но без утраты их собственной принадлежности, либо постороннего происхождения (с элементом сделанности).

В случае выполнения человеком привычных действий процесс мотивации оказывается свернутым (Ильин Е. П., 2002) Как отмечает В. А. Иванников (1985), действие автоматизируется не только в исполнительной, но и в мотивационной части. Если рассматривать выработку навыков автоматизированных действий в рамках мотивационных процессов, то можно предположить о формировании у человека с опытом мотивационных схем (аттитюдов, поведенческих паттернов), т. е. знания о том, какими путями и средствами можно удовлетворить данную потребность, как вести себя в данной ситуации (Ильин Е. П., 2002).

С другой стороны, речь может идти об ослаблении волевого и нравственного контроля про-

цесса мотивации. Д. В. Колесов (1991) это связывает со слабостью механизма задержки потребностного возбуждения в зоне представительства потребностей.

Шкала «Мотивы и влечение» включает переживание первичного, ненаправленного влечения, переживание естественного, инстинктивного побуждения, переживание собственно волевого акта, имеющего осознанную цель и сопровождаемое осознанным представлением о средствах и последствиях достижения цели, осознание свободы воли.

Согласно Н. Ах (1910) сила мотива зависит от степени осознанности и ясности объекта мотивации - закон специальной детерминации воли. Содержание данной шкалы, на наш взгляд, позволяет судить о степени осознанности мотивов и, следовательно, об их силе. Таким образом, отмечается взаимосвязь данной шкалы с содержанием шкалы «Преодоление препятствий».

Одной из важных задач мотивационного процесса является предвидение (прогнозирование) последствий выбираемого пути достижения цели, определение субъективной вероятности достижения успеха при различных способах поведения и деятельности (Ильин Е. П., 2002). Диагностировать данный процесс позволяет последняя шкала опросника - «Прогностические функции».

Таким образом, анализ шкал «Способа диагностики степени выраженности волевых расстройств» показывает, что при определенном подходе к интерпретации данных, полученных с помощью настоящего инструмента, появляется возможность судить о некоторых механизмах мотивационного процесса, что, в свою очередь, позволяет использовать его, на наш взгляд, в качестве метода исследования мотивационной сферы, в том числе зависимых от психоактивных веществ.

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*. - М., 1986. - Т. 1-2.
9. Urs Baumann, Meinrad Perrez *«Lehrbuch Klinische Psychologie — Psychotherapie»*, 1998.

ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д.м.н, проф. А. Л. Катков

г. Павлодар

Введение

Производство медицинских услуг не является каким-то эксклюзивной производственной сферой, не подвластной общим закономерностям, рассмотренным в предыдущем разделе. Тем не менее существует ряд особенностей и традиций в управлении данной отраслью, которые необходимо учитывать. К таким особенностям относятся следующие:

- основным продуктом, производимым в сфере здравоохранения, является профильный сектор услуг, и, в существенно меньшей степени, - материально-товарный профиль (лекарственные средства, диагностическое оборудование и пр.);

- другой существенной особенностью данного «продукта» является тот факт, что его результативной характеристикой является некий условный объем восстановленного здоровья. Однако, если услуга, в принципе, поддается стандартизации и протоколированию (т.е. может быть расписана на конкретные манипуляции, процессы и их последовательность), то ее результативная составляющая чрезвычайно вариабельна и может быть стандартизирована лишь условно, в рамках достаточно широкого коридора показателей и параметров здоровья;

- в данных условиях исключительное значение приобретают: во-первых, субъективный фактор (здесь имеется в виду фактор профессиональной компетенции и опыта производителя услуг); во-вторых – фактор эффективности используемого способа воздействия, доказанного на достаточно объемной статистической выборке при корректных условиях клинического эксперимента (последняя сумма обстоятельств в научной литературе обозначается термином «доказательная медицина»).

Таким образом, роль научных и образовательных технологий в сфере здравоохранения не менее, а, может быть, и более значительна, чем в промышленном производстве и других сферах деловой активности.

1. В базисных руководствах по управлению здравоохранением приводятся следующие компоненты качества, в отношении которых достигнут консенсус на уровне ВОЗ и стран, входящих в данную авторитетную организацию: 1) адекватность; 2) экономичность; 3) научно-технический уровень; 4) эффективность. Все перечисленные термины являются обобщающими и, поэтому, нуждаются в комментариях и уточнениях.

Под *адекватностью*, применительно к системе здравоохранения, понимается:

- соответствие общего сектора медицинских услуг (ассортимента, объема, качества, условий оказания - доступности, приемлемости, стоимости) нуждам и запросам основных потребителей;

- соответствия содержания и условий оказания медицинских услуг этическим принципам уважения человеческого достоинства пациента/ клиента и соблюдения прав человека;

- соответствие квалификационного статуса (уровня профессиональной компетенции) специалистов ожиданиям потребителей и техническим характеристикам производимого сектора услуг;

- соответствие стандарта подготовки программ додипломного, последипломного, дополнительного образования и программ профессионального роста потребностям профессионалов и характеристикам их квалификационного статуса;

- соответствие стандартов организации (нормативно-правовой базы, структуры, используемых технологий, кадров, ресурсного обеспечения) служб, обеспечивающих развитие и восстановление здоровья, запросам и ожиданиям основных потребителей, а также - всем вышеперечисленным позициям (техническим характеристикам и ассортименту профильных услуг, квалификационным и образовательным стандартам);

- соответствие решений и действий, принимаемых по всем вышеназванным позициям, выявленным на основании репрезентативных исследований фактам и тенденциям.

Таким образом, компонент адекватности в системе управления качеством в здравоохранении является главным системообразующим фактором и олицетворяет основной принцип Всеобщего менеджмента качества (TQM) – ориентация на заказчика и потребителя.

Полноценная реализация рассматриваемого компонента качества в здравоохранении возможна за счет разработки и внедрения системы профессиональных стандартов (стандарты мониторинга, услуг, квалификации, образования, организации), выстраиваемых на основе вышеприведенных принципов соответствия.

Под *экономичностью*, применительно к системе здравоохранения, понимается приверженность к принципам и технологиям минимизации затрат (стоимостей). Практически это означает, что из двух или нескольких, равнозначных по достижению планируемого результата (например, планового показателя параметров здоровья для одного или группы пациентов) альтернатив, выбирается менее затратная. При этом, оцениваются не только экономические, но и временные затраты (т.е. проводится глубокий и полный, а не поверхностный экономический анализ). Последнее обстоятельство стимулирует разработку, возможно и более затратных, но максимально эффективных (с точки зрения уровня, времени дости-

жения и устойчивости результата) инновационных технологий.

Таким образом, использование данного компонента качества в системе здравоохранения является мощным стимулом для разработки и внедрения инновационных технологий, полученных на основе корректных научных исследований.

Термин *научно-технический уровень* в системе здравоохранения следует рассматривать в четырех плоскостях:

- первая плоскость анализируемого определения касается принципа научной обоснованности и доказательной эффективности каждого профессионального вмешательства. Выполнение данного принципа обеспечивается качеством научно-технических исследований в сфере здравоохранения и соответствующего информационного обеспечения процессов формирования и восстановления здоровья. Такого рода исследования должны проводиться на оснащенных лабораторных, клинических базах подготовленными специалистами. Кроме того, должна быть отработана система масштабного внедрения инновационных технологий, их поэтапного ввода в систему профессиональных (квалификационных, образовательных и производственных) стандартов;

- вторая плоскость анализа касается квалификации непосредственных производителей (исполнителей) медицинских услуг, а также - лиц, ответственных за профессиональное образование и проведение профильных научных исследований. Применительно к данной категории профессионалов термин «высокий научно-технический уровень» означает, что уровень компетенции последних отвечает критериям предыдущего компонента качества (адекватности) и общепринятым международным стандартам;

- третья плоскость анализа затрагивает структурные и технологические характеристики учреждений здравоохранения. Предполагается, что высокий научно-технический уровень по данному параметру должны обеспечивать: наличие внешних и внутренних информационных сетей; компьютерного оборудования рабочего места специалиста с доступом к внешней и внутренней сети, ИНТЕРНЕТу; современного диагностического и функционального оборудования; наличие обновляемой базы данных по наиболее актуальным проблемам в соответствии с профилем учреждения и т.д.;

- четвертая позиция касается технологии отслеживания основных результатов профильной деятельности учреждения. Ассортимент используемых технологий, алгоритм сбора, хранения и анализа первичной информации в совокупности должны обеспечивать надежную доказательную базу по каждому отслеживаемому результату.

Использование данного компонента качества в системе здравоохранения существенно повышает надежность, эффективность и предсказуемость результатов медицинского вмешательства.

Такой компонент качества, как *эффективность*, наряду с понятиями «продуктивность» и «результативность» в системе здравоохранения достаточно известен. Эффективность (в современном значении данного термина) – это наиболее информативное и емкое понятие, характеризующее общий потенциал какой-либо профильной организации или специалиста по удовлетворению актуальных нужд и запросов потребителей. Эффективность, как правило, определяется в экономических категориях (соотношение полученных выгод к произведенным затратам). Но могут приниматься во внимание и другие параметры (эффекты), также высчитываемые на единицу затрат – динамика индикаторов качества жизни, прожитых лет после соответствующего медицинского вмешательства и т.д. Однако, последние параметры являются промежуточными и вторичными по отношению к экономическим категориям.

Использование компонента эффективности в общей стратегии повышения качества в системе здравоохранения стимулирует инновационный поиск, и, одновременно, процесс рационального использования ресурсов.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что компоненты качества, традиционно используемые в здравоохранении в значительной степени сопоставимы с идеологией TQM и системными принципами управления качеством.

2. Наряду с вышеприведенными компонентами в системе здравоохранения традиционно используются три общих направления оценки качества медицинской помощи, известные как «триада Донабедиана»: 1) структура; 2) процесс; 3) исход. Данные направления также нуждаются в уточнении и конкретизации.

Термин *«структура»* в традиционных руководствах по управлению здравоохранением интерпретируется как характеристика средств оказания медицинской помощи (организационные характеристики; материальные, кадровые, финансовые ресурсы профильных учреждений). Между тем, в свете основной идеологии TQM вышеприведенная интерпретация представляется неполной. Современное содержание термина «структура» должно предусматривать: а) нормативно-правовую обеспеченность профильной деятельности (документальная база, регулирующая общую схему и ресурсное обеспечение соответствующего вида деятельности – законы, программы, межведомственные, ведомственные приказы, положения, инструкции); б) организационную обеспеченность профессиональной деятельности (наличие организационного стандарта, предписывающего определенные характеристики и регламентирующего деятельность структурных подразделений и специалистов профильных служб); в) ресурсную обеспеченность профильной деятельности (материально-технические ресурсы – здания, помещения, инвентарь, оборудование, расходные

средства и т.д.; кадровые ресурсы – штаты организаций и учреждений; финансовые ресурсы – средства, необходимые для воспроизводства регламентируемой сферы услуг и развития службы).

Термин «структура», применительно к сектору специализированной медицинской помощи, должен включать вышеприведенные характеристики, по крайней мере, для трех основных агентов, обеспечивающих управление качеством в данной сфере: профильные научные учреждения; образовательные организации; специализированные лечебно-профилактические и реабилитационные учреждения.

Еще один блок содержательных характеристик рассматриваемого понятия касается системы взаимоотношений и взаимных обязательств упомянутых агентов (научных, образовательных учреждений и учреждений практического здравоохранения), а также – системы отношений такого специализированного кластера с внешними организациями и ведомственными администраторами с одной стороны, реальными и потенциальными потребителями профильных услуг – с другой.

В сокращенном виде анализируемое направление по оценке качества медицинской помощи можно представить так: аргументы, документы и факты по организации профильной медицинской помощи.

Следующим направлением оценки качества медицинской помощи является категория *процесса* (вторая позиция в триаде Донабедиана). Традиционно под термином «процесс» в здравоохранении подразумеваются характеристики предоставляемой помощи, в том числе – ее обоснованность, адекватность объема, проявление компетенции в проведении методик лечения, согласованность действий и преемственность.

В свете идеологии TQM представленные характеристики должны быть существенно расширены и дополнены. Понятие «процесс» применительно к системе специализированной помощи, должно включать полный перечень и описание функциональной взаимосвязи процессов, обеспечивающих удовлетворение основных запросов и нужд потребителей. В данной связи, как минимум, должны рассматриваться несколько основных групп профессиональной активности: исследовательские процессы (в том числе – исследование нужд и запросов потребителей); организационные процессы; процессы подготовки персонала; технологические процессы (оказание диагностических, профилактических, лечебных, реабилитационных и других услуг); коммуникативные процессы (взаимодействие с внешними партнерами и потребителями). Кроме того, каждая дифференцированная технология (процесс) должна иметь, как минимум, документальные (эталонные и деловые протоколы) и функциональные (обязанности конкретных сотрудников) аналоги. В эталонном документальном аналоге (протоколе, положении, инструкции) должна быть четко обозначены сумма

условий, в том числе, условий по ресурсному обеспечению того или иного процесса; вводная информация (например, показания и диагностический минимум для проведения какой-либо лечебной процедуры), алгоритм реализации с полным описанием всех технических действий; планируемый результат или сумма результатов (характеристики выхода). В деловом протоколе (например, истории болезни, заполняемой на конкретного пациента) должна быть отражена последовательность технических процедур и соответствующая динамика изменений.

В идеале, эталонный протокол должен совпадать с фактическим процедурным документом – деловым протоколом. При этом, как уже говорилось, в системе здравоохранения (в отличие от промышленных сфер деятельности) допускаются достаточно широкие вариативные коридоры. Однако по основным, принципиальным позициям следует добиваться полного соответствия эталонному документу, что, в конечном итоге, повышает вероятность достижения планируемого результата.

В функциональном аналоге каждая используемая технология (процесс) должны четко обозначаться и предписываться для исполнения конкретному сотруднику. При этом, в функциональном аналоге, как правило, приводятся и квалификационные характеристики, необходимые для реализации того или иного технического действия.

Соблюдение всех вышеназванных требований к оформлению процессов оказания профильной помощи облегчает процедуру предварительного и текущего контроля за качеством оказания специализированной помощи.

Третье направление по оценке качества медицинской помощи, обозначаемое как «*результат*» имеет прямое отношение к процедуре контроля, определению показателей эффективности, продуктивности, результативности. Традиционно, под термином «результат» или «исход» в системе здравоохранения понимается изменения в состоянии здоровья пациентов, степень удовлетворенности врачебным и медсестринским обслуживанием. Достаточно часто в качестве результата деятельности системы здравоохранения рассматриваются такие параметры как показатели смертности, заболеваемости, инвалидизации, временной нетрудоспособности.

3. В контексте идеологии TQM под результатом деятельности специализированного сектора здравоохранения следует понимать степень соответствия достигнутых изменений запросам и ожиданиям основных потребителей. При этом следует иметь в виду, что эти изменения должны оцениваться в понятных для основного потребителя параметрах; что сам по себе результат может иметь временные характеристики и отслеживаться в системе промежуточных и конечных индикаторов; что результат может быть субъективным (ориентированным сугубо на ощущения пациента / клиента) и объективным – отсле-

живаемым по всему комплексу биологических, физиологических и функциональных показателей, что один и тот же результат могут оценивать различные группы потребителей – прямые (пациенты / клиенты); косвенные (родственники пациентов / клиентов); что внутри системы здравоохранения существует иерархия основных слагаемых общего результата, и что сами по себе эти слагаемые (качество научных разработок, качество образовательных программ, уровень квалификации персонала) могут считаться результатами деятельности соответствующих профильных структур.

Кроме того, имеет значение соответствие достигнутого результата тем целям и задачам, которые руководство организации или предприятия выдвигало в стратегических планах и установках.

Все вышесказанное предполагает, что направление оценки качества медицинской помощи по результату должно быть самым тщательным образом проанализировано и проработано. Предварительно, должна быть разработана комплексная система оценки результатов деятельности специализированного сектора, учитывающая все вышеназванные моменты. Далее, должна быть разработана и утверждена документальная база, регламентирующая процедуру контроля, и оценочные инструменты, используемые для ранжирования избранных параметров результата. Наконец, должны быть определены группы внутренних и внешних экспертов, квалификация которых позволяет выполнять оценочную миссию на самом высоком уровне. Коррекция стратегических и оперативных программ, системы профессио-

нальных стандартов, направленная на дальнейшее улучшение качества медицинской помощи, является следствием такого рода оценки.

Таким образом, все три вышеприведенные направления – *структуры, процесса и результатов* – ориентированы, прежде всего, на последовательное раскрытие главного объекта исследования – качественных характеристик определенного сектора здравоохранения, обеспечивающего специализированную наркологическую помощь.

В то время, как традиционные компоненты качества – *адекватность, экономичность, технический уровень, эффективность* – ориентированы на определенную методологию исследования качества. К примеру, такой компонент как адекватность предполагает использование методологии экспертных оценок. Компонент научно-технического уровня исследуется при помощи методологии надлежащей клинической практики (GCP) и доказательной медицины. Компоненты экономичности и эффективности предполагают использование методологии комплексного экономического анализа.

Заключение

Из сказанного следует, что обе рассмотренные системы – направлений по оценке медицинской помощи и компонентов качества в здравоохранении – эффективно дополняют друг друга. Вышеприведенные традиционные способы оценки качества в здравоохранении, в совокупности с идеологией и технологией TQM, могут эффективно использоваться в программах по управлению качеством в системе специализированной наркологической помощи.

ПРЕВЕНТИВНЫЕ МИШЕНИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ

Ю. А. Россинский, Н. В. Асланбекова

г. Павлодар

В результате исследования нами были выделены факторы риска психодезадаптационных состояний – невротических, связанных со стрессом расстройств, аддиктивных расстройств и синдрома эмоционального выгорания у врачей стационарного профиля. Все выделенные в настоящем исследовании факторы риска были связаны со специфическими условиями труда врача стационарного профиля. Ряд авторов выделяют различные экстремальные факторы труда (Синглтон В.Т., 1974; Ложкин Г.В., Пovyакель Н.И., 2003; Смирнов Б.А., Долгополова Е.В., 2007), которые можно разделить на три группы: экстремальные факторы внешних условий деятельности; психогенные факторы, обусловленные характером деятельности; психогенные факторы информа-

ционного характера. К экстремальным факторам внешних условий деятельности относятся абиотические факторы (климатический стресс, вибрация, шум и пр.) и некорректируемые факторы внешних условий деятельности. К некорректируемым факторам внешних условий деятельности относятся десинхронизация (нарушение циркадных – суточных/околосуточных ритмов), измененная афферентация (постоянный поток нервных импульсов, поступающих в ЦНС), фактор риска – угроза для жизни/здоровья, неожиданность возникновения «аварийной ситуации». К психогенным факторам, обусловленным характером деятельности, относятся: операциональная и эмоциональная напряженность (статическая гипердинамика в сочетании с гипокинезией); режим ожидания; ре-

жим активного и тревожного ожидания; дефицит времени; чрезмерная интенсивность деятельности – совмещенная деятельность (работа в двух контурах). К психогенным факторам информационного характера относятся: перегрузка информацией и деятельность в условиях потока сигналов (Ломов Б.Ф., 1983; Джуэл Л., 2001; Лебедев В.И., 2001).

Выявленные нами экстремальные факторы труда врача стационарного профиля мы разделили на две категории: физические и психические факторы. К физическим факторам мы отнесли некорректируемые факторы внешних условий деятельности (десинхронизация) и факторы, обусловленные характером деятельности (операциональная напряженность, чрезмерная интенсивность деятельности – повышенные рабочие нагрузки). К психическим факторам мы отнесли психогенные факторы, обусловленные характером деятельности – фактор риска – угроза для жизни/здоровья пациента или неожиданность возникновения «аварийной ситуации» – «феномен русской рулетки» и «феномен дамочкова меча». Так же к психическим факторам мы отнесли факторы интерперсонального взаимодействия, предполагающие избыток ситуаций, связанных с переживанием отрицательных эмоций, дефицит ситуаций, связанных с переживанием положительных эмоций, а также профессиональная эмоциональная эмпатия. В настоящий момент мы остановимся на вопросе, касающемся эмоциональных факторов интерперсонального взаимодействия, в частности – эмоциональной эмпатии, реакциях переноса и эмоциональных реакциях, связанных с наличием внутриличностных проблем.

С. Ю. Головин (2003) выделяет три разновидности эмпатии:

- 1) эмпатия эмоциональная – основанная на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого;
- 2) эмпатия когнитивная – базируемая на интеллектуальных процессах – сравнение, аналогия и пр.;
- 3) эмпатия предикативная – проявляемая как способность предсказывать аффективные реакции другого человека в конкретных ситуациях.

Когнитивная эмпатия и предикативная эмпатии не являются эмоционально затратными. Эмоциональная эмпатия по своей сути есть постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека. Способность индивида к параллельному переживанию тех эмоций, что возникают у другого индивида в ходе общения с ним. Понимание другого человека путем эмоционального вчувствования в его переживания. В отношении эмоциональной эмпатии, С.Ю. Головин (2003) определяет две ее формы: сопереживание и сочувствие. Сопереживание – это переживание тех же состояний эмоциональных, что испытывает другой человек, через отождествление с ним. А сочувствие – это переживание собственных состояний

эмоциональных в связи с чувствами другого человека. Эмоциональная эмпатия является энерго-затратной и эмоционально-затратной.

На рисунке 1 (части А, Б, В) отражены различные варианты эмоционального интерперсонального взаимодействия между врачом и пациентом (клиентом). Согласно психогенетической модели личности Ю.В. Валентика (2001) личность структурирована семью нормативными личностными статусами (НЛС), которые определяют, с одной стороны - свойства личности и с другой – систему личностных социальных потребностей: «Я - телесное», «Я - ребенок», «Я - родитель», «Я - мужчина/женщина», «Я - партнер», «Я - другой (Я - член группы)». В любом интерперсональном взаимодействии активируется тот или иной нормативный личностный статус в силу актуализации тех или иных потребностей, которые он обслуживает в социальной жизни.

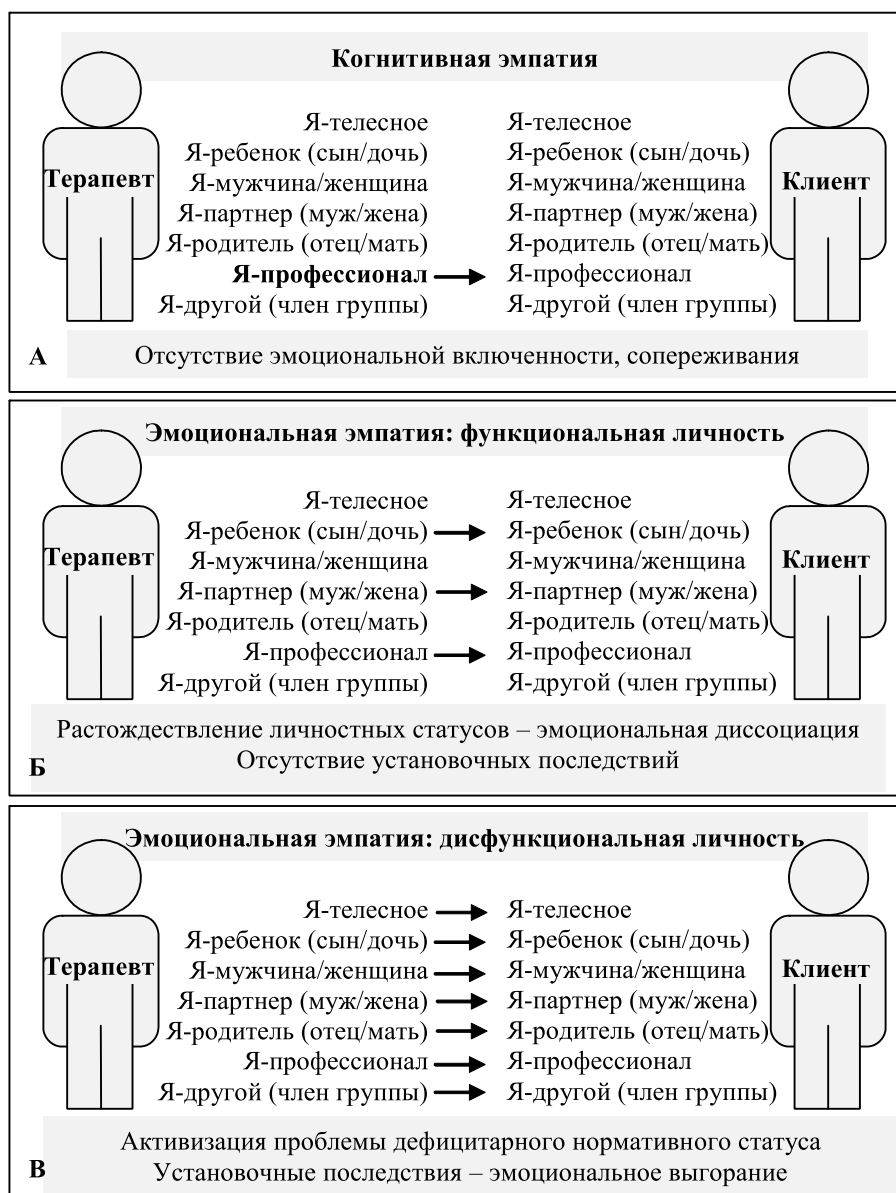
Согласно данной теории, в случае когнитивной эмпатии у врача-специалиста должен актуализироваться и «работать» в основном один статус – «Я-профессионал». При этом другие нормативные личностные статусы не будут являться деятельностно активными (рисунок 1-А). После окончания интерперсонального процесса активность НЛС «Я - профессионал» дезактуализируется и, соответственно, прекращается и эмоциональная реакция.

В случае эмоциональной эмпатии, когда врач-специалист сопереживает пациенту, в нем помимо статуса «Я - профессионал» активизируются и вовлекаются в процесс взаимодействия и другие нормативные личностные статусы, например, «Я - телесное», «Я - ребенок», «Я - родитель», «Я - мужчина/женщина», «Я - партнер», «Я - другой (Я - член группы)» (рисунок 1-Б).

В связи с этим специалист (врач) также переживает негативные эмоции, и поэтому сам процесс эмоциональной эмпатии является весьма энерго-затратным. Однако после окончания терапевтического контакта, когда врач диссоциирует состояние эмоциональной эмпатии, при условии, что сам специалист не имеет внутриличностных конфликтов, происходит статусное растождествление, и у специалиста вновь актуализируется нормативный личностный статус «Я - профессионал». В этом случае не наблюдается установочных последствий в виде продолжения эмоционального переживания уже завершенного контакта другими нормативными личностными статусами. И после окончания интерперсонального взаимодействия, по мере дезактуализации активности НЛС «Я - профессионал» как и в предыдущем случае, прекращается и эмоциональная реакция.

Нами также были идентифицированы варианты реакций эмоционального застревания, т.е. продолжения эмоционального реагирования после завершения интерперсонального взаимодействия «врач-пациент». Первый эмоциональный феномен из этой

Эмоциональные факторы интерперсонального взаимодействия



группы заключался в том, что специалист (врач) продолжал сопереживать больному после завершения интерперсонального процесса – после окончания лечения или терапевтического контакта. Это была, своего рода, отсроченная эмпатия или отсроченное сочувствие-сопереживание или застревание на аффекте. Еще один вариант реакции отсроченного эмоционального переживания или реакции эмоционального застревания заключался в том, что когда процесс взаимодействия с клиентом/пациентом завершился, врач продолжал переживать негативные эмоции, связанные с оживлением его собственной проблемы, актуализировавшейся во время данного интерперсонального взаимодействия. В первом случае, с нашей точки зрения, это могли быть эмоциональные реакции, связанные с контр-переносом

(VanWagoner, S. L. et al., 1991; Hayes, J. A., & Gelso, C. J., 1991; Wachtel, P. L., 1993; Gelso, C. J., Mohr, J. J., 2001; Constantine, M. G., 2002; Harbin J. M., 2004). Во втором случае эмоциональные реакции могли быть связаны с наличием собственной проблемы или внутриличностного конфликта у врача, не обязательно связанные с переносом. И в том и в другом случае отсроченные эмоциональные реакции являлись установочными последствиями – продолжением работы или активности дефицитарных нормативных статусов. Активность нормативного статуса «Я-профессионал» дезактуализировалась после завершения процесса взаимодействия с клиентом (пациентом), но в процессе взаимодействия актуализировались и активизировались и другие (один или несколько) нормативные статусы, как пра-

вило, дефицитарные: «Я - телесное», «Я - ребенок», «Я - родитель», «Я - мужчина/женщина», «Я - партнер», «Я - другой (Я - член группы)» (рисунок 1-В). Они сохраняли свою активность после непосредственного процесса взаимодействия.

Обе описанные реакции эмоционального застревания, согласно определению С. J. Gelso, В. R. Fretz (1992, 2001), С. J. Gelso и соавт. (1995, 1997) можно отнести к реакциям контр-переноса. С. J. Gelso и В. R. Fretz (1992) приводят тотальное (слишком широкое) и классическое определение контр-переноса. Тотальное определение охватывает все эмоциональные реакции консультанта на клиента. К контр-переносу тогда относятся и совершенно естественные реакции консультанта, не связанные с его внутренними конфликтами. Классическое определение характеризует контр-перенос как ответную реакцию на перенос клиента. Промежуточное определение обрисовывает контр-перенос как проецирование консультантом своих проблем на предоставленный клиентом материал, как связанный с переносом, так и не связанный с ним (Кочунас Р., 1999; Gelso С. J., Fretz В. R., 1992; Gelso С. J. et all., 1995, 1997).

Мы полагаем, что, если личность врача является дисфункциональной или имеет какие-либо личностные проблемы, то в этом случае, ситуация, связанная с эмоциональной эмпатией, может оживлять внутриличностную проблему этой личности и за-

пускать автономный процесс собственного эмоционального переживания (рисунок 1-В). В этом случае происходит активация проблемы дефицитарного или дисфункционального нормативного статуса. Данный эмоциональный процесс предполагает установочные последствия в виде перманентного эмоционального напряжения данного нормативного статуса и приводит к хроническому эмоциональному напряжению и впоследствии – выгоранию. Данное предположение подтверждается результатами нашего исследования. Мы сравнили две группы врачей (таблица 1).

В первую мы отобрали тех лиц, у которых не были выявлены признаки эмоциональных реакций, связанных с контр-переносом, а также признаки наличия каких-либо внутриличностных проблем (n=34). Во вторую группу вошли те лица, у кого были выявлены эмоциональные реакции контр-переноса или эмоциональные реакции, связанные с наличием каких-либо внутриличностных проблем (n=55).

Врачи, вошедшие во вторую группу, отличались повышенной чувствительностью и эмоциональной чувствительностью по отношению к пациентам. Некоторые из них имели явные установочные отношения к определенным группам больных, например, к VIP-клиентам или к противоположной категории пациентов – лицам, являющимся уязвимыми в плане стигматизации (наркозависимые, алкоголь-зави-

Таблица 1

Результаты сравнения лиц без признаков реакций переноса (n = 34) и с признаками реакций, связанных с переносом (n = 55) (P<0,01)

Исследуемый параметр		Группа 1 (n = 34)	Группа 2 (n = 55)
Методика диагностики СЭВ (В.В. Бойко)	Фаза напряжения не сформировалась	47,1±16,8%	5,5% 1,7%<>14,8%
	Фаза напряжения сформирована	20,6±13,6%	58,2±13,0%
	Фаза резистенции не сформировалась	32,4±15,7%	0% 0%<>6,7%
	Фаза резистенции сформирована	35,3±16,1%	80,0±10,6%
	Фаза истощения не сформировалась	58,8±16,5%	9,1% 2,9%<>20,2%
	Фаза истощения сформирована	17,6±12,8%	56,4±13,1%
Методика диагностики НС (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич)	Шкала тревоги (Т)	4,9±1,3 балла	0,2±1,1 балла
	Шкала невротической депрессии (Д)	1,8±1,6 балла	-2,2±1,2 балла
	Шкала астении (А)	4,7±1,6 балла	0,4±1,1 балла
	Шкала обсессивно-фобических нарушений (О)	3,4±1,0 балла	-0,5±1,0 балла
	Шкала вегетативных нарушений (В)	17,0±3,6 балла	4,0±2,7 балла
	Шкала истерического типа реагирования (И)	3,0±1,5 балла	-1,3±1,2 балла
	Общая шкала (S)	34,9±9,6 балла	0,6±7,0 балла

симые, бомжи, ВИЧ-инфицированные, лица с нетрадиционной сексуальной ориентацией и пр.). Эти статусные отношения предполагали эмоциональную связь с пациентом не только в качестве врача, но и другие статусные отношения – заискивание или, напротив, пренебрежение, враждебность и т.п. Некоторые врачи из этой группы отмечали, тот факт, что для них очень важно понравиться клиенту, или является нормальным неформальными отношения с пациентами.

Результаты сравнительного анализа показали следующее. В группе врачей с признаками эмоциональных реакций контр-переноса в сравнении с врачами, не имеющими этих признаков, согласно данным опросника диагностики СЭВ В.В. Бойко (1999): в 2,8 раза чаще встречались лица, у которых была сформирована фаза напряжения СЭВ ($58,2 \pm 13,0\%$ и $20,6 \pm 13,6\%$, при $P < 0,01$); в 2,3 раза чаще встречались лица, у которых была сформирована фаза резистенции СЭВ ($80,0 \pm 10,6\%$ и $35,3 \pm 16,1\%$, при $P < 0,01$); в 3,2 раза чаще встречались лица, у которых была сформирована фаза истощения СЭВ ($56,4 \pm 13,1\%$ и $17,6 \pm 12,8\%$, при $P < 0,01$). А также, соответственно: в 8,6 раза реже встречались лица, у которых фаза напряжения СЭВ не была сформирована ($5,5\%$ и $47,1 \pm 16,8\%$, при $P < 0,01$); в 6,4 раза реже встречались лица, у которых фаза истощения СЭВ также не была сформирована ($9,1\%$ и $58,8 \pm 16,5\%$, при $P < 0,01$). Среди врачей второй группы мы не обнаружили тех лиц, у кого фаза резистенции СЭВ не была сформирована, в то время, как среди врачей первой группы такие лица составили $32,4 \pm 15,7\%$.

Согласно данным клинического опросника оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича (1998, 2005) также, с высокой степенью достоверности ($P < 0,01$) были получены данные, свидетельствующие в пользу того факта, что у лиц, имеющих признаки реакций контр-переноса, в сравнении с врачами, не имеющих этих признаков, уровень психического здоровья был значительно ниже. У этих лиц показатели «Шкалы невротической депрессии (Д)» находились в зоне невротических расстройств клинического уровня – $-2,2 \pm 1,2$ балла. В то время как у врачей без признаков эмоциональных реакций контр-переноса аналогичные показатели соответствовали нижней границы нормы – $1,8 \pm 1,6$ балла. У лиц с признаками реакций контр-переноса в зоне невротических расстройств пограничного уровня оказались показатели следующих шкал: «Шкала тревоги (Т)» – $0,2 \pm 1,1$ балла; «Шкала астении (А)» – $0,4 \pm 1,1$ балла; «Шкала обсессивно-фобических нарушений (О)» – $-0,5 \pm 1,0$ балла; «Шкала истерического типа реагирования (И)» – $-1,3 \pm 1,2$ балла; «Общая шкала (S)» – $0,6 \pm 7,0$ балла. Хотя аналогичные показатели лиц, у которых не были выявлены признаки реакций контр-переноса, находились в зоне здоровья или нормы: «Шкала тревоги (Т)» – $4,9 \pm 1,3$ балла; «Шкала астении (А)» – $4,7 \pm 1,6$ балла; «Шкала обсес-

сивно-фобических нарушений (О)» – $3,4 \pm 1,0$ балла; «Шкала истерического типа реагирования (И)» – $3,0 \pm 1,5$ балла; «Общая шкала (S)» – $34,9 \pm 9,6$ балла.

Таким образом, анализ факторов риска невротических, связанных со стрессом расстройств, включая СЭВ и аддиктивные расстройства, позволил выделить следующие превентивные мишени: внешние физические факторы; внешние психические факторы и внутренние психические факторы. Внешними физическими факторами явились:

- операциональная напряженность;
- нарушение суточных и околосуточных ритмов (десинхроноз);
- повышенные и высокие рабочие нагрузки; климатические условия и пр.

Внешними психическими факторами явились:

- избыток ситуаций, связанных с переживанием отрицательных эмоций, в результате интерперсонального взаимодействия;
- профессиональная эмоциональная эмпатия; антиципация вероятного неблагоприятного события (феномен «дамоклова меча», феномен «русской рулетки»);
- дефицит ситуаций, связанных с переживанием положительных эмоций.

Внутренними психическими факторами явились интрапсихические факторы, проявляющие себя в результате интерперсонального взаимодействия: контр-перенос и наличие внутриличностных проблем у специалиста.

Выявленные превентивные мишени позволяют разрабатывать патогенетические стратегии терапевтического вмешательства (рисунок 2).

В первом случае, когда психодезадаптационные состояния являются результатом неудовлетворительной психической адаптации на агрессивные воздействия окружающей среды или повышенных психофизических нагрузок, будут необходимыми организационные мероприятия, улучшающие условия труда и устраняющие факторы риска: соблюдение режима нагрузок и отдыха, адекватные рабочие нагрузки и пр. Превентивными мероприятиями в этом случае будут являться:

- контроль рабочих нагрузок, предполагающий сохранения баланса «рабочая нагрузка – отдых»;
- организация кабинетов релаксации и отдыха;
- организация кабинетов для проведения свободного времени персонала (комнаты для приема пищи и пр.);
- тренажерные комнаты для снятия мышечного напряжения и восстановления мышечного тонуса;
- организация комнат для принятия водных процедур (душевые кабины) и пр.

Во втором случае, когда психодезадаптационные состояния являются результатом внешних интерперсональных психоэмоциональных факторов, необхо-

Алгоритм превентивных мероприятий во взаимосвязи с превентивными мишенями



димо учитывать патогенетические причины расстройств психической адаптации при организации превентивных мероприятий. Например, в случае ситуации, предполагающей избыток переживания отрицательных эмоций, рациональной будет организация мероприятий по психофизической релаксации, медитации. Это могут быть просто кабинеты релаксации с использованием музыки, техник воображаемой визуализации и т.д. А могут быть комнаты для занятия медитацией или мышечной релаксацией, предполагающие тренинговую форму (Delmonte, M.M., 1983, 1984; Fenwick, P., 1983; Connelly J., 1999; Dunn, B.R. et al., 1999; Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., 1999), а также как вариант психотерапии (Kutz I., 1985). Занятия медитацией или медитативные тренинги получили широкое распространение не только на Востоке, но и на Западе как программы здоровья и долголетия (Alexander C.N., et al., 1989; Kabat - Zinn J., 1993), при самых различных расстройствах и заболеваниях: онкозаболеваниях (Masson A.O. et al., 1995), хронических соматических расстройствах (Ockene J. K. et al., 1988), хронических болях или хроническом болевом синдроме (Kabat-Zinn, J., 1982, 1985; Kabat-Zinn, J. et al., 1986; Randolph, P.D. et al., 1999), фибромиалгиях

(Kaplan K. H. et al., 1993; Goldenberg D.L., 1994), псориазе (Bernhard, J. et al., 1988; Kabat-Zinn, J. et al., 1998), гипертонической болезни (Wasir H.S.) и пр. Также популярностью пользуются медитативные тренинги при расстройствах психической сферы: расстройство сна (Pagano, R.R. et al. 1976), тревожное расстройство (Kabat-Zinn, J. et al., 1992, 1997; Miller, J., 1995; Roth, B., Creaser, T., 1997), профилактика срыва при аддиктивных расстройствах (Marlatt, G.A., 1994), аффективных расстройствах, расстройство настроения (Teasdale, J.D. et al., 1995, Teasdale, J.D., 1999) и др. Помимо применения в клинике тренинги медитаций используются в работе со студентами медицинских ВУЗов и в программах медицинского образования (Ockene J.K. et al., 1990, Shauna L. et al., 1998, Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., 1998), а также при организации рабочего места и деятельности в клинике (Salmon, P.G. et al., 1998, Santorelli, S.F., 1996).

В случае ситуаций, связанных с дефицитом переживания положительных эмоций, патогенетически ориентированные превентивные программы будут включать организацию групп взаимопомощи – Балинтовских групп (Balint M., 1957; Friedman L.J., Balint M., 1971; Glenn M.L., 1983; Dornfest F. et al., 1993; Levenstein S., 1994; Johnson A., 2001), а также

групп встреч (Рудестам К., 1990, 1998; Роджерс К.Р., 2000; Прохазка Дж., Норкросс Дж., 2005). Балинтовские группы в настоящее время получили широкое распространение на западе (Margo K.L., Margo G.N., 1994; Johnson A., 1997; Stein H.F., 2003). Хотя организация Балинтовских групп для врачей, включая врачей общесоматического профиля в медицинской профессиональной практике стран постсоветского пространства на сегодняшний день, к сожалению, не получила должного распространения и популярности.

И, наконец, в третьем случае – интрапсихические факторы, проявляющие себя в результате интерперсонального взаимодействия (контр-перенос

и наличие внутриличностных проблем у специалиста) – необходима психотерапия самого врача, целью которой является проработка реакций, связанных с переносом. В этом случае, патогенетическими подходами будут являться личностная терапия – психокоррекция или психотерапия специалиста (врача). Это может быть индивидуальная или групповая форма – индивидуальная и групповая психокоррекция и психотерапия (Рудестам К., 1990, 1998; Роджерс К.Р., 2000; Кочюнас Р., 2000; Ялом И., 2000; Прохазка Дж., Норкросс Дж., 2005), а также Балинтовские группы с участием профессионала в этой области – врача психотерапевта или психолога (Boyer L.B., 1999).

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Ю. А. Россинский, Н. В. Асланбекова

г. Павлодар

Профессия врача обладает огромной социальной важностью. На медицинских работников ложится большая ответственность не только за физическое здоровье пациента, доверившего им свою жизнь, но и за его психическое здоровье и социально-психологическую адаптацию (Вагнер Е.А., Ростовский А.А., 1976; Бухарина Т.Л., Косарев И.И., 1981; Большакова Т.В., 2002 - 2004). Растущие требования со стороны общества к уровню оказываемой медицинской помощи требуют адекватного соматического и психического здоровья самого врача, высокого уровня его психической адаптации и профессиональной компетентности. Это обуславливает интерес к проблеме качества жизни и здоровья самих врачей (Алексеев А.А. и соавт., 2000, Большакова Т.В. и соавт., 2001, Ефименко С.А., 2004, Погонцева К., 2008). В особенности актуальной является эмоционального выгорания медицинских работников (Водопьянова Н.Е., 2002, Большакова Т.В., Орел В.Е., 2003, Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С., 2008). Врач, в особенности врач стационарного профиля, регулярно сталкивается с ситуациями, связанными с переживаниями отрицательных эмоций, физическими и психическими перегрузками, воздействием экстремальных и негативных факторов. В этой связи крайне важной представляется проблема психического здоровья врача стационарного профиля.

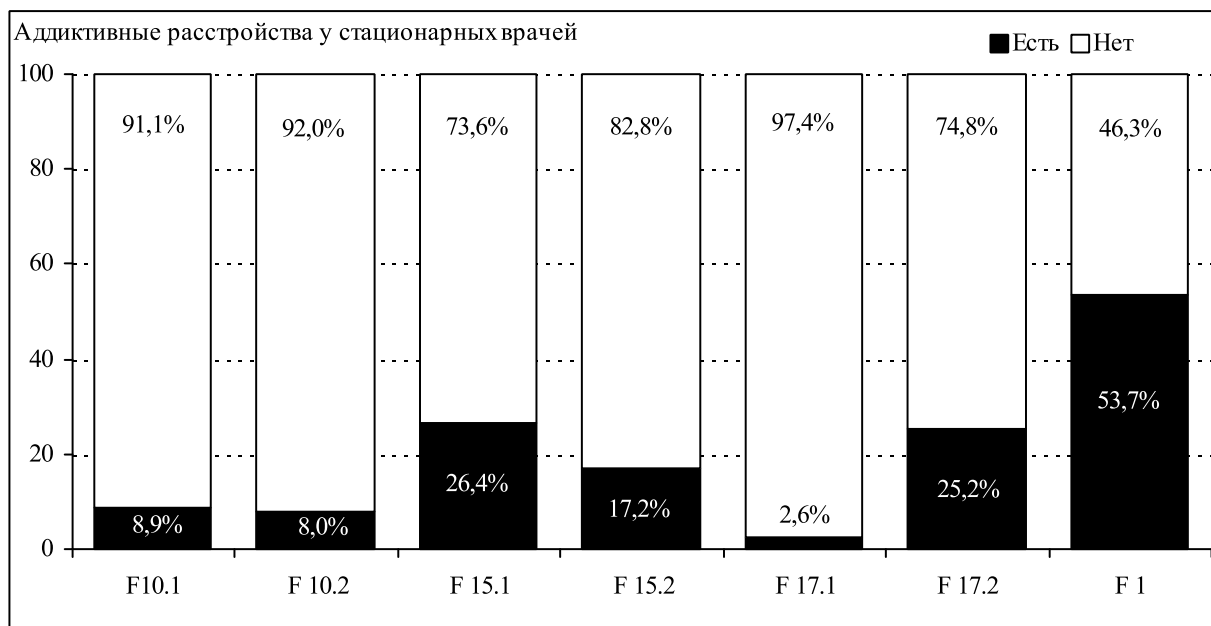
Нами было проведено кросс-секционное исследование, целью которого явилось изучение взаимосвязей качества жизни, психического здоровья и специфических условий труда врачей стационарного профиля. Объектом исследования явились врачи ста-

ционарного 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 распространенность психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления ПАВ среди врачей стационарного профиля и их взаимосвязи с особенностями их труда. Основными критериями постановки диагноза «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ – F1» – являлись критерии МКБ-10 (1994). В нашем исследовании мы получили следующие результаты в отношении психических расстройств аддиктивного уровня (рисунок 1).

На рисунке 1 отражены суммарные показатели «случаев» распространенности аддиктивных расстройств – психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ – а также распространенность лиц, страдающих зависимостью от ПАВ. Как видно из рисунка 1, нами были выявлены следующие случаи зависимостей: зависимость от никотина – табачная зависимость, зависимость от кофеина и алкогольная зависимость. Помимо синдрома зависимости нами были выявлены формы употребления этих же ПАВ без синдрома зависимости, но с употреблением с вредными последствиями. Случаи встречаемости психических и поведенческих рас-

Распространенность «случаев» аддитивных расстройств среди врачей стационарного профиля Северо-восточного региона Казахстана



стройств вследствие употребления кофеина, синдром зависимости – F 15.2 составили $17,2 \pm 4,0\%$ от числа общей группы, что в абсолютных числах составило 60 человек. Т.е. у шестидесяти человек было зарегистрировано данное психическое аддитивное расстройство. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления кофеина, употребление с вредными последствиями – F 15.1, согласно результатам наших исследований, было зарегистрировано у 92 человек, что составило в среднем $26,4 \pm 4,6\%$ от общего числа группы. Т.е. 92 человека на момент исследования злоупотребляли (употребление с вредными последствиями) кофеин содержащими напитками.

Случаи табачной зависимости – Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака, синдром зависимости (F17.2) – в среднем составили $25,2 \pm 4,6\%$ от числа общей группы. Т.е. на момент исследования у 87 человек отмечалась табачная зависимость. Случаи злоупотребления табаком – Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления табака, употребление с вредными последствиями (F17.1) – составили $2,6 \pm 1,7\%$. Т.е. 9 человек на момент исследования не имели табачной зависимости, но злоупотребляли табаком. Случаи алкогольной зависимости – Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя, синдром зависимости (F 10.2) – составили в среднем $8,0 \pm 2,9\%$ (27 человек). Тридцать человек или $8,9 \pm 3,0\%$ от числа общей группы, на момент исследования не имели алкогольной зависимости, но злоупотребляли алкоголем, т.е. имели диагноз «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ал-

коголя, употребление с вредными последствиями» – F 10.1. Таким образом, всего было выявлено 305 случаев аддитивных расстройств, что составляет $87,1\%$ от числа общей группы.

Повторимся, что выше были представлены «случаи» аддитивных расстройств, а не физические лица. Распространенность лиц имеющих аддитивные расстройства по результатам наших данных составила $53,7 \pm 5,3\%$ или 181 человек. Отличие показателей распространенности «случаев» и физических лиц объясняется тем, что у одного и того же лица может быть зарегистрировано более одного случая злоупотребления или пристрастия к ПАВ, например если у респондента имеется сразу несколько зависимостей от ПАВ (табачная и алкогольная) или зависимость в сочетании с фактом злоупотребления другого ПАВ.

В первую очередь мы хотели бы отметить очень высокий уровень аддитивных расстройств среди врачей стационарного профиля – $53,7 \pm 5,3\%$ – (181 человек). Практически, более чем каждый второй работающий врач стационарного профиля, имеет то или иное психическое и поведенческое расстройство вследствие зависимости от ПАВ, а именно – либо злоупотребляет, либо имеет пристрастие к тому или иному ПАВ, либо имеет сочетанные проблемы злоупотребления и зависимости от нескольких видов ПАВ. Согласно результатам нашего исследования $15,7 \pm 3,9\%$ врачей (52 человека) имеют проблемы, связанные с употреблением (злоупотребление или пристрастие) двух видов ПАВ. А $3,5 \pm 1,9\%$ врачей (12 человек) имеют проблемы, связанные с употреблением (злоупотребление или пристрастие) всех трех видов ПАВ – табака, кофеина и алкоголя. Также мы

хотим отметить очень высокий уровень распространенности алкогольной зависимости среди врачей стационарного профиля – $8,0 \pm 2,9\%$. Согласно данным исследования, проводимых в Республике Казахстан, распространенность алкогольной зависимости в данном регионе в среднем составляет $3,0\%$ (Алтынбеков С.А. и соавт., 2001, Бохан Н.А. и соавт., 2005, Россинский Ю.А., 2005). Таким образом, распространенность алкогольной зависимости среди врачей стационарного профиля в 2,7 раза выше, чем среди граждан общей популяции Республики Казахстан. Если учитывать проблему злоупотребления алкоголем (употребление алкоголя с вредными последствиями – F 10.1) и зависимость от алкоголя (F 10.2), то общее количество таких лиц составили практически $17,0 \pm 4,0\%$.

Что касается табачной зависимости, то ее распространенность – $25,2 \pm 4,6\%$ – практически соответствует распространенности общей популяции жителей Казахстана – $29,4\%$ (Алтынбеков С.А. и соавт., 2001, Бохан Н.А. и соавт., 2005, Россинский Ю.А., 2005), тем более, если учитывать тот факт, что $2,6 \pm 1,7\%$ злоупотребляют табаком. Столь низкий процент лиц, злоупотребляющих табаком и не имеющих никотиновой зависимости, скорее свидетельствует о коротком периоде перехода от форм злоупотребления табаком, к периоду формирования синдрома зависимости.

В отношении распространенности зависимости от кофеина и злоупотребления кофеин содержащими напитками среди общей популяции жителей Казахстана, у нас нет таких данных. Однако, считаем, что $43,6 \pm 5,2\%$ врачей стационарного профиля, страдающих кофеиновой зависимостью или злоупотребляющих кофеином – это очень высокий процент. В равной степени, как высокий процент и физической зависимости от кофеина – $17,2 \pm 4,0\%$, и злоупотребления кофеином – $26,4 \pm 4,6\%$. Столь высокий процент пристрастия или злоупотребления кофеином, вполне может быть связан с культуральными традициями употребления крепкого чая в данном регионе РК. В целях выявления факторов, обнаруживающих взаимосвязи с аддиктивными расстройствами, мы провели сравнительный анализ (таблица 1).

Мы сравнили лиц, у которых были выявлены случаи злоупотребления какими-либо ПАВ (употребление с вредными последствиями – F 1x.1) или синдрома зависимости от ПАВ (F 1x.2) (группа 1, n = 181) с группой респондентов, не имеющих на момент осмотра каких-либо аддиктивных расстройств (группа 2, n = 156). Результаты сравнительного анализа выявили следующее. В самой группе лиц имеющих какие-либо проблемы с зависимостью от ПАВ или их злоупотреблением были выявлены достоверные различия по гендерному признаку. В данной группе, достоверно чаще встречались мужчины в среднем в 1,6 раза ($67,8 \pm 7,5\%$ и $42,7 \pm 7,1\%$, при $P < 0,01$). Соответственно, при сравнении группы лиц, имеющих аддиктивные расстройства с группой лиц, не имеющих аддик-

тивных расстройств, выяснилось, что в первой группе (лица имеющие аддиктивные расстройства) мужчины встречались чаще, в среднем в 1,8 раза ($56,1 \pm 7,2\%$ и $31,2 \pm 7,3\%$, при $P < 0,01$), а женщины – реже в 1,6 раза ($43,9 \pm 7,2\%$ и $68,8 \pm 7,3\%$, при $P < 0,01$).

Также мы обнаружили достоверные различия по объему рабочей нагрузки. Так, например, в группе респондентов с аддиктивными расстройствами в сравнении с теми, кто не имеет проблем с аддиктивным поведением, достоверно: в 2,8 раза чаще встречали те, у кого рабочая нагрузка составляла 1,75 ставки ($13,1 \pm 5,0\%$ и $4,7 \pm 3,4\%$, при $P < 0,05$); и в 2,0 раза – те врачи хирургического профиля, чья нагрузка составляла более 1,5 ставки ($28,2 \pm 6,8\%$ и $13,8 \pm 5,7\%$, при $P < 0,01$). Также в этой группе достоверно чаще в 1,5 раза встречались врачи хирургического профиля ($41,9 \pm 7,5\%$ и $28,2 \pm 7,7\%$, при $P < 0,05$) и в 1,2 раза реже – врачи терапевтического профиля ($56,3 \pm 7,5\%$ и $69,5 \pm 7,9\%$, при $P < 0,05$).

Труд врача хирургического профиля в сравнении с трудом врача терапевтического профиля в большей степени предполагает операциональную напряженность. Мы подробно рассматривали вопрос, касающийся взаимосвязей операциональной напряженности и уровня оценки качества жизни в предыдущей главе. Повторимся только, что под операциональной напряженностью мы понимаем сочетание вынужденной двигательной гипокинезии (ограниченная, неподвижная поза) и мышечной гипердинамии (статическое повышенное напряжение определенных групп мышц) (Смирнов Б.А., Долгополова Е.В., 2007). Также мы уже отметили то, что согласно данным наших исследований среди врачей стационарного профиля исследуемого региона $38,9 \pm 5,0\%$ отмечали операциональную напряженность в своей работе в той или иной степени, которая, по их мнению, не оказывала существенного негативного влияния на физическое или психическое здоровье. Однако $28,1 \pm 4,9\%$ отмечали явное негативное влияние операциональной напряженности на физическое и психическое состояние. Эти лица отмечали хронические мышечные боли, головные боли, боли в суставах, боли в спине, астению, повышенное раздражение, ухудшение зрения и прочее.

С нашей точки зрения, очень важен тот факт, что в группе врачей, имеющих проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, распространенность лиц, отмечавших негативное влияние операциональной напряженности на физическое и психическое состояние, практически на $7,2\%$ превышало аналогичные показатели в общей группе ($35,3 \pm 7,2\%$ и $28,1 \pm 4,9\%$). И, соответственно, в группе аддиктивных расстройств лица, отмечавшие негативное влияние операциональной напряженности на физическое и психическое состояние, достоверно в 1,8 раза встречались чаще, чем в группе врачей, не имеющих проблем, связанных с аддикцией ($35,3 \pm 7,2\%$ и $19,3 \pm 6,7\%$, при $P < 0,01$). В этой связи, вполне вероятно, что мо-

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	
Мужчины		56,1±7,2%	31,2±7,3%	<0,01	
Женщины		43,9±7,2%	68,8±7,3%	<0,01	
Врачи терапевтического профиля		56,3±7,5%	69,5±7,9%	<0,05	
Врачи хирургического профиля		41,9±7,5%	28,2±7,7%	<0,05	
Рабочая нагрузка: 1,75 ставки		13,1±5,0%	4,7±3,4%	<0,05	
Хирургический профиль: нагрузка > 1,5 ст.		28,2±6,8%	13,8±5,7%	<0,01	
Десинхроноз		38,2±7,3%	16,7±6,2%	<0,01	
Операциональная напряженность		35,3±7,2%	19,3±6,7%	<0,01	
Эмоциональная эмпатия: регулярно, часто		48,6±7,3%	29,9±7,2%	<0,01	
Мотив употребления ПАВ	Чай/кофе	Гиперактивации поведения	59,1±7,2%	19,2±6,2%	<0,01
		Атарактический	49,2±7,3%	8,4±4,4%	<0,01
		Профессионально-адаптирующий	33,1±6,9%	0% 0<>3,3%	<0,01
	Табак	Гиперактивации поведения	22,3±6,1%	0,6% 0,3<>4,1%	<0,01
		Атарактический	47,5±7,3%	3,8%±3,0%	<0,01
		Профессионально-адаптирующий	24,6±6,3%	0% 0<>3,3%	<0,01
	Алкоголь	Гиперактивации поведения	15,6±5,3%	0,6% 0,3<>4,1%	<0,01
		Атарактический	47,2±7,3%	17,3±5,9%	<0,01
		Псевдо-превентивный мотив	63,7±7,0%	34,6±7,5%	<0,01
		Гедонистический	41,7±7,2%	27,6±7%	<0,01

тивы употребления ПАВ, были связаны с редукцией физической боли, дискомфорта и стимуляцией своей работоспособности.

В пользу последней гипотезы свидетельствует тот факт, что в группе врачей, имеющих проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, достоверно чаще встречались мотивация гиперактивации поведения (стремление повысить уровень работоспособности, стимулировать свою активность) и атарактическая мотивация (снять излишнее физическое и психическое напряжение) употребления ПАВ, чем в группе лиц, не имеющих аддиктивных проблем. Так, например, лица с мотивацией гиперактивации поведения: употребляющие кофеин (крепкий чай/кофе) встречались чаще в среднем в 3,1 раза (59,1±7,2% и 19,2±6,2%, при $P<0,01$); лица употребляющие табак, встречались чаще в среднем в 37,2 раза (22,3±6,1% и 0,6% (доверительный интервал – 0,3<>4,1%), при $P<0,01$); лица употребляющие алкоголь, встречались

чаще в среднем в 26 раз (15,6±5,3% и 0,6% (доверительный интервал – 0,3<>4,1%), при $P<0,01$). Лица с атарактической мотивацией: употребляющие кофеин (крепкий чай/кофе) встречались чаще в среднем в 5,9 раза (49,2±7,3% и 8,4±4,4%, при $P<0,01$); лица употребляющие табак, встречались чаще в среднем в 12,5 раза (47,5±7,3% и 3,8%±3,0%, при $P<0,01$); лица употребляющие алкоголь, встречались чаще в среднем в 2,7 раза (47,2±7,3% и 17,3±5,9%, при $P<0,01$).

Нами был выявлен еще один мотив употребления ПАВ врачами стационарного профиля. Мы обнаружили, что в группе врачей, имеющих проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, в 1,8 раза чаще встречались те, кто сознательно употреблял алкоголь в качестве «профессионального адаптогена» (63,7±7,0% и 34,6±7,5%, при $P<0,01$). И то, что в этой группе в 33,1±6,9% случаях встречались лица, принимавшие кофеин (крепкий чай/кофе) в качестве «профессионального адаптогена», а в 24,6±6,3% слу-

чаях встречались лица, употреблявшие табак в качестве «профессионального адаптогена», в то время, как в группе лиц, не имеющих аддиктивные расстройства таких лиц не было выявлено вовсе. Мотив употребления ПАВ в качестве «Профессионального адаптогена». По своей сути – это мотив оптимизации психофизиологического состояния или приведение этого состояния в соответствие требованиям, предстоящей задачи. Например, перед предстоящей операцией или другой процедурой, врач для оптимизации своего психофизического состояния – улучшение концентрации внимания, скорости реакции и пр. – дополнительно употребляет стимуляторы (чай/кофе, табак). И в этих ситуациях, врачи не отмечали тревогу, или психический дискомфорт. Это была, своего рода «приведение в порядок» своего психофизического состояния и превенция вероятных осложнений вследствие антиципации предстоящей задачи. Или же, например, врач, имеющий табачную зависимость, в целях профилактики состояния отмены (рассеянность, отвлекаемость), которая может нарушить процесс выполнения задачи, например написание отчета или заполнения документации, – «профилактирует» свое состояние отмены, регулярно выкуривая сигареты через строго определенное время. Причем, в свободные дни от работы, количество и частота употребляемого ПАВ, в данном случае сигарет, могла быть меньше. Отличительной чертой, данного мотива – являлась оптимизация психофизиологического состояния требованиям или условиям предстоящей профессиональной задачи. Другими словами данный мотив можно охарактеризовать как профессионально-адаптирующий мотив. Собственно, мы его так и обозначили.

В отношении употребления алкоголя, мы идентифицировали еще один мотив – псевдо-превентивный, который, с нашей точки зрения, является сугубо специфическим для медико-профессиональной среды. Первичным и ведущим мотивом интенсивного и регулярного употребления ПАВ являлся профессиональный миф, существующий в медицинской среде, что ПАВ необходимо принимать с целью профилактики возможных психофизиологических осложнений в процессе или вследствие выполнения профессиональных задач. В этом случае употребление ПАВ не являлось стремлением устранить существующие астению, тревогу, гипотимию, алгические проявления и пр. При этом данных проявлений психических или физических расстройств могло еще и не быть, и врач более активно употреблял алкоголь, именно, с профилактической целью. Такие врачи, например, после проведенной операции, или после рабочего дня, обязательно употребляли алкоголь, для «снятия стресса», для «профилактики» болезней, связанных с переживанием стресса. Употребление алкоголя в этом случае, не было связано с переживанием тревоги или отрицательных эмоций. Алкоголь употреблялся даже тогда, когда их физическое психо-

эмоциональное состояние было удовлетворительным. Поскольку этот мотив употребления ПАВ, являлся весьма специфическим, и основывался на мнении, что алкоголь является хорошим профилактическим средством, мы обозначили его как «псевдо-превентивный» мотив.

В пользу нашей гипотезы, что некоторые специфические условия труда врача стационарного профиля могут иметь отношение к употреблению ПАВ, в том числе и аддиктивному его варианту, можно отнести тот факт, что в группе лиц, имеющих аддиктивные расстройства, достоверно в 2,3 раза чаще встречались лица, которые отмечали у себя явления десинхроноза, в той степени, когда десинхроноз оказывал явное негативное влияние на физическое и психическое здоровье ($38,2 \pm 7,3\%$ и $16,7 \pm 6,2\%$, при $P < 0,01$).

В отношении десинхроноза и его взаимосвязей с уровнем оценки качества жизни, мы уже говорили в предыдущей главе. Напомним, что десинхроноз представляет неблагополучие организма вследствие нарушения его циркадных (суточных и околосуточных) ритмов (Смирнов Б.А., Долгополова Е.В., 2007). Мы также выше отметили тот факт, что среди врачей стационарного профиля Северо-восточного региона в $53,0 \pm 5,3\%$ отмечались явления десинхроноза в той или иной степени, которые не оказывали существенного негативного влияния на психическое или физическое здоровье. Однако $28,7 \pm 5,0\%$ врачей стационарного профиля отметили явное нарушение циркадных ритмов, которые оказывали явное вредное влияние на физическое и психическое здоровье. С нашей точки зрения, очень важен тот факт, что в группе врачей, имеющих проблемы злоупотребления или зависимости от ПАВ, распространенность лиц, отмечавших негативное влияние десинхроноза на физическое и психическое состояние, практически на $9,5\%$ превышало аналогичные показатели в общей группе ($38,2 \pm 7,3\%$ и $28,7 \pm 5,0\%$).

В предыдущей главе мы уже отмечали, что работа врача стационарного профиля сопряжена с высоким уровнем ситуаций переживания отрицательных эмоций и дефицитом переживания положительных эмоций. С нашей точки зрения, в этой связи, крайне важным – является факт профессиональной эмпатии. Необходимо отметить, что эмпатия по определению С.Ю. Головина (1998) есть постижение эмоционального состояния, проникновение, вчувствование в переживания другого человека. Это способность индивида к параллельному переживанию тех эмоций, что возникают у другого индивида в ходе общения с ним. Также необходимо отметить, что существует три разновидности эмпатии: 1) эмпатия эмоциональная – основанная на механизмах проекции и подражания моторным и аффективным реакциям другого; 2) эмпатия когнитивная – базируемая на интеллектуальных процессах – сравнение, аналогия и прочее; 3) эмпатия предикативная – проявляемая как способность предсказывать аффективные

реакции другого человека в конкретных ситуациях (Головин С.Ю., 1998). Наиболее энерго-затратной – является эмоциональная эмпатия, которая, с нашей точки зрения, является обязательной составляющей терапевтического процесса, т.е. – профессиональной эмпатией. Врач, в тех ситуациях, когда он напрямую связан и сопричастен со страданиями больного, например, страдание пациента во время каких-либо врачебных манипуляций (операция и т.п.) или страдания в послеоперационном периоде, или страдания в результате осложнения лечения – не может не сочувствовать и не присоединяться к этим страданиям, как бы он этого не хотел. Потому что в этом случае, врач отождествляет себя с причиной этих страданий, искренне сопереживает больному/пациенту.

С нашей точки зрения, тот факт, что в группе лиц, имеющих аддиктивные расстройства в сравнении с группой лиц, у которых нет аддиктивных расстройств, достоверно в 1,6 раза чаще встречались те специалисты, которые отмечали регулярные и частые ситуации, связанные с профессиональной эмпатией (48,6±7,3% и 29,9±7,2%, при $P < 0,01$), свидетельствует в пользу нашего предположения, что некоторые специфические условия труда врача стационарного профиля (в частности ситуации профессиональной эмпатии) являются факторами риска формирования аддиктивных расстройств – злоупотребления и зависимости от ПАВ.

Таким образом, мы можем сделать следующие выводы. Первое, основными видами и формами психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления ПАВ, являются злоупотребление (употребление с вредными последствиями) и синдром зависимости вследствие употребления: кофеина (F 15.1 и F 15.2); табака (F 17.1 и F 17.2); алкоголя (F 10.1 и F 10.2). Второе, среди врачей стационарного профиля Северо-восточного региона Казахста-

на выявляется очень высокий уровень аддиктивных расстройств – 53,7±5,3%. То есть, каждый второй работающий врач стационарного профиля, имеет то или иное психическое и поведенческое расстройство вследствие зависимости от ПАВ – злоупотребления (употребления с вредными последствиями и синдромом зависимости). Третье, распространенность алкогольной зависимости среди врачей стационарного профиля составляет 8,0±2,9%, что в 2,7 раза выше, чем аналогичные показатели среди граждан общей популяции Республики Казахстан. Распространенность употребления алкоголя с вредными последствиями составляет 8,9±3,0%. Распространенность табачной зависимости среди врачей стационарного профиля составляет 25,2±4,6%, а распространенность употребления табака с вредными последствиями составляет 2,6±1,7%. Распространенность зависимости вследствие употребления кофеина среди врачей стационарного профиля составляет 17,2±4,0%, а распространенность употребления табака с вредными последствиями составляет 26,4±4,6%. Четвертое, основными и ведущими мотивами употребления ПАВ среди врачей стационарного профиля являются мотив гиперактивации поведения и аттрактивный мотив. Помимо указанных мотивов употребления ПАВ, для медико-профессиональной среды, в частности среди врачей стационарного профиля характерна специфическая мотивация употребления ПАВ – псевдо-превентивная мотивация – употребление ПАВ в целях профилактики физических и психических недугов, даже в случае, если реальной причины для этого нет. Пятое, среди специфических условий труда врача стационарного профиля, обнаруживающих взаимосвязи с аддиктивными расстройствами можно выделить следующие: операциональная напряженность, десинхроноз, профессиональная эмоциональная эмпатия.

Литература:

1. Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Врачи-заложники смерти (Почему врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов). – М., 2000. – 227 с;
2. Большакова Т.В. Проблемы профилактики психического выгорания у врачей хирургического профиля // Научный поиск. Вып.3. Сб. научных работ студентов, аспирантов и молодых преподавателей. – Ярославль, 2002. – с. 303-313;
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. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников // Ярославский психологический вестник. – Вып.11, 2004. с. 96-99;
5. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников // Автореферат дисс. к.пс.н., Ярославль, 2004;
6. 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;
7. Большакова Т.В., Дегтярев А.А., Урываев В.А. Исследование нервно-психического напряжения врачей хирургического профиля // Ярославский психологический вестник. Вып.5 – М.- Ярославль, 2001. – с. 93-95;

-
-
8. 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.;
 9. Бухарина Т.Л., Косарев И.И. *О выборе профессии врача.*- Оренбург, 1981. – 125 с.;
 10. Вагнер Е.А., Ростовский А.А. *О самовоспитании врача.*- Пермь, 1976. – 73 с.;
 11. Водопьянова Н.Е. Синдром «выгорания» у врачей – стоматологов // *Стоматолог.* – 2002.- № 7. – с.35-39;
 12. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. *Синдром выгорания: диагностика и профилактика.* 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 336 с.: ил.;
 13. Ефименко С.А. *Социальный портрет медицинских работников участковой терапевтической службы. Социология медицины, № 1, Москва, 2004;*
 14. Смирнов Б.А., Долгополова Е.В., *Психология деятельности в экстремальных ситуациях.* Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007, – 276 с.;

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ЭТАПЕ АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

М. В. Прилуцкая

Главная цель различных программ реабилитации наркологических больных заключается в реадaptации и ресоциализации наркозависимого и его семьи, достижение которой может быть обеспечено выполнением ряда последовательных задач. Одним из основных таких требований, несомненно, является обеспечение стабильности изменения образа жизни пациента на продолжительное время. Прежде всего, речь идет о двух важных составляющих:

1) «выход» пациентов из программы активной терапии, сложный процесс их возвращения в общество и обеспечение возможности полноценного функционирования в нём;

2) третичная профилактика типа «Б» (именуемая также четвертичной), направленная на предупреждение срыва и рецидива.

Осуществление данной программы согласно принципу «преемственности» должно происходить в рамках пятого (внестационарного) этапа медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ. Амбулаторные условия позволяют пациентам вовлекаться в социальную активность, становясь одновременно в максимально короткие сроки ко-терапевтом в поэтапном решении задач.

Разработка и создание, совершенствование гибких и многокомпонентных программ, осуществляемых на данном этапе, возможна только при учете особенностей и раскрытии закономерностей обратной стороны ремиссионного состояния – феноменов «срыва и рецидива».

Рецидив - возврат к употреблению наркотиков, алкоголя или других ПАВ после периода воздержания, сопровождающийся восстановлением симптомов зависимости.

Срыв - отдельный случай употребления наркотика или ПАВ [6].

Ограниченное число научных исследований в данной области составляет теоретическую и методологическую базу профилактики рецидивов в настоящее время.

Определяется несколько функциональных, действенных моделей рецидива: когнитивно-поведенческая (Marlat G., Gordon J., 1985); личностно - ситуационная (Litman G., 1986); когнитивной оценки (Sanchez-Craig M., 1976), самооэффективности и исходов ожиданий (Wilson S., 1976; Rollnick S., Heather N., 1982; Annis H., 1986). В рамках данных подходов особо примечательно рассмотрение рецидива вне дихотомической системы иррациональных установок, а

именно не как «провала в лечении», но как состоявшегося опыта, позволяющего выстраивать дальнейшую реабилитацию. Особое место уделено самооэффективности, которая развивается на протяжении всего времени воздержания, и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию копинг-навыков для преодоления ситуаций риска.

Детализация понятия «срыва» и выделение двух его видов предложено Т. Gorski в CENAPS модели терапии и профилактике рецидивов. Автором дано четкое описание последовательности срыва, запускаемыми рутинными жизненными изменениями.

Психобиологические модели ещё более расширяют понимание факторов, способствующих рецидиву. Например, психобиологические направления определяют важную роль в возникновении рецидива процессов, препятствующих выздоровлению, недостаточному уровню приобретенной мотивации, потере или снижению субъективного контроля над своим поведением, влечению к наркотику, постабстинентному синдрому в подострой фазе и изменениям лимбической системы, возникающим в абстиненции.

Примечательные данные были получены в ходе исследования причин рецидивирования и факторов, способствующих рецидиву опиоидной зависимости, проведенном на базе ГУ ННЦН Российской Федерации [2]. Так, установлено, что на этапе становления ремиссии помимо биологических, можно было наблюдать влияние индивидуально-психологических и средовых факторов. При удлинении, стабилизации и увеличении качества ремиссии ведущую роль в формировании рецидива приобретают биологические факторы. Даная тенденция наблюдается и при увеличении длительности заболевания. Психологические и социальные факторы играют определенную роль при сравнительно небольшой длительности заболевания, в большинстве случаев глубина имеющихся психопатологических расстройств не достигает при этом тяжелой степени. При прогрессировании заболевания и увеличении его длительности рецидивы чаще развивались под влиянием актуализации ПВН и мало зависят от внешних факторов, психогений.

В наркологической практике изучается клинико-психопатологическая структура ремиссионных состояний и их динамические особенности. В этом направлении интересны попытки соотнесения тера-

психических ремиссий при опиоидной зависимости с классическим типом ремиссионных состояний при эндогенных процессах по Серейскому [5]. Прицельный анализ, проведенный с этих позиций, позволил выделить два типа таких ремиссий: А и Б. Проведено дифференцированное отслеживание 3 этапов в течение ремиссии, отличающихся психопатологическими проявлениями:

1. Этап становления ремиссии.
2. Этап стабилизации ремиссии.
3. Этап сформировавшейся ремиссии.

Ремиссии типа А характеризуются значительной выраженностью и длительностью существования психопатологических расстройств, преобладанием депрессивной и астено-апатической симптоматики, они наблюдались в два раза чаще, чем ремиссия Б.

Ремиссии типа Б отличались существенно менее выраженной психопатологической симптоматикой (преимущественно астенического и психопатоподобного ряда) и относительно быстрой нормализацией состояния. Знание этапности, внутренней динамики позволяет практикующим наркологам работать с использованием прогностических критериев, особенно при наличии специфических психических расстройств, характерных для каждого этапа воздержания. Ремиссии у больных наркоманиями, в частности опиоидной наркоманией, являются объектом детального изучения, так как чередование различных «фаз» и «этапов» диктует дифференциацию медико-реабилитационного подхода к больным.

В современном обзоре, подготовленном по поручению Секции по сокращению спроса Программы Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП) приведены обобщенные выводы об эффективности конкретных методов лечения в рамках мирового опыта. Проведенный всесторонний анализ информации по реабилитационно-противорецидивному этапу лечения оформлен в выделение обобщенных факторов, коррелирующих с результатами проводимых программ [7]. Указаны:

- а) факторы, характеризующие пациента:
 - готовность и мотивация к лечению;
 - степень тяжести психических расстройств;
 - занятость;
 - семейная и социальная поддержка.
- б) факторы, характеризующие лечение:
 - условия проведения лечения;
 - завершение полного курса и непрерывность лечения;
 - применение адекватной медикаментозной терапии, в том числе применение агонистов и антагонистов;
 - психологическое консультирование;
 - влияние психолога-консультанта и лечащего врача;
 - участие в группах самопомощи;
 - «соответствие» пациентов и лечения.

Согласно концепции реабилитации наркологических больных, выдвинутой Ю. В. Валентиком, осуществление реабилитационных программ на сегодняшний день в амбулаторных условиях призвано позволить пациентам продолжить работу или учёбу, жить дома под присмотром семьи [1]. Вместе с тем, перед ними ставится целый ряд требований, включающих тщательно расписанную и контролируруемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на выздоровление, дисциплинированность, ответственность за взятые на себя обязательства. Именно данный этап реабилитации как никакой другой должен включать в себя междисциплинарный подход и системную, оперативную работу команды специалистов. В ограниченные, фиксированные сроки амбулаторных посещений должны реализовываться развивающие практики с целью достижения устойчивых ресурсных состояний, с одной стороны, и психосоциальное консультирование с факультативной фармакологической поддержкой для профилактики срывов и рецидивов, с другой.

Согласно рекомендациям Т. Н. Дудко график участия больного зависит от этапов реабилитации. Так, на этапах адаптации и интеграции целесообразно обеспечить посещение больным амбулатории не менее 2 раз в неделю в течение 3 месяцев. На этапе стабилизации ремиссии – 1 раз в неделю в течение 2 месяцев, а затем 1 раз в месяц в течение последующих 8 - 9 месяцев. Затем пациент может быть включен в программы поддерживающей реабилитации. На этом этапе 1 раз в 2 месяца в основном осуществляется психокоррекция проблем, связанных с работой, учёбой или семьёй [4].

Основными специалистами координаторами на данном этапе являются консультирующие психологи, социальные работники, психотерапевты, консультанты по зависимостям, специалисты в области трудового обучения, врачи наркологи.

Объекты воздействия:

- а) лица, зависимые от ПАВ, прошедшие отбор по установленным критериям
- б) значимые другие лица (ЗДЛ) в ближайшем окружении лиц, зависимых от ПАВ.

Способ достижения цели - работа с проблемными областями:

- физическое здоровье;
- алкоголь; наркотики;
- медикаменты;
- психическое здоровье;
- семья и взаимоотношения;
- закон;
- обучение и образование;
- работа и трудоустройство;
- финансы;
- организация досуга;
- жильё;
- отношение родных и близких.

Стадии амбулаторной реабилитации: отбор пациентов; определение зон внимания, планирование; выполнение; оценка.

Критерии отбора в программу амбулаторной реабилитации:

- 1) наличие достаточно выраженной и устойчивой мотивации на достижение конструктивного результата;
- 2) наличие конструктивного окружения (ЗДЛ);
- 3) наличие признаков высокого или среднего уровня реабилитационного потенциала у претендента.

Выделяются следующие основные компоненты реабилитационных программ:

- мотивационная психотерапия, консультирование;
- психотерапия (в том числе, противорецидивная терапия, противорецидивные тренинги, проблемно-ориентированная психотерапия);
- терапия средой;
- терапия занятостью (в том числе организация развивающего досуга);
- работа с семьей (семейная психотерапия, супружеская психотерапия, психотерапевтическая работа с ЗДЛ, с созависимыми);
- учебные (образовательные) программы;
- социальная работа;
- психосоциальная поддержка;
- жилищные программы;
- духовные и религиозные программы;
- волонтерское движение;
- противорецидивная психофармакотерапия.

Главным условием успешной реабилитации является эффективная мотивация больных к оказанию им помощи в рамках долгосрочной ресоциализирующей программы.

В процессе первого мотивационного консультирования необходимо определить и уточнить уровень изначальной мотивации, осознание своих проблем, степень критичности к состоянию и заболеванию, запрос на помощь/терапию и уровень готовности к участию в амбулаторной реабилитационной программе. В последующем процессе мотивационного консультирования (терапии) закрепляются позитивные возможности и устремления пациента, корректируются негативные установки, формируется осознанное, устойчивое отношение к необходимым социально-психологическим изменениям, вырабатывается чувство ответственности за результаты реабилитационной работы, развиваются и закрепляются доверительные отношения между сотрудниками команды, пациентом и его ближайшим окружением.

Рабочая схема личности наркомана демонстрирует возможность двух принципиальных путей для психотерапевтических изменений: путь нейтрализации и минимизации патологической части личности и путь активизации ресурсов нормативной части личности. Процесс лечения и реабилитации зависимости от психоактивных веществ требует определен-

ной последовательности применения психотерапевтических методов, в зависимости от меняющегося статуса больного. На отдалённых этапах лечения наиболее оправданы развивающие личностно-ориентированные методы психотерапии. В основе реабилитационного процесса лежит групповая терапия и групповые формы работы вообще [1]. Так, на территории постсоветского пространства действуют программы амбулаторной реабилитации, с использованием системы хорошо известных и зарекомендовавших себя психотехнологий: нейро - лингвистическое программирование, эриксоновский гипноз, дыхательные техники, гештальт-терапия, переработанные для проведения терапии наркозависимых клиентов. Здесь основной целью является индуцирование у клиента состояния, когда он не дегустировал наркотики или мог спокойно обходиться без них.

Также модифицирована и успешно внедрена в практическую деятельность некоторых реабилитационных центров и учреждений амбулаторной помощи Миннесотская модель с применением программы «12 шагов», которая, в сущности, представляет собой модифицированный вариант групповой психотерапии. Программа реабилитации больных наркоманией построена с использованием принципов и механизмом реализации программы «12 шагов» сообществ Анонимных алкоголиков и Анонимных наркоманов (АА/АН). Главными принципами групповой работы по данной программе являются не одностороннее врачебное и психологическое воздействие на пациентов, а тесное с ними взаимодействие, активное их приобщение к процессу своего выздоровления; выход за рамки больничных стен с преодолением шаблонной медикоцентрической модели «пациенты-персонал», со стремлением побудить их к действию установлением отношений партнерства и сотрудничества, развитием нормативных личностных и социальных качеств.

Структурные аспекты организации лечебной работы в этой программе могут считаться общими для всех программ подобного типа - как стационарных, так и амбулаторных. Первым из разделов программы можно назвать познавательный-информационный. Он включает лекции и семинары, которые проводятся в особом порядке и объединяются в циклы. Больным предлагаются сведения о биологических, психологических и социальных аспектах заболевания, о тех проблемах, которые ожидают их в период становления ремиссии и трезвого образа жизни, о методах поддержания трезвости и личностного восстановления с помощью методики «12 шагов». Следующим разделом программы является психотерапевтическое (психокоррекционное) воздействие в малых группах (по 6 - 9 человек). Наиболее применимыми в групповой терапии больных алкоголизмом и наркоманией могут считаться следующие методики:

- работа с чувствами;
- рациональная психотерапия;

-
-
- рационально-эмотивная психотерапия;
 - когнитивная психотерапия;
 - ролевые игры;
 - гештальт-терапия (базовые элементы);
 - транзактный анализ и его составляющие.

Упор делается на способ ведения групп, называемый «социальное консультирование». По сути, это групповая социотерапия, целевое консультирование зависимых лиц консультантом - социотерапевтом.

Принципы подходов и групп «АН» позволяют работать не только с зависимыми, но и с их окружением (женами, детьми или друзьями), находящимися в состоянии психологического кризиса.

Однако с другой стороны, религиозная основа программы «12 шагов» с активным лоббированием идеологии западного христианства едва ли может стать универсальной основой для систематической, последовательной работы в условиях этнокультуральных реалий Казахстана.

В 2005 году на базе Республиканского наркологического диспансера г. Казани (РФ) проведено сравнительное исследование результативности программы «12 шагов» и дифференцированных традиционных психотерапевтических интервенций на этапе амбулаторной реабилитации пациентов с коморбидной психической патологией. Полученные данные демонстрировали меньший процент повторной вовлеченности в активное употребление у указанной группы при применении гибких психотерапевтических техник [8].

Практически важен такой компонент психотерапевтической программы, как противорецидивный тренинг. При этом используются как элементы когнитивной психотерапии, позволяющей скорректировать болезненные особенности мышления, так и разного рода ролевое моделирование ситуаций и состояний, ведущих к срывам и рецидивам [1]. На начальном этапе работы групп противорецидивной терапии тренинговые технологии позволяют продолжить прорабатывать поведенческие дефициты, развивать инструментальный практических навыков антинаркотической устойчивости, что способствует достижению достаточного комплаенса психотерапевта и реабилитанта. Кроме того, на данном этапе медико – социальной реабилитации в условиях непрерывного контакта с социумом создается возможность проверки достигнутых результатов, запуска и стимулирования процесса самотерапии.

Узловыми моментами противорецидивной терапии является закрепление стремления к самоактуализации, трудовой деятельности, учёбе, социальной нормативности, юридической компетентности.

Психосоциальная поддержка имеет своей целью восстановить нарушенные отношения пациента с внешним миром. На первом этапе основные задачи сводятся к решению неотложных проблем. Прежде всего, требуется убедиться, насколько у пациента удовлетворены базовые потребнос-

ти: крыша над головой, неотложные проблемы со здоровьем, безопасность, трудовая занятость, наличие источника дохода.

На втором этапе задачей является изменения социального функционирования. Важный момент — следование за пациентом (клиентом). Социальное сопровождение и поддержка клиента ведут к тому, что у него стимулируются нормативные части личности, и даже если у него нет мотивации, она постепенно начинает вырабатываться. Другой важный момент — нет конечной цели программы — есть конечные цели пациента. Третий момент — пошаговое достижение конкретных целей делает клиента ответственным за свое поведение [1].

На амбулаторном этапе можно проводить тренинги социальных навыков в целевых групповых занятиях (социально-психологический тренинг или тренинг отношений; проблемный, ситуационный психологический тренинг; тренинг адекватного поведения в ситуациях близких к срыву; и наконец, многоплановый тренинг, направленный на овладение жизненной ситуацией, обеспечение самоконтроля и др.) [3].

Важная проблема процесса реабилитации - поиск работы пациентом. Требуется отработка навыков по трудоустройству. Очень важно убедить безработного больного, что поиск работы должен стать самой серьезной работой и все, кто ищет работу, должны так к этому и относиться, постоянно подчеркивать, что такой подход не менее важен, чем само лечение.

Жилищные программы - важная часть реабилитации. Во многих программах пациенты после завершения основной части имеют возможность жить в «домах на полпути», являющихся для них защищенным жильем, убежищем, весьма полезным в трудный период возвращения в большое общество. Тем, у кого существуют проблемы с жильем, могут предоставляться и другие формы так называемого «социального жилья». Как минимум, предоставляется общежитие или ночлежка.

С бездомными пациентами может подписываться контракт на 6 - 12 месяцев и им предоставляется личное жилище или временное социальное жилье. Помимо предоставления условий для проживания, пациентов обучают поддерживать свое жилище в порядке [1].

Учёба как таковая может занимать различное место в реабилитационных программах, в зависимости от возраста и уровня образования пациентов. Если в программу включены подростки и юноши то, соответственно, образовательные занятия находятся в центре внимания. Обучение может производиться как внутри реабилитационной структуры с помощью приходящего педагогического персонала, так и вне реабилитационной структуры - в местных образовательных учреждениях. Отдельным мощным мотивирующим фактором, реализуемым в данной

области реабилитации должна быть подготовка консультантов по зависимости.

«Фундаментом» реабилитационного процесса, по словам Валентика Ю. В. является понимание характера семейных связей.

При организации работы с семьей необходимо учитывать, что ориентиром реабилитации является не семья, как таковая, а её участие в укреплении позитивных сторон образа жизни и намерений пациента. Работа может строиться по нескольким вариантам: родительские конференции или семинары, групповые дискуссии, тренинговые технологии, интервенции.

В программах противорецидивной терапии важное место отводится и психофармакотерапии, призванной воздействовать по двум направлениям: биологический субстрат патологического влечения и коморбидная психическая патология. Кроме специфических патогенетических программ широко используется весь спектр психотропных средств.

Предложены следующие методологические подходы построения лечебных программ [2]:

- подавление остаточной психопатологической симптоматики;
- постепенное ослабление седативных влияний и увеличение стимулирующих воздействий;

- создание по возможности непрерывности лечебного воздействия;
- коррекция интеллектуально-мнестической дисфункции и астенической симптоматики;
- контроль за состоянием пациента, направленный на диагностику предрецидивных состояний и их купирование;
- осуществление «прерывистой терапии».

В заключении необходимо отметить, что планомерная противорецидивная работа с наркозависимым начинается с поступления его в стационар. В дальнейшем она должна обеспечиваться обширным арсеналом проверенных, достоверно эффективных методов биопсихосоциального воздействия, позволяя достигнуть максимального соответствия пациента и лечения. И таким образом ведет к выполнению конкретных задач:

- а) устойчивая длительная ремиссия;
- б) нормализация социально-психологического статуса;
- в) полная и значительная степень достижения индивидуальных целей;
- г) высокая и значительная степень удовлетворенности результатами.

Литература:

1. Валентик Ю. В. Сирота Н. А. *Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ* – М.: Литера-2000, 2002.
2. Винникова М. А. *Дифференцированные подходы к терапии опиатной зависимости: профилактика рецидивов / Пособие для врачей* – Москва: Медицина, 2004.
3. Дробышева В. Я. *Межведомственный научный совет по наркологии: тематические заседания в 2000 году. / Ж. Вопросы наркологии. – 2001. - № 3.*
4. Дудко Т. Н. *Реабилитация наркологических больных / Руководство по наркологии под ред. Иванца Н.Н.* – М.: Медпрактика-М, 2002 - С. 222-271.
5. Киткина Т. А. *Клиническая характеристика терапевтических ремиссий у больных опиоидной наркоманией // Вопросы наркологии. – 1993. - № 4. – С. 28-33.*
6. Сирота Н. Т. Ялтонский В. М. *Профилактика рецидивов // Наркология. – 2003. - № 2. – С. 43-47.*
7. *Современные методы лечения наркомании (обзор фактических данных) // Наркология. – 2005. - № 3. – С. 29-42.*
8. Тазетдинов И. М. *Психологические и психопатологические особенности больных наркоманией и маркеры эффективности их реабилитации // Наркология. – 2005. - № 7. – С. 48-50.*

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТИЛА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

Т. А. Вострикова, Н. А. Нежинская

г. Караганда

Алкогольная болезнь печени (АБП), наряду с вирусными гепатитами, по праву относится к числу наиболее актуальных проблем современной гепатологии, в первую очередь, в силу своей широчайшей распространенности. Так, в США осложнения АБП служат причиной смерти 13 000 человек ежегодно. Связь употребления алкоголя с развитием цирроза печени впервые установлена М. Vaillie в 1793 г. Несмотря на открытие в последние десятилетия многообразных этиологических факторов поражения печени, на сегодняшний день одним из ведущих среди них остается алкоголь. Большинство исследователей сходится во мнении, что риск поражения печени значительно увеличивается при употреблении более 80 граммов чистого этанола в день на протяжении не менее 5 лет. Вместе с тем, данная доза может рассматриваться, как критическая, вероятно, преимущественно по отношению к мужчинам. Для женщин, несмотря на очевидно большую чувствительность к алкоголю, подобный показатель обычно не указывается, хотя некоторые авторы называют безопасной дозу 20 граммов этанола в день. Развитие АБП не зависит от типа спиртных напитков, следовательно, при расчете суточной дозы алкоголя у конкретного больного необходимо учитывать только общую концентрацию этанола. Постоянное употребление алкоголя более опасно, поэтому риск АБП ниже у лиц, употребляющих спиртные напитки с перерывами не менее двух дней в неделю. Следует отметить несоответствие понятий АБП и алкоголизм, так как последний термин применяется в наркологии для обозначения состояния, характеризующегося психической и физической зависимостью от алкоголя. Более того, по данным А. D. Wodak и соавторов, у большинства больных АБП наблюдается слабо выраженная зависимость от алкоголя. У них редко возникает тяжелый похмельный синдром, что позволяет им употреблять спиртные напитки в больших количествах на протяжении многих лет.

Факторы, способствующие развитию АБП:

1. *Пол.* Женщины более чувствительны к токсическому действию алкоголя, что в определенной степени можно объяснить меньшей активностью алкогольдегидрогеназы, что обуславливает более активный печеночный метаболизм этанола.

2. Определенную роль играет *генетический полиморфизм метаболизирующих этанол ферментов* (см. ниже).

3. *Питание.* Этанол нарушает кишечную абсорбцию и депонирование питательных веществ, а также

приводит к снижению аппетита за счет высокой собственной калорийности. В результате возникает хронический дефицит белка, витаминов и минералов.

4. *Инфекция гепатотропными вирусами.* Инфицирование вирусами гепатитов В и С, нередко наблюдающееся у лиц, злоупотребляющих алкоголем, ведет к прогрессированию поражения печени.

5. *Повышение токсичности ксенобиотиков* (см. ниже).

Метаболизм алкоголя 85% этанола окисляется цитозольным ферментом алкогольдегидрогеназой (АДГ) желудка и печени до ацетальдегида [1]. Ацетальдегид, в свою очередь, при помощи печеночного митохондриального фермента альдегиддегидрогеназы (АлДГ) подвергается дальнейшему окислению до ацетата через стадию ацетилСоА [2]. В обеих реакциях в качестве кофермента участвует никотинамиддинуклеотид (НАД), который, присоединяя протон, восстанавливается до НАДПН. (1) *Этанол + НАД + Ацетальдегид + НАДПН + Н⁺* (2) *Ацетальдегид + НАД + СоА АцетилСоА + НАДПН + Н⁺*. Различия в скорости элиминации алкоголя в значительной мере обусловлены генетическим полиморфизмом ферментных систем. АДГ кодируется пятью различными локусами на хромосоме 4. Преобладание наиболее активного изофермента АДГ2, чаще встречающегося у представителей монголоидной расы, служит причиной повышенной чувствительности к спиртным напиткам, проявляющейся тахикардией, потливостью, гиперемией лица. В случае продолжения употребления алкоголя риск развития поражения печени у них выше вследствие усиленного образования ацетальдегида. АлДГ кодируется четырьмя локусами на четырех различных хромосомах. У 50% китайцев и японцев основной изофермент АлДГ2 находится в форме аномального аллеля АлДГ2П2, что служит причиной накопления ацетальдегида, ведущего к аналогичным последствиям. 10-15% этанола метаболизируется в микросомах гладкого эндоплазматического ретикула *микросомальной этанолаксилирующей системой (МЭОС)*. Входящий в систему цитохром P450 2E1 участвует в метаболизме не только алкоголя, но и ряда лекарственных препаратов, в том числе парацетамола (ацетаминофена). При повышенной нагрузке на МЭОС она проявляет свойства самоиндукции, что в значительной степени обуславливает повышение толерантности к алкоголю на определенном этапе хронического злоупотребления спиртными напитками. Усиленная работа МЭОС ведет к по-

вышенному образованию токсичных метаболитов лекарств, что может явиться причиной поражения печени при применении даже терапевтических доз медикаментов. **Механизмы повреждения печени: Токсическое действие ацетальдегида.** Ацетальдегид, образующийся в печени под воздействием, как АДГ, так и МЭОС, обуславливает значительную часть токсических эффектов этанола. Основные из этих эффектов приведены ниже:

- усиление перекисного окисления липидов;
- нарушение электроннотранспортной цепи в митохондриях;
- подавление репарации ДНК;
- нарушение функции микротрубочек;
- образование комплексов с белками, аминокислотами, количество которых снижается стимуляция продукции супероксида нейтрофилами активация комплемента;
- стимуляция синтеза коллагена.

Одним из важнейших гепатотоксических эффектов ацетальдегида, проявляющегося в результате усиления перекисного окисления липидов и формирования стойких комплексных соединений с белками, является нарушение функции важнейшего структурного компонента клеточных мембран фосфолипидов. Это ведет к повышению проницаемости мембран, нарушению трансмембранного транспорта, функционирования клеточных рецепторов и мембраносвязанных ферментов. Образование ацетальдегидбелковых комплексов нарушает полимеризацию тубулина микротрубочек, что проявляется в патоморфологическом феномене, носящем название алкогольного гиалина или телец Мэллори. Ввиду того, что микротрубочки участвуют во внутриклеточном транспорте и секреции белков, нарушение их функции ведет к задержке белков и воды с формированием баллонной дистрофии гепатоцитов.

На экспериментальных моделях показано, что подавление репарации ДНК при хроническом употреблении этанола ведет к усилению апоптоза программированной смерти клеток. **Нарушение липидного обмена.** Окисление этанола обуславливает повышенный расход кофермента НАД⁺ и увеличение соотношения НАДПН : НАД. Последнее приводит к сдвигу вправо реакции: $(3) \text{ Дегидроацетонфосфат} + \text{НАДПН} + \text{H}^+ \rightarrow \text{Глицерол 3 фосфат} + \text{НАД}^+$ Последствие повышенного синтеза глицерол 3 фосфата усиление эстерификации жирных кислот и синтеза триглицеридов, что служит начальным этапом развития гиперлипидемии и жировой дистрофии печени. Наряду с этим, нарастание концентрации НАДПН сопровождается снижением скорости окисления жирных кислот, что также способствует их отложению в печени.

Нарушение функции митохондрий. Хроническое употребление алкоголя способствует снижению активности митохондриальных ферментов и разобщению окисления и фосфорилирования в электрон-

нотранспортной цепи, что, в свою очередь, приводит к уменьшению синтеза АТФ. В роли непосредственных «виновников» указанных нарушений выступают ацетальдегид и жирные кислоты. Развитие микровезикулярного стеатоза печени, одного из наиболее тяжелых осложнений АБП, связывают с повреждением ДНК митохондрий продуктами перекисного окисления липидов. **Повышение клеточного редокспотенциала.** Увеличение соотношения НАДПН : НАД ведет к повышенному синтезу лактата из пирувата, обуславливающему развитие лактацидоза, наиболее резко выраженного при тяжелых формах острого алкогольного гепатита. **Гипоксия и фиброз.** Высокая потребность гепатоцитов в кислороде обуславливает прогрессирующее уменьшение концентрации последнего в печеночной дольке от зоны 1 (окружение портальной вены и печеночной артериолы) к зоне 3 (окружение печеночной вены). Следовательно, гепатоциты, локализованные в зоне 3, наиболее подвержены последствиям гипоксии фиброзу и некрозу. Более того, максимальное количество цитохрома P450 2E1, в составе МЭОС участвующего в метаболизме этанола, обнаруживается именно в зоне 3. Механизмы этанолиндукцированного фиброгенеза до конца не расшифрованы, однако установлено, что при АБП формирование цирроза может происходить именно путем прогрессирования фиброза в отсутствие выраженного воспаления. Важное звено фиброгенеза активация цитокинов, среди которых особое внимание уделяется трансформирующему фактору роста (TGF β), под воздействием которого происходит трансформация жиронакапливающих клеток Ито в фибробласты, продуцирующие преимущественно коллаген 3 типа. Другим стимулятором коллагенообразования служат продукты перекисного окисления липидов.

Иммунные механизмы. Реакции клеточного и гуморального иммунного ответа не только играют существенную роль в повреждении печени при злоупотреблении алкоголем, но и в значительной степени могут объяснить случаи прогрессирования заболевания печени после прекращения употребления спиртных напитков. В то же время выраженные иммунологические сдвиги у больных АБП в большинстве случаев обусловлены иными причинами, нежели непосредственное действие этанола (в частности, инфекцией гепатотропными вирусами). Участие гуморальных механизмов проявляется, прежде всего, в повышении уровня сывороточных иммуноглобулинов, преимущественно за счет IgA, и отложении IgA в стенке печеночных синусоидов. Кроме того, в невысоком титре выявляются сывороточные антитела к компонентам ядра и гладкой мускулатуре, а также антитела к неоантигенам (алкогольному гиалину и ацетальдегидбелковым комплексам). Отражением клеточных механизмов служит циркуляция цитотоксических лимфоцитов у больных острым алкогольным гепатитом. CD4 и CD8 лимфоциты об-

наруживаются также в воспалительных печеночных инфильтратах, наряду с повышенной мембранной экспрессией молекул HLA I и II классов. В роли антигенов - мишеней в данном случае, по-видимому, также выступают продукты взаимодействия метаболитов этанола и клеточных структур. Это подтверждается корреляцией количества ацетальдегидбелковых комплексов в биоптатах печени с параметрами активности заболевания. У больных АБП выявляют повышенные концентрации сывороточных провоспалительных цитокинов: ИЛ1, ИЛ2, ИЛ6, TNF, которые участвуют во взаимодействии иммунокомпетентных клеток. Кроме того, TNF α и ИЛ8 (фактор хемотаксиса нейтрофилов) через стимуляцию продукции активных форм кислорода и оксида азота вызывают повреждение клетокмишеней, обуславливая картину полиорганной недостаточности при остром алкогольном гепатите. На стадии цирроза в качестве мощного стимулятора перечисленных цитокинов присоединяется бактериальный эндотоксин, в избыточных количествах проникающий в системную.

Алкогольная болезнь печени – это совокупность нозологических форм, обусловленных повреждающим действием этанола на клетки печени, выделяют три формы повреждения печени: жировой гепатоз или жировая дистрофия печени (стеатоз), алкогольный гепатит и цирроз. Употребление более 40 граммов чистого этанола в перерасчете на день является фактором риска развития алкогольной болезни печени (АБП), а употребление более, чем 80 граммов этанола в день на протяжении 10 лет – цирроза.

В развитии тяжелых форм АБП играют роль такие сопутствующие факторы, как генетическая предрасположенность, женский пол, инфицированность вирусами гепатита В и С.

Окисление этанола происходит при участии алкогольдегидрогеназы (АДГ) и микросомальной системы окисления этанола (МЭОС) с вовлечением изофермента цитохрома P 450 CYP 11E1, синтезируемого в присутствии этанола. Оба ферментных пути генерирует токсический метаболит этанола ацетальдегид, который способен образовывать белковые комплексы, что сопровождается большим количеством метаболических дефектов. К ним относятся: активация ферментов, уменьшение репарации ДНК, продукция антител, истощение запасов глутатиона, орнитина, разобщение окисления и фосфорилирования, нарушение утилизации кислорода и повышенный синтез коллагена.

У многих больных алкогольный стеатоз печени протекает бессимптомно и обнаруживается случайно при обследовании по поводу различных жалоб, в том числе астеновегетативных. УЗИ позволяет выявить часто увеличенную печень в размерах повышенной эхогенности за счет крупнокапельного ожирения гепатоцитов.

Алкогольный гепатит и цирроз формируются примерно у 15 - 20% пациентов с хроническим алко-

лизмом. Клинические признаки алкогольного гепатита варьируют от почти полного отсутствия каких-либо симптомов до классической картины тяжелых форм поражения печени с симптомами печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

Учитывая повреждающее действие на печень метаболита этанола ацетальдегида, имеет место снижение всех функций печени, особенно обезвреживающей (страдает орнитинный цикл – место асимилиации аммиака, как основного токсина в организме). Это выражается в том, что практически у каждого больного с АБП наблюдаются жалобы интоксикационного характера даже в период воздержания от приема алкоголя – слабость, утомляемость, головная боль, снижение работоспособности, памяти, нарушение сна и эмоциональная лабильность. Алкогольная энцефалопатия имеет смешанный генез – в результате прямого повреждающего действия алкоголя и его метаболитов и вследствие развития гипераммониемии (печеночная энцефалопатия от субклинической стадии до комы) при нарушении барьерной функции печени.

Поэтому патогенетически оправданно в комплексном лечении пациентов с АБП нами применялся препарат *гепатил* на основе аминокислоты орнитин, обладающей гипоаммониемическими свойствами.

Гепатил принимали 15 амбулаторных больных, страдающих хроническим алкоголизмом и имеющих осложнение основного заболевания – алкогольный гепатит. Кратность приема была по 1 таблетке 3 раза в день в течение одного месяца. В биохимических анализах у всех больных АЛТ, АСТ были увеличены в 4 - 6 раз, тимоловая проба – в 3 - 5 раз, билирубин – в 2 - 3 раза.

При применении гепатила в комплексном лечении, по сравнению с группой контроля, через 5 - 7 дней значительно улучшилось самочувствие больных, исчезли головные боли, нормализовался сон, повысилась работоспособность, купировались диспепсические расстройства, уменьшились боли в печени. Отмечалась положительная динамика в биохимических показателях крови: на 10 - 12 день приема гепатила нормализовались уровни аминотрансфераз, билирубина, тимоловой пробы.

Гепатил относится к группе средств для лечения печеночной энцефалопатии. Его действие связано с участием в цикле мочевинообразования и ускорением процесса обезвреживания токсических продуктов в клетках печени и увеличением выведения аммиака, оказывающего токсическое действие на центральную нервную систему.

Орнитина аспартат (гепатил) нашел применение при лечении недостаточности печени с выявленной печеночной энцефалопатией или печеночной комой, в этиопатогенезе которой ключевое значение имеет гипераммониемия. Влияние орнитина аспартата на регенеративные процессы, протекающие в печеночных клетках, обуславливает его применение при со-

стояниях, угрожающих развитию печеночной комы. Клинические испытания подтвердили эффективность препарата при лечении гепатита и жирового перерождения печени, а также - в качестве вспомогательного лечения при нарушениях функции печени различного происхождения (например: вирусной, лекарственной, токсической этиологии, алкогольной интоксикации).

Диапазон применяемых доз очень широк, в практике обычно применяют следующие дозы: взрослые и дети старше 7 лет: 150 - 300 мг (1 - 2 таблетки) 3 раза в сутки, запивая небольшим количеством воды. Дети до 7 лет: половина дозы для взрослых. Курс лечения зависит от течения болезни.

Особые указания: в случае значительного нарушения функции почек, дозу препарата следует снизить.

Гепатил обладает хорошей переносимостью, только менее чем в 0,1% случаев возможно появление побочных действий со стороны желудочно - кишечного тракта (тошнота, рвота) и аллергические кожные реакции. Эффективность и безопасность лечения орнитинем заболеланий печени со снижением функции гепатоцитов позволяет говорить об экономическом аспекте лечения. Он тесно связан с

понятиями эффективности препарата, его стоимости, а также ближайших и отдаленных перспектив поддержания трудоспособности и здоровья в целом. Фармакоэкономический анализ позволяет оценить расходы на лечебный процесс и сделать правильный выбор лекарственного средства. Этот анализ не является синонимом сокращения расходов, а скорее подразумевает рациональное и эффективное расходование имеющихся средств.

Являясь препаратом селективного действия с хорошей переносимостью, орнитин (гепатил) обеспечивает экономию средств, с точки зрения рациональной фармакотерапии заболеланий печени, сокращает сроки временной нетрудоспособности, повышает качество жизни больных с заболеланиями печени, устраняя и предотвращая симптомы печеночной энцефалопатии.

Вывод: гепатил - гипоаммониемический препарат клинически и патогенетически оправдан в комплексном лечении больных, страдающих наркологической патологией, и оказывает выраженное влияние на повышение социальной адаптации таких пациентов, снимая симптомы интоксикации при остром и хроническом употреблении алкоголя.

Литература:

1. Буеверов А.О. Место гепатопротекторов в лечении заболеланий печени. *Болезни органов пищеварения*. 2001; 3 (1): 1618.
2. Рациональная фармакотерапия заболеланий органов пищеварения, М., 2007, под редакцией Ивашкина В. Т.
3. Окороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов, М., 2005,.
4. Ивашкин В. Т., Надинская М. Ю., Буеверов А. О. Печеночная энцефалопатия и методы её метаболической коррекции, 2001.
5. Надинская М. Ю. Печеночная энцефалопатии // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* - 1998. - N2. - С. 25 - 32.
6. Подымова С. Д. *Болезни печени: Руководство для врачей.* - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1998. - 544 с.
7. Соринсон С. Н. *Вирусные гепатиты.* - СПб.: Теза, 1998. - С. 158 - 177.
8. *Справочник практического врача по гастроэнтерологии / Под ред. В. Т. Ивашкина, С. И. Раппопорта* - М.: Издательский дом «Русский врач», 1998. - 96 с.

ЦЕРАКСОН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Л. Б. Кузембаева, В. П. Павленко, Н. К. Успанов

Цераксон (ЦДФ-холин) – эндогенное соединение, состоящее из рибозы, цитозина, пирофосфата и холина. Холин необходим для синтеза фосфатидилхолина - одного из основных структурных компонентов клеточных мембран. В результате хронической алкогольной интоксикации отмечается снижение синтеза ацетилхолина, так же происходит поврежде-

ние клеточных мембран и связанных с ними белков, что приводит к образованию токсичных веществ – свободных жирных кислот и радикалов. Цераксон уменьшает разрушение клеточных мембран, способствуя увеличению синтеза фосфатидилхолина и снижению уровней свободных жирных кислот. Увеличивает выделение ацетилхолина, в результате уско-

ренного образования ацетилхолинэстеразы, снижает выработку свободных радикалов и лактатов, стабилизирует мембраны нервных клеток.

Цель исследования:

Целью настоящего исследования явилось определение эффективности и переносимости препарата Цераксон при лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии.

Задачи исследования:

В задачи работы входило изучение динамики клинической картины заболевания и психометрических показателей при 3-х месячном наблюдении на фоне терапии Цераксоном.

Материалы и методы исследования:

В испытание были включены 22 человека (12 женщин, 10 мужчин), страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии.

Критерием включения в испытание являлись больные хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии.

Критериями исключения из исследования служили: болезнь Альцгеймера, злокачественная гипертония, опухоли, почечная и печеночная недостаточность, сахарный диабет, эпилепсия, беременность.

Клиническая характеристика больных:

Обследовано 22 больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии. Распределение по полу было следующее: 12 (54,5%) женщин и 10 (45,5%) мужчин. Возраст больных колебался от 37 до 50 лет, в среднем составив $45,0 \pm 1,0$ года. Длительность злоупотребления алкоголем составила от 5 до 15 лет. Проявления энцефалопатии отмечались у пациентов в течение 2 - 3 лет. В 9 случаях (48%) имели место соматические и неврологические осложнения алкоголизма, такие как – алкогольный гепатит, хронический холецистопанкреатит, алкогольная полинейропатия, хронический пиелонефрит.

Испытание проводили открытым методом. Цераксон назначали в виде монотерапии в дозе 1 г/сутки. Все другие препараты с аналогичной мозговой деятельностью были отменены до начала лечения. Длительность курсового лечения составила 3 месяца. Терапия осложнений алкоголизма разрешалась, но полностью исключалось применение вазоактивных препаратов на момент назначения цераксона.

Оценка эффективности лечения больных Цераксоном основывалась на результатах клинического осмотра, исследования неврологического и психического статуса.

Исследование эффективности действия препарата на состояние высших психических функций про-

водилось с использованием комплекса психологических методик, включавших в себя:

- а) исследование объема внимания по таблицам Шульте;
- б) исследование объема оперативной и кратковременной памяти по времени запоминания «10» слов А. Р. Лурия и качеству воспроизведения;
- в) исследование продуктивности и точности внимания по корректурной пробе Бурдона;
- г) двигательные пробы для исследования кинетических процессов по коэффициенту асимметрии и количеству ошибок.

Характеристика группы больных до лечения

Клиническая характеристика:

Основными жалобами исследованных больных были:

- снижение памяти – 22 (100%);
- цефалгия - 19 (87%);
- головокружение - 18 (82%);
- нарушение сна - 16 (73%);
- утомляемость - 22 (100%);
- нарушение координации движений - 8 (36%).

При этом 5 из 6 описанных симптомов отмечались у 16 (73%) больных. У 18 (73%) больных имели место все 6 симптомов.

Неврологическая симптоматика обследованных больных была представлена преимущественно неустойчивостью при пробе Ромберга (47%), оживлением сухожильных и периостальных рефлексов (54%), спонтанным горизонтальным нистагмом (18%).

Среднее систолическое артериальное давление до лечения составило $130,0 \pm 2,8$ мм. рт. ст., среднее диастолическое – $80,0 \pm 2,9$ мм. рт. ст. Среднее значение пульса составило $69,8 \pm 1,6$ ударов в минуту.

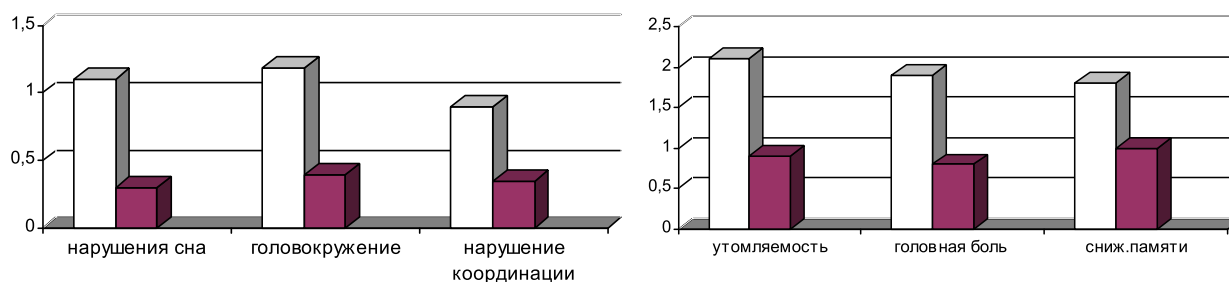
Нейропсихологическая характеристика:

Средний показатель объема внимания в обследованной группе больных до лечения был снижен у 20 (99%) пациентов. Объем оперативной памяти был снижен в легкой степени у 10 (45%) больных, в средней – у 12 (55%) больных. Средне - групповые показатели объема оперативной и кратковременной памяти, а также скорости счётных (интеллектуальных) операций указывали на среднюю степень снижения данных функций.

Основные типы допущенных больными ошибок при выполнении психологических тестов говорили о нарушении протекания психических процессов – торможении, инертности, аспонтанности.

В целом, по результатам анализа выполнения больными психологических тестов до лечения степень снижения у них высших психических функций была определена как средняя.

Динамика частоты выявления клинических симптомов на фоне лечения

*Результаты лечения**Клиническая характеристика:*

Клиническое наблюдение за больными в ходе испытания выявило улучшение состояния у всех 22 (100%) больных, выражавшееся в уменьшении тяжести клинических симптомов болезни.

Динамика частоты выявления клинических симптомов на фоне лечения Цераксоном представлена на рисунке 1.

Данные, представленные на рисунке 1, показывают, что к середине курса лечения наибольший эффект Цераксона отмечался в отношении головной боли и утомляемости – 79% и 67% соответственно. Подавляющее большинство пациентов перестали жаловаться на нарушение сна и головокружение – 69% и 65% соответственно. К концу курса лечения улучшение памяти отмечалось у 87% больных. Положительный эффект на запоминание и воспроизведение отмечался как в зрительной, так и в слухоречевой памяти. Результаты сложных в когнитивном отношении тестов свидетельствуют о способности Цераксона влиять на наиболее подвижные составляющие когнитивной деятельности, такие как способность одновременно решать несколько задач, устойчивость к интерференции, активный поиск следа памяти. Данные функции тесно связаны с уровнем произвольного внимания. Так по данным нейропсихического исследования, проведенного Л. С. Кругловым (1999), улучшение проявляется преимущественно уменьшением утомляемости и увеличением умственной работоспособности с одновременным достижением большей устойчивости внимания.

Другая когнитивная сфера, в которой была зафиксирована положительная динамика под влиянием терапии, – это психомоторные функции. После лечения у 83% пациентов улучшилось выполнение пробы на реципрокную координацию.

Гемодинамические показатели на фоне лечения Цераксоном оставались стабильными.

Оценка клинической эффективности

Данная оценка проводилась по окончании лечения, как больным, так и врачом от «0» – нет эф-

фекта или ухудшение до «3» – значительное улучшение. Так, 9 больных оценили свое состояние как значительное улучшение, 10 больных – как умеренное улучшение и остальные 3 – как незначительное улучшение.

Ухудшение самочувствие не отметил ни один из больных. Общая оценка эффективности коррелировала с уменьшением интенсивности симптомов, при этом оценки, данные врачом и пациентом, в высокой степени совпадали.

Нейропсихологическая характеристика

К середине курса лечения (день 45-й) количество больных с нормальными показателями объема внимания увеличилось до 14. Увеличение средне-групповой величины объема внимания сопровождалось уменьшением количества допущенных больными ошибок и увеличением показателя продуктивности внимания за единицу времени.

На фоне лечения Цераксоном отчетливо улучшилась двигательная активность больных, сократилась двигательная асимметрия, что отразилось в положительной динамике показателей выполнения больными кинетических проб.

Позитивные изменения к 45-му дню лечения коснулись и продуктивности речемыслительной деятельности больных, динамики ее протекания. Кроме того, увеличился объем оперативной и кратковременной памяти, сократилось время запоминания и процент ошибок при воспроизведении, улучшилась счётная деятельность.

Сопоставление результатов фонового исследования с данными в день 45-й выявило значимое улучшение точности внимания, реципрокной координации, ряда показателей ассоциативных проб, объёма оперативной памяти, времени запоминания и ошибок в счётных операциях. Перечисленные позитивные изменения свидетельствовали об улучшении механической памяти, повышении работоспособности, снижении утомляемости и заторможенности интеллектуальных процессов.

В период второй половины курса лечения отмечалось дальнейшее улучшение по большинству пси-

хометрических показателей. Так, значимые позитивные различия при исходном и финальном исследованиях касались объема внимания, ошибок в пробе на реципрокную координацию, большинства показателей ассоциативных проб, объема кратковременной и оперативной памяти, времени запоминания и ошибок воспроизведения, а также времени и ошибок счетных операций.

Заключение

Проведенное исследование показало хорошую переносимость Цераксона и его высокую эффективность в лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с симптомами алкогольной энцефалопатии.

Литература:

1. Лурия А. Р. *Высшие корковые функции человека* // 2-е изд. - М., 1969.
2. Морозов Г. В., Рожнова В. Е. *Алкоголизм*. - 1983.
3. Ураков И. Г., Куликов В. В. *Хронический алкоголизм*. - 1977.
4. Дамулин И. В., Захаров В. В. *Дисциркуляторная энцефалопатия*. - 2000.
5. Танович А., Алфаро В., Секадес Х. Х. *Цераксон в лечении травматического поражения мозга*. - 2004.
6. Фиорованти М., Янаги М. *Применение Цераксона для лечения умственной деятельности и поведения у пожилых больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения*. - 2005.
7. Friedman L. S., Fleming N. F. *Source book of substance abuse and addiction*. - 2000.

Терапевтическое действие препарата проявилось в виде уменьшения тяжести клинических симптомов алкогольной энцефалопатии вплоть до их полного регресса. Нейропсихологический контроль лечения выявил позитивную динамику во всех пяти сферах психической деятельности больных: внимание, память, кинетика, вербальные ассоциации и счет. Наиболее отчетливое улучшение наблюдалось в показателях речемыслительной деятельности, памяти и интеллектуальных операций, что свидетельствовало о повышении работоспособности больных, снижении их утомляемости и инертности интеллектуальных процессов, что в свою очередь оказывает благоприятное влияние на результативность лечения и длительность ремиссии хронического алкоголизма.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПОЛИНАРКОМАНИИ (ОПИОИДЫ, АЛКОГОЛЬ, КАННАБИНОИДЫ) С КОМОРБИДНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ ШИЗОИДНОГО РАДИКАЛА

М. В. Прилуцкая, Н. В. Кумарова, Л. К. Бармагина

Основная причина употребления психоактивных веществ (ПАВ) - особое их влияние на физическое и психическое состояние. Потребность в аддиктивном поведении больше выражена у лиц с плохой или сниженной психологической и социальной адаптацией, в частности - у людей с психопатическим складом личности. Больные наркоманией рекрутируются из самых разных личностных типов, в том числе, и из так называемых эмоционально холодных типов.

Шизоидная психопатия характеризуется следующими особенностями: неспособностью переживать наслаждение, эмоциональной холодностью, слабой реакцией на похвалу или порицание, малым интересом к сексуальному общению с другими людьми, склонностью к фантазированию и интроспекции, недостатком тесных, доверительных отношений с другими людьми, затруднением в усвоении и понимании общепринятых норм поведения, эксцентричностью поступков, нонконформизмом, недостатком интуиции, формирующим опасения, переживания.

В течение всей жизни сенситивные шизоиды склонны к неприспособленности к жизни, к внутренней тревоге, рассеянности, самоуглублению, ипохондрии, но особенно ярко они проявляют эти черты в тяжелые моменты.

Шизоиды могут использовать психоактивные вещества в качестве своеобразного допинга, облегчающего контакты или снимающего робость и застенчивость. При этом может формироваться своеобразная психическая зависимость, отличающаяся от истинной психической зависимости при наркомании, основанной на страсти к эйфории.

Многие из шизоидных психопатов находят, что ПАВ облегчают общение, устраняют чувство неестественности. Так формируется стремление регулярно использовать опиаты, часто в больших дозах, с целью «побороть застенчивость».

Приводим в качестве иллюстрации клинический случай пациента с сочетанной зависимостью от опиоидов, алкоголя и каннабиноидов и коморбидным расстройством.

Пациент С., 37 лет, находился на стационарном лечении в РНПЦ МСПН. На лечение поступил впервые с диагнозом: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя. Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключая употребление. Соп.: Психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов. Синдром зависимости. Воздержание в настоящее время.

Жалобы при поступлении: подавленное настроение, влечение к алкоголю.

Единый анамнез: родился единственным ребенком в полной семье служащих. Беременность протекала без отклонений. Родился в срок доношенным, был желанен. Родители пациента – представители интеллигенции. Мать характеризуется как женщина волевая, стеничная, уравновешенная, целеустремленная, малообщительная, властная. Отец пациента - по характеру человек более мягкий, покладистый, уступчивый, во всем поддерживающий мнение жены. Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена. Есть указания, что бабушка пациента по материнской линии занималась знахарством, обладая «особыми» способностями. А мать в недавнем времени обнаружила у себя природный магнетизм.

Раннее развитие пациента в пределах возрастных норм. Из детских инфекций перенес ветряную оспу. Детский сад стал посещать с 3-х лет, со слов пациента, трудностей в адаптации не испытывал. Себя характеризует, как ребенка покладистого, послушного, мягкого. Воспитывался в основном матерью, в условиях потворствующей гиперопеки и повышенного внимания с элементами родительского доминирования, был кумиром семьи. Мать возлагала на сына особые надежды, все время решала за него - что хорошо, что плохо. По характеру, со слов пациента, он формировался вдумчивым ребёнком, исполнительным, мечтательным, застенчивым, сдержанным. Считает, что внутренним миром походит на отца. К 12 годам осознал для себя выгоду положения единственного ребёнка в семье. Глубокой эмоциональной привязанности к родителям не испытывал; упоминает только, что «ближе была мать»; объясняет данную холодность их «интеллигентной натурой». В школу пошел с 7 лет, уже умея читать и писать. Со слов пациента хотелось поскорее самостоятельно понять, о чем пишут в книгах. До 8 класса учился посредственно, проявляя интерес лишь к определенным предметам; дисциплина не страдала. В 8 классе подтянул успеваемость до отличных оценок. Дополнительно занимался историей, английским языком, литературой, желая стать дипломатом. Главным увлечением пациента в школьные годы было чтение, книги он мог читать, буквально, запоями, предпочитая чтение обычным занятиям его сверстников. Со школьной скамьи приобрел только двух, как он считает, настоящих друзей, с которыми пери-

одически поддерживает отношения и в настоящий момент. Уже к средним классам у мальчика начала проявляться интравертированность, склонность к самоанализу поведения; усилилась мечтательность, часто стал представлять себя путешественником, отождествляясь с героями книг. Увлёкся коллекционированием (филателия, нумизматика). Занялся плаванием, стрельбой, т.к. считал, что занятия спортом могли прибавить уверенности в поведении и улучшить внешний вид. «Из принципа» сторонился шумных компаний, не пробовал спиртного, негативно отзывался о табаке. В старших классах на летних каникулах принял участие в археологической экспедиции. Упоминает, что в школьные годы отличался от сверстников большей рассудительностью, целеустремленностью, «взрослостью», наличием «собственного» мнения. Признается, что во время полового созревания (14 - 15 лет) был недоволен своей внешностью, смущался «недостаточно густых волос». Отсюда в поведении появлялась неуверенность. В коммуникативной сфере проблем с установлением формальных контактов не имел, однако предпочитал уединение. В будущей профессии дипломата видел свое место не в живом общении, а в работе с документацией.

По окончанию школы, получив направление ВЛКСМ, решил поступать в МГИМО. Однако накануне экзаменов возникли проблемы со вступительными документами, до собеседования пациент не был допущен. Не смотря на уговоры матери, в другие ВУЗы заявлений юноша не подавал, не мог пережить неоправданных надежд, неожиданного поворота жизненного сценария. Замкнулся в себе, чувствовал разочарование, апатию, раздражение. Упрямо отсиживался дома, не пытаясь устроиться на работу. Через полгода решил отслужить в армии, для того, чтобы получить квоту для поступления. Был призван в ряды Советской Армии, службу проходил в частях военно-воздушных сил с 1988 по 1990 годы. К армейскому режиму адаптировался удовлетворительно, в компании был в меру общительным, но к лидерству не стремился. К данному периоду относится пробное употребление алкоголя (канун нового 1989 года): в 19 лет в компании сослуживцев отмечал вступление в ряды старослужащих. Употребил 3 литра браги на 4 человек (в пересчете на водку 1,5 л). Состояние опьянения поначалу понравилось: стал развязанным, легче и непринужденнее пошло общение. Однако с увеличением дозы появились защитные реакции (тошнота, рвота, головокружение), не мог самостоятельно добраться до казармы. В это же время (19 лет) - первая проба каннабиса (ручник-гашиш). После выкуривания S самокрутки эффекта не понял, ощутил лишь слабость, головокружение. Последующие эпизодические употребления анаши (1 раз в 2 - 3 месяца) вызывали приятное расслабление, покой. Приобщился к курению табака.

После демобилизации алкоголь употреблял эпизодически, с частотой - 1 раз в месяц. Повторно по-

пытался поступить в ВУЗ (Владивостокский востоковедческий институт), однако неудачно. В 22 года устроился на работу в мебельный цех оператором производственной линии, стремясь доказать родным свою самостоятельность. На производстве попал в компанию выпивающих рабочих, устраивающих алкогольные излияния, в среднем, 2 - 3 раза в месяц. Постепенно, в последующие 3 года работы появилась психическая тяга к алкоголю, возросла переносимость выпитых доз до 0,5 л водки, перешел на крепкие спиртные напитки, угас защитный рвотный рефлекс. Стал осознавать, что, находясь в опьянении, легче идет на контакт, уверен в своих силах, появились друзья - собутыльники. Одновременно продолжал курить анашу. Употребление марихуаны приобрело систематический характер (каждые 2 - 3 дня) в одиночестве с атарактической целью. Временами в компании друзей выкуривал 5 - 6 сигарет, появлялось ощущение загруженности, наплыва «позитивных» мыслей.

В последующем неоднократно менял места работы, выполняя, в основном, малоспециализированный труд. «Искал себя, легко теряя интерес к делу». По настоянию матери получил заочное образование в городском ВУЗе по специальности инженер теплосетей (поступил по знакомству). С 1994 по 1996 год работал женским мастером-парикмахером. Увлечение новой специальностью было непродолжительным. Не мог перенести повседневных трудностей, отказался сменить работу в престижном салоне на рядовую парикмахерскую. С 1996 по 2000 год работал охранником на заводе. В 1997 году был заключен первый неудачный брак. Жена была человеком активным, предприимчивым.

В 27 лет произошло первое употребление героина, интраназально в дозе 0,15 гр. Ощущение не понравилось: возникли тошнота, рвота, головная боль. Через неделю повторил вдыхание наркотика, испытал эйфорию. Поначалу употреблял наркотик эпизодически (3 - 4 раза в месяц), в течение 2 месяцев прием систематизируется (через день). Отсутствие наркотика вызывало состояние «внутреннего дискомфорта, напряжения», чувство тревоги. Через 6 месяцев в результате повышающейся толерантности к ПАВ переходит на внутривенное потребление героина. При описании обстоятельств потребления полностью перекладывает ответственность за наркотизацию на случайного друга, воспользовавшегося его (пациента) добротой и душевным смятением. «Почему мне все время попадают такие люди?». «У меня тогда родилась дочь, чувствовал себя уютно и одиноко». В течение месяца устанавливается систематический ритм наркотизации (ежедневно в 2 приема). Толерантность растет до 2,0 г героина. После 3 месяцев систематического парентерального употребления впервые на фоне вынужденного воздержания появляются признаки абстинентного синдрома (3 дня): слабость, слезотечение, ринорея,

бессонница, болевые ощущения в суставах ног. В последующем «ломки» стали более продолжительными, оформленными (до 5 - 7 дней). Влечение к наркоту было достаточно сильным, осознанным. Тщательно скрывал зависимость от родных. Заметно изменился по характеру: стал раздражительным, вспыльчивым, замкнутым, лживым, изворотливым. Отдалился от семьи. Развелся с первой женой. В 2000 году по настоянию матери проходит курс анонимного лечения в частной городской наркологической клинике (метод атропиновых ком), по окончании которого ремиссия составила 2,5 года. Срыв произошел по «вине» того же друга. В 2005 году - повторный курс атропиношоковой терапии по инициативе матери. Срыв - через 2 месяца после выписки. Удалось добиться ремиссии самостоятельно, перенесла ломку «на сухую». В период воздержания от наркотика пациент употреблял спиртное. С 2000 года регистрируется стабильно максимальная толерантность алкоголя - 2 - 2,5 литра. Возникла периодичность употребления - запои по 3 - 4 суток, все чаще обусловленные компульсивным влечением, со светлыми промежутками в 2 - 3 недели. Оформился абстинентный синдром (2 - 3 суток с сомато-неврологическими и психическими симптомами). Изменилась форма опьянения, алкоголь тонизировал. Появились палимпсесты. С 2005 года регистрируется снижение максимально переносимых доз алкоголя до 0,5 л водки, с приемом дробных доз в течение суток. В опьянении стал агрессивным, совершает деструктивные действия. В течение последних трех месяцев запои удлинились до 5 суток, светлые промежутки сократились до 5 - 7 дней. Последнее употребление алкоголя 04.07.2008 г. В употреблении опиоидов ремиссия - в течение 2 лет. В настоящее время выкуривает около 20 сигарет в день. На лечение в РНПЦ МСПН поступил по категорическому настоянию матери в порядке административной квоты. На диспансерном учете в наркологическом диспансере не состоит. В настоящий момент проживает со второй женой. Имеет 2 дочерей от разных браков. Со старшей дочерью поддерживает «воскресные» отношения. Судимости отрицает. В течение последних 7 лет работает специалистом радиологической лаборатории. Мать оказывает патронажное влияние на пациента. Продолжает решать его финансовые и бытовые проблемы, контролирует его личную жизнь.

Объективный статус при поступлении: Состояние удовлетворительное. Соответствует воздержанию. Телосложение нормостеническое, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски, отечность лица. Зрачки - 2-3мм. Реакция на свет прямая, содружественная. Сердечные тоны ясные ритмичные, АД 120/80 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное. Выраженных признаков

органической патологии со стороны нервной системы не обнаружено.

Перенесенные заболевания. Болезнь Боткина. Венерические заболевания, туберкулез, ЧМТ отрицает. Непереносимости к лекарственным препаратам нет.

Психический статус при поступлении. Сознание ясное. В месте, времени, к собственной личности ориентирован полностью. Внешний вид неопрятный. Походка неуверенная. Мимика адекватная, выражение лица обычное. Сидит спокойно, редко меняя позу. В беседе охотно, с некоторой бравадой рассказывает о себе. Эмоциональный фон устойчив, настроение снижено. Отмечает, что за период употребления алкоголя заметно изменился по характеру, стал раздражительным. Суждения поверхностные, инфантильны. Мышление последовательное, в обычном темпе. Интеллектуальный уровень соответствует воспитанию и полученному образованию. Мнестические функции не нарушены. Суицидальных мыслей не высказывает. Критика к своему состоянию и заболеванию недостаточна. Активной психической симптоматики (бред, галлюцинации и прочее) нет. Установка на лечение носит формальный характер.

Динамика заболевания. В отделение психотерапии и медикаментозной коррекции поступил в состоянии воздержания. В клинике на первом месте присутствовали: астеническая симптоматика с физическим и психическим компонентом, аффективные колебания с депримированностью, тревожностью, внутренним беспокойством, усиливающиеся в вечернее время, без актуализации в поведении (без признаков ажитации), «безрадостными мыслями» диссомнические расстройства (трудности засыпания, поверхностный сон, ранние пробуждения), укладывающиеся в рамки синдрома психической зависимости. В высказываниях озвучивал нозофильную фиксацию (ипохондрические опасения, летучие телесные ощущения), озвучивал вынужденно-формальную установку на лечение. Внешне сохранялся налет инфантильности (капризность, внушаемость, негативизм, эгоцентризм), присутствовала частичная анозогнозия. На фоне проводимого лечения в течение 10 дней нормализовался сон, купированы анксиозные проявления. На первый план вышел апатический компонент депрессии. Высказывал формально положительный настрой на перевод. Поступил в отделение психотерапии и реабилитации. На фоне смены обстановки - повторное ухудшение состояния с возобновлением субдепрессивной симптоматики и тревоги, инсомния, в поведении появились: недовольство, просьба в дополнительных назначениях, проекция образов других пациентов на себя, демонстративно-шантажные реакции. На фоне коррекции медикаментозной терапии и проведения психотерапевтических сеансов указанная симптоматика сгладилась. Патологическое влечение к ПАВ

пациент отрицал. В беседах озвучивал промежуточную установку относительно продолжения лечения. Обговаривал сроки выписки. Крайне настороженно относился к корректировкам терапии. В беседах рефреном озвучивал собственную зависимость от мнения матери: «А давайте спросим маму, как мне лучше поступить, пусть обязательно позвонит мне...». Затем самоуверенно бросал: «Я полон сил, чтобы справиться с собственными проблемами». Проговаривал трудовые установки. На психотерапевтических сессиях занимал выжидательно - наблюдательную позицию. Неохотно выступал с собственными запросами, касающимися, в основном, поведенческих коммуникативных навыков. Уровень доверия группе низкий. На подшучивание со стороны других членов группы не реагировал. В открытую конструктивную конфронтацию не вступал, конформен. Предпочитал утилизировать конфликты. Критика к состоянию недостаточная. Цель собственного пребывания видел в редукации патологического соматического статуса, патологического влечения к ПАВ. Необходимость проработки патологического личностного статуса оформлена лишь на уровне когний. Настрой на дальнейшее лечение неустойчив.

Лабораторных данных: ОАК 06.08.09, 04.09.08 норма, ОАМ 06.08.09, 04.09.09 норма, биохимия крови от 06.08.08 АлТ 2,1, АсТ 0,42, тимоловая проба 6,4 Ед., от 04.09.08 АлТ 2,0, АсТ 1,0, тимоловая проба 10,0 ед., НСV от 01.08.08 положительный.

Нейрофизиологического исследования (07.08.2008 г.) ЭЭГ: пограничная с нормой. РЭГ: объемное пульсовое кровенаполнение в каротидной системе слева значительно снижено (на 51%), во всех бассейнах справа и в бассейне левой позвоночной артерии в норме. Во всех бассейнах признаки повышения тонуса артерий. Во всех бассейнах признаки нормальной эластичности сосудов. Во всех бассейнах сосудистый тонус устойчив. Периферическое сосудистое сопротивление в бассейне левой позвоночной артерии повышено, во всех бассейнах справа и в каротидной системе слева в норме. Во всех бассейнах признаки затруднения венозного оттока. ЭХОЭС: Смещения срединных структур не выявлено. Нормотензия.

Консультации специалистов:

- терапевт (20.08.2008 г.): Хронический гепатит смешанной этиологии (ВГС, алкогольный), минимальной степени активности в стадии компенсации. Астено-депрессивный синдром;
- невропатолог (21.08.2008 г.): Алкогольная полинейропатия. Астеническое состояние в связи с отменой алкоголя.

Патопсихологическое обследование: таблица Шульте, методика «10 слов», Пиктограммы, Четвертый лишний, Классификация, клинический опросник ММРІ, опросник Шмишека, УНП, шкала депрессии, уровень реабилитационного потенциала, УСК.

Нарушений внимания, памяти не выявлено. Личностный компонент мышления сохранен (соскальзывания, резонанса и разноплановости не выявлено). Отмечается только, при уровне обобщения более высокого порядка, актуализация конкретно-ситуационных и второстепенных признаков.

В личностных особенностях отмечено наличие акцентуации. Данные ММРІ фиксируют отрицание тревоги. Отмечен высокий уровень психопатизации. Показатели УСК имеют умеренный показатель, но отношению к здоровью пониженный. Средний уровень реабилитационного потенциала с ярко выраженным риском в области инициативности.

Проведенная медикаментозная терапия: антиконвульсанты, атипичные нейролептики, СИОЗ стимулирующего действия.

Психотерапевтические интервенции: групповая, индивидуальная психотерапия, социально-психологический тренинг, ситуационно-ролевой тренинг, тренинг асертивности, коммуникативности, сенситивности, оздоровительные мероприятия.

Заключительный клинический диагноз: Психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления ПАВ (опиоиды, алкоголь, каннабиноиды). Синдром зависимости. Воздержание в условиях, исключающих употребление.

Сопутствующий диагноз: Шизоидное расстройство зрелой личности. Состояние субкомпенсации. Хронический гепатит смешанной этиологии (ВГС, алкогольный), минимальной степени активности в

стадии компенсации. Астено-депрессивный синдром. Алкогольная полинейропатия.

Рекомендовано:

1. Продолжить медикаментозную терапию: атипичный нейролептик (Р-р Рисполепт перорально 2 мл на ночь), СИОЗ стимулирующего действия (зосерт по 50 мг утром).

2. Проработка социальных дефицитов: роли взрослого, гендерной роли – транзактный анализ, психодрама, когнитивно-поведенческая терапия.

3. Семейная психотерапия.

Таким образом, в данном клиническом случае прослеживается четкое взаимное влияние друг на друга двух синдромов: психопатического синдрома и большого синдрома зависимости. В наркотической зависимости проявляются следующие особенности: формирование континуума регулярного употребления ПАВ (табак → алкоголь → наркотик) (Азанова Б.А., 2006), ретенция шизоидных черт в структуре наркоманического дефекта личности, размытость и полиморфность симптомов, нестабильность и быстрая смена аффективных нарушений в постабстинентный период. Структура шизоидной психопатии проявляется сглаживанием психэстетической диспропорции, измененной структурой периодов декомпенсаций (отсутствие психотических вкраплений, реактивных образований). В отношении прогноза заболевания необходим лонгитюдный анализ патологии, отслеживание катамнеза, с целью дифференциальной диагностики с эндогенным процессом.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ И НАРКОМАНИЕЙ, ПРОШЕДШИХ СУДЕБНО-НАРКОЛОГИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПО ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю. А. Федулеев, Н. В. Минько, Р. С. Кужаев

г. Уральск

За последние десятилетия, отмечается резкий рост алкоголизма и наркомании. Проанализирована социально-демографическая характеристика лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией прошедших судебно-наркологическую экспертизу.

Методы и этапы исследования

Выборочно исследованы 300 больных с клиникой 2 и 3 стадией алкоголизма. По семейному положению: состояло в браке 34% всех больных, были разведены или вдовы - 33,8%, процент не вступивших в брак составил 32%. Средне-специальное образование имела почти половина больных - 47,6%; не работало - 88%. Среди обследованных больных алко-

голизмом казахи составили 45,6%; русские - 34,9%; другие национальности (украинцы, татары, немцы) - 19,3%. По месту рождения: уроженцы Западно-Казахстанской области – 85,6% обследованных; уроженцы других регионов РК – 4,2%; уроженцы России – 7,3%; приезжие из стран СНГ – 2,6%.

По месту жительства: 55% обследованных лиц проживают постоянно в г. Уральске; по районам Западно-Казахстанской области - 44,6%, в России - 0,3%.

Освидетельствованы по уголовному делу – 43,6% обследованных лиц, по оформлению в СЛПУ – 56,2%.

Основные характеристики представлены в таблице № 1.

Основные характеристики обследованных лиц, больных алкоголизмом

Основные характеристики	Всего с диагнозом F 10.2 (n=300)			
	Мужчины		Женщины	
	276 чел.	92%	24 чел.	8%
Семейное положение:				
- состоит в браке	96 чел.	32%	6 чел.	2%
- не вступившие в брак	93 чел.	31%	3 чел.	1%
- разведены	80 чел.	26,6%	7 чел.	2,3%
- вдовы	7 чел.	2,3%	8 чел.	2,6%
Образование:				
- начальное	2 чел.	0,6%	1 чел.	0,3
- неполное среднее	64 чел.	21,3%	4 чел.	1,3%
- среднее	71 чел.	23,6%	5 чел.	1,6%
- средне - специальное	129 чел.	43%	14 чел.	14,6%
- высшее	10 чел.	3,3%	-	-
Трудовая занятость:				
- инвалиды	3 чел.	1%	-	-
- иждивенцы	245 чел.	81,6%	21 чел.	7%
- рабочие	24 чел.	8%	3 чел.	1%
- служащие	4 чел.	1,3%	-	-
Национальность:				
- казахи	130 чел.	43,3%	7 чел.	2,3%
- русские	94 чел.	31,3%	11 чел.	3,6%
- другие национальности	52 чел.	17,3%	6 чел.	2%
Место рождения:				
- Западно – Казахстанская обл.	239 чел.	79,6%	18 чел.	6%
- другие регионы РК	11 чел.	3,6%	2 чел.	0,6%
- РФ	19 чел.	6,3%	3 чел.	1%
- страны СНГ	7 чел.	2,3%	1 чел.	0,3%
Место жительства:				
- г. Уральск	150 чел.	50%	15 чел.	5%
- г. Аксай				
- районы ЗКО	125 чел.	41,6%	9 чел.	3%
- другие регионы РК				
- РФ	1 чел.	0,3%		
- страны СНГ				
Освидетельствованы:				
- по уголовному делу	124 чел.	41,3%	7 чел.	2,3%
- по оформлению в СЛПУ	152 чел.	50,6%	17 чел.	5,6%

Выборочно исследовано 100 больных, страдающих героиновой наркоманией, со стажем употребления от 1 года и более.

По семейному положению:

- состоят в браке - 21% обследованных лиц;
- разведены или вдовы – 16% обследованных лиц;
- не вступившие в брак - 63% обследованных лиц.

Образование обследованных больных:

- начальное - 1%
- неполное среднее - 26%;
- среднее - 27%; средне-специальное образование - 42%;
- высшее - 4%.

Трудовая занятость:

- не работают 94% - обследованных лиц.

Национальность:

- казахи – 19%;
- русские – 55%;
- другие национальности (татары, азербайджанцы, украинцы, немцы) – 26% обследованных лиц.

По месту рождения уроженцы Западно-Казахстанской области – 89%; других регионов РК – 3%; России – 5%; стран СНГ – 3% больных.

Проживают постоянно: в Уральске – 84%; по районам ЗКО – 16%.

Освидетельствованы: по уголовному делу – 75% больных; по оформлению в СЛПУ – 25%.

Основные характеристики обследованных больных с разбивкой по половому признаку представлены в таблице № 2.

Основные характеристики обследованных лиц, больных героиновой наркоманией (F 11.2)

Основные характеристики	Всего с диагнозом F 11.2 (n=100)			
	Мужчины		Женщины	
	Всего: 85	85%	Всего: 15	15%
Семейное положение:				
- состоит в браке	21	21%	-	-
- не вступившие в брак	55	55%	8	8%
- разведены	8	8%	7	7%
- вдовы	7	2,3%	8	2,6%
Образование:				
- начальное	-	-	1	1%
- неполное среднее	24	24%	2	2%
- среднее	26	26%	1	1%
- средне - специальное	33	33%	9	9%
- высшее	3	3%	1	1
Трудовая занятость:				
- инвалиды	-	-	-	-
- иждивенцы	80	80%	14	14%
- рабочие	4	4%	1	1%
- служащие	1	1%	-	-
Национальность:				
- казахи	17	17%	2	2%
- русские	46	46%	9	9%
- другие национальности	23	23%	3	3%
Место рождения:				
- Западно – Казахстанская обл.	77	77%	12	12%
- другие регионы РК	3	3%	-	-
- РФ	3	3%	2	2%
- страны СНГ	3	3%	-	-
Место жительства:				
- г. Уральск	71	71%	13	13%
- г. Аксай				
- районы ЗКО	15	15%	1	1%
- другие регионы РК				
- РФ				
- страны СНГ				
Освидетельствованы:				
- по уголовному делу	63	63%	12	12%
- по оформлению в СЛПУ	23	23%	2	2%

Вывод: вышеизложенное исследование показывает, что неоспоримое доминирующее влияние данных нозологий (алкоголизма, наркомании) на формирование социальной дезадаптации человека, основными показателями которого являются: отсутствие брачных уз, разводы, иждивение, освидетельствование на принудительное лечение. И главное – в основе социальной дезадаптации лежат противоправ-

ные преступные деяния, приводящие к уголовной ответственности, где наркомания занимает преобладающее положение.

В дальнейшем данное исследование рекомендовано продолжать с целью динамического наблюдения за эпидемиологией и параллельно для разработки мер профилактики данных наркологических патологий.

Литература:

1. Материалы 2 съезда психиатров, наркологов, психотерапевтов Республики Казахстан. – Павлодар, 2004.
2. Современные методы лечения, диагностики и реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами // Сборник трудов Республиканской научно-практической конференции 3 - 4 мая 2007 года. Под редакцией С. А. Алтынбекова. – Алматы, 2007.

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН – ДАЛЬНЕЙШИЙ ПУТЬ РАЗВИТИЯ

к.м.н. С. Н. Молчанов, к.м.н. А. З. Нургазина,
О. Ю. Дробитько, Л. К. Бармагина

г. Павлодар

Согласно международным нормативным документам минимальные стандартные правила обращения с заключенными ООН и ВОЗ содержат положения о предоставлении равнозначных услуг по медицинскому обслуживанию, согласно которому лица, заключённые под стражу до суда и осужденные, имеют право на медицинскую помощь, включая профилактические меры, равноценные таким мерам, которые доступны основному населению.

Учитывая, что в результате постоянного расширения ассортимента и качества наркологических услуг, оказываемых населению Республики Казахстан, возникла необходимость: пересмотреть также и гарантированный объём наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях Республики Казахстан, дополнительно ввести ставки специалистов в штат учреждений для оказания осужденным лицам наркологической помощи на более высоком уровне.

На данный момент в РГКП РНПЦ МСПН разработаны организационный, квалификационный стандарты и стандарт услуг для изменения существующего положения дел, а положение таково:

1) в пенитенциарных учреждениях не предусмотрено проведение детоксикационной терапии, т.к. считается, что наркотиков в пенитенциарном учреждении быть не может, но факты говорят о другом и с этим надо считаться. Поэтому в новом стандарте услуг предусмотрена детоксикационная терапия в случае наличия показаний для её проведения;

2) учесть возможность добровольного обращения осуждённого за помощью, а не только по представлению администрации;

3) учитывая тяжесть наркологических заболеваний увеличить минимальный срок лечения до 1 года;

4) для проведения качественной терапии проводить обязательное регулярное психологическое тестирование больных, для выбора адекватной тактики лечения;

5) ввести в штат лечебного учреждения должности:

- психолог со специализацией в области психологической диагностики;
- психолог со специализацией в области психологической коррекции и психологического консультирования;

6) ввести в штат лечебного учреждения должность врач-психотерапевт, принимать на эту должность врачей, имеющих сертификат врача - психотерапевта.

Цели лечения: формирование устойчивости к повторному вовлечению употребления психоактивных веществ.

Задачи лечения:

- формирование мотивации на прохождение курса терапии и реабилитации;
- купирование проявлений абстинентных и постабстинентных расстройств (если таковые имеются), соматических осложнений, преморбидной патологии;
- восстановление и развитие навыков адаптации:
- а) купирование проявлений патологического влечения с нормализацией настроения и поведения;
- б) формирование конструктивных форм поведения, расширяющих нормативный круг интересов; формирование установки на отказ от употребления ПАВ;
- в) формирование установки на позитивный образ жизни социально и психологически адаптировать участника программы МСР к жизни в микросоциуме (пенитенциарном учреждении), так и макросоциуме (гражданском обществе после освобождения).

Основные лечебно - реабилитационные мероприятия первого этапа реабилитации: купирование проявлений абстинентных и постабстинентных расстройств (если таковые имеются), формирование мотивации на участие в программе МСР; обеспечение воздержания от употребления ПАВ с периодической диагностикой их наличия в биологических средах с проведением предтестового и послетестового психологического консультирования; определение уровня реабилитационного потенциала (высокий, средний, низкий); адаптация к условиям, содержанию и графику работы реабилитационного отделения; мотивационная работа, направленная на активное участие в реабилитационной программе в условиях терапевтического сообщества.

Основные психотерапевтические мероприятия второго этапа реабилитации: противорецидивные мероприятия в отношении центрального и периферического запуска патологического влечения к наркотику; терапевтическое сообщество, рациональная психотерапия (индивидуальный и групповой форматы), групповая психотерапия, арт - терапия, психологическое консультирование (индивидуальный и

групповой форматы), социально – психологический тренинг личностного роста, ситуационно – ролевой тренинг, медитативные тренинги (модификации), тренинг ассертивного поведения, коммуникативный тренинг, тренинг десинситизации, когнитивно – поведенческий тренинг, индивидуальная психотерапия; культурно – развлекательная программа; спортивно – оздоровительная программа.

Основные психотерапевтические мероприятия третьего этапа реабилитации: «12 шаговая программа» общества анонимных наркоманов «Атлантис» (АН), противорецидивный тренинг, духовно - ориентированная психотерапия, антитабачный тренинг, индивидуальная психотерапия (по показаниям), программа профессиональной ориентации, участие в волонтерском движении.

Для того чтобы результат от терапии был долговременным необходимо учитывать и такие особенности, как:

1) для бывших потребителей наркотиков, которые желают лечиться, должны быть меры поощре-

ния, такие как: УДО, внеочередные посылки, встречи с родственниками и т.д.;

2) согласие на регулярную проверку на наркотики должно быть условием участия в программе лечения;

3) информация о программе медико-социальной реабилитации наркозависимых, как медицинской услуге в пенитенциарном учреждении, должна быть доступной для всего контингента осужденных, включая тех, кто является неграмотным; она должна быть на всех языках и быть культурно адаптированной; должна включать описание видов предлагаемого лечения и услуг и способ получения доступа к ним.

4) перед освобождением осужденный должен иметь на руках информационный справочник в котором указаны контактные данные организаций занимающихся социальной реабилитацией бывших наркозависимых (НПО, гос.органы, частные организации, благотворительные организации).

Литература:

1. Абрамкин В. Тюремное население России и других стран. Проблемы и тенденции. - РОО «Центр содействия реформе уголовного правосудия», 2003. - С. 27.
2. Батищев В. В., Негерии 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 с.
3. Валентик Ю. В., Сирота Н. А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. - Литера, 2000. - М.: 2002. - 254 с.
4. Воробьев П. А. «Протоколы ведения больных и государственные гарантии качественной медицинской помощи». Проблемы стандартизации здравоохранения. - 1999. - № 2.
5. Надеждин А. В. // Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психотропным веществам под ред. Н. Н. Иванца. - 2000. - С. 3 – 7.
6. Негерии Н. В. Основные принципы и приемы проведения групповой психотерапии больных с зависимостью от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. - 1999. - № 2. - С. 57-61.
7. Пак Т. В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией // Автореферат диссертации кандидата медицинских наук. - Алматы, 2004. - 37 с.
8. Пятницкая И. Н. Наркомании. - М.: Медицина, 1994. - 544 с.
9. Пятницкая И. Н. Наркомании (руководство для врачей). - М.: Медицина, 1994.
10. Рохлина М. Л. Фармакотерапия наркоманий // 2-е изд: Пособие для врачей психиатров-наркологов. - М., 1999. - 30 с.
11. Рохлина М. Л., Мохначев С. О., Козлов А. А. Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркомании // сборник трудов НИИ наркологии под общей редакцией члена-корр. РАМН, профессора Иванца Н. Н. - М., 2001. - С. 70-85.
12. Региональное представительство ВОЗ в Европе. Доклад о состоянии тюрем, наркотиках и сокращении вреда. - май 2005.
13. Конвенция ООН по борьбе с наркотиками (УНП ООН, 1961, 1971, 1988 гг.), в частности Единая конвенция о наркотических средствах 1961 г., пересмотренная в Протоколе 1972 г. (УНП ООН, 1961 г.), в частности в разделе 38 о мероприятиях по борьбе со злоупотреблением наркотическими средствами.
14. Заключение и рекомендации Конференции по борьбе с наркотическими средствами и психотропными веществами в тюрьмах, Группа Помпиду / Международный совет по борьбе с наркотиками. - 2002.
15. Европейский план действий по борьбе с наркотиками, 2000–2004 гг. (Европейская Комиссия, 1999, 2001, 2002 гг.).
16. Anton R. F., Neurobehavioural basis for the pharmacotherapy of alcoholism: current and future directions. Alcohol, 1996, 31 Suppl: 43-53.
17. Davis V. E., Wolesh M. J. //Science. - 1970. - v.167. - p. 1005-1007: «Alcohol, amines and alkaloids: a possible biochemical basis for alcohol addiction».

-
-
18. Dencker S. J. et al., *Rapid neuroleptization in alcohol withdrawal states. Nord Psykiatr Tidsskr*, 1982, 341-4.
19. Ekselius L. et al., *A double-blind multicenter trial comparing sertraline and citalopram in patient with major depression treated in general practice. Int Clin Psychopharmacol*, 1997, 12: 323-31.
20. Kranzler H. R. // *J. Alcohol-Alcohol*. - 2000. - Nov-Dec. - v.35. - № 6. - p.537-547: «Pharmacotherapy of alcoholism: gaps in knowledge and opportunities for research».
21. Walen S. *Cognitive factors in behavior*. – 1980.

ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ

Т. В. Пак

г. Павлодар

Организация различных форм реабилитационного лечения больных наркоманией в условиях стационара, амбулатории, загородного поселения является актуальной проблемой практической наркологии. На базе Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН) в городе Павлодаре создано отделение социальной реабилитации (ОСР). Реабилитационный процесс данного структурного подразделения по форме, содержанию и философии соответствует третьему этапу программы медико-социальной реабилитации (МСР). Отделение организовано на 40 койко-мест в селе Мичурино, расположенном на берегу реки Иртыш - в живописной природной зоне Павлодарской области.

В отделении социальной реабилитации пациентам оказывается высокоспециализированная психологическая и социально - реабилитационная помощь. Нормативными документами отделения являются: Положение об отделении социальной реабилитации, Устав отделения социальной реабилитации. Минимальная продолжительность лечения по квотной основе составляет 4 месяца. Целью деятельности ОСР является развитие у больных наркоманией адаптационных навыков и ресурсов для дальнейшей успешной ресоциализации. Основными задачами программы определены следующие:

- 1) улучшение физического и эмоционального состояния пациентов по параметрам редукции проявлений синдрома зависимости, в том числе постабстинентного состояния и вторичного патологического влечения к наркотику;
- 2) воздержание от употребления наркотиков, поддержание трезвого состояния;
- 3) обучение формам поведения, повышающим социальный статус пациента, ослабляющим угрозу для общественного здоровья и безопасности;
- 4) формирование трезвого жизненного стиля, несовместимого с употреблением психоактивных веществ.

Достижение данных задач способствует улучшению качества жизни больных наркоманией, как в программе социальной реабилитации в условиях терапевтического сообщества (ТС), так и в условиях большого социума после качественного завершения реабилитационной программы.

Основными принципами организации деятельности ОСР являются следующие:

- принципы терапевтического сообщества/общины;
- добровольность;
- полный отказ от употребления ПАВ;
- командная работа;
- сотрудники – ролевые модели;
- терапевтическое сообщество – модель социума.

В команду сотрудников отделения, наряду с психологом, специалистом по социальной работе, врачом психотерапевтом, входят инструктор по реабилитации, инструктор по трудотерапии, консультант – волонтер из бывших наркозависимых лиц. Данные сотрудники, как ролевые модели для больных наркоманией, обогащают реабилитационный процесс, укрепляют философию терапевтического сообщества.

Практическая организация принципа «терапевтическое сообщество – модель социума» с реализацией производственной деятельности и отношений в условиях государственного казенного предприятия является большой проблемой. Отделение социальной реабилитации, как структурное подразделение государственного казенного предприятия находится в административном, экономическом и финансовом подчинении, что препятствует успешному функционированию отделения, развитию практической производственной деятельности, расширению и содержанию материально – технической базы. В данном случае юридическая форма организации (РГКП РНПЦ МСПН) и отсутствие самостоятельности ОСР делает невозможным владение, пользование и распоряжение имуществом, заключение от своего имени договоров, контрактов, соглашений,

реализацию сельскохозяйственной, промышленной продукции, произведенной в процессе трудотерапии. А также делает невозможным ведение торгово-закупочной деятельности с юридическими и физическими лицами, что противоречит организации производственных и социальных отношений.

Эффективность реабилитационного лечения определяется через 12 месяцев после выхода из программы по конечным результатам с помощью разработанных нами катанестических параметров:

1. Отказ или сокращение потребления наркотиков. Исследуется по характеристикам воздержания, ремиссии, наличию срыва, рецидива заболевания.

2. Укрепление здоровья и повышение социального статуса. Состояние здоровья оценивается по динамике настроения, эмоционального состояния, частоте обращаемости за медицинской помощью. Повышение социального статуса определяется по динамике в сфере образования, работы, семейных отношений.

3. Ослабление угрозы для общественного здоровья и безопасности общества. Данный параметр исследуется по количеству вновь выявленных случаев заболевания вирусным гепатитом С, ВИЧ, ИППП,

передозировок/суицидов. А также вновь регистрируемых привлечений к уголовной ответственности, форм рискованного поведения (использование общего шприца, половые отношения без применения презерватива и др.).

В заключении необходимо отразить наши данные, которые соответствуют обзору фактических данных современных методов лечения наркомании Управления по наркотикам и преступности ООН 2003 года, в отношении прогнозирования досрочного выхода из стационарных реабилитационных программ с целью коррекции и организации их эффективности. После завершения этапа детоксикации на третьей неделе выходят из реабилитационной программы 25% пациентов. Через 3 месяца досрочный выход из программы составляет 40%. Необходимо на данных этапах усилить мотивационную работу по дальнейшему прохождению программы, акцентировать деятельность кураторов в терапевтическом сообществе, усилить работу консультантов – волонтеров, как ролевых моделей качественного прохождения программы, а также использовать ресурс семьи, нормативного ближнего окружения для продолжения лечения.

ИНФОРМАЦИЯ И ОБЗОРЫ

О ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПО ТЕМЕ: «УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ СОВРЕМЕННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»

А. Л. Катков

г. Павлодар

Положение в сфере социального противодействия процессам распространения зависимости от психоактивных веществ в настоящее время таково, что только расширение масштабов и существенное повышение качества предпринимаемых усилий способно развернуть ситуацию в требуемом направлении. Вопросы повышения качества оказываемых услуг являются наиболее актуальными для системы наркологической помощи в Республике Казахстан. Достижение планируемых значений конечных индикаторов наркологической эффективности в системе здравоохранения РК (показатели охвата зависимых от ПАВ профильной наркологической помощью, показатели длительности и качества ремиссии), приведенных в документе: «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2006-2014 г.г.», невозможно без соответствующего прорыва в сфере обеспечения качества профильной помощи. В данной связи научным блоком РНПЦ МСПН была разработана система управления качеством наркологической помощи, которая основывается на идеологии TQM (Всеобщий Менеджмент Качества). Данная идеология объединяет известные подходы по управлению качеством в сфере здравоохранения - триада Донабедиана, компоненты качества ВОЗ - и обозначает данные подходы системой универсальных управленческих принципов, использование которых в сфере здравоохранения весьма эффективно.

Внедрение идеологии TQM в систему наркологической помощи РК предполагает проведение широкомасштабного контролируемого эксперимента по изменению структуры взаимодействия научных, образовательных и практических учреждений наркологического профиля. Что, в свою очередь, делает необходимым интенсивное обучение организаторов наркологической помощи всех уровней по теоретическим и практическим вопросам управления качеством в данном секторе здравоохранения.

Настоящий цикл тематического усовершенствования был разработан с целью интенсивной подготовки управленческого звена наркологических учреждений по всему профилю вопросов, связанных с управлением качеством современной наркологической помощи. Программа цикла, общим объемом в 156 часов, предусматривает: изучение мирового опыта организации эффективной наркологической помощи (16 часов); изучение общих вопросов организации наркологической помощи с позиции обеспечения управленческих составляющих данного процесса (36 часов); акцентированное изучение общих и частных вопросов, а так же конкретных технологий обеспечения качества на каждом этапе и каждом секторе наркологической помощи, знакомство с системой профессиональных стандартов в наркологии с углубленным изучением каждого из них (58 часов); знакомство с практикой научного обеспечения процесса управления качеством наркологической помощи (14 часов). Все поименованные разделы программы предусматривают наличие как теоретических, так и практических занятий, проводимых в форме проблемных тренингов или тренингов с организацией тематического мозгового штурма. Немаловажным обстоятельством оформления практических занятий является тот факт, что качестве конечного результата курсанты получают вполне дееспособную модель управления качеством наркологической помощи в конкретном учреждении по месту их основной работы. Таким образом, существенно повышается вероятность и скорость адекватного внедрения, формируемых по ходу прохождения цикла, региональных моделей управления качеством наркологической помощи в РК.

Ниже представлен типовой учебный план рассматриваемого цикла тематического усовершенствования.

10.2.13. Типовой учебный план тематического усовершенствования цикла «Управление качеством современной наркологической помощи»

Для руководителей организаций наркологического профиля, врачей - наркологов,
действующих в системе наркологической помощи в РК

Продолжительность цикла – 156 учебных часов

№ пп	Наименование разделов и тем	лекционных	практических	семинаров	Всего часов
1	2	3	4	5	6
1	Введение в проблему зависимости от ПАВ	6			6
2	Общие подходы к управлению качеством наркологической помощи	8			8
3	Стратегии противодействия распространению зависимости от ПАВ и ВИЧ/СПИДа. Мировой опыт.	6		2	8
4	Организация наркологической помощи	6	18	12	36
4.1	Организация наркологической помощи	6	4		10
4.2	Профессиональные обязанности и управление качеством			4	4
4.3	Планирование в управлении качеством			4	4
4.4	Управление качеством в клинической практике			4	4
4.6	Организация наркологической помощи на этапе социальной реабилитации		4		4
4.7	Супервизия лечебно-реабилитационного процесса в отделениях (медикаментозной коррекции, психотерапии и реабилитации, социальной реабилитации)		8		8
4.8	Обеспечение качества работы с персоналом ЛПУ наркологического профиля		2		2
5	Система управления качеством наркологической помощи	8			8
6	Профессиональные стандарты в системе наркологической помощи РК	6			6
7	Стандарты мониторинга в системе наркологической помощи	8			8
8	Стандарты услуг в системе наркологической помощи	8			8
9	Квалификационный стандарт в системе наркологической помощи	8			8
10	Образовательные стандарты в системе наркологической помощи	4			4
11	Организационный стандарт в системе наркологической помощи	16	4	4	24
11.1	Организационный стандарт в системе наркологической помощи	8			8
11.2	Организация контроля качества в системе наркологической помощи			4	4
10.3	Организация первичной наркологической помощи	8			8
11.4	Разработка и реализация программы управления качеством на этапе первичной наркологической помощи		4		4
12	Научное обеспечение процесса управления качеством наркологической помощи	6	2	6	14
12.1	Научное обеспечение процесса управления качеством наркологической помощи	6		6	12
12.2	Организация научных исследований в наркологии		2		2
	Экзамен			6	6
	Всего	90	24	30	144
	Дополнительная подготовка*				12
	Итого:				156

Первый опыт проведения подобного цикла на базе кафедры психотерапии, психиатрии – наркологии, клинической и консультативной психологии РНПЦ МСПН показал, что после продолжения ожидаемых сложностей этапа «вхождения» в тему, овладения специальной терминологией и основными понятиями, мотивация и общая продуктивность учебной деятельности курсантов существенно возрастает. Наибольшей популярностью среди курсантов пользуют-

ся тренинги по формированию конкретных моделей управления качеством наркологической помощи с аргументацией представленных моделей перед критически настроенной группой (защита – нападение).

В ходе реализации эксперимента по широкомасштабному внедрению системы управления качеством в деятельность наркологической службы РК планируется проведение нескольких (4-6) циклов для организаторов наркологической помощи в РК.

ТҮЙІН

АРНАЙЫ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А. Л. Катков

А. Л. Катковтың «Арнайы наркологиялық көмектің сапасын басқару ерекшеліктері» мақаласында арнайы наркологиялық көмек жүйесінде сапа басқарудың жалпы стратегиясының басты тұжырымдамасы қаралады. Жеке алғанда заманауи наркологиялық көмектің сапасын басқару жүйесіне қойылатын жалпы принциптер келтіріледі; арнайы көмектің сапасын басқару саласындағы басты мақсаттары мен міндеттері жазылады; сапа басқару жүйесін құрайтын басты тұжырымдамалар толық қаралады: ұйымдастыру тұжырымдамасы; технологиялық тұжырымдама; индикативтік тұжырымдама. Арнайы наркологиялық көмектің сапасын жоспарлаудың басты кезеңдерінің мазмұны және жіктелуі келтіріледі.

Өзекті сөздер: наркологиялық көмек, сапа, басқару.

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК ЖҮЙЕСİNДЕГІ САПАНЫ БАСҚАРУДЫҢ ЖАҢА ТӘСІЛДЕРІ

А. Л. Катков

А. Л. Катковтың «Наркологиялық көмек жүйесіндегі басқарудың жаңа тәсілдері» мақаласында жалпыға бірдей сапа менеджментінің технологиялары туралы мәлімет келтіріледі және бұл технологияның РҚ наркологиялық көмек жүйесінде қолдану мүмкіндігі келтіріледі. TQM басты принциптері толық қаралады. TQM технологияларында бірлескен менеджменттің түрлі салаларының арақатынасы келтірілген. КР наркологиялық көмек жүйесінде бұл технологияның қолдану болашағына қатысты қорытындылар жасалады.

Өзекті сөздер: менеджмент, сапа, наркологиялық көмек жүйесі.

СТАЦИОНАРЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ӨМІР САПАСЫНЫҢ АРАҚАТЫНАСЫ

Н. В. Асланбекова

Бұл мақалада Қазақстанның солтүстік-шығыс аймағындағы стационарлық бағыттағы дәрігерлердің психикалық денсаулығы мен өмір сапасының арақатынасы қаралады. «Қызбалық күйіп кету» синдромын қосқанда, өмір сапасы сарамтамасының нәтижелер көрсеткіштері, аддиктивтік және жүйкелік-психикалық бұзылымдар жағдайларының таралуы келтіріледі. ҚҚТ қосқанда және аддиктивтік бұзылымдар, күйзеліске байланысты, невротикалық бұзылымдардың пайда болуы тәуекел факторының сараптамасы авторларға келесі нысаналарды айқындауға мүмкіндік берді: сыртқы физикалық және ішкі психикалық факторлар, өз кезектерінде терапиялық қатысулармен патогенетикалық стратегияларды жасауға жағдай жасады.

ҚАЗАҚСТАННЫҢ СОЛТҮСТІК-ШЫҒЫС АЙМАҒЫНДАҒЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫ (әлеуметтік аспект)

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

Мақалада Қазақстанның солтүстік-шығыс аймағындағы стационарлық бағыттағы дәрігерлердің өмір сапасының әлеуметтік аспектке назар аударғандағы өзін өзі бағалау нәтижесі қаралады. Өмір сапасының сауалнамасын құраушылар (ВОЗКЖ-100) саласындағы көрсеткіштердің өзін өзі бағалау сараптамасының нәтижесі келтіріледі – «Тәуелсіздік деңгейі», «Әлеуметтік қатынастар», «Қоршаған орта», «Рухани сала». Сондай-ақ авторлар барлық салалардың жалпы көрсеткіштерінің (орта мағыналы) салыстырмалы нәтижелерін келтіреді - өмір сапасының сауалнамасын құраушылар (ВОЗКЖ-100).

ПБЗ ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ УӘЖДІК САЛАСЫН ЗЕРТТЕУДЕ «ЖІГЕРЛІЛІК БҰЗЫЛЫМДАР ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ТӘСІЛДЕРІ» ҚОЛДАНУ

Е. Б. Байкенов

Бұл мақалада жігерлілік процестерінің уәждік процестермен өзара қатынасы қаралады, соның негізінде есірткіге тәуелділердің уәждік саласын зерттеу үшін «Жігерлілік бұзылымдардың көріну дәрежесі диагностикасының тәсілдері» (Шостакович Б. В., Горинов В. В., Пережогин Л. О., 2001) пайдалану мүмкіндігі талқыланады.

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ САПАНЫ БАСҚАРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А. Л. Катков

А. Л. Катковтың «Денсаулық сақтау жүйесіндегі сапаны басқару ерекшеліктері» мақаласында денсаулық сақтау сапасын бағалаудың екі ең белгілі жүйесі қаралады: 1) ВОЗ сапасының компоненттері; 2) Донабедиана сапасының үш тағаны. Сапа бағалаудың негізгі технологиялары (ВОЗ сапасының компоненттері) және (Донабедиана үш тағаны) бағалау түрлерін айқындау принципі бойынша берілген жүйенің сапасын бағалаудың қатар қолданатын мүмкіндіктері талқыланады. Жалпыға бірдей сапа менеджменті технологияларымен айтылған екі компоненттерді толықтыру мүмкіндіктері көрсетілген.

Өзекті сөздер: наркологиялық көмек, сапаның мәні, сапаны бағалау технологиясы.

СТАЦИОНАРЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ЖҮЙКЕЛІК-ПСИХИКАЛЫҚ БҰЗЫЛЫМДАРЫНЫҢ ЖӘНЕ ҚЫЗБАЛЫҚ КҮЙІП КЕТУ СИНДРОМЫНЫҢ САҚТАНДЫРУ НЫСАНАЛАРЫ

Ю. А. Россинский, Н. В. Асланбекова

Бұл мақалада стационарлық бағыттағы дәрігерлердің жүйкелік-психикалық бұзылымдары мен қызбалық күйіп кету синдромының сақтандырылатын нысаналары қаралған. ҚКК пен аддиктивтік бұзылымдарды қосқанда, күйзеліс бұзылымдарына байланысты невротикалық тәуекел факторларына талдау келтіріледі. Келесі сақтандыру нысаналары айқындалған: сыртқы физикалық факторлар, ішкі психикалық факторлар және ішкі психикалық факторлар. Терапиялық араласумен патогенетикалық стратегия ұсынылды.

ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДЫ ҚОЛДАНУДЫҢ САЛДАРЫНАН ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ СОЛТҮСТІК-ШЫҒЫС АЙМАҚТАРЫНДАҒЫ СТАЦИОНАРЛЫҚ БАҒЫТТАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ПСИХИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ТӘРТІПТІК БҰЗЫЛЫМДАРЫ

Ю. А. Россинский, Н. В. Асланбекова

Берілген мақалада психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) қолданудың салдарынан Қазақстан Республикасының солтүстік-шығыс аймақтарындағы стационарлық бағыттағы дәрігерлердің зерттелетін контингенттер арасында психикалық және тәртіптік бұзылымдардың таралуына қатысты кросс-секциялық зерттеулерінің мәліметтері келтірілген. Сондай-ақ стационарлық бағыттағы дәрігердің аддиктивтік бұзылымдары мен еңбегінің ерекше жағдайының (операциялық қобалжушылық, десинхроноз, кәсіби эмоционалдық эмпатия) өзара байланысы қаралады. Кофеин, темекі, және алкоголь сияқты ПБЗ пайдаланудың негізгі дәлелдері суреттеледі. Сонымен бірге авторлар стационарлық бағыттағы дәрігерлердің алкогольді қолдануының кәсіби-бейімделу және псевдо-превентивтік сәйкестендірілген дәлелін бейнелейді.

ЕМХАНАЛЫҚ ОҢАЛТУ КЕЗЕҢІНДЕ ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРДАН ТӘУЕЛДІЛЕРДІҢ РЕЦИДИВКЕ ҚАРСЫ ТЕРАПИЯСЫНЫҢ НЕГІЗГІ АСПЕКТЛЕРІ

М. В. Прилуцкая

Мақалада психикалық заттардан тәуелділерді оңалтудың маңызды аспектілерінің бірі – рецидивтердің профилактикасы қаралған. Емханалық оңалту кезеңінде рецидивке қарсы терапияны іске асыру үшін жоспарлы және кешенді биопсихосолеуметтік әсер ету қажеттілігіне көңіл аударылған. Бұл бағдарламалардың басты жүйекүрушы компоненттері аталған. «Рецидив» және «кедергі» ұғымдары ашылған. Бұл проблемаға қатысты түрлі авторлардың көзқарастары ұсынылған.

СОЗЫЛМАЛЫ МАСКҮНЕМ АУРУЛАРҒА ГЕПАТИЛДІ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Т. А. Вострикова, Н. А. Нежинская

Гепатил, гипоаммиониемикалық препарат, наркологиялық ауытқушылықтан азап шегуші ауруларды кешенді емдеуде клиникалық және патогенетикалық дәлелденген және емделушілердің әлеуметтік бейімделуін арттыруда, алкогольді қатты және үнемі пайдаланған кездегі улану нышандарын азайтуда айқын ықпалын тигізеді.

АЛКОГОЛЬДІК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ БЕЛГІЛЕРІМЕН ҮНЕМІ МАСКҮНЕМДІК ЗАРДАБЫН ШЕГУШІ АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ ЦЕРАКСОН

Л. Б. Кузембаева, В. П. Павленко, Н. К. Успанов

Алкогольдің әрекетіне ең сезімтал орталық жүйке жүйесі. Этанол ОЖЖ белсенділігіне қысым көрсетеді, ол қатты улануда бақыланады. Ол үнемі әсер етеді. Сондықтан маскүнемдіктен зардап шегетін аурулардың 50-70% білу қабілеттілігінің (когнитивтік әлсіздік) орташа бұзылымдары байқалады. Ішімдіктен бас тарту (абстиненция) алғашқы бірнеше апта ағымында жартылай бұрынғы қалпына келтіргенімен, маскүнем аурулардың 20% түрлі дәрежедегі қиындықта тұрақты когнитивтік бұзылымдар бар - селективтік амнезиядан деменцияға дейін. Этанолдың ОЖЖ нейрондарына қысым көрсетуі жасушаның мембранасы мен рецепторлар және иондық өзектерге әсерінен болады. Цераксон мембрана мен жүйке жасушаларының органеллаларының маңызды компоненті болып табылады. Созылмалы алкогольдік уланудың нәтижесінде ОЖЖ зақымдануын емдеуде ол оң әрекет көрсетті. Цераксонмен емдеуді нейрпсихологиялық бақылау аурулардың барлық бес психологиялық әрекетінде позитивтік динамиканы айқындады: сана, кинатика, ауызша ассоциация және есеп. Цераксонды қолдану нәтижесінде сөйлеу-ойлау қабілетінің, сананың және рухани операцияларда көрсеткіштердің айқын жақсаруы байқалды, ол өз кезегінде емдеу нәтижесіне және созылмалы маскүнемдіктің ремиссиясының ұзақтығына жақсы әсер етеді.

ШИЗОИДТЫҚ РАДИКАЛДЫ КЕМЕЛІНЕ КЕЛГЕН ТҰЛҒАНЫҢ КОМОРБИДТІК БҰЗЫЛЫМДАРМЕН КӨП ТҮРЛІ НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ (ОПИОИДТАР, АЛКОГОЛЬ, КАННАБИНОИДТАР) ҮЙЛЕСУІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ

М. В. Прилуцкая, Н. В. Кумарова, Л. К. Барматина

Бұл мақалада жасы келген тұлғаның көп түрлі нашақорлық пен коморбидтік патологиясының клиникалық жағдайы бейнеленген. Екі психопатологиялық синдромның ауыру көрінісіне өзара әсер ету анықталған: психопатикалық және тәуелділіктің үлкен синдромы. Ішкі аурулардың дифференциалды диагностикасының қажеттілігін ашатын шизоидтық тұлғаның нашақорлық динамикасының ерекшеліктері көрсетіледі.

**БАТЫС-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫ БОЙЫНША СОТТЫҚ-НАРКОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМА
ӨТКЕН, МАСКҮНЕМДІК ПЕН НАШАҚОРЛЫҚПЕН АЗАП ШЕГУШІ АУРУЛАРДЫҢ
ӘЛЕУМЕТТІК-ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ**

Ю. А. Федулеев, Н. В. Минько, Р. С. Кужаев

Наркологиялық ауруларды әлеуметтік-демографиялық зерттеу психикалық және тәртіптік бұзылымдар (ПТБ) кезінде, опиоид қолданудың нәтижесінде қылмыстың басымдылығын көрсетеді.

Өзекті сөздер: әлеуметтік-демографиялық зерттеу, опиоид, қылмыстық.

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ПЕНИТЕНЦИАРЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ
НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ – МҰНАН ӘРІ ДАМУ ЖОЛЫ**

С. Н. Молчанов, А. З. Нургазина, О. Ю. Дробитько, Л. К. Барматина

Мақалада Қазақстан республикасының пенитенциарлық мекемелерінде наркологиялық көмек көрсетудің жаңа стандарттарын тезірек бекіту және тәжірибеге енгізу қажеттілігі негізделеді.

НАШАҚОР АУРУЛАРДЫ ӘЛЕУМЕТТІК ОҢАЛТУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Т. В. Пак

Мақалада МӘО стационарлық бағдарламаларында нашақор ауруларды әлеуметтік оңалтуды ұйымдастырудың міндеттері бейнеленген. Әлеуметтік оңалту бөлімшесі қызметтерінің басты принциптері ашылған. Мемлекеттік қазыналық кәсіпорын жағдайында әлеуметтік оңалтуды ұйымдастырудың проблемалары келтірілген. Нашақор ауруларды оңалтатын емдеудің тиімділігі мен ресоциализация сапасын зерттейтін катамнестикалық параметрлер суреттелген.

**«ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ НАРКОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫН БАСҚАРУ» ТАҚЫРЫБЫ
БОЙЫНША ТАҚЫРЫПТЫҚ ЖЕТІЛДІРУ БАҒДАРЛАМАСЫ ТУРАЛЫ**

А. Л. Катков

А. Л. Катковтың «Қазіргі кездегі наркологиялық көмектің сапасын басқару» тақырыбы бойынша тақырыптық жетілдіру бағдарламасы туралы» мақаласында мақаланың атына сай тақырыптық жетілдіру бағдарламасы ұсынылған. Наркологиялық көмек ұйымдастыру саласында қызмет жасайтын, мамандарды даярлау процесінің сапасын жоғарылату қажеттілігі негізделген. Барлық деңгейдегі басшылар үшін наркологиялық көмекті басқару сапасын арттыру мәселесі бойынша қосымша білім беру циклдерін дайындау және жүзеге асыру қажеттілігі дәлелденеді. Тақырыптық жетілдірудің талқыланған циклінің басты сипаттамасы келтіріледі.

Өзекті сөздер: басқару кадрлар, сапа менеджмені, ұйым, тақырыптық жетілдіру.

THE RESUME

FEATURES OF QUALITY MANAGEMENT OF THE SPECIALIZED NARCOLOGICAL HELP

A. L. Katkov

In clause «Features of quality management of the specialized narcological help» by Katkov A. L. the basic concepts of the general strategy of management of quality in system of the specialized narcological help are considered. In particular, the general principles on which the control system of quality of the modern narcological help is built are resulted; the basic purposes and problems register in sphere of quality management of the specialized help; the main concepts, making a control system of quality are considered in details: the organizational concept; the technological concept; the indicative concept. The classification and the maintenance of the basic stages of planning of quality of the specialized narcological help are resulted.

Keywords: the narcological help, quality, management.

ABOUT NEW APPROACHES TO QUALITY MANAGEMENT IN SYSTEM OF THE NARCOLOGICAL HELP

A. L. Katkov

In clause «About new approaches to quality management in system of the narcological help» by Katkov A. L. the data on technology of the General quality management and opportunities of use of the given technology in system of narcological help in the RK are resulted. Main principles TQM are considered in details. The interdependence of various spheres of the management united in technology TQM is shown. The conclusions concerning prospects of use of the given technology in system of narcological help in the RK are done.

Keywords: management, quality, system of the narcological help.

INTERRELATIONS OF QUALITY OF LIFE AND MENTAL HEALTH AT DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE

N. V. Aslanbekova

In the given clause interrelations of quality of life and mental health of doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan are considered. Parameters of results of the analysis of quality of life, prevalence of cases of addictive and psychological frustrations, including a syndrome of «emotional burning out» are resulted. The analysis of risk factors of occurrence of the neurotic frustration connected with stress, including SEV and addictive frustrations, has allowed authors to allocate following preventive targets: external physical factors; external mental factors and internal mental factors that has in turn allowed to develop pathogenetic strategy of therapeutic intervention.

QUALITY OF LIFE OF DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE OF NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN (SOCIAL ASPECT)

N. V. Aslanbekova, Y. A. Rossinsky

In the clause the results of a self-estimation of quality of life at doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan with accent on social aspect are considered. The results of the analysis of a self-estimation of parameters of following spheres - making the questionnaire of quality of life are resulted: «the Level of independence», «Social attitudes», «Environment», «Spiritual sphere». As authors give the results of comparison of the general parameters (average values) of all spheres - making the questionnaire of a self-estimation of quality of life.

**APPLICATION OF «THE WAY OF DIAGNOSTICS OF STRONG-WILLED FRUSTRATIONS»
IN RESEARCH OF THE MOTIVATIONAL SPHERE DEPENDENT ON PEAHENS**

E. B. Bajkenov

In the present clause the interrelation of strong-willed processes with processes of motivation is considered, on the basis of what the opportunity of application of «the Way of diagnostics of a degree of expressiveness of strong-willed frustrations» (by Shostakovich B. V., Gorinov V. V., Perezhugin L. O., 2001) for research of motivational sphere of drug-dependent people is discussed.

FEATURES OF QUALITY MANAGEMENT IN THE SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES

A. L. Katkov

In clause «Features of quality management in the system of public health services» by Katkov A. L. two most known systems of an estimation of quality in public health services are considered: 1) components of quality of IOHS; 2) a triad of quality of Donabedian. Opportunities of overlapping of the given systems of an estimation of quality by a principle of definition of a subject of a such estimation (triad Donabedian) and the basic technologies of an estimation of quality (components of quality of IOHS) are discussed. The opportunity of addition of two named components is shown by technologies of the General quality management.

Keywords: the narcological help, a subject of quality, technology of an estimation of quality.

**PREVENTIVE TARGETS OF PSYCHOLOGICAL FRUSTRATION AND SYNDROME OF
EMOTIONAL BURNING OUT AT DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE**

Y. A. Rossinsky, N. V. Aslanbekova

In the given clause preventive targets of psychological frustration and a syndrome of emotional burning out at doctors of a stationary structure are considered. The analysis of risk factors of the neurotic frustrations of preventive targets are allocated: external physical factors, external mental factors and internal mental factors. Pathogenetic strategy of therapeutic intervention is offered.

**MENTAL AND BEHAVIOURAL FRUSTRATIONS AT DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE
OF NORTHEAST REGION OF THE REPUBLIC KAZAKHSTAN OWING TO THE USE OF PSYCHO-
ACTIVE SUBSTANCES**

Y. A. Rossinsky, N. V. Aslanbekova

In the given clause the data of cross-country-section of research of doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan concerning prevalence of the mental and behavioural frustrations which have arisen owing to the use of psycho-active substances (PEAHENS), among the investigated contingent are cited. Also interrelations of prevalence of addictive frustrations and specific working conditions of the doctor of a stationary structure (operational intensity, desincronoz, professional emotional empathy) are considered. The basic motives of the use of such PEAHENS, as caffeine, tobacco and alcohol are described. The authors also describe professional-adapting and pseudo - preventive motivation of the use of alcohol by doctors of a stationary structure identified by them.

THE BASIC ASPECTS OF ANTI-RELAPSE THERAPIES DEPENDENT ON PSYCHO-ACTIVE SUBSTANCES AT A STAGE OF OUT-PATIENT REHABILITATION

M. V. Prilutskaya

In the clause one of the major aspects of rehabilitation dependent on psycho-active substances - preventive maintenance of relapses is considered. It is brought to a focus of necessities of systematic and complex biopsychosocial influence for realization of anti-relapse therapies to a stage of out-patient rehabilitation. The basic system-making components of the given programs are considered. Concepts «relapse» and «failure» are revealed. The views of various authors at this problem are presented.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF HEPATIL AT PATIENTS WITH CHRONIC ALCOHOLISM

T. A. Vostrikova, N. A. Nezhinskaya

Hepatil, the hypoammonic preparation, is clinically and pathogenetically justified in complex treatment of the patients, suffering by a narcological pathology, and renders the expressed influence on increase of social adaptation of such patients, removing symptoms of an intoxication at the sharp and chronic use of alcohol.

CERACSON IN TREATMENT OF THE PATIENTS, SUFFERING THE CHRONIC ALCOHOLISM WITH DISPLAYS OF ALCOHOLIC ENCEPHALOPATHY

L. B. Kuzembaeva, V. P. Pavlenko, N. K. Uspanov

The central nervous system is the most sensitive to the action of alcohol. Ethanol oppresses the activity of CNS, as is observed at sharp intoxications. Moreover, it causes chronic effects. So, at 50-70 % of the patients, suffering the alcoholism observes the moderate frustration of cognitive ability (cognitive weakness). Though the refusal of the use of alcohol (abstinence) leads to partial restoration within the several first weeks, about 20 % sick of alcoholism have steady cognitive frustration of a various degree of weight - from a selective amnesia up to dementia. The oppressing action of ethanol on the neurons of CNS occurs due to the action on cellular membranes and infringements of functions of receptors and ionic channels. Ceracson is the important component of membranes and organelles of nervous cells. It has shown a positive action at treatment of damages of CNS as a result of a chronic alcoholic intoxication. The neuropsychological control of treatment of Ceracson has revealed positive dynamics in all five spheres of mental activity of patients: attention, memory, kinetics, verbal associations and the account. As a result of application of Ceracson the distinct improvement in parameters of oral-cogitative activity, memory and intellectual operations was observed, that in its turn renders the beneficial effect on productivity of treatment and duration of remission of the chronic alcoholism.

THE CLINICAL CASE OF A COMBINATION OF POLYNARCOTISM (OPIOIDS, ALCOHOL, KANNABINOIDS) WITH COMORBIDE FRUSTRATION OF THE MATURE PERSON OF SCHIZOID RADICAL

M. V. Prilutskaya, N. V. Kumarova, L. K. Barmatina

In the given clause the clinical case of a combination of polynarcotism and comorbide pathologies of the mature person is described. The mutual influence on a picture of disease of two psychopathological syndromes is revealed: the big syndrome of dependence and psychopathic. The features of dynamics of a narcotism at a schizoid person, opening the necessity of differential diagnostics with the endogenous disease are shown.

**THE SOCIALLY-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTIC OF THE PATIENTS, SUFFERING
THE ALCOHOLISM AND THE NARCOTISM, PASSED THE JUDICIAL-NARCOLOGICAL
EXAMINATION ON THE WEST-KAZAKHSTAN AREA**

Y. A. Feduleev, N. V. Minko, R. S. Kuzhaev

The social-demographic research of narcological diseases shows the prevailing criminal situation at mental and behavioural frustrations (MBF), as a result of the use of opioids.

Keywords: social-demographic research, opioid, criminal situation.

**THE RENDERING OF THE NARCOLOGICAL HELP IN PENITENTERIAN ESTABLISHMENTS OF
THE REPUBLIC KAZAKHSTAN - THE FURTHER WAY OF DEVELOPMENT**

S. N. Molchanov, A. Z. Nurgazina, O. Y. Drobitko, L. K. Barmatina

The necessity of the quick improvement and the introduction into practice of new standards of rendering of the narcological help in penitenterian establishments of the Republic Kazakhstan is discussed.

THE ORGANIZATION OF SOCIAL REHABILITATION OF THE SICK WITH NARCOTISM

T. V. Pak

In the clause the problems of the organization of social rehabilitation of the sick with narcotism in stationary programs MSR are reflected. The main principles of activity of the branch of social rehabilitation are opened. The problems of the organization of social rehabilitation in conditions of the state of a public enterprise are resulted. The catamnestic parameters are described by means of which the efficiency of rehabilitation treatment and quality of resocialization of the sick with narcotism are investigated.

**ABOUT THE PROGRAM OF THEMATIC IMPROVEMENT ON THE THEME:
«QUALITY MANAGEMENT OF THE MODERN NARCOLOGICAL HELP»**

A. L. Katkov

In clause «About the program of thematic improvement on the theme: «Quality management of the modern narcological help» by Katkov A. L. the program of the thematic improvement corresponding the name of the clause is represented. The necessity of improvement of quality of the process of preparation of the experts operating in sphere of the organization of the narcological help is proved. The necessity of development and realization of cycles of additional formation concerning improvement of quality of management by the narcological help for heads of all levels is proved. The basic characteristics of a discussed cycle of thematic improvement are resulted.

Keywords: the administrative staff, quality management, the organization, thematic improvement.

БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ «ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА» ЗА 2008 ГОД

Редакторские статьи

Катков А. Л. Концепция и проект Закона Республики Казахстан «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», Том 8, № 1, 2008

Катков А. Л. Методология внедрения Всеобщего менеджмента качества (TQM) в систему наркологической помощи Республики Казахстан, Том 8, № 2, 2008

Катков А. Л. Особенности управления качеством специализированной наркологической помощи, Том 8, № 4, 2008

Катков А. Л., Аманова Ж. Ш., Юсопов О. Г., Байкенов Е. Б. Социальные аспекты противодействия распространению наркотической зависимости в Республике Казахстан, Том 8, № 3, 2008

Программные материалы

Катков А. Л. О новых подходах к управлению качеством в системе наркологической помощи, Том 8, № 4, 2008

Фундаментальные исследования

Асланбекова Н. В. Взаимосвязи качества жизни и психического здоровья у врачей стационарного профиля, Том 8, № 4, 2008

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), Том 8, № 3, 2008

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), Том 8, № 3, 2008

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), Том 8, № 3, 2008

Асланбекова Н. В., Россинский Ю. А. Качество жизни врачей стационарного профиля Северо-Восточного региона Казахстана (социальный аспект), Том 8, № 4, 2008

Байкенов Е. Б. Применение способа диагностики волевых расстройств в исследовании мотивационной сферы зависимых от психоактивных веществ (ПАВ), Том 8, № 4, 2008

Катков А. Л. Особенности управления качеством в системе здравоохранения, Том 8, № 4, 2008

Россинский Ю. А., Асланбекова Н. В. Взаимосвязи аддиктивных расстройств и психического здоровья среди врачей стационарного профиля Северо-восточного региона Казахстана, Том 8, № 3, 2008

Россинский Ю. А., Асланбекова Н. В. Превентивные мишени нервно-психических расстройств и синдрома эмоционального выгорания у врачей стационарного профиля, Том 8, № 4, 2008

Россинский Ю. А., Асланбекова Н. В. Психические и поведенческие расстройства у врачей стационарного профиля северо-восточного региона Республики Казахстан вследствие употребления психоактивных веществ, Том 8, № 4, 2008

Профилактика и реабилитация

Абзалова Р. А., Шарapatова К. Г. Алкоголь и образ жизни школьника, Том 8, № 2, 2008

Азанова Б. А., Шынтаева Б. У., Калиева А. К. Техники нейролингвистического программирования в программах медико-социальной реабилитации, Том 8, № 2, 2008

Аманова Ж. Ш. Социально-психологический тренинг в программе медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, Том 8, № 3, 2008

Ахметова Т. М., Кульшарипова З. К., Хусаинова Т. А. Детский алкоголизм и наркомания как социально-педагогическая проблема, Том 8, № 1, 2008

Байкенов Е. Б. Вопросы повышения качества психологического консультирования в программах МСР, Том 8, № 3, 2008

Винокурова Т. О., Ракишева А. С., Тлеубаева Ш. М. О роли социальных последствий алкоголизма и наркомании, Том 8, № 1, 2008

Жаныбеков С. Д., Онгарова В. Н., Брыжахина Ж. Д., Елеусизова Л. Ж., Шаймарданов Е. К., Шпаковский А. И. О социальных и психологических факторах, формирующих зависимость к психоактивным веществам (эпизодическое употребление), Том 8, № 1, 2008

Кулунбаева А. А., Кабанен О. В., Бектемиров Ж. К. Роль социальных факторов в генезе наркомании, Том 8, № 1, 2008

Кулунбаева А. А., Кабанен О. В., Бектемиров Ж. К. Формы психологических защит у наркологических больных, Том 8, № 1, 2008

Молчанов С. Н., Нургазина А. З., Дробитько О. Ю., Кокпенов С. Ж., Тотина И. К., Ахметжанова С. К. Терапевтическое сообщество как метод реабилитации наркологических больных, Том 8, № 1, 2008

Нургазина А. З., Молчанов С. Н., Дробитько О. Ю., Тотина И. К., Ахметжанова С. К. Критерии и особенности созависимости, Том 8, № 1, 2008

Пак Т. В., Молчанов С. Н., Асланбекова Н. В., Ермолаев О. В. Основные подходы и принципы социальной реабилитации лиц с наркотической зависимостью, Том 8, № 1, 2008

Прилуцкая М. В. Исследование этнокультуральных аспектов формирования алкогольной зависимости в подростковом возрасте, Том 8, № 3, 2008

Прилуцкая М. В. Основные аспекты противорецидивной терапии зависимых от психоактивных веществ на этапе амбулаторной реабилитации, Том 8, № 4, 2008

Юсопов О. Г. Планирование лечения, работа с индексом тяжести аддикции и мотивационное интервьюирование зависимых от ПАВ на этапах МСР, Том 8, № 3, 2008

Юсопов О. Г., Мусабекова Ж. К. Основные аспекты изучения отношения к психоактивным веществам детей младшего и старшего школьного возраста, Том 8, № 2, 2008

Клиника

Айтбаев Д. К., Сыздыков С. В., Арабок И. А., Жалтыров Р. Л., Жакупова Д. А., Кожанов К. Б., Айтбаева Д. Д., Мейрханов Н. К. Клинический анализ краш-синдрома с летальным исходом у наркозависимого больного, Том 8, № 1, 2008

Айтбаев Д. К., Сыздыков С. В., Амренова С. Т., Арабок И. А., Жалтыров Р. Л., Жакупова Д. А., Кожанов К. Б., Мейрханов Н. К., Айтбаева Д. Д. Случаи успешной консервативной терапии множественных абсцессов головного мозга у наркозависимой больной, Том 8, № 1, 2008

Байкенов Е. Б. Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых, Том 8, № 3, 2008

Бредихина Е. В. Исследование качества жизни лиц, зависимых от опиоидов находящихся на свободе и в местах лишения свободы, Том 8, № 3, 2008

Винокурова Т. О., Ракишева А. С. Психотерапия зависимости от кокаина, Том 8, № 1, 2008

Вострикова Т. А., Нежинская Н. А. Опыт применения Гепатила у больных с хроническим алкоголизмом, Том 8, № 4, 2008

Жаныбеков С. Д., Сулейменова С. Д., Брыжахина Ж. Д., Елеусизова Л. Ж., Шаймарданов Е. К., Кусаинов К. Т. Клинические аспекты у лиц, страдающих опиоидной (героиновой) зависимостью, Том 8, № 1, 2008

Жаныбеков С. Д., Сулейменова С. Д., Онгарова В. Н., Брыжахина Ж. Д., Елеусизова Л. Ж., Шаймарданов Е. К. Некоторые клинические особенности абстинентного синдрома у женщин с алкогольной зависимостью, Том 8, № 1, 2008

Кабанен О. В., Кулунбаева А. А., Бектемиров Ж. К., Винокурова Т. О. Неотложные состояния в наркологии, Том 8, № 1, 2008

Кабанен О. В., Кулунбаева А. А., Тлеубаева Ш. М. Применение нейролептиков в наркологической практике, Том 8, № 1, 2008

Каражанова А. С., Сексенова Ж. Х., Нургазина А. З., Сагындыкова Б. Б., Бауэр Ю. В., Явонова Г. И., Найденов А. И. Опыт применения антаксона в амбулаторных условиях с целью противорецидивной терапии пациентов с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления препаратов группы опия, Том 8, № 3, 2008

Кузембаева Л. Б., Павленко В. П., Успанов Н. К. Цераксон в лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии, Том 8, № 4, 2008

Кузембаева Л. Б., Успанов Н. К., Имандосова С. Б. Глиатилин в лечении больных, страдающих хроническим алкоголизмом с проявлениями алкогольной энцефалопатии, Том 8, № 1, 2008

Кусаинов А. А. Дифференцированные подходы к лечению в программе МСР, Том 8, № 3, 2008

Лаврентьев О. В. Перспективы применения препарата Респидон-3 в наркологической практике, Том 8, № 2, 2008

Лаврентьев О. В., Сарсенова А. Д., Саидов Т. У., Рахменшеев С. К. Соматоневрологические нарушения при алкоголизме, Том 8, № 2, 2008

Нурмуқанов Д. К., Ильдербаев О. З., Джандыбаев А. Т., Мамырбекова Н. Р., Калиев А. Б., Акмай А. О., Касымбеков М. К. Влияние пенитенциарного стресса на иммунологические параметры у наркологических больных и иммунотерапия рекомбинантными интерферонами – альфа - 2, Том 8, № 2, 2008

Прилуцкая М. В., Кумарова Н. В., Барматина Л. К. Клинический случай сочетания полинаркомании (опиоиды, алкоголь, каннабиноиды) с коморбидным расстройством зрелой личности шизоидного радикала, Том 8, № 4, 2008

Рамм А. Н., Башилов В. В., Иманбердиев Н. А., Лаврентьев О. В. Проект протокола диагностики и лечения зависимости от инъекционных кустарно изготавливаемых психостимуляторов, Том 8, № 1, 2008

Рамм А. Н., Кусаинов А. А., Башилов В. В. Влияние профилактики интрагоспитальной наркотизации на показатели ремиссии (опыт применения препарата «Антаксон» на базе РНПЦ МСПН), Том 8, № 2, 2008

Садвакасова Г. А. Особенности формирования зависимости от опиоидов у женщин, проживающих в Республике Казахстан, Том 8, № 3, 2008

Сарсенова А. Д., Миронова Е. Н., Бактыбаева Л. Б., Лаврентьев О. В. Особенности терапии психических нарушений при наркотической зависимости, Том 8, № 2, 2008

Федулеев Ю. А., Минько Н. В., Кужаев Р. С. Социально-демографическая характеристика больных, страдающих алкоголизмом и наркоманией, прошедших судебно-наркологическую экспертизу по Западно-Казахстанской области, Том 8, № 2, 2008

Организация наркологической помощи

Винокурова Т. О., Ракишева А. С., Загребельный Н. Ф. Судебно-наркологическая экспертиза лиц, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, в гражданском процессе, Том 8, № 1, 2008

Гаськов А. П., Ковина Т. Г., Кошегулова Р. М., Россинский Ю. А. О вопросах качества ведения врачебной документации в системе наркологической помощи, Том 8, № 1, 2008

Даневич В. Н., Каиргельдинова Ж. Н., Гарилев В. В., Шынтаева Б. У., Калиева А. К. Эффективность стационарного лечения больных героиновой наркоманией, Том 8, № 2, 2008

Каражанова А. С., Джаксыбеков М. А., Бектаева Г. Т., Назырова Ф. Ш., Жаксылыкова М. Х., Мухаметжанов О. М., Калиева А. Т., Гуторова Т. А. Проект протокола специализированной медицинской помощи пациентам, зависимым от алкоголя в условиях принудительного лечения сроком на 6-24 месяца, Том 8, № 3, 2008

Каражанова А. С., Барматина Л. К., Жаксылыкова М. Х., Мухаметжанов О. М., Гловацкий В. В., Найденов А. И., Гуторова Т. А. 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, Том 8, № 3, 2008

Лаврентьев О. В. Мониторинг наркологической ситуации в Республике Казахстан, Том 8, № 2, 2008

Лаврентьев О. В., Ковина Т. Г., Мирошниченко Н. Е. Основные выводы и результаты мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан в 2007 году, Том 8, № 3, 2008

Молчанов С. Н., Нургазина А. З., Дробитько О. Ю., Барматина Л. К. Оказание наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях Республики Казахстан – дальнейший путь развития, Том 8, № 4, 2008

Пак Т. В. Организация социальной реабилитации больных наркоманией, Том 8, № 4, 2008

Пак Т. В., Молчанов С. Н., Асланбекова Н. В., Смаков С. Б. Об оказании платных медицинских услуг, в том числе по социально-реабилитационному профилю, Том 8, № 1, 2008

Рамм А. Н., Кусаинов А. А. Отделение психотерапии и медикаментозной коррекции, как первый этап медико-социальной реабилитации, Том 8, № 2, 2008

Информация и обзоры

Азанова Б. А., Винокурова Т. О., Ракишева А. С., Загребельный Н. Ф., Тотина И. К., Ахметжанова С. К. Исследование динамики клинических проявлений опийной зависимости на этапе социальной реадaptации (литературный обзор), Том 8, № 1, 2008

Информация о мониторинге второго уровня, Том 8, № 3, 2008

Катков А. Л. О программе тематического усовершенствования по теме: «Управление качеством современной наркологической помощи», Том 8, № 4, 2008

Рамм А. Н. Этиопатогенетический подход к медикаментозному лечению фенилпропаноламиновой наркомании (обзор литературы), Том 8, № 1, 2008

Шайкенов М. Т., Жолымбеков П. К., Оразбеков Д. К. Стадоловая наркомания, Том 8, № 1, 2008