
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

Том V № 3

2005

Павлодар

Редакционная коллегия:

д.м.н. С.А.Алтынбеков (главный редактор); профессор, д.ю.н. Н.М.Абдиров;
к.м.н. Г.Х.Айбасова; 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; профессор,
д.м.н. А.Л.Катков; д.м.н. С.А.Нурмагамбетова; академик РАМН В.Я.Семке;
А.К.Тастанова; к.м.н. А.Ю.Толстикова; профессор А.А.Чуркин

Редакционный совет:

А.А.Аканов (Астана); Ю.В.Валентик (Москва); Е.А.Досаев (Астана); 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); Х.А.Сагын (Астана); В.В.Соложенкин (Бишкек);
Л.А.Степанова (Томск); М.З.Таргакова (Алматы); 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 (3182) 57-29-40
E-mail: neovitae@pisem.net**

ВОПРОСЫ НАРКОЛОГИИ КАЗАХСТАНА

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ
КАЗАХСТАН**

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

**Том V
№ 3
2005 год**

**выходит
4 раза в год**

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

- Грузман А. В.*
Протоколы лечения психических и поведенческих расстройств вследствие употребления опиоидов в различные периоды опиоидной зависимости. Фармакологический подход. 7-9
- Катков А.Л., Василенко И.В.*
Основные положения концепции первичной наркологической помощи, реализуемой в программах снижения вреда 10-13
- Россинский Ю. А., Гафарова Н. В.*
Правовые и институциональные документы в сфере профилактики, лечения наркомании и ВИЧ/СПИД в Республике Казахстан 13-25

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- Алимов У. Х., Абетова А. А.*
Некоторые особенности вегетативной нервной системы у больных героиновой наркоманией 26
- Марашева А. А.*
Особенности формирования свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста 27-29

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Владимирова Н. Г.*
Проблема изучения психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у детей 30-34
- Грузман А.В.*
Разработка эффективного медикаментозного метода противорецидивной терапии при опиоидной наркомании в рамках вторичной профилактики (предварительное сообщение) 35-38
- Марашева А. А.*
Диагностический аспект концепции антинаркотической устойчивости – психологического здоровья у детей младшего школьного возраста 38-44

КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

- Адылов Д. У.*
Терапия алкоголизма в целительской практике 45-49
- Адылов Д. У., Камчибеков Э. Б.*
Терапия инсомнии у больных с героиновой зависимостью в подостром периоде 49-51



<i>Адылов Д. У., Маткеримов Т. Ж.</i>	
Мишени психотерапии у больных с зависимостью	51-54
<i>Василенко И.В., Катков А.Л.</i>	
Сравнительный анализ динамики основных психопатологических проявлений и социальной динамики в группах пациентов с опиоидной зависимостью, дифференцированных по моделям оказания первичной наркологической помощи	55-56
<i>Катков А.Л., Василенко И.В.</i>	
Сравнительная динамика формирования ремиссий в группах пациентов с опиоидной зависимостью, дифференцированных по основным моделям оказания наркологической помощи	56-57
<i>Кудайбергенова А. С.</i>	
Влияние Сермиона методом электроэлиминации на церебральную гемодинамику у больных в отдаленном периоде сотрясения головного мозга	57-59

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

<i>Ахаев С.К.</i>	
Анализ работы пункта доверия для наркозависимых по г. Павлодару	60-61
<i>Джампеисов Е. А.</i>	
Из опыта работы подростковой службы Восточно-Казахстанского областного наркологического диспансера	61-63
<i>Катков А.Л., Василенко И.В.</i>	
Практические аспекты организации комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи	63-75
<i>Нуралиев Б. Ж., Гафарова Н. В., Россинский Ю. А.</i>	
Система мониторинга проблемы наркомании и ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан	75-78
<i>Топол А.В.</i>	
Динамика выявленной заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в Шахтинском регионе	79

ИНФОРМАЦИЯ

<i>К 80-летнему юбилею М.Х.Гонопольского</i>	80-81
<i>Топол А.В.</i>	
Факты о табаке	82
<i>Резюме</i>	83-88

VOPROSY NARCOLOGYI KAZAKHSTANA

TABLE OF CONTENTS

PROGRAM MATERIALS

FOUNDERS:

**THE MINISTRY OF
HEALTH OF
KAZAKHSTAN**

- Gruzman A.V.*
Reports of treatment of mental and behavioral disorders
owing to the use of opioids in the various periods of
opioid dependence. The pharmacological approach. 7-9
- Katkov A.L., Vasilenko I.V.*
Substantive provisions of the concept of the initial
narcological aid realized in harm reduction programs 10-13
- Rossinsky Ju.A., Gafarova N.V.*
Legal and institutional documents in sphere of
prevention, treatment of drug addiction and the HIV/
AIDS in Republics of Kazakhstan 13-25

BASIC RESEARCHES

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

- Alimov U.H., Abetova A.A.*
Some features of vegetative nervous system at patients
with thebaic addiction 26
- Marasheva A.A.*
Features of formation of properties of antinarcotic
resistance at children of younger school age 27-29

PREVENTION AND REHABILITATION

- Vladimirova N.G.*
Problem of studying of psychological health -
antinarcotic resistance at children 30-34
- Gruzman A.V.*
Development of an effective medicamentous method of
antirecurrent therapies at thebaic addictions within the
framework of secondary preventive maintenance (the
Preliminary message) 35-38
- Marasheva A.A.*
Diagnostic aspect of the concept of antinarcotic
resistance - psychological health at children of younger
school age 38-44

CLINIC, TREATMENT

**Volume V
№ 3
2005**

- Adylov D.U.*
Therapy of alcoholism in medicinal practice 45-49
- Adylov D.U., Kamchibekov E.B.*
Therapy of insomnia at patients with heroin dependence
in subacute period 49-51
- Adylov D.U., Matkerimov T.Z.*
Targets of psychotherapy at patients with dependence 51-54

**Published
4 times in a year**

<i>Vasilenko I.V., Katkov A.L.</i> The comparative analysis of dynamics of the basic psychopathological displays and social dynamics in groups of patients with thebaic dependence, differentiated on models of rendering of an initial narcological aid	55-56
<i>Katkov A.L., Vasilenko I.V.</i> Comparative dynamics of formation of remissions in groups of patients with thebaic dependence, differentiated on models of rendering of an initial narcological aid	56-57
<i>Kudaibergenova A.S.</i> Influence of Sermion by electro-elimination method on cerebral hemodynamics at patients in the remote period of brain concussion	57-59

ORGANIZATION OF A NARCOLOGICAL SERVICE

<i>Ahaev S.K.</i> The analysis of work of trust point for drug addicts in Pavlodar	60-61
<i>Dzhampeisov E.A.</i> From an operational experience of teenage service of the East Kazakhstan regional narcological clinic	61-63
<i>Katkov A.L., Vasilenko I.V.</i> Practical aspects of the organization of complex harm reduction programs - an initial narcological aid	63-75
<i>Nuraliev B.Z., Gafarova N.V., Rossinsky Ju.A.</i> System of monitoring of a problem of drug addiction and HIV/AIDS in Republic of Kazakhstan	75-78
<i>Topol A.V.</i> Dynamics of the revealed disease of alcoholism and alcoholic psychoses in Shahtinsk region	79

INFORMATION

<i>By M.H.Gonopolsky's 80-years anniversary</i>	80-81
<i>Topol A.V.</i> The facts about tobacco	82
<i>Summaries</i>	83-88

ПРОГРАММНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ОПИОИДОВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД.

А. В. Грузман

г. Павлодар

В терапии психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением опиатов, приходится в основном сталкиваться с лечением острой интоксикации (частые передозировки), купированием опиоидного абстинентного синдрома, лечением постабстинентного состояния, в структуру которого входят личностные и поведенческие нарушения, тесно связанные с синдромом зависимости. Проводится коррекция соматоневрологических последствий интоксикации. Практически не встречаются психотические нарушения, связанные с употреблением опиатов, выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, судорожный синдром. Когнитивные нарушения, которые могут встречаться у опиоидных наркоманов, обусловлены либо выраженными астеническими явлениями, либо энцефалопатией, вызванной интоксикацией примесями к потребляемому наркотику или сочетанным употреблением с другими психоактивными веществами. Судорожный синдром может встречаться лишь при передозировке некоторых синтетических опиоидов, например трамадола.

1 этап - детоксикация.

1. Лечение острой передозировки опиатами.

Передозировка опиатами является критическим медицинским состоянием, для которого характерны угнетение дыхания, миоз и кома. У больного с тяжелой интоксикацией имеется выраженная брадикардия и (или) гипотензия. Помимо поддержки дыхательной функции, средством первого выбора является налоксон в дозе 0,4 - 0,8 мг внутривенно (0,01 мг/кг) медленно в течение 5 минут. Повторная доза составляет 0,4 мг внутривенно или 0,4 - 0,8 мг подкожно. Вводят налоксон ежечасно, пока больной не придёт в сознание. Налоксон выпускается по 0,4 мг в 1 ампуле. Этот препарат прямой антагонист опиатов, который препятствует кардиореспираторному угнетению и может привести пациента в сознание в считанные секунды.

При лечении налоксоном необходимо помнить следующее:

- Период полувыведения налоксона меньше, чем у большинства опиоидов. Поэтому пациент нуж-

дается в продолжительном наблюдении и, возможно, во введении дополнительной дозы после того, как он уже пришел в сознание. Это особенно важно, если была передозировка длительно действующими препаратами – метадон, пентазоцином или левометадиллом.

Из-за возможности длительного действия опиатов при передозировке не следует отпускать больных из стационара сразу после начальной реакции на налоксон. Их необходимо наблюдать, по крайней мере, в течение 24 часов.

2. Купирование абстинентного синдрома.

Длительность острого периода опиоидного абстинентного синдрома составляет чаще всего от 7 до 10 дней. Опиоидный абстинентный синдром отличается тяжестью и требует взвешенного медицинского подхода к его купированию.

- При детоксикации использовать в качестве стандартной схемы следующее сочетание препаратов: клонидин (0,45 - 0,9 мг/сутки) в сопровождении преднизолона (5 - 15 мг/сутки), диазепам (30 - 60 мг/сутки), трамадол (400 - 500 мг/сутки, в тяжелых случаях до 600 мг). Курс лечения трамадолом в таких дозах не должен превышать 5 дней с последующей постепенной отменой по 100 мг в сутки.*

- Если абстинентный синдром сопровождается выраженными поведенческими, аффективными расстройствами и выраженным влечением к наркотику, то, дополнительно к описанной схеме, предлагаются определенные дифференцированные подходы.

При преобладании взрывчатости, возбудимости, брутальности, компульсивного и импульсивного компонента влечения препаратами выбора являются хлорпромазин (аминазин) 50 - 200 мг/сутки, галоперидол (5 - 15 мг/сутки), левомепромазин (тизерцин) 50 - 100 мг/сутки.

При преобладании в клинике тревоги, подавленности, апатии, депрессии препаратом группы выбора может быть рисперидон (рисполепт) 4 - 6 мг/сутки (в таблетированной форме и форме раствора).

- Для купирования диссомнических расстройств возможно применение 0,5% раствора ди-

* Кроме описанной схемы детоксикации с применением клонидина, существуют схемы с изолированным использованием фенотезапа или карбамазепина. Однако ввиду того, что эти схемы недостаточно апробированы, то они не могут быть рекомендованы в качестве стандартных схем для лечения абстинентных состояний при опиоидной наркомании

зепамы (4 - 6 мл/сутки), 20% раствора оксibuтирата натрия (10 - 20 мл/сутки). В качестве дополнительных средств возможно дополнительное назначение нейролептиков левомепромазин (тизерцин) или клозапин (азалептин) в дозах до 50 мг на ночь.

- При выраженном болевом синдроме, в тех случаях, когда трамадол в дозе 400 - 500 мг в сутки не снимает болевых проявлений или болевые проявления отмечаются более чем 5 дней целесообразно добавление к лечению нестероидных противовоспалительных средств. Кетопрофен (кетонал) до 100-200 мг в сутки, диклофенак до 150 мг в сутки, лорниксикам (ксефокам) до 24 мг в сутки и др.

- Назначение пролонгированных форм нейролептиков в абстинентном периоде нецелесообразно из-за опасности усугубления интоксикационных проявлений.

- Abortивные методики купирования абстинентных состояний. К ним относится ускоренная опиоидная детоксикация, ЭСТ — электросудорожная терапия, атропино-коматозная, инсулинокоматозная терапия. Эти методы, хотя и описываются в литературе, но их проведение часто сопровождается возникновением тяжелых осложнений. Кроме того, эти методы воспроизводимы не во всех лечебных учреждениях наркологического профиля и требуют наличия реанимационного оснащения и реанимационно - анестезиологической подготовки медицинского персонала. Поэтому, оставаясь в арсенале лечения, они не могут быть рекомендованы в качестве рутинных методик.

- Купирование абстинентного синдрома по принципам заместительной терапии в Республике Казахстан не проводится.

Состояние отмены опиоидов в большинстве своём представляет собой ургентное клиническое состояние, требующее стационарного лечения в специализированных наркологических отделениях.

II этап - коррекция поведенческих, психических и соматоневрологических нарушений в постабстинентном периоде.

Постабстинентный период делится на ранний постабстинентный период, который длится в течение 30 дней после купирования абстинентных расстройств и поздний постабстинентный период, длительность которого может достигать до 12 месяцев. Коррекция расстройств характерных для постабстинентного периода в зависимости от тяжести их проявлений возможна как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

На втором этапе терапевтической коррекции подвергаются в основном психические, поведенческие и соматоневрологические и расстройства характерные для раннего постабстинентного периода.

Закономерным проявлением этого периода является обострение влечения к наркотику после минования пика абстинентного синдрома (псевдоаб-

стинентный синдром). Клинически это проявляется поведенческими нарушениями различного регистра — от астенодепрессивного синдрома, тревожности до выраженной дисфории с внешне немотивированным отказом от дальнейшего лечения, агрессией по отношению к окружающим больным и медперсоналу.

- С целью профилактики обострения патологического влечения рекомендовано назначение, сразу после купирования острых абстинентных проявлений, рисперидона (рисполепт) 1- 4 мг/сутки в таблетированной форме и форме раствора. Курс 4-8 недель.

- При компульсивном варианте влечения препаратами выбора являются нейролептики хлопромазин (аминазин), галоперидол в дозах, указанных выше, клозапин (азалептин) 100 - 200 мг в сутки, а также "корректор поведения" перициазин (неулептил) в дозах до 40 мг в сутки. Курс 2 - 4 недели.

- Применение антидепрессантов патогенетически наиболее оправданно для лечения obsessивного компонента патологического влечения. Препаратами выбора здесь являются антидепрессанты, обладающие седативным действием: кломипрамин, флувоксамин, сертралин, амитриптилин в среднесуточных дозировках. Антидепрессанты также используются для купирования аффективных расстройств. Курс 4 - 8 недель. Учитывая, что клиническое действие антидепрессантов развивается через 10 - 14 дней от начала приёма, то на это время целесообразно их сочетание с нейролептиками, обладающими седативными свойствами.

- Для купирования патологического влечения, в структуре которого доминируют дисфорические расстройства, традиционно используются и противосудорожные средства, обладающие нормотимическим действием карбамазепин в дозе 400 - 600 мг/сутки; вальпроат натрия в дозе 450 - 900 мг/сутки. Курс 2 - 4 недели. Однако следует помнить, что противосудорожные препараты, путём ингибирования или активации печеночных ферментов, могут заметно изменять концентрацию других психотропных препаратов. Поэтому последствием сочетанного применения этих препаратов в больших дозах может быть усиление побочного действия и токсических реакций, присущих как противосудорожным, так и другим психотропным препаратам.

При преобладании астенических и апатических проявлений препаратами выбора являются сульпирид (эглонил) в дозах до 150 мг в сутки, мелипрамин 25 - 150 мг/сутки, флуоксетин 20 - 40 мг/сутки. Курс 4 - 8 недель. В этих случаях также показаны ноотропы и адаптогены. Пироцетам в средних суточных дозах 0,8 - 2,4 г, фенибут в дозе 1,5 г/сутки, оказывающий седативное и ноотропное действие, пантогам в той же дозе, инстенон по 1 таблетке 3 раза в день, танакан по 1 таблетке 3 раза в день. Ноотропы назначают курсом от 2 до 4 недели.

Коррекция агрипнического синдрома (бессонницы). Препаратами выбора могут быть снотворные препараты третьего поколения зопиклон (имован) и золпидем (нитрест) и нитразепам (производное бензодиазепинов). При назначении снотворных препаратов у больных, страдающих зависимостями от психоактивных веществ, должны соблюдаться определенные правила. Эти препараты должны применяться в минимально эффективных дозировках (зопиклон - 7,5 мг; золпидем - 10 мг; нитразепам - 5 мг), чередоваться между собой и назначаться курсами не более 5 дней подряд. В случае отсутствия в течение 5 дней эффекта целесообразно отменить снотворные препараты и перейти на приём нейролептиков: левомепромазин (тизерцин) или клозапин (азалептин) в дозах до 50 мг на ночь.

Резидуальные болевые ощущения в мышцах и суставах в структуре постабстинентных нарушений могут устраняться назначением ненаркотических анальгетиков (таких как диклофенак, бутадиион, кеторолак).

Коррекция соматических расстройств. Проводится по показаниям. Общепринятым является включение в курс терапии витаминов тиамина (В1), пиридоксина (В6), цианкобаламина (В12), пангамата кальция, аскорбиновой и никотиновой кислоты, токоферола ацетата. Из-за нарушений всасывания витамины группы В лучше вводить внутримышечно. В виду частых аллергических реакций витамины группы В (В1 и В6 по 2,0 мл; В12 по 1,0 мл /500 мкг/) рекомендуется вводить не в один день, а чередовать их между собой. Также общепринятым считается назначение гепатопротекторов - карсил, гепабене, ЛИВ -52, эссенциале.

III этап - поддерживающая, противорецидивная терапия.

Задачей поддерживающей, противорецидивной терапии является предупреждение возврата к приёму наркотиков, реадaptация, ресоциализация больных наркоманией. Немедикаментозные программы, направленные на предупреждение рецидивов, в данном разделе стандартов не рассматриваются.

Несмотря на то, что поздние постабстинентные расстройства могут присутствовать или обостряться в течение 12 месяцев после прекращения употребления опиоидов, на сегодняшний день не существует стандартизированных медикаментозных методик, направленных на коррекцию поведенческих,

аффективных, волевых и динамических расстройств в этом периоде.

Для профилактики психопатоподобного поведения и снижения аффективной напряжённости вследствие обостряющегося влечения к наркотику указывается на применение нейролептиков с продолжённым действием. В частности галоперидола - деканоата внутримышечно 25 - 50 мг 1 раз в месяц, с учётом всех противопоказаний существующих для этого препарата. Длительность лечения до 6 месяцев и более.

Наиболее часто для предупреждения рецидивов у больных опиоидной наркоманией используется специфический антагонист опиатных рецепторов *налтрексон*. Метод основан на "метаболической блокаде" опиатных рецепторов с помощью антагониста налтрексона. Налтрексон предупреждает типичное наркотическое действие опиоидов в случае их приёма (достижения эйфории опиоидным наркоманом при случайном срыве), либо (реже) вызывает возникновение псевдоабстинентного статуса в результате "фармакологического конфликта" между налтрексоном и принятыми опиоидами. Лечение проводят только у пациентов, прошедших физикальное обследование и имеющих нормальные показатели лабораторных тестов (в первую очередь функции печени). Препарат принимают не ранее 10 дня после последнего приема наркотиков в дозе 50 мг в сутки (350 мг в неделю). Начинать лечение лучше в стационаре, так как даже после рекомендованных 10 дней воздержания при первом приёме препарата возможно возникновение осложнений. Начинать лучше с 10 мг в сутки, затем при нормальной переносимости повышать дозу в течение 5 дней до 50 мг в сутки. Длительность лечения в течение 6 месяцев и более (иногда в течение нескольких лет). Достоверность воздержания от употребления опиоидов возрастает, если приём налтрексона контролируют родственники больных. Этот метод наиболее показан больным с высокой мотивацией на излечение и благоприятном социальном окружении.

Методы заместительной терапии в Республике Казахстан сейчас не используются.

В данный момент силами Республиканского научно - практического центра медико - социальных проблем наркомании разрабатываются комбинированные медикаментозные подходы с целью проведения длительной противорецидивной терапии у больных с опиоидной зависимостью.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, РЕАЛИЗУЕМОЙ В ПРОГРАММАХ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА

А.Л.Катков, И.В.Василенко

1. Актуальность разработки инновационной модели первичной наркологической помощи, оказываемой в рамках программ снижения вреда, обусловлена:

- масштабами и темпами распространения наркозависимости, в частности, инъекционной формы потребления наркотических веществ (по некоторым оценкам в Республике Казахстан на начало 2005 г. насчитывалось до 100. тыс. ПИН);

- масштабами и темпами распространения ВИЧ/СПИДа (на начало 2005 г. общее количество выявленных ВИЧ-инфицированных по Республике Казахстан составило 4696, в том числе больных СПИДом - 231), при этом основной путь инфицирования – использование нестерильного инструментария ПИН:

- незначительным охватом ПИН профилактическими мероприятиями (по данным С.А.Алтынбекова (2004) третично-профилактическим сектором услуг в различных регионах Казахстана охвачено от 5 до 15% реального числа инъекционных наркопотребителей);

- низкой эффективностью традиционных способов организации третично-профилактической деятельности в системе наркологической помощи населению (популяция ПИН по РК в последние годы лишь увеличивается, незначительный отток обусловлен, в основном, преждевременной смертью ПИН в результате передозировок, а не за счет эффективной мотивационно-реабилитационной деятельности соответствующих наркологических структур);

- критическим снижением уровня доверия наркопотребителей к официально-действующей системе наркологической помощи, которая, с их точки зрения (по данным наших исследований), продолжает оставаться опасной – в плане возможности постановки на учет и последующего уголовно-правового прессинга, и малопривлекательный – в плане скудного ассортимента и низкого качества предоставляемых услуг;

- вновь организуемые частные наркологические кабинеты и клиники, а также сектор профильных НПО не компенсируют объемного, структурного и технологического дефицита, имеющегося в секторе третично-профилактической наркологической помощи, а деятельность проектов СВ, реализуемых в Республике Казахстан, в отсутствие единой концепции и модели первичной наркологической помощи, интегрированной в данные проекты, лишь ограниченно эффективна;

- отсутствием каких-либо реальных (нормативно-правовых или организационных) оснований для эффективного взаимодействия основных агентов, действующих в секторе снижения вреда от употребле-

ния наркотиков – первичной профилактики распространения ВИЧ/СПИДа и сфере оказания первичной наркологической помощи: центров СПИД, наркологических ЛПУ и профильных НПО.

Консервация настоящего положения дел в системе наркологической помощи приведет к дальнейшей эскалации распространения наркозависимости в наиболее опасной ее форме – инъекционному употреблению наркотиков и, соответственно, ВИЧ/СПИДа.

В связи со всем сказанным разработанная концепция и модель первичной наркологической помощи, компенсирующая обозначенный, объемный, структурный, технологический и кадровый дефицит, является и своевременной, и актуальной.

2. Общая цель и задачи предлагаемой модели первичной наркологической помощи следующие.

Цель:

- эффективная профилактика распространения инъекционных форм наркопотребления (за счет широкомасштабной реализации сектора услуг по оказанию первичной наркологической помощи);

- эффективная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных наркопотребителей и, опосредованно, среди общего населения (за счет широкомасштабной реализации сектора услуг по снижению вреда от инъекционного употребления наркотиков).

Задачи:

- полноценное информирование населения и, особенно, его уязвимых групп, о целях, задачах и возможностях программ снижения вреда, реализуемых в комплексе с услугами профиля первичной наркологической помощи, с особым акцентом на: а) безопасность и гарантии полной анонимности для участников программ; б) широкий ассортимент и высокое качество услуг; в) основной принцип деятельности персонала в данных программах – ориентация на запрос и потребности клиента, отсутствие какого-либо принуждения;

- выявление реального объема наркозависимых во всех регионах РК с акцентом на инъекционных наркопотребителей, в том числе ВИЧ-инфицированных, акцентом на позитивно-агитационные (мотивационные) формы выявления с перспективой дальнейшего участия в программах СВ;

- максимальный охват выявленных наркопотребителей сектора третично-профилактических услуг, включая первичную наркологическую помощь, с особым акцентом на инъекционных потребителей наркотиков (за счет разнообразия организационных форм – уличные проекты, передвижные пункты, стационарные пункты);

- первичная дифференциация наркопотребителей: по уровням потребностей в профессиональной помощи, уровням мотивации на полноценное вхождение в программы медико-социальной реабилитации и, соответственно, по основным профилям услуг, ориентированным по спецификациям сформированных групп;

- оказание дифференцированной, качественной помощи наркопотребителям – клиентам программ снижения вреда, реализуемой с позиции комплексного подхода (включением профиля первичной наркологической помощи), с особым акцентом на сектор мотивационной терапии (собеседование, интервьюирование, консультирование, психотерапия), способствующей поэтапному вхождению клиентов в полноценные программы медико-социальной реабилитации;

- облегчение доступа к необходимой помощи (медицинской, социальной, правовой и другим видам помощи) клиентам программ снижения вреда, оказываемой в дружественных учреждениях или социальных проектах;

- обеспечение прохождения предварительного (подготовительного) этапа медико-социальной реабилитации (собеседование, согласование, проведение диагностических процедур, заполнение первичных документов, оформление контракта и т.д.) и направление клиентов в действующие программы МСР;

- оценка эффективности реализуемых проектов по оказанию первичной наркологической помощи в системе разработанных промежуточных и конечных индикаторов;

- выполнение определенных фрагментов программы многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан, касающихся эпидемиологической ситуации, оценки действующего сектора третично-профилактических услуг и других аспектов профильной помощи;

- эффективное взаимодействие с основными агентами, действующими в сфере третичной профилактики наркозависимости – СПИД-центрами, наркологическими ЛПУ, профильными НПО, другими организациями и фондами, имеющими отношение к проблеме профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа (обмен информацией, ресурсная поддержка, обучение персонала, решение организационно-правовых вопросов и т.д.).

3. Результаты, планируемые в ходе масштабной реализации комплекса услуг по оказанию первичной наркологической помощи, дифференцируются на промежуточные и конечные. К промежуточным (среднесрочным) результатам относятся следующие:

- разработана и внедрена нормативно-правовая база, регламентирующая деятельность сети программ снижения вреда с компонентом первичной наркологической помощи, предусматривающая активное взаимодействие СПИД-центров, наркологи-

ческих ЛПУ и профильных НПО в направлении эффективной профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа;

- в соответствие с разработанными нормативами (организационными стандартами) обеспеченности данным видом специализированной помощи создана структура, включающая сеть программ снижения вреда с компонентом первичной наркологической помощи. Данная структура функционирует за счет собственных материально-технических, кадровых и других ресурсов, а также за счет ресурсной поддержки со стороны СПИД-центров, наркологической службы и профильных НПО, оказываемой в пределах установленных сфер компетенции;

- в соответствие с разработанными нормативами – стандартами услуг, предусмотренных в данном секторе специализированной наркологической помощи, реализуются основные технологии, условно дифференцированные по двум большим группам: технологии профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков (информационные, образовательные технологии, раздача материалов - игл, шприцев, презервативов, дезинфекционных материалов и т.д.); и технологии первичной наркологической помощи (мотивационная терапия, многопрофильное консультирование, медикаментозная терапия и другие технологии);

- в соответствие с разработанными квалификационными и образовательными стандартами, установленными для сотрудников комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи (врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, консультантов по зависимостям, средних мед. работников, аутрич-работников и других) подготовлено достаточное число специалистов; сеть программ снижения вреда укомплектована квалифицированными специалистами в соответствие с разработанным штатным расписанием (раздел организационного стандарта);

- население Республики Казахстан и, особенно, его уязвимые группы (молодежь, подростки, входящие в группу риска по наркологическому профилю), активные наркопотребители, в том числе лица, отбывающие сроки лишения свободы в пенитенциарных учреждениях, осведомлены об основной миссии реализуемых комплексных проектов. В частности, о гарантиях безопасности и анонимности при вхождении в программу, ассортименте и качестве оказываемых услуг, ориентации деятельности персонала на запросы и потребности клиентов;

- в сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, в соответствие с разработанным стандартом мониторинга, реализуются фрагменты программ многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в РК, отслеживается эффективность данных программ в системе избранных индикаторов.

К конечным (долгосрочным) результатам отно-

сятся следующие:

- третично-профилактическим сектором услуг (профиль профилактики распространения ВИЧ/СПИДа среди инъекционных наркопотребителей, а также профиль первичной наркологической помощи) охвачено до 60% от реального объема наркопотребителей и до 80% ПИН;

- от 10 до 15% от реального объема ПИН за счет активной мотивационной терапии (сектор услуг первичной наркологической помощи) ежегодно направляются на прохождение амбулаторных и стационарных программ медико-социальной реабилитации;

- в результате реализации последующих медико-социальных мероприятий (программы медико-социальной реабилитации; программы противорецидивной, поддерживающей терапии, семейной психотерапии и работы с созависимыми) у 30-50% ПИН, участвующих в данных проектах, формируется устойчивая и длительная ремиссия; продолжается этапная работа с теми ПИН, у которых отмечалась краткосрочная и неустойчивая ремиссия;

- благодаря активной первичной профилактике, масштабной и эффективной деятельности сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, количество ПИН по регионам Республики Казахстан уменьшается ежегодно на 5-7%; кроме того изменяется поведение и модели наркопотребления действующих ПИН на более безопасные в отношении возможностей инфицирования ВИЧ/СПИДом через нестерильный инструментарий и незащищенные половые контакты;

- реализация вышеприведенной стратегии приводит к надежному блокированию и обратному развитию социально-опасной тенденции распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан.

4. Основные направления и содержание деятельности по достижению результатов, планируемых в ходе реализации комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, следующие:

- нормативно-правовое направление деятельности обеспечивает достижение первого промежуточного результата и предусматривает разработку: соответствующего раздела Закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», регулирующего деятельность рассматриваемого этапа оказания специализированной наркологической помощи; ведомственного приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан по реализации соответствующих статей Закона, включающего специальные приложения в виде: системы профессиональных стандартов (стандарта мониторинга; стандарта услуг, реализуемых в секторе третичной профилактики; квалификационного и образовательного стандартов; организационного стандарта (структура, технологии, штаты, основные принципы взаимодействия ресурсных, по отноше-

нию к рассматриваемым комплексным программам, организаций - центров СПИД, наркологических ЛПУ, профильных НПО и других)); специальных положений и инструкций, оформляющих этапы продвижения пациентов от входа в программы снижения вреда к участию в полноценной медико-социальной реабилитации с гарантиями безопасности и анонимности;

- структурно-организационное направление обеспечивает достижение второго промежуточного результата и предусматривает: стимуляцию государственных инвестиций в создании сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи в соответствии с представленными расчетами; консолидацию бюджетов (государственное финансирование, социальные гранты, международные фонды и другие средства, использование которых не запрещено Законами РК) для обеспечения деятельности расчетного количества комплексных программ, необходимого для достижения поставленных целей; активное взаимодействие основных агентов – центров СПИД, наркологических ЛПУ, профильных НПО по организации и реализации комплексных программ в соответствии с их сферами компетенции и ответственности; формирование региональных структур, предусмотренных организационным стандартом, ответственных за выполнение рассматриваемых программ в полном объеме;

- технологическое направление деятельности обеспечивает достижение третьего, пятого и шестого промежуточных результатов, и предусматривает: интенсивную реализацию полного ассортимента услуг третично-профилактического сектора, дифференцированного по двум направлениям а) профилактика распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных наркопотребителей; б) первичная наркологическая помощь; выполнение основного блока задач, стоящих перед комплексными программами (с первой по девятую);

- направление работы с кадрами обеспечивает достижение четвертого промежуточного результата и предусматривает: подбор персонала для деятельности в комплексных программах снижения вреда – первичной наркологической помощи (врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, консультантов по зависимостям, средних медицинских работников, аутрич-работников и других); подготовку персонала на соответствующих образовательных курсах; укомплектование обученными кадрами рабочих мест, предусмотренных штатным расписанием; продолжение систематического повышения квалификации в соответствии с разработанным образовательным стандартом;

- направление координации и контроля за объемом и качеством оказываемой в рамках комплексных программ специализированной помощи обеспечивает достижение третьего и пятого промежуточного результата, выполнение десятой задачи рас-

сма­три­вае­мых про­грамм и пре­дус­ма­три­ва­ет: раз­ра­бот­ку и вне­де­ние еди­ной и на­деж­ной тех­но­ло­гии ано­ним­но­го уче­та кли­ен­тов, уче­та объ­ема ус­луг, ре­а­ли­зуе­мо­го в про­ек­тах сни­же­ния вре­да; раз­ра­бот­ку и вне­де­ние тех­но­ло­гии экс­пер­ти­зы ка­че­ства ус­луг, ре­а­ли­зуе­мых в рас­сма­три­вае­мых про­грам­мах; раз­ра­бот­ку по­ло­же­ния о ко­ор­ди­на­ци­он­ных ком­ис­сиях, ку­ри­ру­ю­щих и кон­тро­ли­ру­ю­щих мно­го­про­филь­ную про­фес­си­ональ­ную де­я­тель­ность в ком­п­лекс­ных про­грам­мах; уч­ре­жде­ние та­ко­го ро­да ком­ис­сий и ком­п­лек­то­ва­ние их дей­ст­вую­ще­го со­ста­ва из управ­лен­че­ских зве­ньев ос­нов­ных ре­сур­сных ор­га­ни­за­ций – цен­тров СПИД, нар­ко­ло­гиче­ских уч­ре­жде­ний, про­филь­ных НПО, име­ю­щих не­пос­ред­ст­вен­ное от­но­ше­ние к ре­а­ли­за­ции про­грамм сни­же­ния вре­да.

Со­во­куп­ность по­и­ме­но­ван­ных на­прав­ле­ний, ре­а­ли­зуе­мых в це­лях ус­пеш­но­го функ­ци­о­ни­ро­ва­ния ком­п­лекс­ных про­грамм сни­же­ния вре­да и вы­пол­не­ния пре­дус­мот­рен­ных за­дач, обес­печивает дос­ти­же­ние ко­неч­ных (дол­го­сроч­ных) ре­зуль­та­тов с пер­во­го по пя­тый.

5. Мо­ни­то­ринг эф­фек­тив­но­сти рас­сма­три­вае­мых про­грамм, в со­от­вет­ст­вии с пла­ни­руе­мы­ми ре­зуль­та­та­ми, пре­дус­ма­три­ва­ет си­сте­му про­ме­жу­точ­ных и ко­неч­ных ин­ди­ка­то­ров, оце­ни­ва­ю­щих ос­нов­ные па­ра­мет­ры де­я­тель­но­сти про­ек­тов сни­же­ния вре­да – пер­вич­ной нар­ко­ло­гиче­ской по­мо­щи. К про­ме­жу­точ­ным ин­ди­ка­то­рам от­но­сят­ся: па­ра­мет­ры со­от­вет­ст­вия струк­тур­ных, тех­но­ло­гиче­ских, кад­ро­вых ха­рак­те­ри­стик рас­сма­три­вае­мых про­грамм раз­ра­ботан­ным про­фес­си­ональ­ным стан­дар­там; па­ра­мет­ры со­от­вет­ст­вия объ­е­мов, ас­сор­ти­мен­та и ка­че­ства ус­луг, ре­а­ли­зуе­мых в дан­ном сек­то­ре, раз­ра­ботан­но­му и ут­вер­жден­но­му стан­дар­ту ус­луг тре­тич­но-про­фи­лак­ти­че­ско­го сек­то­ра; сте­пень ин­фор­ми­ро­ван­но­сти на­се­ле­ния и, осо­бен­но, его уяз­ви­мых груп­п о це­лях, за­да­чах, воз­мож­но­стях ком­п­лекс­ных про­грамм сни­же­ния вре­да – пер­вич­ной нар­ко­ло­гиче­ской по­мо­щи (про­во­дит­ся вы­бор­оч­ное со­ци­оло­гиче­ское ис­сле­

Литература:

Алтынбеков С. А. Исследование эффективности основных механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан: Докт. дисс... - Алматы, 2005. – с. 291.

до­ва­ние – ан­ке­ти­ро­ва­ние по спе­ци­аль­ной схе­ме); сте­пень со­от­вет­ст­вия ос­нов­ных ха­рак­те­ри­стик ре­а­ли­зуе­мых ком­п­лекс­ных про­ек­тов ожи­да­ния­м нар­ко­пот­ре­би­те­лей (про­во­дит­ся ми­кросо­ци­оло­гиче­ское ис­сле­до­ва­ние – ан­ке­ти­ро­ва­ние по спе­ци­аль­ной схе­ме); па­ра­мет­ры со­от­вет­ст­вия уров­ня и ка­че­ства вза­имодей­ст­вия ос­нов­ных ре­сур­сных аген­тов – цен­тров СПИД, нар­ко­ло­гиче­ских ЛПУ, про­филь­ных НПО – иден­тич­но­му фраг­мен­ту ор­га­ни­за­ци­он­но­го стан­дар­та; па­ра­мет­ры со­от­вет­ст­вия ре­а­ли­зуе­мой, на уров­не рас­сма­три­вае­мо­го зве­на нар­ко­ло­гиче­ской по­мо­щи, схе­мы мо­ни­то­рин­га нар­ко­ло­гиче­ской си­ту­а­ции ут­вер­жен­ным стан­дар­там мно­го­уров­не­во­го мо­ни­то­рин­га.

К ко­неч­ным ин­ди­ка­то­рам от­но­сят­ся: про­цент ох­ва­та нар­ко­зави­си­мых тре­тич­но-про­фи­лак­ти­че­ским сек­то­ром ус­луг (удов­лет­ви­тель­ный по­ка­за­тель – рас­ту­щая ди­на­ми­ка ох­ва­та, дос­ти­га­ю­щая 60% и вы­ше); про­цент ох­ва­та тре­тич­но-про­фи­лак­ти­че­ским сек­то­ром ус­луг инъ­ек­ци­он­ных по­требите­лей нар­ко­ти­ков (удов­лет­ви­тель­ный по­ка­за­тель – рас­ту­щая ди­на­ми­ка ох­ва­та, дос­ти­га­ю­щая 80% и вы­ше); про­цент пе­ре­во­да нар­ко­зави­си­мых из про­грамм пер­вич­ной нар­ко­ло­гиче­ской по­мо­щи – сни­же­ния вре­да в про­грам­мы ме­ди­ко-со­ци­аль­ной ре­а­би­ли­та­ции (удов­лет­ви­тель­ный по­ка­за­тель – рас­ту­щая ди­на­ми­ка, дос­ти­га­ю­щая 10-15% от об­ще­го ко­личества ПИН и вы­ше); еже­год­ное умень­ше­ние об­ще­го ко­личества ПИН за счет по­этап­ной ре­а­ли­за­ции стра­те­гии ком­п­лекс­ной нар­ко­ло­гиче­ской по­мо­щи с ак­цен­том на пер­вич­ное зве­но на 5-7%; из­ме­не­ние мо­делей нар­ко­пот­реб­ле­ния и по­ве­ден­че­ско­го ком­п­лек­са, об­слу­жи­ва­ю­ще­го дан­ные мо­де­ли у ПИН, на бо­лее безо­пас­ное в от­но­ше­ние воз­мож­но­стей ин­фи­ци­ро­ва­ния ВИЧ/СПИДом че­рез не­стериль­ный ин­стру­мен­та­рий и неза­щи­щен­ные по­ло­вые кон­так­ты (удов­лет­ви­тель­ный по­ка­за­тель – кон­струк­тив­ная ди­на­ми­ка по­ве­ден­че­ских из­ме­не­ний у ох­вачен­но­го кон­тин­ген­та ПИН с дос­ти­же­ние 80-90% уров­ня и вы­ше).

ПРАВОВЫЕ И ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ НАРКОМАНИИ И ВИЧ/СПИД В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ю. А. Россинский, Н. В. Гафарова

г. Павлодар

Проблема, связанная с незаконным потреблением наркотиков, рискованным поведением потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), в том числе инфицированных ВИЧ, находит отражение в ряде пра-

вовых и институциональных решений Президента Республики Казахстан, Правительства РК и различных министерств (здравоохранения, внутренних дел и др.) в виде законов, указов, постановлений, приказов.

На сегодняшний день основополагающим документом, определяющим национальную политику Республики Казахстан являются «Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001-2005 годы», утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 16 мая 2000 г. № 394 (далее Стратегия) и Закон Республики Казахстан от 27 мая 2002 года № 325-ІІ «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией». Все остальные ведомственные приказы и постановления Правительства РК (включая Закон РК от 27 мая 2002 года № 325-ІІ «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией») являются, в своей основе, этапными правовыми и институциональными документами. Они направлены на реализацию «Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001- 2005 годы».

Ниже приводятся резюме основных документов, определяющих текущую национальную политику, стратегию и программы по сокращению спроса на наркотики и профилактике ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Казахстане.

1. Основополагающие документы, которые определяют текущую национальную политику, стратегию и программы по сокращению спроса на наркотики и профилактике ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков. Данные документы расположены в хронологическом порядке.

1.1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 февраля 1994 года № 445 «О мерах по реализации Закона Республики Казахстан «О профилактике заболевания СПИД»».

Среди основных целевых групп в данном приказе ещё отсутствуют ПИН, а среди задач отсутствует работа с ПИН. Однако в настоящее время некоторые положения названного приказа распространяются и на потребителей инъекционных наркотиков. Указанный приказ содержит 14 статей, которые определяют понятия. 1 статья - понятие СПИД; 2 статья - органы, учреждения и организации, осуществляющие профилактику и лечение СПИД; 3 статья - центры по профилактике и борьбе со СПИДом; 4 статья - финансирование мероприятий по профилактике и борьбе со СПИД; 5 статья - право граждан Республики Казахстан, иностранных граждан и лиц без гражданства на медицинское освидетельствование на СПИД. В статье 6 об обязанности граждан Республики Казахстан, иностранных граждан и лиц без гражданства проходить медицинское освидетельствование на СПИД отмечено, что на основании Закона Республики Казахстан «Об охране здоровья народа в Республике Казахстан», что вышеупомянутые лица обязаны проходить медицинское освидетельствование при наличии достаточных оснований полагать, что эти лица могут быть заражены вирусом иммунодефицита человека.

В статье 7 «Социальная защита лиц, зараженных вирусом иммунодефицита человека» оговаривает-

ся, что граждане Республики Казахстан и лица без гражданства, в случае заражения вирусом иммунодефицита человека, имеют право на бесплатное лекарственное обеспечение, амбулаторную и стационарную помощь в государственных учреждениях здравоохранения и возмещение расходов, связанных с проездом к месту лечения и обратно за счет учреждений здравоохранения по месту жительства.

Статья 8 определяет меры профилактики заражения СПИД отдельных лиц и профессий; статья 9 определяет ответственность за заражение вирусом иммунодефицита человека. Статья 10 устанавливает ответственность должностных лиц за халатное исполнение профессиональных обязанностей; статья 11 предусматривает соблюдение врачебной тайны. Статьи 12 - 14 посвящены вопросам профессионального риска заражения ВИЧ, а также страхования и льгот медицинских работников, занятых профилактикой и лечением заболевания СПИД. Одним из приложений данного приказа являются методические рекомендации «О работе кабинетов психосоциального консультирования и добровольного обследования на ВИЧ». В общих положениях данных рекомендаций указаны добровольность и анонимность обследования. Одной из основных задач данных кабинетов является обучение населения безопасному половому поведению в плане профилактики распространения ВИЧ - инфекции.

1.2. Указ Президента РК, имеющий силу закона, от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

Данный Указ издан в соответствии со статьей 1 Закона РК от 10 декабря 1993 г. «О временном делегировании Президенту Республики Казахстан и главам местных администраций дополнительных полномочий». Документ предусматривает разработку и проведение комплекса медицинских, правовых и организационных мер, направленных на излечение от алкоголизма, наркомании и токсикомании и последующую адаптацию больных к здоровому образу жизни. Указ состоит из 11 статей.

В статье 1 констатирована социальная опасность заболевания алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и возможность принудительного лечения данных заболеваний. В частности указывается на то, что «больные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, уклоняющиеся от добровольного лечения, подлежат принудительному стационарному лечению в специализированных лечебно - профилактических учреждениях системы здравоохранения с привлечением к труду на период прохождения лечения». Таким образом, в данном указе не оговаривается правовой и юридический аспекты больных указанными заболеваниями, т.е. они подлежат принудительному лечению не за совершенные правонарушения, которые связаны с незаконным употреблением наркотика (алкоголя, токсического вещества),

а за сам факт зависимости, т.е. за факт наличия заболевания.

Статья 2 раскрывает правовое положение больных, направляемых на принудительное лечение. В частности данный контингент «пользуются правами граждан Республики Казахстан с ограничениями, связанными с необходимостью соблюдения режима лечения». Статья 3 определяет порядок признания лица больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией и оговаривается возможность принудительного привода больного органами внутренних дел в наркологическое учреждение для принудительного обследования. Статья 4 раскрывает основания для направления на принудительное лечение в специализированные лечебно - профилактические учреждения. В частности отмечается, что «Оформление больных алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией на принудительное лечение осуществляется органами здравоохранения по инициативе родственников больного, трудовых коллективов, общественных организаций, органов внутренних дел, прокуратуры, опеки и попечительства только при наличии медицинских заключений». Однако в данной статье так же не оговаривается правовой и юридический аспект больных лиц данными заболеваниями. Статья 5 рассматривает порядок направления на принудительное лечение в специализированные лечебно - профилактические учреждения указанных больных. Статья 6 посвящена организации лечения в специализированных лечебно - профилактических учреждениях. В ней указывается, что «Режим содержания, порядок лечения и организация труда больных, направленных на принудительное лечение в специализированные лечебно - профилактические учреждения, регламентируются «Положением о принудительном лечении в специализированных лечебно - профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения Республики Казахстан». Положение утверждено Кабинетом Министров Республики Казахстан» от 19 апреля 1995 года № 514. Статья 7 определяет основания и порядок прекращения принудительного лечения больных, выписанных из специализированного лечебно - профилактического учреждения. Статья 8 рассматривает вопросы обязательного учёта в наркологических учреждениях по месту жительства и поддерживающего лечения. Отмечается, что в случае уклонения от постановки на учёт и прохождения поддерживающего лечения лица могут быть подвергнуты принудительному приводу органами внутренних дел. Статья 9 посвящена трудовому и бытовому устройству лиц, выписанных из наркологических учреждений. В статье 10 говорится, что «Надзор за соблюдением законности в специализированных лечебно-профилактических учреждениях осуществляется прокуратурой Республики Казахстан». Статья 11 определяет порядок вступления в силу настоящего Указа, в частности, что «Настоящий Указ вступает в силу со дня опубликования».

1.3. Постановление Кабинета Министров Республики Казахстан от 19 апреля 1995 года № 514 «Вопросы принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения и их медико-социальной реабилитации», с изменениями внесенными постановлением Правительства РК от 30 мая 1997 года № 906.

Данное постановление содержит 6 основных пунктов. Первый пункт содержит два основных положения:

1) «Положение о порядке направления на принудительное лечение лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения, и их медико - социальной реабилитации»;

2) «Положение о специализированных лечебно - профилактических учреждениях для больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

Остальные пять пунктов данного постановления касаются организационных вопросов и взаимодействия различных государственных ведомств и структур (Министерство финансов РК, Министерство труда РК, Министерство здравоохранения РК, Министерство внутренних дел РК, Областные и Городские Администрации). Они направлены на реализацию Указа Президента РК, имеющего силу закона, от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией».

1) «Положение о порядке направления на принудительное лечение лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения, и их медико - социальной реабилитации» (далее по тексту Положение) состоит из 8 основных разделов и включает 27 пунктов.

Раздел I «Общие положения» включает 2 пункта:

пункт 1 определяет порядок проведения наркологическими учреждениями органов здравоохранения и органами внутренних дел совместных мероприятий по выявлению, учету, направлению на принудительное лечение, медико-социальной реабилитации и перевоспитанию лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, оказанию содействия в этой работе трудовым коллективам, общественным объединениям и семьям;

пункт 2 рассматривает обеспечение взаимодействия врачей - наркологов с сотрудниками милиции в профилактической работе с лицами, больными алкоголизмом и наркоманией или токсикоманией.

Раздел II «Порядок выявления и учета лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, в наркологических учреждениях органов здравоохранения, органах внутренних дел» включает 3 пункта (3 - 5 п.).

Пункт 3 определяет контингент, подлежащий учету в наркологических учреждениях (к данному контингенту относятся лица употребляющие наркотики, не обязательно имеющие зависимость).

Пункт 4 определяет контингент, подлежащий учету в органах внутренних дел. К данному контингенту отнесены лица, потребляющие наркотики без назначения врача и состоящие на учете в органах здравоохранения, а так же лица, признанные страдающими наркоманией, в том числе проходящие добровольное лечение в наркологических учреждениях (подразделениях) органов здравоохранения.

Пункт 5 определяет основные источники информации для выявления лиц, потребляющих наркотические вещества.¹ Среди прочих источников (учреждения здравоохранения и правоохранительных органов) определены такие источники как сообщения общественных объединений, граждан, родственников лиц, потребляющих наркотические вещества.

Раздел III «Порядок взаимодействия наркологических учреждений (подразделений) с органами внутренних дел, трудовыми коллективами, общественными объединениями и семьями». Данный раздел включает 2 пункта (6 - 7 п.), касающиеся взаимодействия медицинских работников и сотрудников органов внутренних дел.

Раздел IV «Порядок принудительного направления лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, на лечение в специализированное лечебно - профилактическое учреждение». Данный раздел включает 8 пунктов (8 - 15 п.). Данные пункты рассматривают вопросы, связанные с порядком оформления материалов, порядком определения сроков принудительного лечения, порядком направления лиц, употребляющих наркотики на принудительное лечение. Пункт 15 определяет контингент, на который не распространяется данное Положение. К данному контингенту относятся несовершеннолетние, беременные женщины и женщины, являющиеся матерями детей в возрасте до 8 лет, не лишённые родительских прав, женщины старше 55 лет, инвалиды 1 и 2 групп, а также лица, имеющие психические и соматические заболевания, перечень которых утверждён Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

Раздел V «Порядок применения принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, совершивших административные правонарушения». Данный раздел включает 2 пункта (16, 17).

Раздел VI «Основания и порядок прекращения принудительного лечения и выписки из наркологических учреждений медико - социальной реабилитации». Раздел состоит из 3 пунктов (18 - 20 п.). Данные пункты касаются досрочного окончания принудительного лечения, продления принудительного лечения и перевода лиц, находящихся на принуди-

тельном лечении, в места лишения свободы и продолжения лечения по мету отбывания наказания.

Раздел VII «Продолжение лечения, медико - социальной реабилитации лиц, прошедших принудительное лечение». Данный раздел включает 3 пункта (21 - 23 п.). Пункт 21 определяет в обязательном порядке постановку на учет в наркологические учреждения лиц, прошедших принудительное лечение по поводу незаконного потребления наркотиков и наркотической зависимости.

Раздел VIII «Меры по устранению причин и условий, способствующих пьянству, алкоголизму, наркомании или токсикомании. Оценка работы». Данный раздел включает 4 пункта (24 - 27 п.) и посвящен вопросам анализа и отчетности (статистический учет и контроль) деятельности учреждений, осуществляющих принудительное лечение, а так же профилактики алкоголизма и наркомании.

2) «Положение о специализированных лечебно - профилактических учреждениях для больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (далее Положение) состоит из 6 основных разделов и включает 31 пункт.

Раздел I «Общие положения» включает 12 пунктов. В них определяются: контингент специализированных лечебно - профилактических учреждений (далее – СЛПУ); основные задачи и положения о ведомственном подчинении деятельности, охраны, юридического статуса и прав СЛПУ, надзора за соблюдением законности в СЛПУ, а так же обязанностей и прав лиц, находящихся на принудительном лечении в СЛПУ.

Раздел II «Режим в специализированном лечебно-профилактическом учреждении», включает 5 пунктов (13 - 17 п.) и определяет основные положения режима, обеспечивающего выполнение медицинских предписаний для лиц, содержащихся в СЛПУ, а так же ответственность за нарушение режима.

Раздел III «Медико-санитарное обслуживание» включает 2 пункта (18 - 19 п.) и касается лечебно - профилактической, санитарно - эпидемиологической работе и медицинского персонала СЛПУ.

Раздел IV «Основные обязанности и права лиц, содержащихся в СЛПУ» включает 5 пунктов (20 - 24 п.) и определяет основные обязанности, права лиц, находящихся на лечении в СЛПУ, а так же меры поощрений и наказаний.

Раздел V «Материально - бытовое и финансовое обеспечение» включает 2 пункта (25 - 26 п.), касается обеспечения лиц, находящихся на лечении в СЛПУ, и финансирования и ассигнования СЛПУ.

Раздел VI «Освобождение из СЛПУ», включает 5 пунктов (25 - 31 п.) определяет процедуру освобождения

¹ К целевой группе данного Постановления относятся лица, злоупотребляющие алкоголем и зависимые от алкоголя, лица, употребляющие наркотики и зависимые от наркотиков, лица, употребляющие токсические вещества, но в данном отчете отражены пункты, касающиеся потребителей наркотиков.

дения (в том числе досрочного) и рассматривает вопросы преемственности освобожденного.

1.4. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 1995 года № 323 «О мерах по обеспечению принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, уклоняющихся от добровольного лечения». Вышеназванный приказ выпущен на основе Указа Президента Республики Казахстан от 07.04.1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» и постановления Кабинета Министров Республики Казахстан от 19.04.1995 года № 514 «Вопросы принудительного лечения лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, уклоняющихся от добровольного лечения и их медико-социальной реабилитации» и является директивным документом, обязательным к исполнению нижестоящими структурами. В соответствии с данным приказом работу по борьбе с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ считать неотложной и важнейшей задачей организаций здравоохранения и обеспечить решение организационных вопросов по открытию СЛПУ. Утвердить приказом от 28 июля 1995 года № 323 ряд положений, касающихся деятельности и нормативно - правовой базы СЛПУ:

- «Положение об отделе наркологии, психиатрии и неврологии департамента организации и контроля качества медицинской помощи населению Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения»;

- «Положение о специализированном лечебно-профилактическом учреждении (СЛПУ), отделении для принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»;

- «Положение о специализированном отделении»;

- «Положение о работе специальных медицинских комиссий для проведения наркологических экспертиз»;

- «Штатные нормативы СЛПУ, отделений для принудительного лечения больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ»;

- «Положение о Центральной наркологической экспертной Комиссии».

- «Положение об отделе наркологии, психиатрии и неврологии Департамента организации и контроля качества медицинской помощи населению Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения».

Положение об отделе наркологии, психиатрии и неврологии Департамента организации и контроля качества медицинской помощи населению Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения (далее Отдел) состоит из 5 разделов.

Раздел «Общие положения» состоит из 6 пунктов, которыми определяются штатное расписание и функциональные требования к сотрудникам данного отдела.

Раздел «Задачи и функции» рассматривает основные задачи отдела психиатрии, наркологии и неврологии. Задачами, направленными на потребителей наркотиков являются: организационное обеспечение психиатрической, наркологической, психотерапевтической помощи населению республики и координации деятельности этих служб; совершенствование работы психиатрической, наркологической, психотерапевтической, служб республики в соответствии с приоритетными направлениями этих отраслей, с созданием экспертного анализа и прогноза; участие в разработке и осуществлении планов повышения квалификации специалистов курируемых служб.

Раздел «Права» определяет права отдела.

Раздел «Ответственность» определяет ответственность отдела. В частности указывается на то, что отдел несет ответственность за состояние психиатрической, наркологической, неврологической помощи населению в республике.

Раздел «Взаимоотношения по службе, связи» определяет, что отдел в своей работе взаимодействует с управлениями и отделами министерства здравоохранения РК, а также другими министерствами и ведомствами по вопросам, касающимся деятельности отдела.

- «Положение о специализированном лечебно-профилактическом учреждении – СЛПУ (отделении) для принудительного лечения больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией» (далее Положение). Данное положение состоит из 13 разделов (144 пункта).

Раздел I - «Общая часть» определяет юридический статус и структуру СЛПУ, требования к размещению контингента, финансирование, штаты и оснащение данной структуры.

Раздел II «Основные функции, задачи» определяет условия приема, лечения и содержания наркологических больных.

Раздел III «Охрана наркологической больницы со специальным режимом» определяет ведомственную ответственность за охрану СЛПУ, личный состав, режим охраны, взаимодействие сотрудников органов внутренних дел и медицинского персонала.

Раздел IV «Содержание и режим наркологических больных в СЛПУ (отделении)» определяет особенности режима лиц, находящихся на принудительном лечении.

Раздел V «Правовое положение лиц, находящихся на лечении в СЛПУ (отделении)» отражает права, обязанности, режимные ограничения (запреты), лиц, находящихся на принудительном лечении в СЛПУ.

Раздел VI «Медико-санитарное обслуживание лиц, находящихся в СЛПУ (отделении)» рассматривает медицинскую деятельность отделения.

Раздел VII «Учет лиц, находящихся в СЛПУ (отделении)» определяет структуру отчетной документации, порядок и сроки ведения и хранения данной документации.

Раздел VIII «Организация трудовой занятости лиц, содержащихся в СЛПУ (отделении)» посвящен определению профиля и организации трудовой деятельности, а так же материальным выплатам.

Раздел IX «Организация воспитательной работы и досуга лиц, содержащихся в СЛПУ (отделении)» определяет основные формы воспитательной работы с лицами, находящимися на принудительном лечении.

Раздел X «Меры поощрения и взыскания, применяемые к лицам, содержащимся в СЛПУ (отделении)».

Раздел XI «Основания и порядок выписки из специализированного лечебно-профилактического учреждения (отделения)». Данный раздел рассматривает основания и порядок выписки, сокращения срока пребывания в СЛПУ и досрочной выписки.

Раздел XII «Инспектирование и обследование специализированных лечебно-профилактических учреждений (отделений)».

Раздел XIII «Структура специализированного ЛПУ (на 250 мест)».

1.5. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 20 июня 1996 года за № 292 «Дополнение к приказу МЗ РК от 28. 07. 1995 г. № 323 «О мерах по обеспечению принудительного лечения и медико-социальной реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманий, уклоняющихся от добровольного лечения»».

В документе, являющемся дополнением к ранее изданному приказу, расширен перечень показаний для досрочного прекращения принудительного лечения.

1.6. Стратегия борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001- 2005 годы утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 16 мая 2000 г. № 394. На сегодняшний день выше-названные документы являются основными и стратегическими и определяют текущую национальную политику, другие стратегии и программы по сокращению спроса на наркотики и профилактике ВИЧ/ СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков, который состоит из 5 основных разделов.

Раздел 1. «Введение». В разделе речь идёт о том, что данная Стратегия разработана в интересах процветания казахстанского общества, обеспечения гарантий прав, свобод и законных интересов граждан Республики Казахстан и отвечает основным положениям Послания Президента страны народу Казахстана «Казахстан – 2030». В стратегии учтены последующие инициативы главы государства в данной области. Они нашли отражение в «Стратегии национальной безопасности Республики Казахстан на 1999 - 2005 годы», принятой 15 декабря 1999 года, а также в «Бишкекской декларации», провозглашенной 25 августа 1999 года главами государств «Шанхайской пятёрки», в положениях «Договора о совместных

действиях по борьбе с терроризмом, политическим и религиозным экстремизмом, транснациональной организованной преступностью и иными угрозами стабильности и безопасности Сторон» подписанного 21 апреля 2000 года в Ташкенте главами государств, участников Центрально - Азиатского Экономического Сообщества. Отмечается, что Стратегия полностью основана на оценке ситуации и перспектив деятельности в области борьбы с наркотиками, прозвучавшей в послании Президента страны народу Казахстана 14 декабря 1999 года «Стабильность и безопасность страны в новом столетии». В послании ясно подчеркнута важность борьбы с наркоманией и наркобизнесом, невозможной без поддержки самих казахстанцев и требующей государственного и общественного осознания масштабов данной проблемы. Законодательную базу Стратегии образовали положения Закона Республики Казахстан от 10 июля 1998 года «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их незаконному обороту и злоупотреблению ими». При выработке Стратегии учитывались положения других нормативных правовых актов в данной области. В содержании Стратегии учтены мероприятия Мастер - плана по контролю незаконного оборота наркотиков и организованной преступности, составленного при поддержке ООН и рассчитанного на период до конца 2005 года».

Раздел 2. «Анализ состояния проблемы» посвящен состоянию политической, социально - экономической и эпидемиологической ситуации, связанной с наркобизнесом и незаконным потреблением наркотиков.

Раздел 3. «Цели и задачи стратегии», где определена главная цель «... обеспечение реализации единой и сбалансированной государственной политики, позволяющей установить эффективный государственный и социальный контроль над развитием наркоситуации в стране, добиться ее стабилизации и ограничения негативного влияния на состояние внутренней и внешней безопасности Казахстана, здоровья и благополучия народа» и семь приоритетных задач и ключевых факторов для ее выполнения. Приоритетными целями стратегии являются: совершенствование законодательной и иной нормативной правовой базы для борьбы с наркоманией и наркобизнесом; формирование социального наркотического иммунитета населения; установление контроля над оборотом наркотических средств; обеспечение совместной деятельности всех заинтересованных министерств и ведомств; смещение острия уголовных репрессий с собственно потребителей наркотиков в сторону организаторов и активных исполнителей наркобизнеса; установление эффективного сотрудничества с правоохранительными, специальными и иными компетентными органами государств СНГ и других стран; привлечение инвестиций, иной меж-

дународной технической помощи в сфере борьбы с наркоманией и наркобизнесом.

Раздел 4. «Основные меры по достижению цели и решению приоритетных задач» состоит из 3 пунктов. В данном разделе определяются основные сферы реализации комплексных мер, направленных на решение поставленных задач, цели Стратегии, период реализации Стратегии, разграниченный на три взаимосвязанных этапа:

- 1 этап, охватывающий 2001 год;
- 2 этап – 2002 - 2003 годы;
- 3 этап – 2004 - 2005 годы.

Определены промежуточные цели для каждого этапа.

Пункт 4.1. данного раздела «Борьба со злоупотреблением наркотическими средствами и психотропными веществами» в свою очередь состоит из 2 подпунктов: 4.1.1. – «Сокращение спроса на наркотические средства и психотропные вещества» и 4.1.2. – «Лечение и социальная реабилитация лиц, злоупотребляющих наркотиками». В пункте 4.1.1. определено, что сокращение спроса на наркотики является главным инструментом и наиболее перспективным направлением в преодолении наркомании и наркобизнеса. При этом отмечается, что «политика снижения спроса на наркотики не может быть изолированной от государственной политики и области экономики, образования, здравоохранения, проблем молодежи, культуры, спорта, организации досуга и других, реализация которых направлена на процветание казахстанского общества». Приоритетными вопросами для их решения являются вопросы трудоустройства, обучения молодежи, доступности к источникам высокой культуры и многие другие. Так же отмечена важность научного обеспечения разработки и реализации эффективных программ и проектов в области сокращения спроса на наркотики. «Постоянными эпидемиологическими исследования по вопросу злоупотребления населением наркотическими средствами и психотропными веществами должны вырабатываться адекватные меры противодействия этой угрозе». Подчеркивается, что основное направление стратегии в области сокращения спроса населения на наркотики связывается с «привитием социального наркотического иммунитета» гражданам РК и, в первую очередь, подрастающему поколению, начиная с детей дошкольного возраста, а также с созданием системы антинаркотического воспитания в условиях многоступенчатого (дошкольного, школьного, на уровне профессиональных школ, профессиональных лицеев, колледжей, вузов и т.д.) как государственного, так и частного образования и воспитания.

Таким образом, основными аспектами деятельности данного пункта Стратегии определяются первичная и вторичная профилактика. В этом пункте предполагается реализация проектов, направленных на сокращение вреда от злоупотребления наркоти-

ками и контроль над ВИЧ (1, 2, 3 этапы). Однако этот пункт недостаточно раскрывает и не содержит полной информации о программах снижения вреда от незаконного потребления наркотиков и информации о третичной профилактике (в том числе заместительной терапии).

Основная задача пункта 4.1.2. «Лечение и социальная реабилитация лиц, злоупотребляющих наркотиками» заключается в расширении и углублении комплекса мер, связанных с предоставлением органами здравоохранения и специализированными негосударственными учреждениями помощи лицам, больным наркоманией, налаживании системы их социальной реабилитации. Нуждающимся должны быть предоставлены возможности своевременного получения помощи и доступа к соответствующим службам. Далее отмечается, что «при этом особая роль отводится создаваемому Республиканскому центру медико - социальных проблем наркомании (1 этап), который должен превратиться в главную лечебно - клиническую, научную и учебно - методическую базу страны в области лечения, реабилитации и профилактики наркомании (2 этап). Определяются задачи центра. Так же определяется необходимость разработки и внедрения современной стратегии в области лечения и реабилитации наркозависимых лиц, учитывающей накопленный международный опыт, восстановления наркологических диспансеров и кабинетов в областных центрах, районах и городах со сложной наркоситуацией. Отмечается, что в каждой области будет обеспечено функционирование специализированных лечебно - профилактических учреждений по принудительному лечению от наркомании, центров медико - социальной реабилитации лиц, прошедших успешный курс лечения от наркомании. Акцентируется внимание на подготовке высококвалифицированных специалистов в области лечения, реабилитации и профилактики наркомании, при участии соответствующих кафедр медицинских вузов на базе Республиканского центра медико - социальных проблем наркомании. Завершает данный пункт положение о том, что «На основе накопленной практики, критического анализа действующего законодательства будет разработан и принят Закон Республики Казахстан «О медико - социальной реабилитации лиц больных наркоманией», укрепляющий нормативную правовую базу деятельности государства и общества в отношении лиц, злоупотребляющих наркотиками».

Пункт 4.2. «Преодоление незаконного оборота наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров» определяет необходимость комплекса взаимосвязанных мероприятий направленных против незаконного культивирования, производства, распространения, а также перетока наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров из легального оборота в нелегальный оборот. Главное внимание правоохранительных и специальных орга-

нов направляется на всемерное ограничение доступности для населения наркотических средств и психотропных веществ. Отмечается, что особое внимание будет уделяться расширению и углублению сотрудничества с правоохранительными и специальными органами зарубежных и, прежде всего, приграничных стран. В данном пункте определяется, что «будут внесены необходимые изменения в кодексы - уголовный и уголовно - процессуальный, в кодекс об административных правонарушениях», касающиеся уголовных наказаний и лечение в качестве замены наказания для лиц, совершивших малозначительные правонарушения, связанные с незаконным потреблением наркотиков. «Острые уголовных репрессий будет значительно смещено с собственно потребителей наркотиков в сторону организаторов и активных исполнителей наркобизнеса, при сохранении строгих мер наказания за наиболее опасные деяния».

Пункт 4.3. «Обеспечение эффективного контроля над установленным государством оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров». В нём рассматриваются вопросы, связанные с соблюдением законодательных и контрольно - технологических требований, регламентирующих производство, хранение, транспортировку и рациональное медицинское использование лекарственных средств и препаратов, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, а также их применение в научно - исследовательских целях. Так же отмечается необходимость установления строгого контроля над оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, принятие мер по значительному сокращению их поступления из легального оборота в нелегальный оборот. Определяется основа эффективного контроля государства над установленным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, которой является система законодательных и иных нормативных правовых актов.

Раздел 5. «Организационное и ресурсное обеспечение». В данном разделе указывается, что финансовое и материально-техническое обеспечение реализации Стратегии будет осуществляться за счёт средств республиканского и местных бюджетов; средств, поступающих в виде спонсорской и благотворительной помощи, негосударственных организаций и физических лиц, а также за счет финансовой и иной технической помощи ООН, других международных организаций и иностранных государств.

1.7. Постановление Правительства РК от 14 декабря 2000 года № 1845 «О создании Республиканского государственного казенного предприятия «Республиканский научно - практический Центр медико - социальных проблем наркомании». Приказ агентства РК по делам здравоохранения от 19 декабря 2000 года № 820 «Об улучшении мер по обеспечению противодействия распространения наркомании».

Данными документами определено открытие в г. Павлодаре Республиканского государственного казенного предприятия «Республиканский научно - практический Центр медико - социальных проблем наркомании» (РГКП «РНПЦ МСПН») как национального научно - методического и практического центра по вопросам снижения спроса на наркотики в РК. В настоящее время РГКП «РНПЦ МСПН» является основным научно - практическим учреждением по вопросам разработки, экспериментальной апробации и внедрения инновационных методов профилактики, лечения и реабилитации зависимости от ПАВ и проведения ежегодных мониторингов по эпидемиологическому исследованию и многоуровневому анализу наркоситуации в Казахстане. При непосредственном участии этой новой структуры были открыты 10 реабилитационных подразделений и центров с общим количеством 535 мест, 6 отделений для детей и подростков на 195 коек.

1.8. Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 2 марта 2001 года № 207 «Об открытии центров медико-социальной реабилитации наркозависимых в Республике Казахстан». Приказ первого заместителя председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 2 марта 2001 года № 203 «Об утверждении положения о Центрах медико - социальной реабилитации больных наркоманией».

Приказ издан во исполнение пункта 4.1.2. Указа Президента Республики Казахстан от 16 мая 2000 г. № 394 «О стратегии борьбы с наркозависимостью и наркобизнесом в Республике Казахстан на «2001 - 2005 годы» о лечении и социальной реабилитации лиц, злоупотреблявших наркотиками, приказа Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 19 декабря 2000 года № 820 «Об улучшении мер по обеспечению противодействия распространения наркомании». Приказ № 820 предусматривает:

1) открытие отделений, центров медико-социальной реабилитации наркозависимых мощностью до 30 (тридцати) койко-мест в областных центрах и городах с населением свыше 100 тыс. человек в первом полугодии 2001 года;

2) в целях координации медицинской деятельности: передачу сведений (списков) в РГКП «РНПЦ МСПН» государственных и негосударственных организаций, оказывающих наркологическую помощь населению на территории областей, с указанием полного названия учреждения, его юридического статуса, структуры, штатов, видов деятельности, почтового адреса с координатами основных контактных лиц (номера телефонов и адреса электронной почты);

3) врачей-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников (с базовым высшим образованием в области психологии или педагогики) для первоочередного повышения квалификации в сфере реабилитации наркозависимых (с указани-

ем фамилии, имени, отчества, основной специальности, стажа и места работы).

1.9. Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 17 сентября 2001 года № 846 «О создании стационарных отделений для лечения несовершеннолетних и проведении конкурсов программ лечения и реабилитации лиц, злоупотребляющих наркотиками».

Приказ № 846 определил создать стационарные отделения для лечения несовершеннолетних злоупотребляющих наркотиками при наркологических диспансерах и центрах (отделения для взрослого контингента). Исключение составляет Карагандинская область, где отделение для лечения несовершеннолетних лиц, злоупотребляющих наркотиками, открыто при областном детском психоневрологическом диспансере. На сегодняшний день приказ № 846 не выполнен в 5 областях республики - Акмолинской, Алматинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской и Западно-Казахстанской. Кроме того, открыты только койки без отдельного отделения в Костанайской, Павлодарской областях и городе Астане. Профильные отделения для несовершеннолетних лиц желательно открывать изолированно от взрослого контингента. Этот факт не оговорен в данном приказе.

1.10. Закон Республики Казахстан от 27 мая 2002 года № 325-ІІ «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией». Вышеуказанный закон регулирует медицинские, социальные, правовые и организационные основы государственной политики в сфере реабилитации лиц, больных наркоманией и содержит 9 статей.

Статья 1. «Основные понятия» определяет основные понятия, используемые в настоящем законе. Среди них такие, как: медико - социальная реабилитация лиц, больных наркоманией; наркологические организации; наркологическая помощь; психоактивные вещества.

Статья 2 «Законодательство о медико - социальной реабилитации лиц, больных наркоманией» включает 3 пункта, которые определяют конституционный характер данного закона, распространение его силы на граждан РК и возможность действия иных правил, определённых международными договорами в случае их ратификации.

Статья 4 «Компетенция государственных органов в области медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией».

Статья 5 «Основания для направления лиц, больных наркоманией, в наркологические организации для медико-социальной реабилитации».

Статья 6 «Добровольное обращение в наркологические организации лиц, больных наркоманией и нуждающихся в медико-социальной реабилитации». Пункт 1 данной статьи определяет, что «Медико-социальная реабилитация лиц, больных наркоманией, проводится добровольно при их обращении за медицинской помощью в наркологические организации (при желании – анонимно)».

Статья 7 «Права лиц, больных наркоманией». Пункт 2 данной статьи определяет, что «больной наркоманией или его законный представитель имеет право отказаться от предлагаемой медико - социальной реабилитации на любой стадии». Пункт 4 определяет, что не допускается ограничение прав и свобод лиц, больных наркоманией, только на основании наличия диагноза наркомании.²

Статья 8 «Финансирование мероприятий по оказанию наркологической помощи».

Статья 9 «Ответственность за нарушение настоящего закона» определяет, что ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан.

1.11. Приказ МЗ Республики Казахстан от 9 июля 2002 года № 656 «О реализации Закона РК «О медико - социальной реабилитации лиц, больных наркоманией».

Данный приказ носит ведомственный характер и определяет выполнение Закона Республики Казахстан от 27 мая 2002 года № 325-ІІ «О медико-социальной реабилитации лиц, больных наркоманией» в системе здравоохранения. В частности в нём определяется необходимость координации и взаимодействия департамента лечебно - профилактической работы МЗ РК с общественными объединениями, физическими и юридическими лицами, которые занимаются частной медицинской практикой в области медицинской реабилитации наркомании и осуществления контроля за их деятельностью, а так же решения вопросов, связанных с профессиональной подготовкой и переподготовкой специалистов в области наркологии.

1.12. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 июля 2002 года № 575 «Об утверждении Правил медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека». Приказ № 575 издан во исполнение Законов Республики Казахстан от 5 октября 1994 года «О профилактике заболевания СПИД», от 19 мая 1997 года «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан», постановления Правительства РК от

² Пунктам 2 и 4 ст. 7 данного Закона противоречит ст.1 Указа Президента Республики Казахстан, имеющего силу Закона от 7 апреля 1995 года № 2184 «О принудительном лечении больных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией»: «Больные алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, уклоняющиеся от добровольного лечения, подлежат принудительному, стационарному лечению в специализированных лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения с привлечением к труду на период прохождения лечения».

5 декабря 2000 года № 1808 «О концепции государственной политики по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан», постановления Правительства РК от 14 сентября 2001 года № 1207 «Об утверждении Программы противодействия эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001 - 2005 годы».

Настоящий приказ утверждает правила медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека (далее Правила), целями которого являются: обеспечение безопасности гемотрансфузий и трансплантации; проведение эпидемиологического мониторинга (оценки уровня распространенности ВИЧ - инфекции, степени пораженности отдельных групп населения для прогнозирования эпидемии и определения групп, нуждающихся в предоставлении профилактических программ в первоочередном порядке); установление диагноза ВИЧ-инфекции. Так же определяются виды обследований на ВИЧ, существующие в РК. Среди которых имеются следующие: добровольное – анонимное или конфиденциальное на основе полной информации; обязательное – конфиденциальное с согласия обследуемого, полученное на основе полной информации; по клиническим показаниям – анонимное или конфиденциальное с согласия обследуемого полученное на основе полной информации; принудительное – обследование на ВИЧ по постановлению уполномоченного правоохранительного органа. Потребители инъекционных наркотиков не попадают как целевая группа под раздел 3 данного приказа «Обязательное обследование» (хотя потребители инъекционных наркотиков как граждане РК, попадают под 2 раздел данного приказа – «Добровольное обследования», когда по желанию они могут анонимно, без документов пройти обследования на ВИЧ). В отношении потребителей инъекционных наркотиков косвенно сказано в разделе 4 «Обследование по клиническим показаниям (взрослых и детей)» пункт 9 «Другие состояния» подпункт 1) Беременность в случаях употребления когда - либо женщиной или ее половым партнером инъекционных наркотиков.

1.13. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 21 августа 2002 года за № 791 «О внедрении заместительной терапии» был издан в целях реализации пункта 10.5 протокола заседания Координационного Совета по профилактике и борьбе со СПИДом в Республике Казахстан у заместителя премьер - министра РК Мухамеджанова Б. А. от 11.06.2002 года № 24 - 3.005 - 39.

Данный приказ определял внедрение до конца 2002 года в порядке пилотного проекта заместительную метадоную терапию для лиц, страдающих

опиоидной зависимостью. Местом реализации данного проекта были определены павлодарская и карагандинская области. Срок отчета в отношении результатов по внедрению данного проекта был определен на 1 января 2004 года. Данный приказ обязывал: директора РГКП Республиканский научно – практический Центр медико - социальных проблем наркомании обеспечить научное сопровождение проекта; начальников Павлодарского и Карагандинского областных управлений здравоохранения обеспечить осуществление и контроль за выполнением мероприятий по реализации пилотного проекта в подведомственных наркологических организациях в срок до конца 2002 года. Все необходимые требования для реализации данного проекта ответственными лицами со стороны РГКП «РНПЦ МСПН», Павлодарского и Карагандинского ОНД были выполнены. Однако проект так и не начался до настоящего времени. Основным и, по сути, единственным препятствием является тот факт, что метадон не внесен и не зарегистрирован в списке лекарственных препаратов, разрешенных для медицинского применения в Республике Казахстан. Поднимался вопрос о разрешении однократного ввоза метадона, для реализации данного Пилотного проекта, однако разрешения получено не было. На совместной конференции сотрудников Комитета по борьбе с наркотиками и наркобизнесом (КБНН) при Министерстве внутренних дел (МВД) РК и участниками данного пилотного Проекта поднимался вопрос о возможной замене метадона препаратом бупренорфин,³ производство которого возможно на заводе фармакологических препаратов в городе Шымкент (ЮКО) и введение его как основного препарата в данный пилотный Проект. Однако, вопрос до настоящего дня остается открытым.

1.14. Постановление Правительства Республики Казахстан от 4 июня 2003 года № 528 «Об утверждении правил направления для освидетельствования на состояние опьянения, освидетельствования на состояние опьянения и оформления его результатов» и Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения».

Данные документы оговаривают законность, правомочность и порядок проведения медицинского освидетельствования граждан для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения в тех случаях, когда законодательством РК предусмотрена административная ответственность за употребление ПАВ: управление транспортным средством в

³ Бупренорфин – наркотический анальгетик, частичный агонист μ -опиатных рецепторов и антагонист κ -рецепторов. В используемых методиках антиабстинентной терапии героиновой зависимости заместительного типа является вторым по значимости препаратом-опиоидом после метадона.

состоянии опьянения, пребывание в состоянии опьянения в общественных местах, на работе и др. Прием на освидетельствование осуществляется по письменному направлению сотрудников органов внутренних дел, других правоохранительных органов, а также должностных лиц предприятий и организаций по месту работы освидетельствуемого лица. Допускается проведение освидетельствования по личному обращению граждан без официального направления. При этом освидетельствуемое лицо представляет документ, удостоверяющий личность и письменное заявление с подробным изложением причины его просьбы о необходимости проведения медицинского освидетельствования.

1.15. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2003 г № 577 «О внесении изменений в приказ первого заместителя председателя Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 2 марта 2001 года № 203». В предыдущем приказе нормативы штатного расписания отделений МСР носили рекомендательный характер. Данный приказ утвердил штатные нормативы отделений МСР как обязательные. Это изменение связано с тем, что региональные финансовые органы не осуществляли финансирование штатов отделений МСР в полном объеме.

1.16. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2004 года № 150 «О внедрении периодических протоколов (стандартов) диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ - инфекции и СПИДе». Данный приказ издан в целях реализации постановления Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2001 года № 1207 «Об утверждении Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001 - 2 005 годы», повышения качества медицинского обслуживания ВИЧ - инфицированных и больных СПИДом. Протоколы-стандарты состоят из двух частей. Первая часть – «Предоставление медицинской помощи и лечение при ВИЧ - инфекции и СПИДе» в свою очередь состоит из восьми основных разделов.

I раздел - тестирование и консультирование;

II раздел - антиретровирусная терапия у взрослых и подростков;

III раздел - помощь ВИЧ - инфицированным потребителям инъекционных наркотиков;

IV раздел - профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций;

V раздел - паллиативная помощь;

VI раздел - профилактика ВИЧ - инфекции у детей (профилактика передачи ВИЧ матери ребенку);

VII раздел - антиретровирусная терапия при ВИЧ-инфекции у детей;

VIII раздел - постконтактная профилактика.

Вторая часть посвящена вопросам контроля за предоставлением помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе.

Протоколы и стандарты диагностики, лечения и предоставления медицинской помощи при ВИЧ - инфекции и СПИДе для целевой группы – ПИН с ВИЧ - инфекцией отражены, как было указано выше, в 3 разделе. Данный раздел состоит из 18 пунктов, четыре из которых являются основными. Во введении определяется что, наиболее успешным является сочетание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным ПИН с социальной, психиатрической и наркологической помощью, которая включает программы снижения вреда, детоксикационную и заместительную терапию.

Пункт 1 «Организация медицинской помощи» раскрывает общие принципы (подпункт 1.1.), где среди всего прочего оговаривается общедоступность медицинской помощи, в том числе консультации психиатра и нарколога, и выход ее за пределы медицинских учреждений.

Подпункт 1.2. «Комплексная медицинская помощь» определяет несколько вариантов организации первичной помощи при ВИЧ - инфекции для ПИН, получающих наркологическую помощь и АРТ, в частности в центре СПИД (1 вариант), в наркологических учреждениях, в рамках лечения наркомании (2 вариант), в учреждениях первичной медицинской помощи (3 вариант).

Подпункт 1.3. «Сотрудничество с программами снижения вреда (СВ)» в общем раскрывает понятие и суть программ СВ.

Подпункт 1.4. «Просвещение и группы поддержки» определяет необходимость организации групп поддержки и просветительских мероприятий.

Подпункт 1.5. «Заместительная терапия метадонном в структуре помощи ВИЧ - инфицированным» определяет, что, учреждения, которые имеют или планируют получить право проводить заместительную терапию метадонном, должны организовать на своей базе лечение ВИЧ - инфекции и выдачу соответствующих препаратов своим пациентам. При таком подходе достигается максимальный уровень контроля над АРТ, необходимый для повышения ее эффективности и сокращения риска появления устойчивых штаммов ВИЧ. Кроме того, территориальное совмещение служб, оказывающих наркологическую помощь и АРТ, облегчает коррекцию режима лечения, необходимую при взаимодействии метадона и АРВ препаратов.

Пункт 2 посвящен антиретровирусной терапии.

Пункт 3 «Заместительная терапия метадонном у ВИЧ-инфицированных» освещает вопросы, связанные с коррекцией доз АРВ препаратов на фоне терапии метадонном (п. 3.1.).

Пункт 4 «Особенности других видов помощи» освещает вопросы лечения сопутствующих (соматических) заболеваний, связанных с приемом наркотиков.

1.17. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 9 марта 2004 года № 228 «Об утверждении Положения об организации деятельно-

сти пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков». Данный приказ издан в целях реализации постановления Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2001 года № 1207 «Об утверждении Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2001- 2005 годы» и определяет открытие пунктов доверия для потребителей инъекционных наркотиков. Основной целью данных пунктов доверия является «снижение темпов распространения ВИЧ - инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков». В данном Положении рассматриваются: организационная структура, ведомственная принадлежность, штатное расписание и основные формы деятельности. К основным формам деятельности относятся: предоставления ПИН стерильных шприцев, дезинфицирующих средств, презервативов, санитарно - просветительной литературы, сбора и утилизации использованных шприцев; распространение информации о ВИЧ - инфекции, об ИППП, о формах поведения, снижающих риск инфицирования ВИЧ, тестировании на ВИЧ; психосоциальное консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД, а также консультации наркологов, дерматовенерологов, терапевтов, фтизиатров и психологов; направление ПИН в государственные медицинские организации для получения специализированной, квалифицированной медицинской помощи; предоставления информации о существующих в регионе государственных и неправительственных организациях, оказывающих профилактическую и иную помощь ПИН; забор крови для исследования на ВИЧ, ИППП, вирусные гепатиты В и С; а так же изучение моделей рискованного поведения ПИН для разработки мер по снижению риска инфицирования ВИЧ. Далее в Положении дается определение волонтерской деятельности и приложение деятельности волонтера в рамках пункта доверия.

1.18. Постановление Правительства Республики Казахстан от 13 апреля 2004 года № 411 «О Программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2004 - 2005 годы (с изменениями, внесенными постановлением Правительства РК от 03.09.04 г. № 932)».

Данное Постановление разработано для реализации Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001- 2005 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 16 мая 2000 года № 394 (являясь третьим этапом реализации) и разработано в соответствии с пунктом 10.9 Плана мероприятий по реализации Программы Правительства Республики Казахстан на 2003 - 2006 годы, утвержденной постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 сентября 2003 года № 903. Программа, утвержденная данным постановлением, носит мультиведомственный характер (МЗ, МОН, МВД и др.).

1.19. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 июня 2004 года за № 637 «Об

утверждении Положения о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях)».

Данный приказ издан во исполнение Закона РК «О системе здравоохранения» и постановления правительства Республики Казахстан от 16 ноября 2001 года № 1465 «Вопросы Министерства здравоохранения Республики Казахстан». Приказ направлен на дальнейшее развитие и повышение качества оказания наркологической помощи населению в Казахстане. В частности он утверждает Положение о наркологических организациях (больницах, диспансерах, центрах, отделениях), которое в свою очередь определяет основные задачи и функции и форму существования наркологических организаций в РК.

1.20. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 июня 2004 года № 638 «Об утверждении Правил направления лиц, больных наркоманией, условия содержания и объем помощи больным, страдающим наркоманией, в центрах (отделениях) медико - социальной реабилитации». Данный Приказ издан на основании статьи 5 Закона Республики Казахстан «О медико - социальной реабилитации лиц, больных наркоманией» и определяет правила направления лиц, больных наркоманией, условия содержания и объем помощи больным, страдающим наркоманией, в центрах (отделениях) медико-социальной реабилитации. Правила изложены в 10 основных разделах (90 основных пунктов).

В разделе 1 «Общие положения» даются определения основным понятиям: центры (отделения) МСР; лечение лиц, зависимых от ПАВ; диспансерный учет и наблюдение; профилактический учет и наблюдение; адресный учет, а так же раскрываются цели и задачи основных понятий.

В разделе 2 определяются сроки диспансерного учета наркологических больных и профилактического наблюдения лиц группы риска в наркологических организациях. В разделе 3 рассматривается периодичность осмотров наркологических больных и лиц группы риска в процессе диспансерного учета и профилактического наблюдения (группы динамического наблюдения).

В разделе 4 «Анонимное лечение и реабилитация наркологических больных» дается определение понятия «анонимный учет», а так же определяются права наркозависимого на анонимное лечение и анонимную реабилитацию, а так же технические рекомендации по присвоению анонимных шифров/кодов во избежание дублирование анонимного учета.

В разделах 5 - 6 изложены положения, связанные с порядком организации госпитализации, лечения и выписки из наркологического отделения для лечения больных с зависимостью от алкоголя, в том числе с сопутствующей соматонаркологической патологией.

В разделе 7 изложен порядок госпитализации, организации лечения и выписки больных с зависи-

мостью от ПАВ (кроме алкоголя), разделе 8 – порядок госпитализации в отделение медико-социальной реабилитации наркологических больных.

Раздел 9 посвящен госпитализации больных по экстренным показаниям.

В разделе 10 описан порядок предоставления лечебных отпусков больным в наркологических стационарах.

1.21. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 августа 2004 года за № 618 «Об утверждении Правил организации и проведения судебно-наркологической экспертизы».

Данный приказ издан во исполнение Закона Республики Казахстан «О системе здравоохранения» и обязывает руководителей департаментов (управлений) здравоохранения областей, городов Астаны, Алматы обеспечить организацию оказания специализированной медицинской помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ и орга-

низовать деятельность специальных медицинских комиссий для производства судебно-наркологической экспертизы. «Правила организации и проведения судебно-наркологической экспертизы» являются приложением к данному приказу. Правила состоят из 28 основных пунктов. Среди прочих правил, определяется: «Специальная медицинская комиссия осуществляет судебно-наркологическую экспертизу лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ на предмет направления их на принудительное лечение в специализированных лечебно-профилактических учреждениях» (п. 10).

1.22. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 26 октября 2004 года за № 764 «Об утверждении типовой структуры и штатных нормативов наркологических организаций». В данном приказе представлена типовая структура наркологических организаций, включая штатные нормативы.⁴

⁴ Данные 4 приказа МЗ РК (№ 618, № 637, № 638, № 764) по своей сути являются изменениями и новой редакцией бывшего Приказа МЗ РК от 22 мая 1997 года № 250 «О мерах по дальнейшему совершенствованию наркологической помощи населению Республики Казахстан» в соответствии с Указом Президента РК «О Стратегии борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2001-2005 годы».

ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИЕЙ

У. Х. Алимов, А. А. Абетова

г. Ташкент

Исследование состояния вегетативной нервной системы в связи с преморбидными особенностями личности у больных героиневой наркоманией, находящихся в постабстинентном состоянии позволило выделить 3 группы больных по преобладающему облигатному характерологическому признаку.

I группу составили личности синтонного типа, не содержащие каких-либо патохарактерологических черт в преморбидном периоде. Облигатными характеристиками являлись: общительность, жизнерадостность, живость характера, коммуникабельность, а также оптимизм, уравновешенность, покладистость, предприимчивость.

II группу составили лица с преимущественно возбудимыми чертами характера в преморбидном периоде. Больные отличались повышенной эмоциональной возбудимостью, склонностью к реакциям протеста, злобы, гнева, агрессии. Характерными были эгоцентризм и склонность к риску.

III группу составили обследованные лица с преимущественно астеническими чертами характера в преморбидном периоде. Эти больные отличались раздражительной слабостью, впечатлительностью, повышенной утомляемостью. У части больных более выраженными были замкнутость, отгороженность и сдержанность в проявлении чувств.

При изучении вегетативного тонуса, характеризующего стабильное состояние вегетативной нервной системы, у респондентов контрольной группы зафиксировано преобладание ваготонии (у 56,7% обследованных). Значительно меньше диагностировались симпатикотония (23,3%) и эйтония (20%). Вегетативная реактивность в этой группе составила -5,47%, которая принималась за норму. Вегетативное обеспечение физической деятельности (ВОФД) по результатам ортоклиностатической пробы равнялось норме.

Среди синтонных личностей 30% обнаруживали признаки симпатикотонии и незначительная часть (20%) - ваготонии. Преобладающую часть лиц синтонного склада (50%) следовало отнести к эйтоникам, которые характеризовались уравновешенностью симпатических и парасимпатических влияний. Эти больные отличались уравновешенностью психоэмоциональной деятельности в целом. По полученным данным больные I группы обнаруживали повышенную парасимпатическую реактивность (-7,96%), избыточное вегетативное обеспечение (реактивность ЧСС 12,1% в ортопробе и 1,5% в клинопробе).

II группа больных отличалась значительным преобладанием симпатикотонии (60%). Для таких лиц были характерными повышенная возбудимость, темпераментность, чрезмерная чувствительность к боли. Большая работоспособность сочеталась с относительной слабостью концентрации внимания, с рассеянностью и отвлекаемостью. Относительно небольшую часть больных (40%) можно было отнести к ваготоникам, в то время как эйтоников в этой группе не оказалось ($p_1 < 0,003$). Обнаруживали извращенную, симпатическую реактивность (-0,25%) и диссоциацию в динамике между ЧСС и САД (в ортопробе отмечалось снижение САД на -11,5% и в клинопробе -2,8%).

Среди больных III группы достоверно преобладали лица с ваготонией (80,0%; $p_3 < 0,003$), которые характеризовались угнетённостью, пугливостью, эмоциональной невыразительностью, отсутствием побудительных импульсов, склонностью к различным жалобам. Такие больные обнаруживали хорошую способность к сосредоточению при удовлетворительной концентрации внимания, но отличались бедностью идей и замедлением их темпа. Лишь незначительная часть больных (20,0%) обнаруживала признаки симпатикотонии при отсутствии эйтоников ($p_3 < 0,003$). Эти больные обнаруживали пониженную парасимпатическую реактивность -1,44. Показатели вегетативного обеспечения физической деятельности у них приближались к норме (в ортопробе реактивность ЧСС = 6,5% и САД - 7,3%, в клинопробе -2,1% и 7,3% соответственно).

Изучение взаимозависимостей между преморбидным типом личности и вегетативными показателями показало среднюю связь. Так, коэффициент сопряженности Пирсона $C = 0,6$ в отношении вегетативного тонуса, $C = 0,7$ как в отношении вегетативной реактивности, так и ВОФД.

Таким образом, у больных героиневой наркоманией в постабстинентном периоде направленность вегетативных показателей находилась в прямой зависимости от преморбидных типологических особенностей личности. У синтонных личностей наблюдались компенсаторные механизмы в постабстинентном периоде, в то время как у лиц возбудимого типа обнаруживались их истощение; у астенических типов личности вегетативное функционирование оставалось нормальным. Поэтому, при проведении дифференцированной противонаркоманической терапии необходимо учитывать нарушения вегетативной нервной системы.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СВОЙСТВ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. А. Марашева

г. Караганда

За последние годы наблюдается тенденция омоложения наркомании. Снижение нижней возрастной границы наркотизации до 7-11 лет составляет главную особенность современной эпидемии наркомании. По данным П.Д. Шабанова (2002) первая проба детьми психоактивных веществ в большинстве случаев происходит в 11-14 лет в группе наркоманов, и в 15-17 лет остальной массив. Изменился контингент наркопотребителей, изменились модели, формы, пути потребления психоактивных веществ [Измаилова Н. Т., 1998; Садуакасова К. З., 1999; Макаров В. А., 1999; Кошкина Е. А., 2002; Надеждин А. В., 2002].

Многочисленные исследования свидетельствуют о мультифакторной природе возникновения наркомании [Битенский В. С, Херсонский Б. Г., 1989; Болотовский И. С., 1990; Березин С. В, Лисецкий К. С., Мотынга И. А., 1997]. Вопрос о том, как предотвратить возникновение зависимости, к которой молодой человек еще не приобщен, как “застраховать” от попадания в ту или иную зависимость – это вопрос эффективного воспитания и общественного доверия [Бабаян Э. А., Гонопольский М. Х 1987; Милушева Г. А., Найденова Н. Г., 1990].

В 2001 году сотрудниками Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании было проведено комплексное многоуровневое исследование наркозависимости в Республике Казахстан. В частности выяснилось, что 1,7% населения РК являются наркозависимыми и 4,31% - группа риска по данному профилю. При этом темпы вовлечения восходящего поколения (дети, подростки, молодежь) населения РК в орбиту наркотизма постоянно повышаются. Согласно официальной статистике в специализированных наркологических ЛПУ Казахстана, по данным на 2002 год, на учете состоит 46 тысяч пациентов с диагнозом психических и поведенческих расстройств, полученных в результате употребления наркосодержащих веществ. Фактически это означает, что лишь один из шести пациентов с химической зависимостью обращается за помощью в официально действующую государственную систему наркологической помощи. Не в последнюю очередь данное обстоятельство связано с исключительно низкой эффективностью лечебно-реабилитационной деятельности наркологической службы РК, которая определяется процентом ремиссий в течение года с момента завершения процесса медико-социальной реабилитации. По Республике Казахстан этот показатель составляет от 5 до 7%. Анализ существующих подходов к лечению и реабилитации наркозависимых в наркологических уч-

реждениях Казахстана показывает, что данный сектор представлен в основном медикаментозной терапией абстинентного синдрома и различными вариантами экстракорпоральной детоксикации [Алтынбеков С. А., Катков А. Л., Мусинов С. Р., 2003].

Результаты масштабного многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в РК, проведенного Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании, дают новое понимание проблемы профилактики наркомании [Россинский Ю.А., 2002].

Полученные данные открывают возможности формирования сквозной стратегии первичной, вторичной и третичной профилактики распространения наркозависимости, связанной с целенаправленным формированием свойств антинаркотической устойчивости в социуме [Катков А. Л., 2001].

Разработка соответствующих психотерапевтических подходов будет способствовать повышению эффективности первичной профилактики по данному профилю за счет осмысленной трансляции уникальных технологий кризисного развития индивида и группы в институализированные практики образования и воспитания. Только целенаправленное внимание всех институтов государства и общества к указанным проблемным ситуациям позволит сделать работу по профилактике вовлечения детей и подростков в потребление психоактивных веществ эффективной. Речь идет о создании совершенно новой организационной структуры в рамках образовательных учреждений, способных выполнить данную задачу [Титова В.В., 2003].

До настоящего момента первичная профилактика, в основном, проводилась, начиная с подросткового возраста, так как подростки считались наиболее вероятной группой риска. Однако, по данным последних исследований существует необходимость проведения первичной профилактики в более раннем возрасте [Илешева Р. Г., 1990; Кудьярова Г. М., 1995].

Многие концепции, на которых основывается профилактика наркомании в нашей стране и за рубежом, оказываются несостоятельными, так как в общественной жизни постоянно происходят изменения. Необходим постоянный поиск новых путей решения данной проблемы [Березин С. В, Лисецкий К. С., 2000].

Таким образом, мы изучали клинко-психопатологические, психологические и социальные особенности, оказывающие влияние на формирование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста.

Для достижения указанной цели в работе предстоит решить следующие задачи:

1. Изучение психопатологических характеристик детей с зависимостью от психоактивных веществ (исследуемая группа) и отсутствием признаков зависимости (группа сравнения);

2. Изучение психологических особенностей, непосредственно представляющих свойства антинаркотической устойчивости у детей в исследуемой группе и группе сравнения;

3. Изучение социальных и социально-психологических особенностей, оказывающих наиболее значимое влияние на формирование свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста;

4. Проведение сравнительного анализа результатов, полученных по психопатологическим, психологическим и социальным параметрам в исследуемой группе и группе сравнения;

5. Определение специфики развития свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста;

6. Разработка основных положений концепции психологического здоровья – антинаркотической устойчивости применительно к младшему школьному возрасту.

Основные методы исследования:

Клинико-психопатологический метод применялся для анализа глубины и длительности психопатологических состояний, оценки неврологического и соматического состояний. В качестве основного диагностического инструмента мы использовали адаптированный вариант многоосевой классификации болезней (МКБ-10), применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского возраста (Р.Никол, 2001).

Использование настоящей классификации позволило адекватно раскрыть особенности собственно психопатологических симптомов и синдромов (ось I); оценить нарушения личностного развития по степени выраженности патологического личностного радикала – ось II; определить характеристики когнитивного статуса и уровень интеллектуального развития (ось III); оценить аспекты физического (соматического) здоровья в аспекте коморбидной патологии, связанной и несвязанной с употреблением ПАВ (ось IV); оценить неблагоприятные психо-социальные факторы, в той или иной степени являющиеся причинами наркологических проблем – ось V (внутрисемейные взаимоотношения, типы неправильного воспитания и т.д.); по оси VI (анализ психологического и социального функционирования с целью определения признаков инвалидности) оценки не приводилось, поскольку у детей исследуемой группы и группы сравнения отсутствовали признаки инвалидности и, следовательно, показания к такого рода оценке.

Клинико-психологический метод включал в себя: проективные и стандартизированные методики для изучения свойств антинаркотической устойчивости:

- многофакторный личностный опросник (модификация 16-факторного личностного теста Р. Кеттелла, адаптированного применительно к детям), используемый для изучения личностных качеств ребенка;

- методику А. И. Липкиной «Три оценки», используемую для изучения самооценки детей младшего школьного возраста;

- методику самоописания С.Б.Спиридоновой, используемую для диагностики уровня самосознания и уровня сформированности навыков ответственного выбора у младших школьников;

- методику решения воображаемых экспериментальных ситуаций М. В.Матюхиной, С. Г.Яриковой, используемую для изучения характера личной ответственности младшего школьника, её направленности (интернальной – экстернальной);

- методику проективного опроса Е. В. Воробьевой, используемую в ранней диагностике жизненных сценариев у детей 7-11 лет;

- графическую психодиагностическую методику «Человек под дождём» Е. В. Романовой, используемую для диагностики силы Эго ребёнка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им, а также для диагностики личностных резервов, копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов у детей младшего школьного возраста;

- тест умственного развития Векслера, используемый для селективного исследования уровня интеллектуального развития.

Социально-психологическим методом исследовались особенности индивида в социуме и влияние социума на личность. В данном исследовании затронуты темы на выявление наиболее популярного источника информации о проблеме наркомании, частота получения информации антинаркотической направленности, оценка эффективности общественных усилий, препятствующих распространению наркомании. Детям была предложена модифицированная анкета, которая включала упрощенные вопросы, входившие в базисную карту, разработанную РНПЦ МСПН.

Статистический метод применялся с целью анализа показателей динамики по основным параметрам исследования с оценкой достоверности различий. В качестве статистических критериев достоверности использовались критерии Стьюдента (t – для параметрических показателей). Для выявления достоверных различий между процентными долями двух выборок, в которых зарегистрирован интересующий нас эффект, мы применили критерий Фишера. Для качественно-количественного анализа ответов на вопросы проективных методик использовался метод контент-анализа, который является одним из методов изучения документов, используемых в различных социально-психологических исследованиях.

По результатам наших исследований есть все основания утверждать, что, во-первых, свойства антинаркотической устойчивости в значительной степени могут быть сформированы в младшем школьном возрасте, а во-вторых, по своим главным составляющим (дифференцированным личностным свойствам) они сопоставимы с оригинальной моделью (А.Л.Катков, 2001; Ю.А.Росинский, 2005).

Наиболее **общими отличиями** свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте от аналогичных характеристик психологического здоровья в более зрелом возрасте являются следующие:

- степень дифференциации основных свойств, представляющих данный феномен у детей младшего школьного возраста, существенно ниже, а степень взаимозависимости, соответственно, выше, чем у более зрелых лиц;

- существует возможность достаточного дифференцированного определения развития конкретных свойств антинаркотической устойчивости в раннем школьном возрасте с выведением соответствующих степеней риска вовлечения в зависимость от психоактивных веществ для каждого ребенка и адекватных рекомендаций по снижению данных рисков;

- отличительной особенностью формирования свойств антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте является тесная связь с условиями воспитания и характеристикой межличностных отношений в семье ребенка (прямая зависимость рисков потребления психоактивных веществ со степенью деструктивности семьи).

Конкретными (частными) отличиями определенных свойств – составляющих феномена антинаркотической устойчивости в младшем школьном возрасте от их более дифференцированных и зрелых аналогов являются следующие:

- свойство завершенной личностной идентификации представлено у детей конструктивной Я-концепцией с акцентом на следующие свойства личности: самооценка, уровень притязаний, степень развития самоосознания, адекватность целеполагания и выбора средств для достижения цели;

- свойство конструктивного жизненного сценария в раннем школьном возрасте представлено ценностно-смысловыми доминантами, вписанными в образ мира ребенка, на основании которых он действует и выстраивает оценочные суждения. При этом основной акцент делается на таких личностных качествах как трудолюбие, ориентация на позитивные ценности и личностные свойства значимых других лиц;

- свойства навыка ответственного выбора и внутреннего локуса-контроля у детей младшего школьного возраста не дифференцируются и представлены качеством внутренней ответственности. При этом

имеют значение такие личностные свойства как самостоятельность, умение планировать и организовывать свою деятельность, сформированность волевых усилий (усидчивость), критичность;

- свойство достаточности личностных ресурсов, необходимых для реализации идентификационных сценариев в младшем школьном возрасте, представлено так называемой «силой Эго», определяемой как эмоциональная устойчивость и уверенность, а также «силой сверх-Я», с акцентом на такие личностные качества как обязательность, добросовестность, ответственность;

- в аспектах информированности о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующих реализации основных жизненных сценариев у детей младшего школьного возраста имеют значение факты передачи такого рода информации от значимых других лиц, пользующихся особым авторитетом и доверием (обычно, родителей), правильные, тщательно продуманные контекст и направленность данной информации, определяющие когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты последующих изменений.

Таким образом, выявленные при настоящем исследовании общие и частные отличия аналогов свойств антинаркотической устойчивости, характерные для детей младшего школьного возраста, адекватно модифицируют концепцию психологического здоровья – антинаркотической устойчивости применительно к данной группе населения. Полученные сведения углубляют и расширяют возможности первичной и вторичной профилактики распространения зависимости от психоактивных веществ.

Впервые идентифицированы свойства антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. Систематизированы диагностические подходы к определению развития названных свойств в данной возрастной группе. Проведен сравнительный анализ представленности свойств антинаркотической устойчивости в группе здоровых детей и детей – зависимых от психоактивных веществ. Описаны клиничко-психопатологические и клиничко-психологические характеристики, имеющие непосредственное отношение к формированию антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. Выявлены и систематизированы основные отличия анализируемых свойств психики детей соответствующего возраста от их аналогов у взрослого человека. На основании проведенных исследований сформулированы основные положения концепции антинаркотической устойчивости – психологического здоровья в младшем школьном возрасте. Определены новые подходы к первичной и вторичной профилактике распространения зависимости от психоактивных веществ среди детского населения Республики Казахстан.

ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ПРОБЛЕМА ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ – АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У ДЕТЕЙ

Н. Г. Владимирова

г. Караганда

Одним из факторов антинаркотической устойчивости является полноценная информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ, препятствующая реализации основных жизненных сценариев (Катков А. Л., 2001). Если обратиться к истории появления и распространения психоактивных веществ, то мы видим, что с развитием медицины началось всё более широкое использование самых разнообразных препаратов, которые действительно облегчают болезненное состояние человека. Данный факт заставил человечество поверить в силу лекарственных препаратов, в том числе и действующих на центральную нервную систему – психотропных, снотворных. Употребление тех или иных лекарств с целью воздействия на свой организм и психику перестало быть в сознании людей запретным, и переход от одних к другим не требовал преодоления значимого психологического барьера. На этом в течение многих десятилетий формирующемся пронаркотическом фоне стало более естественным употребление наркотических средств не только в медицинских целях, но и в других, ориентированных социально (Максимова Н. Ю., 2000). На данном фоне формируются ложные представления о наркотиках, о том кто такие наркоманы, а на основе этих представлений формируется положительное отношение к данной проблеме. Этому способствует реклама алкогольных и табачных изделий. В сознании детей существуют определенные мифы о наркотиках и наркоманах, при этом разрушить их довольно не просто.

Важным аспектом в профилактике наркозависимости в обществе является необходимость формирования профилактического информационного пространства. Неоспоримо влияние информационного пространства, в том числе негативного, на личность и группы людей: средств массовой информации, видеопроизводства и т.п. (F. Philip Rice, 1975; Philip G. Zimbardo and Michael R. Leippe, 1991; Катков А. Л.). Информация о вреде злоупотребления алкоголем в глазах детей приходит в явное противоречие с массовым распространением алкоголизации среди взрослых. В отношении наркотиков вред их употребления, как правило, детьми легко признается, опасность стать наркоманом также допускается. Большую часть детей эта угроза удерживает от злоупотребления. Однако широкое распространение сведений о наркотиках может у другой части детей пробудить

к ним нездоровый интерес, желание испробовать на себе их действие.

Мы видим, что основным источником информации, являются СМИ. В этом случае связь носит односторонний характер и не дает возможности ребенку адекватно оценить качество получаемой информации. Поэтому зачастую «насмотревшись фильмов» дети считают, что курить или пить, значит быть сильным, крутым, модным (Юсупов О. Г., 2002). Нужны программы, которые будут построены на принципе диалога между ребенком и взрослым. Но для создания данных программ необходимо исследовать специфику структуры представлений, как о проблеме наркомании, так и самих психоактивных веществ, у детей с различным уровнем сформированности антинаркотической устойчивости.

Таким образом, результаты настоящего исследования расширяют области практического знания и возможностей эффективной коррекции рисков вовлечения в зависимость от психоактивных веществ и собственно химической зависимости в детском возрасте.

Для исследования особенностей сформированности свойств антинаркотической устойчивости у детей, а также для изучения её информационной составляющей мы предлагаем перечень следующих психодиагностических методик. Данный перечень предлагается с учётом ранее проводимых исследований Марашевой А. А. на базе Республиканского научно - практического центра медико - социальных проблем наркомании.

Предлагаемый подход включает в себя диагностику свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья в клинико-психологическом и социально-психологическом аспектах.

Для изучения личностных качеств ребенка можно использовать многофакторный личностный опросник, представляющий собой адаптацию, применительно к детям, взрослого варианта 16 - факторного личностного теста Р. Кеттелла. Данная методика позволяет исследовать личностные особенности ребёнка, обуславливающие его поведение. Тест состоит из двух частей, по 60 вопросов в каждой, и содержит 12 шкал для измерения степени выраженности черт личности, функционально независимая природа которых, установлена в ряде факторно - аналитических исследований. Ниже приводится краткая интерпретация каждой из 12 шкал опросника.

- Фактор А (холодность – доброжелательность).
- Фактор В (интеллектуальные способности)
- Фактор С (эмоциональная неустойчивость – стабильность).
- Фактор D (уравновешенность – возбудимость).
- Фактор Е (доминантность – конформность)
- Фактор F (сургенция - десургенция).
- Фактор Р (низкая – высокая добросовестность).
- Фактор Н (смелость – робость)
- Фактор I (мягкосердечность – суровость)
- Фактор О (гипотимия – гипертимия)
- Фактор Q3 (контроль желаний – импульсивность)
- Фактор Q4 (фрустрированность – нефрустрированность)

Использовались два варианта текста для мальчиков и для девочек.

Обработка полученных материалов осуществляется следующим образом: специальный ключ, представляющий собой матрицу с отверстиями, накладывается на бланк с ответами; каждый ответ (А – да, В – не знаю, С – нет) имеет свою условную стоимость в очках для каждого вопроса; очки затем переводятся в условные баллы (стены). Оценка по факторам, для каждого испытуемого, приобретает символ при сравнении со средними оценками. Баллы, полученные испытуемым, соотносятся с нормативными данными, выраженными в единицах 10 - балльной шкалы. При интерпретации учитываются только два крайних полюса развития личностных черт: высокий и низкий.

Для изучения ценностных ориентаций и самооценки ребенка используется модифицированная методика Гусевой Н. А. Выбор категорий «ценность» не случаен и объясняется тем, что ценности представляют собой ядро внутренней позиции личности, конгломерат доминирующих мотивов поведения, и определяют целостность, целенаправленность поведения в жизни человека. Внутренняя позиция личности, как было доказано в многочисленных эксперимен-

тальных исследованиях Леонтьева А. Н., Божович Л.И., Ядова В. А., взаимодействуют с ситуационными мотивами по принципу соподчинения, оказывая тем самым непосредственное влияние на реальное поведение в условиях «борьбы мотивов». Список ценностей был составлен на основе анализа бесед с детьми, и сопоставим со списком идеальных ценностей приведенных в книге «Практикум по возрастной психологии». Список ценностей был дополнен наиболее часто отмечаемыми в специальной литературе особенностями ценностных ориентаций употребляющих ПАВ, как «гедонистическая направленность личности», «жажда постоянного получения новых, необычных ощущений». Полученные сведения автором были «переведены» на детский язык с помощью самих младших школьников и именно эти формулировки были представлены в данной методике. Нами была выбрана индивидуальная форма проведения методики. Обработкой служили:

- карточка со схематичным изображением трех мальчиков (девочек)
- карточки с качествами (хорошо учиться, нравиться другим, никогда не болеет, здоровый, богатый и т. д.).

Перед ребенком кладется карточка со схематичным изображением трех мальчиков (девочек) в зависимости от пола обследуемого. Под ней кладется карточка с качествами. Предлагается выбрать тот персонаж, на которого ребенок хотел бы больше всех быть похож. Выбранные ребенком ценности присваиваются два балла. Далее предлагается сделать повторный выбор из оставшихся персонажей, и ответу присваивают один балл. Для исследования самооценки используют те же карточки и качества, но ребенку предлагают представить, что один из этих мальчиков (девочек) на самом деле он. Выбранному качеству присваивают два балла. Описанная процедура повторяется со всеми семью карточками. Данные заносятся в протокол обследования, и подсчитывается отно-

№	Ценность	2	1	0	ЦО «к»	2	1	0	СО
1	Новые, необычные ощущения				K1=				
2	Здоровье				K2=				
3	Богатство				K3=				
4	Развлечение				K4=				
5	Дружба, принятие со стороны других				K5=				
6	Успех в учебной деятельности				K6=				
7	Сила, влияние на других				K7=				

сительный вес каждой характеристики.

Для изучения представления ребенка о себе во временной перспективе, самооотношение, самооценности, наличие трудности в контактах с окружающими, наличие тревожности, дискомфорта, адекватной возрастной и половой идентификации можно использовать методику проективный рисунок «Я в прошлом, я в настоящем, я в будущем». На листе

бумаги, разделенном на три части, ребенок рисует себя в прошлом, когда он был маленьким, затем таким какой он есть сейчас, и каким он будет в будущем когда вырастит. Рисунок может выполняться цветными карандашами и фломастерами. На основании обработки результатов выделяют пять психологических характеристик:

- чувство самооценности, высота самооценки -

«Самоценность»;

- легкость в установлении контактов, в общении - «Контакты»;

- наличие эмоционального, психического комфорта, отсутствие тревоги, беспокойство - «Комфорт»;

- адекватность половой идентификации - «Пол»;

- адекватность возрастной идентификации - «Возраст».

Максимальное количество баллов по параметрам «Самоценность», «Контакты», «Комфорт» - 5 баллов. За каждый признак, характеризующий психическое неблагополучие вычитается один балл из 5. В графах «Пол» и «Возраст» ставится максимум 2 балла. За каждый признак неадекватной возрастной или половой идентификации снимается один балл.

Для изучения мотивации достижений на выявление уровня притязаний использовался тест Х.Д.Шмальта «тест мотивации достижения». В теоретических концепциях (Дж. Аткинсон, Х. Хекхаузен) мотив рассматривается как определенный теоретический конструкт, который отражает устойчивые черты поведения личности. В основе концепции достижения лежит представление о «ситуации достижения», которая характеризуется наличием некоторой задачи и качеством ее исполнения. Таким образом, автор методики выделяет в мотивации достижения три тенденции – «стремление к успеху», «боязнь неудачи в связи с ощущением собственной неспособности» и «боязнь социальных последствий неудачи» (ребенок мотивирован на негативную оценку взрослого). По мнению Х. Д. Шмальта преобладания одной из тенденции качественно меняет одной из стратегии поведения личности.

Данная методика предполагает также использование ситуации различной тематики достижения: предметно - манипулятивная, физическая деятельность; музыкальная деятельность; самоутверждение; деятельность по оказанию помощи; спортивная деятельность.

Все ситуации распределены на два класса. В соответствии с тем, затрагивают ли они преимущественно индивидуальные или социальные относительные нормы. Генетически первичными являются индивидуальные относительные нормы: предметно - манипулятивная, музыкальная деятельность и некоторые ситуации из области самоутверждения и спорта. Ситуации, содержащие социальные относительные нормы: деятельности по оказанию помощи и ситуации из области спорта и самоутверждения. По сравнению с традиционными методами МД – решетка позволяет получить многомерную информацию.

Обработка данных начинается с подсчета первичных тестовых результатов по основным мотивационным тенденциям. Затем первичные показатели переводятся в процентильные оценки шкалы станайнов. На основе данных можно также подсчитать по-

казатели «общей мотивации».

Для изучения характера личной ответственности младшего школьника, её направленности (интернальной - экстернальной) может быть использована методика решения воображаемых экспериментальных ситуаций, разработанная М. В. Матюхиной, С.Г. Яриковой. Детям предлагается представить 10 конкретных школьных ситуаций, связанных с невыполнением учащимися каких-либо заданий учителя, школьных правил поведения. Возможные причины невыполнения заданий учителя можно разделить на два вида: причиной невыполнения является сам ученик, его особенности (субъективные причины); причиной невыполнения является другой человек, внешние обстоятельства (объективные причины).

Учащиеся должны проанализировать предложенные суждения и объяснить причину своего поведения в подобной ситуации. Создавая эту методику, авторы исходили из того, что ответственный ученик не винит других людей, сложившиеся обстоятельства, а объясняет невыполнение поручений своими субъективными особенностями.

Каждому ученику дается карточка, на которой описаны 10 событий и их возможные причины. Учащимся предлагается инструкция: «У каждого из нас могут произойти неприятности: мы можем забыть учебник дома, не выполнить важное задание, опоздать на урок. На карточках, которые вы получили, описано 10 таких ситуаций. Представьте, что это случилось с вами. Постарайтесь объяснить причину того, как это могло произойти. Для этого внимательно прочитайте два варианта ответа, указывающие на возможную причину произошедшего, и выберите один».

При обработке результатов учитывается количество ответов с указанием субъективной причины произошедшего. Таким образом, каждый ученик класса может набрать от 0 до 10 баллов. Если ученик набирает количество баллов от 0 до 5, то можно говорить об экстернальной направленности ответственности, от 5 до 10 - интернальной.

Согласно концепции известного психолога и психотерапевта Э. Берна, автора трансактного анализа, предпочтение ребенка в детстве той или иной сказке может быть использовано в плане предсказания его собственной судьбы (Марашева А.А., 2004). Возраст от шести до десяти лет в психоанализе называется латентным периодом. В это время ребенок старается увидеть, скорее, узнать как можно больше обо всем в мире. В эту пору у него имеется лишь смутное представление о своих целях в жизни. Большинство детей начинают свою сознательную жизнь с желания жить вечно и всегда любить своих близких. Но многие обстоятельства жизни через пять - шесть лет могут заставить ребенка взглянуть на эти проблемы иначе. И он может решить (что понятно из-за ограниченности его опыта) умереть молодым или никогда больше никого не любить. С помощью родителей и всей окружающей среды он узнает, что

жизнь и любовь со всеми их опасностями все же достойны внимания. Он находится в постоянном поиске сюжета, к которому подошло бы его сценарное оборудование, а также героя, который указал бы ему надлежащую дорогу. Сюжеты и герои живут в сказках и историях, содержащихся в книгах, которые он читал или рассказывали ему люди, пользующиеся его доверием, - мама, папа, бабушка, дедушка, приятели или детсадовский воспитатель, прошедший соответствующую педагогическую подготовку [E.Verne, 2001]. Рассказанная сказка или прочитанная история дает ему «скелет», в который входят:

- 1) герой, на которого ребенок хочет быть похожим;
- 2) злодей, который может стать примером, если ребенок подыщет ему соответствующее оправдание;
- 3) тип человека, воплощающий в себе образец, которому он хочет следовать;
- 4) сюжет – модель событий, дающая возможность переключения с одной фигуры на другую;
- 5) перечень персонажей, мотивирующих переключений;
- 6) набор этических стандартов, предписывающих, когда надо сердиться, когда обижаться, когда чувствовать себя виноватым, ощущать свою правоту или торжествовать.

В ранней диагностике жизненных сценариев у детей 7 - 11 лет используется методика проективного опроса. Данная методика внедрена Воробьевой Е. В. на базе городского Дворца творчества детей и молодежи г. Ростова – на - Дону (РФ). Методика заключается в том, что дети рассказывают свои любимые сказки, делая акцент на том, чем их привлекает та или иная сказка, те или иные качества главного героя. Ответы испытуемых фиксировались и в последующем обрабатывались с помощью контент-анализа.

Важным аспектом психологических исследований копинг-поведения в наркологии является изучение социальной поддержки как фактора, уменьшающего стресс. Авторами исследовалась значимость социальной поддержки в совладании с проблемой, изучалось восприятие социальной поддержки больными алкоголизмом и наркоманиями. В. М. Ялтонский отмечает, что люди, получающие эффективную помощь (социальную поддержку) от семьи, друзей, значимых для них лиц и социальных групп, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят жизненные трудности, более устойчивы к развитию различных заболеваний. Н. А. Сирота показала важную роль социально-поддерживающего процесса в преодолении стрессовых ситуаций. Графическая психодиагностическая методика «Человек под дождём», предложенная Е. В. Романовой ориентирована на диагностику силы Эго ребёнка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Кроме того, она позволяет осуществить диагностику личностных резервов, т.е. копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов. В соответствии с инструкцией испытуемому предлагалось нарисовать на листе бумаги человека, а затем, на другом таком же листе – человека под дож-

дём. Сопоставлялись оба рисунка, что позволяло определить, как человек реагирует на стрессовые, неблагоприятные ситуации, что он чувствует при затруднениях. Все высказывания испытуемого фиксировались, затем проводилась дополнительная беседа, направленная на выявление того, какие копинг-ресурсы использует ребёнок в трудных ситуациях (Марашева А. А., 2004). Необходимо «войти» в рисунок и почувствовать, в каком настроении пребывает персонаж (радостном, ликующем, удрученном и т.д.), ощущает ли он себя беспомощным или, напротив, чувствует в себе внутренние ресурсы для борьбы с трудностями, а возможно, спокойно и адекватно воспринимает затруднения, считая их обычным жизненным явлением. В дальнейшем результаты методики обрабатывались с помощью контент-анализа. Данный метод, являясь проективным, накладывает минимальное количество ограничений на испытуемого и позволяет выявить глубинный личностный смысл.

Важным аспектом в профилактике наркозависимости в обществе, является необходимость формирования профилактического информационного пространства. Неоспоримо влияние информационного пространства: средств массовой информации, видеопродукции и т.п., в том числе негативное, на личность и группы людей. Информация о вреде злоупотребления алкоголем для детей приходит в явное противоречие с массовым распространением алкоголизации среди взрослых. В отношении наркотиков вред их употребления детьми, как правило, легко признается. Опасность стать наркоманом также допускается. Большую часть детей эта угроза удерживает от злоупотребления. Однако широкое распространение сведений о наркотиках может у другой части детей пробудить к этим веществам нездоровый интерес, желание испробовать на себе их действие.

В работах Н. А. Гусевой указано, что получение достаточной информации о риске приобщения конкретного ребенка к психоактивным веществам базируется на исследовании следующих показателей: оценочный и поведенческий компоненты установки по отношению ПАВ.

Оценочный компонент установки может быть исследован посредством выяснения отношения ребенка к потребителям ПАВ. Поскольку употребление психоактивных веществ может оцениваться на разных уровнях осознанности, мы предлагаем исследовать как осознанное, так и неосознаваемое отношение к потребителям ПАВ. Для исследования использована методика «Может ли...». Нас интересовало, прежде всего, насколько, по мнению детей, влияет употребление ПАВ на жизнедеятельность потребителя. Если ребенок считает, что потребитель ПАВ может быть носителем важных качеств, реализовывать важные потребности, иными словами, прием ПАВ не мешает нормальному функционированию индивида, можно сделать вывод о высокой сте-

пени риска подражания такого ребенка поведению аддиктов. И наоборот, убеждение ребенка в невозможности нормального существования потребителя ПАВ является значимым фактором защиты от злоупотребления ПАВ. В качестве критериев, по которым детям предлагается оценить возможности аддиктов, используются идеальные ценности. Перед ребенком выкладываются три карточки с человечками: один курит – в его руке пачка сигарет и сигарета во рту, человек с бокалом или бутылкой в руках, человек, в руках которого ничего нет. Задается вопрос «что нужно дорисовать, чтобы было понятно, что он употребляет наркотики?». Далее перед ребенком оставляется одна карточка потребителя, о котором идет речь в вопросах, и предлагают ребенку ответить на вопросы об этом человечке. Ответы ребенка заносятся в протокол. За каждый ответ «ДА» присваивается – 1 балл, «НЕТ» +1 балл. Далее подсчитываются все ответы каждой характеристики Поведенческий компонент установки, мы исследовали с помощью наблюдения за тем, как дети реализуют сформировавшуюся поведенческую готовность в подобных ситуациях возникающих в реальной жизни или ролевой игре. Проводимая нами, методика «Приключения Даши и Саши» дает богатый диагностический материал и позволяет не только оценить поведенческую готовность детей в наркогенных ситуациях, но и выявить некоторые особенности актуального состояния ребенка, наиболее значимые для него и конфликтные сферы взаимоотношений. Также позволила сделать вывод об уровне агрессивности в общении, сформированности копинг-ресурсов и стратегий преодоления стресса. Ребенку предлагается озвучить ситуацию изображенную на карточке. Тест включает в себя 11 ситуаций. Проводится качественно-количественный анализ высказывания детей. Выделяется несколько направлений анализа:

- отмечается готов или не готов ребенок попробовать ПАВ;
- анализируется аргументация выбора поведения (пробы или отказа от пробы);
- оценивается характер указанных ребенком действий: реактивный или активный;
- отмечается, является ли выбранный стиль поведения осуществимым в реальной жизни или предлагается сугубо фантастический способ решения ситуации.

Кроме перечисленных линий анализа следует обратить внимание на наличие формальных, однотипных социально-желательных ответов. Сводная таблица «Поведенческая готовность в наркогенных ситуациях» представлена.

Также используется модифицированная анкета, которая включала упрощенные вопросы, входившие в базисную карту, разработанную РНПЦ МСПН (Ма-

рашева А.А., 2005).

Члены семьи, злоупотребляющие алкоголем и наркотическими веществами, являются одним из наиболее значимых факторов риска. Родители формируют основные жизненные ценности и нормы поведения ребенка. Для детей младшего возраста родители являются непосредственным объектом для подражания. Асоциальное поведение родителей, низкий уровень образования, психологическая напряженность и конфликты являются факторами высокого риска злоупотребления алкоголя детьми.

Основываясь на концепции антинаркотической устойчивости, акцентированной на совокупности личностных свойств, социальных характеристик среды, их обеспечивающих, ведущей к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях, мы приходим к выводу, что семья имеет влияние на формирование психологического здоровья для ребенка. Но семья есть фактор, который трансформируется в личностные смыслы ребенка, на которые ребенок основывается в момент принятия решения употребления психоактивного вещества.

Для диагностики детско - родительских отношений использовался тест «Динамический рисунок семьи» (по Р.Ф. Беляускайте). Данный тест помогает выявить отношение ребенка к членам своей семьи, семейные отношения, которые вызывают тревогу или конфликты для рисующего, показывают, как ребенок воспринимает взаимоотношения с другими членами семьи и свое место в семье. Каждый рисунок является творческой деятельностью, не только отражающей восприятие ребенком своей семьи, но и позволяющей ребенку анализировать и переосмысливать семейные отношения. В этом смысле рисунок семьи не только отражает настоящее и прошлое, но и также направлен на будущее, так как при рисовании ребенок интерпретирует ситуацию, решает проблему актуальных семейных отношений. Тест состоит из двух частей: рисование семьи и беседы после рисования. Анализ проводится на основании пяти симптомокомплексов: благоприятная семейная ситуация; тревожность; конфликтность в семье; чувство неполноценности в семейной ситуации; враждебность в семейной ситуации.

Методический инструментарий по определению сформированности свойств антинаркотической устойчивости не ограничивается ниже перечисленными диагностическими методиками. Поэтому в практической работе возможно расширение методической базы исследования психологического здоровья, учитывая специфику возрастных особенностей детей и ситуации обследования.

**РАЗРАБОТКА ЭФФЕКТИВНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО МЕТОДА
ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ
В РАМКАХ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
(Предварительное сообщение)**

А.В.Грузман

г. Павлодар

Основной задачей поддерживающей медикаментозной, противорецидивной терапии является предупреждение возврата к приёму наркотиков.

Несмотря на то, что поздние постабстинентные расстройства могут присутствовать или обостряться в течение 12 месяцев и более после прекращения употребления опиоидов, на сегодняшний день существует дефицит стандартизированных медикаментозных методик направленных на коррекцию поведенческих, аффективных и динамических расстройств в этом периоде.

Общепринятым считается мнение, что причиной столь длительных постабстинентных расстройств является нарушение нейромедиаторного обмена в ЦНС. В поздний постабстинентный период отмечаются колебания уровня таких нейромедиаторов как дофамин, серотонин, норадреналин и опиатов с тенденцией к их снижению. Эти изменения лежат в основе симптомов, тягостные ощущения от которых провоцируют рецидив заболевания. Такими симптомами являются:

- патологическое влечение к наркотику, сопровождающееся поведенческими нарушениями психопатоподобного характера;
- аффективные нарушения в регистре от дистимии до выраженных депрессивных состояний;
- волевые нарушения в виде апатии, безразличия;
- астенодинамические нарушения в виде расстройств астенического характера ведущих к быстрому истощению как в интеллектуальной, так и в физической деятельности.

На сегодняшний день не существует психотропных препаратов, которые в виде монотерапии могут купировать весь спектр описанных нарушений.

Пролонгированные формы нейролептиков, воздействуя на психопатоподобное поведение и компульсивный компонент влечения, не оказывает необходимого влияния на obsесивный компонент влечения, депрессивные и адинамические расстройства.

Налтрексон блокирует эйфорический эффект при приёме опиоидов, но не восполняет нейромедиаторный дефицит и не стабилизирует уровень нейромедиаторного обмена в ЦНС. При отсутствии мотивации от воздержания от ПАВ может возникнуть желание с помощью повышенных доз опиоидов вызвать желаемое состояние. Это может привести к передозировке со всеми вытекающими тяжёлыми последствиями.

Заместительные программы с применением агонистов опиатных рецепторов (метадон) представляют собой замену одного наркотического средства другим и направлены не на отказ от приёма наркотиков, а на снижение приносимого ими вреда. Кроме того, они не разрешены к использованию в Республике Казахстан.

Основной задачей проводимого научно-практического исследования является:

1. Разработка эффективной комбинации препаратов для длительной противорецидивной терапии у больных, страдающих злоупотреблением опиоидов.

Цели исследования:

1. Отбор конкретных медикаментозных препаратов для терапевтической комбинации с целью проведения длительной медикаментозной противорецидивной терапии у больных, страдающих злоупотреблением опиоидов.

2. Определение контингента пациентов, для которых данная комбинация будет обладать наибольшей эффективностью.

3. Определение предикторов эффективности терапевтической комбинации.

Искомая комбинация должна соответствовать следующим требованиям:

1. Воздействовать на широкий спектр симптомов, характерных для постабстинентного периода, за счёт нормализации нарушений нейромедиаторного обмена.

2. В виду необходимости длительного приёма препараты должны быть эффективны в малых дозах и обладать минимальным побочным действием.

3. Взаимодействие препаратов не должно вызывать токсических эффектов.

4. Экономически приемлемая стоимость препаратов, входящих в терапевтическую комбинацию.

5. Препараты должны быть зарегистрированы в Казахстане и иметься в продаже в аптечной сети.

Предлагаются следующие группы психотропных препаратов необходимых для противорецидивной терапевтической комбинации.

▪ **Нейролептики**. С целью подавления патологического влечения, особенно его компульсивной составляющей. Профилактика поведенческих психопатоподобных и волевых расстройств.

▪ **Антидепрессанты**. С целью коррекции аффективных и астенических расстройств и для подавления патологического влечения, особенно его obsесивной составляющей.

▪ **Антиконвульсанты**. С нормотимической, антидисфорической, вегетостабилизирующей целью

и для профилактики параксизмальной активности, которая может возникнуть как проявления побочного действия на фоне длительного приёма антидепрессантов и нейролептиков.

Требования, предъявляемые к конкретным препаратам, входящим в противорецидивную терапевтическую комбинацию.

Нейролептик. В виду того, что планируется длительный приём препарата, то нейролептик должен хорошо переноситься, обладать малым спектром побочных действий и осложнений, снижать уровень патологического влечения, не обладать депрессогенным действием. Указанными свойствами обладают атипичные нейролептики. На фармацевтическом рынке Казахстана атипичные нейролептики представлены оланзапином, клозапином, рисперидоном. Однако не все из них могут быть использованы в исследовании. Оланзапин - из-за высокой стоимости. Клозапин - из-за вероятности тяжелых побочных расстройств, особенно со стороны системы кроветворения и поэтому не может быть показан для длительного приема. Всем необходимым требованиям, включая стоимость препарата, в большей степени

соответствует **рисперидон**. Это атипичный нейролептик, обладающий малым спектром побочных действий, оказывающий воздействие не только на психотические, но и на аффективные расстройства. Кроме того, имеются исследования, в которых указывается на способность препарата подавлять один из стержневых симптомов наркотической зависимости - патологическое влечение.

На базе Республиканского центра проводилось сравнительное исследование эффективности различных нейролептиков на психические и поведенческие расстройства, возникающих при злоупотреблении опиоидами. Исследовались пациенты в состоянии абстиненции и ранний постабстинентный период.

В исследовании изучалась сравнительная эффективность галоперидола (классический нейролептик), азалептина и рисполепта (атипичные нейролептики).

Преимущества рисполепта (в сравнении с другими нейролептиками - галоперидолом и клозапином) в лечении абстинентных и постабстинентных расстройств, вызванных злоупотреблением опиоидов (Кошегулова Р. М., Грузман А.В., 2005), отражены в таблицах 1-2.

Таблица 1.

Симптомы	Статистически достоверная разница
Влечение к наркотику	$p < 0,01$
Тревога	$p < 0,01$
Недостаточность суждений и критики	$p < 0,01$
Подавленность	$p < 0,01$
Апатия, безразличие	$p < 0,01$
Депрессия	$p < 0,05$
Бессонница	$p < 0,05$

Примечание. p – вероятность ошибочного заключения.

Таблица 2.

Нейролептик	Абстинентный синдром	Постабстинентный период
Рисполепт (рисперидон) таблетированная форма	4 – 6	3 – 4
раствор	4 – 6	3 – 4

Более подробно результаты этой работы отражены в методических рекомендациях «Применение рисполепта в лечении больных опиоидной (героиновой) наркоманией» (Павлодар, 2005).

Кроме того, к преимуществам рисполепта следует отнести тот факт, что его эффективность не зависит от величины дозы. Это выражается в том, что превышение средне-терапевтических доз чаще приводит не к усилению эффекта, а к усилению побочного действия. В виду этого существует большая вероятность эффективности малых доз. Последнее яв-

ляется одним из основных требований предъявляемых к терапевтической комбинации.

Для терапевтической комбинации использовался **Рисполепт**. В виду того, что планируется применять препарат в малых дозах, а также в связи с удобством дозирования в исследовании использовался рисполепт в форме раствора.

Антидепрессант. Должен обладать малым спектром побочных и токсических действий, воздействовать на obsessive синдромы, оказывать терапевтическое влияние не только на тревожные, но и на

астенические формы депрессий, обладать противорецидивным действием при лечении депрессивных расстройств. Наибольшей мере указанными свойствами обладают Селективные Ингибиторы Обратного Захвата Серотонина (СИОЗС). На казахстанском рынке СИОЗС представлены в основном флуоксетином, флувоксамином, сертралином.

Преимущества сертралина. При оценке по методу «Система объективно-оценочного анализа» – COOA (the System of Objectified Judgment Analysis – SOJA), в котором в качестве оценки фармакологической эффективности использовались следующие критерии выбора:

- фармакокинетика;
- взаимодействие с другими препаратами;
- клиническая эффективность;
- общая переносимость;
- реакции отмены;
- токсичность;
- фармакоэкономические исследования;

изученность препарата - **Сертралин** продемонстрировал наибольшее количество баллов. Поэтому именно он был включён в исследование. В исследовании из-за экономической приемлемости использовался препарат **Зосерт**.

Антиконвульсант. Должен обладать нормотимическим, антидисфорическим, вегетостабилизирующим эффектом и иметь положительный опыт применения в наркологии. Кроме того, длительный приём нейролептиков и серотонинергических антидепрессантов может провоцировать параксизмальную активность в ЦНС – это является ещё одним показанием для введения в смесь антиконвульсанта. Препаратом выбора в данном случае может быть **карбамазепин**. В исследовании использовался препарат **Зептол**.

Обоснование очерёдности назначения препаратов.

Первым назначается **нейролептик - рисполепт**. Так как он не только воздействует на патологическое влечение, но и обладает седативным, нормализующим поведение и эмоциональную сферу действием. Только после того как концентрация рисполепта

в крови стабилизируется, возможно назначение других препаратов, т.е. не ранее 10 дней после начала приёма.

Вторым назначается **антидепрессант – зосерт**. Его действие проявляется не ранее 7-14 дней с момента приёма. Известно также, что фармакологическое действие многих антидепрессантов характеризуется диссоциацией клинических эффектов: в то время как собственно тимолептическое влияние, необходимое для воздействия на аффективную и аддиктивную симптоматику (влечение к психоактивным веществам), находится в латентном состоянии, неспецифическое стимулирующее действие развивается в опережающем порядке. Неспецифическое стимулирующее влияние антидепрессантов нередко обуславливает усугубление психопатологических проявлений — повышает уровень тревоги, усиливает раздражительность, ухудшает и без того затрудненное засыпание и в ряде случаев усиливает влечение к наркотику. Поэтому он назначается на 11-12 день после рисполепта, действие которого сможет предотвратить описанные нежелательные эффекты. Длительность совместного приёма рисполепта и зосерта - 7 дней.

Третьим назначается **антиконвульсант – зептол**. Антиконвульсанты, воздействуя на энзимы печени, могут изменять концентрацию в крови других препаратов, поэтому их лучше назначать последними, с последующей коррекцией доз других препаратов при необходимости.

Предлагаемы дозы препаратов, вошедших в комбинацию:

Рисполепт - 1 мг сутки.

Зосерт - 25 мг сутки.

Зептол – 100 мг сутки.

Данное исследование планируется провести на базе Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании (г. Павлодар) в течение 2005 года. Результаты исследования будут опубликованы в печати.

Литература:

1. Балткэйс Я.Я., Фатеев В.А. *Взаимодействия лекарственных веществ*. - М.: Медицина, 1991. - 304 с.
2. Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Воронин Н.Э. *Современные подходы к фармакотерапии наркомании*. // *Вопр наркол.* – 1995. – 2. – с. 8-15.
3. Гофман А. Г. *Клиническая наркология*. - М., 2003. – С. 166 – 210.
4. Иванец Н.Н., Винникова М. А. *Героиновая наркомания*. - М.: Медпрактика, 2001. - 121 с.
5. Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В., Кулагина Н.В., Пищикова Л.Е. *Злоупотребление психоактивными веществами (клинические и правовые аспекты)*. - М.: МНЦ «Информкоррекция», 2003. – С. 181-224.
6. Кощегулова Р. М., Грузман А. В. *Сравнительная терапевтическая активность нейролептиков (рисперидон, галоперидол) в отношении клинко-психопатологических проявлений зависимости от героина / Вопросы наркологии Казахстана. – 2004.- Т. 4.- С. 111-115.*
7. Кощегулова Р. М., Грузман А. В. *Применение рисполепта в лечении больных опийной (героиновой) наркоманией. // Методические рекомендации. - Павлодар, 2005. - 31 с.*
8. *Протоколы ведения больных «Реабилитация больных наркоманией».* Минздрав РФ. Приложение 1. 2003.

-
-
9. Сиволап Ю.П., Савченко В.А. *Фармакотерапия в наркологии*. - М.: Медицина, 2000. - 348 с.
 10. Сиволап Ю.П. *Оценка роли разных классов лекарственных средств в терапии опиоидной зависимости*. // *Ж. Неврологии и Психиатрии*. – 2004. – 1. - с. 31 – 36.
 11. Софронов А.Г. *Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам*. Под. ред. проф. Иванца Н.Н. - М.: «Инкофонт», 1997. - с. 9-26.
 12. *Справочник Видаль-Специалист «Неврология и психиатрия»*. - М., Астра Фарм Сервис, 2003. - 604 С.
 13. Janknegt R., Hoe M., Hooymans P.M., Meijer J., Noten J. *Антидепрессанты. Выбор препарата с помощью метода СООА (SOJA)*. // *Ж. Психиатрия и психофармакотерапия*. - М., 2005. – т. 5, №1. – с. 41.
 14. Christine E. Grella and others. *Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS, Drug and Alcohol Dependence*. - vol. 57, No. 2 (1999). - pp. 151-166.
 15. Toumbourou J.W., Hamilton M. and Fallon B. *Treatment level progress and time spent in treatment in the prediction of outcomes following drug-free therapeutic community treatment, Addiction*. - vol. 93, No. 7 (1998). - pp. 1051-1064.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ КОНЦЕПЦИИ АНТИНАРКОТИЧЕСКОЙ УСТОЙЧИВОСТИ – ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

А. А. Марашева

г. Караганда

Результаты масштабного многоуровневого исследования проблемы наркозависимости в РК, проведенного Республиканским научно-практическим Центром медико-социальных проблем наркомании, дают новое понимание проблемы профилактики наркомании. Новый взгляд на эту проблему заключается в формировании феномена антинаркотической устойчивости. Под антинаркотической устойчивостью понимают совокупность личностных свойств, ведущих к стойкому отказу от употребления психоактивных веществ, в каких бы то ни было ситуациях. До настоящего момента первичная профилактика проводилась, начиная с подросткового возраста, так как подростки в силу особенностей возраста считались наиболее вероятной группой риска. Но по данным последних исследований среди подростков возрастает процент лиц, уже употребляющих психоактивные вещества. Следовательно, существует необходимость проводить первичную профилактику в более раннем возрасте. Доказывая адекватность концепции антинаркотической устойчивости в отношении детей младшего школьного возраста, мы рассматриваем его основные компоненты применительно данного возраста.

По результатам наших исследований, есть все основания утверждать, что, во-первых, свойства антинаркотической устойчивости в значительной степени могут быть сформированы в младшем школьном возрасте, а во-вторых, по своим главным составляющим (дифференцированным личностным свойствам) они сопоставимы с оригинальной моделью (А. Л. Катков, 2001; Ю. А. Россинский, 2005).

Исследуя степень сформированности свойств антинаркотической устойчивости, мы выявляем

группу риска детей, которые еще не вовлечены в орбиту наркотизма, но имеют предрасположенность к формированию зависимости.

Своевременное определение степени сформированности антинаркотической устойчивости у ребенка позволит осуществлять раннюю профилактику отклонений в его поведении. Низкий уровень сформированности данных свойств является системообразующим фактором возникновения алкоголизма и наркомании и, одновременно, прогностическим критерием.

Исследование свойств антинаркотической устойчивости включает в себя три аспекта: клинико-психопатологический, клинико-психологический и социально-психологический.

Клинико-психопатологический метод применялся для анализа глубины и длительности психопатологических состояний и оценки неврологического и соматического состояний. В качестве основного диагностического инструмента мы использовали адаптированный вариант многоосевой классификации болезней (МКБ-10), применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского возраста (Р. Никол, 2001). Использование настоящей классификации позволило:

адекватно раскрыть особенности собственно психопатологических симптомов и синдромов (ось I);

оценить нарушения личностного развития по степени выраженности патологического личностного радикала – ось II;

определить характеристики когнитивного статуса и уровень интеллектуального развития (ось III);

оценить аспекты физического (соматического) здоровья в аспекте коморбидной патологии, связанной и несвязанной с употреблением ПАВ (ось IV);

оценить неблагоприятные психосоциальные факторы, в той или иной степени являющиеся причинами наркологических проблем – ось V (внутрисемейные взаимоотношения, типы неправильного воспитания и т.д.);

по оси VI (анализ психологического и социального функционирования с целью определения признаков инвалидности) оценки не приводилось, поскольку у детей исследуемой группы и группы сравнения отсутствовали признаки инвалидности и, следовательно, показания, к оценке такого рода.

Таким образом, собственно психопатологические аспекты исследования представлены по осям I, II (патологический личностный радикал), III, IV адаптированного варианта многоосевой классификации болезней (МКБ-10), применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского возраста.

С помощью данного диагностического инструмента проводился анализ двух групп дизонтогенетических факторов:

- первичных психопатологических факторов, не имеющих прямого отношения к непосредственным проявлениям зависимости от ПАВ;

- вторичных психопатологических факторов, являющихся следствием хронической интоксикации психоактивными веществами.

При этом мы исходили из того, что как первая, так и вторая группа факторов оказывает сходное деструктивное влияние на процесс формирования свойств психологического здоровья - антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста. Однако первая группа факторов, препятствуя полноценному развитию свойств психологической устойчивости у ребенка, повышает риски первичного вовлечения в химическую зависимость. В то время как вторая группа факторов, наслаиваясь на признаки раннего дизонтогенеза, несвязанного с хронической интоксикацией ПАВ, усугубляет трудности развития, интересующих нас свойств личности ребенка в соответствующих программах медико-социальной реабилитации, и, следовательно, повышает риски повторного вовлечения в зависимость от ПАВ.

Для изучения сформированности свойств антинаркотической устойчивости – психологического здоровья в младшем школьном возрасте в клинико-психологическом аспекте мы использовали проективные и стандартизированные методики, для проведения которых важен признак сохранности интеллектуальных способностей. Следовательно, уровень умственного развития не должен являться фактором, влияющим на достоверность получаемых результатов.

Селективное исследование уровня интеллектуального развития представлено тестом умственного развития Векслера. По своему содержанию тест направлен на оценку базисных, интеллектуальных функций. Поэтому он наиболее эффективен в отношении отграничения нормы и не нормы. Общий показатель IQ методики является индикатором общего

интеллекта, т.е. сложноинтегрированного качества психики, обеспечивающего возможность различных видов деятельности.

За оценкой вербального показателя стоит вербальный интеллект, как интегральное образование и, одновременно, подструктура общего интеллекта, функционирующий в вербально-логической форме с преимущественной опорой на знания.

Уровень и структура вербального интеллекта тесно связана с полученным образованием, многообразием индивидуального жизненного опыта, всей совокупностью условий социализации человека. В структуре вербального интеллекта Д. Векслер полагает важным выявить и измерить следующие характеристики: уровень интеллектуальных функций в настоящем, обеспечивающих нормальное протекание интеллектуальной деятельности; состояние этих функций в прошлом, в процессе созревания и становления индивидуального интеллекта.

Невербальный показатель методики отражает состояние невербального интеллекта, т.е. интегрального образования и подструктуры общего интеллекта, деятельность которого связана не столько со знаниями, сколько со сформировавшимися на их основе умениями индивида, и особенностями его психофизиологических, сенсомоторных и перцептивных характеристик.

Таблица 1.

Границы определения уровней интеллектуального развития по Д. Векслеру

Оценка показателя	Характеристика уровня интеллектуального развития
130 и выше	Весьма высокий интеллект
120 – 129	Высокий интеллект
110 – 119	Хорошая норма интеллекта
90 – 109	Средний уровень интеллекта
80 – 89	Сниженная норма интеллекта
70 – 79	Пограничный уровень
68 – и ниже	Умственный дефект

После соответствующего обследования производится подсчет и занесение баллов в таблицу, далее производится вычисление шкальных оценок по отдельным субтестам в зависимости от возраста. После этого подсчитывается сумма шкальных оценок по таблицам, далее сумма В (5/6) и Н (5/6) и сопоставляются по таблице нормативов.

Для точного и обоснованного применения методики Д. Векслера ее показатели анализируются поэтапно:

1. Квалификация величин показателей IQ;
2. Учет соотношения величин оценок вербального и невербального IQ;
3. Учет величины разброса шкальных ответов по субтестам методики;

4. Учет характера правильности ответов испытуемого на задания субтестов (ввиду того, что задания в субтестах располагаются по нарастающей сложности);

5. Качественный анализ ответов испытуемого и его реакций, сопутствующих тестированию.

Метод выведения *t* критерия Стьюдента использован при проверке гипотезы о достоверности средней разницы общего интеллектуального показателя между результатами исследуемой группы и группой сравнения.

Клинико-психологический метод включает в себя выявление особенностей свойств антинаркотической устойчивости. Доказывая применимость концепции антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста, мы исследуем представленность её основных компонентов в данном возрасте. Например, особенности процесса идентификации у ребенка младшего школьного возраста можно определить с помощью изучения личностных качеств, самооценки и уровня притязания ребенка.

Для изучения личностных качеств ребенка мы использовали многофакторный личностный опросник, представляющий собой адаптацию, применительно к детям младшего школьного возраста, взрослого варианта 16 - факторного личностного теста Р.Кеттелла. Данная методика позволяет исследовать личностные особенности ребёнка, обуславливающие его поведение. Тест состоит из двух частей, по 60 вопросов в каждой, и содержит 12 шкал для измерения степени выраженности черт личности, функционально независимая природа которых, установлена в ряде факторно - аналитических исследований. Ниже приводится краткая интерпретация каждой из 12 шкал опросника.

- Фактор А (холодность – доброжелательность).
- Фактор В (интеллектуальные способности)
- Фактор С (эмоциональная неустойчивость – стабильность).
- Фактор D (уравновешенность – возбудимость).
- Фактор Е (доминантность – конформность)
- Фактор F (сургенсия - десургенсия).
- Фактор Р (низкая – высокая добросовестность).
- Фактор Н (смелость – робость)
- Фактор I (мягкосердечность – суровость)
- Фактор О (гипотимия – гипертимия)
- Фактор Q3 (контроль желаний – импульсивность)
- Фактор Q4 (фрустрированность – нефрустрированность)

Использовались два варианта теста для мальчиков и для девочек.

Обработка полученных материалов осуществляется следующим образом: специальный ключ, представляющий собой матрицу с отверстиями, накладывается на бланк с ответами; каждый ответ (А – да, В – не знаю, С – нет) имеет свою условную стоимость в очках для каждого вопроса; очки затем переводят-

ся в условные баллы (стены). Оценка по факторам, для каждого испытуемого, приобретает символ при сравнении со средними оценками. Баллы, полученные испытуемым, соотносятся с нормативными данными, выраженными в единицах 10-балльной шкалы. При интерпретации учитываются только два крайних полюса развития личностных черт: высокий и низкий.

Для изучения самооценки мы использовали методику А. И. Липкиной «Три оценки». Самооценка – это сложное динамическое личностное образование, личностный параметр умственной деятельности. Она выполняет, прежде всего, регулятивную функцию. Существует тесная связь между успехами, достигнутыми в учебной деятельности при овладении знаниями, и развитием личности. Это объясняется тем, что в ней интегрируется то, чего достиг ребенок, и то, к чему он стремится, т.е., проект его будущего. Несмотря на несовершенство этого проекта, он имеет большое значение в регуляции поведения в целом, в том числе и употреблении психоактивных веществ ребенком. С самооценкой тесно связано и другое личностное образование – уровень притязаний, который рассматривается, как устойчивая потребность в определенной положительной оценке. Самооценка и, связанный с ней, уровень притязаний позволяют судить о том, как проходит процесс развития личности младшего школьника под влиянием учебной деятельности. В данной методике ученикам предлагается выполнить любое учебное задание в письменной форме. Оценивают работу учеников тремя оценками: адекватной, завышенной и заниженной. Перед раздачей тетрадей ученикам говорится: «Три преподавателя из разных школ проверяли ваши работы. У каждого сложилось разное мнение о выполненном задании, и поэтому они поставили разные оценки. Обведи кружком ту оценку, с которой ты согласен». Затем в индивидуальном собеседовании с учениками выясняются ответы на следующие вопросы:

- 1) каким учеником ты себя считаешь: средним, слабым или сильным?
- 2) какие оценки тебя радуют, какие огорчают?
- 3) твоя работа заслуживает оценки «3», а преподаватель поставил тебе оценку «5». Обрадуешься ты этому или это тебя огорчит?

Уровень самооценки школьников определяется на основе полученных данных по следующим показателям:

- совпадение или несовпадение самооценки с адекватной оценкой учителя;
 - характер аргументации самооценки:
 - а) аргументация, направленная на качество выполненной работы,
 - б) любая другая аргументация;
 - в) устойчивость или не устойчивость самооценки, о которой судят по степени совпадения характера, выставленной учеником самому себе отметки и ответов на поставленные вопросы.
-
-

Данный анализ позволяет узнать складывающуюся у каждого ученика, оценочную позицию. Важность выявления у младших школьников (особенно у слабоуспевающих) формирующейся оценочной позиции доказана в исследовании отечественных психологов. Они пришли к выводу о том, что с возрастом у таких школьников нарастает тенденция к недооценке своих возможностей. Преобладание неуспеха, подкрепляемое низкими оценками их работы, ведет к увеличению неуверенности в себе, чувству неполноценности, что является фактором вовлечения в орбиту наркотизации.

Для исследования адекватно сформированных навыков выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев нами используется методика самоописания, которую Спиридонова С. Б. разработала для диагностики самосознания младших школьников. Самоописание относится к группе нестандартизированных методик, предполагающих последующий контент-анализ. Она широко применяется для исследования особенностей самосознания. Самоописание использовали в работе с младшими школьниками для диагностики как особенностей самосознания, так динамики развития некоторых его компонентов в ходе формирующего эксперимента. В качестве основных категорий контент-анализа выступают, традиционно выделяемые в отечественной психологии, компоненты самосознания: самопознание, эмоционально-ценностное отношение к себе и саморегуляция поведения. Основным объемом самоописаний занимают результаты самопознания: перечисление своих качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей и т.п. Об эмоционально-ценностном суждении о себе мы судили, по словам и фразам, указывающим на отношение ребенка к своим особенностям, мотивам, поступкам, на степень самопринятия, самоудовлетворенности. Например «я не люблю себя за то, что все прошу», «я к себе нормально отношусь» и т.п. Особенности самоотношения проявляются также в количестве позитивных и негативных характеристик, которые ребенок приписывает себе. О саморегуляции можно говорить на основе отражения детьми способности к произвольной регуляции своего поведения. Это описание случаев проявления волевой активности, направленной на развитие и приобретение желаемых качеств, достижение целей («я читаю дополнительно по пять страниц»), описание случаев продвижения в развитии, самоизменении («я люблю бегать на перемене, но уже перестаю бегать»). Предметом анализа были и категории, отражающие качественные характеристики самосознания: критичность, рефлексивность, перспективность, дифференцированность. Такие высказывания, как «знаю, что мне надо учиться лучше», «я не очень хорошо пишу», мы рассматривали как проявления критичности. Рефлексивность определялась по наличию рассуждений о себе: «характер у меня

серьезный», «я думаю о себе...». Суждения такого типа: «когда я вырасту, поступлю в университет», позволяли говорить о перспективности самосознания. Показателем дифференцированности служило количество выделяемых у себя качеств личности, разнообразие систем отношений, упоминаемых ребенком (ребенок-взрослый, ребенок - сверстники и т.д.), разнообразие деятельностей, через которые ребенок презентует себя (учеба, увлечения, труд и т.д.) Самоописание позволяет глубоко исследовать актуальный слой самосознания, что помогает выделить основные направления в работе по развитию и формированию самосознания в младшем школьном возрасте.

Для изучения характера личной ответственности младшего школьника, её направленности (интернальной или экстернальной) может быть использована методика решения воображаемых экспериментальных ситуаций, разработанная М. В. Матюхиной, С.Г.Яриковой. Детям предлагается представить 10 конкретных школьных ситуаций, связанных с невыполнением учащимися каких-либо заданий учителя, школьных правил поведения. Возможные причины невыполнения заданий учителя можно разделить на два вида:

- 1) причиной невыполнения является сам ученик, его особенности (субъективные причины);
- 2) причиной невыполнения является другой человек, внешние обстоятельства (объективные причины).

Учащиеся должны проанализировать предложенные суждения и объяснить причину своего поведения в подобной ситуации. Создавая эту методику, авторы исходили из того, что ответственный ученик не винит других людей, сложившиеся обстоятельства, а объясняет невыполнение поручений своими субъективными особенностями.

Каждому ученику дается карточка, на которой описаны 10 событий и их возможные причины. Учащимся предлагается инструкция: «У каждого из нас могут произойти неприятности: мы можем забыть учебник дома, не выполнить важное задание, опоздать на урок. На карточках, которые вы получили, описано 10 таких ситуаций. Представьте, что это случилось с вами. Постарайтесь объяснить причину того, как это могло произойти. Для этого внимательно прочитайте два варианта ответа, указывающие на возможную причину произошедшего, и выберите один».

При обработке результатов учитывается количество ответов с указанием субъективной причины произошедшего. Таким образом, каждый ученик класса может набрать от 0 до 10 баллов. Если ученик набирает количество баллов от 0 до 5, то можно говорить об экстернальной направленности ответственности, от 5 до 10 - интернальной.

Согласно концепции известного психолога и психотерапевта Э. Берна, автора транзактного анализа,

предпочтение ребенка в детстве той или иной сказке может быть использовано в плане предсказания его собственной судьбы. Возраст от шести до десяти лет в психоанализе называется латентным периодом. В это время ребенок старается увидеть, скорее, узнать как можно больше обо всем в мире. В эту пору у него имеется лишь смутное представление о своих целях в жизни. Большинство детей начинают свою сознательную жизнь с желания жить вечно и всегда любить своих близких. Но многие обстоятельства жизни через пять-шесть лет могут заставить ребенка взглянуть на эти проблемы иначе. И он может решить (что понятно из-за ограниченности его опыта) умереть молодым или никогда больше никого не любить. С помощью родителей и всей окружающей среды он узнает, что жизнь и любовь со всеми их опасностями все же достойны внимания. Он находится в постоянном поиске сюжета, к которому подошло бы его сценарное оборудование, а также героя, который указал бы ему надлежащую дорогу. Сюжеты и герои живут в сказках и историях, содержащихся в книгах, которые он читал или рассказывали ему люди, пользующиеся его доверием, - мама, папа, бабушка, дедушка, приятели или детсадовский воспитатель, прошедший соответствующую педагогическую подготовку. Рассказанная сказка или прочитанная история дает ему «скелет», в который входят:

- 1) герой, на которого ребенок хочет быть похожим;
- 2) злодей, который может стать примером, если ребенок подыщет ему соответствующее оправдание;
- 3) тип человека, воплощающий в себе образец, которому он хочет следовать;
- 4) сюжет – модель событий, дающая возможность переключения с одной фигуры на другую;
- 5) перечень персонажей, мотивирующих переключений;
- 6) набор этических стандартов, предписывающих, когда надо сердиться, когда обижаться, когда чувствовать себя виноватым, ощущать свою правоту или торжествовать.

В ранней диагностике жизненных сценариев у детей 7 - 11 лет используется методика проективного опроса. Данная методика внедрена Воробьевой Е.В. на базе городского Дворца творчества детей и молодежи Ростова – на - Дону. Методика заключается в том, что дети рассказывают свои любимые сказки, делая акцент на том, чем их привлекает та или иная сказка, те или иные качества главного героя. Ответы испытуемых фиксировались и в последующем обрабатывались с помощью контент-анализа.

Важным аспектом психологических исследований копинг-поведения в наркологии является изучение социальной поддержки как фактора, уменьшающего стресс. Авторами исследовалась значимость социальной поддержки в совладании с проблемой, изучалось восприятие социальной поддержки боль-

ными алкоголизмом и наркоманиями. В. М. Ялтонский отмечает, что люди, получающие эффективную помощь (социальную поддержку) от семьи, друзей, значимых для них лиц и социальных групп, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят жизненные трудности, более устойчивы к развитию различных заболеваний. Н. А. Сирота показала важную роль социально-поддерживающего процесса в преодолении стрессовых ситуаций. Графическая психодиагностическая методика «Человек под дождём», предложенная Е. В. Романовой ориентирована на диагностику силы Эго ребёнка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Кроме того, она позволяет осуществить диагностику личностных резервов, т.е. копинг-ресурсов и особенностей защитных механизмов. В соответствии с инструкцией испытуемому предлагалось нарисовать на листе бумаги человека, а затем, на другом таком же листе – человека под дождём. Сопоставлялись оба рисунка, что позволяло определить, как человек реагирует на стрессовые, неблагоприятные ситуации, что он чувствует при затруднениях. Все высказывания испытуемого фиксировались, затем проводилась дополнительная беседа, направленная на выявление того, какие копинг-ресурсы использует ребёнок в трудных ситуациях. Необходимо «войти» в рисунок и почувствовать, в каком настроении пребывает персонаж (радостном, ликующем, удрученном и т.д.), ощущает ли он себя беспомощным или, напротив, чувствует в себе внутренние ресурсы для борьбы с трудностями, а возможно, спокойно и адекватно воспринимает затруднения, считая их обычным жизненным явлением. В дальнейшем результаты методики обрабатывались с помощью контент-анализа. Данный метод, являясь проективным, накладывает минимальное количество ограничений на испытуемого и позволяет выявить глубинный личностный смысл.

Социально-психологический аспект включает в себя изучение семьи и внутрисемейных отношений в исследуемой группе и группе сравнения (ось V адаптированного варианта многоосевой классификации болезней МКБ-10, применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского возраста). В этот аспект также входит исследование по такому параметру антинаркотической устойчивости как информированность о негативных последствиях употребления психоактивных веществ по отношению к основному жизненному сценарию. Это исследование направлено на выявление наиболее популярного источника информации о проблеме наркомании, на частоту получения информации антинаркотической направленности и оценку эффективности общественных усилий, препятствующих распространению наркомании. Детям была предложена модифицированная анкета, которая включала упрощенные вопросы, входившие в базисную карту, разработанную РНПЦ МСПН.

Модифицированная анкета, включающая упрощенные вопросы, входившие в базисную карту, разработанную РНПЦ МСПН, для исследования информированности детей о негативных последствиях употребления психоактивных веществ

1. По твоему мнению, наркотики это...	
1. Химическое вещество, вызывающее физическую и психическую зависимость	
2. Лекарство, изменяющее психическое состояние	
3. Токсическое вещество, вызывающее отравление	
4. Другое	
5. Затрудняюсь с ответом	
2. Знаешь ли ты обо всех возможных рисках связанных с употреблением наркотиков и других психоактивных веществ	
1. Да	
2. нет	
3. Не знаю	
3. Как по твоему мнению употребляют наркотики	
1. Внутривенных инъекций (уколы в вену)	
2. Внутримышечных инъекций (уколы в мышцы)	
3. С пищей	
4. В ингаляциях (вдыхание чего-либо)	
5. Курят	
6. В любом из перечисленных способов	
7. Затрудняюсь с ответом	
4. Как ты думаешь, какое действие оказывает наркотик на человека	
1. Вызывают расслабление, снимает напряжение	
2. Вызывают отравление	
3. Вызывают ощущение радости, избытка сил, активности и уверенности в себе	
4. Вызывают болезненное ощущение	
5. Вызывают обман чувств (мерещится что-то)	
6. Никакое	
7. Затрудняюсь с ответом	
5. Если человек долго употребляет наркотики, то	
1. Это плохо влияет на развитие умственных способностей человека	
2. Человек постепенно утрачивает физическое здоровье	
3. Быстро теряет свое физическое здоровье с возможностью заболеть СПИДом и рано умереть	
4. Меняется психика и здоровья, можно быстро умереть.	
5. Никакое	
6. У всех по-разному	
7. Затрудняюсь с ответом	
6. Откуда ты чаще слышишь о проблеме наркомании (только 1 вариант ответа)	
1. СМИ	
2. Родители	
3. Учителя	
4. Друзья, знакомые	
5 «Видел на улице, во дворе»	
6. не получаю	
7. Откуда ты хотел бы получать информацию о проблеме наркомании (только 1 вариант ответа)	
СМИ	
Родители	
Учителя	
Друзья, знакомые	
Врачи	
Сотрудники МВД	

8. Как часто ты видишь или слышишь о проблеме наркомании (только 1 вариант ответа)	
1. Несколько раз в день	
2. Несколько раз в неделю	
3. Несколько раз в месяц	
4. Несколько раз в год	
5. Реже чем 1 раз в год	
6. Не узнаю вообще	

Методический инструментарий по определению сформированности свойств антинаркотической устойчивости не ограничивается перечисленными выше проективными и стандартизированными мето-

диками. Поэтому в практической работе возможно расширение методической базы исследования психологического здоровья, учитывая специфику возрастных особенностей детей и ситуации обследования.

КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ

ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛИЗМА В ЦЕЛИТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д. У. Адылов

Существуют различные контингенты больных зависимостью и к ним могут быть разные подходы терапии. Появилась информация о том, что многие больные алкогольной зависимостью, пройдя терапию у целителя, имеют ремиссию 12 и более месяцев. Поэтому для изучения этого аспекта терапии алкогольной зависимости исследователь находился, с согласия целителя, в группе пациентов. Следует указать, что целитель (женщина) имеет высшее медицинское образование и умело проводит отбор пациентов для групповой работы.

Исторически народное целительство присутствует у всех народов. И с самого начала её существования, отмечают С. Ледер и Т. Высокинська - Гонсер (1990), в целях оказания помощи больным целители применяли методы группового воздействия, широко пользуясь в этих целях группой. В настоящее время в медицине групповая психотерапия широко изучается, и применяется на практике. Хотя очевидно, что в группе любому отдельно взятому участнику уделяется внимания меньше, чем в процессе индивидуальной терапии. В то же время существует ряд причин, обуславливающих успех в групповой терапии. Жизнь – это, прежде всего социальное явление. Социальные противоречия могут вызывать чувства растерянности, нерешительности, а опыт работы в группе помогают преодолевать эти чувства. Эмоциональные переживания в группе могут помочь человеку в жизни вне группы. Преимуществом группы является и возможность получения обратной связи и поддержки от людей, имеющих общие проблемы или переживания с конкретным участником группы. Группа может также облегчить процесс самоисследования и интроспекции. Часто пациент знает, чего он хочет, но требуется соучастие и принятие в группе, чтобы попытка самораскрытия и применения желаемого стала возможной, но применение групповой психотерапии в целительстве мало изучено, особенно в этно-культуральном аспекте.

Весь групповой процесс состоял из двух этапов - коллективной магии и непосредственно работы в группе. Коллективная магия чаще использовалась куучу и реже бакши. При необходимости, которую определял сам целитель, групповая работа коллективной магией и завершалась. Одни целители проводили только коллективную магию и не занимались терапией в процессе группового воздействия в общепринятом её аспекте, другие целители рассматривали проведение коллективной магии как первый

этап группового процесса и не довольствовались только ею. В данной работе проводится последовательное описание общих моментов коллективной магии и групповой работы целителей как единого процесса.

Предварительная работа по оповещению будущих членов группы занимала достаточно много времени. Пациенты, живущие в разных местах республики, были оповещены задолго до проведения групповых действий. Они заранее готовились к проведению коллективной магии и групповой работы. Ожидание времени начала групповой работы, дальность поездки играло роль «дозревания» пациентов для включения в группу. Поездка к целителю и участие в групповом действе чаще всего оценивалось будущими членами группы как жизненно важное событие, экзистенциальный акт исцеления и очищения. Целитель назначал пациентам определенный день, обычно четверг (пятница в исламе - это особый день). Место встречи пациентов определялось всегда вблизи известного мазара (священного захоронения). Больные, приглашенные в группу на это время, собирались из разных регионов республики вместе с шакиртами (учениками и последователями целителя). При этом пациенты заранее извещались о том, что до проведения целительского процесса нужно в течение одного и более месяцев не употреблять алкоголь. Это было самым главным условием.

При проведении коллективной магии присутствовали пациенты и их родственники. У приезжавших людей чувствовалось тревожное ожидание, несмотря на праздничную одежду и достаточную сдержанность поведения. Шакирты встречали прибывающих людей и после обычного ритуала приветствия приглашали зайти в дом или юрту.

Собравшиеся люди в просторной комнате или в большой юрте сидели в кругу за достарханом, пили чай. Куучу вместе с шакиртами, после подготовки к работе, обычно сидели отдельно от них. Все присутствующие могли видеть и слышать целителя и шакиртов. По очереди целитель обращался к тому или иному пациенту. Каждый пациент рассказывал о своих алкогольных проблемах. Куучу вводил в транс шакирта, который общался в это время с арбаками и служил «посредником» между арбаками и куучу. Выслушав очередного пациента и его родных, куучу обращался к транслирующему шакирту с просьбой рассказать, что он видит или, что говорят арбаки. Ответ шакирта был всегда неконкретным и

расплывчатым. Рассказ его напоминал воспоминание о сновидении. Выслушав шакирта, целитель интерпретировал сказанное шакиртом для данного пациента. Во время его интерпретации наступала тишина. Посетители с трепетом выслушивали слова куучу. Он мог сопровождать свои слова целительскими напевами, обращением к более могущественным арбакам. С небольшими перерывами куучу продолжал работать весь день. После окончания рассказов всех пациентов, куучу отбирал кого - либо из них для проведения коллективной магии, которая обычно проводится около священных мест, чаще всего мазаров. Все шакирты и куучу перед коллективной магией проводили подготовку: совершали ритуальные действия и медитировали, верующие совершали омовение. Затем приносился в жертву черный петух или черный баран с соблюдением ритуалов обращения к кудайу и арбакам помочь больным.

После этого, все направлялись к священному месту (если до мазара было далеко, то они могли поехать на автомобилях): больные, шакирты, куучу, родственники больных. Последние в этом случае должны были принять активное участие в целительской процедуре. В психотерапии совместная работа с пациентами и их родственниками нашла отражение в семейной психотерапии и работе с созависимыми.

С заходом солнца группа во главе с целителем начинала подходить к мазару. Не доходя до мазара нескольких сот метров, куучу сам выстраивал цепочку: между несколькими посетителями расставлял своих шакиртов. Наблюдения показали, что это необходимо для коллективного экстаза, т.к. действие происходит в полной темноте или при очень слабом освещении (лунном свете) и пациенты не всегда могли видеть, что делает куучу. А пациентам надо было повторять куучу действия и слова из его зикира. К мазару цепочка двигалась медленно, периодически застывая и припадая на одно колено. Около мазара куучу спрашивал «хозяина» мазара (духа умершего) разрешения провести процедуру и его благословения на коллективную магию.

После этого один из шакиртов брал в руки специальную палку (реже со специальными колокольчиками) - асатаяк и, постукивая по земле, задавал ритм движения цепочки вокруг мазара. Цепочка двигалась то медленно, то останавливалась в определенных местах, чтобы прикоснуться рукой или лбом к указанному куучу или бакши месту мазара. Затем ритм учащался, цепочка вслед за куучу выкрикивала слова из его зикира. Когда все входили в особое эмоциональное состояние ожидания и со страхом ждали, что будет дальше, куучу начинал выкрикивать о своих видениях. Его крики подтверждали своими возгласами шакирты. Люди в цепочке тоже индуцировались и начинали кричать о том, что видели (галлюцинировали) в данный момент. Предварительная мистическая дневная подготовка и своеобразная обстановка, слабое освещение, особое состоя-

ние сознание (транс), ритм и резкие удары шакирта асатаяком, незнакомая для многих местность и обстановка способствовали появлению индуцированных массовых иллюзий и галлюцинаций. Затем все участники этого целительского процесса становились в круг, охватывали друг друга за плечи и кружились в танце под довольно быстрый ритм асатаяка и по очереди выкрикивали, что они видели, просили помочь разрешить свою алкогольную проблему, исцелиться у арбака мазара, у кудайя. Процесс коллективной магии продолжался более 2 - 3 часов. В нем обычно принимало большое количество людей: кроме лиц, приехавших с целителем, в нем принимали участие и те люди, которые находились в четверг около мазара. Характеристика целителя как руководителя будет неполной, если не указать на его тесную связь с присутствующими на ритуале магии людьми. Люди не наблюдали за действиями целителя (чем в основном занимался исследователь), а были непосредственно вовлечены в целительский процесс. Находясь в ассоциации с этим процессом, участники искренне верили во все, что говорил целитель. Также была глубокая вера и во внушенные галлюцинации. Например, резко указывая на проем в мазаре, целитель громко кричал: «Что это?». В зависимости, кто первый откликнулся и описывал свое «видение», остальные видели то же самое, например громадную змею. Все участники торопливо отскакивали от проема. В этот момент целитель мог крикнуть, указывая на одного из участников: «Она пожирает твою тягу к водке! Ты становишься здоровым человеком! Здоровый человек перестает травить себя водкой! Ты чувствуешь это!». Участник торопливо рассказывал о своих ощущениях с гримасой страха на лице. Он мог клясться в том, что прекратит прием алкоголя. «Скажи это хозяину мазара (арбаку)!». И участник обращался к арбаку мазара и обещал, в глубоком потрясении, стать трезвенником. Таким образом, целительский обряд предполагал постоянное взаимодействие главного исполнителя с присутствующими, их активное участие в ритуале. В конце процедуры темп ритуала замедлялся, участники постепенно выходили из транса, чувствовали сильную физическую усталость и состояние «очищенности» - легкости, спокойствия. Куучу давал больным рекомендации, благодарил арбака мазара и других своих покровителей, кудайя. Затем каждый в одиночество и в тишине читал, про себя, молитву или обращался к арбаку мазара, прося о чём - то своём. Благодарные пациенты подвязывали к веткам близ растущих деревьев ленты, которые как бы усиливают силу священного захоронения. После этого кто - то оставался ночевать у мазара, чтобы побыть ночью в одиночестве или поговорить с другим куучу или бакши, которых часто можно встретить в этот день у известных мазаров, а кто-то возвращался домой к куучу, где их ожидал ужин: национальное блюдо из жертвенного животного. Кое - кого из пациентов цели-

тель заставлял возвращаться в населенный пункт в одиночестве пешком.

Затем участники группы после короткого отдыха переходили в помещение. Сидя в кругу, каждый из участников рассказывал о своих переживаниях. В это время целитель слегка поправлял говорящего пациента, акцентируя его на алкогольной проблеме. Но целитель был не единственным человеком, осуществляющим руководство. Руководство высказываниями пациентов могли корректировать и шакирты, как наиболее активные члены группы, влияющие на других ради целей группы или личных целей участников группы. Задачей целителя при этом являлась функция эксперта. Функция целителя по прояснению смысла вербальной продукции того или иного пациента могла варьироваться от комментирования простых поведенческих актов до более сложных рассуждений о необходимости переноса позитивного поведения за пределы группы. После того как все желающие высказывались, участники отдыхали за легким ужином.

Групповая работа проводилась сразу после посещения мазара или чаще всего на следующий день ближе к вечеру. В зависимости от ориентации целителя, проводящего групповую работу, участниками могли быть как люди эмоционально стабильные и стремящиеся к исцелению, так и лица, нуждающиеся в сильной эмоциональной поддержке для достижения успешной деятельности в группе. Учитывая этот фактор, как правило, целитель проводил предварительное обследование пациентов для определения эмоциональной готовности к работе в группе. Отбор в группу целители проводили во время индивидуального приема пациентов или пациентов направляли другие целители, обычно это были ученики человека, проводящего групповую работу. Групповые занятия могли происходить как в достаточно больших группах (18 - 20 человек) и достаточно малых (5 - 8 человек), но, с увеличением численности членов группы возникала тенденция к появлению подгрупп (по полу, национальной принадлежности, месту жительства, общности проблемы и т.д.). Поэтому важным фактором являлась структура группы. В группы, нами исследованные, входили: целитель, 2 - 3 шакирта, 8 - 14 пациентов разного пола, возраста. По национальной принадлежности пациенты были преимущественно азиатами.

В день групповой работы, согласно обряду, приносили жертву – черную овцу, при этом в соответствии с церемонией каждый пациент просил «высшие силы» о помощи в разрешении своей проблемы или исцеления от алкогольной болезни. В республике, наряду с исламским вероисповеданием, у коренного населения органично сохранились многие языческие верования, поэтому пациент мог в это время обращаться к богу, тотемам, покровителям тех или иных ремесел, святым. Обряд проходил эмоционально насыщено, пациенты пытались сосредото-

точиться на предстоящей работе, но была заметна определенная тревога ожидания.

После проведения обряда подготовки участники группы переходили в помещение и садились в круг. В напряженных позах участников чувствовалась тревога. Тревога обычно была связана с имеющимися конфликтами семье и в микросоциуме пациентов, но в искусственно созданной группе они возникали в концентрированной форме. Участники попадали в незнакомую групповую ситуацию и, опираясь на собственное понимание и прошлый опыт, они приходили в группу с определенными ожиданиями тех ролей, которые они будут играть в группе. Незнание своей роли в начале формирования группы также усиливало тревогу пациентов.

Роль – круг функций и видов поведения, которые считаются подходящими для данного участника и реализуются в соответствии с намеченной целителем целью. Гибкость ролевой тактики целителя требует от пациентов принятия ролей, отличающихся от тех, которые они имели в жизни.

Так шакирт, взявший на себя роль человека, который помогает группе на ранних этапах ее развития, должен избегать конфликтных ситуаций и успокаивать членов группы, хотя в жизни он мог находиться в конфронтации с кем - либо из участников. Наличие шакиртов в группе вызывало определенное групповое настроение и отношение к целителю, к внутригрупповым нормам, перспективам исцеления. Шакирты мобилизовывали членов группы к достижению определенной цели. Их функции поддержки были связаны с социальным и эмоциональным климатом в группе. Они способствовали межличностному объединению и сплоченности группы, облегчению достижения исцеления членов группы. Поддерживающее поведение включало дружественные или недружественные действия, согласие или несогласие, драматизацию или демонстрацию напряженности в группе. Кроме того, участие в групповой работе целителя давало шакиртам незаменимый опыт работы, который они могли использовать в дальнейшей деятельности. В то же время шакирты сами решали в процессе групповой работы свои те или иные проблемы.

Целитель в начале работы с группой рассказывал о групповых нормах. Нормы – это принятые правила поведения, руководящие действиями членов группы и позволяющие применять санкции к неприемлемым для данной группы формам поведения. Установлению норм общения между членами группы вначале работы в группе мешали личные потребности, например самозащита членов от тревоги, смущения или возможной грубости. Большинство пациентов заботилось о сохранности своей значимости, и принимали определенное ролевое поведение, подстраховывающее их защиту. Стремление быть принятым целителем в качестве члена группы могло влиять на готовность пациента к интеллектуальному и эмоциональному риску. Члены более сплоченной

группы были склонны к принятию групповых норм и руководству ими. Как правило, в более сплоченной группе создавалась атмосфера эмоциональной взаимной притягательности, быстрее формировалось чувство принадлежности к группе. Сплоченность эмоционально связывала членов группы и способствовала терпимости к индивидуальным различиям ценностям. Принятие групповых норм повышало ответственность членов группы, а это способствовало повышению их самооценки. Поскольку важнейшую черту исцеления в группе составляло присутствие целителя и влияние партнеров, то очень многое зависело от степени вовлеченности и сплоченности участников группы. В группе целитель имел большое влияние. Стиль руководства зависел от многих факторов, но целитель редко полностью выпускал власть из рук. Даже тогда, когда тот или иной шакирт проводил определенный этап работы в группе, групповой процесс в целом находился под контролем целителя. Групповая работа продолжалась весь день.

Вечером после небольшого совещания с шакиртами целитель мог отстранить кого-либо из пациентов от дальнейшего участия в группе, затем спрашивал оставшихся о готовности их к работе. Отстранение участников от дальнейшей работы в группе целители объясняли разрешением их от алкогольных проблем, неготовностью их продолжать работать. Среди таких пациентов чаще всего были пожилые люди или люди с ослабленным здоровьем, которым действительно трудно было выдержать предстоящее ночное психотерапевтическое действие. Кроме того, отстранение участника от дальнейшей работы мобилизовало остальных участников для предстоящей деятельности. Численность группы зависела от вместимости помещения или юрты и составляла 12-18 человек вместе с 2-3 шакиртами. К участию в групповом ночном психотерапевтическом действе допускались только пациенты и шакирты.

Перед следующим, главным этапом группового процесса, целитель и все желающие совершали обряд омовения, легкие прогулки в одиночестве по заданию целителя. Затем помещение полностью освобождалось, закрывались окна. Участники садились в круг и с каждым из них, независимо от ранга, совершался обряд подготовки к новому этапу работы. В обряд обязательно входил массаж рук, ног, поясницы, причем, двое массажировали одного, помогая атрибутикой (камчой). Этот обряд был необходим для того, чтобы участники могли подготовиться к долгому малоподвижному сидению, прерываемому ритуальными танцами, которым был насыщен предстоящий этап работы. Перед началом ночного действия целитель внушал веру в успешность группового процесса и давал надежду на возможность достижения исцеления от алкоголизма.

Этот этап групповой работы начинался с сосредоточивания участников на собственных алкоголь-

ных проблемах, когда каждый в кругу определенное время молчал, погрузившись в себя. Затем выключался свет, целитель с помощью стука палкой (ассатаком) об пол создавал ритм высказываний. Сначала очень медленно, нараспев, сам целитель произносил обращения к покровителям, к богу, а все остальные повторяли фразу за фразой. Затем ритм высказываний учащался, и целитель передавал слово своим шакиртам, которые также произносили обращения и песнопения. В них они вносили благодарность учителю, рассказывали о решениях своих алкогольных проблем, о приходе в целительство. После этого целитель давал слово каждому участнику, который в такт создаваемому целителем ритму в форме песнопения рассказывал о своей алкогольной проблеме. Очень часто это напоминало ритуальный плач или лирическое повествование о судьбе. Ритм и громкие речи участника регулировалось целителем, а остальные участники повторяли только определенные обращения к богу или святым, повторяемые между предложениями высказывающегося. В качестве катализатора группы целитель способствовал усилению такого поведения, которое, по его мнению, было необходимым для достижения исцеления. При этом целитель побуждал членов группы к откровенным высказываниям и действовал в теплой эмпатичной манере.

Важной задачей целителя являлось создание в группе оптимального уровня напряжения, которое бы способствовало формированию навыков конструктивного разрешения реальных конфликтов у пациентов. Эмоциональная напряженность в групповом процессе выступала в качестве диагностического средства для выявления типичных, индивидуальных способов реагирования членов группы на стрессовые ситуации. Индивидуальные способы разрешения эмоциональной напряженности для каждого участника могли послужить моделью в трудных для них реальных жизненных ситуациях. Эмоциональный накал группы также регулировался целителем, он мог сам сказать личное высказывание о себе, чтобы помочь раскрыться участнику. Каждый участник высказывался в среднем от десяти до пятнадцати минут. Остальные участники группы были эмоционально включены в его переживания и сопереживали ему, в этом соучастии некоторые люди плакали. Периодически, по команде целителя, все вставали, танцевали и пели хором песнопения, предлагаемые целителем.

Целитель мог, в достаточно категоричной форме, потребовать от высказывающегося участника быть более искренним и открытым. Некоторые целители могли применить камчу в качестве катализатора высказываний. Но чаще он регулировал открытость участников в зависимости от своей целительской квалификации с помощью ритма, громкости, эмоционального включения других участников. В наблюдаемых нами группах, другие участники мало задавали вопросов высказывающемуся человеку.

Возможно, каждый готовил свой внутренний монолог, который затем произносил с очень эмоциональным накалом и после своеобразного инсайда уже отключался на некоторое время от проблем других. Находясь в темноте, в непрерывном звуковом сопровождении, целитель, тем не менее «видел» его движения. Он мог сказать, чтобы кто-либо убыстрил движения, а кто-то немного отдохнул. Более пожилым и слабым пациентам, пожелавшим стать участниками группы, он создавал более щадящий режим: больной мог лежать и не участвовать в том или ином движении.

После того, как каждый завершал свой монолог, целитель спрашивал, у кого, что осталось незавершенным. На вопросы он также давал ответы в форме ритма песнопения, включая в него обращения, заклинания, благодарность другим участникам. Затем все вместе совершали обряд совместного танца и песнопения с благодарностью руководителю и всем участникам. Целитель указывал, что произошедшие изменения участников распространяются не только в группе, но и на поведение вне группы.

После небольшого отдыха, уже утром, группой принималась ритуальная пища (мясо, накануне зарезанной овцы) и в это время целитель в форме спокойной доверительной беседы проводил малозаметный опрос пациентов о произошедших изменениях. Спокойная задушевная обстановка на фоне физической и эмоциональной усталости давала возможность быть каждому достаточно открытым.

Участники группы после перерыва на сон, вечером или на следующий день, сидя за чаем, спокойно и открыто обсуждали высказанные проблемы, давали друг другу советы, назидания в форме притч, воспоминаний случаев. Обычно целитель, если он опытный, мало участвовал на этом этапе в беседе, но изредка и умело направлял стиль беседы.

Затем целитель в присутствии своих шакиртов принимал других пациентов, но в течение нескольких дней участники собирались на 1 – 1,5 часа и продолжали обсуждать свои переживания, но с каждым днем группа уменьшалась: кто-то уезжал, и группа переставала существовать.

В конце работы целитель отдельно от пациентов выслушивал высказывания своих шакиртов о проделанной работе, о том, как работал тот или иной пациент, о прогнозах проделанной работы, сам давал советы шакиртам. Шакирты могли достаточно подробно обсудить работу целителя в группе и могли рекомендовать целителю, о включении того или иного шакирта для работы на определенный этап работы вместо целителя. В свою очередь оценивалась работа каждого шакирта.

Следует отметить, что в течение групповой терапии целитель выполнял различные роли. В качестве руководителя он определял активность группы, направлял ее действия, объяснял и учил пациентов. В роли мудреца интерпретировал действия и эмоциональные проявления членов группы. В лице аналитика разбирал сложные вопросы, возникающие в группе. В качестве посредника успокаивал; приводил примеры из притч, эпосов; обращался к духам и богу. В качестве супервизора, после окончания работы в группе, проводил разбор работы шакиртов в процессе группового взаимодействия. Как катализатор, он регулировал уровень эмоционального напряжения в группе.

Таким образом, групповая психотерапия алкоголизма в целительстве представляет сложный феномен, имеющий свои этапы работы, сочетающий эмоционально разные элементы. Он включает директивный и мягкий стили обращения и умело использует этнокультурные мифологические взгляды населения.

ТЕРАПИЯ ИНСОМНИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕРОИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Д. У. Адылов, Э. Б. Камчибеков

Сон – это совершенно необходимый компонент нормального дневного цикла жизнедеятельности любого человека, хотя потребность в нем, существенно меняется с возрастом (Соколов П. П., 1990). Нарушения сна являются следствием «рассогласования», дезинтеграции систем мозга, участвующих в регуляции ритма бодрствование – сон (Вуль Ф. Р., 1990). Нарушения сна при зависимости носят двойной характер. В одних случаях отмечается повышенная сонливость, в других случаях нарушается засы-

пание с частым вставанием и ранее пробуждение (Ядгаров И. С., Вейн А. М., Левин Я. И.). Между тем в доступной нам литературе мы нашли описание проблемы инсомнии. В то же время бессонница является распространенным явлением в подостром периоде терапии героиновой наркомании и без её купирования возможны довольно частые рецидивы заболевания.

Нами было пролечено 100 больных с героиновой наркоманией. После снятия острых симптомов

героиновой наркомании все больные заявляли о наличии инсомнии. Больные жаловались на затруднения засыпания, дремоту, не переходящую в сон и не дающую отдыха. Практически все больные отмечали поверхностный, диссоциированный сон с частыми пробуждениями, обилие неприятных сновидений, кошмары, акатизию, иногда сенестопатии. Они также отмечали постсомнические расстройства: компенсирующую и не компенсирующую сонливость, общую астению, ипохондричность, просоночные состояния.

Далее приводится опыт лечения бессонницы у этих больных наряду с лечением других основных синдромов подострого периода: наличия к наркотикам, эмоциональных нарушений.

Терапия героиновой зависимости в острый период обычно ориентирована на редукцию симптомов абстиненции и проявлений нарушенного психосоматического статуса и завершается почти всегда успешно. Однако в подостром периоде такие симптомы, как патологическое влечение, инсомния, депрессивные расстройства, соматовегетативные расстройства, неблагоприятная микросреда, нарушенный социальный статус – всё это почти неизбежно ведёт к рецидиву. Поэтому продолжение терапии после снятия абстинентного синдрома значительно уменьшает риск рецидива.

Нарушение сна (агриппнический синдром или дисомния) может быть очень мучительным и длительным и является одним из облигатных синдромов в остром и подостром периодах героиновой наркомании и как следствие - одним из наиболее мощных факторов, провоцирующих рецидивы у больных с героиновой зависимостью. Своим пациентам нормализацию ночного сна в первые дни абстиненции мы осуществляли назначением в вечернее время амитриптилина до 50 мг в сочетании с феназепамом до 1,5 мг. При стойкой бессоннице назначались дополнительно гипноген, имован, реладорм. К концу первой недели абстиненции феназепам обычно заменяли азалептином (12,5 – 50 мг на ночь).

Имеет место большой выбор препаратов, корректирующих сон, но каждый из них имеет и побочные эффекты, следовательно, и противопоказания, которые непременно учитывались нами при их назначении, т. к. побочные токсические эффекты и осложнения после приема препарата могут «перечеркнуть» его положительные эффекты.

Аминазин (синоним хлорпромазин) один из основных представителей нейролептиков. Аминазин обладает выраженным дозозависимым седативным эффектом, мощным успокаивающим и релаксирующим действием с угнетением условно-рефлекторных и двигательных оборонительных реакций. Препарат проявляет противорвотный эффект, подавляет икоту. Купирует психомоторное возбуждение, «смягчает» тревожное и фобическое состояния.

Аминазин – ошутимо потенцирует действие анальгетиков, транквилизаторов, снотворных и противосудорожных средств.

Аминазин уменьшает выраженность абстинентного синдрома у больных опишной наркоманией. Однако использование этого препарата в фазу острой наркотической абстиненции часто вызвало делириозное состояние.

Одним из существенных недостатков при использовании аминазина является развитие токсического гепатита. В силу выраженных гепатотоксических свойств, нам приходилось ограничивать применение препарата при сопутствующем поражении печени, часто встречаемом у опишных наркоманов.

Аминазин нередко вызывал развитие нейролептического синдрома, экстрапирамидные нарушения, угнетение кроветворения (вплоть до агранулоцитоза, но к счастью быстро обратимого) диспептические расстройства и различные аллергические реакции. Аминазин противопоказан при прогрессирующих системных заболеваниях ЦНС, декомпенсированной сердечно - сосудистой недостаточности (очень актуально для опишных наркоманов в силу прямого токсического воздействия компонентов наркотика на миокард и сосудистый эндотелий). Абсолютным противопоказанием является сопутствующее поражение почек (нефриты, нефрозолефриты) и нарушения функции кроветворных органов.

Флунизепам – снотворный препарат, являющийся средством для наркоза. Воздействует на бензодиазепиновые рецепторы и проявляет ГАМКэргический эффект трансмембранного ионного транспорта. Оказывает седативное и противосудорожное действие.

Флунизепам имеет массу побочных эффектов, ограничивающих его применение, особенно в течение длительного времени. Прием флунизепамы порой сопровождается психосоматическими и вегетативными нарушениями: периодические головные боли по типу мигренеподобных, головокружение, общее недомогание. Нередко развивается артериальная гипотензия, диспептические расстройства, всевозможные аллергические проявления. Снижается порог судорожной готовности, а при передозировке может возникнуть спутанность сознания.

При внутривенном введении флунизепамы мы нередко наблюдали угнетение функции дыхательного центра, один раз вплоть до апноэ. Для предотвращения этого осложнения применялся антидот *флумазенил*.

Усугубляющим фактором в лечении флунизепамом является наличие у многих наркоманов гепатита В и С, а печень, как известно, относится к органам, осуществляющим метаболизм лекарственных препаратов. При наркотическом поражении печени может возникнуть кумулятивный эффект используемых лекарств. Данная ситуация осложняется сопутствующим поражением почек у больных как органа выведения токсических веществ.

Помимо всего прочего, при длительном применении этот препарат вызывает привыкание, следовательно, зависимость с развитием характерного абстинентного синдрома отмены.

Сибазон (син. реланиум, диазепам) – является одним из основных и широко распространенных в клинической медицине транквилизаторов бензодиазепинового ряда. Психофармакологический механизм действия сибазона и флуниотразапама весьма схож. Отличительной особенностью сибазона является возможность влиять на дисфорию, чувство тревоги и страха, а также снижать психоэмоциональное напряжение.

Применение сибазона часто вызывает эйфорический эффект, что очень «нравится» наркоманам, поэтому они с радостью использовали его (в качестве самолечения) как снотворное средство. При передозировке сибазона мы нередко наблюдали прогрессирующую депрессию дыхательного центра, иногда даже апноэ. Антидотом также являлся *флумазенил*.

Внезапная отмена сибазона после длительного его применения вызывала абстинентный синдром, что требовала его коррекции различными медикаментозными средствами.

Использование сибазона необходимо ограничить при obstructивных заболеваниях легких (очень частое осложнение у героиновых наркоманов, с интраназальным употреблением). Серьезным противопоказанием является сердечно - сосудистая недостаточность. Сопутствующие поражения печени и почек вызывают замедленный метаболизм сибазона, т.е. кумуляцию препарата в организме.

Азалептин (синонимы: клозапин, лепонекс) является мощным нейролептиком с седативной актив-

ностью. Оказывает выраженное центральное и периферическое холинолитическое действие. Однако в отличие от других нейролептиков побочного действия на экстрапирамидную систему азалептин не оказывает.

Азалептин обладает выраженным снотворным эффектом у больных с опийной зависимостью, а также сильным антипсихическим и миорелаксирующим действием.

Однако лечение азалептином требует индивидуальную схему, т. к. он нередко вызывает лекарственный гепатит, что при сопутствующем гепатите В и С может привести к острой печеночной недостаточности. Несколько раз мы наблюдали, что азалептин способен вызвать делириозное помрачение сознания.

В результате некоторых параклинических исследований было выявлено, что азалептин при длительном применении угнетает лейко - и тромбоцитопоз. Сопутствующий агранулоцитоз усугубляет и без того имеющийся «опийный» иммунодефицит. Ну а тромбоцитопения провоцирует развитие тромбеморрагического синдрома.

В больших дозах азалептин вызывал гиперсаливацию, гипертермию (до 38 градусов). Иногда мы наблюдали снижение порога судорожной готовности с возникновением припадков.

По нашим наблюдениям данной терапии оказывалось вполне достаточным для купирования перечисленных расстройств сна. Все больные при выписке из стационара отмечали отсутствие инсомнии. Для профилактики инсомнии в периоде реабилитации мы рекомендовали принимать амитриптилин или азалептин в индивидуальных дозировках.

Литература:

1. Вуль Ф. Р. *Бессонница*. - Донецк, 1990. – С. 13-54.
2. Соколов П.П. *Победа над бессонницей*. – М.: Советский спорт, 1990. – С. 3.
3. Ядгаров И. С., Вейн А. М., Левин Я. И. *Нарушение сна при старении*. – Ташкент: Медицина, 1990. – С. 111.

МИШЕНИ ПСИХОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ

Д. У. Адылов, Т. Ж. Маткеримов

Личностная переориентировка на трезвый образ жизни в конечном итоге во многом определяет эффективность терапии больных с алкогольной зависимостью (Рязанцев В. А., 1983). В силу полифакторности этиологических и патогенетических механизмов алкогольная зависимость требует при проведении терапии алкогольной зависимости применения не только медикаментозных, но и психотерапевтических методов (Адылов Д. У., с соавт., 1995).

Нами было пролечено 60 больных с алкогольной зависимостью, которые после терапии острого периода согласились продолжить терапию и в подостром периоде (1 группа). В последующем катамнестически длительность их ремиссии была сравнена с 60 больными, которые выписались сразу после купирования запоя или снятия острых проявлений алкогольной абстиненции (2 группа). Также мы пролечили 100 больных с героиновой наркоманией, согла-

сившихся на продолжение терапии после снятия острых проявлений абстиненции (3 группа). Катамнестически они также были прослежены и сравнены с результатами у больных, которые выписались сразу после снятия острых проявлений абстиненции (4 группа). Все больные по индивидуальной программе получали медикаментозную терапию для купирования влечения, нормализации сна, сохранения эмоционального равновесия.

Одной из самых важных мишеней психотерапии является установка на прием психоактивного вещества (ПАВ), вследствие не критичного отношения пациента к своей болезни. Основными факторами не критичного отношения пациентов к своей болезни являются следующие:

а) болезненное влечение к ПАВ имеет различную степень выраженности и колеблется во времени;

б) обидный смысл понятий «алкоголик», «наркоман» вызывает у пациентов психологически понятное сопротивление идентификации с ними;

в) отсутствие болевого синдрома при заболеваниях зависимости противоречит представлениям о болезнях, как необходимо связанных с ощущением боли;

г) иногда медленное (как в отношении алкогольной, табачной зависимости), исподволь развивающееся заболевание не позволяет пациенту своевременно оценить качественные сдвиги, происходящие с ним в течение болезни;

д) большая психологическая значимость внешних условий (алкогольных традиций) может маскировать основной симптом заболевания – патологическое влечение к ПАВ;

ж) постоянный психологический прессинг в отношении пациента со стороны макросоциума.

Некритичное отношение к болезни проявляется и в анозогнозии: отрицание наличия патологического влечения к ПАВ.

Наиболее частой проблемой в психотерапевтической работе с больными с алкогольной зависимостью является алкогольная анозогнозия. «Под алкогольной анозогнозией понимается стойкое убеждение больного в отсутствии у себя заболевания – хронического алкоголизма, несмотря на то, что наличие болезни не вызывает сомнений не только у специалистов, но и у окружающих – родных, соседей, сотрудников на работе. При этом полагается, что больной в соответствии с образованием, воспитанием, личным опытом должен был бы знать о наличии у себя алкоголизма» – пишут А. К. Качаев и В. В. Политов. основополагающим принципом любой терапевтической программы является добровольность лечения. В основе добровольности лежат согласие больного на лечение и его активное стремление получить терапевтическую помощь. Естественно, уровень мотивации при этом может быть разным, что зависит от многих причин. Все больные с героиновой зависимостью были согласны и уверены в наличии у них заболевания и достаточно серьезно отно-

сились к терапии. У больных алкоголизмом, которые выписались после лечения в остром периоде, мотивация к терапии была разной. Опыт показывает, что решение о «добровольном» лечении чаще принималось больными алкоголизмом под давлением личных обстоятельств и микросоциальной среды. Даже у лиц, согласившихся на продолжение терапии в подостром периоде, установка на лечение была неустойчивой. Алкогольную анозогнозию в той или иной степени демонстрировали или высказывали почти все 60 больных. Механизм алкогольной анозогнозии был обусловлен подсознательной переработкой больным, с одной стороны, его представлениями об алкоголизме вообще и с другой – представлением о себе. При этом индивидуальные представления о заболевании имели тенденцию к утяжелению. Но представления о самом себе как о больном с алкогольной зависимостью не признавались или отрицались с игнорированием очевидных проявлений алкоголизма. При психотерапевтической работе как индивидуальной, так и в процессе групповой работы для больных было характерно наличие целостной системы оправдывающих себя доказательств. Эти доказательства являются следствием индивидуальных представлений об алкоголизме и восприятию своей болезни. Они почерпнуты больными из окружающей действительности и собственных ощущений, самонаблюдений, самооценок, но проанализированных односторонне, предвзято – под влиянием патологического влечения и поэтому трактуются ошибочно. Сам же ход рассуждений, приводящий больных к выводу об отсутствии у себя болезни, формально остается правильным. Именно то обстоятельство, что анозогнозия в подборе логических предпосылок оказывается нарушенной, а ход рассуждений – сохранным, позволило А. К. Качаеву и В. В. Политову (1983) данную разновидность алкогольной анозогнозии обозначать парциальной. На основе различий в восприятии пациентами своей болезни и индивидуальных представлений об алкоголизме ими было выделено 5 вариантов парциальной анозогнозии. Больным рассказывалось о тех или иных симптомах болезни, но это только было началом расшатывания их системы оправдания. Наиболее сильно работало для разрушения анозогнозии наличие того или иного соматоневрологического симптома. Ведь алкоголь, являясь сам по себе и анальгетиком, не вызывает болевых ощущений. Может быть, поэтому пациенты алкоголизм отчасти за болезнь не признают. Демонстрация больным пациента с тяжелой формой соматических или неврологических алкогольных последствий была ещё одной техникой работы с алкогольной анозогнозией. Интерпретативно - дискуссионный стиль работы в группе больных также порождал сомнения в наличии у себя заболевания. Рациональная индивидуальная последующая беседа с пациентом приводила к признанию наличия у него проблем с

алкоголизацией и необходимости терапии этого заболевания.

Лечение больных с зависимостью, кроме сферы соматической, должно учитывать всю совокупность психо - социальных и духовных факторов, способствовавших формированию зависимости. С согласия жён 15 больных с алкогольной зависимостью и почти все созависимые лица (родители, другие родственники и реже жёны) у больных с героиновой зависимостью проходили сначала индивидуальную, а затем и групповую психотерапию. Практически у всех этих лиц были выявлены те или иные нарушения психосоматической и духовной сфер. Обобщая все эти нарушения можно выделить следующие симптомы. Психоземotionalные расстройства: нервозность, особенно у жён и матерей больных, нарушения сна, раздражительность. Длительные психоземotionalные нарушения, как правило, приводили к присоединению психосоматических расстройств депрессивного компонента различной выраженности. Созависимых лиц отличала раздражительность, повышенная утомляемость, навязчивое беспокойство о возможной неэффективности терапии зависимости у своих родственников. У многих людей имелось чувство вины в том, что они в своё время не заметили начала алкогольной или героиновой зависимости, при этом часто упрекали сами себя и высказывали мысли самообвинения. Их отличало также жалость к себе, чувство негодования в отношении больного родственника. Пониженная самооценка, чувство безнадежности приходилось корригировать в индивидуальных беседах врачам. В то же время они отрицали наличие эмоционального хронического стресса, рационально объясняя свои взаимоотношения с родными. Часто они занимались сокрытием тяжести зависимости у больного, находя оправдания нарушенных взаимоотношений с другими членами семьи и друзьями. На работе были более замкнуты, за счет фантазирования уходили в себя от действительности. Их преследовал страх потерять контроль над собой за счет самообвинений, избегания конфликтов. Этот контроль прорывался через неконтролируемый гнев. Все жёны испытывали непереносимую тяжесть бремени несчастий семьи.

Деформация духовной сферы созависимых лиц в обобщенном варианте были выражены в ненависти, вместо любви к близким, в концентрации внимания только на себе и на собственных проблемах, в утрате веры в кого - либо, кроме себя. Чувство безнадежности, ревности отмечали большинство жён больных зависимостью. Многие созависимые люди были зависимы уже от транквилизаторов.

Психосоматические проявления у созависимых лиц заключались в следующем: тремор, головные боли, гипертензия, запоры или диарея, дерматиты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, сексуальные дисфункции. Болезненно изме-

ненные взаимоотношения в семье решались при помощи техник семейной психотерапии.

У детей, больных зависимостью, была пониженная самооценка, повышенная зависимость от окружающих. Стремление самосовершенствоваться любой ценой выделяло их в начальных классах отличной успеваемостью. В средних и старших классах успеваемость падала из-за невозможности заниматься учебой дома. Они уходили в различные секции и хорошо там преуспевали. У всех детей, а у девочек особенно, была заметна наивно - романтическая вера в любовь. Они мечтали создать семью с человеком, который бы не имел болезни зависимости. Это не всегда удавалось, так как по закону сценария транзактного анализа они могли найти человека похожего на отца и стать женой больного зависимостью. Дети занимались специально детский психиатр – нарколог при помощи игровых групповых занятий. Взрослым созависимым лицам иногда приходилось, кроме групповых психотерапевтических секций, назначать медикаментозную терапию тех или иных психосоматических расстройств.

Основной целью проводимой терапии была попытка изменить установку на приём психоактивных средств и научить жить без них. Привить им здоровые механизмы ведения жизни без психоактивных веществ. При этом приходилось работать с теми или иными механизмами психологической защиты у больных. Тревога, присущая всем людям, выработала определенные механизмы защиты от неё. Один из механизмов – проекция. Действие этого механизма заключается в том, что всё сокровенное и неприемлемое для сознания проецируется на других людей и воспринимается как нечто внешнее по отношению к себе. Например, «Я не алкоголик, а алкоголик тот, кто собирает бутылки и валяется под забором». И если этот механизм защиты чрезмерно развит и принимает крайние выражения, то люди проецируют все неприемлемые чувства на окружающих, в результате чего все окружающие воспринимаются как средоточие пороков, тогда как самих себя они считают образцом добродетели. Другой защитный механизм, с которым приходилось работать с больными с зависимостью – отрицание. Здесь возможно отрицание либо реальности. Отрицание реальности часто проявляется тогда, когда больные пытаются избежать признания угрозы. Отрицание реальности особенно заметно, когда больные утверждают или предполагают, что со мной белой горячки не может случиться, несмотря на очевидные свидетельства начальных симптомов такого расстройства. Другой способ избавиться от тревоги и угрозы – это изолировать события в памяти или изолировать эмоции от содержания воспоминания или побуждения. При использовании механизма изоляции побуждения, когда мысль или действие не лишаются доступа к сознанию, но они лишаются естественного эмоционального сопровождения. Часты случаи, когда жена

больного рассказывает о «пьяных подвигах» мужа, а муж отрицает или говорит о них с безразличием. В результате действия механизма изоляции происходит интеллектуализация – преобладание мысли над чувством и эмоцией и появление изолированных отсеков сознания, связанных между собой чисто логически. В подобных случаях сами чувства могут быть расколоты на части, как в ситуации с болезнью, когда больной делит всех людей на алкоголиков и просто пьющих как все. Конечно, себя он относит к последним, т.е. как все. Больные, у которых встречается защитный механизм изоляции, обычно используют и механизм аннулирования. В этом случае больной магически уничтожает одно действие или желание другим действием или желанием. Этот механизм просматривается в навязчивом алкогольном ритуальном действии. С помощью механизма противоположной реакции больной защищается от выражения неприемлемого желания, признавая и утверждая противоположное. О присутствии этого защитного механизма можно судить по ригидности, преувеличенной аффектации и отсутствию целесообразности в выполнении социально - желательных действий. Человек, который использует формирование противоположной реакции, не может признаваться себе в противоположных чувствах («Я уже не испытываю тяги к алкоголю»). Следующий защитный механизм, который хорошо знаком и созависимым лицам и наркологу – это рационализация. В этом случае действие осознается, а лежащий в его основе мотив - нет. Поведение интерпретируется так, чтобы оно выглядело разумным и приемлемым. Благодаря механизму рационализации больного алкоголизация или наркотизация выглядят как цепь случайных событий. В жизни больных с зависимостью защитный механизм подавления или вы-

теснения играет громадную роль. Когда больной с алкогольной зависимостью встает утром, и ненавидит себя за вчерашнюю попойку, он даже мог бы покончить жизнь самоубийством, если бы этого механизма не было. Пока он помнит вчерашний день, ему плохо. А когда срабатывает этот механизм, он «забывает и не помнит» всего этого. Больному становится лучше, и он может продолжать жить. Если больной считает себя человеком, который не делает ошибок, то, вероятнее всего, здесь имеет место защитный механизм – фантазия (Лоуренс П., Оливер Д., 2000). Больной, который в порядке защиты, убеждает себя, что он адекватен в своём кругу, что он потом быстро разбогатеет, и вылетит от любого последствия зависимости, то он будет отрицать любые впечатления, не согласующиеся с этим образом. Механизм фантазии больше характерен для пациентов с героиновой зависимостью. Все эти механизмы прорабатывались в групповых занятиях.

В течение года катamnестические данные показали, что из 60 больных второй группы у 42 человека вновь наступил рецидив болезни. В первой группе только 16 человек вновь вернулись к алкоголизации. В третьей группе больных с героиновой зависимостью у 86 человек наступил рецидив заболевания. А в четвертой группе пациентов – 97 человек, причём ещё 2 человека скончались от разных причин. Мишенями психотерапии при работе с больными с зависимостью являются анозогнозия, установка на прием психоактивного вещества, психологические защиты, рационализирующие или провоцирующие прием психоактивного вещества, изменения личности, дементирующий процесс (деградация). Следует указать на эффективность групповой терапии при решении психотерапевтических задач в наркологии.

Литература:

1. Адылов Д. У., Назаралиев Ж. Б., Бауэр В. Р. *Личностная переориентировка больных алкоголизмом в процессе лечения в центре доктора Назаралиева // Окружающая среда и здоровье человека Бишкек. Часть 1.- с. 220 – 228.*
2. Качаев А. К., Политов В. В. *Клинические проявления анозогнозии у больных алкоголизмом. – М., 1983. – С. 3.*
3. Лоуренс П., Оливер Д. *Тревога и защитные механизмы // Психология личности. – М.: Аспект пресс, 2000. – С. 227.*
4. Рязанцев В. А. *Психотерапия и деонтология при алкоголизме.- Киев: Здоровье, 1983. – С. 144.*

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ
ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
И СОЦИАЛЬНОЙ ДИНАМИКИ В ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ
С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ
ПО МОДЕЛЯМ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

И.В.Василенко, А.Л.Катков

В настоящем сообщении анализируется динамика психопатологического статуса у пациентов двух подгрупп исследуемой группы: подгруппа программ СВ с преимущественно профилактическим направлением (n=149) и подгруппы программ СВ с преимущественно комплексным направлением с компонентом первичной наркологической помощи (n=166), обозначаемыми соответственно литерами А и В. А также социальная динамика в исследуемых подгруппах, включая и такие деструктивные последствия наркопотребления как криминальное поведение.

1. Следует отметить, что основные (достоверные) различия между анализируемыми подгруппами исследуемой группы по психопатологическому параметру прослеживались в показателях формирования ремиссии. По другим анализируемым показателям разница оказалась недостоверной и, к тому же, трудно учитываемой.

В таблице 1 приведены данные относительно формирования ремиссии в двух подгруппах (А и В) исследуемой группы.

Таблица 1.

Динамика формирования ремиссии в подгруппах А (пациенты программ СВ, ориентированных на профилактику) и В (пациенты программ СВ, ориентированных на комплексный подход)

Тип ремиссии	Подгруппа А n=149	Подгруппа В n=166
Краткосрочная (от 0,5 до 1 года) устойчивая	-	1,2% (2 пациента)
Краткосрочная неустойчивая	2,7% (4 пациента)	0,6% (1 пациент)
Долгосрочная (от 1 года и далее) неустойчивая	-	-
Долгосрочная устойчивая	0,7% (1 пациент)	7,2% (12 пациентов)

Как следует из данных, приведенных в таблице 1, формирование достаточно длительных и устойчивых ремиссий в исследуемой группе происходит, в основном, в подгруппе В, где достаточно интенсивно представлен компонент первичной наркологической помощи, направленный на мотивацию к освобождению от наркозависимости и полноценному вовлечению в лечебно-реабилитационные программы (p<0,01).

2. Исследование сравнительной динамики социальных и социально-поведенческих изменений в двух

подгруппах (А и В) исследуемой группы выявило достоверные различия по признакам: веры в положительный результат лечения, акцентированной готовности к прекращению употребления наркотических препаратов, наиболее значимых социальных последствий инъекционного потребления наркотиков (криминальное поведение).

В таблице 2 представлены данные сравнительного анализа подгрупп исследуемой группы по выше приведенным признакам.

Таблица 2.

Динамика социальных и социально-поведенческих характеристик в подгруппах исследуемой группы в абсолютных случаях и процентах

Анализируемый признак	Подгруппа А (n=149)	Подгруппа В (n=166)
Вера в положительный результат лечения	95 (63,8%)	141 (84,9%)
Акцентированная готовность к прекращению наркопотребления	47 (31,5%)	126 (75,9%)
Криминальное поведение	7 (4,7%)	4 (2,4)

Как следует из данных, приведенных в таблице 2, программы СВ, ориентированные на комплексный подход с использованием технологий первичной наркологической помощи, обнаруживает сравнительно более высокую эффективность в отношении таких признаков, как вера в положительный результат лечения (соотношение – 1,33 ($p<0,01$) в пользу подгруппы В); акцентированная готовность к прекращению наркопотребления (соотношение

2,4 ($p<0,01$) в пользу подгруппы В); криминального поведения (соотношение 1,95 ($p<0,05$) в пользу подгруппы В).

Таким образом программы СВ, ориентированные на комплексные подходы в оказании услуг сектора третичной профилактики, демонстрируют сравнительно более высокую эффективность в отношении конструктивной динамики по клинико-психопатологическому и социальному параметрам.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИЙ В ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПО ОСНОВНЫМ МОДЕЛЯМ ОКАЗАНИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л.Катков, И.В.Василенко

Состояние устойчивой ремиссии – конечный результат всего комплекса медико-социальной помощи, используемой в отношении наркозависимых лиц.

Нами исследовалась сравнительная динамика формирования ремиссий в группах пациентов с опиоидной зависимостью, дифференцированных по основным моделям оказания наркологической помощи. В исследуемую группу ($n=315$) входили пациенты – участники программ снижения вреда. В первую группу сравнения ($n=131$) входили пациенты, состоящие на учете в наркологических диспансерах и получающие традиционные виды специализированной наркологической помощи. Во вторую группу сравнения ($n=131$) входили наркозависимые, не состоящие на учете и не получающие каких-либо видов наркологической помощи.

Принимая во внимание неравенство возможностей в достижении ремиссии среди наркозависимых

исследуемой группы и групп сравнения (в первой группе сравнения возможность достижения ремиссии была максимальной и обеспечивалась усилиями государственной наркологической службой; в исследуемой группе и второй группе сравнения подобных целей и задач не выдвигалась) мы, сочли необходимым провести сравнительный анализ по данному параметру с учетом названных обстоятельств.

Основным критерием оценки анализируемого параметра является факт ремиссии в течение рассматриваемого временного периода длительностью от 0,5 года до 1 года и далее. При этом учитывались и характеристики ремиссии – устойчивая (без срывов, с положительной социальной динамикой), неустойчивая (единичные срывы, неровная социальная динамика).

В таблице 1 приведены данные относительно динамики формирования ремиссий в исследуемой группе и первой и второй группах сравнения.

Таблица 1.

*Динамика формирования ремиссий в исследуемой группе и группах сравнения
в абсолютных цифрах и процентах*

Тип ремиссии	Исследуемая группа (n=315)	Первая группа сравнения (n=131)	Вторая группа сравнения (n=131)
Краткосрочная (от 0,5 до 1 года) устойчивая	1 (0,3%)	3 (2,2%)	-
Краткосрочная неустойчивая	5 (1,6%)	7 (5,4%)	5 (3,8%)
Долгосрочная (от 1 года и далее неустойчивая)	-	-	-
Долгосрочная устойчивая	13 (4,1%)	7 (5,4%)	-

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, в исследуемой группе ремиссии формировались после прохождения курсов детоксикации в частных клиниках или больницах общесоматического профиля (анонимно). А так же после перенесенной абстиненции без медикаментозного вмешательства. Из 315 пациентов исследуемой группы ремиссии длительностью от 0,5 до 1 года отмечались у 19 (6,0%). У 14 пациентов устойчивые (4,4%) у 5 – неустойчивые (1,6%). Однако при этом ремиссии свыше 1 года продолжались у 13 (4,1%) и, практически, все ремиссии характеризовались как достаточно устойчивые. Краткосрочная устойчивая ремиссия отмечалась у 1 пациента (0,3%).

В первой группе сравнения ремиссии формировались после прохождения курсов стационарного лечения в системе государственной наркологической помощи. У 17 пациентов отмечалась ремиссия длительностью от 0,5 до 1 года (13,0%). При этом у 10 пациентов отмечались относительно устойчивая ремиссия (7,6%), а у 7 пациентов – неустойчивая (5,4%). Ремиссия длительностью свыше 1 года продолжалась у 7 пациентов (5,4%) – у всех достаточно устойчивая. Краткосрочная устойчивая ремиссия отмечалась у 3-х пациентов (2,2%).

Следует отметить, что в первой группе сравнения практически все пациенты (n=131) за рассмат-

риваемый период проходили курсы стационарного лечения. В то время как в исследуемой группе лишь 56 пациентов (17,8%) делали попытки (с помощью медикаментозных методов или самостоятельно) освободиться от наркотической зависимости. Таким образом, общая эффективность в отношении возможностей формирования достаточно длительной и устойчивой ремиссии была выше в первой группе сравнения – 5,4% (в исследуемой группе данный показатель составил – 4,1%). В то же время истинная эффективность была выше в исследуемой группе – 23,2% против 5,4 в первой группе сравнения (p<0,01).

Во второй группе сравнения (n=131) спонтанные ремиссии и ремиссии после прохождения анонимных курсов детоксикации отмечались у 5 пациентов – краткосрочные – 0,5 до 1 года, и неустойчивые – что составило 3,8%. Долгосрочных (свыше 1 года) и устойчивых ремиссий не отмечалось.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что программы СВ, сами по себе не являясь средством достижения ремиссии (они, в нашем случае, не включали курсы медикаментозной терапии и детоксикации), однозначно способствуют формированию длительной и устойчивой ремиссии у мотивированных пациентов, повышая эффективность программ медико-социальной реабилитации наркозависимых.

ВЛИЯНИЕ СЕРМИОНА МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОЭЛИМИНАЦИИ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ СОТрясения ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.С.Кудайбергенова

Введение:

В связи с ростом урбанизации и напряженности современных условий жизни в настоящее время отмечается увеличение частоты нейротравм. По данным ВОЗ за последние 15 лет ежегодно прирост лиц, перенесших ЧМТ, составляет в среднем 2% (Блейхер В. И., 1999). По результатам проведенного эпидемиологического исследования выявлено, что в Казахстане ЧМТ ежегодно получают более 40 тыс. человек (Акшулаков С.К., 1995). По данным Агаевой К.Ф. (2001 г.) с учетом средней продолжительности предстоящей жизни, было определено среднегодовое количество лиц с травмой головы в анамнезе и оценена вероятность их накопления. Этот показатель, по данным автора, составляет 22,22 случая на 1000 населения.

Особенности топографии и кровоснабжения гипоталамической области, ее близость к ликворным путям объясняют большую ранимость при ЧМТ диэнцефально-стволовых отделов мозга.

Некоторые исследования показали перспективность применения, особенно у больных с поражением диэнцефальной области мозга, дегидрированных производных спорыньи (Мадорский С. В., 1983; Eiwani O, Tamawy M.E., 1995). Воздействуя на метаболизм медиаторов, дегидрированные алкалоиды спорыньи способствуют нормализации биоэлектрической активности мозга (увеличение альфа-ритма, снижение количества дельта и тета ритмов), мозгового кровотока (блокирует альфа рецепторы, действуя противоспазматически), оптимизируют процессы висцеро-вегетативной регуляции (экспериментальные исследования на крысах - Obrust W. D. - показали, что ницерголин стимулирует обмен норадреналина и допамина; увеличение концентрации метаболитов допамина обнаруживается преимущественно в мезолимбических областях и частично в полосатом теле). По данным многих авторов (Сулейменова С.А., Мякоткин В.С., Лауфер М.Я.) у молодых пациентов,

перенесших ЗЧМТ клиническая симптоматика, лабораторные и инструментальные показатели указывают на возможность развития раннего атеросклероза церебральных и коронарных сосудов; также наблюдается более яркое и прогрессивное течение ишемической болезни сердца, в чем усматривается причинно-следственно-потенцирующие взаимоотношения. В этой связи также благоприятно еще одно положительное свойство ницерголина влияние на реологические свойства крови: тормозит агрегацию тромбоцитов, вызванную адренолином и в то же время не оказывает влияния на протромбиновую активность и время кровотечения.

Объект и методы исследования:

Мы наблюдали 40 больных в отдаленном периоде сотрясения головного мозга (ОП СГМ). Пациенты были распределены на две группы. В 1-й группе (n=20) назначали Сермион 4,0 мг в/в капельно через день № 7. Во 2-ой группе (n=20) применяли Сермион 4,0 методом электроэлиминации. В среднем возраст больных 42,2 ± 2,5 года. Пациенты обеих групп были сопоставимы по характеру жалоб, возрасту, клиническим проявлениям заболевания. Обследование проводили до и после окончания курса лечения.

Всем больным проведены общеклинические исследования, изучены показатели интракраниальной гемодинамики и интеллектуально-мнестическая функция.

Для оценки влияния Сермиона на состояние церебральной гемодинамики использовали транскраниальную доплерографию на аппарате "Compronion III" фирмы Nicolet. Анализировали максимальную (МСК) и среднюю (ССК) скорость кровотока в бассейне внутренней сонной артерии (ВСА), средней мозговой артерии (СМА), базилярной артерии (БА) в проксимальном её сегменте.

Результаты и их обсуждение

При обследовании до начала лечения больные жаловались на головную боль, головокружение, утомляемость, раздражительность, нарушение сна, снижение памяти на текущие события, повышение артериального давления, снижение работоспособности, расстройства концентрации внимания.

После проведенного курса лечения пациенты обеих групп отмечали положительные изменения субъективных проявлений заболевания. Однако, более выраженную динамику наблюдали у больных, получавших Сермион методом электроэлиминации. У больных 2-ой группы головная боль исчезла у 12 больных из 15, а у 4-х снизилась их интенсивность. Реже отмечали головокружение 12 пациентов, а у 8 больных оно прекратилось. Отмечали улучшение общего фона настроения и сна - 11 больных.

Эффект от лечения у больных 1-й группы, которые получали сермион 4,0 мг просто внутривенно капельно, тоже был удовлетворительным, однако менее выраженным, чем во 2-й группе. Головная боль исчезла у 7-х больных из 16, а у 9 стала менее интенсивной. Головокружение отмечалось реже у всех больных. Улучшение сна отмечали 8 больных.

Исходные показатели мозговой гемодинамики у пациентов обеих групп существенно не различались (табл. № 1). До лечения максимальная и средняя скорость кровотока в бассейне ВСА справа у больных 1-й группы 64,5±2,8 и 51,1 ± 2,4 см/с; слева - 67,4±2,9 и 45,4±2,2 см/с; 2-й группы - 61,1±2,4 и 49,3±2,9 см/с и слева -66,9±2,6 и 47,1±2,3 см/с. Суммарные показатели Сма и БА были в пределах допустимых возрастных величин: в басс. СМА справа у больных 2-й группы 74,8±2,1 и 59,7 ± 2,0 см/с, слева - 73,9±2,0 и 60,3±2,4 см/с; у больных 1-й группы справа - 67,4±2,3 и 58,9±2,1, слева - 75,3±2,2 и 59,6±2,9 см/с. В басс. БА у больных 2-й группы 41,2±2,1 и 28,5±2,6 см/с. У больных 1-й группы 39,9±2,5 и 31,4±2,3 см/с. Это можно объяснить неравномерностью поражения сосудистого русла и снижением скорости кровотока в одном регионе, наряду с ее повышением в другом. Однако, при индивидуальном анализе установлено, что ЛСК в БА, чаще была приближена к нижним границам нормы или снижена, что, скорее, говорит о наложении вертеброгенной патологии. С учетом этого момента определялось следующее распределение больных: в 1-й группе ЛСК было снижено в басс. ВСА у 8 больных, СМА - у 5 больных и БА - у 9 больных, во 2-й группе - соответственно у 7, 6 и 10 больных. У 6 больных 1-й и 7 больных 2-й группы отмечено повышение скорости кровотока в различных бассейнах.

После Лечения Сермионом существенно улучшились показатели мозгового кровотока у больных с их исходным снижением. У больных получавших Сермион методом электроэлиминации, увеличение линейной скорости кровотока составило 75% (p< группе больных, получавших Сермион обычным в/в введением - эффект тоже был положительным, но менее выраженным: увеличение кровотока составило 58% (p<0,05)).

У больных с исходным повышением скорости кровотока после курса терапии отмечали его умеренное снижение в соответствующем русле.

Полученные нами результаты свидетельствуют о благоприятном влиянии Сермиона методом электроэлиминации на мозговой кровоток: у больных с исходно сниженными параметрами гемодинамики отмечено увеличение ЛСК, а у лиц с гиперперфузией - её снижение до нормальных значений, что видимо, связано как с благоприятным вазоактивным действием Сермиона, так и элиминирующей способностью постоянного тока, который активно выводит в ткани зоны воздействия лекарственные вещества, циркулирующие в крови. Таким образом, происхо-

Показатели	До лечения				После лечения			
	Слева (пр. БА)		Справа (dist. БА)		Слева (пр. БА)		Справа (dist. БА)	
	1-я гр.	2-я гр.	1-я гр.	2-я гр.	1-я гр.	2-я гр.	1-я гр.	2-я гр.
BCA MCK ССК	67,4	66,9	64,5	61,1	73,1	79,4	72,6	78,9
	+2,9	+2,6	+2,8	+2,4	+3,0	+2,9	+2,1	+2,2
	45,4	47,1	61,1	49,3	50,8	55,2	59,7	57,1
СМА MCK ССК	+2,2	+2,3	+2,4	+2,9	+2,3	+2,7	+2,4	+2,3
	75,3	73,9	67,4	74,8	79,9	81,3	83,5	84,2
	+2,2	+2,0	+2,3	+2,1	+2,3	+2,8	+2,2	+2,1
MCK ССК	59,6	60,3	58,9	59,7	64,2	67,5	63,4	67,4
	+2,9	+2,4	+2,1	+2,0	+2,1	+2,9	+2,2	+2,3
	39,9	41,2	44,3	42,8	45,1	46,4	47,4	49,8
БА MCK ССК	+2,5	+2,1	+2,3	+3,0	+3,1	+3,2	+2,6	+2,3
	31,4	28,5	28,7	29,7	34,5	35,6	36,9	39,6
	+2,3	+2,6	+2,8	+2,4	+2,4	+3,6	+3,1	+2,4

дит мобилизация Сермиона в стволовых структурах головного мозга, оптимизируя ряд нарушений, наблюдаемых при последствиях ЧМТ.

Выводы: Сермион обладает комбинированным терапевтическим эффектом: способствует нормализации показателей церебральной гемодинамики, вос-

становлению нарушенных механизмов ауторегуляции мозгового кровотока. Применение же Сермиона методом электроэлиминации мобилизует циркулирующие в крови лекарственные вещества в срединных структурах головного мозга, оптимизируя ряд нарушений, происходящих в последствии после ЧМТ.

Литература:

- 1) Блейхер В.М., Крук И.В. *Практическая психопатология: Руководство для врачей и медицинских психологов.* - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.
- 2) Агаева К.Ф. *Процесс накопления и распространения последствий травмы головного мозга среди населения.* // Журн. Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2001. - Т.101, № 5. - с. 46-48.
- 3) Шогам И.И. *Отдаленные последствия ЗЧМТ* // Журн. Невропатологии и психиатрии. – 1989. - т. 89, вып. 5 - с. 141-145.
- 4) Боева Е.М. *Очерки по патофизиологии острой ЗЧМТ.* – М.: Наука, 1968. – 221 с.
- 5) Сулейменова С.А. *Упруго-вязкие свойства аорты и крупных артерий у больных в отдаленном периоде ЗЧМТ* // Здоровоохранение Таджикистана. - 1985, № 1. - с. 26-28.
- 6) Агаева К.Ф. *Процесс накопления и распространения последствий травмы головного мозга среди населения.* // Жур. Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2001. – т. 101, № 5. - с. 46-48.
- 7) Курако Ю.Л., Бунина В.В. *Морфофункциональные соотношения в патогенезе сотрясения головного мозга* // Неврология и психиатрия. – Киев, 1989. - вып. 18.
- 8) Акишулаков С.К., Непомнящая В.В. *Актуальные вопросы изучения эпидемиологии острого черепно-мозгового травматизма и его последствий в РК* // Здоровоохранение Казахстана. – 1993. - № 2. - с. 31-32.
- 9) Кайшибаев С.К., Кальменева И.М. // *Ж. Здоровоохранение Казахстана.* – 1987. - № 9. - с.49-50.
- 10) Улащик В.С. *Новые методы и методики физической терапии.* - Минск: Белорусь, 1986. - с.174.
- 11) Refelgon M. *Effect of an alphabloching agent nicergolin on interation between blood platelets, elastin and endothelial cells-biochem. Pharmacol., 1980, 29, 6, 943-947.*

ОРГАНИЗАЦИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

АНАЛИЗ РАБОТЫ ПУНКТА ДОВЕРИЯ ДЛЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ ПО г. ПАВЛОДАРУ

С.К.Ахаев

Во второй половине 20 века стало очевидным и то, что помимо проблем со здоровьем и социальных проблем, инъекционное употребление наркотиков является одним из главных способов передачи ВИЧ-инфекции во многих странах Азии, Европы, Латинской и Северной Америки. И хотя до настоящего времени точные данные получить трудно, исследования показывают, что ВИЧ-инфекция может распространяться в среде наркоманов с огромной скоростью, сохраняя устойчиво высокие темпы. Кроме того, факты говорят о том, что большой процент наркозависимых страдает различными формами туберкулеза.

В Центральной Азии, в целом, отмечаются сходные тенденции, со значительным ростом распространения наркомании, ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, начиная с середины 80-х годов. В результате чего наркомания и ее взаимосвязь с эпидемией ВИЧ/СПИДа и туберкулеза была признана серьезной проблемой всеми Центрально-Азиатскими государствами и национальные власти стали предпринимать активные меры по решению данных вопросов. По данным последних репрезентативных исследований численность наркопотребителей в Республике Казахстан составляет от 180 до 250 тыс. человек (от 1,3% до 1,7% общего населения, или около 3% трудоспособного населения).

В настоящее время антинаркотическая стратегия ООН и большинства солидарных международных организаций и стран, присоединившихся к Единым Конвенциям ООН в области наркотических и психотропных веществ, предусматривает три основных направления деятельности:

- снижение предложения наркотиков (пресечение незаконного наркопроизводства, наркооборота, производства и оборота прекурсоров);
- снижение спроса на наркотические вещества (эффективная первичная и вторичная профилактика распространения наркозависимости);
- снижение вреда от инъекционного употребления наркотиков (эффективная третичная профилактика в сфере наркозависимости и первичная профилактика распространения ВИЧ/СПИДа).

В данной связи подчеркивается необходимость разработки и реализации программ снижения вреда (обмена игл, шприцев и других компонентов), доказавших свою эффективность в снижении темпов распространения ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков.

Таким образом, в смысле профилактики распространения инфекционных заболеваний связанных с наркоманией, в настоящее время ведущими международными организациями приоритет отдается программам снижения вреда. При этом подчеркивается необходимость правильной организации данного направления антинаркотической социальной активности.

Программы снижения вреда, в первую очередь, рассматриваются как наиболее существенный компонент профилактики распространения инфекций. По данным ООН в Республиках бывшего Советского Союза ВИЧ-инфицирование за счет инъекционного употребления наркотиков на начало 2004 года составило: по Российской Федерации – 80%, по Беларуси – 76%, по Молдове – 82%, по Эстонии – 84%, по Латвии – 83%, по Литве – 84%, по Грузии – 72%, по Армении – 54%, по Азербайджану – 62%, по Казахстану – 83%, по Кыргызстану – 85%, по Таджикистану – 79%, по Узбекистану – 60%. Программы снижения вреда часто служат единственным связующим звеном между потребителями наркотиков, сектором здравоохранения и социальными услугами.

По данным С.А. Алтынбекова, 85% наркозависимых в Республике Казахстан до настоящего времени не охвачены какими-либо профилактическими мероприятиями. В отношении данной группы наркопотребителей наиболее эффективными (по крайней мере, на первом этапе целенаправленной систематизированной работы) являются программы третичной профилактики. Поэтому, исключительно важным аспектом организации наркологической помощи является повышение эффективности программ снижения вреда, в частности при помощи пунктов доверия.

При этом преимущества стационарных пунктов состоят в том, что они могут:

- 1) обслуживать ПИН определенного района;
- 2) могут работать в любое время;
- 3) обеспечивают более благоприятные и безопасные условия работы персонала;
- 4) реализуют достаточно широкий набор услуг;
- 5) имеют возможность для хранения достаточно большого количества расходных материалов;
- 6) требуют меньше затрат на текущее содержание.

Мобильные пункты первичной наркологической помощи:

- 1) обслуживают значительное количество ПИН;

- 2) могут легко менять маршруты передвижения и график работы в соответствии с потребностями ПИН;
- 3) имеют возможность охвата значительных территорий в течение дня;
- 4) могут работать в местах наибольшей концентрации ПИН, местах продажи наркотиков;
- 5) обеспечивают большую степень конфиденциальности для ПИН.

Так работа Павлодарского пункта доверия для наркозависимых привносит определенный вклад в общее дело решения вышеописанных проблем. Новым веянием стало включение в работу пункта доверия врача-фтизиатра, задачей которого стало выявление у наркозависимых различных форм туберкулеза.

Только за 2004 год в пункте доверия было принято 136 человек, страдающих наркотической за-

висимостью. Среди них выявлено 35 человек с туберкулезом легких, причем этот диагноз всем поставлен впервые в жизни. Из 35 первичных больных – 16 человек представляли опасность для окружающих, так как страдали открытой формой туберкулеза. У трех пациентов туберкулез сочетался с ВИЧ-инфекцией, что тоже впервые было выявлено в пункте доверия. Все наркозависимые с туберкулезным поражением легкого направлены на лечение и взяты под контроль противотуберкулезного диспансера.

Таким образом, несомненно важность включения в работу пункта доверия врача-фтизиатра. Работа продолжается, на прием приходят новые люди, которым в любой момент готовы оказать помощь врачи-профессионалы.

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ПОДРОСТКОВОЙ СЛУЖБЫ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОГО ОБЛАСТНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Е. А. Джемпеисов

На сегодняшний день среди многих проблем, стоящих перед казахстанским обществом, одно из первых мест занимает проблема распространения психоактивных веществ среди несовершеннолетних и их употребления с негативной динамикой.

Чтобы как - то повлиять на эту ситуацию, при Восточно-Казахстанском областном диспансере создана подростковая служба, которая укреплена двумя врачами-наркологами, психологом, двумя медицинскими сестрами, медицинской сестрой по социальной помощи и социальным работником.

Основной задачей подростковой службы является профилактика употребления психоактивных веществ несовершеннолетними.

С этой целью, совместно с областными департаментами внутренних дел, образования, здравоохра-

нения издан приказ № 309 / 383 / 597 от 13 декабря 2004 года «О порядке взаимодействия учреждений образования, здравоохранения, МВД в вопросах борьбы с наркоманией и наркобизнесом среди несовершеннолетних лиц».

Профилактическим осмотром охватываются старшеклассники всех школ г. Усть-Каменогорска с проведением диагностических специфических тестов (тесты германского производства).

Тесты проводились по показаниям: следы инъекции, замеченные в употреблении табака и насвая, по сигналу «почты доверия» и сотрудников наркологического поста.

За пять месяцев 2005года профилактическим осмотром охвачено **3359** несовершеннолетних лиц, выявлено **178** подростков употребляющих психоактивные вещества.

Таблица 1.

Разновидности ПАВ, употребляемых подростками

№ п/п	Наименование ПАВ	Всего (чел.) n = 178	Девочек	
			(чел.)	%
1	Употребление опиатов	34	5	14,7
2	Употребление анаши	117	6	5,1
3	Употребление алкоголя	27	7	25,9

Диагностические специфические тесты на употребление наркотических веществ прошли 1747 под-

ростков, из них 165 девочек (9%). Тест показал положительную реакцию у **151** подростка.

Таблица 2.

Количество выявленных положительных тестов

№ п/п	Наименование ПАВ	Всего (чел.) n = 178	Девочек	
			(чел.)	%
1	Группа опия	34	5	14,7
2	Каннабиноиды	117	6	5,1

Данные таблицы показывают, что из выявленных положительных тестов 29% составляют опиаты.

Но здесь выявляются любопытные данные: из 34 положительных тестов на опиаты 29 оказались ложными. Причинами ложных тестов явилось употребление подростками таких лекарственных средств, как кодак, солутан, парацетамол, анаболические стероиды, ацетилсалициловая кислота, таблетки от кашля, бисептол. В одном случае положительный тест показало употребление подростком пирожка с маком, и у одного подростка положительный тест дала сделанная накануне прививка

против дифтерии и столбняка.

Всем этим подросткам через два-три дня проведены контрольные тесты, которые показали отрицательный результат. В большинстве случаев эти несовершеннолетние характеризовались в школе с положительной стороны.

При профилактических осмотрах в 2004 году, когда школьники осматривались без применения специфических тестов, из **3878** школьников, охваченных профилактическим осмотром, выявлено всего **88** несовершеннолетних лиц, употребляющих психоактивные вещества.

Таблица 3.

Количественное и процентное соотношение несовершеннолетних лиц, употребляющих ПАВ, выявленных в 2004 г.

№ п/п	Наименование ПАВ	Всего (чел.) n = 88	Девочек	
			(чел.)	%
1	Употребление героина	1	0	0
2	Употребление анаши	57	1	2
3	Употребление алкоголя	24	4	17
4	Употребление токсических веществ	6	1	2

Сравнивая 2005 год, когда применялись специфические тесты для определения каннабиноидов и опиоидов, и 2004 год то выявляется, что в прошлом году выявленных подростков на 90 случаев меньше.

Подростковые врачи - наркологи работают в тесном контакте с комиссией по защите прав несовершеннолетних лиц. Заседания комиссии проходят 1 раз в неделю.

Через КЗПН осмотрено за 5 месяцев текущего года - 1037 подростков и детей. Выявлено - 42 подростка, из них:

- употребляют табак – 5 человек;
- употребляют насвай – 6 человек;
- употребляют токсикоманические средства – 4;
- употребляют анашу – 13 человек;
- употребляют героин – 2 человека;
- употребляют алкоголь – 12 человек.

Социальным работником подросткового кабинета проводится скрининг-опрос учащихся старших классов.

Социологический опрос показал рост употребления алкоголя, анаши и насвая. Это еще раз доказывает, что более доступные, «лёгкие» и дешевые психоактивные вещества являются входными воротами для более сильных и дорогих ПАВ.

Хотя был отмечен положительный результат по раннему выявлению употребления наркотических веществ несовершеннолетними лицами с применением специфических тестов, но здесь мы столкнулись с множеством трудностей, как со стороны учащихся, так и со стороны их родителей.

Со стороны школьников мы столкнулись с фактами:

1. Отказа от сдачи анализа.

Данные скрининг – опроса учащихся старших классов

№ п/п	Нозология	2003 г.	2004 г.	2005 г. (январь – май месяцы)
	Всего охвачено опросом (чел.)	1798	3036	1980
Из них употребляли (в %):				
1	Алкоголь	63	71	93
2	Героин	1	0	0
3	Анашу	14	16	21
4	Токсикоманические вещества	4	5	6
5	Насвай	35	21	35
6	Галлюциногены	7	6	5

2. Фальсификацией материала анализа, когда подростки разливают в пробирки и сдают мочу одного и того же несовершеннолетнего.

Со стороны родителей были отмечены:

1. Непонимание и боязнь родителей постановки на учет в наркологический диспансер своих детей.
2. Жалобы родителей в различные инстанции и др.

Все эти недовольства и недопонимания, а так же жалобы со стороны родителей, родственников, за-

конных опекунов являются следствием отсутствия законодательной базы, и зачастую усилия медицинских работников прокуратурой сводятся к нулевому результату.

Поэтому в качестве предложения хотелось бы, чтобы действия медицинских работников в этом направлении имели законодательную базу и были рассмотрены на уровне Мажилиса Парламента Республики Казахстан, а также разработаны и изданы соответствующие документы, регламентирующие постановку на учёт наркологических больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ СНИЖЕНИЯ ВРЕДА – ПЕРВИЧНОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.Л.Катков, И.В.Василенко

1. Полноценный охват комплексными программами снижения вреда – первичной наркологической помощи инъекционных и других потребителей наркотиков обеспечивается за счет функционирования следующих организационных форм, эффективно дополняющих друг друга: стационарные пункты первичной наркологической помощи - ПНП (родственные обозначения - пункты доверия, пункты первичной помощи наркозависимым и т.д.); уличные проекты (работа в местах максимального скопления наркозависимых, работа на дому); мобильные пункты первичной наркологической помощи (мобильные пункты доверия, первичной помощи наркозависимым и т.д.).

По нашим данным для достижения требуемого результата по охвату наркопотребителей третично-профилактическими услугами (до 60% от общего количества наркопотребителей и до 80% ПИН) необходима организация одного стационарного пункта первичной наркологической помощи на 300 компактно проживающих ПИН (какой-либо конкретный

район населенного пункта), к которым плюсуется примерно такое же число неинъекционных наркозависимых. Консультативную помощь в пункте первичной наркологической помощи также могут получать зависимые от алкоголя, созависимые, значимые другие лица из окружения наркопотребителей и увеличивать общее количество клиентов, обслуживаемых на стационарном пункте первичной наркологической помощи, до 700-800. Однако непосредственной целевой группой – основой для расчета – являются инъекционные потребители наркотиков. При этом реальное количество ПИН, проживающих в том или ином регионе (районе) выявляется в ходе специально проводимых эпидемиологических исследований (методика многоуровневого мониторинга наркологической ситуации; экспресс-оценка распространения наркозависимости и др.).

Уличные проекты реализуются параллельно с деятельностью стационарного пункта первичной наркологической помощи (за счет материальных, технологических и кадровых ресурсов последнего)

и, по сути, являются внестационарной формой деятельности персонала ПНП, осуществляемой по специальному графику. Помимо аутрич-работников, для которых такая форма деятельности является постоянной, в уличных проектах, обычно, заняты социальные работники, консультирующие психологи и психотерапевты, владеющие технологиями экспресс-психотерапии. Таким образом, при должной организации деятельности стационарных пунктов первичной наркологической помощи в местах компактного проживания 300 ПИН должно действовать по 1 уличному проекту.

Деятельность мобильных (передвижных) пунктов первичной наркологической помощи осуществляется за счет организации специальных транспортных маршрутов - используются оборудованные микроавтобусы или другой, достаточно вместительный транспорт. Маршруты проходят по местам наиболее вероятного скопления ПИН, предварительно информированных и подготовленных к возможности получения помощи из мобильного пункта. Мобильные пункты первичной наркологической помощи организуются в достаточно крупных населенных пунктах или районах города, с численностью от 50 до 100 тыс. человек, на базе мощного НПО, объединяющего несколько стационарных пунктов первичной наркологической помощи и уличных проектов. В этом случае маршруты и график деятельности мобильного пункта могут быть хорошо продуманы, подготовлены и реализованы с максимальной эффективностью.

Из приведенных расчетов следует, что в целом по Республике Казахстан, где на начало 2005 года по данным многоуровневого мониторинга и других репрезентативных оценок распространения наркозависимости проживает до 100 тысяч инъекционных потребителей наркотиков, должны действовать до 330 стационарных пунктов первичной наркологической помощи, столько же уличных проектов, и свыше 50 мобильных пунктов первичной наркологической помощи. Организация подобной структуры, эффективно реализующей задачи этапа первичной наркологической помощи, позволит достичь полноценного охвата наркопотребителей третично-профилактическим сектором услуг.

2. Общие требования к планировке стационарных и мобильных пунктов первичной наркологической помощи следующие.

Стационарный пункт должен содержать отдельные помещения для: обмена шприцев, обработки грязного инструментария, хранения раздаточных и расходных материалов, хранения документов и компьютерной базы данных (инструментальный блок); 2-3 кабинета для специалистов-консультантов (психолога, психотерапевта, социального работника, нарколога, консультанта по зависимостям, дермато-венеролога, инфекциониста, фтизиатра, терапевта); кабинет для забора материала на ВИЧ, гепатит, RW;

процедурный кабинет; кабинет для размещения и отдыха персонала с оборудованными рабочими местами и местами отдыха (функциональный блок); помещения санитарно-гигиенического назначения.

Реализация уличных проектов не предполагает каких-либо специальных требований к условиям работы специалистов.

Мобильные пункты первичной наркологической помощи оборудуются на базе микроавтобуса или автобуса. Рабочее пространство условно подразделяется на «чистую» зону, где располагается персонал, хранится чистый инструментарий и раздаточные материалы, и «грязную» зону, где выделяются: блок для приема шприцев, игл; блок выдачи материалов; консультационный блок, где проводятся экспресс-консультирование наркозависимых по социальному, психологическому и психотерапевтическому профилю, выдаются направления на соответствующие виды стационарной помощи; блок для забора крови и реализации других экспресс-диагностических и лечебных процедур; блок для хранения получаемого материала (шприцы, иглы). Персонал мобильного пункта первичной наркологической помощи использует офисные, складские помещения, автостоянку или гараж того НПО, где реализуется данный проект или аналогичные помещения одной из ресурсных организаций (центры СПИД, наркологические ЛПУ).

Ресурсные организации – центры СПИД, наркологические ЛПУ – в соответствии с профилем своей основной компетенции, могут выделять помещения для организации и развертывания стационарных и мобильных пунктов первичной наркологической помощи, оплачивать соответствующие коммунальные и амортизационные расходы. При этом, однако, следует учитывать требования максимальной доступности (близость к местам компактного проживания курируемой группы наркозависимых), безопасности и доверия (уровень доверия к государственным учреждениям у ПИН достаточно низкий).

3. Штаты стационарного пункта первичной наркологической помощи рассчитываются по следующей схеме: врач-нарколог – 0,5 ст., психотерапевт – 0,5 ст., психолог – 1,0 ст., социальный работник – 1,0 ст., консультант по зависимостям – 1,0 ст., инфекционист – 0,5 ст., дермато-венеролог – 0,5 ст., медицинская сестра – 1,0 ст., санитарка – 0,5 ст., аутрич-работник – 10,0 ст. (штатные единицы инфекциониста и дермато-венеролога вводятся на основании наиболее часто встречающихся среди ПИН коморбидной патологии – гепатитов В и С, кожных и венерических заболеваний, ВИЧ-инфекций (С.О.Пакуев, 2005)).

Отдельные штатные единицы для реализации уличных проектов (работы в местах максимального скопления наркозависимых и на дому) не выделяются – используются штаты стационарного пункта первичной наркологической помощи. Деятельность специалистов в уличных проектах (аутрич-работников,

социального работника, психолога) осуществляется по специальному графику, распределяющему время занятости специалиста в стационарных и уличных проектах.

Штаты передвижного пункта первичной наркологической помощи рассчитываются следующим образом: социальный работник – 1,0 ст., психолог – 1,0 ст., аутрич-работник – 1,0 ст., медицинская сестра – 1,0 ст., водитель – 1,0 ст.

Общее количество штатных единиц, необходимых для оптимального функционирования сети программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, по Республике Казахстан следующее: врачей наркологов – 115,0; психотерапевтов – 115,0; психологов – 380,0 (330,0 стационарные пункты первичной наркологической помощи и 50,0 – мобильные пункты первичной наркологической помощи); социальных работников – 380,0 (330,0 – стационарные и 50,0 – мобильные пункты); консультанты по зависимостям – 330,0; инфекционисты – 115,0; дермато-венерологи – 115,0; среднего медицинского персонала – 380,0 (330 – стационарные и 50,0 – мобильные пункты); младшего медицинского персонала – 115,0; аутрич-работников – 3350,0 (3300 – стационарные пункты и 50,0 – мобильные пункты). Из общего количества штатных единиц, требуемых для оптимального функционирования сети программ снижения вреда – первичной наркологической помощи (4680,0 – основной объем) 3350,0 (71,6%) составляют аутрич-работники, на которых ложится основная нагрузка по осуществлению первичного доступа к инъекционным и другим наркопотребителям и реализация основного блока услуг по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа в популяции наркозависимых. Существенно меньшая часть персонала – 1330,0 (28,4%), в основном, ответственна за реализацию комплекса услуг по оказанию первичной наркологической помощи, включая помощь при коморбидной патологии.

4. Высокое качество услуг, оказываемых в секторе первичной наркологической помощи, исключительно важный фактор общего успеха реализации рассматриваемых комплексных программ. По нашим данным, уровень подготовки и квалификации персонала, занятого в программах снижения вреда, является одним из наиболее значимых моментов для наркозависимых в принятии решения о вхождении в проект. В связи со всем сказанным предлагаются следующие требования к специалистам, реализующим комплекс услуг по оказанию первичной наркологической помощи.

Специальность врач – нарколог. Квалификационные требования: общая компетенция соответствует утвержденному стандарту квалификации врача-нарколога. Специальная компетенция: последиplomная подготовка – тематическое усовершенствование по наркологическому консультированию в комплексных программах снижения вреда – первичной нар-

кологической помощи, программах амбулаторной и стационарной реабилитации зависимых от психоактивных веществ. Должен знать общие основы и специальные методы наркологического консультирования пациентов с наркотической зависимостью; знать основы преподавания правил безопасного поведения и моделей наркопотребления для инъекционных потребителей наркотиков. Должен уметь устанавливать доверительный контакт с наркопотребителями, при необходимости с их близкими, проводить наркологическое консультирование, основанное на терапевтической коррекции имеющихся у наркозависимых представлений (моделей) наркотической зависимости и способов освобождения (выздоровления). Добиваться формирования наиболее конструктивных сценариев поведения наркозависимых в отношении имеющейся у них патологии, включающего формирование устойчивой мотивации на выздоровление. Должен уметь проводить программы обучения наркозависимых безопасному поведению. Основной круг обязанностей врача нарколога в комплексных программах снижения вреда - первичной наркологической помощи следующий: разрабатывает и корректирует программы наркологического консультирования, реализуемые на стационарных пунктах первичной наркологической помощи для различных контингентов наркозависимых (возрастные, гендерные, этнокультуральные группы), созависимых и значимых других (близких, родственников и т.д.); разрабатывает и корректирует программы обучения инъекционных наркопотребителей безопасному поведению; осуществляет наркологическое консультирование наркозависимых, созависимых, значимых других лиц согласно установленному графику работы; выписывает направление на прохождение курсов амбулаторной и стационарной реабилитации мотивированным клиентам, выписывает направления на консультации и лечение в дружественные поликлиники, передает необходимые сведения о клиенте, имеющие отношение к терапевтической программе, специалистам реабилитационной бригады; заполняет текущую документацию по установленной форме, готовит ежемесячные, итоговые (полугодовые, годовые) отчеты о своей деятельности; анализирует эффективность собственной работы по установленным критериям; участвует в мероприятиях по просвещению населения в отношении целей, задач и результатов комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи.

Специальность – психотерапевт. Квалификационные требования: общая компетенция соответствует утвержденным стандартам квалификации психотерапевта в системе наркологической помощи. Специальная компетенция: последиplomная подготовка – тематическое усовершенствование по мотивационной терапии (раздел: «мотивационная психотерапия в программах снижения вреда – первичной наркологической помощи, амбулаторных и стационар-

ных программах медико-социальной реабилитации»); тематическое усовершенствование по психотерапии созависимых, супружеской и семейной психотерапии на этапе первичной наркологической помощи; тематическое усовершенствование по экспресс-психотерапии зависимых от психоактивных веществ. Должен знать общую основу и специальную методологию мотивационной, супружеской и семейной психотерапии, экспресс-психотерапии с зависимыми и созависимыми лицами. Должен в совершенстве владеть вышеперечисленными терапевтическими технологиями по отношению к различным гендерным, возрастным, этнокультуральным группам зависимых и созависимых лиц. Основной круг обязанностей специалиста-психотерапевта в комплексных программах снижения вреда – первичной наркологической помощи следующий: разрабатывает и корректирует программы психотерапевтической помощи на рассматриваемом этапе; реализует программы психотерапевтической помощи в отношении профильного контингента согласно установленного графика работы; выписывает направления на прохождение курсов амбулаторной и стационарной реабилитации мотивированным клиентам, передает необходимые сведения о клиенте специалистам-психотерапевтам реабилитационной бригады; заполняют текущую документацию по установленной форме, готовит ежемесячные, итоговые (полугодовые и годовые) отчеты о деятельности; анализирует эффективность собственной работы по установленным критериям; участвуют в мероприятиях по просвещению населения в отношении комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи; проводит мероприятия по профилактике синдрома эмоционального сгорания среди сотрудников проекта.

Специальность клинический психолог (практический психолог в системе здравоохранения). Квалификационные требования: общая компетенция соответствует утвержденному стандарту квалификации для специалистов данного профиля. Специальная компетенция: последипломная подготовка – тематическое усовершенствование по психологическому консультированию на этапе первичной наркологической помощи (профиль мотивационного консультирования наркозависимых, семейного, супружеского консультирования и консультирования созависимых лиц); тематическое усовершенствование по предтестовому и послетестовому консультированию на ВИЧ/СПИД. Должен знать общие основы и специальные методы предтестового, послетестового и общего консультирования наркозависимых по всему комплексу типичных проблем (коммуникативных, адаптационных, межличностных, связанных с зависимостью и др.), общие основы и специальные методы консультирования созависимых, других значимых лиц на этапе первичной наркологической помощи. Должен знать основы методологии соци-

ально-психологических исследований в среде наркозависимых. Должен в совершенстве владеть навыками психологического консультирования по вышеобозначенным профилям, уметь проводить социально-психологические исследования в среде наркозависимых и анализировать их результаты. Основной круг обязанностей специалиста-психолога в комплексных программах снижения вреда - первичной наркологической помощи следующий: разрабатывает и корректирует программы психологического консультирования контингента, охватываемого на этапе первичной наркологической помощи (зависимых от ПАВ, созависимых, значимых других лиц в окружении ПИН) в условиях стационарных пунктов первичной наркологической помощи, уличных проектов и мобильных пунктов ПНП; совместно со специалистом по социальной работе разрабатывает и корректирует программы социально-психологических и микросоциологических исследований в соответствии с программой многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в РК; совместно со специалистом по социальной работе разрабатывает и корректирует программы просветительной работы с населением по теме основных целей и задач этапа первичной наркологической помощи; реализует вышеперечисленные программы согласно установленного графика работы; передает необходимые сведения о клиентах специалистам психологам реабилитационных бригад; анализирует, оформляет и передает необходимые сведения по результатам социально-психологических и микросоциологических исследований в координационную комиссию и (по требованию) руководству основных ресурсных организаций – центров СПИД, наркологических ЛПУ, руководству профильных НПО; заполняет текущую документацию по установленной форме; готовит ежемесячные, итоговые (полугодовые и годовые) отчеты о деятельности; анализирует эффективность собственной профессиональной деятельности по установленным критериям; проводит мероприятия по профилактике синдрома эмоционального сгорания среди сотрудников проекта.

Специальность социальный работник. Квалификационные требования: общая компетенция соответствует утвержденному стандарту квалификации для социальных работников в системе наркологической помощи. Специальная компетенция: последипломная подготовка – тематическое усовершенствование по профилю организации и содержания социальной работы на этапе первичной наркологической помощи (программы снижения вреда); тематическое усовершенствование по социальному консультированию; мотивационной терапии (спецификация мотивационного собеседования, проводимого индивидуально или в группе; мотивационного интервьюирования по методике Миллера-Рольника). Должен знать общие основы и специальные методы социальной работы, практикуемые на этапе оказания

первичной наркологической помощи; основы методологии социально-психологических и микросоциологических исследований, проводимых в среде наркозависимых; специальную методологию социального консультирования, мотивационного собеседования и мотивационного интервьюирования с наркозависимыми, созависимыми и значимыми другими лицами. Должен знать основы преподавания безопасного поведения инъекционных потребителей наркотиков. Должен уметь организовать деятельность бригады аутрич-работников по реализации максимального охвата наркопотребителей блоком услуг по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа; организовать деятельность персонала стационарных и мобильных пунктов ПНП по данному направлению деятельности; организовывать (совместно с психологом) и проводить социально-психологические и микросоциологические исследования, анализировать полученные данные и готовить отчеты по результатам вышеназванных исследований; должен в совершенстве владеть навыками социального консультирования, оказания социальной помощи и поддержки, навыками мотивационного собеседования и мотивационного интервьюирования с наркозависимыми. Должен уметь проводить обучение безопасному поведению инъекционных потребителей наркотиков совместно с врачом-наркологом. Основной круг обязанностей социального работника комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи: разрабатывает и корректирует программы социальной помощи и поддержки; программы социального консультирования, мотивационного собеседования и интервьюирования наркозависимых; разрабатывает (совместно с руководством пункта ПНП) и контролирует программы деятельности аутрич-работников по максимальному охвату ПИН и других наркопотребителей блоком услуг по профилактике распространения ВИЧ/СПИДа; программы деятельности стационарных и мобильных пунктов ПНП по данному направлению деятельности; разрабатывает и контролирует (совместно со специалистом-психологом) программы социально-психологических и микросоциологических исследований; совместно с врачом-наркологом разрабатывает и корректирует программы обучения наркозависимых безопасному поведению; реализует программы, требующие непосредственного участия, согласно утвержденного графика работы (социальное консультирование, социальная помощь и поддержка; групповое, индивидуальное мотивационное собеседование, интервьюирование); обеспечивает реализацию программ, требующих выполнения организационных и контролирующих функций (деятельность аутрич-работников); принимает участие (совместно с психологом) в проведении и анализе социально-психологических и микросоциологических исследованиях, в программах просветительской работы с населением относительно целей и задач эта-

па первичной наркологической помощи; передает необходимые сведения о клиентах специалистам по социальной работе реабилитационных бригад; обобщает и передает необходимую информацию по результатам микросоциологических исследований в региональную координационную комиссию и (по требованию) руководству основных ресурсных организаций – центров СПИД, наркологических ЛПУ, руководству профильных НПО; заполняет текущую документацию по установленной форме; готовит ежемесячные, итоговые (полугодовые, годовые) отчеты о деятельности; анализирует эффективность своей работы по установленным критериям.

Специальность консультант по зависимостям. Квалификационные требования: общая компетенция соответствует стандарту квалификации для специалистов данного профиля (прохождение полного курса медико-социальной реабилитации в связи с зависимостью от ПАВ; стойкая ремиссия после завершения программы МСР, продолжительностью не менее 2-х лет; прохождение специальной программы обучения по основам медико-социальной реабилитации, основам консультативной практики; достаточный уровень соответствующих знаний – умений – навыков, знание должностных инструкций). Специальная компетенция: подготовка на тематических курсах по организации и содержанию деятельности (мотивационное собеседование, мотивационное консультирование по вопросам вхождения в реабилитационные программы, по проблеме зависимости) консультанта по зависимостям на этапе первичной наркологической помощи. Должен знать основы методологии мотивационного собеседования, мотивационного консультирования по вопросам вхождения в реабилитационные программы, консультирования по проблеме химической зависимости. Должен уметь вступать в контакт с наркозависимыми, в том числе с конфронтационно настроенными в отношении сотрудничества с программами снижения вреда наркопотребителями; в совершенстве владеть навыками консультанта по зависимостям, предусматривающих работу с активными наркозависимыми. Основной круг обязанностей консультанта по зависимостям на этапе первичной наркологической помощи следующий: совместно с руководителем проекта разрабатывает и корректирует программы консультирования активных наркопотребителей по проблемам химической зависимости; реализует данные программы согласно установленного графика, информирует и мотивирует клиентов на работу со специалистами проекта – социальными работниками, психологами, наркологами, психотерапевтами и т.д.; совместно с названными специалистами формирует график соответствующих консультаций и добивается его выполнения; выписывает направления на прохождение амбулаторных и стационарных курсов медико-социальной реабилитации; передает необходимые сведения о клиентах кон-

сультантам по зависимостям, действующим в составе реабилитационных бригад, и другим заинтересованным специалистам; оказывает необходимую помощь (раздача анкет, помощь при заполнении и сборе анкет) при проведении социально-психологических и микросоциологических исследований; заполняет текущую документацию по установленной форме; готовит ежемесячные, итоговые (полугодовые и годовые) отчеты о деятельности; анализирует эффективность собственной профессиональной деятельности по установленным критериям.

Специальность средний медицинский работник. Квалификационные требования: общая компетенция соответствует утвержденному стандарту квалификации для средних медицинских работников в системе наркологической помощи. Специальная компетенция: последиplomная подготовка – тематическое усовершенствование по вопросам организации и содержания деятельности среднего медицинского персонала на этапе первичной наркологической помощи. Должен знать специфику работы среднего медперсонала в программах снижения вреда – первичной наркологической помощи (особенности контакта с активными наркопотребителями; особенности проведения информационно-просветительных и образовательных программ в проектах СВ; правила учета, хранения, раздачи и списания материала, используемого в программах снижения вреда; меры безопасности при выполнении процедур (забор крови, инъекции, прием «грязного» материала)). Должен уметь организовать профильную деятельность (диагностические, лечебные процедуры; учет, хранение, раздача и списание материала, используемого в программах снижения вреда – шприцев, игл, ваты, дезинфекционных растворов и т.д.; прием, хранение и утилизация «грязного» материала – использованных шприцев, игл); должен принимать участие в специальных информационно-просветительных и образовательных программах, проводимых с наркопотребителями и владеть специальными навыками выполнения всех профессиональных процедур в условиях взаимодействия с активными наркопотребителями. Основной круг обязанностей среднего медицинского работника на этапе оказания первичной наркологической помощи следующий: согласно утвержденного графика работы по направлению врача-нарколога (инфекциониста, дерматолога-венеролога) средний медицинский работник проводит диагностические и лечебные процедуры, предусмотренные соответствующим стандартом услуг; ведет учет, хранение, раздачу и списание материалов медицинского назначения, используемых в программах снижения вреда (в том числе раздаточных); осуществляет прием, хранение и оформление утилизации «грязного» материала – использованных шприцев, игл; совместно с врачом-наркологом принимает участие в специальных образовательных программах, проводимых с наркопотребителями; заполняет текущую

документацию по установленной форме; готовит ежемесячные, итоговые (полугодовые, годовые) отчеты о деятельности; анализирует эффективность своей работы по установленным критериям.

Деятельность врачей инфекциониста и дерматолога-венеролога в программах снижения вреда – первичной наркологической помощи не является специфичной, осуществляется по утвержденному графику и предполагает наличие профессионально-отлаженных контактов с дружественными поликлиниками и клиниками. В частности, предполагается, что клиенты программ снижения вреда по направлению названных специалистов могут пройти дополнительное диагностическое обследование, курсы амбулаторного или стационарного лечения анонимно.

Специальность аутрич-работник. Квалификационные требования: какой-либо специальной сферы компетенции для программ снижения вреда – первичной наркологической помощи не предполагается, поскольку специалисты данного профиля действуют исключительно в рамках названных комплексных программ. Общая компетенция соответствует утвержденному стандарту квалификации для аутрич-работников и предусматривает прохождение специальных тренинговых программ по проведению аутрич-работы по профилактике ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. Помимо знания особенностей функционирования среды наркозависимых, специфики межличностных отношений внутри данной группы и особенностей формирования доверительных контактов с наркопотребителями, аутрич-работник должен владеть навыками мотивационного собеседования, навыками оказания элементарной социальной помощи и поддержки, навыками оперативного выявления наиболее насущных потребностей наркозависимых и удовлетворения данных потребностей за счет раздачи материалов медицинского, информационного назначения или предоставления устной, актуальной для клиента, информации. Аутрич-работник действует согласно утвержденному графику в тесном контакте с социальным работником и руководителем проекта; ведет отчетную документацию по установленной форме.

5. Следующими, наиболее важными факторами привлекательности третично-профилактического сектора услуг для наркопотребителей (по результатам наших исследований) являются: их широкий ассортимент, доступность (достаточный объем оказываемых услуг, бесплатность, близость к району проживания, отсутствие каких-либо требований или ограничений при их оказании, удобное время и т.д.) и безопасность. Требование доступности при оказании услуг сектора третичной профилактики обеспечивается расчетной численностью пунктов первичной наркологической помощи (стационарные пункты, уличные проекты, мобильные пункты), обеспечивающими требуемый объем профильной помощи, основными принципами и формами организа-

ции деятельности сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи. Требование безопасности при оказании услуг сектора третичной профилактики (анонимность, защита наркопотребителей при контактах с силовыми ведомствами) обеспечивается целевыми законодательными актами, ведомственными приказами и

соответствующей деятельностью персонала сети по оказанию первичной наркологической помощи. Реализация широкого ассортимента третично-профилактических услуг на базе стационарных и мобильных ПНП, уличных проектов предписывается утвержденным стандартом услуг со следующей спецификацией, приведенной в таблице 1.

Таблица 1.

Базовые элементы стандарта наркологических услуг в секторе третичной профилактики

Номер индикатора	Профиль и название услуг	Номер протокола, в котором услуга реализуется
1	<i>Информационные услуги</i>	
1.1	- знакомство наркопотребителей с профильной печатной информацией целенаправленного профилактического и общего характера (например, о возможности получения профильной наркологической помощи);	9 – 1.1, 9 – 2.3
1.2	- знакомство наркопотребителей с профильной видеопродукцией;	9 – 1.2
1.3	- информация в непосредственном контакте персонала с наркозависимыми.	с 1 по 9
1.4	- информирование населения и его уязвимых групп о целях и задачах комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи	
1.5	- предоставление специальной информации, полученной в результате социально-психологических и микросоциологических исследований (выполнение фрагментов многоуровневого мониторинга)	
2	<i>Предоставление материалов</i>	
2.1	- обмен игл;	9 – 2.1
2.2	- обмен шприцев;	9 – 2.1
2.3	- раздача презервативов;	9 – 2.2
2.4	- раздача дезинфекционных материалов;	9 – 2.3
2.5	- раздача информационных материалов (поименованных в п. 1.1.).	9 – 1.1
3	<i>Профильное обучение зависимых от наркотиков</i>	
3.1	- безопасные инъекции;	9 – 3.1
3.2	- профилактика передозировок;	9 – 3.2
3.3	- безопасный секс;	9 – 3.3
3.4	- обучение созависимых.	9 – 3.4
4	<i>Социальная помощь и поддержка</i>	
4.1	- материальная помощь;	9 – 4.1
4.2	- юридические услуги;	3, 9 – 4.2
4.3	- консультирование по социальным вопросам;	3, 9-4.3
4.4	- жилищные программы;	3, 9 – 4.4
4.5	- профессиональное обучение;	3, 9 – 4.5
4.6	- предоставление рабочих мест.	9 – 4.6
5	<i>Консультационные услуги</i>	
5.1	- психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование);	9 – 5.6
5.2	- семейное консультирование (семьи зависимых лиц, созависимых);	9 – 5.5
5.3	- социальное консультирование (направленное на улучшение социализации больных наркоманией);	9 – 5.4
5.4	- реабилитационное консультирование;	9 – 5.3
5.5	- врачебно-наркологическое консультирование.	9 – 5.2

Номер индикатора	Профиль и название услуг	Номер протокола, в котором услуга реализуется
6	<i>Диагностические технологии</i>	
6.1	- многопрофильное врачебное консультирование (терапевтический, хирургический, инфекционный, ЗПП, фтизиатрический, ВИЧ/СПИД-профили и др. специальные профили);	9 – 6.1
6.2	- тестирование на ВИЧ/СПИД;	9 – 6.2
6.3	- клиничко-психопатологическая диагностика;	9 - -6.4
6.4	- экспериментально-психологическая диагностика.	9 - 6.4
7	<i>Заместительная терапия</i>	
7.1	- заместительная терапия с использованием метадона;	9 – 9.1
7.2	- заместительная терапия с использованием бупринорфина;	---
7.3	- заместительная терапия с использованием других препаратов.	---
8	<i>Мотивационные технологии</i>	
8.1	- мотивационное собеседование	
8.2	- мотивационное интервью;	9 – 8.2
8.3	- мотивационное консультирование;	9 – 8.2
8.4	- мотивационная психотерапия (по В.Миллеру, С.Рольнику).	9 – 8.1
9	<i>Технологии амбулаторного лечения коморбидной патологии в дружественных кабинетах (включая ретровирусную терапию ВИЧ/СПИДа)</i>	9 – 7
10	<i>Технологии стационарного лечения коморбидной патологии в дружественных отделениях</i>	9 – 7
11	<i>Реабилитационные технологии</i>	
11.1	- реабилитационные программы с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ;	7
11.2	- реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии для резидентов.	9 – 9

Приведенные в таблице 1 основные профили услуг сектора третичной профилактики (всего 44 вида услуг, распределенных по 11 профилям), подразделяются на две группы: группа услуг, в основном ориентированных на первичную профилактику распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных наркопотребителей и, опосредованно, среди населения в целом; группа услуг, ориентированных на оказание первичной наркологической помощи. К первой группе услуг относятся следующие профили: информационный (1); предоставление материалов (2); обучение наркозависимых (3); консультативный (в части оказания услуг по предтестовому и послетестовому консультированию) (5); профиль диагностических технологий – позиции 6.1, 6.2 (6); технологии амбулаторного лечения коморбидной патологии в части проведения ретровирусной терапии ВИЧ/СПИДа (9); технологии стационарного лечения коморбидной патологии в части проведения ретровирусной терапии ВИЧ/СПИДа. Таким образом, данная группа включает 7 основных профилей третично-профилактического сектора услуг (4 – полностью; 3 – частично). Ко второй группе услуг относятся следующие профили: консультативный, за исключением оказания услуг по предтестовому и послетестовому консультированию, отнесенных к первой группе (5);

диагностический – позиции 6.3, 6.4 (6); профиль заместительной терапии (7); профиль мотивационных технологий (8); реабилитационный профиль (11). Наиболее спорный профиль данной группы услуг – социальная помощь и поддержка (4). Однако, в связи с тем, что основные виды услуг, реализуемых по данному профилю, являются составной частью реабилитационного комплекса (профиль 11), где, кроме того, проводится интенсивная социальная терапия – социально-психологические тренинги, групповые формы работы, функционирует терапевтическое сообщество – мы включили их во вторую группу. Следует отметить, что амбулаторное и стационарное лечение коморбидной патологии (профили 9 и 10), за исключением ретровирусной терапии ВИЧ/СПИДа, также следует отнести ко второй группе услуг, поскольку лечение коморбидной, по отношению к наркозависимости, патологии является задачей наркологической службы (тяжелые или терминальные состояния здесь, естественно, не учитываются). Таким образом, группа 2 включает 8 основных профилей (4 – полностью; 4 – частично).

Вышеприведенная дифференциация набора услуг, реализуемых в третично-профилактическом секторе, имеет функциональный смысл при определении сфер компетенции основных агентов, действу-

ющих в данном секторе – центров СПИД, наркологических ЛПУ и НПО. В результате сопоставления квалификационных требований и круга основных профессиональных обязанностей специалистов, занятых в данном секторе (п. 4), с вышеприведенным определением профилей услуг по групповой принадлежности, открываются возможности более четкого планирования, организации (включая ресурсную поддержку) и контроля за деятельностью данных специалистов со стороны поименованных агентов. Кроме того, появляются возможности планирования спецификации и общей численности кадрового состава наркологической службы, выделяемого для реализации комплексных программ первичной наркологической помощи – снижения вреда; объема материально-технических, финансовых и информационных (образовательных) ресурсов, необходимых для их подготовки и эффективного функционирования на этапе первичной наркологической помощи.

6. В соответствии с вышеприведенными принципами дифференциации устанавливаются следующие основные сферы компетенции и ответственности в деятельности сети программ снижения вреда – первичной наркологической помощи. Центры СПИД в организационно-методическом плане отвечают за деятельность специалистов, реализующих первую группу услуг, ориентированных на профилактику распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных наркопотребителей: аутрич-работников; среднего и младшего медицинского персонала; врачей-инфекционистов, дерматовенерологов; психологов, занятых по профилю предтестового и послетестового консультирования; специалистов, участвующих в диагностических процедурах (за исключением клинико-психопатологической и патопсихологической диагностики); персонала, участвующего в проведении ретровирусной терапии. В материально-техническом, финансовом и информационно-образовательном плане центры СПИД обеспечивают деятельность данных специалистов в комплексных программах снижения вреда – первичной наркологической помощи, в пределах средств, утвержденных в специальном разделе бюджетного финансирования данных организаций.

Наркологические ЛПУ (областные и городские наркологические диспансеры; СЛПУ) в организационно-методическом плане отвечают за деятельность специалистов, реализующих вторую группу услуг, ориентированных на оказание первичной наркологической помощи, в частности на мотивацию по включению наркопотребителей в полноценные программы амбулаторной и стационарной реабилитации: врачей-наркологов; психотерапевтов; психологов (действующих в программах мотивационного, семейного консультирования, консультирования созависимых); социальных работников; консультантов по зависимостям; дополнительного персонала,

участвующего в проведении заместительной терапии; дополнительного персонала, участвующего в проведении специализированных реабилитационных программ (с режимом заместительной терапии или дозированного употребления ПАВ, реализуемых амбулаторно). В материально-техническом, финансовом и информационно-образовательном плане наркологические ЛПУ обеспечивают деятельность данных специалистов в комплексных программах снижения вреда – первичной наркологической помощи, в пределах средств, утвержденных в специальном разделе бюджетного финансирования данных организаций.

Организационная структура, руководящий и технический персонал, профильных НПО, а также возможности финансирования ими основных составляющих рассматриваемых комплексных проектов (приобретение материалов, аренда помещений, оплата коммунальных и информационных услуг, заработная плата персонала и т.д.) за счет предоставляемых грантов, составляют более чем существенный вклад в организацию и реализацию сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи. К этому следует добавить, что гарантии безопасности (полная анонимность, защита при контактах наркопотребителей с силовыми ведомствами и т.д.) в настоящее время может быть предоставлена только лишь в условиях НПО. Деятельность профильных НПО не регламентируется ведомственными приказами МЗ, предписывающими адресный учет наркопотребителей. Отчеты по использованию материальных и финансовых средств не предполагают жесткого контроля за адресностью (по отношению к наркопотребителям) их реализации и необходимости предоставления этих сведений в вышестоящие административные инстанции. Организация деятельности программ снижения вреда – первичной наркологической помощи в условиях НПО обеспечивает два основных требования, способствующих полноценному охвату наркопотребителей услугами третично-профилактического сектора – доступность (по месту и времени реализации услуг) и безопасность. Три других требования – ассортимент, объем и качество предоставляемых услуг – обеспечиваются, в том числе, за счет активной ресурсной поддержки и организационно-методического сопровождения со стороны СПИД-центров и ЛПУ наркологического профиля. Таким образом, в сферу компетенции и ответственности НПО, действующих по профилю профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа, входит: организационно-техническая, материальная, финансовая и кадровая (собственный персонал НПО) поддержка проектов снижения вреда – первичной наркологической помощи; основные функции по консолидации ресурсов и координации деятельности собственных специалистов, персонала СПИД-центров и ЛПУ наркологического профиля; основные функции по обеспечению

печению доступности предоставляемых услуг и безопасности участия наркопотребителей в комплексных проектах; оперативное руководство за реализацией комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи (всего комплекса целей и задач этапа первичной наркологической помощи).

6.1. Вопросы координации деятельности трех основных агентов, занятых в секторе третичной профилактики – центров СПИД, наркологических ЛПУ, профильных НПО – регулируются следующими нормативными механизмами: соответствующими разделами и статьями Закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ведомственным приказом МЗ Казахстана «О реализации комплексных программ первичной наркологической помощи – снижения вреда»; совместными планами деятельности центров СПИД, ЛПУ наркологического профиля и НПО, касающихся реализации этапа первичной наркологической помощи (разрабатываемыми в соответствии с параметрами, утвержденными в ведомственном приказе); типовым договором о сотрудничестве по реализации комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, заключаемым между центрами СПИД, наркологическими ЛПУ и руководством профильных НПО (типовой вариант договора также приводится в ведомственном приказе МЗ РК). Вышеназванные нормативные документы четко обозначают сферы исключительной и солидарной компетенции, а также – ответственности основных агентов третично-профилактического сектора, устанавливают принципы эффективного взаимодействия поименованных агентов, утверждают структуры, отвечающие за оперативное и стратегическое управление деятельностью сети программ снижения вреда – первичной наркологической помощи. К числу последних относится координационная комиссия по комплексным программам снижения вреда – первичной наркологической помощи. В компетенцию данной комиссии входят: вопросы стратегического планирования (организация базисных исследований по распространенности наркомании и ВИЧ/СПИДа в конкретных регионах, расчеты обеспеченности населения первичной наркологической помощью, расчеты объемов необходимого финансирования, составление и утверждение специальных бюджетных проектов; разработка перспективных планов деятельности); вопросы разработки среднесрочной и долгосрочной стратегии, а также контроля за деятельностью в рамках рассматриваемых комплексных проектов (разработка структуры, технологий, штатов, в соответствии с установленными нормативами, инструкций и положений, технических заданий для персонала комплексных проектов, разработка гибких схем финансирования проектной деятельности на каждый год (с учетом имеющихся возможностей); реализация данных схем; разработка и реализация схем контроля и отчетности по деятельности про-

грамм снижения вреда – первичной наркологической помощи); вопросы стратегического взаимодействия с другими структурами, имеющими отношение к проблемам профилактики распространения наркомании, ВИЧ/СПИДа. В состав данной комиссии входят представители руководящего звена профильных НПО, центров СПИД и наркологических ЛПУ, детально владеющие специальной информацией и имеющие непосредственное отношение к вопросам стратегического и оперативного планирования деятельности названных учреждений (заместители главных врачей Центров СПИД, наркологических ЛПУ по лечебной или организационно-методической работе, руководители профильных НПО). Деятельность специалистов в данных комиссиях специально не финансируется и предусматривается кругом их основных обязанностей. Численный и персональный состав координационной комиссии утверждается в ходе подготовки и подписания договора о совместной деятельности между центрами СПИД, наркологическими учреждениями и профильными НПО в рамках реализации комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи.

Оперативное управление комплексным проектом осуществляется руководителем пункта первичной наркологической помощи (стационарного или мобильного), а том случае, если в штате НПО данная ставка не предусматривается, оперативное управление осуществляет руководитель НПО, который одновременно является членом координационной комиссии. В его обязанности входит: разработка и коррекция оперативных планов работы комплексной программы снижения вреда – первичной наркологической помощи; подбор технического персонала и участие в отборе кадров по основным спецификациям деятельности проекта (совместно с членами координационной комиссии); коллегиальное решение вопросов о подготовке персонала (оперативной и перспективной); разработка (совместно со специалистами) графика работы персонала, включая формы участия в проекте (стационарных, мобильных пунктах ПНП, уличных проектах); оперативное руководство деятельностью персонала по реализации предусмотренного ассортимента и объема услуг; оперативное финансирование данных видов деятельности (руководитель является распорядителем кредитов, предусмотренных для финансирования комплексных программ); совместно с представителями координационной комиссии и специалистами проекта руководитель разрабатывает и утверждает формы текущей документации; контролирует ход выполнения комплексных программ; готовит ежемесячные, полугодовые и годовые отчеты; контролирует финансовую деятельность, осуществляемую в рамках программы, обеспечивает закупку необходимых материалов медицинского и информационного назначения, его надлежащее хранение, списание ис-

пользованного материала, утилизацию «грязного» материала; проводит занятия с персоналом по технике безопасности, противоэпидемическому режиму и профилактике синдрома эмоционального выгорания, используя для этого помощь специалистов проекта (врача инфекциониста, нарколога, психотерапевта, психолога); готовит предложения по совершенствованию работы проекта; осуществляет оперативную взаимосвязь с внешними организациями и членами координационной комиссии по всем возникающим вопросам.

6.2. Характер и профиль взаимодействия комплексных программ снижения вреда - первичной наркологической помощи с внешними организациями определяется координационной комиссией совместно с непосредственными руководителями проектов. Такого рода взаимодействие инициируется членами координационной комиссии (по стратегическим вопросам) и непосредственным руководителем комплексной программы (по оперативным вопросам). Наиболее тесные контакты необходимы с органами государственной власти – законодательными и исполнительными. Взаимодействие с законодательными органами необходимо по всему блоку вопросов законодательного обеспечения деятельности программ снижения вреда – первичной наркологической помощи, в частности, по вопросам разработки, продвижения и утверждения Закона РК «О наркологической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», фрагмента статей данного закона, регламентирующих и стимулирующих деятельность сети первичной наркологической помощи. Взаимодействие с органами исполнительной власти осуществляется в двух формах: в форме контакта с координационными комитетами (республиканским и региональными) по вопросам наркомании и ВИЧ/СПИДа.

А также в форме налаживания двусторонних отношений с отдельными ведомствами, представляющими исполнительные органы государственной власти: аппаратом Правительства РК (взаимодействие по вопросам разработки финансирования и реализации целевой национальной программы, реализующей основные положения Закона РК «О наркологической помощи и правах граждан при ее оказании», в частности, положений данной программы, касающихся этапа первичной наркологической помощи); Министерством Здравоохранения РК (взаимодействие по вопросам разработки и реализации ведомственного приказа, развивающего основные положения поименованного Закона и национальной программы Правительства, в частности, по вопросам разработки группы профессиональных стандартов профиля оказания первичной наркологической помощи); Министерством Юстиции РК (взаимодействие по вопросам обеспечения прав граждан при оказании ими первичной наркологической помощи, вопросам реализации Закона и программы в части выполнения комплексных проектов снижения вреда

– первичной наркологической помощи в пенитенциарных учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства Юстиции РК); Министерством Внутренних Дел (взаимодействие по вопросам защиты прав граждан при оказании им анонимной первичной наркологической помощи; вопросам проведения экспертизы опьянения ПАВ, диагностической, судебно-наркологической экспертизы; вопросам конструктивного взаимодействия в ходе реализации комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи); Министерством Образования (взаимодействие по вопросам реализации поименованных Закона и программы в части первичной профилактики распространения наркозависимости и ВИЧ/СПИДа; вопросам выявления и мотивационного информирования учащихся относительно целей, задач и возможностей комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи); Министерством Информации и Печати (взаимодействие по вопросам информирования населения о разрабатываемых законах и программах, регламентирующих оказание первичной наркологической помощи, целях, задачах и возможностях этих программ); Комитетом по борьбе с наркобизнесом при Министерстве Внутренних Дел РК (взаимодействие по вопросам материально-технической, финансовой и информационной поддержки деятельности комплексных программ; взаимодействие по вопросам защиты прав граждан при оказании им первичной наркологической помощи, а также – при завершении медико-социальных мероприятий и «вхождении» в жизнь (этап ресоциализации)); Комитетом по делам молодежи (взаимодействие по вопросам выявления уязвимых групп населения, мотивационного информирования наркопотребителей о целях, задачах и возможностях комплексных программ; взаимодействие по вопросам предоставления помещений для открытия стационарных ПНП; вопросам участия волонтеров молодежного крыла в реализации комплексных проектов первичной наркологической помощи). Эти же вопросы могут выдвигаться на заседаниях Республиканских координационных комитетов по наркомании и ВИЧ/СПИДу, обсуждаться и решаться в установленном порядке (подготовка варианта решения, утверждение соответствующего протокола с определением ответственного исполнителя, контроль за выполнением). На региональном уровне поименованные органы государственной власти представлены соответствующими департаментами и структурами, входящими в состав региональных комитетов по наркомании и ВИЧ/СПИДу. Соответственно, специфика взаимодействия координационных комиссий и руководителей комплексных проектов ПНП с поименованными структурами сохраняется.

Взаимодействие стратегического и оперативного руководства комплексных программ с международными организациями и фондами осуществляет-

ся в зависимости от специфики деятельности каждой организации или фонда. При этом предполагается сотрудничество по вопросам предоставления грантов на финансирование деятельности сети проектов первичной наркологической помощи, грантов на реализацию каких либо фрагментов (сектора услуг) данных проектов; предоставления адресной материально-технической помощи каким-либо региональным проектам; сотрудничество по вопросам подготовки персонала на специальных международных курсах; вопросам проведения международной экспертизы разработанных нормативных актов; вопросам информационного обмена относительно опыта деятельности программ снижения вреда в различных регионах мира.

Взаимодействие с общественными организациями (партиями, объединениями, фондами) осуществляется по сферам общих интересов и фрагментам программ, близких по содержанию. Могут обсуждаться вопросы совместного взаимодействия по реализации информационных программ в работе с населением и его уязвимыми группами; вопросы оказания ресурсной поддержки в реализации комплексных проектов; возможность участия волонтеров из названных организаций в мероприятиях, предусмотренных комплексными проектами.

6.3. Выделяются следующие этапы организации и реализации комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи:

- подготовительный этап, включающий мероприятия по разработке и утверждению соответствующей нормативно-правовой базы (законодательство; программа; ведомственные приказы; договоры о совместной деятельности; планы совместной деятельности основных агентов третично-профилактического сектора в комплексных программах снижения вреда – первичной наркологической помощи); проведение репрезентативных эпидемиологических исследований распространения наркозависимости (в том числе инъекционных форм потребления наркотиков) и ВИЧ/СПИДа (в том числе в среде инъекционных наркопотребителей) среди населения РК и в отдельных регионах Казахстана; выявление основных потребностей в оказании профильной помощи наркопотребителям; проведение структурно-экономических расчетов и формирование финансовой базы для обеспечения деятельности сети комплексных программ;

- начальный этап, включающий мероприятия по формированию управленческого звена (координационной комиссии и руководства ПНП); мероприятия по формированию материально-технической базы сети стационарных и мобильных пунктов ПНП (подбор, аренда и ремонт помещений; приобретение инвентаря, автотранспорта и расходных материалов); мероприятия по подбору и обучению персонала комплексных проектов; мероприятия по формированию общего режима, графика реализации

основных технологических направлений деятельности персонала комплексных проектов; мероприятия по формированию конструктивного взаимодействия с внешними организациями; мероприятия по информированию населения о целях, задачах и возможностях комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи;

- этап текущей работы, включающий постоянное воспроизведение и расширение планируемого ассортимента услуг, реализуемого в сети комплексных программ, с регулярным мониторингом основных параметров эффективности.

Из перечисленных выше временные ограничения имеют первый и второй этапы. Продолжительность первого этапа (срок от старта соответствующих исследований до начала финансирования проектов) может составить от 1 года до 3-х лет, в зависимости от используемых источников финансирования. Продолжительность второго этапа – от 1 до 3-х месяцев.

Критерии эффективности прохождения вышеназванных этапов развития сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи следующие. При оценке эффективности прохождения соответствующего этапа принимается во внимание: наличие или отсутствие мероприятий, приведенных в описании данного этапа, а так же степень их соответствия стандартным требованиям. Далее, используются схема мониторинга эффективности комплексных программ.

7. Возможны следующие модели финансирования деятельности сети комплексных программ снижения вреда – первичной наркологической помощи: а) модель полного финансирования комплексного проекта за счет средств выделяемого гранта (международного - если грант выдается от профильной международной организации или фонда, зарегистрированного в Республике Казахстан; социального – если грант выдается из государственных фондов); б) модель секторального финансирования проекта по принципу ресурсного обеспечения того сектора услуг, который соответствует основному профилю деятельности и сфере компетенции основного агента (п. 6). Таким образом, деятельность по реализации группы услуг профиля профилактики распространения ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных наркопотребителей финансируется из бюджета центров СПИДа; деятельность по реализации группы услуг профиля первичной наркологической помощи финансируется из бюджета наркологических ЛПУ (что, соответственно, потребует увеличения объемов финансирования данных организаций); деятельность управленческого и технического персонала проекта и услуги организационно-информационного характера финансируются из бюджетов НПО (международные и социальные гранты).

Первая модель финансирования, реализуемая в настоящее время в секторе программ снижения вреда, является удобной схемой для микро-проектов с

ограниченным набором услуг и сроком действия. Вторая схема, с позиции основных целей, задач и планируемых результатов деятельности сети комплексных программ, является более перспективной. Она открывает возможности для существенного расширения объема и ассортимента услуг, увеличения числа специалистов, занятых в данных программах и не имеет временных ограничений.

При этом, следует учитывать, что полный переход на вторую модель финансирования орга-

низации и деятельности сети комплексных программ этапа первичной наркологической помощи может потребовать достаточно длительного периода времени (от 1 до 3-х лет). Данное обстоятельство не отменяет необходимости форсированного наращивания технологических и кадровых ресурсов в системе наркологической помощи и центрах СПИД, используемых в комплексных программах снижения вреда – первичной наркологической помощи.

СИСТЕМА МОНИТОРИНГА ПРОБЛЕМЫ НАРКОМАНИИ И ВИЧ/СПИДА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Б. Ж. Нуралиев, Н. В. Гафарова, Ю. А. Россинский

г. Павлодар

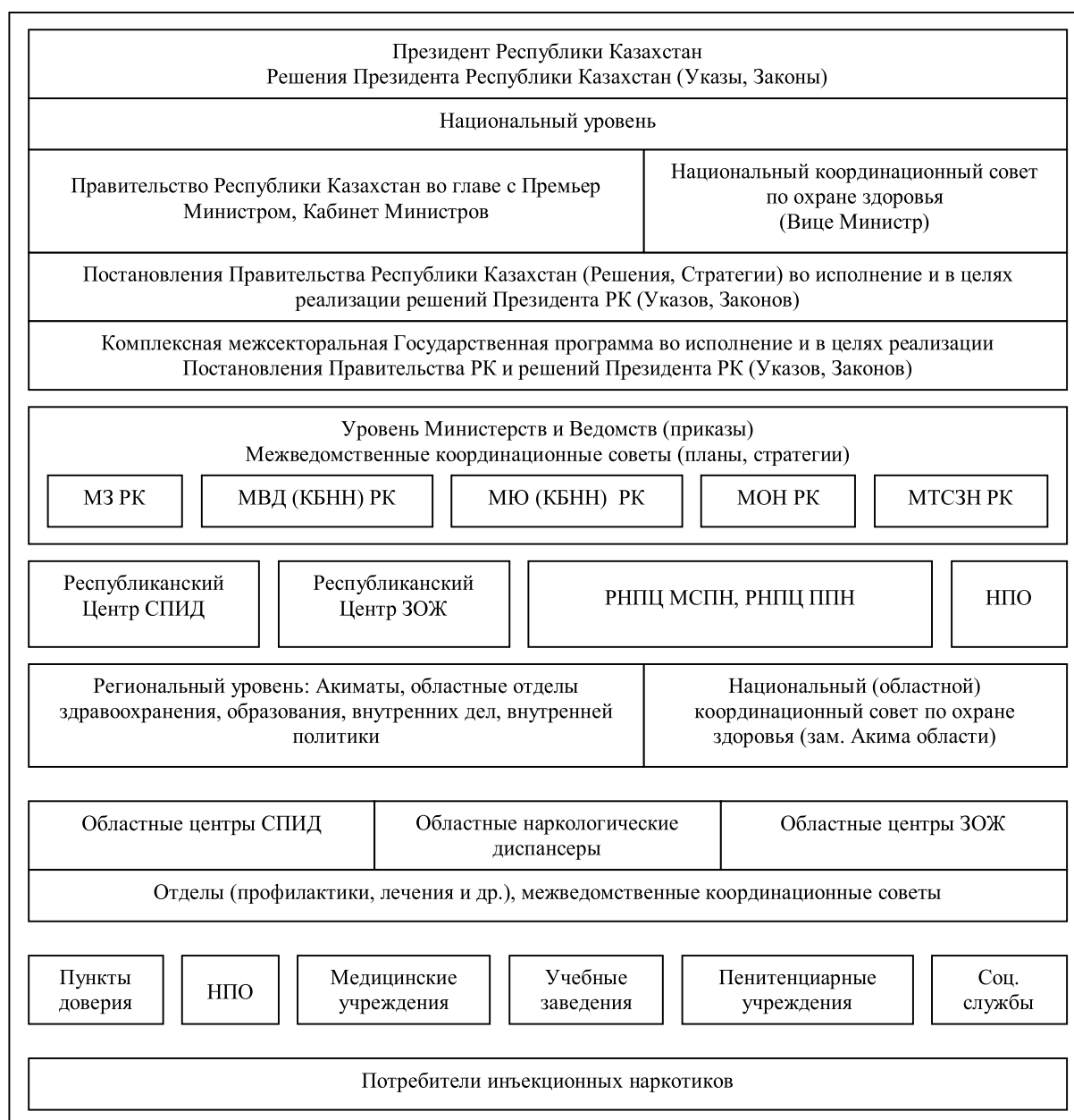
Организационная и информационная структуры системы, реализующей национальную политику, стратегии и программы по сокращению спроса на наркотики и профилактике ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков в Республике Казахстан, основываются на законодательных документах. Ими являются Указы и решения Президента РК, постановления правительства РК, национальные государственные программы (государственный уровень, уровень президента и правительства), имеющие силу закона РК. К ним же относятся ведомственные и межведомственные приказы министерств агентств и РК (ведомственный уровень), приказы и распоряжения областных и районных акиматов и областных департаментов (региональный уровень), деятельность первичных структур на локальном уровне (школы, больницы, врачебные кабинеты).

Законодательная и институциональная организационная структура национальной стратегии и программы по сокращению спроса на наркотики и профилактике ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков отражена на рис. 1.

Основными документами, определяющими национальную политику, стратегии и программы, являются указы Президента страны и Законы Республики Казахстан. Их действие направлено на сокращение спроса на наркотики и проведение профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков. Указы Президента РК реализуются через постановления правительства Республики Казахстан и обретают статус и силу государственного Закона. Национальная политика данной стратегии предусматривает межсекторальный подход. При правительстве РК существует Национальный координационный совет по охране прав граждан РК, который создан в соответствии с реализацией «Плана мероприятий Государственной программы рефор-

мирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 - 2010 годы». Совет возглавляет вице-премьер правительства РК. Национальный координационный совет по охране прав граждан РК объединяет в своём составе различные координационные советы по вопросам охраны здоровья граждан (туберкулеза, ВИЧ/СПИД, БППП, наркомании и др.), представителей различных ведомств: МЗ, МВД (КБНН), МОН, МТСЗН, КНБ и др. Данный совет участвует в подготовке правительством РК национальных межсекторальных программ по сокращению спроса на наркотики и профилактике ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков. Разработанная Правительством РК национальная стратегия сокращения спроса на наркотики и профилактики ВИЧ/СПИДа адресуется в различные ведомства, министерства РК, после чего в виде ведомственных приказов обретает региональный уровень. Приказы различных министерств РК адресуются непосредственно акимам областей/регионов или различным департаментам и отделам областного значения (здравоохранения, образования, внутренней политики, юстиции и др.). Акимы областей координируют деятельность областных и районных департаментов/отделов по реализации приказов министерств РК. Начальники областных отделов и департаментов координируют деятельность областных учреждений (областные наркодиспансеры, центры СПИД, ЗОЖ), и районных отделов и департаментов. Руководители районных служб, в свою очередь, направляют деятельность районных пунктов. Это пункты доверия, наркологические кабинеты, районные врачи наркологи, врачи спидологи, в том числе при общих соматических поликлиниках. Так же в контексте общей национальной политики, направленной на сокращение спроса на наркотики и профилактики ВИЧ/СПИДа как на национальном, так и на реги-

Организационная структура реализации национальной политики в РК



ональном уровнях, отмечается деятельность НПО. Хотя деятельность данных организаций не определяется и не регламентируется государственными приказами.

Центральным координационным органом по осуществлению национальной стратегии сокращения спроса на наркотики и профилактики ВИЧ/СПИДа является Министерство здравоохранения РК (МЗ РК). Приказы МЗ адресуются акимам областей/регионов, республиканским центрам СПИД, РНПЦ МСПН, РНПЦ ППН, ЗОЖ и др., или различным департаментам и отделам областного значения (здравоохранения, образования, внутренней политики,

юстиции и др.). На местах в регионах аким области и/или начальник областного департамента здравоохранения обеспечивает и координирует реализацию ведомственных приказов на региональном уровне через приказы областного значения, адресованные областным департаментам и отделам (здравоохранения, образования, внутренней политики и др.) и районам (районным акиматам), возглавляемые акимами районов. Областные и районные департаменты, во исполнение приказов акима области или акима района, издают местные приказы для руководителей учреждений областного и районного подчинения (больницы, центры, кабинеты, школы и др.).

При областных акиматах так же существуют различные координационные советы по вопросам охраны здоровья граждан (туберкулез, ВИЧ/СПИД, БППП, наркомании). Они объединены в единый координационный совет по охране здоровья граждан областного уровня, который в свою очередь координирует деятельность учреждений в области и её районах. Учреждения реализуют национальную стратегию снижения спроса на наркотики и профилактики ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков. В областной совет, так же входят представители различных региональных департаментов, отделов.

Информационная структура, определяющая национальную политику и стратегию по сокращению спроса на наркотики и профилактике ВИЧ/СПИДа среди потребителей инъекционных наркотиков.

Оценка масштабов проблемы, связанной с незаконным потреблением наркотиков и ВИЧ/СПИД в РК, осуществляется за счёт системы отчетности лечебных и научных учреждений здравоохранения, образования, а так же за счёт системы отчетности других ведомств – МВД, управления дорожной полиции, учреждения таможенного контроля и т.д. Мониторинг наркоситуации в системе здравоохранения осуществляется как по обращаемости потребителей наркотиков за медицинской помощью в лечебные учреждения, так и по результатам профилактических осмотров и совместной деятельности с другими ведомствами. То есть регистрации правоохранительными органами случаев совершения правонарушения, связанного с незаконным потреблением наркотиков при проведении наркологической, токсикологической и судебно-медицинской экспертиз, включая регистрацию смерти, связанной с потреблением наркотиков (так называемая передозировка). Данные сведения о потреблении наркотиков кумулируются в областных наркологических диспансерах (по регионам), за счет деятельности областных координационных советов по вопросам охраны здоровья граждан РК.

Профилактические осмотры проводятся на производственных предприятиях (в основном касаются выявления случаев потребления алкоголя на рабочем месте) и общеобразовательных школах, средне-специальных и высших учебных заведениях (касаются выявления случаев потребления ПАВ, в том числе наркотиков).

Мониторинг в учебных заведениях осуществляются следующим образом. За каждым учебным заведением (школа, ВУЗ) закреплен врач - нарколог, ответственный за профилактику и составление «эпидемиологического паспорта» – документа содержащего информацию, касающуюся наркоситуации в данном учебном заведении. Врачи – наркологи, совместно с завучем по организационно-воспитательной работе, валеологом, фельдшером или медсестрой, планируют и осуществляют мониторинг ситуации. Данные мониторинга кумулируются в нарко-

диспансерах. Основные формы мониторинга – это анкетирование (в том числе анонимное) и тестирование экспресс - методами (экспресс тесты на определение содержания метаболитов наркотических веществ в физиологических жидкостях организма). Последний метод на сегодняшний день не получил широкого официального применения из-за неоднозначного отношения к нему общественности, в том числе родителей, т.к. он нарушает права ребенка. В школах существует обязательное исследование на предмет раннего выявления таких социально - значимых заболеваний, как туберкулез и др., что в случае отсутствия разрешения со стороны родителей, так же является нарушением прав ребенка. Однако общественность и родители учащихся к данному вопросу относятся вполне лояльно. Хотя в постановлении Правительства РК «Об утверждении плана мероприятий по реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 - 2010» годы от 13 октября 2004 года № 1050, наркомания отнесена в перечень социально - значимых заболеваний. В этой связи представляется рациональным проведение информационно - просветительской работы с общественностью и, в первую очередь, с педагогами и родителями о целесообразности проведения экспресс - методами исследований на предмет раннего выявления употребления наркотических веществ.

Организационная и информационная структуры, отвечающие за проведение мониторинга в отношении ВИЧ/СПИДа, выглядят следующим образом. Существуют три основных формы мониторинга по ВИЧ/СПИДу: дозорный эпидемиологический надзор (далее – эпиднадзор), рутинное выявление ВИЧ при обследовании эпидемиологического очага и анонимное исследование граждан, обратившихся самостоятельно в анонимном порядке.

На сегодняшний день дозорный эпиднадзор является исследованием превалентных рисков – распространенности ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения, к которым относятся потребители инъекционных наркотиков (ПИН), больные сексуально-половыми инфекциями (СПИ), беременные женщины, работники коммерческого секса (РКС), военнослужащие, и лица отбывающие сроки лишения свободы в пенитенциарных учреждениях. Схема проведения дозорного эпиднадзора такова. Врачи областных центров СПИД (далее ОЦ СПИД) курируют те медицинские и немедицинские учреждения, где скапливаются уязвимые группы населения: кожно-венерологические диспансеры (КВД), женские консультации, гинекологические отделения, родильные дома (медицинские учреждения), воинские части и пенитенциарные учреждения (немедицинские учреждения). К каждому указанному учреждению прикреплен врач-спидолог ОЦ СПИД (куратор), который непосредственно организует и проводит дозорный эпиднадзор или курирует его проведение. В целях

соблюдения репрезентативности – критериев случайной выборки кураторы (врачи - спидологи ОЦ СПИД) проводят пошаговую выборку из числа лиц уязвимых групп (пациентов и граждан, находящихся в указанных медицинских и немедицинских учреждениях). Пошаговая выборка формируется таким образом, чтобы определялся шаг – очередной порядковый номер, который будет соответствовать кратности или порядковости выборки, например, в выборку будет попадать каждый четвертый, каждый пятый и т.д. человек данных учреждений и проводится выборка.¹ Существует два вида дозорного эпидемиологического надзора. Это - эпиднадзор первого поколения, когда проводится серологическое исследование крови исследуемого; и эпиднадзор второго поколения, при котором исследуется (при собеседовании или заполнении анкеты) социальное окружение (эпидемиологический очаг), т.е. выявляются лица, от которых возможно произошло заражение, и лица, которые были с исследуемым в рисковом контакте (совместный секс, совместное пользование одного шприца или иглы).

Согласно Приказу МЗ РК от 11 июля 2002 года № 575, регламентирующего «Правила медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом иммунодефицита человека», граждане РК, не попадающие по категорию п. 3 «Обязательное обследование» и п. 4 «Обследование по клиническим показаниям» и получающие медицинскую помощь в лечебных учреждениях системы здравоохранения, а так же находящиеся в пенитенциарных учреждениях или воинских частях, не обязаны проходить обследование на предмет заражения ВИЧ. В случае прохождения данного обследования, исследуемое лицо дает письменное согласие. Как правило, руководство лечебных учреждений и центров СПИД заинтересовано в таких обследованиях, особенно это касается уязвимых групп населения. В этом случае, как правило, с ними проводится предтестовое консультирование, берется его письменное согласие на тестовое исследование на предмет инфицирования ВИЧ и проводится анализ.

Врачи областных СПИД – центров так же тесно взаимодействуют с НПО и курируют деятельность НПО, касающуюся исследования целевого контингента на ВИЧ/СПИД. Подобное взаимодействие можно рассмотреть на примере Павлодарской области. В области существуют НПО, чья деятельность непосредственно связана с группой риска по ВИЧ/СПИД. Это НПО «Туран», ведущее работу с ПИН в местах их скопления и пунктах доверия (работают 25 волонтеров). НПО «АнтиСПИД» работает с РКС, а «Волонтерский центр при областном центре СПИД»

работает с ПИН в местах их скопления и пунктах доверия (работают 15 волонтеров); НПО «Виктория» – работа с ВИЧ – инфицированными. НПО «Челленджер» проводит волонтерскую работу в тюрьмах. Волонтеры встречаются с целевыми группами риска, мотивируют клиентов на тестовое исследование на предмет ВИЧ. У лиц, согласившихся пройти обследование, производят забор крови и проводят анкетирование (чаще в пунктах доверия или по месту нахождения – воинская часть, тюрьма). Это локальный уровень мониторинга (Focal-Point). Затем образцы крови и анкеты доставляются кураторами (врачами ОЦ СПИД) в ОЦ СПИД, где проводятся дальнейшие исследования крови, обрабатываются анкеты.

На местном уровне (области и районы) координационная деятельность и отчетность по мониторингу наркоситуации и ВИЧ/ СПИДа в регионе осуществляется медико-аналитическими отделами департаментов здравоохранения области и акиматов. Данные отделы курируют деятельность организационно-методических кабинетов (отделов) лечебных учреждений (наркодиспансеров, центров СПИД), которые, по сути, являются первичным звеном сбора и анализа информации. Медико-аналитические отделы областных департаментов здравоохранения и акиматов полученную информацию так же обрабатывают и затем направляют её в Министерство здравоохранения РК, республиканские центры (СПИД, РНПЦ МСПН), акиматы различных уровней. Из Минздрава РК информация поступает в правительство РК и Национальный координационный совет по охране здоровья граждан при правительстве РК. Есть независимые формы мониторинга, которые осуществляются за счет научных исследований, различных научных программ республиканских центров (СПИД, МСПН, ППН), во взаимодействии с другими агентствами (например, Агентство социальных исследований «Бриф» и др.).

Для организации совместной деятельности различных служб и ведомств, направленной на реализацию региональных программ по борьбе с наркоманией и ВИЧ/СПИДом, при областных и районных акиматах существуют координационные советы. Их задачами являются координация профилактической деятельности – предупреждения распространения и осуществление мониторинга по оценке эпидемиологической ситуации. Данные координационные советы функционируют при областных и районных акиматах. Их возглавляют заместители акимов по социальным вопросам. Членами координационных советов являются представители различных ведомств (департаменты здравоохранения, образования, внутренней политики, таможня, КНБ, УВД, юстиция).

¹ В павлодарской области кратностью пошаговой выборки является каждый четвертый исследуемый.

ДИНАМИКА ВЫЯВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛКОГОЛИЗМОМ И АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В ШАХТИНСКОМ РЕГИОНЕ

А.В. Топол

г. Шахтинск

В настоящее время наркологическая служба претерпевает существенные изменения. Значительная часть больных продолжает обращаться в наркологические кабинеты и диспансеры, меньшая часть идет к экстрасенсам. Растет престиж и доверие к врачу наркологу.

По данным официальной статистики заболеваемость наркопатологией в 2002 году составила 312,5 или 0,31%; 2003 год – 292 или 0,29%; 2004 год – 330,8 или 0,33% на 100 000 населения.

В 2002 году было взято на учет с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизм 127 человек, 2003 г. – 137 человек, 2004 г. – 144 человека.

Выявленная заболеваемость составила: 2002 г. – 197,5 или 0,19%, 2003 г. – 228,6 или 0,23%, 2004 г. – 244,3 или 0,24% на 100 000 населения.

Показатель заболеваемости с 2002 года по 2004 год возрос на 0,05%. В 2002 году взято на учет с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизм среди женщин 34, 2003 г. – 39, 2004 г. – 40 женщин.

Заболеваемость среди женщин составила: 2002 г. – 103,8 или 0,1%, 2003 г. – 123,2 или 0,12%, 2004 г. – 160,3 или 0,16% на 100 000 населения.

Выявленная заболеваемость увеличилась среди женщин с 2002 по 2004 г.г. на 0,06%.

Рассматривая выявляемость по возрастным критериям, следует отметить увеличение заболеваемости алкоголизмом в возрасте от 30 – 50 лет у мужчин и 35 – 45 лет у женщин. В 2002 году заболеваемость составила 332,5 или 0,33% у мужчин и 67,2 или 0,06% у женщин. В 2003 году – 371,5 или 0,37 у мужчин, 101,0 или 0,1% у женщин, в 2004 году – 366,6 или 0,36% у мужчин, 114,5 или 0,12% у женщин.

Таким образом, отмечается рост заболеваемости с 2002 по 2004 г.г. алкоголизмом на 0,03% у мужчин и на 0,06% у женщин в исследуемых возрастах.

Соотношение мужчин и женщин в 2002 году составило 2,7 из 1000 мужчин и 1,2 из 1000 женщин. В 2003 году составило 3,1 из 1000 мужчин и 1,3 из 1000 женщин, в 2004 году – 3,4 из 1000 мужчин и 1,6 из 1000 женщин.

Анализируя данные заболеваемости, отмечается рост алкоголизма как среди женщин, так и среди мужчин.

В Карагандинском областном объединении «Психиатрия» было зарегистрировано из Шахтинского региона:

2002 год – 18 больных,

2003 год – 25 больных,

2004 год – 41 больных, с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольного психоза.

Выявленная заболеваемость этими расстройствами составила:

2002 год – 27,9

2003 год – 41,7

2004 год – 69,5.

Показатели женской заболеваемости алкогольными психозами от общей заболеваемости составили:

2002 год – 11,1%

2003 год – 8%

2004 год – 9,7%.

Рассматривая динамику выявляемости алкогольными психозами, наблюдается увеличение возникновения алкогольных психозов, также увеличилось число женщин, госпитализированных по поводу этого заболевания.

Анализируя результаты заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, наблюдается рост как у мужчин, так и у женщин. В дальнейшем можно также ожидать увеличение числа случаев возникновения выше указанных заболеваний и возникновения более тяжелых форм алкоголизма в Шахтинском регионе.

ИНФОРМАЦИЯ

К 80-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ М.Х.ГОНОПОЛЬСКОГО



Первого мая 2005 года исполнилось 80 лет со дня рождения одного из видных психиатров, психиатров-наркологов XX и начала XXI столетия, клиницисту, ученому – организатору психиатрической и наркологической помощи Марксу Хаимовичу Гонопольскому, доктору медицинских наук (с 1969 г.), профессору (с 1970 г.).

За свои 57 лет врачебной, 50 лет научной и 35 лет педагогической деятельности юбиляр удостоен звания Академика Академии медицины и психиатрии США (1994 г.) и Российской Академии естественных наук (1998 г.). Он – действительный член Российского общества медиков-литераторов (2002 г.), почетный президент Евразийской ассоциации психологов и психотерапевтов (2004 г.).

В трудные военные годы десятиклассник М.Гонопольский работал на заводе боеприпасов, ходил кочегаром на судне Каспийской флотилии до тех пор, пока туберкулез позвоночника не вынуждает его покинуть флот и три года носить кожаный корсет. Болезнь не сломила юношу и в 1948 году он заканчивает Ленинградский Государственный педиатрический мединститут.

Профессиональную деятельность юбиляр начинает врачом-ординатором. Вскоре (1952 г.) он становится зав. отделением, а затем главным врачом психиатрической больницы провинциального города Кзыл-Орда (Казахстан).

Усилиями коллектива, возглавляемого М.Гонопольским, запущенная больница вскоре становится центром передового опыта психиатрических учреждений МЗ СССР, описанного в книге «Опыт работы 1-ой Республиканской психоневрологической больницы в г. Кзыл-Орде» («Медгиз», 1964 г.). Больница также становится центром научной и организационной мысли в Республике Казахстан. За достигнутые успехи М.Гонопольского назначают межобластным, а затем главным психиатром Республики (1957-1991 г.г.). В 1959 г. он защищает кандидатскую диссертацию. В ней вскрывается совершенно неизведанный исторический пласт оказания примитивной помощи психическим больным народными лекарями-дуана, муллами, а затем отдельными врачами, осмыслившим этот бесценный опыт.

Анализ состояния и развития психиатрической помощи больным позволил М.Гонопольскому пересмотреть действующую систему и предложить пути ее реорганизации на основе достижения науки и реалий того времени.

В 1962 г. М.Гонопольский был назначен доцентом факультета усовершенствования врачей Алма-Атинского медицинского института. В 1964 г. возглавил созданную им кафедру психиатрии, а в последующие – кафедру наркологии нового Алма-Атинского института усовершенствования врачей МЗ СССР. Эрудированный ученый, блестящий лектор и главный специалист за 33 года заведывания совместно с сотрудниками кафедры переподготовил и повысил уровень знаний в области психиатрии и наркологии 2500 врачей из Казахстана и других республик бывшего СССР.

Одновременно М. Гонопольский кропотливо работал над докторской диссертацией, которая была завершена в 1969 г. Она была посвящена новому разделу психиатрии – эпидемиологии. Этот термин до того времени употреблялся только в инфекционной патологии. В диссертации М.Гонопольский раскрыл талант глубокого оригинального исследователя психиатрической помощи. Исследования проводились на территории Республики в популяции городских жителей (774 тыс. чел.) и сельских жителей (332 тыс. чел.). Массив статистических данных обрабатывался на счетно-решающих машинах (прообразах нынешних ЭВМ) по оригинальной авторской программе. Подобных работ в психиатрии прежде не было. Это был новый шаг в научной психиатрии.

Семидесятые и последующие годы творчество М.Гонопольского сосредоточено на проблеме наркологии. В соавторстве с Э.А.Бабаяном им были заложены основы научного и прикладного направления, связанного с наркологическим бедствием. Мало того, что официального признания болезни тогда не существовало, но и само понятие «наркология» не было введено в научный оборот.

К известным болезненным состояниям – алкоголизму и наркомании была введена новая третья болезненная форма – токсикомания. М.Гонопольский разработал клинические характеристики единых стадий развития этих классов болезней – от предвестников к первой начальной, затем второй – хронической и, наконец, третьей поздней. Они были объединены также ведущими, все усложняющимися синдромами, а, следовательно, и системой лечебной, профилактической и реабилитационной программами.

В 1981 году вышел из печати первый учебник «Учебное пособие по наркологии», написанный М.Гонопольским для медицинских училищ. В 1985 году учебник был переиздан в Нью-Йорке «Text-book on Alcoholism and Drug Abuse in the Soviet Union», Узбекистане и др. странах. В 1990 г. учебник выдержал повторное издание.

Профессором М.Гонопольским были подготовлены программы по наркологии для 14 кафедр медицинских ВУЗов страны, написаны и в последующем изданы учебные пособия: «Организация медицинской помощи при алкоголизме» - 1982 г., «Система знаний по наркологии» - 1986 г., «Учебник для медицинских вузов» - 1987 г., «Практикум по наркологии» - 1988 г.

Первые 14 наркологических диспансеров были созданы в Казахстане, а штатные нормативы внедрялись по всей системе МЗ СССР. Кафедра психиатрии, возглавляемая М.Гонопольским, первая в стране получила статус «кафедры психиатрии и наркологии». Началась интенсивная подготовка врачей и фельдшеров-наркологов.

М.Гонопольским было подготовлено 13 докторов и кандидатов медицинских наук, создана профессиональная школа организаторов психиатрической наркологической служб. Был награжден правительственными наградами Республики Казахстан, и внесен в энциклопедию РК, как выдающийся ученый и организатор.

Разносторонний талант, а также личная принципиальность и доброжелательность М.Х.Гонопольского позволили ему в течение многих лет быть на высоте актуальных проблем психиатрии, наркологии, оставаться плодотворным и в общественной жизни, чем снискал уважение коллег, последователей и учеников.

Популяризуя знания, написал ряд книг и брошюр: «Границы разума» (русский, казахский языки), «Себя преодолеть», «Возрождение». По его сценариям были сняты научно-популярные фильмы: «О покойниках плохо не говорят», «Возрождение», которые были удостоены престижными премиями на кинофестивалях. В Израиле на основе богатого клинического материала была написана серия документальных повестей-романов «Наркоманы и наркотики». Две книги их этой серии: «Пляски в дискотеке жизни» и «Грезы наяву» изданы в России (2003 г.) и в Казахстане (2004 г.). Всего опубликовано 262 научные статьи юбиляра, из них 12 в Израиле. В числе публикаций 32 монографии, учебники, научно-популярные и документально-художественные книги.

Под руководством М.Гонопольского прошли апробацию 18 отечественных и зарубежных препаратов психиатрического профиля. С 1956 г. по 1995 г. он главный редактор журнала «Вопросы психиатрии и наркологии» (т.т. 1-15), а в настоящее время – журнала «Вестник Дома Ученых» (г. Хайфа, Израиль). С 1992 г. он член исполкома Всесоюзного общества психиатров и наркологов, Вице-президент Федерации научных обществ и ассоциаций психиатров и наркологов СНГ, Президент Казахстанской ассоциации психиатров и наркологов. С 1993 г. он член Генеральной ассамблеи Всемирной ассоциации психиатров. В настоящее время заместитель председателя Дома Ученых (г. Хайфа), в котором руководит секцией медицины и психологии, а также возглавляет Казахстанское землячество.

Желаем юбиляру М.Х.Гонопольскому многие годы здоровья, неиссякаемой энергии, продолжения плодотворной научной, врачебной и общественно-полезной деятельности.

Директор ГУ «Республиканский научно-практический Центр психиатрии, психотерапии и наркологии»

С.А.Алтынбеков

И.О. директора РГКП «Республиканский наркологический Центр медико-социальных проблем наркомании»

А.Л.Катков

ФАКТЫ О ТАБАКЕ

А.В. Топол

г. Шахтинск

Резкое изменение социально-политической и экономической ситуации в стране в последнее десятилетие привело к разнообразным нарушениям социальной адаптации населения.

Большинство людей знают о том, что табак опасен, но немногие люди, даже среди медицинских работников, осознают на сколько он опасен на самом деле.

В Казахстане курят примерно треть населения (62% мужчин, 18% женщин). Большинство начинают курить в подростковом возрасте, обычно в компании друзей. По результатам социологического исследования среди школьников в возрасте 11–14 лет число курящих составляет 10%, в возрасте 15–17 лет этот показатель удваивается (21%).

Нами проведен социологический опрос среди учащихся в возрасте от 7 до 17 лет. В нем приняли участие 2112 человек. Это составило 40,6%.

В возрасте от 7 до 10 лет – 1%,

11 – 14 лет – 8%,

15 – 17 лет – 17%.

Это составило 26% от населения в возрасте от 7 до 17 лет.

Курят среди школьников преимущественно мальчики (от числа опрошенных составляет 23%).

Из числа опрошенных все знают, какой вред приносит курение, но курить продолжают. Большая часть курит (92%), чтобы выглядеть взрослее. Они следуют примеру старших подростков и взрослых. 98% покупают сигареты в магазинах или поштучно на базаре, хотя в соответствии с законом о табакокурении запрещена продажа табачных изделий детям до 18 лет.

По статистическим наблюдениям в РК в год умирают от причин, связанных с курением, до 25 000 человек.

Курильщики болеют респираторными заболеваниями в 3 – 9 раз чаще, чем те, кто не курят. Быстрая утомляемость, плохая усвояемость учебного материала, в дальнейшем бронхиты и заболевание сердечно – сосудистой системы и другие проблемы здоровья на прямую связаны с курением.

Дети полны любопытства ко всему. Независимо от возраста они желают побольше узнать об окружающем его мире, они подражают во всем родителям, своим кумирам; они стремятся открыть для себя тайны мира взрослых и каким они его откроют для себя во многом зависит от нас.

ТӘЙІН

Опиоидтық тәуелділіктің әр түрлі кезеңдеріне опиоидтарды пайдалану негізінде психикалық және мінез-құлықтық бұзылулардың қателері. Фармакологиялық жол.

А.В.Грузман

Осы жұмыста опиоидтарды теріс пайдалану негізінде психикалық және мінез-құлықтық бұзылулардың фармакологиялық емдеудің хаттамаларды құрастыруы байқап көрілді. Дозадан артық пайдалану, абстиненттік синдром, ерте және кеш постабстинеттік кезеңді емдеудің дәрі-дәрмектік үлгісі ұсынылды. Хаттамалар опиоидтық тәуелділіктің әр түрлі кезеңінде болған негізгі синдромдарды емдеуге дифференцирленген жолдарды есептеумен құрылған.

Зиянды төмендету бағдарламаларда жүзеге асыратын алғашқы наркологиялық көмектің негізгі ережелер тұжырымдамалары

А.Л.Кактов, И.В.Василенко

Мақалада зиянды төмендету жинақтық бағдарламалардың - алғашқы наркологиялық көмек ұйымдастыру және қызмет уақыт тәртібінің негізгі ережелері қарастырылды және дәлелденді. Негізінде үшінші профилактикалық секторда қызмет ететін: ЖҚТБ орталықтармен, нашақорлық ЕПМ, ҮЕҮ негізгі уәкілдер арасында үйлестіру және басқару сауалдар құзыретінде, кадрлар ерекшелікте, қызмет секторында бөлу жүйіесі көрсетілген.

Қазақстан Республикасында нашақорлық пен АҚТҚ/ЖҚТБ алдын ала, емдеу саласында құқықтық және институционалдық құжаттар

Ю.А.Россинский, Н.В.Гафарова

Қазақстан Республикасында инъекциялық пайдаланушылар арасында есірткілерге сұраныс қысқарту жөнінде және АҚТҚ/ЖҚТБ алдын ала ағымдағы ұлттық саясат, стратегия және бағдарламаны анықтайтын негізгі құжаттардың қысқа түйіні көрсетілген.

Кіші мектеп жасты балаларда есірткіге қарсы тұрақтылық қасиеттерінің қалыптастыру ерекшеліктері

А.А.Марашева

Кіші мектеп жастағы балаларда болатын есірткіге қарсы тұрақтылық қасиеттерінің ұқсастықтың жалпы және жеке айырмашылығы осы зерттеуде анықталынды, психикалық денсаулық тұжырымдамасы бірдей түрлендіреді – осы топ тұрғындарына қолданатын есірткіге қарсы тұрақтылық. Алынған мәліметтер психикалық белсенді заттардан тәуелділіктің таралуының алғашқы және екінші алдын ала мүмкіндікті тереңдетеді және кеңейтеді.

Психологиялық денсаулық проблемасын зерттеу – балаларда есірткіге қарсы тұрақтылық

Н.Г.Владиминова

Осы мақалада балаларда есірткіге қарсы қасиеттерді зерттеу үшін психодиагностикалық әдістемелер тізбесі берілген, сонымен қатар оның ақпараттық құрамын зерттеу. Ұсынылған жол өзіне есірткіге қарсы тұрақтылық қасиеттерін кіргізеді – клиникалық-психологиялық және әлеуметтік-психологиялық көріністерде психикалық денсаулық.

Екінші алдын ала шектігінде опиоидтық нашақорлықтың рецидивке қарсы емдеудің тиімді дәрі-дәрмектік әдістін өңдеуі (алдын ала хабар)

А.В.Грузман

Осы жұмыс екінші алдын ала шектігінде опиоидтық нашақорлықтың рецидивке қарсы емдеудің тиімді дәрі-дәрмектік әдістін өңдеуі болып табылады.

Кіші мектеп жасты балаларда психикалық денсаулықтың-есірткіге қарсы тұрақтылық тұжырымдаманың диагностикалық көрінісі

А.А.Марашева

Есірткіге қарсы тұрақтылық-қасиеттері қалыптасу дәрежесін зерттей отырып, біз тәуелділік қалыптасуына алдын ала бейімдеуі бар есірткі орбитасына әлі де тартылмаған тәуелдік балалар тобын анықтаймыз. Баланың есірткіге қарсы тұрақтылық қалыптасу дәрежесін дер кезінде анықтауы оның мінез-құлықында ауытқуды ерте алдын ала жүзеге асыруға мүмкіндік береді. Осы қасиеттердің қалыптасудың төмен деңгейі болып маскүнемдік пен нашақорлықтың болуының жүйе болатын факторы болып табылады және сонымен қатар болжамдық тұрақтылық қасиеттерін зерттеу өзіне үш көріністі кіргізеді: клиникалық-психопатологиялық, клиникалық-психологиялық және әлеуметтік-психологиялық.

Алғашқы наркологиялық көмек көрсету үлгісі бойынша дифференцирленген опиоидтық тәуелділігі бар емделушілер топтарында негізгі психопатологиялық көрсеткіштер динамикасының және әлеуметтік динамикасының салыстырмалы талдау

И.В.Василенко, А.Л.Катков

Мақалада зиянды төмендету бағдарламалардың зерттеу үлгілерінің әсер ету ерекшелігімен байланысты опиоидтық тәуелділіктің негізгі, клиникалық-психопатологиялық белгілердің динамика нұсқаулары қарастырылды: инъекциялық есірткі пайдаланушылар арасында АҚТК/ЖҚТБ алдын ала акцентімен нұсқау және алғашқы наркологиялық көмек көрсету бойынша қызмет көрсету секторын пайдалануымен жинақтық жол нұсқауы. Әлеуметтік динамикасының сәйкес нұсқаулары көрсетілген. Наркологиялық көмек көрсету бойынша қарастырылған нұсқаулар тиімділігі туралы қорытынды жасалынады.

Наркологиялық көмек көрсетудің негізгі үлгілері бойынша дифференцирленген опиоидтық тәуелдігі бар емделушілер тобында ремиссия қалыптасуының салыстырмалы динамикасы

А.Л.Катков, И.В.Василенко

Мақалада наркологиялық көмектің опиоидтық тәуелдікпен әр түрлі: нұсқаулары бар емделушілерде ремиссия қалыптасу динамикасына әсері туралы мәліметтер көрсетілген: наркологиялық ЕПМ және зиянды төмендету бағдармаларда жүзеге асыратын дәстүрлі емдеу-диагностикалық бағдармалар. Негізінде зиянды төмендету бағдарламаларында көп уақыт болған медициналық-әлеуметтік сауықтыру үрділерінде болған емделушілерде жоғары және созылмалы ремиссия қалыптасу ететіні көрсетілді. Арнаулы көмек көрмеген емделушілер тобында ремиссияның төмен пайызы анықталынады.

Зиянды төмендету жинақтық бағдарламаларды ұйымдастырудың практикалық көріністері – алғашқы наркологиялық көмек

А.Л.Катков, И.В.Василенко

Мақалада бағдарламалардың әрекетінде практикалық көріністері ашылады - алғашқы наркологиялық көмек. Негізінде қызметкерлерге қосымша біліктілік талаптар көрсетілген, негізгі ресурстық мекемелермен (ЖҚТБ орталықтармен және наркологиялық ЕПМ) қарым-қатынас, сыртқы ұйымдармен қарым-қатынас нұсқаулар, аралық және соңғы индикаторлар жүйенің пайдалануымен бақылау механизмдері және жинақтық бағдарламалардың мүмкіндік қаржыландыру механизмдері қарастырылады.

Қазақстан Республикасында нашақорлық пен АҚТҚ/ЖҚТБ проблемасының мониторинг жүйесі

Б.Ж.Нұралиев, Н.В.Гафарова, Ю.А.Россинский

Ақпарат хабарламасында Қазақстан Республикасында инъекциялық пайдаланушылар арасында есірткілерге сұраныс қысқарту жөнінде және АҚТҚ/ЖҚТБ алдын ала ағымдағы ұлттық саясат, стратегия және бағдарламаның мәтінінде Қазақстан Республикасында нашақорлық пен АҚТҚ/ЖҚТБ жүйесі көрсетілген.

SUMMARIES

Reports of treatment of mental and behavioral disorders owing to the opioid use in the various periods of opioid dependences. The pharmacological approach.

A.V.Gruzman

In work attempt of creation of reports of pharmacological treatment of mental and behavioral disorders at opioid abusing is made. Medicamentous circuits of treatment of overdose, an abstinence syndrome, the early and late postabstinence period are submitted. Reports are made with the account of the differentiated approach to treatment of the basic syndromes arising in the various periods of opioid dependence.

Substantive provisions of the concept of the initial narcological aid realized in harm reduction programs

A.L.Katkov, I.V.Vasilenko

In the article the substantive provisions, regulating the organization and activity of complex harm reduction programs - an initial narcological aid are considered and argued. The system of distribution of sector of services, specifications of the staff, the competence of questions of coordination and management between the basic agents working in tertiary-preventive sector: AIDS centres, narcological institutions, NGO is resulted.

Legal and institutional documents in sphere of prevention, treatment of drug addiction and the HIV/AIDS in Republic of Kazakhstan

Yu.A.Rossinsky, N.V.Gafarova

In the information report brief summaries of the basic documents determining the current national policy, strategy and programs on demand reduction for drugs and preventive maintenance of HIV/AIDS among injection drug users in Republic of Kazakhstan is resulted.

Features of formation of properties of antinarcotic resistance at children of younger school age

A.A.Marasheva

The common and individual differences of analogues of properties of antinarcotic resistance, characteristic for children of younger school age at present research, adequately modify the concept of psychological health - antinarcotic resistance with reference to the given group of the population. The received data deepen and expand opportunities of initial and secondary preventive maintenance of distribution of dependence from psychoactive substances.

Problem of studying of psychological health - antinarcotic resistance at children

N.G.Vladimirova

In the given article the list of psychodiagnostics techniques for research of properties of antinarcotic resistance at children, and also studying of its information component is described. The offered approach includes diagnostics of properties of antinarcotic resistance - psychological health in clinic-psychological and social-psychological aspects.

Development of an effective medicamentous method of antirecurrent therapies at thebaic addictions within the framework of secondary preventive maintenance (the Preliminary message)

A.V.Gruzman

The given work is the preliminary message on attempt of development of an effective medicamentous method of antirecurrent therapies at thebaic addictions within the framework of secondary preventive maintenance.

Diagnostic aspect of the concept of antinarcotic resistance - psychological health at children of younger school age

A.A.Marasheva

Investigating a degree of formatting of properties of antinarcotic resistance, we reveal group of risk of children which yet are not involved in an orbit of drug addiction, but have predisposition to formation of dependence. Duly determination of a degree of formatting of antinarcotic resistance at the child will allow to carry out early preventive maintenance of deviations in his behavior. The low level of formatting of the given properties is the backbone factor of occurrence of alcoholism and drug addiction and, simultaneously, prognosticative criterion. Research of properties of antinarcotic resistance includes three aspects: clinic-psychopathological, clinic-psychological and social - psychological.

The comparative analysis of dynamics of the basic psychopathological displays and social dynamics in groups of patients with thebaic dependence, differentiated on models of rendering of an initial narcological aid

I.V.Vasilenko, A.L.Katkov

In the article variants of dynamics of the basic clinical-psychopathological syndromes of thebaic dependences connected to feature of influence of investigated models of harm reduction programs are considered: variant with accent on preventive maintenance of HIV/AIDS among injection drug users and variant of the complex approach with use of sector of services in rendering an initial narcological aid. The appropriate variants of social dynamics are described. Conclusions concerning efficiency of considered variants on a narcological aid are drawn.

Comparative dynamics of formation of remissions in groups of patients with thebaic dependence, differentiated on models of rendering of an initial narcological aid

A.L.Katkov, I.V.Vasilenko

In the article the data on influence on dynamics of formation of remission at patients with thebaic dependence of various variants of a narcological aid: the traditional medical-diagnostic programs realized in narcological institutions and harm reduction programs are cited. In particular it is shown, that higher and long remissions are formed at the patients involved in processes of medico-social rehabilitation after enough long presence in harm reduction programs. The least rate of formation of remissions is marked in groups of the patients who have not been covered with any kinds of a specialized aid.

Changes in cerebral hemodynamic at patients in the remote period of concussion of a brain in different age groups

A.S. Kudaibergenova

In the given work was investigated efficiency of therapy of 40 patients with concussion of a brain by electroelimination of «Sermion.» Patients of both groups were comparable on character of complaints, age, clinical displays of disease. Inspections were spent before and past of course of treatment.

Practical aspects of the organization of complex harm reduction programs - an initial narcological aid

A.L.Katkov, I.V.Vasilenko

In the article practical aspects in activity of complex harm reduction programs - an initial narcological aid is revealed. Additional qualifying requirements to the personnel, variants of interaction with the basic resource establishments (the AIDS centres and narcological institutions), variants of interaction with the external organizations in particular are described. Mechanisms of the control with use of system of intermediate both final indicators and possible mechanisms of financing of complex programs are considered.

Monitoring System of problem of drug addiction and HIV/AIDS in Republic of Kazakhstan

B.Z.Nuraliev, N.V.Gafarova, Yu.A.Rossinsky

In the information report the description of monitoring system of problem of drug addiction and HIV/AIDS in Republic of Kazakhstan in a context of the current national policy, strategy and the program on demand reduction for drugs and preventive maintenance of HIV/AIDS among injection drug users in Republic of Kazakhstan is resulted.