НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

****

Том XIV
№ 3
2008
Москва-Павлодар

Регистрационное свидетельство №1706 выдано
Министерством печати и массовой информации
Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано
Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий
для публикации основных научных результатов диссертации

Журнал основан в 1995 году
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200
Телефон (факс): 8 (7182) 60-50-93
E-mail: press@rncenter.kz

ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

СОДЕРЖАНИЕ

УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная Психотерапевтическая Лига

РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»

Том XIV
№ 3
2008 год

выходит
4 раза в год

ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.

ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

TABLE OF CONTENTS

FOUNDERS:

Professional Psychotherapeutic League

RPSE «Republican Research–and-Practical Center of Medical-Social Drug Addiction Problems»

Volume XIV
№ 3
2008

Published 4 times in a year

BOUNDARY FRUSTRATIONS

PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALUEOLOGY.

THE INFORMATION, REVIEWS

ПОЗДРАВЛЕНИЕ ДЛЯ В. В. МАКАРОВА

Глубокоуважаемый Виктор Викторович!

В преддверии Вашего юбилея выражаем Вам признательность и слова благодарности за большой личный вклад в дело развития казахстанской психотерапии.

Благодаря выездным циклам возглавляемой Вами кафедры психотерапии Красноярского государственного медицинского института в конце 80-х, начале 90-х годов в Республике Казахстан появилась возможность масштабной подготовки специалистов психотерапевтов и формирования образцовой психотерапевтической службы в северных регионах Казахстан.

Вследствие серии организованных Вами декадников (интенсивных семинаров) по вопросам современной психотерапевтической и психологической помощи сотни специалистов психологов, педагогов и профессиональных психотерапевтов Казахстана смогли расширить свой профессиональный кругозор и повысить квалификацию в области достижения высоких уровней психологического здоровья населения.

С Вашей помощью и при Вашем непосредственном участии многие наиболее квалифицированные казахстанские психотерапевты получили признание в Европейских профессиональных психотерапевтических ассоциациях и смогли презентировать свои достижения на престижных Европейских и мировых психотерапевтических форумах.

При Вашем непосредственном участии были подготовлены научно-педагогические кадры (профессорско-преподавательский состав) кафедры психотерапии, наркологии, клинической и консультативной психологии Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркоманий – наиболее активного педагогического коллектива Республики в плане последипломной подготовки специалистов психотерапевтов, психологов и социальных работников.

Созданный по Вашей инициативе совместный Российско-Казахстанский научно-практический журнал «Вопросы ментальной медицины и экологии» издается в течение 12 лет и является первым профессиональных психотерапевтическим журналом на территории СНГ. В настоящее время авторитет данного издания признан Высшими Аттестационными Комитетами как в Республике Казахстан, так и в Российской Федерации.

Совместные исследования в области мультимодальной, интергативной психотерапии, проводимые сотрудниками возглавляемой Вами кафедры психотерапии РАПО (г. Москва) и РНПЦ МСПН (г. Павлодар), интенсивный информационный обмен в сфере подготовки профессиональных стандартов - способствуют взаимному обогащению и повышению качества психотерапевтической помощи в наших странах.

Точное по сути, содержанию и вполне адекватному пафосу, определение всему перечисленному (и многому другому, не вошедшему в данный список) есть непрерывное профессиональное подвижничество. Ваше психотерапевтическое бытие видится как цепь событий, генерируемых в запредельном режиме; событий, которые и составляют современную историю развития психотерапии.

На территории постсоветского пространства, в частности в Республике Казахстан, эта «интенсивная психотерапевтическая жизнь», организованная Вами, оказала и продолжает оказывать свое плодотворное влияние уже не на одно поколение профессиональных психотерапевтов и консультирующих психологов. Здесь остается добавить только то, что это и есть истинное признание успешного жизненного пути педагога-психотерапевта – то в какой степени профессиональная судьба учителя взаимо-

связана с судьбами его учеников, последователей или попутчиков на широких магистралях развития современной психотерапии. В этом отношении, то есть в смысле масштабов популяризации профессиональной психотерапии и привлечения в ее ряды талантливой молодежи, с Вами вряд ли кто-либо может сравниться.

Дорогой Виктор Викторович!

Сердечно поздравляем Вас в 60-летием!

В этот славный юбилей желаем Вам крепкого здоровья, семейного благополучия, профессиональных успехов, долгой, насыщенной творчеством, интенсивным общением и новыми свершениями жизни!

Будьте счастливы!

Психотерапевты и консультирующие психологи Республики Казахстан

РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

О ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

Настоящая программа разработана в рамках технического задания НТП - Комплексные исследования в сфере разработки и реализации механизмов противодействия распространению наркозависимости в РК (профилактический, клинический, организационно-методический аспекты, шифр программы: О.0452). Программа тематического усовершенствования предназначена, в первую очередь, для руководящего состава и сотрудников кафедр додипломной, последипломной и дополнительной подготовки по специальностям и субспециальностям: «психиатрия», «наркология», «психотерапия», «клиническая психология».

Актуальность разработки настоящей программы связана с необходимостью существенного повышения качества подготовки специалистов – практиков ментального профиля - психиатров, наркологов, психотерапевтов, клинических психологов. А также – специалистов научно-педагогического профиля (с акцентом на последнюю сферу деятельности), действующих в рассматриваемой сфере.

В настоящее время наиболее адекватной и отвечающей современная требованиям в сфере обеспечения высоких кондиций образовательного процесса является система всеобщего менеджмента качества - TQM. Данная система акцентирована на разработку и реализацию процесс-ориентированного подхода в каждой из применяемых сфер (метатехнология обеспечения качества). А также – на максимально возможное удовлетворение скрытых и открытых запросов среди основных групп потребителей в рассматриваемой сфере услуг (основная философия качества и главный критерий достижения его приемлемых уровней). Сказанное подразумевает использование соответствующего инструментария для мониторинга промежуточных и конечных индикаторов качества во всех сферах, где используется данная технология. И, кроме того, - использование адаптированной системы универсальных принципов TQM в каждой из профессиональных специфик.

Рассматриваемая в настоящем сообщении программа тематического усовершенствования «Управление качеством в системе профессиональной подготовки специалистов, действующих в сфере психического здоровья» содержит главные атрибуты перечисленного – методологическое применение принципов TQM в системе профессиональной подготовки специалистов ментального профиля; систему промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих уровень качества образовательного процесса; адекватную систематику основных процессов и подпроцессов, представляющих образовательную технологию; методические рекомендации по улучшению каждых из них. Особое внимание в программе уделено методологии разработки, внедрения, полноценной реализации и постоянного совершенствования профильных образовательных стандартов – основного инструмента обеспечения качества в системе профессионального образования. Помимо этого, достаточно подробно рассматриваются новые, современные подходы, обеспечивающие высокое качество образовательных процессов. Существенная часть учебного цикла посвящена проработке вопросов национального законодательства о сфере профессионального образования и перспектив его дальнейшего улучшения.

Ниже представлен учебный план цикла тематического усовершенствования «Управление качеством в системе профессиональной подготовки специалистов, действующих в сфере психического здоровья», реализация которого запланирована на 2009 год (место проведения – кафедра психотерапии, наркологии, клинической и консультативной психологии РНПЦ МСПН).

Предполагается, что ко времени проведения цикла научным коллективом РНПЦ МСПН будут изданы соответствующие пособия, облегчающие усвоение учебного материала, а также – опубликованы основные работы по рассматриваемой тематике. В ходе реализации первых циклов предполагается проведение широкой тематической дискуссии по вопросам повышения качества профессионального образования в сфере ментального здоровья.

10.1.10. Типовой учебный план тематического усовершенствования цикла «Управление качеством в системе профессиональной подготовки специалистов, действующих в сфере психического здоровья»
Для врачей по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия»
Продолжительность цикла – 144 учебных часа

№ пп	Наименование разделов и тем	лекционных	практических	семинаров	Всего часов
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Всеобщий менеджмент качества (TQM) и вопросы профессионального образования	**6**			**6**
2	Профессиональные стандарты в гуманитарной сфере	8			**8**
3	Профессиональные стандарты в профильных дисциплинах	8	16		**24**
4	Когнитология и дидактика в профильных дисциплинах	8	16		**24**
5	Основные способы навигации в профильных дисциплинах	4	12		**16**
6	Профессиональная экология	8			8
7	Организация, документальное оформление образовательного процесса в избранной дисциплине	8		6	14
8	Национальное законодательство и другие нормативные документы в сфере медицинского образования	20		6	26
	Экзамен			**6**	**6**
	Всего	**70**	**44**	**18**	**132**
	Дополнительная подготовка*				**12**
	Итого:				**144**

О ТИПОВОЙ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

Введение

Многочисленными эпидемиологическими исследованиями, проводимыми, в том числе, и в республике Казахстан, установлено, что состояние психического здоровья населения в мире продолжает стремительно ухудшаться. Практически повсеместно отмечается рост первичной и общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами относительно тяжелого регистра. Но, в существенно большей степени данная констатация касается состояний, связанных с нарушениями адаптации и реакциями на стресс, а так же расстройств личности в разных возрастных группах [1].

В связи со всем сказанным такими авторитетными организациями, как Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), Всемирная Психиатрическая Ассоциация (ВПА), были сформулированы программные тезисы комплексного и опережающего развития науки и практики в сфере психического здоровья [2]. В частности, тезисы, предусматривающие необходимость качественной подготовки научно-педагогических кадров по данному профилю деятельности. Реализация вышеприведенных программных тезисов на региональных уровнях предполагает разработку обновленного национального стандарта подготовки научно-педагогических кадров, действующих в сфере психического здоровья (психиатрия, наркология, психотерапия, клиническая и консультативная психология). Т.е. речь идет о стандартах последипломного образования – клинической ординатуре, аспирантуре и докторантуре, а так же – резидентуре и циклах обучения по программе PHD (данная форма последипломного образования введена в РК с 2008 года).

Возникает, однако, целый ряд вопросов, без решения которых сущностная (а не формально-поверхностная) реализация обсуждаемого тезиса вряд ли возможна. Речь идет, во первых, о содержании об-

новленных программ последипломной подготовки научно-педагогических кадров. До настоящего времени такого рода образовательные циклы были, в основном, ориентированы на углубленное изучение особенностей клинических проявлений тех или иных нозологических групп общего класса психических и поведенческих расстройств. И в гораздо меньшей степени направлены на формирование значений - умений – навыков в сфере собственно методологии научных исследований, не говоря уже о методологических особенностях исследования такой сложной категории, как сфера психического и психологического здоровья. Следует особо отметить тот факт, что сама по себе методология научных исследований в данной сфере более или менее удовлетворительно разрабатывалась лишь для патологического вектора рассматриваемой проблематики. Соответственно, подавляющее большинство завершенных к настоящему времени исследований по научным дисциплинам: «психиатрия», «наркология», «клиническая психология», выполнено в традициях вышеназванного исследовательского подхода [3]. В то же время уже сейчас понятно, что научная методология, используемая для исследования нормативного вектора психического и психологического здоровья и рассматривающая такие сложные понятия, как качество психического здоровья, в корне отличается от традиционного узкодисциплинарного набора методик и инструментов. Соответственно, возникает необходимость в срочном устранении данного дефицита, разработке самостоятельных научно-методологических разделов, специфических для вектора психического и психологического здоровья, и включении данных разделов в программу последипломной подготовки профильных научно-педагогических кадров. Следующий важный вопрос – о сроках и условиях такого рода подготовки, о возможностях участия в данных курсах для действующего корпуса научно-педагогических кадров. Понятно, что переобучение действующих научных сотрудников на многолетних образовательных циклах по программе PHD нереально по целому комплексу причин (статусные, возрастные, финансово-экономические, мотивационные факторы и т.д.). Следовательно существует настоятельная необходимость в разработке более компактных, интенсивных курсов дополнительного образования для данной категории специалистов, предусматривающих форсированное овладевание знаниями – умениями - навыками исследовательской деятельности по всему спектру проблематики в сфере психического и психологического здоровья.

Ниже представлен учебный план тематического усовершенствования, основные разделы которого, по нашему мнению, соответствуют вышеперечисленным требованиям. Настоящий цикл разработан согласно технического задания в рамках выполнения научно-технической программы «Комплексные исследования в сфере разработки и реализации механизмов противодействия распространению наркозависимости в РК (профилактический, клинический, организационно-методический аспекты), Шифр программы: О.0452».

10.1.9. Типовой учебный план тематического усовершенствования цикла «Методология и управление качеством научных исследований в сфере психического и психологического здоровья»
Для психиатров, наркологов, психотерапевтов
Продолжительность цикла – 156 учебных часа

№ пп	Наименование разделов и тем	лекционных	практических	семинаров	Всего часов
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1	Философия (гносеология, эпистемиология, когнитология), структура и корпус науки	8			**8**
2	Динамика развития науки	6			**6**
3	Общая методология науки	14			**14**
4	Структура знаний и методологические особенности исследовательской деятельности в гуманитарной науке	6		6	**12**
5	Топология и топография науки о психическом и психологическом здоровье в корпусе гуманитарных наук	6			6
6	Идентификационные признаки и основная проблематика науки о психическом и психологическом здоровье	8	4		12
7	Частная методология научных исследований в области психического и психологического здоровья (патологический и нормативный векторы)	6	4	6	16

Продолжение таблицы

1	2	3	4	5	6
8	Понятие о научно-технических программах, способах организации и реализации научного исследования в сфере психического и психологического здоровья населения	6	6		12
9	Документирование исследовательского процесса и оформление результата	6	8		14
10	Национальное законодательство и другие нормативные акты в области науки	8	4		12
11	Общие вопросы Всеобщего менеджмента качества (TQM) в сфере научных исследований	10			10
12	Частные вопросы Всеобщего менеджмента качества (TQM) прикладных научных исследований в сфере психического и психологического здоровья	10		6	16
13	**Экзамен**			**6**	**6**
	Всего	**94**	**26**	**24**	**144**
	Дополнительная подготовка*				**12**
	Итого:				**156**

В представленном плане существенная часть времени (36 учебных часов) отведена изучению особенностей методологии научных исследований в сфере нормативного вектора проблем психического и психологического здоровья. Достаточно полно представлена тема общей методологии исследовательского процесса в гуманитарной сфере (26 учебных часов). Кроме того, уделяется время углубленному изучению вопросов как общенаучного характера (20 учебных часов), так и вопросам эффективной разработки и реализации профильных научно-технических программ (64 учебных часов).

Таким образом, внедрение вышеприведенной программы тематического усовершенствования позволит восполнить дефицит крайне необходимых знаний – умений – навыков в области актуальной методологии научных исследований у действующего корпуса научных сотрудников в сфере психического и психологического здоровья населения.

Литература:

1. Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006 – 409 с.

2. Report on health care worldwide situation for 2001. Mental health: new understanding, new hope, WHO, 2001.

3. Катков А. Л. Анализ общих и частных методологических проблем в сфере научных исследований по профилю психического и психологического здоровья в Республике Казахстан // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 1. – С. 7-17.

О ПРОБЛЕМЕ СУПЕРВИЗИИ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ТЕРАПИИ

Л. Л. Мациевская, О. Г. Блок, Н. Д. Седова г. Караганда

В течение двух десятилетий в постсоветское пространство активно внедряются психотерапевтические направления и методы, ранее известные советской психиатрической науке лишь понаслышке. При значительных культуральных и академических различиях в этой сфере можно смело сказать, что мировой психотерапевтический опыт не просто скопирован, но преумножен и развит во многих странах СНГ. Становление психотерапевтического сервиса продолжается и на основе многочисленных обучающих программ с участием зарубежных специалистов в области психотерапии, и в связи с совершенствованием структуры психотерапевтической помощи [6, 8]. Одним из компонентов становления психотерапевта как профессионала является процесс супервизии, входящий как обязательный элемент в современные программы обучения психотерапии. Так, в «Практикуме по супервизии в консультировании и психотерапии» С. А. Кулакова указывается на обязательное присутствие этого компонента обучения в объёме 50 часов, что гарантирует получение сертификата специалиста. Супервизор осуществляет поддерживающие, нормализующие и сдерживающие вмешательства с целью создания в процессе обучения атмосферы доверия. Наряду с этим супервизор помогает учащемуся справиться с нападками на его чувство собственного достоинства с помощью дистанцирования и побуждения взглянуть на свой опыт другими глазами, так как основная задача супервизии состоит в обучении практиканта смотреть на проблему по-новому. Проблемы пациента, возможности психотерапевта, требования к психотерапии и другие факторы нуждаются в переоценке. Представления психотерапевта о пациенте, о себе и психотерапевтическом процессе зависят от его желаний, страхов, фантазий и бессознательных конфликтов. Супервизию можно рассматривать как пространство, в котором супервизируемый и супервизор совместными усилиями осуществляют построение новых способов упорядочения впечатлений от психотерапии. Супервизия позволяет специалистам акцентировать внимание на цели и направления своей работы, формировать системные подходы к стратегии и тактике проводимого лечения, планировать и прогнозировать эффекты терапии и вмешательств, а также осознавать свои ошибки и корректировать индивидуальные планы коррекции поведения клиента и его лечения [5, 6]. Так, в проекте кодекса этики и практики супервизии Британской ассоциации консультирования (БАК) заявлено, что необходимость «осознания своих предубеждений и стереотипов восприятия» и составляет ценность консультирования и супервизии, где это положение входит в пункт «Антидискриминационная практика в супервизии консультирования». Причём супервизора призывают «бросить вызов консультанту, чья система убеждений препятствует принятию клиентов» [3].

Тем не менее, практика супервизии ещё не столь распространена ни в рамках специализаций по психотерапии, ни в психотерапевтической деятельности, пока удивительными и чуждыми представляются взаимоотношения супервизора и супервизируемого, описанные, например, Ирвином Яломом, а оценка качества клиентцентрированного подхода терапии не является важным аспектом супервизии. Так как, на наш взгляд, заслоняется анализом качества терапии.

Тем более практика супервизии плохо «приживается» в психиатрии. Возможно, это происходит из-за невыполнения первого и наиболее важного принципа обоснования нужды в супервизии - собственного запроса специалиста с целью профессионального и личностно-профессионального роста [6]. Подобное положение дел достаточно неожиданно для психиатрии, где регламентирован опыт комиссионного осмотра пациента и комиссионное обсуждение диагноза, но только на первый взгляд. Можно выделить как проблему сознательный отказ психиатров от возможности супервизии, когда многие специалисты, длительное время проработавшие в психиатрическом коллективе, заявляют, что «боятся» взгляда коллег, критического мнения о своей работе, обнародования ошибок. Можно сказать, что в преодолении подобных барьеров и заключается полезный опыт супервизии, поскольку «в процессе супервизируемый должен уметь (или научиться) стойко переносить крушение своего субъективного мировосприятия и жить с ощущением собственной уязвимости, нередко сопутствующим новому познанию. Он должен быть готов получать новую информацию о себе самом и своем пациенте, при этом критически оценивая свои возможности» [5]. Именно способность к самокритике - проблемная зона психиатров, зачастую сформировавших за долгие годы работы в специальности косность мышления, ригидность диагностичес-

ких установок, штампы и клише в лечебно-диагностических подходах. На современном этапе, когда в отечественную психиатрию приходят новые понятия алгоритмов диагностической и терапевтической практики, когда несколько по-иному структурировано психиатрическое интервью, возникают трудности смены стереотипов и соперничество инсайт - ориентированного и симптом - ориентированного стилей беседы и диагностики, чаще приводящее к субъективизму в диагностике.

Однако представляется, что вышеперечисленные «революционные» проблемы не являются основными в ряду противостояния супервизии, и здесь уместнее говорить о сформировавшейся профессиональной деформации психиатров, а, точнее, о недостатке коммуникативной компетентности. Психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача, по мнению Б. Д. Карвасарского, напрямую связаны с личностными свойствами специалиста, обуславливая важный навык аффилиации - «стремления находиться вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений». Помимо этого важными характеристиками, формирующими (или деформирующими) коммуникативную компетентность врача, являются коммуникативная толерантность, эмоциональная стабильность, эмпатия и сенситивность к отвержению. Несмотря на то, что эти личностные и профессиональные характеристики описываются в контексте с интеракциями врача и пациента, взаимодействие с коллегами также страдает и возможности профессионального развития в этом случае сужены. Немаловажным для психиатров, «оправдывающим» сопротивление супервизии, возможно, является ложное чувство потери профессионального имиджа [1, 2].

Несколько отличающимися от супервизорских проблем психиатров выступают таковые у психотерапевтов, где также звучит нежелание участвовать в процессе супервизии с обеих позиций: и супервизора, и супервизируемого. Порой психотерапевты заранее не уверены в своём профессионализме, посему стараются избежать супервизии всяческими путями. Это невротическое свойство, по-видимому, должно нивелироваться по мере получения психотерапевтического опыта и собственной личностной зрелости.

Одной из декларируемых причин отказов может служить нежелание супервизируемого демонстрировать свой психотерапевтический опыт, владение психотерапевтическими приёмами, что объясняется существующим, явно нездоровым, климатом конкуренции в психотерапевтической среде. Предполагая, что супервизор может скопировать психотехнику, манеру работы и в последующем переманить клиентов, иные психотерапевты девальвируют профессию, эксплуатируют её сугубо в коммерческих целях. Конечно, проще всего оценить этот феномен как упоминаемую у Р. Кочунаса «невротическую установку в отношении денег» (George, Cristiani, 1990) [4].

Кроме того, следует сказать об имеющейся в психотерапии проблеме описания пациента, гораздо более актуальной, чем в «большой» психиатрии. Описание личности и (особенно) психотерапевтических изменений, произошедших с пограничным пациентом – непростая задача. Гораздо лучше она удаётся психологу-практику, проводящему психологическое консультирование, чем врачу-психотерапевту. Ведь последний зачастую мыслит только вышеуказанными синдромальными категориями. Модели анализа личности не изучаются специалистами-медиками, что создает трудности и для оформления супервизорского заключения. Схемы заключения о супервизии и подробное описание процесса приводятся в литературе, но следует признать, что процесс этот креативен и доступен не всем супервизорам [5, 7, 9]. Если учесть, что практика супервизии на территории СНГ внедряется и медленно, и неравномерно, а как обязательную эту задачу ставят перед собой зачастую только негосударственные образовательные организации, осуществляющие психотерапевтическую подготовку и переподготовку, то можно сказать, что приобретение навыков супервизии - это достижение неблизкого будущего.

Кстати сказать, редкие первичные специализации и усовершенствования по психотерапии в академических учреждениях содержат принципы обучения профессиональным наработкам, освоенным и разработанным психотерапевтическим приёмам и техникам (возможно, при причине жёстких лимитов времени). Чаще всего курс обучения включает проработку теоретических концепций психотерапии, и возможность включения или обучения культуре супервизии не используется именно на первом этапе становления психотерапевта как профессионала. Мало используется в отечественной медицине практика групп Балинта, способных, возможно, в более мягкой форме разрушать и трансформировать косные личностные конструкции психиатров и психотерапевтов. Такие группы недаром считаются терапевтическими в полном смысле этого слова, поскольку решают в групповом процессе личностные проблемы специалиста, что также является целью супервизии, даже если она проводится в индивидуальном порядке [1, 5].

В этом свете интересны возможности коррекции подобного положения дел в рамках новой дисциплины «Коммуникативные навыки», которая в Казахстане введена в новый стандарт медицинского образования с 2006 года. После многочисленных споров по поводу перекликаемости этой дис-

циплины с традициями медицинской психологии можно сказать, что это нововведение всё же позволило пересмотреть подходы к обучению коммуникациям в медицине. Внедрение инновационных методов работы со студентами медицинских ВУЗов в форме ролевых тренингов, проблемно- ориентированного обучения позволяет сформировать мировоззрение и клиническое мышление врача, привить навыки профессионального самосовершенствования. Но главным приоритетом при преподавании дисциплины «Коммуникативные навыки», несомненно, будет являться развитие навыков культуры профессионального общения, понимание важности и обучение практике супервизии не только в психиатрии и психотерапии, но и в других специальностях уже в субординатуре, интернатуре и резидентуре. Новое поколение специалистов в области медицины способно будет воспринимать супервизию как естественный процесс в своей профессиональной жизни. Постепенное изменение подходов к обучению психиатрии и психотерапии с внедрением практики супервизии в тематические усовершенствования врачей позволит переломить негативное к ней отношение.

Литература:

1. *Александрова Н. В., Тарабанова В. А., Эйдемиллер Э. Г. Коммуникативная компетентность - эффективность в профессии (когнитивно-поведенческая модель социально-психологического тренинга менеджеров и врачей) // Журнал практического психолога. – 1999. - № 7 - 8, июль - август.*
2. *Клиническая психология // Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб., 2002. - 541 с.*
3. *Кодекс этики и практики супервизоров Британской ассоциации консультирования. Проект. // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2000. - № 4. [1114 [1218]].*
4. *Кочунас Р. Основы психологического консультирования. - М.: «Академический проект», 1999. – 240 с.*
5. *Кулаков С. А. Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. – СПб.: Речь, 2002. - 236 с.*
6. *Кулаков С. А. Супервизия в повышении квалификации детских психиатров // Журнал практического психолога. – 1999. - № 7-8. – С.27-35.*
7. *Мясищев В. Н. Психология отношений // Под ред. А. А. Бодалева. - Издательство: МПСИ, 2004. – 400 с.*
8. *Семке В. Я., Семке А. В., Аксенов М. М. Современные технологии психотерапевтического сервиса // Психотерапия. – 2004. - № 3. - С. 12 - 18.*
9. *Уильямс Э. Вы - супервизор… шестифокусная модель, роли и техники терапии. - М., Независимая фирма «Класс», 2001. – 288 с.*

ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

В. Н. Сгибов, П. Н. Кочерганов

Бесплодие в браке является особо значимой проблемой в социальном медицинском и конкретно в индивидуально-психологическом плане семьи в целом. По официальным данным в России у 15 - 17% супружеских пар выявляется бесплодие, и по оценкам специалистов в ближайшие десятилетия эта цифра достигнет 20% (И. Н. Коротких, 2005).

Наименее изученными аспектами этой проблемы являются клинико - психопатологическая картина пограничных расстройств, факторы риска развития заболевания и оценка индивидуально-личностных изменений психологического состояния пациенток при бесплодии.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических особенно-стей пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием и разработка программы лечения данных расстройств.

Методы исследования: общеклинический, клинико - психопатологический, экспериментально-психологический с личностными опросниками и оценочными шкалами тревоги и депрессии.

Всего было обследовано 120 женщин с бесплодием, в возрасте от 19 до 40 лет (средний возраст 29,6 ± 4,0 года). Из них 90 женщин (75%) с первичным бесплодием и 30 (25%) - с вторичным бесплодием. Длительность бесплодия составляют от 1,5 лет до 16 лет. 108 женщин (90%) состояли в браке, вне брака было 12 пациенток (10%). Наследственная отягощенность по бесплодию отмечалась в 15 семьях по линии матери пациенток, что составило 12,5%.

Изучение преморбидных особенностей личности на основании анамнестических сведений, личностных характеристик, методики MMPI, опросника К. Леонгарда и др., показало, что среди пациенток преобладали личности астенической конституции. Из них у 80 женщин (66,6%) выявлены следующие акцентуации личности: по тревожному типу у 24 пациенток (30%), истероидному у 18 пациенток (22,5%), астено-невротическому у 16 пациенток (20%), лабильному у 12 пациенток (15%), циклоидному у 6 пациенток (7,5%), психастеническому у 2 пациенток (2,5%), неустойчивому у 2 пациенток (2,5%).

Для подавляющего большинства женщин (96 человек - 80%) ожидание беременности являлось индивидуально значимым событием, отражающим основную психологическую и биологическую потребность женщины в материнстве. Психогенными факторами для них являлись конфликты в семье, крушение надежд, обида на себя, ущемление достоинства, укоры со стороны родственников, упреки и обвинения супруга, проявление повышенной ранимости, утрата лидирующего положения в семье, боязнь быть осмеянной на службе, опасения за стабильность брака по причине отсутствия детей, боязнь измены и развода и др.

Факторами риска развития пограничных психических расстройств у нашего контингента больных явились психогенные факторы, индивидуально значимые для них, особенности преморбида с акцентуацией личности, наследственная семейная отягощенность по бесплодию, осложненный акушерский анамнез (особенно при вторичном бесплодии), со-матическое неблагополучие. При обследовании и анализе медицинской документации наших пациенток установлено, что они значительно чаще, чем в этом возрасте женщины, страдают различными соматическими и психосоматическими заболеваниями.

Пограничные психические расстройства у наших больных представляют собой нозологически неоднородную группу. Большую часть (66,7%) составляют психогенную природу заболевания и 33,3% относятся к соматогенным расстройствам.

Анализ психопатологической картины невротических расстройств у женщин с бесплодием при сопоставлении с психолого-типологическими особенностями личности достаточно определенно показал, что явления синдромального характера обусловлены особенностями типологической структуры личности. Чаше невротические расстройства возникали у пациенток астенической конституции. Нами выделено шесть синдромальных типов пограничных расстройств у женщин, страдающих бесплодием. Это тревожно-депрессивный, фобический, истерический, астено-депрессивный, неврастенический, ипохондрический типы. Объединяет их то, что в клинике звучит специфика психологически значимых психогенных факторов - бесплодие и связанные с ним реакции личности на само бесплодие и его «последствия».

Тревожно-депрессивный тип развивался у акцентуированных личностей с «личностным» тревожным радикалом в ее структуре. Так у больных с первичным бесплодием (90 пациенток) этот синдром встречался у 27 чел. (30%) и у 8 больных из 30 с вторичным бесплодием (26,7%). На фоне невротической депрессии отмечался тревожный характер настроения с тревогой по малозначимому поводу: по поводу результатов обследования и эффективности лечения, ожидание неудачи, несчастья, сверхценные идеи недооценки себя, опасения ухудшения семейных отношений и сохранения брака. Имели место соматовегетативные преходящие расстройства. Фобический синдром наблюдался у 23 чел. (25,6% с первичным бесплодием) и у 7 чел. (23,3% с вторичным бесплодием) и чаще возникал у лиц с преобладанием астено-невротической акцентуации. Они испытывали навязчивые страхи серьезного гинекологического заболевания, неизлечимости бесплодия, неуспешности терапии, страх ожидания очередного цикла месячных, страх выкидыша (при вторичном бесплодии), страх расторжения брака, страх быть одинокой.

Истерический синдром диагностирован у 21 больной (23,3% с первичным бесплодием) и у 6 чел. (20% с вторичным бесплодием) - лица с истероидной акцентуацией. В клинике: образно эмотивное отражение психотравмирующей ситуации, желание иметь ребенка и быть «почитаемой», требование сочувствия и сострадания к ней близких, аффективные реакции из-за игнорирования «страданий», неуместная обидчивость, плаксивость, капризность.

Астено-депрессивный синдром диагностирован у 9 пациенток (10% с первичным бесплодием) и у 2 чел. (6,7% с вторичным бесплодием) - лица с лабильным типом акцентуации. Клиника с крайне неустойчивым настроением, с маломотивированной сменой его, сверхценными идеями малоценности, пассивно-оборонительным типом реагирования, пессимистической оценкой настоящего и будущего, психогенное содержание переживаний и соответствующая окраска фона настроения.

Неврастенический синдром диагностирован у 6 пациенток (6,7% с первичным бесплодием) и у 2 пациенток (6,7% с вторичным бесплодием) без акцентуации личности. Проявлялось расстройство повышенной раздражительностью, обидчивостью, эмоциональной неустойчивостью, не присущими ранее в такой степени. Повышенная чуткость к переживаниям и страданиям других лиц. Доминировали отражение психогенных переживаний в высказываниях и пессимистическое отношение к своему будущему в браке. Большой удельный вес занимали соматовегетативные жалобы и соматоформные расстройства.

Ипохондрический синдром диагностирован у 3 пациенток (3,3% с первичным бесплодием) и 5 пациенток (16,6% с вторичным бесплодием). На первый план выступало «соматогенное» содержание жалоб больных, сверхценное отношение к лечению и обследованию, настоятельная требовательность в дополнительных обследованиях, аккуратное выполнение рекомендаций и ожидание положительных результатов.

Ипохондрический синдром наблюдался у пациенток без акцентуаций личности, но с соматической патологией (наличие от 2 до 4 хронических заболеваний).

Наши исследования позволяют считать, что развитие того или иного невротического синдрома (истерического, фобического, тревожно - депрессивного) является выражением того звена патогенетических механизмов, которые обуславливаются психолого-типологической структурой личности. Нам представляется приемлемым в этой связи высказывания М. В. Давыдовского о том, что «вероятность заболевания определяется индивидуальностью, последняя и детерминирует это заболевание в его конкретностях».

В отличие от психогенной природы, соматогенные расстройства возникают при бесплодии у женщин без выраженной акцентуации личности и обуславливаются патологическими соматическими проявлениями. Выражаются они преимущественно астено - депрессивными и ипохондрическими синдромами.

Таким образом, возникновение пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием, обусловливается взаимодействием внешних психогенных, психологических и других средовых факторов, внутренними биологическими (конституциональными, генетической предиспозицией, преморбидными) особенностями личности, ее структурой, акцентуацией) и того или иного соматического страдания пациентки в их интегративном единстве.

В ходе исследования нами установлено, что распространенность пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием, находится в прямо - пропорциональной зависимости от длительности бесплодия и составляет от 1 года до 3 лет - 18% (3 человека), от 3 до 5 лет - 47% (14 человек), свыше 5 лет и более - 69% (50 человек). Эти данные соотносятся с данными наших многолетних наблюдений за женщинами, страдающими бесплодием.

Нами был составлен «психологический портрет» женщин, страдающих бесплодием. Показательные составляющие портрета - это общий пониженный фон настроения, переживание чувства подавленности, беспомощности, «отсутствия радости». Характерные составляющие портрета - констатация ощущения комка в горле, «неприятные ощущения в области сердца». Имели место умеренные проявления эгоцентризма в плане выпячивания своих соматических заболеваний, которые, по мнению пациенток, мешали им забеременеть. Вместе с тем они старались уходить от обсуждения самого состояния бесплодия, возможных его причин. Часто клиническая картина определялась беспричинным пессимизмом, унынием, заторможенностью. На обычные бытовые раздражители, стрессы реакция была неадекватной, как правило, гиперэмоциональной. Всё указанное свидетельствовало об имеющемся у них состоянии психической дезадаптации. Характерным было отношение к чужим детям: женщины как бы переносили на них свои нереализованные материнские чувства. Часто вслед за этим следовало состояние подавленности. Практически всегда имели место соматовегетативные проявления в виде тремора рук, лабильности артериального давления, потливости, тахикардии. Кратким проявлением могли быть истероидные реакции.

На основе полученных психодиагностических данных были разработаны основные направления психотерапевтических, психокоррекционных и физиотерапевтических мероприятий:

1. Коррекция эмоционального состояния. Психологические тренинги, направленные на более глубокое осознание своих мыслей, чувств и телесных реакций, связанных с ними; осознание своего желания (нежелания) иметь ребенка; осознание причинно - следственных связей между особенностями восприятия ситуации и типом реагирования на нее.

2. Повышение мотивации к лечению у пациенток с благоприятным прогнозом лечения: анализ потребностей и установок, неосознанных мотивов, которые могут препятствовать наступлению беременности; выработка позитивного отношения к лечению.

3. Адаптация к бесплодию у пациенток с неблагоприятным прогнозом лечения: направление жизненной энергии пациентки на другие сферы деятельности; поиск альтернативных путей иметь ребенка (например, усыновление).

Ведущая роль в лечении пациенток с вышеописанной патологией отводилась индивидуальной психокоррекции, психокоррекции семьи (работа над скрытыми и явными психоэмоциональными напряжениями в семье) и групповой психотерапии, которая строилась по принципу этапности.

Весьма важно было создать у пациентов установку на активную позицию в преодолении психологического кризиса. Все виды применяемой психотерапевтической помощи были ориентированы на мобилизацию собственных психологических резервов пациентов. С помощью врача-психотерапевта и медицинского психолога пациент определял свою главную проблему, выделял ее из других сопутствующих жизненных трудностей и неудач, осознавал

желательный для него исход кризисной ситуации и адекватные средства для его достижения.

В результате психотерапевтического вмешательства у пациентов возникало ощущение, что они самостоятельно решили свои проблемы, а не получили готовые «рецепты» поведения от специалиста. Только в этом случае психотерапия, наряду с выведением пациента из психологического кризиса, усиливала его адаптационные возможности и оказывалась профилактикой кризисных состояний в будущем.

Во время лечения и работы психологов и психотерапевтов с бесплодными женщинами нам удавалось снять у них невротическое состояние, сомнения в своих силах, определиться в целях и задачах этого ответственного периода для женщины. Занятия были построены так, чтобы вовлечь как можно больше женщин, не верящих в свои возможности, во внутреннюю духовную работу, настроить на доверие к самой себе, мужу, персоналу, избавить от комплексов и предрассудков.

Основными задачами психотерапии для наших больных являлись:

а) заполнение недостатка информации о бесплодии, получаемой от лечащих врачей-гинекологов;

б) коррекция имеющихся аффективных расстройств, пессимистического настроя пациенток, многочисленных страхов;

в) купирование идей неполноценности («Я - не такая, как все») и связанным с этим чувством вины перед супругом, родителями;

г) работа с ближайшим окружением пациенток, направленная на улучшение внутрисемейных отношений;

д) укрепление веры в возможность успешного исхода лечения, а также формирование спокойной реакции на серию возможных неудач, подчеркивание возможной длительности данной терапии, необходимости терпения:

- формирование реалистичной оценки своего состояния и работа с нереалистичными и иллюзорными надеждами пациенток на возможность мгновенного чудесного исцеления.

При лечении больных с данным видом патологии используется целый комплекс психотерапевтических методик, среди которых наиболее эффективными являются методы рациональной психотерапии, групповая психотерапия, элементы гештальттерапии и трансактного анализа, арттерапевтические подходы, аутотренинг, семейная психотерапия, суггестивная психотерапия, традиционные системы оздоровления.

Включение пациенток в творческую работу способствует концентрации волевых и творческих ресурсов человека, программированию позитивного развития психики и адекватных эмоциональных реакций женщины (через восприятие цвета; спонтанное рисование; пение; тренировку пластики под определенную музыку и др.).

Учитывая особо значимый для большинства женщин смысл проблемы бесплодия, мы считаем важной проработку сущностных, экзистенциальных проблем. Проводится многоуровневая работа с оценкой собственной личности. При этом с успехом использовались метафоры, элементы позитивной терапии, техники психоаналитической направленности. В результате применения элементов гештальттерапии происходит проработка и отреагирование имеющихся проблем и переживаний в плоскости «здесь и сейчас».

Обязательным элементом терапии является семейная психотерапия. Особенно полезна она при наличии конфликтной ситуации в супружеской паре вследствие бесплодия жены. В ходе терапии даются необходимые советы, рекомендации по оптимальному поведению дома, созданию доброжелательной атмосферы. С мужьями идет проработка темы «крушения мужских надежд». В случае длительного отсутствия положительного эффекта от терапии с семейной парой психологически прорабатывается возможность взять на воспитание приемных детей.

Мы считаем, что создание и соблюдение на всех этапах лечения необходимой психотерапевтической обстановки и осуществления социальной поддержки больного является самым важным при лечении пограничных психических расстройств. Для наиболее эффективного действия необходимо в высшей степени доброжелательное, участливое отношение к пациенткам и их близким.

Индивидуальная коррекция позволила подготовить 86 женщин (72,4% исследованных) к групповому обсуждению проблем. Поддержка в группе со стороны женщин со сходными проблемами, советы, проявляемое участие могут изменить заниженную самооценку, не позволяют оставаться наедине со своей внутренней болью, страданиями, улучшают коммуникативные возможности, часто положительно влияют на психоэмоциональную сферу, возвращают пациенток в социум.

Результаты психокоррекционной и психотерапевтической работы представлены в таблице.

Приведенные в таблице данные свидетельствуют о выраженном снижении уровня депрессии у пациенток, страдающих бесплодием, большом спаде реактивной тревожности и уровня агрессии и незначительном уменьшением личностной тревожности после проведенной комплексной психотерапии.

Групповые занятия позволяют пациентам сделать менее значимым миф о собственной «неполноценности», разрешить себе быть такими, какие есть, и подготовить почву для постепенного изменения отношения к данной проблеме, укрепить веру в возможность положительного эффекта от лечения.

Мы полагаем, что комплексный медико-психологический подход к лечению бесплодия окажется существенным фактором его оптимизации.

Таблица

Динамика некоторых психодиагностических показателей у обследованных женщин в процессе лечения

Показатель	Уровень в баллах	Уровень в баллах
Депрессия (оценка по шкале депрессии)	57,0±1,4	51,0± 1,9*
Личностная тревожность (оценка по шкале Спилбергера)	47,2 ±1,8	42,2 ±1,6*
Реактивная тревожность (оценка по шкале Спилбергера)	49,4 ±1,9	40,9 ±0,8*
Агрессия (оценка по опроснику агрессивности и враждебности А. Басе)	28 ±2,3	21,8±1,6*

** - различие достоверно при сравнении с соответствующим показателем до начала лечения (P < 0,05).*

Литература:

1. Сгибов В. Н., Рогова С.Н., Кочерганов П.Н. Роль психотерапии и психокоррекции в комплексном подходе к решению проблемы бесплодного брака // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. - Сборник научных трудов. Выпуск 5. - Пенза. 2002. - С. 72 - 74.

2. Кочерганов П. Н., Рогова С.Н. Пограничные психические расстройства и психотерапевтическая тактика при первичном бесплодии // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии. - Сборник научных трудов. Выпуск 6. Пенза. 2003. - С. 98 - 100.

3. Кочерганов П. Н., Сгибов В. Н., Лан И.Л. Роль и место методов традиционной народной медицины в комплексном подходе лечения пограничных нервно-психических расстройств // Материалы V юбилейного Международного конгресса «народная медицина - прошлое, настоящее, будущее». Часть I. - Москва, 2003. - С. 244 - 246.

4. Сгибов В. Н., Рогова С. Н., Кочерганов П. Н. Комплексный медико-психологический подход к решению проблемы бесплодного брака // Рационализаторское предложение № 276 от 14.11.2003 г. (БРИЗ Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко).

5. Кочерганов П. Н. Комплексный медико-психологический подход к решению проблем бесплодного брака // Материалы международной конференции ОПМАСТНМиЦ. Часть II. - Шарм-Аль Шейх. Египет, 2004. - С. 226 - 238.

6. Кочерганов П. Н. Комплексный медико-психологический подход к лечению вторичного бесплодия // Труды Международного симпозиума «Надежность и качество». – Пенза, 2005. - С. 487 - 490.

7. Кочерганов П. Н. Биоэнерготерапия в комплексном медико - психологическом подходе к лечению бесплодия // Научно-практические аспекты народной медицины. Часть I. – Москва, 2005. - С. 194 - 196.

8. Кочерганов П. Н., Сгибов В. Н., Лан И. Л. Роль и место психотерапии в комплексной терапии бесплодного брака // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. Сборник тезисов научной конференции с Международным участием 15-16 февраля 2006 г. - Санкт-Петербург, 2006. - С.141.

РАБОТА В КАЧЕСТВЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА В ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

Л. Н. Дахова г. Павлодар

В своей работе руководствуюсь совместным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 марта 2005 года № 117 и Министра обороны Республики Казахстан от 4 марта 2005 года № 100 «Об утверждении Правил военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан».

При обследовании лиц и выявлении степени годности призывников руководствуюсь следующими данными.

Анализ работы в должности врача психиатра на военной врачебной комиссии за период с 2005 по 2007 годы

В своей работе руководствовалась совместным приказом Министра обороны (МО) и Министра здравоохранения (МЗ) РК № 100/117 от 04.03.2005 года.

Психические расстройства:

1. Психотические и непсихотические расстройства вследствие органического поражения головного мозга:

- резко выраженные;
- умеренно выраженные;
- легкие кратковременные;
- стойкая компенсация.

2. Эндогенные психозы, циклотимии, шизофрения и аффективные психозы с часто повторяющимися фазами.

3. Симптомотические психозы и другие психические расстройства экзогенной этиологии:

- резко выраженные;
- умеренно выраженные, затянувшиеся астенические состояния;
- лёгкое и кратковременное астеническое состояние после острого заболевания.

4. Реактивные психозы и невротические расстройства

- резко выраженные, стойкие проявления умеренно выраженные, длительные или повторные проявления умеренно выраженные, кратковременные проявления и исходом в легкую астению;
- легкие и кратковременные болезненные проявления, заканчивающиеся выздоровлением.

5. Расстройства личности:

- резко выраженные, со склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям;
- умеренно выраженные с неустойчивой компенсацией;
- со стойкостой компенсацией личностных расстройств.

6. Хронический алкоголизм, наркомания и токсикомания:

- резко выраженные стойкие психические нарушения;
- умеренно выраженные нарушения, наличие патологических изменений личности;
- начальное проявление хронического алкоголизма.

7. Умственная отсталость:

- все формы умственного недоразвития, включая дебильность в резко выраженной степени;
- дебильность в умеренно выраженной степени. Болезни нервной системы.

8. Эпилепсия:

- частые припадки или выраженные психические нарушения;
- единичные и редкие судорожные и бессудорожные припадки без психических нарушений вне приступа.

Психиатр

Заключение врача-психиатра о степени годности призывников к военной службе:

- жалоб нет
- диагноз: Олигофрения в степени резко выраженной дебильности по ст. 1а гр.1 приказ МО РК № 61 от 1995 года.
- негоден к воинской службе с исключением с воинского учета

Дата Подпись

Выявление лиц с признаками нервно-психической неустойчивости

Оценка нервно-психического здоровья призывников осуществляется в период приписки и призыва специалистом - психиатром (психоневрологом) военно-врачебной комиссии. По результатам освидетельствования выносится заключение о состоянии психического здоровья, определяется степень годности призывника к военной службе, поступлению в ВУЗ, службе в подразделениях с повышенными требованиями к состоянию нервно-психического здоровья, оценивается необходи-

мость лечебно-профилактических мероприятий или углубленного стационарного обследования.

Нарушения дисциплинарных и социальных норм

Склонность к пререканиям и невыполнению распоряжений руководителей. Нарушение должностных требований. Прогулы, побеги из дома. Ранняя алкоголизация. Сексуальные отклонения. Случаи суицидных действий. Кражи.

Нарушения профессиональной деятельности

Неустойчивость, несформированность профессиональных интересов. Низкая эффективность деятельности. Предпосылки к аварийности (нарушения правил техники). Случаи аварий по вине призывника. Производственный травматизм.

Нарушения межличностных отношений

Изолированность, замкнутость в группе. Озлобленность, грубость по отношению к членам коллектива. Эгоизм. Пренебрежительное отношение к значимым для коллектива целям. Подозрительность, мнительность. Повышенная внушаемость, неспособность противостоять влиянию окружающих. Обидчивость, мнительность, повышенная ранимость, робость, пугливость. Неустойчивость интересов, привязанностей. Претензии на исключительность, потребность во всеобщем внимании, восхищении.

Недостаточная социальная зрелость:

- ограниченность желаний, потребность, увлечение, интересов;
- несформированность или несоответствие возрасту интересов и склонностей;
- неумение, неспособность управлять, контролировать чувства, желания, настроения;
- алкоголизация. Наркомания.

Преболезненные, болезненные явления

- вялость, пониженная активность, истощаемость, плаксивость, сниженное настроение, нарушение сна, жалобы на головную боль, сердце биение, робость, пугливость, мнительность, снижение памяти;
- раздражительность, вспыльчивость, вегетативная лабильность.
- нарушение ритма глубины дыхания, тремор рук, частый стул.
- замедленный темп действий, вязкость мышления, застойность чувств, навязчивые действия и мысли.
- самобичевание; замкнутость, погруженность в себя, странные необъяснимые поступки.
- демонстративные суицидальные высказывания и поступки, членовредительство, театральность поведения.

К сведениям, встречающимся в характеристиках и требующим особого внимания, относится: указание на воспитание в неблагополучной семье, выраженные физические дефекты, трудности в обучении, освоении профессии, в установлении контактов с окружающими, низкая общественная активность, узость увлечений и интересов, такие черты характера как вспыльчивость, раздражительность, обидчивость, замкнутость, безынициативность, низкая исполнительность, стремление всегда отстаивать свою собственную точку зрения. Направление на обследование (лечение) выдается на руки освидетельствованному лицу при объявлении ему решения комиссии по приписке. В направлении указывается наименование медицинской организации здравоохранения (военного лечебно - профилактического учреждения, диагноз, цель обследования и срок повторной явки на освидетельствование).

К направлению на обследование прилагается акт исследования состояния здоровья (приложение № 9 к Правилам медицинской карты амбулаторного больного и другие документы).

По окончании обследования заполняется акт исследования состояния здоровья, который подписывается главным врачом и врачом, проводившим обследование, и скрепляется гербовой печатью. Акт представляется на рассмотрение комиссии по приписке, которая вносит окончательное решение о степени годности к военной службе.

Врач - специалист по результатам освидетельствования гражданина по приписке, которая выносит окончательное решение о степени пригодности к военной службе.

Врач - специалист по результатам освидетельствования гражданина по приписке к призывному участку и призыва на срочную военную службу выносит заключение о категории годности к военной службе по следующим параметрам:

1. **«А» - годен к военной службе.**

2. **«Б» - годен к военной службе с незначительными ограничениями.**

Заключение выносится гражданам, у которых имеются незначительные недостатки, при отсутствии и обострения в течение 3-х лет, без нарушения или с незначительным нарушением функции органов и систем, не ограничивают исполняемость обязанности военной службы без ущерба для здоровья.

3. **«В» - ограничено годен к военной службе.**

Заключение выносится гражданам, имеющим устойчивое нарушение жизнедеятельности вследствие болезни или увечья, которые ограничивают способность исполнять обязанности военной службы без ущерба для здоровья.

4. **«Г» - временно не годен к военной службе в мирное время, ограниченно годен в военное время.**

Заключение выносится в соответствии с расписанием болезни.

5. **«Е» - не годен к военной службе с исключением с воинского учета.**

Врач - специалист записывает в учетную карту призывника и во вкладной лист к медицинской карте диагноз.

Всего направлено в ПОПНД на обследование

Диагноз	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
РОПЦНС	148	170	87	80
Шизофрения	4	6	3	5
Неврозы	1	2	1	2
Психопатия	12	9	6	3
Олигофрения	51	35	33	25
Здоров	245	182	93	66
ВСЕГО	461	404	190	181

Вывод: за период с 2004 по 2007 года всего мною направлено на обследование в ПОПНД 1236 человек.

Значительно снизилось процентное соотношение лиц, не желающих служить в рядах Вооруженных сил.

За последние пять лет в должности врача - психиатра не было случаев суицида или возврата из рядов Вооруженных сил РК.

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ПСИХИАТРА

Л. Н. Дахова, Б. К. Садыкова г. Павлодар

Основываясь на статических материалах американских авторов, Kanner приходит к заключению, что «около одной четверти всех детей» страдает более или менее хроническим отсутствием аппетита. Среди школьников подготовительных классов von Harnack нашел отсутствие аппетита у 20,1%, а среди 10-летних школьников – у 14,5%. Это явление наблюдается отчасти уже с самого рождения, но чаще оно вступает в течение первых 3 лет жизни. Часто эта анорексия (без видимой соматической основы) бывает у детей – невропатов, особенно же часто у единственных детей. В раннем возрасте анорексия чаще встречается у девочек, в школьном же возрасте это преобладание уже исчезает.

Дети с хронической анорексией часто органически здоровы, обладают нормальным весом, их интеллект среднего (пожалуй, даже выше среднего) уровня; при этом они отличаются бойкостью, живостью характера, своенравием и склонностью к реакции сопротивления (Geschwind-Gass и Haffter). Наряду с анорексией часто наблюдаются привычная рвота, а также расстройства опорожнения кишечника. Решающим фактором и условием здесь, как правило, является нарушение нормальных отношений между матерью и ребенком. Главная причина детской анорексии – чрезмерная заботливость и чрезмерная активность матери, поэтому, прежде всего, нужно инструктировать мать о правильном кормлении, а если окажется необходимым, то провести психотерапевтическое лечение её.

Тошнота, психогенная рвота и психогенные коликообразные боли в животе являются у некоторых школьников (особенно астеников) конституционально – типическими «защитными» реакциями на чрезмерные требования, с которыми неизбежно сопряжено вступление в социально расширенную сферу.

Клиническая картина пубертатного исхудания (anorexia nervosa) в высшей степени характерна и чрезвычайно однообразна. Девочка (у мальчиков это заболевание встречается очень редко), до сих пор физически нормально развитая, иногда даже несколько тучная, вдруг начинает избегать общих трапез и решительно отказывается даже от своих любимых блюд, часто при этом ссылаясь на чувство распирания, постоянные боли в животе и хронический запор. Тайком, однако, такие больные пробираются в кладовые и жадно поедают все, что им попадается, не брезгуя, подчас, и самыми отвратительными вещами (одна из наших больных, умственно весьма развитая, съедала по ночам содержимое ведра с отбросами). В этих случаях дело обстоит не столько в анорексии, сколько в дизорексии в сочетании с булимией (Sommer). Съеденная пища часто извергается вследствие искусственно вызванной рвоты. Исхудание доходит до крайних форм кахексии, против которой иногда бессильна любая терапия. Затем появляются признаки обратного развития вторичных половых признаков: аменорея, снижение основного обмена, постоянная

зябкость, головные боли, бессонница и непрерывная усталость (Thieman, Muller, Mayer). Меньшим единообразием отличается психический профиль больных. Среди них попадаются как капризные, требовательные и дерзкие натуры, так и тихие, скромные, робкие и хронически депрессивные; как аутистические типы гиперэстетов, так и фанатики аскетических идеалов. У всех них есть, однако, одна общая черта: это сосредоточенность всего внимания на еде. Приём пищи часто облекается в форму какого – нибудь хранимого в тайне церемониала. Так, например, поесть можно только после какого – нибудь физического упражнения, а после еды, как бы ничтожна она ни была, необходимо подольше побегать. Против хронического запора поглощаются невероятные количества слабительных средств, а для того, чтобы похудеть, принимаются особые пилюли. Мечты этих больных также полны представлениями о нескончаемых пирах и горах всяческих яств, а любимой сказкой одной из пациенток Sommer была сказка о «скатерти – самобранке». Они охотно помогают в работе на кухне или с особым удовольствием занимаются кормлением других детей. Большинство таких больных недовольно своим полом и предпочло бы быть мальчиками.

О причине столь характерного клинического синдрома высказывались весьма различные мнения (Peltz и A. Mayer). Паталогоанатомические данные (Heni, Siebtnmann, Martin) не подтвердили ни одной из гипотез о каком – либо первичном органическом расстройстве, якобы лежащем в основе этого синдрома: диэнцефалозе, абортивной форме болезни Симмондса, недостаточности передней доли гипофиза и т.д. Все без исключения незначительные изменения желез внутренней секреции (поскольку они вообще были обнаружены) нужно считать вторичными последствиями голодания. В единичных случаях возможна связь с циркулярным психозом или с шизофренией (Villinger). Как правило, пубертатное исхудание представляет собой психосоматическое расстройство, невроз созревания со странной смесью регрессивных, компенсаторных и садомазохистических тенденций.

С точки зрения биографии раннего детства, у больных пубертатным исхуданием много общего с больными адипозо – генитальной дистрофией. Чередование этого заболевания с анорескией у одного и того же больного наводит на мысль об их генетическом родстве. Психоаналитики здесь склонны придавать решающее значение фрустрации оральной фазы, но упускают из виду то, что для большинства этих детей центральной проблемой является половое созревание. Связанные с последним процессы вносят раздражение и побуждают к протесту. Едкие замечания окружающих часто обостряют реакцию и приводят к аскетическому подавлению «всего плотского». Травма первой менструации бывает иногда поворотным переживанием, на почве которого развивается комплекс собственной греховности. Стремление детей с пубертатным исхуданием навсегда остаться детьми не только выражается в их играх, любимых занятиях, мечтах и т.п., но часто со всей откровенностью высказывается. В психопатологической картине всегда можно обнаружить целую группу разнородных (регрессивных, невротическо - оппозиционных, агрессивных, орально – хватательных) тенденций и фобических торможений. Основой этого психоза созревания часто служит жизнеотрицающе - аскетическое настроение.

Лечение должно быть в первую очередь психотерапевтическим; его предпосылка – разрешение конфликтов, порожденных домашними отношениями, а цель – изменение враждебной установки больных по отношению к их собственному телу, подавление их склонности к самобичеванию и инфантильно – регрессивных тенденций, внушение им положительного отношения к их биологической зрелости. Виды на излечение благоприятны, если родители принимают деятельное участие в терапевтических усилиях и не торопятся с выпиской из больницы. О форме психотерапевтической помощи полезные указания можно найти у Giffin, Lucas, Sommer, Bauer-Pohl.

Хронический запор, этот неизбежный парциальный симптом пубертатного исхудания, встречается иногда у девочек как моносимптомный невроз ретентивного характера. Психоаналитики объясняют это явление то, как «боязнь утраты» (Verlustangst и Duhrssen), то, как боязнь раскрытия хранимого в тайне переживания (Krause).

Пример: Больная Б., 1991 г.р., диагноз: Нервная анорексия.

Поступает по направлению участкового психиатра впервые в жизни в связи с изменением психического состояния: в течение года кушает плохо, потеряла в весе, лечение амбулаторное без эффекта. *Анамнез*: Родилась младшей из 2 детей. Отец страдал хроническим алкоголизмом, умер в 1994 году от переохлаждения, брат совершил суицид через повешение в ноябре 2006 года. Раннее развитие без особенностей. По характеру росла живой, активной, целеустремленной девочкой. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо, в настоящее время учится в 10 классе. Изменения в психическом состоянии с мая 2006 года, когда стала отказываться от первых и вторых блюд, стала кушать только сладкое: торты, печенье, конфеты и сладкий чай, стал снижаться вес, появилась аменорея. С мая 2006 года стала более ответственно относиться к учебе. Ухудшение отмечается особенно с сентября 2006 года. В ноябре 2006 года брат совершил суицид - было его жалко, у неё был обнаружен гастрит. Больная обследовалась в детской областной больнице, но должного эффекта от лечения не было, сохранялась астения, анорексия, кахексия, не переносила

запаха пищи. Была направлена в РГП «ННМЦ» в город Астану, где находилась на лечении с 24.01. по 03.02.2007 г. с диагнозом: Хронический неязвенный колит средней степени тяжести. Нарушение микробиоценоза кишечника 1 степени. Невротическое расстройство диссоциативного генеза (реактивная невротическая анорексия). В настоящее время кушает плохо, астенизирована, фон настроения снижен. По направлению участкового психиатра госпитализирована в областной психо - неврологический диспансер (ОПНД).

Соматоневрологическое состояние: Рост 168 см., вес 34,5 кг, АД 90/60 мм. рт. ст., температура 35,9 градусов. Подкожно – жировой слой отсутствует. Кожа с землистым оттенком, тургор снижен. Пушковые волосы. Конечности с цианотическим оттенком. Ногти ломкие, волосы редкие, ломкие. В легких дыхание ослабленное. В сердце – систолический шум на верхушке. Живот слегка болезненный в области эпигастрия.

Психический статус: Контакту доступна, ориентирована верно, фон настроения снижен. Скрытная, подозрительная, о своих переживаниях не рассказывает. Мышление последовательное, «голоса» отрицает. Память, интеллект сохранены. Диагноз: Нервная анорексия.

В отделении фон настроения снижен. Плаксива, тяготится обстановкой, подолгу залеживается в постели. Кушает мало, под контролем медперсонала. Периодически - рвота, схваткообразные боли в животе, склонность к запорам.

Осмотрена комиссионно: Анамнез заболевания с мая 2006 года с аменореи, отсутствия аппетита, снижения веса. В динамике отмечает появление боли по ходу кишечника, запоры. Усиление симптоматики в виде нарастания спастических болей в кишечнике, полной анорексии после психотравмирующего факта в ноябре 2006 года. Стационарное лечение в областной детской больнице (г. Павлодар), где проведено комплексное обследование (ирригоскопия, колоноскопия с морфологическим исследованием слизистой толстого кишечника, ФГДС, УЗИ брюшной полости, лапароскопия 15.01. 2007 г.), которое не выявило органической патологии. С учетом сохраняющихся спастических болей в животе - запоры, анорексия, прогрессирующая кахексия (ИМТ 14), астения рекомендована госпитализация в ННМЦ с целью верификации диагноза и коррекции терапии. При поступлении обращают на себя внимание личностные особенности больной в виде невротической неустойчивости, чрезмерной тревожности, отягощенная наследственность, анорексия и вследствие этого - длительные запоры, вторичная аменорея. По данным проведенных исследований органической патологии ЖКТ не выявлено, отмечаются спастические боли в кишечнике за счет запоров, нарушения микробиоценоза кишечника 1 ст. вследствие анорексии. Нарушение менструального цикла может носить двоякий характер – как вследствие анорексии со снижением ценоральных гормонов, а также кисты шишковидной железы, выявленной при МРТ исследовании головы, что требует динамического наблюдения у гинеколога – эндокринолога с коррекцией веса и МРТ головы в динамике через 6 - 12 месяцев с последующей консультацией у нейрохирурга. Диагноз: Нервная анорексия. Необходим дифдиагноз с болезнью Симмондса, осмотр эндокринологом.

Больная обследована: невропатологом - диагноз: Нервная анорексия, киста шишковидной железы; терапевтом - диагноз: Хронический неязвенный колит средней тяжести. Истощение 2 степени, Хронический гепатит, латентное течение, ДЖВП, Правосторонний нефроптоз, Миокардистрофия. Вывод эндокринолога: «Данных за синдром Симмондсона в настоящее время нет». Вывод психолога: «Мышление замедленное. Память, объем знаний соответствуют возрастному уровню».

Лечение: нейролептики малыми дозами, дробное питание, психокоррекция, сосудистые, ноотропы, седатики, общеукрепляющее, симптоматическое лечение.

Стала спокойной, доброжелательной, появился аппетит, исчезли боли в животе, рвота. Больная выписана из стационара. Даны рекомендации.

Таким образом, можно говорить о том, что:

1) нервная анорексия – это заболевание, возникающее преимущественно у девочек – подростков и юных девушек и выражается в сознательном чрезвычайно стойком и целеустремленном стремлении к похудению. Нередко достигающему выраженной кахексии с возможным летальным исходом. Мотивом такого поведения, обычно тщательно диссимулируемого, является болезненная убежденность в собственной излишней («безобразной», «уродливой», «неэстетичная») полноте всего тела или отдельных его частей;

2) нервная анорексия обычно тесно связана с дисморфоманией – болезненной убежденностью в каком – либо мнимом или чрезвычайно переоцениваемом недостатке собственной внешности и очень упорным стремлением этот недостаток исправить. Для больных с болезненными мыслями об «излишней полноте», методом такой «коррекции» является стремление «похудеть любым путем;

3) описано четыре основных этапа синдрома:
   а) дисморфофобический или преданоректический;
   б) дисморфоманический;
   в) кахектический;
   г) этап выхода из кахексии (от исчезновения признаков кахексии до восстановления менструации), стабилизация соматопсихического состояния.

Следует подчеркнуть, что гормональная терапия для восстановления менструальной функции

нецелесообразна раньше, чем через 2-4 месяца после достижения ВПМ (Восстановление массы тела до уровня не меньше, чем масса тела, при которой в процессе похудения, наступила аменорея).

Литература:

1. Коркина М. В., Цивилько М. А., Марилов В. Р. Нервная анорексия. - М., 1986.

2. Клиническая психиатрия // под ред. Г. Груле, Р. Юнга. - М.,1967 г.

3. Журнал «Неврология и психиатрия» имени С. С. Корсакова. – 2004. - том 104, 10. - С. 22 - 25.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Е. В. Бредихина, Б. Б. Смагулов, В. Н. Жуков,
Р. Ш. Асанбаева, С. М. Искакова, Л. А. Гречанова

Расстройства адаптации при наркотической зависимости

В последние годы актуализировался интерес многих исследователей к теме дезадаптации лиц с зависимостью от ПАВ. Адаптация - это эволюционно возникшее приспособление организмов к условиям среды, выражающееся в изменении их внешних и внутренних особенностей. Способность к адаптации является одним из важнейших свойств живых организмов, обеспечивающих их самосохранение в постоянно меняющихся условиях внутренней и внешней среды [1].

Адаптация по другому определению - это явление, представляющее собой результат сложного взаимодействия окружающей среды, в том числе социальной обстановки, с внутренней регулятивной системой организма. Социальная адаптация, согласно определению Нового энциклопедического словаря, — это процесс взаимодействия личности или группы с социальной средой; включает усвоение норм и ценностей среды в процессе социализации, а также изменение, преобразование среды в соответствии с новыми условиями и целями. Социальная дезадаптация — это выраженное в той или иной мере нарушение процесса взаимодействия с социальной средой, прекращение или изменение усвоения норм и ценностей среды, невозможность участвовать в ее преобразовании. Расстройство адаптации личности к окружающей среде играет существенную роль в механизмах развития нарушений поведения [2].

Рассматривая адаптацию в медицинском аспекте, ее нарушения понимаются несколько по-другому. Так в МКБ - 10 приводятся следующие критерии расстройства адаптации (F43.2): это состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению жизни или стрессовому жизненному событию. Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного, более широкую систему поддержки и социальных ценностей. Стрессор может затрагивать индивидуума, а также его микросоциальное окружение. Расстройство начинается в течение месяца после стрессового события, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев. Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справляться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Индивидуум может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Тем не менее, дополнительно, особенно у подростков, могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или диссоциальное поведение). Более важную, чем при других расстройствах в F43.2, роль в риске возникновения и формирования проявлений адаптационных расстройств играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость [3].

Некоторые авторы к признакам, характеризующим социальную дезадаптацию, относят следующие:

- эмоционально-волевые нарушения;
- общее огрубение и отгороженность личности;
- пренебрежение к общепринятым морально-этическим ценностям;
- отсутствие значимых для общества установок;
- нарушение межличностных отношений и социальных связей; снижение механизмов контроля и неадекватность оценок собственных действий и поступков;
- формирование криминального мировоззрения;
- девиантность форм поведения с неспособностью оценивать и прогнозировать последствия;
- уклонение от общественно-полезной деятельности;
- направленность на употребление ПАВ [4, 5].

Поэтому, если социальную дезадаптацию понимать более широко (как нарушение взаимодействия индивидуума со средой, характеризующееся невозможностью осуществления им в конкретных микросоциальных условиях своей позитивной социальной роли, несоответствия его возможностей и запросов), то становится очевидным то, что выраженная в той или иной мере социальная дезадаптация присуща всем больным, страдающим зависимостью от ПАВ. Именно эта, достаточно широкая трактовка адаптации/дезадаптации и применяется пси-

хиатрами-наркологами и психологами при решении проблем, связанных с синдромом зависимости от ПАВ [6, 7].

Зависимость от психоактивных веществ, проявляется своеобразным «аддиктивным поведением», нарушением механизмов адаптации (вернее, формированием новых болезненных адаптивных моделей), расстройством сферы коммуникации [8].

Наркотизация меняет социальную ориентацию личности за счет процесса социально-трудовой дезадаптации и криминализации [9].

Т. И. Букановская считает, что у больных опийной наркоманией выраженные нарушения социального приспособления связаны с состоянием психической дезадаптации и в большей мере представлены у лиц, обнаруживающих психопатоподобные проявления. Динамику дезадаптации наркоманов можно представить так: прежде всего, снижается социальный статус, затем уровень трудовой адаптации и, в последнюю очередь - уровень семейно-бытовой. Больные наркоманией более всего стремятся сохранить на прежнем уровне свой социальный статус, однако однажды нарушенные семейные отношения уже не восстанавливаются даже у тех, кто в течение нескольких лет находится в ремиссии.

Н. Я. Оруджев выделяет три уровня дезадаптации лиц с наркологическими заболеваниями.

Первый уровень дезадаптации характеризуется лишь определенным снижением морально-этических норм поведения, неотягощенной наследственностью, отсутствием патологических личностных особенностей, эпизодическим употреблением ПАВ.

Дезадаптация второго уровня определяется при совокупности таких признаков, как снижение успеваемости (для подростков) или эпизодичность работы (для взрослых), конфликты в семье и с законом, относительная регулярность злоупотребления ПАВ или зависимость от них, соответствующий круг общения.

Третьему, самому глубокому, уровню дезадаптации свойственны асоциальный образ жизни, неоднократные судимости, отсутствие каких-либо побуждений, кроме злоупотребления ПАВ, высокая наследственная отягощенность, длительная зависимость от ПАВ.

У. А. Абшаихова, Н. А. Сирота приводят признаки социальной дезадаптации у подростков, больных гашишной наркоманией: потеря привязанности к близким, разрыв семейных связей, изоляция от среды воспитания, негативный настрой к лицам, выполняющим воспитательные функции, формирование положения «изгоя», разрушение сферы неформального межличностного общения, утрата референтной группы, отсутствие досуга, не занятого наркотизацией, склонность к патологическим формам поведения (делинквентность, бродяжничество, аутоагрессивные и антисоциальные тенденции). Полная социальная дезадаптация определена ими у 77,5% подростков, больных гашишной наркоманией, неустойчивая адаптация — у 17,5%, сохранная адаптация — всего у 5% [10].

Некоторые авторы используют в своей работе «синтетическое» определение дезадаптации, включающее и клинические признаки прогредиентности наркологического заболевания, и характеристики ближайшего социального окружения, и наличие или отсутствие противоправных действий [11].

Расстройства адаптации в условиях пенитенциарной изоляции

Лишение свободы является мерой наказания и ставит человека в совершенно новые условия социального взаимодействия, где жизнь имеет свои законы и им, как правило, сложно сопротивляться. При реализации наказания осужденный подвержен ряду неблагоприятных факторов, от действия которых на личность следует ожидать появления различных психических нарушений. Новая социальная роль в местах лишения свободы определяет изменение привычного реагирования, что «проверяет на прочность» возможности адаптации индивида. Потеря реальной самостоятельности, ограничение степени свободы в значительной мере способствуют личностной дезадаптации человека, часто вызывая развитие тревоги, депрессии или их сочетаний, как проявлений вариантов адаптации индивидуума в пенитенциарных условиях.

Так Е. С. Оленко, В. Ф. Киричук, А. И. Кодочигова при изучении психологических особенностей личности у клинически здоровых заключенных мужского пола, находящихся на различных сроках исполнения наказания в исправительно-трудовом учреждении (ИТУ) показали, что на ранних сроках отбывания наказания в ИТУ выявляется личность с активной жизненной позицией, невосприимчивая к социальным нормам, зависящая в морально-нравственном отношении от социального окружения. При заключении в ИТУ более 2 лет у клинически здоровых лиц повышается фиксированность на своих соматических ощущениях с нарастанием внутриличностной и межличностной дезадаптации [12].

В последнее время стали появляться отечественные оригинальные работы, посвященные изучению воздействия хронического стресса вынуж-денной изоляции на психическую сферу [13, 14, 15]. В частности, показано, что пенитенциарная среда способствует формированию у мужчин агрессив-ного поведения с выраженной социальной дезадаптацией. Общей формой реагирования на психогенные факторы в местах лишения свободы является социально-психологическая дезадаптация, которая, наслаиваясь на личностные особенности заключенного, приводит к прогрессированию внутриличностных и межличностных конфликтов [13].

При изучении влияния пенитенциарных учреждений на личность заключенных были выявлены следующие варианты социально - психологической дезадаптации:

- аутоагрессивные действия - попытки самоубийств, проведение голодовок и т.д.;
- гетероагрессивные действия - нападения на окружающих;
- нарушение режима содержания;
- общественно опасные действия - повторные нарушения [16].

Как показывали исследования, аутоагрессивные действия наиболее часто встречаются среди больных шизофренией и психопатией (40 и 33,3% случаев, соответственно). Гетероагрессивные действия распространены среди лиц, обнаруживающих клинические признаки наркомании (100%), психогенно-обусловленных психических состояний (57,1%) и психопатий (55%) [16, 17].

Особое место в социальной структуре осужденных занимают группы лиц с отрицательной направленностью по отношению к исправительно - трудовому процессу [16]. При обследовании данной категории лиц обнаружены резидуальные явления органического поражения головного мозга (21,6% случаев) и различные психопатии (40,5% случаев). Среди лиц, характеризующихся положительной установкой на исправление, преобладают заключенные с невротическими состояниями (29,7%). Лица с психопатическими акцентуациями характера, психогенно-обусловленными психотическими состояниями занимают промежуточное положение, составляя 17,2 и 10,3% случаев соответственно [18].

Е. Н. Кривулин приводит данные, свидетельствующие о сложном взаимодействии множества медико-биологических и социально-психологических влияний, участвующих в снижении уровня адаптивных способностей личности и развитии депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации. Причём, социально-психологические факторы являлись ведущими в формировании патологической почвы, которая способствует возникновению адаптационных расстройств депрессивного спектра, особенно у преморбидно «практически здоровых» заключенных. Тогда как медико-биологические факторы в большей степени определяли патологическую почву, которая способствует как развитию депрессивных реакций, так и их дальнейшей динамике у молодых заключенных с наркологическими и психическими заболеваниями. Психогенные условия социальной изоляции в виде деструктивных форм социального взаимодействия провоцировали развитие депрессивных реакций и определяли их хронификацию [19].

Представляется допустимым, что, формируясь, субнозологические (доболезненные) образования, выявляющиеся на этапе первоначальной адаптации к условиям социальной изоляции, при воздействии дополнительных психотравмирующих средовых агентов могут стать этапными образованиями на пути к формированию более тяжелых по клинике форм психогенных расстройств (от реакций до состояний), например депрессивные реакции, как проявления пенитенциарной дезадаптации, укладывающиеся в рубрику F43.2 (МКБ - 10) - «Расстройства адаптации» [19].

По мнению ряда исследователей, успех адаптации в местах лишения свободы предопределяют объективные (режим, быт, динамика требований и другие условия социальной изоляции) и субъективные (особенности личностных характеристик) факторы, а также адаптивная потребность. Реализация адаптивной потребности и успех адаптации зависят от уровня развития адаптивных способностей личности и информированности о новой среде [17, 20, 21, 22, 23, 24, 25].

Особенности адаптации осужденных с ВИЧ

ВИЧ-инфекция имеет тенденцию к распространению, особенно в среде лиц, принимающих инъекционные наркотики; как правило, это молодые и работоспособные люди, часть из которых нередко попадает в места лишения свободы.

В исследовании в группах ВИЧ - инфицированных мужчин с алкогольной и наркотической зависимостью, отбывающих наказание в местах лишения свободы О. Е. Санниковой, Л. М. Федоровой и др. выявлены наличие выраженного стресса, признаков дезадаптации личности и использование незрелых механизмов психологической защиты. Авторами обоснована необходимость психотерапевтической работы с ВИЧ - инфицированными, находящимися в условиях лишения свободы, направленной на снижение уровня тревоги и повышение сопротивляемости к стрессу с учетом вида химической зависимости [26].

В. В. Беляева также показывает наличие у ВИЧ - позитивных осужденных состояния повышенного стресса и социально-психологической дезадаптации, что в сочетании с признаками поражения ЦНС и патологией психомоторной сферы может приводить к появлению агрессивного поведения, являться причиной суицида и даже возникновения такого социально опасного явления, как «ВИЧ-терроризм» [27].

Выводы:

- Адаптация - это явление, представляющее собой результат сложного взаимодействия окружающей среды, в том числе социальной обстановки, с внутренней регулятивной системой организма.
- Зависимость от психоактивных веществ, проявляется своеобразным «аддиктивным поведением», нарушением механизмов адаптации (вернее, формированием новых болезненных адаптивных моделей), расстройством сферы коммуникации.

- Наркотизация меняет социальную ориентацию личности за счет процесса социально-трудовой дезадаптации и криминализации.
- Ограничение степени свободы в значительной мере способствуют личностной дезадаптации человека, часто вызывая развитие тревоги, депрессии или их сочетаний, как проявлений вариантов адаптации индивидуума в пенитенциарных условиях.
- Реализация адаптивной потребности и успех адаптации зависят от уровня развития адаптивных способностей личности и информированности о новой среде.
- Теоретически и практически обоснована необходимость психотерапевтической работы с ВИЧ-инфицированными, находящимися в условиях лишения свободы, направленной на снижение уровня тревоги и повышение сопротивляемости к стрессу с учетом вида химической зависимости.

Литература:

1. Панин Л. Е., Ведутов В. Ю., Сипачева М. В., Матко В. Н., Денисова О. Ф., Ярославцева О. Г., Палей М. А., Слепченко Г. Б., Капитонова И. И., Низовцева Н. П., Пичугина В. М. Программа «Восстановление и повышение ресурсов адаптации» - эффективная модель оздоровления немедикаментозными средствами. // Журнал «Сибирский вестник психиатрии и наркологии». – 2004. - № 3 (33). - С. 65 - 68.

2. Игонин А. Л., Тузикова Ю. Б., Иришкин Д. А. Злоупотребление психо-активными веществами и асоциальное поведение (обзор литературы) // Ежемесячный научно-практический журнал «Наркология», Российская академия медицинских наук. - Издательство «Литера», 2004. - № 3. - С. 50 - 58.

3. Международная Классификация Болезней (10-й пересмотр). Классификация Психических и Поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Перевод на русский язык под редакцией: Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. ВОЗ. Россия. - Санкт-Петербург «Оверлайд», 1994.

4. Северный А. А., Иовчук Н. М. Социум как пусковой фактор реализации конституциональных и патологических предрасположений к отклоняющемуся поведению детей и подростков // Саморазрушающее поведение у подростков. — М., 1996. — С. 15 - 21.

5. Шибанова Н. И. Особенности социальной дезадаптации больных с наркологическими заболеваниями. — М., 1997. — 67 с.

6. Зыков О. В. Состояние и перспективы развития наркологической службы в г. Москве // Вопросы наркологии. — 1997. — № 1. - С. 27 - 33.

7. Юлдашев В. Л. Социально-психологические и биологические факторы формирования аддиктивного поведения подростков: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 1997. — 42 с.

8. Благов Л. Н., Найденова Н. Г., Власова И. Б., Найденова И. Н. О роли психопатологии в клинике опиоидной зависимости. // Ежемесячный научно-практический журнал «Наркология», Российская академия медицинских наук. - Издательство «Литера», 2003. - № 10. - С. 28 - 33.

9. Елисеев И. М. // Клинические аспекты социальной реадаптации психически больных. — М.: Медицина, 1976. — С. 151 - 161.

10. Абшаихова У. А., Сирота Н. А. Клинико-катамнестическое исследование подростков, больных гашишной наркоманией // Саморазрушающее поведение у подростков. — Л., 1991. — С. 72 - 75.

11. Оруджев Н. Я. Дезадаптация лиц с наркологическими заболеваниями: Автореф. дисс. на соискание уч. степени д.м.н. — М., 2002. - 38 с.

12. Оленко Е. С., Киричук В. Ф., Кодочигова А. И. Психологические особенности клинически здоровых лиц, находящихся на различных сроках заключения в пенитенциарном учреждении. // Российский психиатрический журнал. – М.: Медицина, 2008. - № 1. - С. 4 - 14.

13. Агаларзаде А. З. Психические расстройства у осужденных: Автореф. дис. д. м. н. - М., 1990. - 25 с.

14. Гизатуллин Р. Х. Особенности агрессивного поведения лиц в коллективах с ограниченной ротацией контингента: Автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2001. - 128 с.

15. Калистратов В. Б. Психогенные расстройства у осужденных мужчин в пенитенциарных учреждениях // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сб. ст. - Пенза, 1998. - Вып. 2. - С. 32 - 33.

16. Антонян Ю. М. Личность осужденных, имеющих психические аномалии и их поведение в местах лишения свободы // Проблемы повышения эффективности применения основных средств исправления и перевоспитания осужденных: Сб. науч. тр. - Рязань, ВШ МВД СССР, 1984. - С. 64 - 77.

17. Качнова Н. А. Особенности психогенных факторов в условиях мест лишения свободы для женщин и варианты социально-психологической дезадаптации // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 5. - С. 39 - 42.

18. Антонян Ю. М. Преступность среди женщин. - М.: Наука, 1992. - С. 127 - 148.

19. Кривулин Е. Н. Факторы риска развития депрессивных реакций при пенитенциарной дезадаптации у подростков. // Журнал «Социальная и клиническая психиатрия». - Москва, 2007. - Т. 17, выпуск 2, - С. 52 - 55.

20. Агаларзаде А. З., Диаков Д. А. Распространенность психической патологии среди осужденных с учетом этнокультурного состава тюремной популяции (по данным зарубежной литературы) // Российский психиатрический журнал. - 1997. - № 5. - С. 24 - 27.

21. Агаларзаде А. З., Гонопольский А. М. Структура психических расстройств у осужденных к лишению свободы (аналитическая справка). - М, 2000. - 208 с.

22. Балашов П. П., Миневич Н. А. Формы и методы реабилитации осужденных с различными вариантами нарушений психического здоровья // Медицина в Кузбассе. Спецвыпуск: проблемы медицины и психиатрии. - 2003. - № 3. - С. 112 - 114.

23. Пирожков В. Ф. Влияние социальной изоляции в виде лишения свободы на психологию осужденного // Вопросы борьбы с преступностью. - М.: Юрид. литература. - 1984. - Вып. 35. - С. 40 - 51.

24. Семке В. Я., Судаков В. Н., Нохрина Л. Я. Клиническая динамика и первичная профилактика пограничных нервно-психических расстройств // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии. - Л., 1986. - С. 133 - 140.

25. Семке В. Я. Психогении современного общества. — Томск: Издательство Том. Ун-та, 2003. - 408 с.

26. Санникова О. Е., Федорова Л. М., Сидоров П. И., Соловьев А. Г. Особенности личностных и нейрофизиологических характеристик у ВИЧ - инфицированных осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью. // Ежемесячный научно-практический журнал «Наркология», Российская академия медицинских наук. - Издательство «Литера», 2008. - № 2. - С.36-39.

27. Беляева В. В. Агрессивное поведение у больных, инфицированных ВИЧ // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2000. - № 1 - С. 40 - 43.

ВЕДУЩИЕ ЖИЗНЕННЫЕ РАДИКАЛЫ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ С ПОЗИЦИЙ СУДЬБОАНАЛИЗА Л. СОНДИ И ИХ СВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Э. Т. Жусупова г. Алматы

Во всех работах, посвященных изучению наркотической зависимости, уделяется большое внимание как личностным расстройствам, приобретенным в результате наркотизации, так и наличию личностных девиаций в преморбиде [1, 2, 3, 4]. Еще в свое время В. А. Гиляровский (1935) писал о том, что наркомании особенно часто бывают у лиц с неустойчивой конституцией [5]. Сиволап Ю. П. и Савченков В. А. считают, что для развития зависимости к психоактивным веществам (ПАВ) необходимо наличие «проаддиктивных расстройств» в виде «конституционально обусловленных низких порогов восприятия неблагоприятных внешних воздействий, наклонность к ипохондрическим реакциям, эгоцентризм, истерические черты, аффективная неустойчивость, импульсивность, недостаточный контроль влечений и поведения, социопатические тенденции и другие проявления девиации личности» [6]. Многие исследователи немаловажным в возникновении и течении наркомании считают личностные особенности в преморбиде [7, 8], а также формирование так называемой наркоманической личности [9].

Целью нашей работы являлось выявление личностных особенностей позиций судьбоанализа Сонди, которые могли бы нам говорить о прогнозе заболевания. Для этого мы поставили перед собой следующие задачи:

1) выявление личностных особенностей в виде ведущих жизненных радикалов у больных с зависимостью от опиатов;
2) связь выявленных ведущих радикалов с длительностью заболевания;
3) могут ли выявленные ведущие жизненные радикалы служить предикторами рецидивов.

Материал и методы

Наше обследование проводилось на базе психонаркологического отделения РНПЦ ППН и реабилитационного отделения ГНЦ МСК.

Все пациенты были разбиты на 3 группы. Основным критерием отбора в группы была длительность максимального воздержания. 1 группа – ремиссия, 2 группа – этапы созревания и становления ремиссии (воздержание до 6 мес.), 3 группа – безремиссионное течение. В 3-ю группу также вошли пациенты, у которых отмечено длительное воздержание, но в условиях, исключающих употребление, т.е. основной синдром заболевания - патологическое влечение - у них не был дезактуализирован, а токсическое воздействие непосредственно самого наркотика мы в дальнейшем рас-

смотрим в своей работе. Больные, которые в период неупотребления героина по разным причинам переходили на другое психоактивное вещество, а затем вновь возобновляли наркотизацию опиоидами, нами также были отнесены в группу безремиссионного течения, поскольку мы в своем исследовании исходили из того, что ремиссия – это полный отказ от употребления психоактивных веществ [4].

Исследован 61 пациент, страдающий психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов (F 11.21 по МКБ-10). Данные представлены в таблице № 1 «Социально-психопатологическая характеристика материала».

Таблица № 1

Социально-психопатологическая характеристика материала

Признаки	1 группа	2 группа	3 группа
Количество пациентов	23 чел.	14 чел.	25 чел.
Средний возраст	29,8 года	27,5 года	30,6 года
Мужчин	73,9%	71,4%	80%
Женщин	26,1%	28,6%	20%
Сфера профессиональной деятельности:			
- работают	39%	21,4%	16%
- декретный отпуск	4,3%	0%	0%
- студент	4,3%	0%	0%
- не работают	34,7%	78,6%	64%
- иное	8,7%	0%	20%
Семейное положение:			
- женат/замужем	43,5%	7,1%	24%
- разведен	21,7%	21,4%	40%
- холост	34,8%	71,4%	36%
Образование:			
- высшее	21,7%	21,4%	28%
- неоконченное высшее	17,5%	21,4%	16%
- средне-специальное	21,7%	21,4%	24%
- среднее	17,4%	21,4%	16%
- неполное среднее	17,4%	14,4%	16%
- неграмотный	4,3%	0%	0%
Наследственность:			
- не отягощена	39,2%	14,3%	24%
- отягощена алкоголизацией	43,5%	64,3%	48%
- отягощена алкоголизацией и наркоманией	4,3%	7,1%	16%
- отягощена наркоманиями	0%	14,3%	12%
- отягощена психическими заболеваниями	13%	0%	0%
Стаж наркотизации	от 8 месяцев до 16 лет	от 1 года 8 месяцев до 13 лет	от 10 месяцев до 26 лет

Как мы видим из таблицы № 1 социально более адаптированы пациенты 1 группы: 39% из них работают в отличие от 16% представителей 3 группы и процент неработающих здесь гораздо ниже - 34,7%.

На момент 1-го исследования 43,5% больных 1-й группы состояли в браке, а во 2-й и 3-й группах 7,1% и 24% соответственно.

В отношении образовательного уровня принципиальных отличий между респондентами разных групп сравнения нет. Если же мы говорим о таком важном аспекте как наследственная отягощенность, то видно из таблицы, что у больных с безремиссионным течением встречается чаще отягощенность алкоголизмом 48%, и алкоголизмом и наркоманией 16%, наркоманией 12% в отличие от группы с более доброкачественным течением. Максимальная длительность наркотизации безусловно превышала в 3-й группе – 26 лет. Мы в данной статье не ставили перед собой эту задачу проанализировать все клинико-психопатологические и социально-психологические параметры исследуемых групп.

Для решения вышеуказанных поставленных задач мы выбрали модифицированную методику Сонди «Тест восьми влечений» (автор Л. Н. Собчик). Данная методика нас заинтересовала тем, что выявляются состояние истинных потребностей человека, т.к. общеизвестно, что возникающий конфликт между истинными потребностями человека и

социальными установками приводит к различным нервно-психическим нарушениям, проявляющимися самым различным образом (психосоматическими, суицидом, аддикциями и т.д.). Согласно теории влечений Сонди, факторы влечений – это ведущие жизненные радикалы. Они обладают способностью к превращению в разные формы проявления, то есть имеют несколько вариаций, проявляющихся в «возможностях судьбы», однако в отличие от психоаналитической теории З. Фрейда они не могут трансформироваться друг в друга. Уже много лет тест Сонди используется психиатрами и психологами как проективный личностный тест. Сонди выводит психологические особенности человека из конституционально-генетического базиса [10]. Мы использовали переднеплановый и заднеплановый подходы с целью суммации результатов для получения более выраженного личностного профиля.

Результаты

О состоянии влечения мы можем судить по той реакции, которую мы получаем в результате обследования. Существуют следующие реакции.

Полная реакция отражает состояние напряженной потребности, может быть позитивной и тогда может либо проявляться вовне и тогда мы говорим о том, что влечение готово к разрядке вовне и испытуемый лишь только ждет удобного момента для его реализации и может быть отреагировано, либо генотипически, т.е. вовне, либо генотропически, т.е. путем трансформации в социально приемлемый, сублимированный вариант реализации влечения.

Если же реакция негативная, это обозначает, что влечение переполняет, но неосознанно вытесняется или подавляется в результате невозможности реализации.

Нулевые реакции нам говорят о разрядке влечения. По мнению Сонди, нет принципиального различия между полной реакцией и нулевой реакцией, по его мнению – это просто отражает переход одной в другую. В связи с тем, что мы использовали полный профиль влечений (переднеплановый и заднеплановый подход) в исследовании нет нулевых реакций.

1 фактор – h (влечение к жизни. Эрос – фактор, как индивидуальная любовь, так и любовь ко всему человечеству) относится к сексуальному влечению (вектору S). Результаты выборов: как видно из таблицы № 2 максимальное количество позитивных выборов пришлось на первую группу. По табличным данным видно, что негативных реакций в 1 и 2 группах не было. То есть мы видим, что данный фактор находится в состоянии напряженной потребности. Эта последовательность накопления встречается у детей в период привязанности к родителям. В клиническом опыте – это означает невозможность разрядки эротической потребности в связи с нарушением структуры «Я». Наличие же негативных реакций в 3 группе говорит нам о том, что вытесняются или подавляются Эрос-тенденции, отказ от либидиозных потребностей.

Таблица № 2

*Реакции по **фактору h***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	47,8%	27,3%	32%
Амбивалентные реакции (+)	26,1%	50%	36%
Амбиэквальные реакции	26,1%	21,4%	24%
Амбивалентные реакции (-)	0%	7,1%	4%
Негативные реакции	0%	0%	4%

Следующий фактор – это **фактор s,** который также относится к вектору S. Сущность его состоит в потребности к разрушению и саморазрушению, в садизме и мазохизме, в активности и пассивности. Мы видим, что в первой и во второй группах наибольшее количество выборов пришлось на негативные реакции, что говорит нам о подавлении или вытеснении выраженных разрушительных тенденций. В третьей же группе наибольшее количество выборов получили амбивалентные реакции с преобладанием отрицательных выборов, что свидетельствует о более сильной мазохистической тенденции, с позиции индивидуально личностного похода означает фетишизм, самоуничижение, суицидальные тенденции.

Перейдем к рассмотрению фактора **e** (пароксизмальное влечение – вектор P). **Фактор e –** это влечение, которое может превращать человека с его яростью и ненавистью, завистью и ревностью либо в убийцу с грубыми аффектами взрывообразно обрушивающего свои аффекты на окружающих, либо в припадочного, аллергического психосоматического больного, мучающегося страхами и заиканием, у которого агрессия блокирована, трансформирована в собственные страдания. С другой стороны - этот фактор образует инстанцию совести. Мы видим по таблице № 4, что в 1-й и во 2-й группе наибольшее количество выборов приходится на амбиэквальные реакции, что означает, что человек может быть и злым, и добрым. В 3-й группе 36% пациентов выбрали амбивалентные реакции с преобладанием вытеснения, что означает, что этическая борьба выражается в большей агрессивности и проявляется наклонностью к злу.

Таблица № 3

*Распределение реакций по **фактору s***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	4,3%	14,3%	4%
Амбивалентные реакции (+)	13%	0%	12%
Амбиэквальные реакции	17,4%	28,6%	16%
Амбивалентные реакции (-)	21,7%	21,4%	40%
Негативные реакции	43,5%	35,7%	28%

Таблица № 4

*Распределение реакций по **фактору e***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	8,3%	10%	8%
Амбивалентные реакции (+)	37,5%	10%	12%
Амбиэквальные реакции	37,5%	60%	32%
Амбивалентные реакции (-)	16,7%	10%	36%
Негативные реакции	0%	10%	24%

Фактор, который мы рассматриваем ниже, это **фактор hy**, который относится к пароксизмальному влечению. Во всех 3-х группах, как мы видим по таблице № 5, максимальное количество выборов приходится на амбиэквальные реакции, что говорит о склонности выставлять себя напоказ.

Функция **фактора k,** отражающим «Я» - влечение: вектор SCH, связан с противоположными тенденциями «Я»: интроекцией и отречением, т.е. это древнейшее бессознательное стремление «Я» к присоединению к себе и овладению ценными объектами внешнего и внутреннего мира. Мы видим (по таблице № 6), что у пациентов 1-й группы наибольшее количество амбивалентных реакций с отвержением 64% и 42,59%, что означает, что, несмотря на двойственность в выражении позиции, тенденция отречения действует сильнее, чем тенденция утверждения. Также мы видим, что позитивных реакций нет ни в одной группе.

Таблица № 5

*Распределение реакций по **фактору hy***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	8,7%	7,1%	8%
Амбивалентные реакции (+)	21,7%	14,3%	28%
Амбиэквальные реакции	39,1%	50%	36%
Амбивалентные реакции (-)	20%	21,4%	16%
Негативные реакции	8%	7,1%	12%

Таблица № 6

*Распределение реакций по **фактору k***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	0%	0%	0%
Амбивалентные реакции (+)	0%	7,1%	12%
Амбиэквальные реакции	8,7%	42,9%	32%
Амбивалентные реакции (-)	64%	42,9%	20%
Негативные реакции	21,7%	7,1%	36%

Проанализируем **фактор p,** относящийся к тому же вектору, что и вышеизложенный фактор. По Сонди - «поистине человеческий фактор влечения». Он представляет собой фундамент специфически человеческой потребности трансформировать в осознанные или в бессознательные акции влечения. Именно **фактор p** при неблагоприятных наследственных и средовых условиях способствует разрушению здоровой связи между душой и духом. Мы видим (таблица № 7), что амбиэквальные реакции присутствуют во всех трех группах. В 3-й группе отмечено наибольшее количество позитив-

ных выборов, что означает двойное существование, бессознательные потребности с двумя полярными влечениями занимают без сопротивления главенствующее место в сознании вплоть до одержимости; это состояние инфляции, когда «Я» разрешает непереносимые для него противоречия тем, что просто их не воспринимает.

Ниже мы анализируем **фактор d,** который относится к контактному влечению (вектор С). Инерция и перемены, прилипание и поиск, алчность и расточительство, консерватизм и свободомыслие обновления, страсть к собирательству и щедрость, верность объекту привязанности и неверность – все это, по Сонди, отражено в факторе d. Мы видим по таблице № 8, что максимальное количество выборов пришлось у 1-й группы на негативные реакции, т.е. болезненно выраженная инертность, характерологически проявляется в виде жадности, стремления все удерживать при себе. С позиции индивидуально-типологического подхода, если рассматривать болезненную деформацию влечения, то это меланхолическая акцентуация, депрессивное состояние. Во 2-й и 3-й группе – это амбивалентные реакции с отвержением, что говорит нам о более сильной в амбивалентности тенденции к прилипанию.

Следующий рассматриваемый нами фактор – это **фактор m,** являющийся вторым фактором контактного влечения (вектор С). Объятия и разрыв, говорение, еда, целование или молчание, пост, пренебрежение всеми удовольствиями орального плана, страстное желание вечности или смерти, слияния с другими и одиночества. Данный фактор является либо социализирующим, либо десоциализирующим регулятором поведения человека в обществе. По таблице № 9 мы видим, что максимальное количество выборов во всех группах – это амбиэквальные реакции, амбивалентные реакции с позитивным выбором, что говорит нам о гипертонии потребности в цеплянии, неутолимом голоде к цеплянию и присвоению, покинутые дети, еще неспособные к отделению, также могут демонстрировать такие реакции. Индивидуально-типологическая характеристика при болезненной деформации влечения означает экспансивный, ищущий признания, эмоционально - неустойчивый тип акцентуации, антисоциальное поведение (воровство, аферизм).

Таблица № 7

*Распределение реакций по **фактору p***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	4,3%	7,1%	28%
Амбивалентные реакции (+)	43,5%	24%	28%
Амбиэквальные реакции	47,8%	24%	24%
Амбивалентные реакции (-)	4,3%	7,1%	20%
Негативные реакции	0%	0%	0%

Таблица № 8

*Распределение реакций по **фактору d***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	0%	0%	4%
Амбивалентные реакции (+)	16%	0%	12%
Амбиэквальные реакции	24%	30%	16%
Амбивалентные реакции (-)	4,3%	50%	36%
Негативные реакции	52,2%	28,6%	32%

Таблица № 9

*Распределение реакций по **фактору m***

Реакции	1 группа	2 группа	3 группа
Позитивные реакции	26,1%	14,3%	8%
Амбивалентные реакции (+)	26,1%	42,9%	36%
Амбиэквальные реакции	26,1%	35,7%	40%
Амбивалентные реакции (-)	17,4%	7,1%	8%
Негативные реакции	4%	0%	8%

Заключение:

Таким образом, мы видим, что при анализе не выявлено выраженных различий между выборами среди лиц с опиоидной зависимостью, протекающей более доброкачественно.

Для группы же с безремиссионным течением при анализе фактора h характерно подавление Эрос-тенденций и отказ от либидиозных потребностей, через сублимацию сексуального влечения у высокодуховного человека через трансформацию в гуманистические тенденции, в данном же случае – это «любовь к наркотику»; если же рассматривать с точки зрения индивидуально-типологического подхода, то это «тяга к независимости, стремление уйти от конфронтации с жестким противостоянием сильных личностей в мир идеальных отношений» Л. Н. Собчик. Возможно с нашей стороны, это будет очень смело предположить на основании вышеизложенного, что для данной группы является более выраженной потребностью уход в мир иллюзий, «кайфа» как в некий «совершенный мир», что и проявляется злокачественным течением наркомании.

Несмотря на то, что в данной работе мы не даем результатов анализа количества попыток суицида, это описано в литературе, но, тем не менее, мы можем констатировать, что в третьей группе более выражены суицидальные тенденции, мы не имеем ввиду смертность от передозировки, что мы и увидели при рассмотрении фактора s.

Представители 3-й группы характеризуются более выраженным психопатоподобным поведением о чем свидетельствуют результаты выборов по фактору e.

По фактору p мы видим, что в мотивационной сфере больных 3-й группы полностью отсутствует борьба мотивов и принятие двух взаимоисключающих тенденций, что на наш взгляд предполагает, что пациенты реализуют неосознанно, т.е. импульсивно ведущую для них тенденцию, а именно патологическое влечение, что так же подтверждает нам безремиссионный тип течения заболевания.

Литература:

1. *Семке В. Я., Россинский Ю. А., Мандель А. И., Алтынбекова Г. И. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества. – Павлодар, 2005. – С. 20 - 25.*
2. *Иванец Н. Н. Руководство по наркологии.*
3. *Пятницкая И. Н. Наркомании: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1994. – 544 с.*
4. *Винникова М. Н. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). Дисс. на соиск. д.м.н. – М., 2004.*
5. *Гиляровский В. А. Психиатрия. – М. - Л., 1935.*
6. *Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М.: Медицина, 2005. – С.138 - 143.*
7. *Bolognini M., Laget J., Plancherel B. et al. Drug use and suicidal attempts: the role of personality factors/ /Subst.Use Misuse. – 2002. – Vol. 37, N 3. – P. 337-356.*
8. *Козлов А. А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями: дис…канд.мед-.наук. – М.,1999.*
9. *Козлов А. А., Рохлина М. Л. Наркоманическая личность. Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. - № 7.*
10. *Собчик Л. Н. Модифицированная методика Сонди тест восьми влечений. – СПб: Речь, 2003. - 128 с.*

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Э. Т. Жусупова

В литературе очень много исследований посвящено изучению личностных расстройств у больных с зависимостью от опиатов. Некоторые авторы считают, что большую роль в формировании наркомании играют преморбидные особенности личности [1, 2, 3, 4, 5, 6], делались даже попытки выявить «пренаркоманическую» личность [7, 8], но попытки так и остались спорными. У всех пациентов независимо от вида употребляемого наркотика по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелировались и формировался своеобразный наркоманический дефект, «наркоманическая» личность [9, 10].

Целью нашей работы являлось выявление личностных особенностей больных с зависимостью от опиатов.

На основании изложенного выше нами были поставлены следующие задачи:

1. Выявление личностных особенностей у пациентов с зависимостью от опиатов с различной длительностью ремиссии.

2. Установление связи выявленных личностных особенностей у больных с зависимостью от опиатов с типом течения заболевания.

Материал и методы

Обследование проводилось на базе РНПЦ ППН и ГНЦ МСК. Обследованы 64 пациента, страдающие психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления опиоидов (F11.21 по МКБ-10). Контрольная группа представлена студентами медицинского вуза.

Для решения поставленных задач все пациенты были разделены на 3 группы, основным критерием отбора в группы была длительность максимального воздержания. При обозначении групп мы придерживались точки зрения М. А. Винниковой [11], которая в своей работе при формировании ремиссии выделяет два различных этапа: становления (созревания) и стабильной ремиссии. Длительность этапа становления ремиссии составляет не менее 6 месяцев. В 1 группу вошли пациенты, имеющие в анамнезе стабильную ремиссию, т.е. длительность воздержания была более 6 месяцев. Вторая группа представлена наркозависимыми, у которых рецидивирование заболевания происходило на этапе созревания и становления ремиссии (воздержание до 6 месяцев) [11], 3 группа – безремиссионное течение. В 3-ю группу также вошли пациенты, у которых отмечено длительное воздержание, но в условиях, исключающих употребление, т.к. основной синдром заболевания - патологическое влечение - у них не был дезактуализирован, а токсическое воздействие непосредственно самого наркотика мы рассмотрим в дальнейшей своей работе. Больные, которые в период неупотребления героина по разным причинам переходили на другое психоактивное вещество, а затем вновь возобновляли наркотизацию опиоидами, нами также были отнесены в группу безремиссионного течения, поскольку в своем исследовании мы исходили из того, что ремиссия – это полный отказ от употребления психоактивных веществ [12, 13].

Для решения вышеуказанных задач мы использовали Миннесотский личностный опросник (MMPI), адаптированный Ф. Б. Березиным с соавт. в 1994 г.

Для статистической обработки использовался статистический пакет SPSS 12 и Microsoft Excell 2000. Для решения вопроса о достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента для независимых выборок [14].

Результаты

В таблице № 1 представлены средние значения по шкалам MMPI, на основе которой был построен график и сделаны дальнейшие статистические исследования.

Таблица № 1

Средние значения в группах по шкалам MMPI

Шкалы	Контрольная группа	1 группа	2 группа	3 группа
1 шкала - ипохондрии, шкала сверконтроля	40,81	61,26	59,85	65,72
2 шкала - депрессии	43,46	57,38	60,52	61,21
3 шкала - конверсионной истерии, шкала эмоциональной лабильности	52,85	57,24	60,47	61,95
4 шкала - асоциальной психопатии, шкала импульсивности, отражающая стенический тип реагирования до 70, выше контролируемое поведение психопатических или акцентуированных личностей возбудимого круга или РОН или эндогенного происхождения.	45,18	68,50	67,14	73,15
5 шкала - мужских и женских черт характера соответствие полоролевого поведения и уровень сексуальной адаптированности	42,09	47,68	46,54	47,25
6 шкала - паранояльности, шкала ригидности как и 4-я шк. отн-ся к стенич. и гиперст. типу реагиров.	44,27	63,08	68,25	70,14
7 шкала - психастении тревожности	26,86	59,81	56,93	57,43
8 шкала - шизоидности, больные с различными изменениями личности по шизоидному типу, шкала индивидуальностичности	32,75	75,11	76,96	80,13

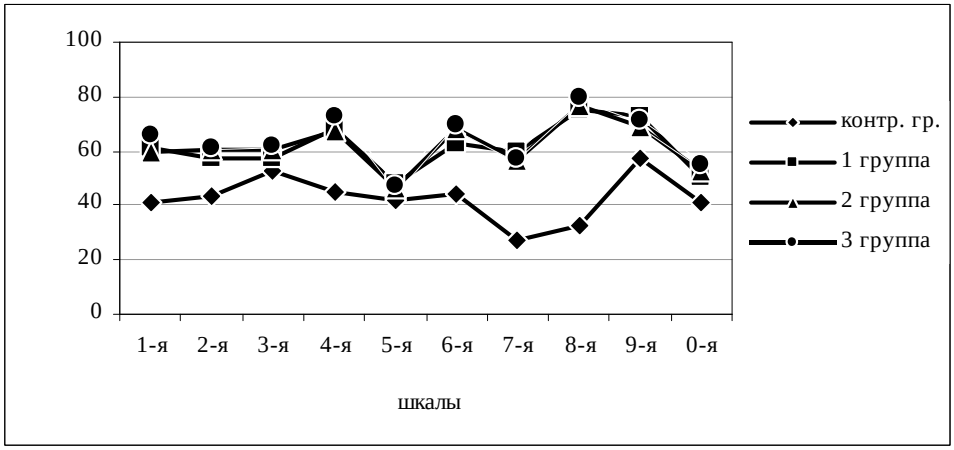
Продолжение таблицы № 1

Шкалы	Контрольная группа	1 группа	2 группа	3 группа
9 шкала – гипомании шкала оптимистичности	57,66	72,93	69,29	71,58
Нулевая шкала - социальной интраверсии показывает уровень общительности, социальной вовлеченности личности	40,85	50,26	52,97	54,92

На рисунке 1 показаны усредненные профили всех сравниваемых групп, которые практически не отличаются друг от друга, но все они отличаются от профиля контрольной группы. Это подтверждается в дальнейшем при статистической обработке, результаты которой представлены в таблице №№ 2 и 3.

Рисунок 1

Усредненные профили групп



Как видно из таблицы № 2, при сравнении контрольной группы с группами сравнения выявлены различия на высоком уровне статистической значимости по шкале ипохондрии с 3-й группой сравнения (p<0,001).

Также по шкале депрессии у контрольной группы различия отмечены на высоком уровне статистической значимости со второй группой сравнения (p<0,001).

В таблице № 2 данные показывают, что по шкале асоциальной психопатии, импульсивности различия на высоком уровне статистической значимости у контрольной группы с 1-й группой сравнения (p<0,001), статистически достоверные (значимые) различия у группы здоровых лиц с 3-й группой сравнения (p<0,05).

При анализе шкалы параноияльности мы видим различия на высоком уровне статистической значимости контрольной группы с группой безремиссионного течения (p<0,001) и различия на высоком уровне статистической значимости со 2-й группой сравнения (p<0,01).

При рассмотрении шкалы психастении видны различия на высоком уровне статистической значимости между группой здоровых лиц и группой с безремиссионным течением (p<0,001).

Как видно из данных таблицы № 2, при рассмотрении 8-й шкалы (шизоидности) различия на высоком уровне статистической значимости у контрольной группы с 1-й (p<0,001) и с 3-й группой сравнения (p<0,01).

Если же рассматривать шкалу социальной вовлеченности, то выявляется статистически достоверные различия контрольной группы с 3-й группой (p<0,05).

В дальнейшем для решения задач исследования мы сравнили достоверность различий между группами сравнения, результаты представлены в таблице № 3.

Обсуждение

Данные таблицы № 1 показывают, что имеются различия на высоком уровне статистической значимости между контрольной группой испытуемых и 3-й группой (p<0,001). Из чего мы можем сделать следующий вывод: больные с безремиссионным течением отличаются иппохондричностью, клинически это проявляется в том, что во время лечения они

Таблица № 2

Различия между контрольной группой и группами сравнения

Шкалы	Контрольная группа и 1-я группа сравнения n= (26+23)-2=47	Контрольная группа и 2-я группа сравнения n=(26+13)-2=37	Контрольная группа и 3-я группа сравнения n=(26+28)-2=50
1 шкала	2,70728E-05 p≤0,01	0,00075538 Статистически достоверные различия не обнаружены	6,11332E-06 p≤0,001
2 шкала	0,000106 Статистически достоверные различия не обнаружены	4,75965E-05 p≤0,001	2,08675E-06 Статистически достоверные различия не обнаружены
3 шкала	0,397173 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,077375 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,005262 Статистически достоверные различия не обнаружены
4 шкала	6,20933E-07 p≤0,001	1,62827E-05 Статистически достоверные различия не обнаружены	2,58056E-10 p≤0,05
5 шкала	0,164320101 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,383119471 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,161660294 Статистически достоверные различия не обнаружены
6 шкала	1,43181E-05 Статистически достоверные различия не обнаружены	2,77368E-05 p≤0,01	3,55798E-08 p≤0,001
7 шкала	1,11575E-06 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,000481811 Статистически достоверные различия не обнаружены	9,39141E-06 p≤0,001
8 шкала	4,44137E-05 p≤0,001	0,000889347 Статистически достоверные различия не обнаружены	3,4805E-06 p≤0,01
9 шкала	0,000576829 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,020696374 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,000824685 Статистически достоверные различия не обнаружены
Нулевая шкала	0,002348208 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,00044064 Статистически достоверные различия не обнаружены	2,50839E-05 p≤0,05

Примечание: уровень значимости на уровне статистической тенденции нами в данной работе не рассматривался (p≤0,1).

Таблица № 3

Различия между группами сравнения
(данные статистической обработки по критерию достоверности по Стьюденту)

Шкалы	1-я и 3-я группы (n= (23+28)-2=49	1-я и 2-я группы (n=(23+13)-2=34	2-я и 3-я группы n=(13+28)-2=39
1 шкала	0,343895809 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,753251 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,30937131 Статистически достоверные различия не обнаружены
2 шкала	0,217569523 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,3428859 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,851458352 Статистически достоверные различия не обнаружены
3 шкала	0,065468 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,403597 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,4115153 Статистически достоверные различия не обнаружены
4 шкала	0,16279046 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,723542 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,08217341 Статистически достоверные различия не обнаружены
5 шкала	0,88036688 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,76030834 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,83000369 Статистически достоверные различия не обнаружены
6 шкала	0,081903 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,302563 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,72099489 Статистически достоверные различия не обнаружены

Продолжение таблицы № 3

Шкалы	1-я и 3-я группы (n= (23+28)-2=49	1-я и 2-я группы (n=(23+13)-2=34	2-я и 3-я группы n=(13+28)-2=39
7 шкала	0,60063306 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,51936774 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,93366981 Статистически достоверные различия не обнаружены
8 шкала	0,525250015 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,688828 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,75612031 Статистически достоверные различия не обнаружены
9 шкала	0,67412267 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,30468789 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,502529 Статистически достоверные различия не обнаружены
Нулевая шкала	0,13127306 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,410312108 Статистически достоверные различия не обнаружены	0,599309 Статистически достоверные различия не обнаружены

постоянно просят дополнительные назначения обезболивающих и снотворных препаратов, независимо от степени выраженности проявлений абстиненции, мотивируя это тем, что они «бояться» проявлений острого абстинентного синдрома.

Если же говорить о шкале асоциальной психопатии, то мы выявили различия на высоком уровне статистической значимости здоровой группы с 3-й группой сравнения ($p<0,001$), что в поведенческом аспекте проявляется в том, что больные с безремиссионным течением практически все имели в анамнезе судимость либо за распространение, хранение наркотиков; либо за кражи, грабежи с целью «нахождения» денег на приобретение наркотика, т.е. вели асоциальный образ жизни.

При рассмотрении шкалы шизоидности различия на высоком уровне статистической значимости контрольной группы с группой безремиссионного течения ($p<0,001$) и также различия на высоком уровне статистической значимости со 2-й группой сравнения ($p<0,01$). На основании этого мы можем сделать следующий вывод. У представителей 3 группы основной синдром заболевания патологическое влечение находится в актуальном состоянии и носит компульсивно-импульсивный характер, в результате чего заболевание носит безремиссионный характер, либо рецидив происходит на стадии становления и созревания ремиссии, что опять таки на наш взгляд связано в первую очередь с актуализацией патологического влечения.

При рассмотрении шкалы социальной вовлеченности, мы выявили статистически достоверные различия контрольной группы с 3-й группой ($p<0,05$) и это клинически подтверждается некоторой социальной аутистичностью наших больных, проявляющуюся в полном безразличии к микро- и макросоциуму, в сужении круга интересов, ограничивающемуся только наркотизацией.

По данным таблицы № 3 мы видим, что между группами сравнения статистически достоверные различия не обнаружены ни по одной шкале данной методики, что еще раз подтверждает нам о том, что в процессе наркотизации формируется «наркоманическая» личность и все личностные особенности, которые были до болезни независимо от преморбидных особенностей будь то здоровая личность, либо акцентуация, либо психопатия нивелируются, что вполне созвучно с исследованиями, посвященными формированию «наркоманической» личности, т.е. определенного психического и личностного дефекта [9, 10, 15].

Заключение:

На основании изложенного выше следует:

1. Для больных с безремиссионным течением характерна более выраженная иппохондричность.
2. У пациентов со злокачественным течением наркомании в анамнезе чаще, чем у пациентов с другим типом течения заболевания, выявляется асоциальное поведение.
3. Для безремиссионного течения героиновой наркомании характерно отсутствие дезактуализации патологического влечения к наркотикам, которое носит компульсивно-импульсивный характер.
4. Больные с безремиссионным течением в большей степени отличаются сформировавшимся стойким «наркоманическим» мировоззрением и выключенностью из социальной жизни.
5. Независимо от преморбидных особенностей личности в результате прогрессирования наркомании формируется единая «наркоманическая личность».

Литература:

1. Тузикова Ю. Б. Особенности формирования и течения героиновой наркомании у больных с преморбидной личностной патологией. Вопросы наркологии. – 2001. - № 5. - С. 26 - 34.

2. Винникова М. А. Постабстинентное состояние при героиновой наркомании (клиника и лечение). Матер. съезда. // 13-й Съезд психиатров России (10-13 октября 2000 г.). - М., 2000. - С. 233.

3. Gedner Arne, Pedersen Therese, Nordlander Torsten. Personality factors and drug of choice in female addicts with psychiatric comorbidity. Sustance Use and Misuse. - 2002. - 37, № 1. - С. 1 - 18.

4. Субханбердина А. С. Опийная зависимость в структуре сочетанной психической патологии (клинический и судебно-психиатрические аспекты). Дисс. на соискание д.м.н. - М., 2004.

5. Семке В. Я., Россинский Ю. А., Мандель А. И., Алтынбекова Г. И. Расстройства личности у больных опийной наркоманией и возможности реабилитации в условиях терапевтического сообщества. – Павлодар, 2005. - С. 20 - 25.

6. Bolognini M., Laget J., Plancherel B. et al. Drug use and suicidal attempts: the role of personality factors// Subst.Use Misuse. – 2002. – Vol. 37, N 3. – P. 337 - 356.

7. Белокрылов И. В. К вопросу о личностном предрасположении к зависимостям от психоактивных веществ. Клиническая психология: Материалы 1 Международной конференции памяти Б.В.Зейгарник. - М., 2001. - С. 45-46.

8. Минков Е. Г. О совокупности условий, необходимых и достаточных для формирования зависимости от психоактивных веществ. Вопросы наркологии. – 2000. - № 3. - С. 51 - 60.

9. Козлов А. А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями: дис…канд.мед. наук. - М.,1999.

10. Козлов А. А., Рохлина М. Л. Наркоманическая личность. Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2000. - № 7.

11. Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов. Дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. - М, 2004.

12. Чирко В. В. Закономерности течения и исходов наркомании и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза): Дисс…д.м.н. - М., 2001.

13. Саута Л. А., Жигель И. М., Рокутов С. В. Некоторые клинические и психологические характеристики больных опийной наркоманией с положительной установкой на лечение. // Сб.: Проблемы современной наркологии. - М., 1991. - С.93 - 96.

14. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. // Уч. пособие. - Спб. Изд-во «Речь», 2004.

15. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии в 2-х т.// т.2. - С. 361.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ В ПЕРИОД РЕМИССИИ, КАК ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВОВ

Э. Т. Жусупова, С. А. Нурмагамбетова

Проблема наркомании и, в частности, зависимости от опиатов на сегодняшний день стоит очень остро, и приобрела уже характер пандемии. В Республике Казахстан согласно экспресс-оценке положения в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии [1] абсолютное число наркопотребителей в Казахстане на начало 2000 года составляло 165 - 186 тысяч, при населении 14 869 021 человек (1,11 – 1,25%)

Несмотря на множество работ, посвященных проблеме опиоидной зависимости, конечный результат всех мероприятий, направленный на формирование стойкой качественной ремиссии, невысок. На данный момент процент ремиссий в течение года после прохождения курса реабилитации остается низким – 5 - 7% для пациентов с наркотической зависимостью [2]; в России, по данным официальной статистики, терапевтическая ремиссия более одного года достигается в 5 - 6% [3].

В связи с изложенным, вопросы выявления клинико - психопатологических, личностно-психологических и социально-психологических особенностей зависимых в период ремиссии с дальнейшей разработкой мероприятий по достижению конечного результата, а именно - полноценной качественной ремиссии, имеют особую актуальность и значимость.

Цель исследования: выявление клинико-психопатологических, личностно - психологических и социально-психологических особенностей больных с зависимостью от опиатов в период ремиссии, влияющих на тип течения заболевания, с применением биопсихосоциального подхода.

Для достижения поставленной цели определены следующие **задачи:**

1. Выявление клинико-психопатологических особенностей ремиссии у больных с зависимостью от опиатов.
2. Выявление личностно-психологических особенностей ремиссии у больных с зависимостью от опиатов.
3. Выявление социально-психологических особенностей ремиссии у больных с зависимостью от опиатов.
4. Установление связи клинико-психопатологических особенностей ремиссии у больных с зависимостью от опиатов с типом течения заболевания.
5. Установление связи выявленных личностно-психологических особенностей ремиссии у больных с зависимостью от опиатов с типом течения заболевания.
6. Установление связи социально-психологических особенностей ремиссии у больных с зависимостью от опиатов с типом течения заболевания.

Методы исследования:

1) клинико-психопатологический метод, в том числе клинико - анамнестический и клинико-катамнестический;
2) экспериментально-психологический метод;
3) социологический метод;
4) статистический метод использовался для выявления критериев достоверности различий, корреляционного и факторного анализов.

Материал исследования:

Целенаправленное сплошное исследование проводилось в течение 2003 – 2006 г.г. среди больных с зависимостью от опиатов, находившихся на стационарном лечении в психонаркологическом отделении РНПЦ ППН и реабилитационном отделении ГНЦ МСК. Общий объем исследуемой выборки составил 93 человека. Изначально было набрано 125 пациентов, но часть пациентов в процессе работы отказалась от дальнейшего обследования в связи с тем, что либо не были мотивированы на работу, либо в силу актуализации патологического влечения отказывались от дальнейшего стационарного лечения, либо в процессе катамнестического обследования по разным причинам не были отслежены.

В исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 18 до 52 лет с диагнозом: психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов, средний возраст больных составил 29,27 лет.

Для решения поставленных задач нами весь клинический материал был разделен на три группы. Критерием включения больного в ту или иную группу была максимальность воздержания на основе ретроспективного анализа. Так как у одного контингента больных формируются ремиссии разной продолжительности, а у другого контингента наркозависимых заболевание сразу же приобретает злокачественный, безремиссионный характер, поэтому мы предположили, что есть какие-то факторы, которые влияют на тип течения заболевания и, выявив эти факторы, можно разработать реабилитационные мероприятия для решения основной задачи лечения наркологического больного – достижения качественной, стойкой, полной ремиссии. Говорить же о выздоровлении, к сожаленью, на сегодняшний день мы не можем, так как речь идет о хроническом прогредиентном заболевании. М. А. Винникова (2004) [4] делит период ремиссии на этап становления (созревания ремиссии), который характеризуется постепенной редукцией психопатологической симптоматики; длительность этапа становления до 6 месяцев и этап стабильной ремиссии, когда происходит полная редукция психопатологической симптоматики, что занимает больше 6 месяцев.

Опираясь на критерии включения и этапы формирование ремиссии мы выделили три группы.

Первая группа сравнения – «ремиссия», в нее вошел 31 пациент с длительностью воздержания более шести месяцев. В первую группу сравнения вошёл 31 пациент. Средний возраст больных на момент 1-го обследования составил 29,0 лет.

Вторая группа – этап стабилизации (созревания) ремиссии, в нее вошли пациенты с воздержанием 6 месяцев и менее. Во второй группе сравнения оказалось 25 человек. Средний возраст больных составил 27,6 лет

Третья группа – это больные с безремиссионным течением. В 3 группу также вошли пациенты, у которых отмечено длительное воздержание, но в условиях, исключающих употребление, в связи с тем, что осевой синдром болезней зависимостей - патологическое влечение - у них не был дезактуализирован, а токсическое воздействие непосредственно самого наркотика мы в дальнейшем рассмотрим в своей работе.

Больные, которые в период неупотребления героина по объективным внешним причинам переходили на другое психоактивное вещество, а затем вновь возобновляли наркотизацию опиоидами, нами также были отнесены в группу безремиссионного течения, поскольку мы в своем исследовании исходили из того, что ремиссия – это полный отказ от употребления психоактивных веществ (Саута Л. А., Жигель И. М., Рокутов С. В., 1991). Всего в данной группе 37 пациентов, средний возраст 30,9 лет.

Также в исследование была включена контрольная группа, состоящая из молодых людей, не имеющих и не имевших в анамнезе проблем с зависимостями; всего 26 человек.

В результате проведенного комплексного обследования нами были получены следующие результаты.

Результаты

Героиновая наркомания на сегодняшний день приобрела характер пандемии и до сих пор не решен самый главный вопрос – формирование качественной полноценной ремиссии.

Клинико-психопатологические особенности течения заболевания

Выявлено, что наследственная отягощенность играет большую роль при формировании самого заболевания – опиоидной зависимости, но при сформировавшемся заболевании на тип течения заболевания не влияет. Преморбидные особенности личности в виде психопатии или акцентуации играют большую роль при формировании самого заболевания, но в дальнейшем в процессе наркотизации все личностные особенности нивелируются и формируется «наркоманическая личность», с эксплозивностью, с огрубением тонких эмоций, сужением круга интересов только наркотизацией.

При анализе алекситимического феномена была выявлена статистически достоверная разница между группой с ремиссионным течением и группой с безремиссионным типом течения ($p<0,01$). Также выявлено, что для группы с безремиссионным течением характерно наличие алекситимического радикала и выявлена прямая корреляционная связь с глубиной депрессивных расстройств и стажем наркотизации, чем злокачественнее течение заболевания и выраженнее депрессивные расстройства, тем выше уровень алекситимиии у больных, то есть углубление алекситимического радикала является рецидивирующим фактором.

По преобладанию аффективной симптоматики выделены депрессивные расстройства трех типов: тревожные, апатические и дисфорические. По глубине депрессивные расстройства не достигали психотического уровня. У лиц с преобладанием апатического варианта депрессивных расстройств чаще наблюдается безремиссионный (злокачественный) тип течения заболевания. В период ремиссии вероятность возникновения рецидива выше при преобладании в клинической картине депрессии тревожной и/или дисфорической симптоматики. Наличие в структуре аффективных расстройств тревоги является наиболее благоприятным вариантом течения заболевания.

При рассмотрении патологического влечения наличие циклического и пароксизмального варианта течения патологического влечения к опиоидам является прогностически неблагоприятным фактором.

Личностно-психологические особенности течения опийной наркомании

При изучении личностно-психологических особенностей с позиций судьбоанализа (теста восьми влечений СОНДИ) выявилось, что для группы с безремиссионным течением при анализе фактора h характерно подавление Эрос-тенденций и отказ от либидиозных потребностей, через сублимацию сексуального влечения у высокодуховного человека через трансформацию в гуманистические тенденции, в данном же случае – это «любовь к наркотику»; если же рассматривать с точки зрения индивидуально-типологического подхода, то это «тяга к независимости, стремление уйти от конфронтации с жестким противостоянием сильных личностей в мир идеальных отношений» Л. Н. Собчик. Возможно, что для данной группы является более выраженной потребностью уход в мир иллюзий, «кайфа» как в некий «совершенный мир».

Представители 3-й группы характеризуются более выраженным психопатоподобным поведением, о чем свидетельствуют результаты выборов по фактору е.

По фактору р мы видим, что в мотивационной сфере больных 3-й группы полностью отсутствует борьба мотивов и принятие двух взаимоисключающих тенденций. Это, на наш взгляд, предполагает, что пациенты реализуют неосознанно, т.е. импульсивно ведущую для них тенденцию, а именно патологическое влечение, что так же подтверждает нам безремиссионный тип течения заболевания.

Больные с безремиссионным течением отличаются ипохондричностью, клинически проявляющееся в том, что во время лечения они постоянно просят дополнительные назначения обезболивающих и снотворных препаратов, независимо от степени выраженности проявлений абстиненции, мотивируя это тем, что они «боятся» проявлений ОАС.

Если же говорить о шкале асоциальной психопатии (методика MMPI), то мы выявили различия на высоком уровне статистической значимости здоровой группы с 3-й группой сравнения ($p<0,001$), что в поведенческом аспекте проявляется в том, что больные с безремиссионным течением практически все имели в анамнезе судимость либо за распространение, хранение наркотиков; либо за кражи, грабежи с целью «нахождения» денег на приобретение наркотика, то есть вели асоциальный образ жизни.

При рассмотрении шкалы шизоидности отмечены различия на высоком уровне статистической значимости контрольной группы с группой безремиссионного течения ($p<0,001$), а также имели место различия на высоком уровне статистической значимости со 2-й группой сравнения ($p<0,01$). На основании этого мы можем сделать следующий вывод. У представителей 3 группы основной синдром заболевания патологическое влечение находит-

ся в актуальном состоянии и носит компульсивно-импульсивный характер, в результате чего заболевание носит безремиссионный характер; либо рецидив происходит на стадии становления и созревания ремиссии, что опять-таки, на наш взгляд, связано, в первую очередь, с актуализацией патологического влечения.

При рассмотрении шкалы социальной вовлеченности мы выявили статистически достоверные различия контрольной группы с 3-й группой ($p<0,05$) и это клинически подтверждается некоторой социальной аутистичностью наших больных, проявляющуюся в полном безразличии к микро- и макросоциуму, в сужении круга интересов, ограничивающемуся только наркотизацией.

В результате статистической обработки данных методики MMPI между группами сравнения статистически достоверные различия не выявлены ни по одной шкале, что является еще одним доказательством того, что в процессе наркотизации формируется «наркоманическая» личность и все личностные особенности, которые были до болезни независимо от преморбидных особенностей будьто здоровая личность, либо акцентуация, либо психопатия нивелируются, что вполне созвучно с исследованиями, посвященными формированию «наркоманической» личности.

Социально психологические особенности

Отсутствие у больного семейных устоев, интраперсональных связей является фактором рецидивирования болезни у больных с зависимостью от опиатов.

Также при рассмотрении занятости больных выявлено, что отсутствие работы, т.е. социальной вовлеченности больного на стадии формирования ремиссии, является фактором рецидивирования болезни и возобновления наркотизации у героиновых наркоманов.

Таким образом, для больных 1-й группы характерна меньшая наследственная отягощенность, менее характерно наличие в преморбидных особенностях личности акцентуаций и психопатий, имеет место меньшая выраженность алекситимического радикала; аффективные расстройства в этой группе представлены в большей степенью преобладанием в депрессии тревожной и/или дисфорической симптоматики, не доходящей до психотического уровня, большей вовлеченностью больных в жизнь микро- и макросоциума, наличием интраперсональных связей, трудовой занятостью больных.

Если же говорить о 3-й группе (больные с безремиссионным течением), то мы видим здесь:

- большую наследственную отягощенность;
- наличие в преморбидных особенностях личности психопатий и акцентуаций;
- преобладание алексетимического радикала;
- преобладание в аффективной симптоматике депрессивных расстройств дисфорического либо апатического вариантов;
- более стремительное формирование «наркоманической» личности;
- уход в мир наркотизации, «кайфа» как в некий «совершенный» мир, выраженной ипохондричностью, которая выражается социальной аутистичностью;
- стержневой синдром заболевания – патологическое влечение – носит компульсивно-импульсивный характер с отсутствием/разрывом, либо носящим формальный характер интраперсональными связями, с отсутствием мотивации к любой другой деятельности кроме наркотизации, что частично подтверждается отсутствие трудовой занятости больных.

Если говорить о 2-й группе, то данные по её составу несут в себе частично, в большей или в меньшей степени, характеристики 1-й и 3-й групп. Это предполагает, что при благоприятном стечении обстоятельств может сформироваться стойкая, качественная ремиссия; либо при отсутствии адекватной терапии на всем протяжении заболевания, позитивных социально-психологических вмешательств, у больных этой группы заболевание может приобрести злокачественный, безремиссионный характер.

Литература:

1. *Экспресс-оценка положения в области злоупотребления наркотиками в странах Центральной Азии // Региональное представительство Управления ООН по Контролю за Наркотиками и Предупреждению Преступности по Центральной Азии // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – 2002. - Т. 2. № 3. - С. 54 - 70.*
2. *Алтынбеков С. А. Исследование эффективности основных механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан. // Дисс. д.м.н. – Алматы, 2005. - 268 с.*
3. *Михайлов В. И., Казаковцев Б. А., Чуркин А. А. Современные проблемы реабилитации в наркологии. Наркология. – 2002. - № 1. - С. 40 - 41.*
4. *Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). Дисс. на соиск. уч. ст. д.м.н. – М., 2004.*
5. *Чирко В. В. Закономерности течения и исходов наркомании и токсикоманий, начавшихся в молодом возрасте (в свете отдаленного катамнеза): Дисс…д.м.н. – М., 2001.*

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ (информационно-эпидемиологический аспект)

А. С. Каражанова, С. К. Рахменшеев, Г. М. Головина,
К. К. Нургалиева, О. М. Мухаметжанов, Т. У. Саидов, Л. Б. Бактыбаева

1.1 Анализ тенденций распространения зависимости от различных классов психоактивных веществ среди лиц детско-подросткового возраста.

Распространение злоупотребления психоактивными веществами весьма актуально в современном мире (Керфут Б. П. и соавт., 2000; Лит Ю. и соавт., 2000; Лоскен А. И соавт., 2000; Хёрш Д. и соавт., 2000; Stenbacka M. et al., 1993; Warner E. A., 1993). Вопрос о последствиях злоупотребления психоактивными веществами поднимается на различных государственных уровнях всеми, в том числе и учеными - исследователями (Пелипас В. Е., Мирошниченко А. Д., 1992; Иванец и соавт., 1997; Козлов А. А., 2002). Оценивается влияние потребления наркотиков на общество (Gerstein D., Harwood H., 1990; Rice D. P. et al., 1991; Collins D. J., Lapsley H. M., 1996), а также взаимосвязь употребления психоактивных веществ с уголовными преступлениями (Ларин Н. С., 1983, Матузок, Э. Г., 1993; Кошкина Е.А., 2001).

По данным правоохранительных органов России, отмечается значительный рост тяжких преступлений, связанных с насилием над личностью. Не являются закрытыми сведения о том, что большое количество этих преступлений совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (Незнанов Н. Г., Соловьева С.Л. 1996, Новиков В. Э., Корнилов А. А., с соавторами, 2005 год). Особую значимость приобретает рост числа преступлений, совершённых несовершеннолетними лицами. По данным авторов, в РФ на 2002 год число несовершеннолетних преступников составило 19 тысяч человек. На 2005 год на территории России находилось 164 воспитательных колонии и 185 изоляторов временного содержания для несовершеннолетних. При этом для подростков в местах лишения свободы актуальны те же основные проблемы, что и для взрослых заключенных: распространение инфекций, передающихся через кровь и половым путем. Проведенный опрос выявил наличие двух основных путей распространения парентеральных инфекций среди несовершеннолетних – сексуальные контакты и внутривенное употребление наркотиков (Н. А. Должанская, И. В. Евстафьева и др., 2005).

Особую тревогу вызывает то, что наркотики становятся все более и более доступными молодежи. Эпидемиологические исследования в различных странах мира показали, что распространение наркоманий происходит, прежде всего, за счет несовершеннолетних лиц – детей, подростков и юношей (Baselga E., 1972; Fejer D., Smart R. G., 1973; Bernstein K., 1982; Kandel D. B., 1983; Bachman J. G. et. al., 1991; Bush P. J., Iannotti R. J., 1992, Jensen B. B., 1993). По данным D. McDonald (1986) в США 40 - 50% всех злоупотребляющих наркотическими средствами пациентов впервые употребили наркотик за 3 года до окончания средней школы.

Согласно статистике, собранной ECAD, от 1 до 40% школьников в возрасте 15 - 16 лет, хотя бы раз в жизни, пробовали наркотики. В Москве этот показатель составляет 22%, в Латвии – 17%, в Дании – 23%, в Великобритании – 38% («Школьная политика в отношении наркотиков. Какова роль органов управления образованием?» // Наркология, № 11, 2006, С. 10-11).

Необходимо отметить изменение основных мотивов потребления наркотиков (Иванец Н.Н. и соавт., 1997 - 2000). Если раннее мотивом первого потребления наркотиков являлись любопытство, подражание приятелям, подчинение индивида влиянию референтной группы, то в настоящее время общим мотивом для всех групп стало изменение настроения (поиск эйфории) и сознания (уход от реальности). Данные изменения являлись главными в процессе приобщения к употреблению наркотиков (Курек Н.С., 1996). В отношении употребления алкоголя модели потребления остаются более традиционными: употребление, связанное с праздниками и знаменательными датами, в компании друзей (как неотъемлемый атрибут общения), употребления алкоголя клубах, для снятия напряжения после работы, перед сном. (Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова, 2007). Ф. А. Беликов (2004) сообщает об учащении обращений за помощью подростков, перешедших с употребления героина на алкоголь, отмечая при этом о более выраженном и злокачественном типе прогрессирования алкогольной зависимости.

Т. И. Балашова, В.А. Макаров [М31] отмечают, в сравнении с 1996 годом, значительный рост (в 3 раза) числа острых отравлений у детей растительными ядами с наркотическим и галлюциногенным действием, медикаментами и алкоголем. Причем основной целью отравлений стало получение эйфорического и галлюцинаторного эффекта. Ученые установили тенденцию снижения количества алкоголизирующихся лиц за счет распространения токсикоманий

Согласно оценкам исследователей, в Соединенных Штатах с 1999 по 2005 годы среди подростков

наблюдается тенденция к сокращению масштабов злоупотребления героином, кокаином и каннабиноидами. Уровень же злоупотребления седативными препаратами среди подростков повышался на протяжении 10 лет и впервые стабилизировался в 2003 году. Широко назначаемые в лечении синдрома дефицита внимания или гиперактивности стимуляторы используются несовершеннолетними не по назначению врача – каждый десятый подросток в США употребляет стимуляторы (риталин, адерол). Злоупотребление ингалянтами в Мексике и Соединенных Штатах Америки, после 1995 года существенно сократилось в результате проводимой в средствах массовой информации компании по борьбе со злоупотреблением этими веществами под названием «Партнерство во имя Америки, свободной от наркотиков». Но в 2004 году количество активных потребителей ингалянтов вновь увеличилось. При этом доля молодых людей, считающих злоупотребление ингалянтами опасным для здоровья, за последние 3 года существенно сократилась. Каждый одиннадцатый подросток злоупотребляет продаваемыми без рецепта средствами от кашля, активным компонентом которых является декстрометорфан (ДХМ). Хотя злоупотребление ДХМ не является чем-то новым, обеспокоенность вызывает то, что недавно на рынке появился чистый порошкообразный ДХМ (Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2005 год. // Наркология, № 11, С. 12).

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

В Европу наркотики пришли относительно позже, чем в другие страны, и последствия этого процесса здесь оказались особенно тяжелыми (Кошкина Е.А., 2002). Число подростков, злоупотребляющих алкоголем, в Германии на начало 2004 года оценивают как превышающее 150 000 человек. Более 700 000 детей в Германии живут вместе с родителями - алкоголиками и им угрожает опасность привыкания к спиртному. Доля подростков в возрасте от 14 до 18 лет в общем числе лиц, зарегистрированных полицией как подозреваемых в преступлениях, совершенных в состоянии алкогольного опьянения, составляла последние 25 лет от 8 до 28%.

1.2 Анализ тенденций распространения наркоманий в СНГ и Центральной Азии среди лиц детско-подросткового возраста.

Традиционным употреблением гашиша и опиума оставалось только в Средней Азии и на Дальнем Востоке. С конца 70-х годов 20 века стал очевиден рост незаконного использования наркотиков среди неформальной молодежи, в большей степени в европейских областях. В последующие десятилетия в наркотизацию вовлекался все больший спектр населения (Россинский Ю. А., 2001; Алтынбеков С. А., 2003). Комплекс специфических геополитических, географических, социально-экологических и психологических факторов последних десятилетий (Бейсенов М. С., 2001), а так же общих факторов, определяющих развитие наркоситуации в мире (Алимханов Ж. А., 2001) способствовал резкому повышению уровня распространения зависимости от психоактивных веществ в Казахстане и Центрально-Азиатских странах (Алтынбеков С. А., 2001-2003; Кумпл Ф., Франке С., 2002). Наркотрафик, пролегающий через страны СНГ (главным образом, Таджикистан, Кыргызстан, Казахстан, Россия), также способствовал активному вовлечению в наркопотребление. К 2004 году общее число вновь зарегистрированных наркопотребителей в некоторых странах Центрально-Азиатского региона, значительно возросло, по некоторым данным на 400% (Асанов Т. К., 2004, Мустафин О. С., 2004. Онищенко А. А., 2004).

В России с 1988 по 1998 годы число впервые диагностированных больных наркоманиями подростков выросло в 8 раз. Если сопоставить показатели заболеваемости подростков и населения в целом, то оказывается, что заболевших подростков в 2 раза больше, чем взрослых больных наркоманиями (Е. А. Кошкина, 1999). Тревожит рост наркомании среди школьников, прежде всего в крупных городах. Согласно данным П. Д. Шабанова (2002), наркотические вещества пробовали и/или употребляют в Санкт-Петербурге до 30% школьников, свыше 50% учащихся ПТУ, свыше 50% учащихся техникумов, около 50% учащихся ВУЗов (Шабанов П. Д., 2002). Все более доступными для молодежи становятся «тяжелые» наркотики. (Наркомания в России. Аналитический доклад, 1998). Вместе с тем, тревожная тенденция сохраняется как в отдельных регионах Российской Федерации, так и в стране в целом (Гусев С., 1988; Казанцев И. И. и соавт., 1991; Колесников В. В., Койкова И. А., 1992; Гречаная Т. Б. и соавт., 1993; Егоров В. Ф. и соавт., 1995; Кошкина Е. А., 1996; Волгина Т. Л. и соавт., 1997; Ложбанидзе А. Б., 2001). По данным некоторых российских экспертов, общее число наркопотребителей в Российской Федерации в 2002 г. составляло 2,5 - 3 миллиона человек (ООН, 2002 г.; Караганов С. А. Наркомания в России. Аналитический доклад, 2000; Чернобровкина Т. В. К вопросу о профилактике соматических осложнений при наркотизации у детей и подростков //13-й съезд психиатров России: материалы съезда. – М. , 2000. – С. 276).

Научные исследования, проведенные в Российской Федерации в рамках проекта Детского фонда

ООН (ЮНИСЕФ) «Приглашение в будущее», показали, что время от времени или постоянно употребляют наркотики 15% воспитанников детских домов, интернатов и 7% подростков, живущих в семьях. Из них 18% всех опрошенных подростков уже успели попробовать наркотики. Кроме того, первый сексуальный опыт подростки приобретают в возрасте 16 лет. Такой опыт в 14 лет получили 40% воспитанников детских домов, интернатов; при этом около 50% подростков при первом половом контакте не предохранялись (Новости Российского и мирового наркологических сообществ. Материалы Интернета на сайте NARKOTIKI.RU).

Несмотря на то, что к настоящему времени накоплен большой материал по эпидемиологии, профилактике, клинике, реабилитации и медико-социальным аспектам алкоголизма проблема злоупотребления алкоголем, как одного из ведущих факторов рискованного поведения молодежи, остается одной из актуальных в наркологии. По мнению российских ученых, продолжается активный рост показателей приобщения алкоголю и злоупотребления им детей в возрасте 10 - 14 лет и подростковом возрасте 15-17 лет. Статистические данные свидетельствуют, что распространенность алкоголизма среди подростков за 5 лет (2000 - 2005 годы) увеличилась в 1,9 раза, в то время как распространенность алкогольных психозов увеличилась в 3 раза (Е. А. Кошкина, В. В. Киржанова 2007).

Особую тревогу вызывает зависимость девочек-подростков от психоактивных веществ, под влиянием которых происходит необратимый характер многих патологических изменений, особенно в репродуктивной системе. Становление репродуктивной системы происходит на фоне высокой экстрагенитальной, гинекологической заболеваемости. Репродуктивное поведение таких девушек характеризуется ранним половым дебютом и нерациональным контрацептивным поведением. Все это отрицательно влияет на становление репродуктивной системы девочек-подростков, что снижает репродуктивный потенциал государства, определяющий будущий генофонд страны (В. Е. Радзинский, 2006).

1.3 Масштабы и основные тенденции распространения зависимости от ПАВ в Республике Казахстан среди детско-подросткового контингента

За годы независимости в Казахстане произошел устойчивый рост потребления наркотических и психотропных веществ и имеет место значительное увеличение количества наркоманов. Так, если в 1986 году в стране наиболее активным потреблением наркотиков были поражены всего 3 - 4 области с общим числом официально зарегистрированных потребителей около 10 000 человек, то в 2002 году в республике число таких потребителей составило 49736 человек (ВОЗ, Информационный бюллетень о наркоситуации в Центрально-Азиатском регионе, 2003). По данным многоуровневого исследования 2001 года в Республике 1,7% населения имеют устойчивую зависимость от наркотических веществ, 3,1% – от алкоголя (А. Л. Катков, Ю. А. Россинский, 2002).

Ухудшение наркологической ситуации подтверждается активным вовлечением в зависимость от психоактивных веществ восходящего поколения Казахстана. По официальным данным на 2006 год в государстве насчитывается 2101 ребенок и 10571 подростков, находящихся на диспансерном и консультативном наблюдении.

Анализ статистических данных (статистические сборники «Психиатрическая и наркологическая помощь населению Республики Казахстан» за 2000 - 2007 годы) позволяет оценить ситуацию, сложившуюся на сегодняшний день в области наркопотребления детским и подростковым населением Республики. Отмечается рост первичной заболеваемости по профилю общей зависимости от ПАВ в период 2000 - 2005 годы среди контингента подростков - с 585,1 до 822,8 на 100 тысяч подросткового населения Казахстана (соотношение 1,4). При этом отмечается рост показателя по профилю алкогольной зависимости (с 406,2 до 544,7 - соотношение 1,07), и его снижение по профилю наркотической зависимости (с 178,9 до 171,2 - соотношение 1,04). Наиболее значительным было снижение показателя первичной заболеваемости у подростков по профилю опиоидной зависимости (с 49,9 до 8,8 - соотношение 5,67).

С 2006 года наблюдается снижение показателей первичной заболеваемости в целом до 476,3 (соотношение 1,7 на начало 2008 года). Значительное снижение отмечается по профилю зависимости от опиоидов (с 8,9 до 5,8, соотношение 1,5), других стимуляторов, включая кофеин (0,1 – соотношение 5,0), летучих растворителей (18,0 – соотношение 4,0), сочетанного употребления наркотиков (22,5 – соотношение 1,04). Число вновь выявленных подростков по профилю зависимости от седативных и снотворных веществ возросло (0,7 – соотношение 1,75), табака (82,2 – соотношение 1,05). Более стабильными оказались показатели заболеваемости по профилю зависимости от каннабиноидов (53 – соотношение 1,03) и алкоголя (311,0 – соотношение 1,02).

В отношении показателей болезненности среди подростков отмечается снижение по всем анализируемым параметрам в период 2000 - 2006 годы, с ростом показателей в 2007 году по классу зависимости от табака (188,1 – соотношение 1,3) и галлюциногенов (0,9 – соотношение 1,28). По профилю общей зависимости от ПАВ с 1362,6 до 1059,8 (соотношение 1,28). По профилю алкогольной зависимости с 923,1 до 641,1 (соотношение 1,44), с 439,5 до 418,7 (соотношение 1,04) - по профилю наркотической зависимости. Наиболее существен-

ным было снижение показателя болезненности по профилю зависимости от опиоидов - с 78,6 в 2001 году до 8,5 в 2006 году (соотношение 9,2).

Вместе с тем, настораживают показатели роста первичной заболеваемости по всем анализируемым параметрам среди детей за период 2000 - 2005 годов. По профилю общей зависимости от ПАВ - с 8,8 до 37,2 на 100 тысяч детского населения (соотношение 4,2); по профилю алкогольной зависимости - с 5,3 до 13,6 (соотношение 2,56); по профилю наркотической зависимости - с 3,5 до 23,8 (соотношение 6,8). С 2006 года показатель заболеваемости среди детского контингента, аналогично подростковому, снизился по всем параметрам:

- по профилю общей зависимости до 18,5 (соотношение 2,0);
- алкогольной и наркотической зависимостей до 9,1 и 9,4 соответственно (соотношение 1,49 и 1,2,53 соответственно).

Общая тенденция к росту отмечается при анализе показателя болезненности среди детского населения РК с максимальными цифрами в 2005 году и значительным снижением в 2006. По профилю общей зависимости от ПАВ - с 57,0 до 23,8 (соотношение 5,26); по профилю алкогольной наркотической зависимостей данный показатель несколько снизился – с 19,9 в 2000 году до 18,0 в 2007 году и - с 5,9 до 5,8 соответственно.

Таким образом, несмотря на снижение заболеваемости и болезненности по наркологическому профилю среди детей и подростков в РК, проблема наркотизации несовершеннолетними пациентами остается весьма актуальной. Вышеизложенные данные подтверждают острую необходимость в использовании адекватных и эффективных методах лечения и реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них.

ТЕХНОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Т. В. Пак, С. К. Бейсембаева г. Павлодар

Республиканским научно - практическим центром медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) были разработаны Протоколы высокоспециализированной медицинской помощи (ВСМП) больным опийной/опиоидной зависимостью. Основанием для разработки данных Протоколов явился пункт 12 (подпункт 3) об обеспечении разработки и внедрении Республиканскими медицинскими организациями протоколов диагностики и лечения заболеваний, входящих в перечень ВСМП постановления коллегии министерства здравоохранения Республики Казахстан за № 4 от 19. 01. 2007 года. Специализированная клиника Республиканского научно - практического центра имеет в структуре три клинических отделения, обладающих ресурсами для разработки и внедрения современных методов диагностики, лечения, реабилитации и психотерапии лиц, больных наркоманией и алкоголизмом.

Согласно протоколу ВСМП тактика лечения, основные методы психотерапии, психосоциальная коррекция и противорецидивная терапия больных опийной/опиоидной зависимостью на третьем этапе медико-социальной реабилитации (МСР) реализуются в условиях терапевтического сообщества (ТС).

Термин «Терапевтическое сообщество» - «therapeutic community» (ТС) в настоящее время широко применяется для обозначения структурированной реабилитационной среды, обеспечивающей деятельность пациентов в рамках социальных норм. Технологии и методы ТС применяются с целью преодоления проявлений наркотической зависимости, развития чувства личной и социальной ответственности в условиях модели социума.

В настоящее время терапевтические сообщества для наркозависимых представлены более чем 500 оригинальными резидентскими программами. Наиболее известные из них - Daytop Village, Phoenix House, Getway House, Wolden House, Synanon и др.

По мнению многих специалистов в области реабилитации ТС являются наиболее эффективной организационной структурой оказания медицинской, психологической и социальной помощи наркологическим больным, обеспечивающей достоверное сокращение употребления ПАВ (М. Джоупс, Д. Кеппард, Т. Мейн, Г. Бриджер, Е. Брокард, Г. Де Леон и др.).

Проблемой лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) является медикоцентрическая клиническая модель командно-административных взаимоотношений «врач – персонал – больной». Следовательно, необходима профессиональная трансформация наркологических реабилитационных учреждений в направлении терапевтических сообществ. Для терапевтических сообществ характерны: сотрудничество персонала и пациентов, парт-

нерские отношения в реабилитационной бригаде по принципу «равный равному», в том числе с бывшими наркозависимыми, вошедшими в штатную структуру реабилитационного центра (РЦ) в качестве консультантов. Ведущим «терапевтом» в терапевтическом сообществе является само сообщество, персонал выполняет функции проводника в процессе реабилитации.

Сотрудники РЦ - это ролевые модели нормативного социального поведения, стимулирующие личностное и социальное развитие пациентов. Эффективная реабилитационная команда представляет собой сильный, сплоченный и отлаженный механизм. Для успешного его функционирования необходимы целевая переподготовка сотрудников, образовательные циклы тематических усовершенствований, действующие психотерапевтические группы для персонала, а также профессиональные балинтовские группы и супервизия.

Основной принцип терапевтических сообществ заключается в реальной возможности индивидуальных изменений пациента через взаимопомощь и самопомощь в условиях общины/коммуны. Неформальная обстановка в ТС поражает, как правило тех, кто впервые сталкивается с подобными сообществами (Crozier A., 1979). Эта обстановка скорее является семейной (домашней), чем больничной. Лечение, реабилитация, жизнедеятельность учреждения – это общее дело пациентов и персонала. Задачами терапевтического сообщества являются полное воздержание от употребления наркотиков, изменение стиля жизни, устранение антисоциального поведения, а также развитие нормативных ценностных ориентаций.

Традиционное ТС предполагает изолированное (загородное поселение) стационарное пребывание в течение 12 - 15 месяцев от фазы «входа» до фазы «выхода» из программы и «вхождения» в общество. Другие ТС используют среднесрочные программы с периодом пребывания 6 - 12 месяцев. В последнее время развиваются и становятся востребованными амбулаторные реабилитационные программы, основанные на принципах ТС.

Функционирование ТС реализуется через кодекс/устав правил и норм жизнедеятельности реабилитационного центра. Выполнение правил и норм устава, соблюдение внутреннего распорядка являются обязательными для всех членов ТС. Контроль обеспечивается с помощью моделей социальных систем управления: статусная иерархия пациентов; система поощрений и наказаний; внутренняя система самоуправления.

Реабилитационный статус определяет позицию пациента в иерархической градации ТС: пациент, вошедший в программу, имеет статус «новичка»; пациент, активно проходящий программу, соответствует статусу «идущего». Следующее иерархическое продвижение – это статус «резидента»; пациент в статусе «волонтера», продолжая свою реабилитацию, занимается консультантской деятельностью. Для идентификации реабилитационного статуса используется ряд универсальных критериев. Каждый член ТС имеет право на статусную динамику в иерархии, т.е. переход с одного этапа на следующий этап реабилитации, мониторинг промежуточных результатов данного процесса сопровождается терапевтическим ритуалом.

Активная включенность пациента в реабилитационную программу обеспечивается за счет эксплуатации системы поощрений и наказаний. Каждый член ТС является проводником данной системы, активно предлагает позитивное подкрепление, поощрение или может вынести благодарность другому пациенту за соответствие нормам и правилам терапевтического сообщества. И соответственно, каждый член ТС выносит на групповое обсуждение собственные нарушения или нарушения по несоблюдению соответствующих правил и норм, замеченные за другим пациентом, с предложением штрафных санкций. Групповое единство, чувство принадлежности, контроль над поведением индивида со стороны группы вызывают генерацию сильных эмоций, стимулируют межличностное взаимодействие и обратную связь, усиливают и дополняют базисные принципы развития межличностных отношений (Badaines J., Ginzburg M., 1979). Пациенты в ТС могут рассматриваться в качестве вспомогательных терапевтов, оценивать установки и поведение других членов сообщества, воздействовать на них (Kennard D., 1983). Это имеет особое значение в отношении лечения и реабилитации лиц, больных наркоманией.

Одним из принципов ТС является высокая степень сплоченности и взаимодействия. Это позволяет развивать нормативные межличностные отношения и ассертивные навыки общения у пациентов, вошедших в программу в статусе «новичка». Система самоуправления стимулирует взаимодействие и взаимопонимание между всеми членами ТС. Совет правления, в состав которого входят консультанты по реабилитации, волонтеры, позитивные лидеры программы в статусе «резидента», принимает участие в решении организационных и административных вопросов, осуществляет оперативное руководство деятельностью сообщества, а также представляет собой модель социальной структуры власти.

Другим значимым принципом ТС является нормативная занятость и структурирование жизнедеятельности пациентов. Терапевтическая среда должна быть предсказуемой и иметь четкие границы. Реабилитационные программы в условиях ТС имеют свою структуру и ежедневный рабочий график, которые способствуют определенности и целеустремленности пациента в программе. События, происходящие в течение 24 часов, утилизируются и

используются в качестве терапевтического материала для групповой работы на общем собрании ТС.

Структура общего собрания ТС предусматривает способы группового обсуждения, принятия решений, выполнения повестки дня. Стандартизованная структура полезна тем, что члены ТС, имеющие соответствующий статус, могут взять на себя обязанности по ведению общего собрания (Kennard D., 1983, Ch'eng J., Zackon F., 1994).

Следующей особенностью ТС является совместное обеспечение жизнедеятельности и функционирования сообщества. Объем работы, выполняемый пациентами, может варьировать и быть максимальным, когда вся практическая работа по приготовлению пищи, уборке и содержанию территории, ремонту помещений, стирке, закупу необходимых товаров и т.п. выполняется членами ТС.

На поздней стадии завершения стационарной программы целесообразно использование принципа плавного выхода, т.е. успешного отделения и начала самостоятельного проживания реабилитанта за пределами ТС. Предполагается еженедельное возвращение пациента в центр и продолжение сотрудничества с сообществом. Бывшие члены ТС могут участвовать в семейной, индивидуальной или противорецидивной терапии, целесообразно сохранение с ними последующего контакта в форме телефонных звонков, амбулаторных групп или неформальных клубных встреч.

Таким образом, заканчивают реабилитационную программу в условиях ТС около одной трети пациентов из числа вошедших в программу, и при качественном ее прохождении около 50% имеют устойчивую годовую ремиссию.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, СУБСФЕРА «ЖИЗНЕННАЯ АКТИВНОСТЬ, ЭНЕРГИЯ И УСТАЛОСТЬ»

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский, Г. К. Аубанова

В настоящее время все более растут требования со стороны общества как к уровню качества оказываемой профессиональной помощи врачами, так и непосредственно к личности врача, его здоровью и качеству его жизни. Это обуславливает интерес к проблеме качества жизни и здоровья самих врачей (Алексеев А. А. и соавт., 2000; Большакова Т. В. и соавт., 2001; Ефименко С. А., 2004; Погонцева К., 2008). Профессия врача обладает огромной социальной важностью, так как на медицинских работников ложится большая ответственность не только за физическое здоровье пациента, доверившего им свою жизнь, но и за его психическое здоровье и социально-психологическую адаптацию (Вагнер Е. А., Ростовский А. А., 1976; Бухарина Т. Л., Косарев И. И., 1981; Большакова Т. В., 2002 - 2004). Вопросам охраны здоровья медицинских работников и изучению специфических условий и профессиональных вредностей труда врачей посвящены ряд исследований (Гуревич И. Н., 1981; Гришина Н. В. , 1997; Винокур В. А., 2001; Баке М. Я. и соавт., 2002; Вялкова Г. М., 2002; Таенкова О. Н. 2001; Артамонова Г. В., Перепелица Д. И., 2007; Перепелица Д. И., 2007).

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

В настоящей публикации будут приведены результаты анализа субсферы «Жизненная активность, энергия и усталость». Данная сфера характеризует субъективное восприятие и оценку индивидуального адаптационного потенциала, адаптационных возможностей, уровня энергетического потенциала и психической адаптации. Основным инструментом исследования явился «Опросник качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике» – (ВОЗКЖ - 100), адаптированный Санкт-Петербургским научно - исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева (Бурковский Г.В. и соавт., 1998).

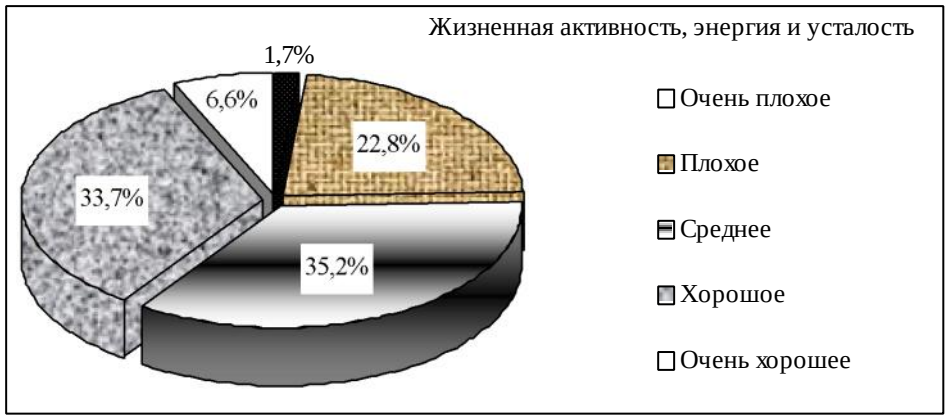
Согласно опроснику ВОЗКЖ-100 субсфера «Жизненная активность, энергия и усталость» исследует энергию, энтузиазм и выносливость, с которыми индивид выполняет необходимые задачи повседневной жизни, а также иные виды деятельности, избираемые им самим, такие, как, например, отдых. Диапазон ответов – от сообщений о полной неспособности делать что-либо из-за усталости до случаев, когда индивид ощущает в себе достаточно энергии, чтобы чувствовать себя действительно бодрым. Усталость может происходить от любой причины - будь то соматическое или психическое заболевание, любое недомогание, подавленность из-за личных проблем или физическое перенапряжение. Воздействие усталости на социальные взаимоотношения, рост зависимости от других людей из-за хронической усталости, а также причины любого вида усталости в данной шкале не исследуются, хотя косвенно упоминаются в вопросах данной субсферы, а также субсфер, касающихся повседневной активности и межличностных отношений (Бурковский Г.В. и соавт., 1998).

На рисунке 1 отражены распределения самооценок респондентами по таким характеристикам как «Жизненная активность и энергия и усталость». Как видно из рисунка 1, в отношении жизненного тонуса и адаптационного потенциала («Жизненная активность, энергия и усталость») распределение самооценки респондентов имело следующий вид. Распределение самооценки респондентов в отношении жизненного тонуса и адаптационного потенциала («Жизненная активность, энергия и усталость») на данном рисунке имеет следующее соотношение. Жизненный тонус или адаптационный потенциал как «Очень плохой» определили 6 человек, что составило в среднем 1,7% (±1,4%) от числа общей группы. Свой жизненный тонус как плохой (оценка «Плохо») оценили 79 человек или 22,8% (±4,4%).

Таким образом, лица с неудовлетворительной самооценкой своего жизненного тонуса и адаптационного потенциала составили, в среднем, 24,5%. То есть, практически каждый четвертый врач каждый, работающий в условиях стационара, субъективно переживает истощение жизненного тонуса и

Рисунок 1

Распределение самооценок субсферы «Жизненная активность, энергия и усталость» у врачей стационарного профиля



своих адаптационных возможностей. Как удовлетворительный или средний уровень жизненного тонуса (оценка «среднее») отметили 122 человека или 35,2% (±5,0%) от числа общей группы. Оценили свой жизненный тонус как хороший или очень хороший 40,3% опрошенных респондентов: 117 человек или 33,7% (±5,0%) оценили свой жизненный тонус как хороший (оценка «Хорошо») и 23 человека или 6,6% (±2,6%) – как очень хороший (оценка «Очень хорошо»).

Для определения вероятных факторов коррелирующих с уровнем самооценки жизненного тонуса и адаптационного потенциала мы провели сравнительный и корреляционный анализ групп респондентов с полярными оценками. Сначала мы сравнили тех, кто полярно оценил свой жизненный тонус: как неудовлетворительный (оценки «Очень плохо» и «Плохо») (группа 1, n = 85) и хороший (оценки «Хорошо» и «Очень хорошо») (группа 2, n = 140), и получили следующие результаты (таблица №1).

Таблица № 1

Группы с неудовлетворительными (группа 1, n = 85) и хорошими оценками (группа 2, n = 140) жизненного тонуса и адаптационного потенциала

	Наименование параметра	Группа 1 (n = 85)	Группа 2 (n = 140)	P
ВОЗКЖ-100	Субсфера «Физическая боль и дискомфорт» (F1.) (баллы)	12,8±0,8	15,9±0,6	<0,01
	Субсфера «Сон и отдых» (F3.) (баллы)	12,5±0,7	16,4±0,5	<0,01
	Субсфера «Сон и отдых» (F3), оценка «очень плохо»	5,9% 2,6<>13,3%	0,7% 0,4<>4,4%	<0,05
	Субсфера «Сон и отдых» (F3), оценка «плохо»	16,5±7,9%	3,6% 1,9<>8,3%	<0,01
	Субсфера «Сон и отдых» (F3), оценка «очень хорошо»	8,2±5,8%	45,7±8,3%	<0,01
Врачебная нагрузка выше 1,75 ставки (врачи терапевтического профиля)		13,9±7,6%	3,7% 2,0<>8,6%	<0,05
МДЭВ (В.В. Бойко)	«На работе я испытываю постоянные физические и психические перегрузки»	71,4±9,7%	51,8±8,3%	<0,01
	«Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры»	57,1±10,6%	79,1±6,8%	<0,01
	Уменьшение удовлетворения от работы	53,6±10,7%	29,5±7,6%	<0,01
	С-м «Загнанность в клетку» (баллы)	10,6±1,7	7,3±1,2	<0,01
	Фаза напряжения (баллы)	54,2±4,8	40,0±3,4	<0,01

Наименование параметра		Группа 1 (n = 85)	Группа 2 (n = 140)	P
МДЭВ (В.В. Бойко)	Фаза резистенции (баллы)	59,8±5,1	42,7±3,5	<0,01
	Фаза истощения (баллы)	48,2±5,2	29,9±3	<0,01
	Прием лекарств как стимуляторов	29,8±9,8%	6,5±4,1%	<0,01
Интенсивное употребление крепкого чая / кофе на работе как стимулятора		36,5±10,2%	23,0±7,0%	<0,05
Специфические фобии F 40.2		10,7±6,6%	1,4% 0,8<>5,4%	<0,01
Посттравматическое стрессовое расстройство F43.1		39,8±10,5%	11,5±5,3%	<0,01
Посткоммоционный синдром F 07.2		32,1±10%	7,9±4,5%	<0,01

В таблице № 1 отражены достоверные различия по некоторым параметрам ВОЗКЖ - 100 в баллах (Бурковский Г. В. и соавт., 1998) и показатели методики диагностики эмоционального выгорания (МДЭВ) В. В. Бойко (Бойко В. В., 1998). Согласно формуле расчетов ВОЗКЖ - 100, чем выше балл у той или иной субсферы, тем лучше обстоит дело с этой субсферой и наоборот, чем ниже балл, тем хуже обстоит дело с той или иной субсферой (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

Как видно из таблицы № 1, условно можно выделить три группы факторов, выявляющих взаимосвязи с уровнем самооценки жизненной активности: физические, психологические и психические. К физическим факторам относятся условия труда (повышенная рабочая нагрузка, физические перегрузки). Так, например, среди тех респондентов, кто неудовлетворительно оценил свой жизненный тонус (оценка «очень плохо» и «плохо») в сравнении с теми, кто его оценил как «хорошо» или «очень хорошо», в среднем в 1,4 раза чаще встречались те, кто испытывал на работе постоянные физические перегрузки (71,4±9,7% и 51,8±8,3%, при P<0,01). Это подтверждается тем, что в этой подгруппе в 3,7 раза чаще встречались те врачи, у которых рабочая нагрузка составляет 1,75 ставки (13,9±7,6% и 3,7% (доверительный интервал – 2,0%<>8,6%), при P<0,05). Также в этой подгруппе, в среднем, в 4,6 раза чаще встречались те, кто регулярно употреблял лекарства (фармакологические препараты) для восстановления энергетического тонуса (29,8±9,8% и 6,5±4,1%, при P<0,01), и в 1,6 раза – те, кто на работе регулярно стимулировал себя интенсивным употреблением крепкого чая или кофе (36,5±10,2% и 23,0±7,0%, при P<0,05).

Среди психологических факторов, выявляющих взаимоотношения с уровнем самооценки жизненного тонуса, можно отметить переживание стресса и как его вариант - переживание фрустрации – неудовлетворенности настоящим положением и условиями труда. Так, например, среди врачей, неудовлетворительно оценивших свой жизненный тонус (оценка «Очень плохо» и «Плохо») в сравнении с теми, кто его оценил как «Хорошо» или «Очень хорошо», в среднем, в 1,8 раза чаще встречались те, кто признавал, что на настоящий момент работа приносила им все меньше удовлетворения (53,6±10,7% и 29,5±7,6%, при P<0,01), и, соответственно в 1,4 раза реже те, кого работа полностью удовлетворяла на момент интервьюирования как и в начале карьеры (57,1±10,6% и 79,1±6,8%, при P<0,01). Также у представителей этой подгруппы согласно методике диагностики эмоционального выгорания В. В. Бойко балльные оценки, свидетельствующие о фазах развития стресса достоверно (P<0,01) были выше. Например, оценка симптома «Загнанность в клетку» была выше, в среднем, на 3,3 балла (10,6±1,7 и 7,3±1,2 балла). Общая оценка фазы напряжения также у них была выше, в среднем, на 14,2 балла (54,2±4,8 и 40,0±3,4 балла), как и общие оценки фазы резистенции (59,8±5,1 и 42,7±3,5 балла, превышение на 17,1 балла) и в особенности фазы истощения (48,2±5,2 и 29,9±3 балла, превышение на 18,3 балла).

В отношении психических факторов можно отметить, что наличие нервно-психических расстройств также обнаруживает взаимосвязь с уровнем самооценки жизненного тонуса и энергетического потенциала. Так, например, среди тех респондентов, кто неудовлетворительно оценил свой жизненный тонус (оценка «Очень плохо» и «Плохо») в сравнении с теми, кто его оценил как «Хорошо» или «Очень хорошо», в среднем, в 4,1 раза чаще встречались лица с посткоммоционным синдромом – F07.2 (32,1±10% и 7,9±4,5%, при P<0,01), в 7,6 раза – лица, страдающие специфическими фобиями (10,7±6,6% и 1,4% (доверительный интервал – 0,8; <>5,4%), при P<0,01) и в 3,5 раза – лица, страдаю-

щие посттравматическим стрессовым расстройством или расстройством психической адаптации – F43.1, F43.2 (39,8±10,5% и 11,5±5,3%, при P<0,01). Понятно, что наличие нервно-психического расстройства оказывает влияние на жизненный тонус с одной стороны и является результатом неудовлетворительной психической адаптации (Вальдман А. В., Александровский Ю. А., 1987, Березин Ф. Б., 1998; Семке В. Я., 2001, Россинский Ю. А., 2001). С нашей точки зрения важен тот факт, что согласно данным таблицы № 1, именно специфические фобии (F07.2) обнаруживали взаимосвязи с уровнем энергетического потенциала и жизненной активности.

Также из таблицы № 1 видно, что у тех лиц, которые неудовлетворительно оценили свой жизненный тонус, достоверно хуже обстоят дела с показателями субсферы «Боль и дискомфорт» (балльная оценка – 12,8±0,8 балла), в сравнении с теми, кто определил свои жизненный тонус и активность как «хороший» или «очень хороший» (балльная оценка – 15,9±0,6 балла), при P<0,01. То есть, физический дискомфорт и боль играют существенную роль в восприятии и оценке как жизненного тонуса в частности, так и качества жизни в целом.

В случае опросника ВОЗКЖ - 100, боль считается существующей, если индивид утверждает, что она есть, даже если нет медицинских оснований рассматривать ее как существующую (Бурковский Г. В. и соавт., 1998). В этой связи необходимо отметить особенности условий труда некоторых врачебных специальностей, которые могут вызывать физический дискомфорт и соответственно боль, и которые, по мнению Б. А. Смирнова и Е. В. Долгополовой (2007), относятся к «экстремальным факторам внешних условий деятельности» и «деятельности в особых и экстремальных условиях» (Смирнов Б. А., Долгополова Е. В., 2007). Речь идет об операциональной напряженности, т.е. о сочетании вынужденной двигательной гипокинезии (ограниченная, неподвижная поза) и мышечной гипердинамии (статическое повышенное напряжение определенных групп мышц), например, в работе оперирующего хирурга.

Необходимо отметить, что часто путают такие понятия, как гипокинезия и гиподинамия. Их общая характеристика – пониженная или ограниченная двигательная и мышечная активность человека. Под этими понятиями подразумевают как условия (факторы), приводящие к этим явлениям, так и функциональные состояния человека, возникающие в этих условиях. В самом общем виде гиподинамия – это уменьшение мышечных (физических) нагрузок на мышцы, мышечная слабость. Гипокинезия – это состояние малой подвижности. Оба эти явления взаимосвязаны, поэтому часто их рассматривают как синонимы. Однако в общем случае это неправильно (Смирнов Б. А., Долгополова Е. В., 2007).

В нашем случае спецификой работы врача хирургического профиля является операциональная напряженность, которая является экстремальным фактором условий труда. В данном случае мы говорим, о сочетании мышечной гипердинамии – повышенного (часто длительного) статического напряжения мышц и вынужденной гипокинезии – ограниченной неподвижной позы. В процессе операции хирург или травматолог иногда вынужден находиться в неподвижной напряженной позе длительное время. Следовательно, мы можем утверждать, что операциональная напряженность в виде сочетания мышечной гипердинамии и двигательной гипокинезии, является специфической особенностью работы врача, которая может вызывать физический дискомфорт и боль и может являться фактором, влияющим на оценку как жизненного тонуса и активности в частности, так и уровень качества жизни в целом.

По данным наших исследований среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона РК 38,9±5,0% (121 человек) отмечали операциональную напряженность в своей работе в той или иной степени, которая, по их мнению, не оказывала существенного негативного влияния на физическое или психическое здоровье. Однако 89 человек или 28,1±4,9% отметили явное негативное влияние операциональной напряженности на физическое и психическое состояние. Эти лица отмечали хронические мышечные боли, головные боли, боли в суставах, боли в спине, астению, повышенное раздражение, ухудшение зрения и пр.

Вторым существенным фактором, влияющим на восприятие и самооценку жизненного тонуса, оказались показатели субсферы «Сон и отдых». Из таблицы № 1 видно, что у лиц, определяющих свой жизненный тонус как хороший или очень хороший достоверно бальная оценка субсферы «Сон и отдых» была выше на 4 балла, чем у лиц, кто оценил свои жизненный тонус и активность как неудовлетворительные, т.е. «плохо» или «очень плохо» (16,4±0,5 балла и 12,5±0,7 балла, при P<0,01). Также среди врачей с неудовлетворительной оценкой своего жизненного тонуса достоверно (P<0,05) в 8 раз чаще встречались те, кто оценил субсферу «Сон и отдых» как «Очень плохо» (5,9%, доверительный интервал – 2,6% <> 13,3%) в сравнении с теми, кто оценил свой жизненный тонус как «Хорошо» и «Очень хорошо» (0,7%, доверительный интервал – 0,4%<>4,4%), а также в 4,6 раза те, кто оценил субсферу «Сон и отдых» как «Плохо» (16,5±7,9% и 3,6% (доверительный интервал – 1,9%<>8,3%), при P<0,01). И, наоборот, среди врачей, кто оценил свой жизненный тонус и активность как «Хорошо» и «Очень хорошо», достоверно в 5,6 раза чаще встречаются те, кто оценил субсферу «Сон и отдых» как «Очень хорошо» (8,2±5,8% и 45,7±8,3%, при P<0,01). Взаимозависимость восприятия уровня

жизненной активности и оценок степени представленности физической боли, дискомфорта, а также сна и отдыха подтверждается данными корреляционного анализа (таблица № 2).

Из таблицы № 2 видно, что воспринимаемый уровень жизненной активности имеет значимую прямую связь с положительной оценкой субсфер «Физическая боль и дискомфорт» (значение коэффициента Спирмена – 0,4 при доверительном интервале 0,3<>0,5) и «Сон и отдых» (значение коэффициента Спирмена – 0,5 при доверительном интервале 0,4<>0,5). Напомним, что согласно расчетным формулам ВОЗКЖ - 100, является тот факт, что чем выше бал, тем лучше дело обстоит с той или иной субсферой (Бурковский Г. В. и соавт., 1998). Также отмечается прямая корреляция самооценки уровня жизненного тонуса с удовлетворенностью своим сном (значение коэффициента Спирмена – 0,5 при доверительном интервале 0,4<>0,6), самооценкой сна (значение коэффициента Спирмена – 0,4 при доверительном интервале 0,3<>0,5) и отрицательная корреляция – со степенью выраженности боли и физического дискомфорта (значение коэффициента Спирмена: - 0,4 при доверительном интервале - 0,3<> - 0,4).

Как уже было отмечено выше, мы постарались рассмотреть причины низкой или неудовлетворительной оценки качества жизни в контексте возможных профессиональных особенностей, специфики работы врачей стационарного профиля, которые могут выступать как факторы риска в этом отношении. Сон и отдых имеет непосредственное отношение к адаптационному потенциалу и жизненному тонусу. Следовательно, те специфические условия или особенности некоторых врачебных специальностей, которые могут оказывать негативное влияние на сферу сна и отдыха, будут являться факторами риска в отношении жизненного тонуса и психоадаптационных возможностей и субъективного восприятия уровня качества жизни. В этой связи мы хотим отметить десинхроноз в работе врача, который может выступать в качестве такого фактора.

Согласно мнению ряда ученых: В. И. Лебедева (2001); Б. А. Душкова и соавт. (2003); Б. А. Смирнова и Е. В. Долгополовой (2007), десинхроноз представляет неблагополучие организма вследствие нарушения его циркадных (суточных и околосуточных) ритмов. От сложности циркадной системы организма прямо зависит состояние психофизиологической нормы, поэтому воздействия, повреждающие циркадные ритмы, выражаются в различных отклонениях от этой нормы. Одним из важнейших условий благополучия организма является стабильность циркадной системы, имеющей огромное значение для поддержания ритма сна и бодрствования. Наиболее распространенными осложнениями десинхроноза являются расстройства сна, снижение аппетита, настроение, снижение умственной и физической работоспособности (Душков Б. А. и соавт, 2003; Смирнов Б. А., Долгополова Е. В., 2007).

В случае работы врача стационарного профиля причинами десинхроноза являются ночные или суточные дежурства без права сна или с правом частичного сна, когда существует вероятность нарушения суточных ритмов организма из-за изменения привычной системы земных датчиков времени. По данным наших исследований среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона 53,0±5,3% (178 человек) отмечали у себя явления десинхроноза в той или иной степени, которые, по их мнению, не оказывали существенного негативного влияния на психическое или физическое здоровье. Однако 92 человека или 28,7±5,0% отметили явное нарушение циркадных ритмов, ко-

Таблица № 2

Корреляционный анализ самооценки уровня жизненной активности и энергетического потенциала у врачей стационарного профиля

Наименование параметра ВОЗКЖ - 100	k Спирмена	Доверительный интервал
Физическая сфера, субсфера «Физическая сфера»	0,7	0,6<>0,7
Физическая сфера, субсфера «Физическая боль и дискомфорт» (F1)	0,4	0,3<>0,5
Физическая сфера, субсфера «Сон и отдых» (F3)	0,4	0,4<>0,5
Физическая сфера, субсфера «Сон и отдых» (F3)	0,5	0,4<>0,5
В какой степени Вы чувствуете, что боль препятствует выполнению того, что Вам нужно делать (F1.4)	-0,4	-0,3<>-0,4
Насколько Вы удовлетворены своим сном (F3.3)	0,5	0,4<>0,6
Как хорошо Вы спите (F3.1)	0,4	0,3<>0,5

торые оказывали явное вредное влияние на физическое и психическое здоровье. У этих лиц отмечались такие расстройства, как нарушение сна и сонно-бодрствующего цикла, астения иногда в сочетании с мышечной алгией, раздражительность, головные боли, истощение внимания, трудности в выполнении своих профессиональных процедур и пр. Таким образом, мы можем утверждать, что десинхроноз может выступать как фактор риска, снижающий адаптационный потенциал или жизненный тонус врачей стационарного профиля и влиять на восприятие и самооценку как жизненного тонуса и энергетического потенциала в частности, так и качества жизни в целом.

Также мы получили достоверные различия между теми респондентами, кто оценил свою жизненную активность как неудовлетворительную и теми, кто определили её как хорошую и очень хорошую и по параметрам остальных сфер ВОЗКЖ - 100: «Психологическая сфера», «Уровень независимости», «Социальные отношения», «Окружающая среда», «Духовная сфера». Мы выделили некоторые из них, которые, по нашему мнению, могут представлять интерес в плане идентификации вероятных факторов риска профессиональной деятельности, влияющих на восприятие и самооценку жизненного тонуса и, соответственно, качества жизни (таблицы № 3 и № 4).

Как видно из таблицы № 3, у тех врачей, которые определили свой жизненный тонус как неудовлетворительный, достоверно хуже обстоят дела с переживанием положительных эмоций (их дефицитом) и – отрицательных эмоций (их избытком). Так, например, у тех, кто оценивал свой жизненный тонус как хороший или очень хороший, достоверно, в среднем, на 3 балла превышали показатели субсферы «Положительные эмоции» (14,3±0,5 и 11,3±0,7 баллов при P<0,01) и на 3,7 балла – показатели субсферы «Отрицательные эмоции» (15,7±0,5 и 12,0±0,7 баллов при P<0,01) в сравнении с теми, кто оценивал свой жизненный тонус как неудовлетворительный.

Те респонденты, у кого самовосприятие своего жизненного тонуса и энергетического потенциала оценивалось как "Хорошо" или "Очень хорошо", достоверно в 3,4 раза чаще определяли как "Хорошо" субсферу "Положительные эмоции" (48,6±8,3% и 14,1±7,4%, при P<0,01), что означает достаточное количество переживаемых положительных эмоций, и также в 3,4 раза чаще определяли данную субсферу как "Очень хорошо" (12,1% и 3,5%, при P <0,05) чем те, кто неудовлетворительно оценивал свой жизненный тонус и энергетический потенциал.

А в отношении частоты переживаемых положительных эмоций, напротив, в 8,4 раза чаще опреде-

Таблица № 3

Группы с неудовлетворительными (группа 1, n = 85) и хорошими оценками (группа 2, n = 140) жизненного тонуса и адаптационного потенциала

Психологическая сфера ВОЗКЖ-100	Группа 1 (n = 85)	Группа 2 (n = 140)	P
Субсфера «Положительные эмоции» (F4.)	11,3±0,7 балла	14,3±0,5 балла	<0,01
Субсфера «Положительные эмоции» (F4.), оценка «очень плохо»	5,9% 2,6<>13,3%	0,7% 0,4<>4,4%	<0,05
Субсфера «Положительные эмоции» (F4.), оценка «плохо» (их мало)	25,9±9,3%	8,6±4,6%	<0,01
Субсфера «Положительные эмоции» (F4.), оценка «хорошо»	14,1±7,4%	48,6±8,3%	<0,01
Субсфера «Положительные эмоции» (F4.), оценка «очень хорошо»	3,5% 1,6<>9,9%	12,1±5,4%	<0,05
Субсфера «Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции)» (F5.)	11,1±0,6 балла	15,3±0,4 балла	<0,01
Субсфера «Отрицательные эмоции» (F8.)	12,0±0,7 балла	15,7±0,5 балла	<0,01
Субсфера «Отрицательные эмоции» (F8.) оценка «плохо» (их много)	27,1±9,4%	3,6% 1,9<>8,3%	<0,01
Субсфера «Отрицательные эмоции» (F8.) оценка «хорошо» (их мало)	24,7±9,2%	49,3±8,3%	<0,01
Субсфера «Отрицательные эмоции» (F8.) оценка «очень хорошо» (их очень мало)	5,9% 2,6<>13,3%	30,0±7,6%	<0,01

ляли субсферу "Положительные эмоции" как "Плохо" (дефицит положительных эмоций) те, кто оценивал на "Неудовлетворительно" свой жизненный тонус и энергетический потенциал (5,9% (доверительный интервал - 2,6%<>13,3%) и 0,7% (доверительный интервал - 0,4%<>4,4%), при P <0,01) в сравнении с теми, кто оценивал их как "Хорошо" или "Очень хорошо".

Обратная картина представлялась в отношении субсферы "Отрицательные эмоции". Напомним, что согласно формулам расчета ВОЗКЖ - 100, более высокий балл субсферы "Отрицательные эмоции" или оценки "Хорошо" или "Очень хорошо" означают благополучие этой субсферы, т.е. редкую встречаемость переживания отрицательных эмоций. И, напротив, более низкие баллы или оценки "Плохо" и "Очень плохо" этой субсферы означают тот факт, что отрицательные эмоции переживаются часто или очень часто и их "много" в субъективном восприятии. Так, например, в группе тех респондентов, кто оценивал свой жизненный тонус как неудовлетворительный оценка "плохо" встречалась в 7,5 раз чаще (27,1±9,4% и 3,6% (доверительный интервал - 1,9%<>8,3%), при P<0,01) в сравнении с теми, кто оценивал свой жизненный тонус как "Хорошо" или "Очень хорошо". То есть, в 7,5 раза чаще встречались люди, кто определял у себя избыток отрицательных эмоций. И, напротив, жизненный тонус оценкой "Хорошо", что означало незначительное присутствие отрицательных эмоций, ими оценивался в 2 раза реже (24,7±9,2% и 49,3±8,3%, при P<0,01), а "Очень хорошо", что означало отсутсвие отрицательных эмоций - в 5,1 раза реже (5,9% (доверительный интервал - 2,6%<>13,3%) и 30,0±7,6%, при P<0,01). Также, напомним, что по балльной оценке показатели субсферы "Отрицательные эмоции" у лиц с неудовлетворительной оценкой своего жизненного тонуса достоверно меньше на 3,7 балла - (12,0±0,7 и 15,7±0,5 баллов при P<0,01) в сравнении с теми, кто оценивал свой жизненный тонус как хороший или очень хороший.

Как мы уже отмечали выше, мы старались найти те профессиональные особенности врача стационарного профиля, которые могли являться факторами риска редукции энергетического потенциала и субъективного восприятия качества жизни как неудовлетворительного. Субсфера "Положительные эмоции" исследует в целом, как много индивид испытывает позитивных чувств таких, как удовлетворение, внутреннее равновесие (гармония), покой, счастье, надежда, радость и удовольствие от приятных вещей в жизни, включая профессиональную сферу жизни. А субсфера "Отрицательные эмоции" в целом исследует, в какой мере индивид испытывает негативные чувства, включая уныние, печаль, вину, слезливость, отчаяние, нервозность, тревогу и отсутствие удовольствия от жизни, также включая профессиональную сферу жизни.

Важно отметить тот факт, что в вопроснике ВОЗКЖ - 100, вопросы сформулированы так, чтобы сохранять свой смысл и для индивидов, у которых имеются очень серьезные психологические трудности, например, глубокая депрессия, мания или приступы паники. Поэтому, мы можем исследовать профессиональную специфику, которая может выступать как фактор риска в отношении субъективного переживания дефицита положительных эмоций с одной стороны и избытка отрицательных эмоций - с другой. С нашей точки зрения - эти два феномена очень взаимосвязаны друг с другом. Например, хронический избыток отрицательных эмоций, связанный с профессиональной спецификой, будет приводить к эмоциональному истощению, что само по себе будет влиять на восприятие "относительного веса", т.е. дефицит положительных эмоций в жизни. Мы хотим отметить одну, явно специфическую особенность труда врача в целом, и особенно врача стационарного профиля, которая может выступать как фактор риска в плане истощения энергетического потенциала, эмоционального истощения, и избытка переживания отрицательных эмоций. Речь идет об эмпатии, в частности - эмоциональной эмпатии.

В таблице № 4 также отражены достоверные различия показателей ВОЗКЖ-100 между теми врачами, кто оценил уровень своего жизненного потенциала как неудовлетворительный (оценка "Очень плохо" и "Плохо"), и теми, кто оценил его как хороший (оценка "Хорошо" и "Очень хорошо"). Как видно из таблицы № 4, субъективная оценка уровня своего жизненного тонуса у врачей с неудовлетворительной оценкой хуже дело обстоит с благополучием субсферы "Физическая безопасность и защищенность", согласно балльной оценке - в среднем на 1,2 балла (10,8±0,5 и 12,0±0,4 баллов, при P<0,01).

О профессионально-специфических условиях труда врача стационарного профиля, имеющих отношение к субсфере «Физическая безопасность и защищенность» и выступающих в качестве вероятных факторов риска в отношении, как жизненного тонуса в частности, так и качества жизни в целом, мы будем говорить ниже - в разделе, посвященном именно данной субсфере. А сейчас мы может отметить тот факт, что восприятие физической безопасности и защищенности собственной жизни, включая её профессиональную сферу, имеет прямое отношение к уровню восприятия уровня жизненного тонуса в частности и качества жизни в целом.

Для подтверждения нашей гипотезы о взаимосвязях оценок уровней жизненной активности и энергетического (адаптационного) потенциала и специфических условий труда врача стационарного профиля мы сравнили результаты (ответы респондентов) методики диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко у лиц с неудовлет-

Таблица № 4

Группы с неудовлетворительными (группа 1, n = 85) и хорошими оценками (группа 2, n = 140) жизненного тонуса и адаптационного потенциала (в баллах)

Сферы и субсферы ВОЗКЖ-100	Группа 1 (n = 85)	Группа 2 (n = 140)	P
Субсфера «Физическая безопасность и защищенность» (F16.)	10,8±0,5	12,0±0,4	<0,01
Субсфера «Финансовые ресурсы» (F18.)	9,9±0,7	11,3±0,5	<0,01
Субсфера «Возможности для приобретения новой информации и навыков» (F20.)	11,1±0,6	13,2±0,5	<0,01
Субсфера «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» (F21.)	10,9±0,7	14,0±0,5	<0,01
Субсфера «Окружающая среда вокруг (загрязненность / шум / климат)» (F22.)	11,3±0,5	12,9±0,4	<0,01

ворительной и хорошей самооценками уровня жизненной активности (таблица № 5). В частности, мы сравнили те утверждения, которые касались непосредственной оценки условий (тяжести) труда и отношения к работе.

Как видно из таблицы № 5, среди лиц, с неудовлетворительной самооценкой жизненного тонуса, в сравнении с теми, кто оценивает свои жизненный тонус и энергетический (адаптационный) потенциал как «Хорошо» или «Очень хорошо», достоверно чаще встречаются те, кто постоянно на работе испытывают физические и психические перегрузки (71,4% и 51,8% – превышение в 1,4 раза); чувствуют недомогание по окончании рабочего дня

Таблица № 5

Группы с неудовлетворительными (группа 1, n = 85) и хорошими оценками (группа 2, n = 140) жизненного тонуса и адаптационного потенциала

Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко	Группа 1 (n = 85)	Группа 2 (n = 140)	P
«На работе я испытываю постоянные физические и психические перегрузки»	71,4±9,7%	51,8±8,3%	<0,01
«Условия и специфика моей работы забирает у меня много сил и эмоций»	85,7±7,5%	71,9±7,5%	<0,05
«Специфика моей работы явно подрывает моё здоровье»	56,0±10,6%	33,1±7,8%	<0,01
«Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше»	59,5±10,5%	26,6±7,3%	<0,01
«После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание»	77,4±8,9%	52,5±8,3%	<0,01
«Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил, чтобы заниматься домашними делами»	71,4±9,7%	41,7±8,2%	<0,01
«Мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю»	59,5±10,5%	44,6±8,3%	<0,05
«Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой»	67,9±10,0%	52,5±8,3%	<0,05
«При мысли о работе мне обычно становится не по себе: появляются боли в обл. сердца, головная боль, повышается АД»	33,3±10,1%	7,2±4,3%	<0,01
«Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми»	58,3±10,5%	34,5±7,9%	<0,01
«Я часто работаю через силу»	57,1±10,6%	28,8±7,5%	<0,01

(77,4% и 52,5% – превышение в 1,5 раза). Также, среди них достоверно чаще встречаются те, кто чувствуют выраженное психофизическое истощение (71,4% и 41,7% – превышение в 1,7 раза) и эмоциональную усталость (59,5% и 26,6% – превышение в 2,2 раза), связанные с работой; считают, что работа забирает много сил и эмоций (85,7% и 71,9% – превышение в 1,2 раза) и подрывает его собственное здоровье (56,0% и 33,1% – превышение в 1,7 раза); чувствуют, что работают через силу (57,1% и 28,8% – превышение в 2 раза). Достоверно в 4,6 раза встречаются чаще те, у кого при мысли о работе отмечаются расстройства соматопсихического характера – психоэмоциональная и психовегетативная реакции (артериальная гипертензия, боли в области сердца, головные боли и пр.) (33,3% и 7,2%), и в 1,3 раза – нарушения сна (67,9% и 52,5%). Также, в 1,3 раза встречаются чаще те, кто считают, что тяжесть труда и его результаты неадекватны и несопоставимы друг другу (59,5% и 44,6%).

Таким образом, в отношении субъективного восприятия жизненного тонуса, энергетического и адаптационного потенциала, мы можем сделать следующие выводы:

1) в целом соотношение показателей субсферы «Жизненная активность, энергия и усталость» среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана можно расценивать, как удовлетворительное;

2) показатели субъективной оценки уровня жизненного тонуса и энергетического потенциала обнаруживают взаимосвязи с показателями следующих жизненных субсфер: «Физическая боль и дискомфорт»; «Сон и отдых»; «Положительные эмоции»; «Отрицательные эмоции»; «Физическая безопасность и защищенность»; «Финансовые ресурсы»; «Возможности для приобретения новой информации и навыков»; «Возможности для отдыха и развлечений и их использование»; «Окружающая среда вокруг»;

3) данные субсферы в свою очередь могут включать в себя три группы факторов, влияющих на самовосприятие и оценку жизненного тонуса: физические, психологические и психические. Физические факторы в основном связаны с интенсивными психофизическими нагрузками. Психологические факторы связаны с интенсивными психоэмоциональными нагрузками – хроническим переживанием тревоги, а также относительного дефицита положительных и избытка отрицательных эмоций. И психические факторы – связаны с наличием нервно-психического расстройства;

4) среди специфических условий труда врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана, выступающих как факторы, негативно воздействующие на физическое и психическое здоровье и самовосприятие качества жизни, в частности на уровень жизненного тонуса отмечаются следующие: операциональная напряженность – распространенность в 28,1±4,9% случаев; десинхроноз – распространенность в 28,7±5,0% случаев.

Литература:

1. Алексеев А. А., Ларионова И. С., Дудина Н. А. Врачи-заложники смерти (Почему врачи умирают на 10-20 лет раньше своих пациентов). – М., 2000. - 227 с;

2. Артамонова Г. В., Перепелица Д. И. Проблемы оценки состояния здоровья медицинских работников. Социология медицины, №1. 2007;

3. Баке М. Я., Лусе И. Ю., Спруджа Д. Р., Кузнецова В. М., Русакова Н. Е. Факторы риска здоровья медицинских работников./ Мед. тр. пром. эколог.-2002. - №3.- С. 28 - 33;

4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. – 270 с.;

5. Большакова Т. В. Проблемы профилактики психического выгорания у врачей хирургического профиля // Научный поиск. Вып.3. Сб. научных работ студентов, аспирантов и молодых преподавателей. – Ярославль, 2002. – С. 303 - 313;

6. Большакова Т. В. Психическое «выгорание»: врачи как группа риска // Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 200-летию Ярославского Государственного университета им. П.Г. Демидова.- Ярославль, 2003. –. С. 186 - 191;

7. Большакова Т.В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников // Ярославский психологический вестник. - Вып.11, 2004. - С. 96-99;

8. Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников // Автореферат дисс. к.пс.н., Ярославль, 2004;

9. Большакова Т. В., Орел В.Е. Психическое выгорание у врачей, возможности его профилактики и психологической коррекции // Материалы X съезда медицинских и фармацевтических работников Ярославской области: Сборник научных трудов. Ч.II.- Ярославль, 2003. –С. 191- 196;

10. Большакова Т. В., Дегтярев А. А., Урываев В. А. Исследование нервно-психического напряжения врачей хирургического профиля // Ярославский психологический вестник. Вып.5 – М.- Ярославль, 2001. – С. 93 - 95;

11. Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В., Ломаченков А. С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). СПб, 1998;

12. Бухарина Т. Л., Косарев И. И. О выборе профессии врача.- Оренбург, 1981. – 125 с.;
13. Вагнер Е. А., Ростовский А. А. О самовоспитании врача.- Пермь, 1976. – 73 с.;
14. Вальдман А. В., Александровский Ю. А. Психофармакотерапия невротических расстройств (экспериментально-теоретический и клинико-фармакологический анализ) АМН СССР. М.: Медицина, 1987. – 288 с.;
15. Винокур В. А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение // Гедеон Рихтер в СНГ. - 2001.- № 4. - С. 23 - 25;
16. Вялкова, Г. М. Социально-гигиеническое исследование заболеваемости медицинских работников и потребность в оздоровительном лечении: автореф. дис. канд. мед. наук / Вялкова Г. М., М., 2002. - 20 с.;
17. Гришина Н. В. Помогающие отношения: профессиональные и экзистенциональные проблемы // Психологические проблемы самореализации личности. СПб., 1997. –С. 143-156;
18. Гуревич И. Н. Социально-психологические факторы эффективности врачебной деятельности. Дис. … канд. психол. наук.- Л., 1981. – 160 с.;
19. Душков Б. А., Королев А. В., Смирнов Б. А. Психология труда, профессиональной, информационной и организационной деятельности. – М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 848 с.;
20. Ефименко С. А. Социальный портрет медицинских работников участковой терапевтической службы. Социология медицины, № 1, Москва, 2004;
21. Лебедев В. И. Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001, – 431 с.;
22. Перепелица Д. И. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья медицинских работников. Автореф. дис.… канд. мед. наук. Кемерово, 2007. - 23 с.;
23. Россинский Ю. А. Клинико-биологические особенности проявлений расстройств психической адаптации у подростков женского пола. Автореф. дис.… канд. мед. наук. Томск, 2001. - 28 с.;
24. Смирнов Б. А., Долгополова Е. В., Психология деятельности в экстремальных ситуациях. Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007, – 276 с.;
25. Таенкова О. Н. Терапевтические и социальные аспекты охраны здоровья медицинских работников в многопрофильном лечебном учреждении: автореф. дис.… канд. мед. наук. Владивосток, 2001. - 24 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, СУБСФЕРА «ФИЗИЧЕСКАЯ БОЛЬ И ДИСКОМФОРТ»

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский, Г. К. Аубанова

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

В предыдущей публикации мы рассмотрели результаты анализа субсферы «Жизненная активность, энергия и усталость». В настоящей публикации будут приведены результаты анализа показателей субсферы «Физическая боль и дискомфорт». Основным инструментом исследования явился «Опросник качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике» – (ВОЗКЖ - 100), адаптированный Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В. М. Бехтерева (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

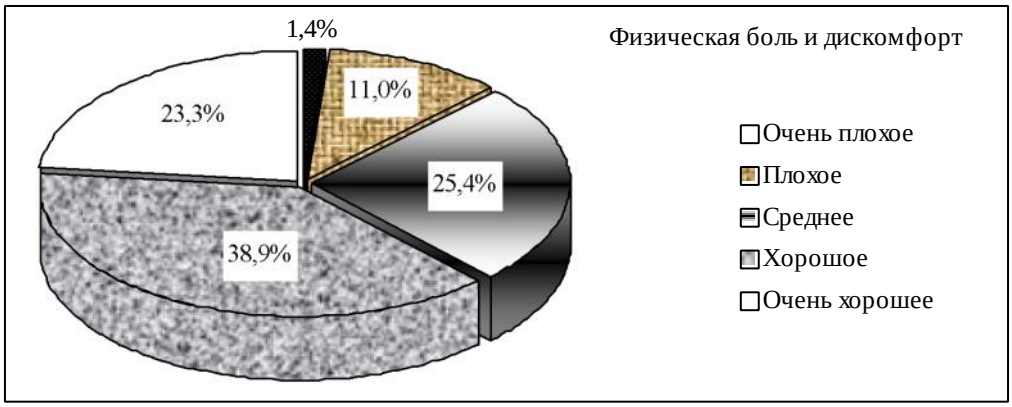
Согласно опроснику ВОЗКЖ - 100 субсфера «Физическая боль и дискомфорт» исследует неприятные физические ощущения, которые испытывает индивид, и степень, в которой эти ощущения являются беспокоящими и мешают индивиду в его жизни. Вопросы этой субсферы включают контроль, который индивид имеет над болью, и легкость, с которой может быть достигнуто освобождение или облегчение от боли. Предполагается, что чем легче достигается освобождение от боли, тем меньше страх перед ней и, как результат, меньше величина ее влияния на качество жизни. Также изменения интенсивности боли могут беспокоить больше, чем сама боль. Даже если в данный момент индивид не испытывает боли (благодаря лекарствам

либо тому, что боль по своей природе является периодической, как, например, мигрень), на качество его жизни может влиять постоянная угроза боли. Известно, что люди по-разному реагируют на боль, и различная способность переносить боль и примиряться с ней, по-видимому, влияет на качество жизни. Субсфера включает в себя такие неприятные физические ощущения, как онемение, болезненные ощущения, кратковременная или длительная боль, зуд. Боль считается существующей, если индивид утверждает, что она есть, даже если нет медицинских оснований рассматривать ее как существующую (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

В статье «Качество жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана: физическая сфера, субсфера «Жизненная активность, энергия и усталость» мы уже обсудили те специфические условия труда некоторых врачебных специальностей, которые могут выступать как факторы риска физического дискомфорта и боли. Речь идет об операциональной напряженности. Сейчас мы хотели бы представить результаты самооценки субсферы «Физическая боль и дискомфорт» врачами стационарного профиля северо-восточного региона Республики Казахстан (см. рисунок 1).

Рисунок 1

Распределение самооценок субсферы «Физическая боль и дискомфорт» у врачей стационарного профиля



Как видно из рисунка 1, те респонденты, кто оценил субсферу «Физическая боль и дискомфорт» оценкой «очень плохо», т.е. очень высокую степень представленности физического дискомфорта и боли составили, в среднем, 1,4% (доверительный интервал – 0,9%<>3,5%) или 5 человек, оценкой «плохо» – 11,0±3,3% – 38 человек. Таким образом, лица с неудовлетворительным уровнем самооценки субсферы «Физическая боль и дискомфорт» (оценки «очень плохо» и «плохо»), в среднем, составили 12,4% от числа общей группы. Одна четвертая часть респондентов – 25,4±4,6% (88 человек) – оценили данную субсферу как средне или удовлетворительно. Те, у кого достаточно низкий уровень представленности физического дискомфорта и боли составили 38,9±5,1%, т.е. 135 человек, (оценка «хорошо»), и те, у кого физический дискомфорт и боль практически отсутствуют, в среднем, составили 23,3±4,5% (81 человек) – (оценка «очень хорошо»). То есть, лица, оценившие субсферу «Физическая боль и дискомфорт» как «хорошо» и «очень хорошо» составили суммарное большинство – 62,2% от числа общей группы. Таким образом, в целом соотношение показателей субсферы «Физическая боль и дискомфорт» среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана можно расценивать как удовлетворительное и в большей степени – как хорошее.

Для определения вероятных факторов имеющих взаимосвязи с уровнем самооценки физического дискомфорта и боли мы провели сравнительный и корреляционный анализ представителей тех групп, кто полярно оценил уровень физического дискомфорта и боли: как неудовлетворительный (оценки «Очень плохо» и «Плохо») (группа 1, n = 43) и хороший (оценки «Хорошо» и «Очень хорошо») (группа 2, n = 216), и получили следующие результаты (см. таблицу № 1). Из таблицы №1 видно, что представленные показатели, как и в случае с субсферой «Жизненная активность, энергия и усталость», можно условно разделить на три группы факторов:

- физические;
- психологические;
- психические.

Физические факторы, в основном, связаны с интенсивными психофизическими нагрузками. Психологические факторы связаны с интенсивными психоэмоциональными нагрузками – переживанием хронического стресса, связанного со спе-

Таблица № 1

Группы с неудовлетворительными (группа 1, n = 43) и хорошими оценками (группа 2, n = 216) субсферы «Физическая боль и дискомфорт»

Исследуемые параметры		Группа 1 (n = 43)	Группа 2 (n = 216)	P
Методика диагностики эмоционального выгорания (В.В. Бойко)	«Я часто работаю через силу»	55,8±4,8%	34,7±6,4%	<0,05
	«На работе я испытываю постоянные физические и психические перегрузки»	81,4±11,6%	52,6±6,7%	<0,01
	«Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства»	25,6±13%	9,4±3,9%	<0,01
	«Я потерял покой из-за моей работы»	37,2±14,4%	16,0±4,9%	<0,01
	«При мысли о работе мне становится не по себе: появляются боли в области сердца, головная боль, повышается АД»	32,6±14%	14,6±4,7%	<0,01
	«Некоторые моменты моей работы вызывают у меня неприятные эмоционально-вегетативные реакции…»	41,9±14,7%	23,0±5,7%	<0,05
	Фаза напряжения: «Загнанность в клетку»	11,0±2,5 балла	8,3±1,0 балла	<0,05
	Фаза напряжения: Тревога и депрессия	13,8±2,8 балла	9,3±1,0 балла	<0,01
	Фаза напряжения: Тревога и депрессия: сложившийся симптом	37,2±14,4%	21,6±5,5%	<0,05
	Фаза напряжения: Переживание психотравмирующих ситуаций	21,1±2,3 балла	15,9±1,2 балла	<0,01
	Фаза истощения: Психосоматические и психовегетативные нарушения	13,8±2,3 балла	9,1±0,9 балла	<0,01
	Фаза резистенции: Сформированная фаза	48,8±14,9%	24,9±5,8%	<0,01
	Фаза истощения: Сформированная фаза	32,6±14%	9,4±3,9%	<0,01
Интенсивное употребление на работе крепкого чая/кофе, как стимулятора		44,2±14,8%	24,2±5,7%	<0,05
Чрезмерное употребление / злоупотребление на работе крепкого чая/кофе как стимулятора		20,9±12,2%	7,9±3,6%	<0,05
Лица с диагнозом F 07.2 – Посткоммоционный синдром		38,1±14,7%	15,3±4,8%	<0,01
ВОЗКЖ-100: «Насколько сильно Вы беспокоитесь о своей безопасности и защищенности (F16.3.)?». Оценка «Предельно много».		25,6±13%	8,8±3,8%	<0,01
ВОЗКЖ-100: «Есть ли у Вас финансовые трудности (F18.2)?». Оценка «Предельно много».		32,6±14%	13±4,5%	<0,01
Специфические фобии F40.2		26,2±13,3%	12,9±4,5%	<0,05

цификой труда и как его варианта – переживание фрустрации, связанной с неудовлетворенностью настоящим положением и работой. Психические факторы связаны с наличием нервно-психического расстройства.

В отношении психических факторов можно отметить тот факт, что среди лиц, субъективно оценивающих физический дискомфорт и боль, как выраженные или очень выраженные (оценки «Очень плохо» и «Плохо») в сравнении с теми, кто оценил эту субсферу, как «Хорошо» или «Очень хорошо». Практически в 2,5 раза чаще встречаются те, у кого диагностировано психоорганическое расстройство в виде посткоммоционного синдрома (F07.2) (38,1±14,7% и 15,3±4,8%, при P<0,01). В 2,0 раза чаще встречаются лица с диагнозом: Специфические фобии (F40) (26,2±13,3% и 12,9±4,5%, при P<0,05). Как мы уже указывали выше, эти расстрой-

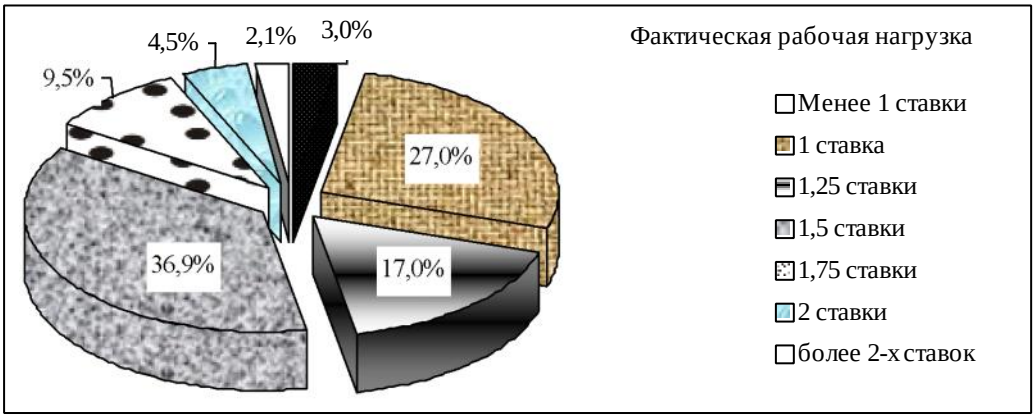
ства также обнаруживали взаимосвязи и уровнем самооценки жизненной активности.

В случае посткоммоционного расстройства можно считать, что более негативные самооценки физического дискомфорта и боли могут иметь две причины. Во-первых, они могут быть связаны как с наличием основного заболевания (F07), например, головными болями, вегетативными проявлениями, так и с прочими симптомами, характерными для данного психического расстройства. Во-вторых, данное психическое расстройство (F07) может играть определённую роль в субъективном восприятии алгических проявлений и физического дискомфорта, т.е. эти расстройства по своей интенсивности могут восприниматься более остро или порог фиксации внимания на этих ощущениях будет снижен. Основное заболевание также может иметь опосредованное влияние. Например, вследствие посткоммоционного расстройства может быть снижена работоспособность, что будет являться причиной работы с повышенными психофизическими нагрузками. Это, в свою очередь, будет приводить к хроническому психофизическому напряжению и как следствие – к физическому дискомфорту и боли. Или же хроническое психофизическое напряжение будет обострять приступы основного заболевания, которое само по себе будет ассоциироваться с физическим дискомфортом и болью.

В отношении взаимосвязей физических факторов с самооценкой физического комфорта можно отметить тот факт, что согласно результатам методики диагностики эмоционального выгорания В. В. Бойко (Бойко В. В., 1999; Райгородский Д. Я., 2000), 81,4±11,6% лиц из числа тех, кто неудовлетворительно оценили субсферу «Физическая боль и дискомфорт» (оценки «Очень плохо» и «Плохо») отмечали постоянные физические и психические перегрузки. Это, в среднем, в 1,5 раза больше, чем в группе тех, кого физический дискомфорт и боль практически не беспокоят или беспокоят совсем незначительно (оценки «Хорошо» и «Очень хорошо») (52,6±6,7%). Также среди этой подгруппы (неудовлетворительная оценка) в 1,6 раза чаще встречались те, кто чувствовал, что работает через силу (55,8±4,8% и 34,7±6,4%, при P <0,05). Факт того, что подгруппа респондентов, неудовлетворительно оценивших собственную боль и физический дискомфорт, переживают физические психические перегрузки подтверждается тем, что среди них 44,2±14,8% врачей интенсивно используют крепкий чай или кофе в качестве стимулятора и профессионального адаптогена. Злоупотребляют на работе крепким чаем или кофе с целью стимуляции и компенсации своих энергетических затрат - 20,9±12,2%. Те, кто отмечают, что злоупотребляют крепким чаем/кофе, также подтверждают наличие вредных последствий от чрезмерного употребления крепкого чая или кофе (тахикардия, повышение АД, нарушение сна, повышение тревоги и пр.). В то же время они отмечают, что «ничего не могут с этим поделать», т.к. это наиболее приемлемый способ поддерживать работоспособность, соответствующую уровню рабочей нагрузки. Среди тех, кто положительно оценил субсферу «Физическая боль и дискомфорт» лица, стимулирующие себя на работе кофеин содержащими напитками, встречались реже в 1,8 раза (24,2±5,7%), а лица, злоупотребляющие крепким чаем/кофе, – реже в 2,6 раза (7,9±3,6%). Следовательно, к факторам, относящимся к специфическим условиям труда врача стационарного профиля и обнаруживающим взаимосвязи с уровнем физического дискомфорта и боли, помимо операциональной напряженности, можно отнести интенсивность или уровень профессиональной или суммарной рабочей нагрузки. На рисунке 2 отражено распределение в общей исследуемой группе по профилю фактической рабочей нагрузки.

Рисунок 2

Фактическая рабочая нагрузка у врачей стационарного профиля северо-восточного региона Республики Казахстан



Из рисунка 2 видно, что у 30,0% врачей рабочая нагрузка составляет одну ставку (27,0%) или менее одной ставки (3,0%). То есть практически одна треть врачей работает в нормальном рабочем режиме. Работают с незначительным превышением рабочей нагрузки – на 1,25 ставки 17,0% врачей. Работают в режиме существенного превышения нормальной рабочей нагрузки – на 1,5 ставки 36,9% врачей. В режиме значительного превышения нормальной рабочей нагрузки от 1,75 ставок и выше работают 16,1% врачей. Причем, 6,6% врачей работают в режиме крайнего превышения нормальной рабочей нагрузки: 4,5% врачей работают на 2,0 ставки и 2,1% – свыше двух ставок. Следовательно, мы можем сделать вывод, что фактическая рабочая нагрузка, соответствующая степени значительного превышения по своей интенсивности нормальную нагрузку, может выступать в качестве фактора, влияющего на субъективное восприятие физического дискомфорта и боли в сторону неудовлетворительной их оценки.

В отношении психологических факторов можно отметить хроническое переживание тревоги и избытка гипотимии. Отметим, что тревога ассоциировалась именно с работой. Из таблицы № 1 видно, что группы с полярной самооценкой физического дискомфорта и боли достоверно отличались по распространенности наличия хронической тревоги. Например, среди тех врачей, кто неудовлетворительно оценил («Очень плохо» и «Плохо») субсферу «Физическая боль и дискомфорт» в сравнении с теми, кто оценил ее как «Хорошо» или «Очень хорошо», в среднем, в 2,5 раза чаще встречались те, кто связывали происхождение своей тревоги с работой («Я потерял покой из-за моей работы»: 37,2±14,4% и 16±4,9%, при P<0,01). Также в 2,2 раза чаще встречались те, кто отмечали наличие вегетативных расстройств, возникающих при мыслях о работе (32,6±14% и 14,6±4,7%, при P<0,01), и в 1,8 раза те, у кого вегетативные реакции являлись реакциями на некоторые специфические условия труда (41,9±14,7% и 23,0±5,7%, при P<0,05). Наличие тревоги подтверждалось еще и тем, что у этой подгруппы балльные оценки фазы напряжения симптома «Загнанность в клетку» (методика диагностики эмоционального выгорания В. В. Бойко) достоверно превышали на 2,7 балла (11,0±2,5 и 8,3±1,0 баллов, при P<0,05); симптома «Тревога и депрессия», также превышали на 4,5 баллов (13,8±2,8 и 9,3±1,0 балла, при P<0,01); показателя фазы напряжения «Переживание психотравмирующих ситуаций» – на 5,2 балла (21,1±2,3 и 15,9±1,2 балла, при P<0,01); и показателя фазы истощения «Психосоматические и психовегетативные нарушения» – превышение на 4,7 балла (13,8±2,3 и 9,1±0,9 балла, при P<0,01). Также среди тех, кто неудовлетворительно оценил субсферу «Физическая боль и дискомфорт» достоверно чаще встречались те, у кого согласно методике диагностики эмоционального выгорания по В. В. Бойко, выявлялся сложившийся симптом «Тревога и депрессия» – превышение в 1,7 раза (37,2±14,4% и 21,6±5,5%, при P<0,05); выявлялась сформированная фаза резистенции – превышение в 1,9 раза (48,8±14,9% и 24,9±5,8%, при P <0,01); выявлялась сформированная фаза истощения – превышение в 3,5 раза (32,6±14% и 9,4±3,9%, при P<0,01). Эти результаты свидетельствуют в пользу того факта, что переживание стресса, связанного со специфическими условиями труда, обнаруживает взаимосвязи с уровнем физического дискомфорта и боли, а также влияет на восприятие и самооценку данных проявлений.

Подводя итоги обсуждению субсферы «Физическая боль и дискомфорт», можно сделать следующие выводы.

1. В целом соотношение показателей субсферы «Физическая боль и дискомфорт» среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана можно расценивать как удовлетворительное и в большей степени – как хорошее.

2. С уровнем самооценки качества жизни, в частности субсферы «Физическая боль и дискомфорт» обнаруживают взаимосвязи три группы факторов: физические, психологические и психические. Физические факторы в основном связаны с интенсивными психофизическими нагрузками. Психологические факторы связаны с интенсивными психоэмоциональными нагрузками – переживанием хронического стресса, связанного со спецификой труда и как его варианта – переживание фрустрации, связанной с неудовлетворенностью настоящим положением и работой. Психические факторы – связаны с наличием нервно-психического расстройства.

3. К специфическим факторам условий труда обнаруживающих взаимосвязи с уровнем физического дискомфорта и боли, помимо операциональной напряженности можно отнести интенсивность или уровень профессиональной или суммарной рабочей нагрузки.

4. Говоря о распространенности случаев работы в режиме повышенных рабочих нагрузок среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана, можно отметить тот факт, что 36,9% врачей работают в режиме существенного превышения нормальной рабочей нагрузки – на 1,5 ставки. И 16,1% врачей работают в режиме значительного превышения нормальной рабочей нагрузки от 1,75 ставок и выше. Причем 6,6% врачей работают в режиме крайнего превышения нормальной рабочей нагрузки: 4,5% врачей работают на 2,0 ставки и 2,1% – свыше двух ставок.

5. В целях стимуляции и компенсации своих энергетических затрат 44,2±14,8% из числа врачей, неудовлетворительно оценивших субсферу «Физи-

ческая боль и дискомфорт», интенсивно используют крепкий чай или кофе в качестве стимулятора и профессионального адаптогена, а 20,9±12,2% из числа этой же подгруппы – злоупотребляют на работе крепким чаем или кофе, не смотря на осознаваемые вредные последствия.

Литература:

1. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999;

2. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). СПб., 1998;

3. Райгородский Д. Я. Методика диагностики синдрома эмоционального выгорания по В. В. Бойко / Д. Я. Райгородский // Практ. психодиагностика. Методика и тесты: Учеб. пособие / Редактор-составитель Д. Я. Райгородский. – Самара: Изд. дом «БАХРАХ», 1998.– С. 240 - 260;

4. Смирнов Б. А., Долгополова Е. В., Психология деятельности в экстремальных ситуациях. Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, СУБСФЕРА «СОН И ОТДЫХ»

Г. К. Аубанова, Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

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

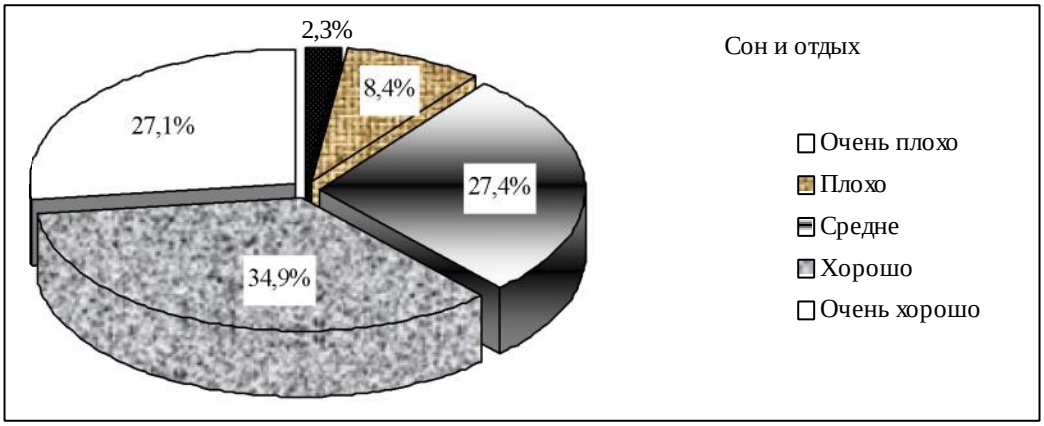
В предыдущих публикациях мы рассмотрели результаты анализа показателей субсфер «Жизненная активность, энергия и усталость» и «Физическая боль и дискомфорт». В настоящей публикации будут приведены результаты анализа показателей субсферы «Сон и отдых». Основным инструментом исследования явился «Опросник качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике» – (ВОЗКЖ-100), адаптированный Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева (Бурковский Г.В. и соавт., 1998).

Согласно опроснику ВОЗКЖ - 100 субсфера «Сон и отдых» исследует насколько сон и имеющиеся со сном проблемы влияют на качество жизни индивида. Проблемы сна включают трудности засыпания, ночные пробуждения, раннее утреннее пробуждение, сопровождающееся неспособностью заснуть вновь, а также отсутствие ощущения отдыха от сна. Вопросы данной субсферы не исследуют специфических личных характеристик сна человека, таких, например, как обыкновение рано просыпаться по утрам, или же то, принимает ли человек снотворные препараты. Вопросы по поводу зависимости индивида от лекарств, помогающих ему заснуть, включены в отдельную субсферу «Зависимость от веществ». Субсфера «Сон и отдых» фокусируется на том, расстроен сон или нет, а причина этих расстройств может быть любой, связанной как с индивидом, так и с окружающей его средой (Бурковский Г.В. и соавт., 1998).

На рисунке 1 отражено распределение субъективных оценок субсферы «Сон и отдых» согласно результатам опросника качества жизни ВОЗКЖ - 100. Из рисунка 1 видно, что 8 человек или 2,3±1,6% оценили эту субсферу крайне неудовлетворительно (оценка «Очень плохо»), и 29 человек или 8,4±2,9% оценили ее неудовлетворительно (оценка «Плохо»). То есть, врачи, неудовлетворительно оценившие субсферу «Сон и отдых», в общем соотношении составили 10,7% от числа всей группы. 95 человек или 27,4±4,7% удовлетворительно оценили эту субсферу (оценка «Средне»). Наибольшее соотношение составили оценки «Хорошо» и «Очень хорошо». Оценку «Хорошо» поставили 121 человек или 34,9±5,0%. И почти одна треть – 27,1±4,7% оценили субсферу «Сон и отдых» как «Очень хорошо». То есть, лица, оценившие данную сферу как «Хорошо» и «Очень хорошо» составили большинство от числа общей группы – 62,0%. Таким образом, можно отметить тот факт, что в целом соотношение показателей субсферы «Сон и

Рисунок 1

Распределение самооценок субсферы «Сон и отдых» у врачей стационарного профиля



отдых» Исходя из приведённых выше данных опроса врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана, можно оценивать показатели субсферы «Сон и отдых», как удовлетворительные и в большей степени – как хорошие.

В целях выявления вероятных рисков неудовлетворительной оценки субсферы «Сон и отдых», коими могут являться специфические условия труда врачей стационарного профиля, мы провели сравнительный анализ достоверных различий результатов опроса тех лиц, кто неудовлетворительно оценил данную субсферу с теми, кто ее оценил как «Хорошо» и «Очень хорошо». Результаты представлены в таблице № 1.

Таблица № 1

Группы с оценками «Неудовлетворительно» (группа 1, n = 37) и «Хорошо» (группа 2, n = 215) субсферы «Сон и отдых»

Исследуемые параметры		Группа 1 (n = 37)	Группа 2 (n = 215)	P
ВОЗКЖ-100: (субсфера/оценка)	«Физическая боль и дискомфорт» (F1.)	12,3±1,2 балла	15,2±0,5 балла	<0,01
	«Жизненная активность, энергия и усталость» (F2.)	10,3±1,1 балла	13,8±0,4 балла	<0,01
	«Положительные эмоции» (F4.)	11,3±1,3 балла	13,8±0,4 балла	<0,01
	«Отрицательные эмоции» (F8)	11,4±1,0 балла	14,8±0,4 балла	<0,01
	«Социальные отношения: Практическая социальная поддержка» (F14.)	11,7±1,2 балла	14,3±0,4 балла	<0,01
	«Финансовые ресурсы»	9,5±1,1 балла	10,9±0,4 балла	<0,01
	«Возможности для отдыха и развлечений и их использование»	10,7±1,0 балла	13,3±0,4 балла	<0,01
МДЭВ (В.В. Бойко)	Сформированная фаза напряжения	47,2±16,3%	21,6±5,5%	<0,01
	Сформированная фаза резистенции	52,8±16,3%	26,3±5,9%	<0,01
	Фаза истощения в стадии формирования	47,2±16,3%	26,8±5,9%	<0,05
	Фаза напряжения, симптом «Загнанность в клетку» (баллы)	11,8±3,0	8,3±1,0	<0,01

Исследуемые параметры		Группа 1 (n = 37)	Группа 2 (n = 215)	P
МДЭВ (В.В. Бойко)	Фаза напряжения, симптом «Тревога и депрессия» (баллы)	13,9±3,2	9,4±1,0	<0,01
	«На работе я испытываю постоянные физические и психические перегрузки»	83,3±12,2%	54,5±6,7%	<0,01
Чрезмерное употребление / злоупотребление на работе крепкого чая/кофе как стимулятора		21,6±13,3%	8,9±3,8%	<0,05
Специфические фобии F 40.2		11,4% 2,9<>26,8%	2,4% 1,4<>5,5%	<0,05
ПТСР и РПА (F43.1, F43.2)		37,1±16%	16,7±5,1%	<0,01

По результатам, представленным в таблице № 1, можно выделить три группы факторов: физические, психологические и психические, а также социальных. К числу психических факторов, обнаруживающих взаимосвязи с уровнем самооценки субсферы «Сон и отдых», можно отнести тот факт, что в подгруппе лиц с неудовлетворительными оценками данной субсферы в сравнении с подгруппой с самооценками «Хорошо» и «Очень хорошо», в среднем, в 4,7 раза чаще встречаются лица, страдающие специфическими фобиями – F 40.2 (11,4% (доверительный интервал – 2,9%<>26,8%) и 2,4% (доверительный интервал – 1,4<>5,5%) при P<0,05) и в 2,2 раза чаще встречаются лица, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) – F43.1 (37,1±16% и 16,7±5,1%, при P<0,01).

Из физических факторов можно отметить такие, как высокие физические и психические нагрузки, приводящие к перегрузке, неудовлетворительные условия для отдыха, и употребление кофеина в виде крепкого чая/кофе с вредными последствиями. Так, например, в подгруппе с оценками субсферы «Сон и отдых» «Неудовлетворительно», в сравнении с подгруппой с самооценками «Хорошо» и «Очень хорошо» в среднем в 1,5 раза встречаются чаще те, кто отмечает, что сталкивается на работе с постоянными физическими и психическими перегрузками (83,3±12,2% и 54,5±6,7%, при P <0,01). Это косвенно подтверждается тем, что в этой подгруппе также чаще в 2,4 раза встречаются лица, которые, несмотря на очевидные вредные последствия на работе, интенсивно или чрезмерно стимулируют себя крепкими кофеин содержащими напитками (21,6±13,3% и 8,9±3,8%, при P <0,05).

В отношении интенсивного или чрезмерного употребления крепкого чая или кофе необходимо отметить то, что это может являться самостоятельным фактором нарушения сна, и, соответственно, влиять на его самооценку. Также необходимо отметить, что по результатам нашего исследования в среднем 17,2±4,0% врачей (60 человек) отметили, что на работе употребляют крепкий чай или кофе, исключительно как «профессиональный адаптоген», с целью стимуляции своей работоспособности. 26,4±4,6% (92 человека) отметили, что они злоупотребляют крепким чаем кофе и отмечают вредные последствия этого употребления. А 17,2±4,0% (60 человек) отмечают у себя физическую зависимость от кофеин-содержащих напитков. При этом почти половина кофеин - зависимых лиц – 8,0±2,9% (28 человек) – отметили, что причиной пристрастия от кофеина явилась, именно, стимуляция своей профессиональной активности. В отношении злоупотребления и зависимости от кофеина (крепкого чая или кофе) среди врачей стационарного профиля, мы будем говорить более подробно в главе, посвященной употреблению ПАВ. Сейчас мы можем отметить следующее. Интенсивное употребление крепкого чая/кофе, как специфической особенности стимуляции своей профессиональной активности, может влиять на нарушения сна и его самооценку.

Также среди социальных факторов, обнаруживающих взаимосвязи с самооценкой сна и отдыха, можно отметить неадекватные возможности для отдыха и развлечений, отсутствие достаточной или желаемой социальной поддержки, а также дефицит материальных ресурсов. Мы отдаем себе отчет в том, что социальная поддержка и возможности для отдыха включают в себя большой психологический компонент, однако, в данном случае мы делаем акцент именно на физическом наличии или отсутствии мероприятий, входящих в эти субсферы. Итак, в подгруппе неудовлетворительно оценивших субсферу «Сон и отдых» в сравнении с теми, кто оценил данную сферу «Хорошо», оценка в баллах параметра «Возможности для отдыха и развлечений и их использование» (согласно опросника ВОЗКЖ-100), в среднем, на 2,6 балла оказалась ниже (10,7±1,0 и 13,3±0,4 балла, при P<0,01), параметра «Социальные отношения: Практическая социальная поддержка» – оказалась

ниже на 2,6 балла (11,7±1,2 и 14,3±0,4 балла, при P<0,01), а параметра «Финансовые ресурсы» – оказалась ниже на 1,4 балла (9,5±1,1 и 10,9±0,4 балла, при P<0,01).

Среди психологических факторов, обнаруживающих взаимосвязи с уровнем самооценки сна и отдыха, можно отметить показатели следующих субсфер опросника ВОЗКЖ-100: «Физическая боль и дискомфорт», «Жизненная активность, энергия и усталость», «Положительные эмоции» и «Отрицательные эмоции». Субсферы «Физическая боль и дискомфорт» и «Жизненная активность, энергия и усталость» мы уже достаточно полно обсудили в предыдущих публикациях, поэтому только отметим то, что, как и в предыдущих случаях, оценки в баллах достоверно были выше у той подгруппы лиц, которые оценили эти субсферы как «Хорошо» и «Очень хорошо»: по субсфере «Физическая боль и дискомфорт» в среднем на 2,9 балла (15,2±0,5 и 12,3±1,2 балла, при P<0,01); по субсфере «Жизненная активность, энергия и усталость» в среднем на 3,5 балла (13,8±0,4 и 10,3±1,1 балла, при P<0,01).

В отношении переживания положительных и отрицательных эмоций можно отметить следующее. У той подгруппы лиц, которые неудовлетворительно оценили соответствующие субсферы, в сравнении с теми, кто оценил их как «Хорошо» или «Очень хорошо» достоверно имели более низкие оценки в баллах (ВОЗКЖ - 100). Это свидетельствовало о дефиците переживания ими положительных эмоций (11,3±1,3 и 13,8±0,4 балла, при P<0,01, разница в 2,5 балла) и об избытке переживания отрицательных эмоций (11,4±1,0 и 14,8±0,4 балла, при P<0,01, разница в 3,4 балла). Как мы уже отметили выше, мы позже, в разделе, посвященном психологической сфере, мы рассмотрим те специфические условия труда врача стационарного профиля, которые могут выступать как факторы риска переживания избытка отрицательных эмоций.

Также с уровнем самооценки субсферы «Сон и отдых» мы обнаруживали взаимосвязи показатели опросника В. В. Бойко «Эмоциональное выгорание», характеризующие сформированность фаз развития стресса. Так, среди тех, кто неудовлетворительно оценили субсферу «Сон и отдых» в сравнении с теми, кто оценил ее как «Хорошо» или «Очень хорошо» достоверно чаще встречались те: у кого была сформирована фаза напряжения – разница в 2,2 раза (47,2±16,3% и 21,6±5,5%, при P<0,01); у кого была сформирована фаза резистенции – разница в 2,0 раза (52,8±16,3% и 26,3±5,9%, при P<0,01); у кого фаза истощения находилась на стадии формирования – разница в 1,8 раза (47,2±16,3% и 26,8±5,9%, при P<0,05). Также у этой подгруппы достоверно были выше бальные оценки симптома «Загнанность в клетку» (фаза напряжения) – разница в 3,5 балла (11,8±3,0 и 8,3±1,0 баллов, при P <0,01) и показателя «Тревога и депрессия» – разница в 4,5 балла (13,9±3,2 и 9,4±1,0, при P <0,01).

Таким образом, подводя итоги в отношении данной субсферы, мы можем сделать следующие выводы.

Первое, можно в целом расценивать показатели субсферы «Сон и отдых» среди врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана как соотношение оценок «удовлетворительно» и в большей степени – «Хорошо».

Второе, с уровнем самооценки качества жизни, в частности субсферы «Сон и отдых» обнаруживаются взаимосвязи трёх групп факторов: физические, психологические и психические.

Физические факторы, в основном, связаны с интенсивными психофизическими нагрузками, интенсивным употреблением кофеин - содержащих напитков, в качестве стимулятора производственной активности. Психологические факторы связаны с интенсивными психоэмоциональными нагрузками – переживанием хронического стресса, связанного со спецификой труда. Среди социальных факторов можно выделить такие как, неадекватные условия для отдыха и социальной поддержки, а также дефицит материальных ресурсов. Психические факторы связаны с наличием нервно-психических расстройств.

Литература:

1. *Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. СПб., 1999;*
2. *Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). Санкт-Петербург, 1998;*
3. *Райгородский Д.Я. Методика диагностики синдрома эмоционального выгорания по В.В. Бойко / Д.Я. Райгородский // Практ. психодиагностика. Методика и тесты: Учеб. пособие / Редактор-составитель Д.Я. Райгородский.– Самара: Изд. дом «БАХРАХ», 1998.– С. 240 - 260;*
4. *Смирнов Б.А., Долгополова Е.В., Психология деятельности в экстремальных ситуациях. Х.: Изд-во Гуманитарный Центр, 2007, – 276 с.;*

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, ОБЩАЯ ОЦЕНКА

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский, Г. К. Аубанова

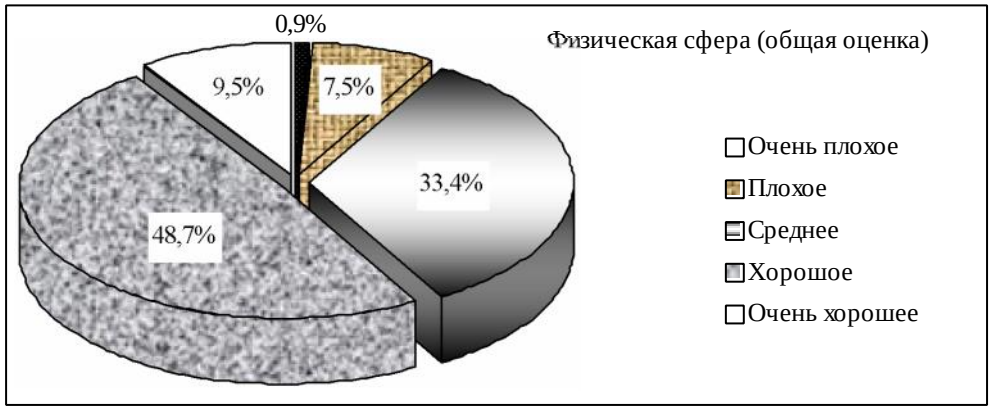
Как было отмечено в трех предыдущих публикациях, нами было проведено кросс-секционное исследование, целью которого явилось изучение взаимосвязей качества жизни, психического здоровья и специфических условий труда врачей стационарного профиля. Объектом исследования явились врачи стационарного профиля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

В настоящей публикации будут приведены результаты анализа показателей общей оценки «Физической сферы». Основным инструментом исследования явился «Опросник качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике» – (ВОЗКЖ - 100), адаптированный Санкт-Петербургским научно-исследовательским психоневрологическим институтом им. В.М. Бехтерева (Бурковский Г. В. и соавт., 1998).

В отношении общей, средней оценки физической сферы, согласно формулам расчета опросника ВОЗКЖ-100 (Бурковский Г.В. и соавт., 1998) мы получили следующие оценочные соотношения (рисунок 1).

Рисунок 1

Распределение самооценок физической сферы у врачей стационарного профиля северо-восточного региона



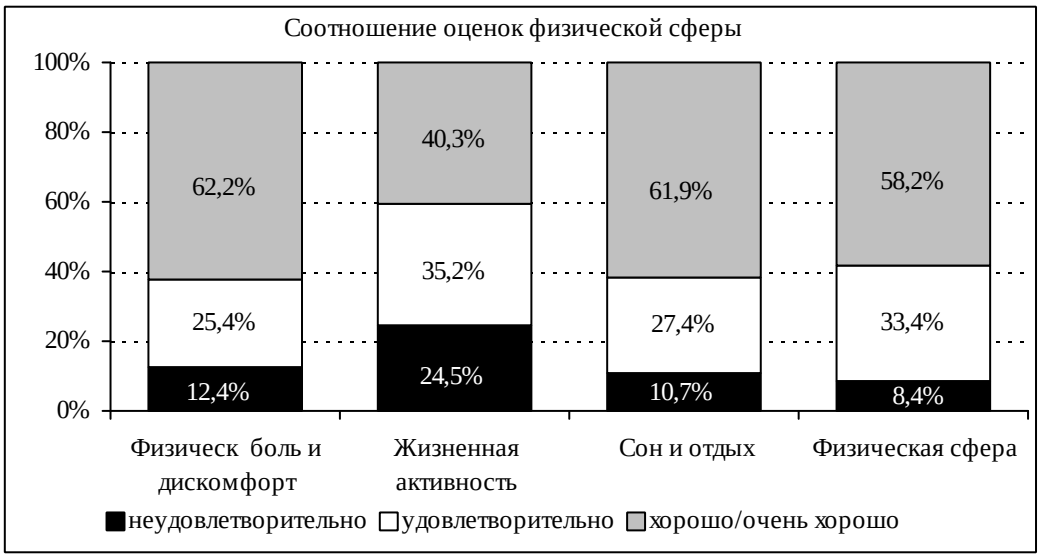
На рисунке 1 показано, что средние оценки физической сферы распределились следующим образом. Наибольший процент – 48,7±5,3% случаев (169 человек) – составила оценка «Хорошо». На втором месте по относительному объему оказалась оценка «Средне» – 33,4±5,0% случаев (116 человек). Третье место по своему относительному объему пришлось на оценку «Очень хорошо» – 9,5±3,1% случаев (33 человека). Четвертое место занимала оценка «Плохо» – 7,5±2,8% случаев (26 человек) и, соответственно пятое место – оценка «Очень плохо» – 0,9% случаев или 3 человека (доверительный интервал – 0,5%<>2,8%). Следовательно, 202 человека или 58,2% от общего числа респондентов оценили физическую сферу на «Хорошо» или «Очень хорошо», что составило абсолютное большинство, 33,4±5,0% (116 человек) оценили физическую сферу на удовлетворительно (оценка «Средне») и 8,4% (36 человек) оценили физическую сферу неудовлетворительно («Очень плохо» и «Плохо»). Таким образом, можно утверждать тот факт, что в целом среди врачей стационарного профиля северо - восточного региона Казахстана состояние физической сферы, как составляющей качества жизни, можно характеризовать как хорошее в большей степени и удовлетворительное.

Для того, чтобы определить наиболее проблемные или уязвимые области физической сферы мы сопоставили неудовлетворительные, удовлетворительные и хорошие оценки каждой субсферы с общими средними показателями физической сферы в целом (рисунок 2).

Как видно из рисунка 2, наиболее уязвимой, является субсфера «Жизненная активность, энер-

Рисунок 2

Соотношение оценок субсфер физической сферы у врачей стационарного профиля северо-восточного Казахстана



гия и усталость». В этой сфере, по сравнению с другими, наиболее представлен относительный вес неудовлетворительных оценок – 24,5%. И в этой же субсфере наименее, в сравнении с другими субсферами, представлены оценки «Хорошо» и «Очень хорошо» – 40,3%. Относительные показатели двух остальных субсфер «Физическая боль и дискомфорт» и «Сон и отдых» свидетельствуют в пользу оценок «Хорошо» и «Очень хорошо».

Таким образом, можно сделать следующий вывод. Согласно оценкам опросника качества жизни ВОЗКЖ-100 100 (Бурковский Г. В. и соавт., 1998), качество жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Республики Казахстан, в частности - состояние их физической сферы, в большей степени можно охарактеризовать как хорошее (58,2%) и удовлетворительное (33,4%).

Литература:

1. *Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике (пособие для врачей и психологов). СПб., 1998.*

УЧИТЕЛЬ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

С. Б. Имангазинов, К. Г. Шарапатова г. Павлодар

На здоровье школьников определенным образом влияет состояние здоровья учителей. Учитель общеобразовательной школы является ключевой фигурой учебно-воспитательного процесса, эффективность которого, определяясь профессиональной компетентностью педагога, во многом зависит так же от его психического физического благополучия, отношению к своему здоровью и здоровью учащихся [1].

Специфика труда и образ жизни учителя общеобразовательной школы является, видимо, причиной большей частоты проявления невротических расстройств именно у педагога в сравнении с представителями ряда других профессий [2].

Так, по данным Д. Н. Лоранского и Л. В. Водогреевой, итоги самооценки респондентами своего здоровья выглядят следующим образом: оценивают свое здоровье как хорошее педагоги в 9,2% случаев; медицинские работники – в 18,6%; научные работники – в 22,9%; рабочие – в 25,4%. Регулярно делают утреннюю гимнастику представители медицинской профессии в 11,6% случаев; научные работники – в 12,5%; рабочие – в 9,1% педагоги – в 4,5%. Анализ приведённых данных показывает, что показатель гигиенического поведения у учителей самый низкий.

Установлено, что одна треть школьных преподавателей имеет показатель социальной адаптации на уровне больных неврозами, 85% школьных преподавателей находятся в постоянном стрессовом состоянии. С возрастом и стажем психологические проблемы учителей нарастают [3].

Более 70% педагогов отмечают неудовлетворенность, своей социальной ролью в обществе и семье, происходящими социальными переменами, конфликтами с членами семьи и т.д. [4].

В работе Калматаевой Ж. А. указывается, что работники школ продемонстрировали невысокий уровень тревожности, только 71,4% персонала школ обеспокоены распространенностью курения, что указывает на низкий уровень гражданской позиции части учителей [5]. При опросе 385 учащихся школ, училищ, лицеев 11 - 16 лет выявлено, что 19,9% учащихся отмечают грубость учителей, а 15,7% - полное безразличие в отношениях [6].

Между тем, особое положение представителей этой профессий к людям ставит на повестку дня вопрос о целенаправленной воспитательной работе, ибо учителя, кроме всего прочего, должны обеспечивать воспитание своих учеников.

Нами проведено кросс-секционное исследование учителей в школах Павлодарской области с целью изучения образа жизни и уровня здоровья, отношения к поведенческим факторам риска. Исследование проводилось анонимно по специально составленной анкете. Различия определялись с помощью коэффициента Стьюдента. Достоверным считались результаты Р менее 0,05.

Объем исследований составил 100 учителей, преподающих в 5-11классах в 3 городских и 8 сельских средних общеобразовательных школах области. Из числа анкетированных учителей: 23% составили учителя городских школ и 77% из сельских школ.

По возрастному составу обследованные лица представлены следующим образом: до 40 лет - 48% обследованных, на возраст от 40 до 50 лет приходится 51% респондентов, старше 51 года – 9%. Достоверно чаще число педагогов старше 50 лет в городских школах и составило 21,7% из числа респондентов.

Различия по половому признаку в нашем исследовании выглядят так: учителя - мужчины работают лишь в школах сельской местности.

Около одной трети респондентов (31,3%) имеют стаж работы от 10 до 20 лет, стаж в 20 и более лет имеют 27,8%, от 6 до 9 лет имеет почти j часть (23,2%), и около одной пятой (19,2%) имеют стаж работы до 5 лет.

Более $^{2}/_{3}$ педагогов имеют высшее педагогическое образование. Уровень профессионального образования достоверно выше у учителей городских школ. Так, среди опрошенных лиц высшее образование имеют 95,7% ± 4,3% городских и 61,0 ± 5,6% сельских учителей ($P<0,01$) и неоконченное высшее образование имеют 4,3% учителей городских школ и 11,7% сельских учителей, средним специальным образованием представлены, в основном, педагоги сельской местности.

На планы в отношении повышения образования указали более $^{2}/_{3}$ (69,9%) респондентов и $^{1}/_{3}$ опрошенных лиц затрудняются ответить или не планируют повышения образовательного уровня.

На низкий уровень прожиточного минимума чаще указывали городские педагоги (19%), чем сельские (11,0%). Данное обстоятельство, по нашему мнению, демонстрирует более высокие требования горожан, чем жителей сельской местности.

Оценивают свое здоровье как удовлетворительное более половины опрошенные (51,0%), счита-

ют хорошим – 36%, неудовлетворительным – 11%, и лишь 2% отличным. Достоверно чаще сельские педагоги расценивают свое здоровье хорошим, чем городские соответственно 41,6 ± 5,7% и 17,4 ± 8,1% (P<0,05). Около половины респондентов указали на наличие хронического заболевания - 45%.

На удовлетворенность продолжительностью и качеством сна указали 64,6% респондентов. Сельские учителя более удовлетворены качеством сна (72,0 ± 5,2%), чем городские (38,1 ± 10,9%). На не удовлетворенность качеством сна указывали чаще городские педагоги, чем сельские соответственно 61,9% и 28% (P<0,01).

Курят 5% опрошенных, свой образ жизни считают подвижным 74,0%. Около половины указали (43,0%), что не употребляют алкоголь.

В основном, респонденты отмечали удовлетворенность занимаемой должностью и местом работы, оценивают взаимоотношения свои с коллегами и руководителями, с родителями учеников как ровные, без конфликтов (94,5% - 97,8%). Но следует отметить, что пятая часть (21%) не удовлетворены организацией труда, а 6,0% педагогов свои взаимоотношения с учениками считают скорее конфликтными, чем ровными.

По анализу ответов нами выявлено, что педагоги чаще стресс испытывают на работе, чем дома. На вопрос: «Где чаще вы испытываете стресс?» более половины педагогов ответили, что на работе (51,0%). Дома подвержены стрессу 13,0%, при этом достоверно чаще испытывают стресс дома городские учителя, чем сельские соответственно 30,4 ± 9,8% и 8,1 ± 3,2% (P<0,01).

Блок вопросов касался отношения к поведенческим факторам риска среди населения.

Крайне негативное отношение к курящим лицам испытывает j часть педагогов (25%), более одной трети - негативное (37,5%), и/или безразличное (37,5%). Отношение к злоупотреблению алкоголя крайне негативное испытывают 1/3 опрошенных лиц (32,6%), у более чем, половины респондентов(51,6%) - негативное отношение, безразличное отношение - у 14,7% учителей.

К наркопотребителям крайне негативное отношение у 69,7% опрошенных, негативное - у 24,2%, безразличное отношение - у 5,1%, в основном, это касается сельских педагогов.

На личную проблему с наркотиками на данный момент указали 2% опрошенных учителей.

Более половины (59,5%) испытывают сочувствие и жалость к ВИЧ - инфицированным, у 1/3 (31,0%) имеет место крайне негативное отношение, у 7,1% - негативное и у 2,4% - безразличное отношение.

К ранним сексуальным отношениям между подростками крайне негативно относятся более j педагогов (27,1%), негативно - 18,8%. Негативное отношение достоверно чаще выражают городские учителя, чем сельские соответственно 36,4 ± 10,5% 13,5 ± 4% (P <0,05). Приведенные данные подтверждают недостаточно высокий уровень гражданской позиции респондентов.

Каждый третий городской (36,4%) и каждый восьмой сельский (13,5%) учитель считают, что ранние сексуальные отношения между подростками невозможно предотвратить. На запрет ранних сексуальных отношений между подростками указали 15,0% (16,0 сельских и 9,0% городских) учителей.

Треть как городских, так и сельских учителей едины во мнении, что подростков - старшеклассников нужно информировать о безопасном сексуальном поведении, в плане предупреждения инфекций, передаваемых половым путем, и во избежание нежелательной беременности.

Литература:

1. Коган В. З., Исламова С. Н., Пумпянский А. К., Полесский В. А. Охрана укрепления здоровья педагога - необходимо условие формирования здоровья учащихся // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – МЗ РК, Московская Медицинская академия им. Сеченова, 2004. - № 3 (5). - С. 35-43.

2. Бараковский В. В. Профессия и невротические реакции. Условия формирования и пути предупреждения неврозов и аномалии личности. // Под. ред. Ушакова Г. К., Петракова Г. Д. - М., 1972. - С. 119 - 121.

3. Приз В. Н. Гигиеническая оценка влияния учебного процесса на организм учащихся современных школ // Матер. II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан (г. Астана, 4 - 5 декабря, 2002 г.). - Астана, 2002. - Т. 2. – С. 308 - 309.

4. Бобошко И. Е., Жданова Л. А., Шелкопляс Е. В., Селезнева Е. В., Ножкина Н. Н. Охрана здоровья учителей как фактор в охране здоровья школьников // Матер Международного конгресса «Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке». – М., 2004. - Ч I. - С. 156 - 158.

5. Калматаева Ж. А. Организационно-методические подходы к профилактике табакокурения среди школьного сообщества // Автореферат дисс… канд. мед. наук – Алматы, 2005. – 30 с.

6. Милюков В. Д., Стронгина Т. Б. Некоторые формы привлечения общественности к работе с детьми и подростками // Общественное здоровье и профилактика заболеваний – МЗ РК, Мос. мед. академия им. Сеченова, 2007. - №3 (23). - С. 58-59.

МОДЕЛЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

К.м.н. М. А. Сорокина, Л. Л. Мациевская

Введение

В общей системе психический адаптации выделяется три основных уровня или подсистемы: собственно психический, социально - психологический и психофизиологический. При этом задачами собственно психической адаптации является поддержание психического гомеостаза и сохранение психического здоровья, социально-психологической - организация адекватного микросоциального взаимодействия, психофизиологической адаптации - оптимальное формирование психофизиологических соотношений и сохранение физического здоровья [1, 4]. Срывы психической адаптации представляют интерес для исследователей не только с точки зрения изучения патогенетических механизмов, поиска адекватных критериев диагностики, но, главным образом, с целью оценки и активизации ресурсов для восстановления адекватного психофизиологического и личностного функционирования индивида [3, 9, 11].

В системе высшего образования изучение этих вопросов чрезвычайно актуально, так как всё усложняющиеся процессы обучения в ВУЗе чреваты перегрузками, приводящими зачастую к стойкой декомпенсации психофизиологических и социально-психологических параметров деятельности всех участников образовательного процесса. Исследования в этой области обширны и включают множество подходов к изучению как психофизиологической, так и собственно психической составляющей дезадаптации [2, 6, 16, 20]. Представляемый опыт Карагандинской государственной медицинской академии в области вышеупомянутых исследований может претендовать на системный подход к диагностике психической дезадаптации, охватывая вниманием проблемы здоровья, как студенчества, так и преподавательского состава.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие преподаватели и студенты всех курсов и факультетов Карагандинской государственной медицинской академии.

Одним из этапов совместных исследований психической адаптации основных участников образовательного процесса в высшей медицинской школе являлась комплексная оценка наиболее значимых психофизиологических адаптационных резервов: функциональной активности центральной нервной системы, а также психофизиологических функций внимания и памяти. В последующем оценивались некоторые личностные характеристики испытуемых (невротические черты личности, типы поведенческой активности личности по одноимённым тестам, интрапсихические конфликты личности).

Функциональное состояние центральной нервной системы определяли по тестам простой и сложной зрительно-моторной реакции, уровень произвольного внимания - с помощью модификации методики «Числовой квадрат» и уровень рабочей памяти - с помощью теста «Оперативная память» [13, 19]. Все методики были реализованы в компьютерной психодиагностической системе «PDS» (Россия, г. Москва). По каждому тесту определяли количество точных реакций, быстродействие (по среднему времени реагирования) и стабильность (по среднему квадратичному отклонению) реакции по времени.

Эмоционально-аффективные и социально-психологические характеристики личности оценивались при помощи опросников «Невротические черты личности», «Тип поведенческой активности» и опросника для изучения осознания психологических механизмов своего заболевания. Данные психодиагностические методики применимы именно в скрининговых исследованиях для выявления лиц с повышенным риском нервно-психической дезадаптации по невротическому и психосоматическому типу. Чувствительность их достаточна для того, чтобы дифференцировать клинический и предболезненный уровень пограничных нервно-психических расстройств. Так, в описании методики «Невротические черты личности» декларируется, что она «предназначена для качественной и количественной квалификации невротических черт личности и формализации экспертных психодиагностических знаний клинических психологов, работающих с больными указанных контингентов, а также для исследования практически здоровых лиц, профессиональная деятельность и условия проживания, которых являются потенциальной угрозой психическому здоровью» [15]. Опросник «Тип поведенческой активности», возможно, использовать «для выделения групп риска психической дезадаптации, предболезненных расстройств со стороны психической сферы или начальных проявлений нервно-психических, психосоматических расстройств или тенденции к саморазрушающему поведению» [10].

Для математической обработки результатов использовали статистический программный пакет «Statistica 6.0» и «Excel 2000».

Результаты исследования и их обсуждение

Формирование совершенной и устойчивой адаптации к учебно - профессиональной деятельности обеспечивается путем мобилизации ряда функциональных резервов, в том числе - психофизиологических [18]. Чрезвычайно важным фактором в этом отношении является функциональное состояние центральной нервной системы - это фон, определяющий в значительной степени поведение организма и его возможности (в том числе трудовые) и отражающий особенности процессов регулирования, как в норме, так и в патологии [14]. Не менее важна способность центральной нервной системы переходить, по мере надобности, на другой уровень функционирования, когда при высоком уровне функционального состояния развитие компенсаторной приспособляемости облегчается, а при сниженном - она или затруднена, или даже делается почти невозможной. Одновременно для успешности любой деятельности особенно важным является наличие и развитость произвольного внимания. Без способности произвольно направлять и поддерживать внимание невозможно осуществлять длительную и планомерную учебно-профессиональную деятельность [17]. Адаптация к учебно-профессиональной деятельности во многом определяется и так называемой рабочей (оперативной) памятью, которая не только представляет собой временное хранилище для информации, но и осуществляет с последней манипуляции необходимые для решения сложных когнитивных задач. Рабочая память является одним из важнейших показателей обучаемости и определяет уровень интеллектуального развития [21].

По результатам выполнения психофизиологических тестов с использованием кластерного анализа было выделено три группы участников образовательного процесса, достоверно отличающихся друг от друга по исследуемым параметрам (таблица №1).

Таблица №1

Результаты классификации психофизиологического состояния участников исследования (M±m)

Показатели		1 (n = 100)	2 (n = 182)	3 (n = 126)
ПЗМР	Доля точных реакций	98,5±0,2%	98,5±0,1%	97,6±0,2%***###
	Доля реакций опережения (преждевременное нажатие)	1,5±0,2%	1,5±0,1%	2,4±0,2%***###
	Среднее время реакции	0,257±0,003 сек.	0,281±0,002 сек.***	0,261±0,003 сек. ###
	Среднее квадратичное отклонение	0,052±0,002 сек.	0,069±0,002*** сек.	0,065±0,003*** сек.
СЗМР	Доля точных реакций	97,1±0,3%	98,2±0,1%***	92,3±0,4***###
	Доля неправильных ответов (нажата не та клавиша)	2,5±0,2%	1,6±0,1%***	5,8±0,3%***###
	Доля реакций опережения (преждевременное нажатие)	0,4±0,1%	0,1±0,0%**	1,5±0,2%***###
	Среднее время реакции	0,549±0,008 сек.	0,600±0,006 сек.***	0,598±0,010 сек. ***
	Среднее квадратичное отклонение	0,132±0,004 сек.	0,139±0,003 сек.	0,173±0,006 сек. ***###
ПВ	Доля точных реакций	93,8±0,4 %	92,2±0,4 %**	88,4±0,6* %**###
	Доля неправильных ответов	6,2±0,4%	7,8±0,4%**	11,6±0,6%***###
	Среднее время реакции	3,172±0,073 сек.	3,759±0,067 сек.***	3,470±0,082 сек. **##
	Среднее квадратичное отклонение	1,029±0,027 сек.	1,228±0,029 сек.***	1,229±0,032 сек.***
РП	Доля точных реакций	92,4±0,5%	81,7±0,8%***	81,0±1,1%***
	Доля неправильных ответов	7,7±0,5%	18,3±0,8%***	19,0±1,1%***
	Среднее время реакции	3,962±0,062 сек.	5,466±0,080 сек.***	5,012±0,101 сек.***###
	Среднее квадратичное отклонение	1,213±0,029 сек.	2,060±0,055 сек.***	1,892±0,058 сек.***#

Примечание: ПЗМР – простая зрительно-моторная реакция; СЗМР – сложная зрительно-моторная реакция; ПВ – произвольное внимание; РП – рабочая память; * - достоверное различие между 1 и 2, 3 группами; # - достоверное различие между 2 и 3 группами; * - p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001.

Как видно из данных таблицы №1, участники образовательного процесса, отнесенные к первой группе, показали достоверно наилучшие результаты при выполнении предложенных тестов:

- наибольшее быстродействие (по среднему времени реакции);
- стабильность;
- устойчивость (по среднему квадратичному отклонению);
- безошибочность.

Данные лица имели наиболее оптимальное психофизиологическое состояние по исследуемым параметрам (функциональному состоянию центральной нервной системы, уровню произвольного внимания и рабочей памяти).

Обследуемые лица, отнесенные ко второй группе, во-первых, отличались от других групп наименьшими показателями быстродействия, стабильности, устойчивости при выполнении тестов, во-вторых - достоверно более низким уровнем функциональной активности центральной нервной системы и самым низким уровнем рабочей памяти (оперативности мышления). Поэтому, учитывая данные литературы, можно предположить у обследуемых этой группы некоторое смещение баланса между возбуждением и торможением в сторону преобладания процессов торможения [5]. Данное состояние, скорее всего, обусловлено развитием функционального утомления [8]. Однако при выполнении сложной сенсомоторной реакции они, в отличие от обследуемых других групп, показали достоверно наибольшую точность. Если учесть, что во время выполнения сложной сенсомоторной реакции потенциально высокая концентрация внимания моделирует психоэмоциональное напряжение, то время и особенно точность выполнения сенсомоторной реакции выбора фактически характеризуют стрессоустойчивость к изменяющимся условиям среды. Следовательно, можно предположить, что лица данной группы отличались от других обследованных наибольшей стрессоустойчивостью.

Обследуемые лица третьей группы на фоне достаточно высокого уровня функциональных возможностей центральной нервной системы при выполнении предложенных тестов совершали наибольшее количество ошибочных действий, что можно объяснить наличием у них повышенного эмоционального тонуса. Известно, что психоэмоциональное напряжение сопровождается ростом напряжения в ретикулярной формации мозгового ствола; это облегчает прохождение нервных импульсов в кору головного мозга. Наиболее типично при этом улучшение (усиление) восприятия, увеличение быстроты и энергии действий. В то же время высокая активация нарушает, дезорганизует деятельность. Нарушается способность тормозить моторные реакции, что приводит к импульсивным двигательным реакциям, чрезмерной поспешности [11]. Таким образом, возможно, что именно эмоциональное напряжение у лиц третьей группы приводило к нарушению точности выполняемых (мыслительных) операций. Кроме того лица данной группы характеризовались достоверно самым низким уровнем произвольного внимания. Между тем известно, что процессы внимания весьма чувствительны к психоэмоциональному напряжению (функциональному утомлению и перенапряжению), т.е. можно предположить у обследуемых наличие подобных изменений в эмоциональной сфере [7].

Известно, что психофизиологическая адаптация человека к деятельности не может рассматриваться без учета психологических реакций, возникающих в границах нормы, вслед за которыми могут возникать ранние формы дезадаптационной патологии, нарушения донозологического этапа. Чрезмерную нагрузку на систему психологического саморегулирования оказывают стрессовые ситуации, приводящие к развитию эмоционального напряжения. Кроме того, последствия стресса находят свое отражение во временных или постоянных изменениях поведения и личностного функционирования человека [12]. Так, на следующем этапе исследований у основных участников образовательного процесса оценивались эмоционально - аффективные и социально - психологические характеристики личности. Отнесение используемых для этого психодиагностических тестов к категории опросников предполагает квалификацию исследуемых черт, как результат самооценки личности.

Результаты клинического интервью показали, что 83,5% опрошенных лиц в качестве острых или хронических проблем отмечали внутриличностные конфликты, нарушение межличностных отношений, проблемы с учёбой, жилищные проблемы. При этом практически у всех лиц отсутствовали жалобы на психическое здоровье, позволяющие констатировать психопатологические симптомокомплексы невротического регистра.

Отдельные патологические радикалы при наличии временных неспецифических жалоб невротического характера были отнесены к патологической психической дезадаптации. Было выявлено 9,7% обследованных участников образовательного процесса с патологической психической дезадаптацией. Лица с непатологической психической адаптацией составили самую многочисленную группу среди всех обследованных - 73,8%. Оставшиеся обследованные (16,5%) имели незначительные отклонения результатов тестирования от среднонормативных величин и были охарактеризованы как практически здоровые лица.

Результаты тестов «Невротические черты личности» и «Тип поведенческой активности» в целом не позволяли вычертить невротический профиль

личности, однако указывали на необходимость психотерапевтической коррекции.

Рассмотренные в статье психофизиологические и личностные характеристики позволяют выяснять степень снижения адаптационных возможностей и оценивать особенности функционирования индивида с точки зрения соотношения «болезнь-здоровье». Это в свою очередь позволяет использовать предложенную батарею методик для разработки диагностических критериев оценки срывов адаптации при скрининговых исследованиях.

Выводы

1. Комплексная оценка функциональных психофизиологических резервов адаптации позволяет не только ранжировать участников образовательного процесса, выявляя лиц с различной психофизиологической «ценой» адаптации к учебно-профессиональной деятельности, но и может использоваться в качестве маркера психоэмоционального напряжения, функционального утомления, для выявления лиц с низкой степенью стрессоустойчивости.
2. Результаты психофизиологического и психодиагностического обследования в выборке обследуемых лиц соотносятся между собой, выявляя обратимые функциональные нарушения в рамках доболезненных состояний психической дезадаптации.
3. Результаты психофизиологического обследования обосновывают необходимость разработки и использования комплекса мероприятий, направленных на снижение функционального утомления, психоэмоционального напряжения у участников образовательного процесса в высшей школе, с целью профилактики дезадаптационных состояний у этой категории лиц.
4. Целесообразен системный подход к изучению срывов психической адаптации, учитывающий психофизиологический и социально - психологический аспекты функционирования индивида, что позволит более полно оценить степень имеющихся функциональных нарушений.

Литература:

1. *Агаджанян Н. А. Проблемы адаптации и учение о здоровье: Учебное пособие / Н.А. Агаджанян. – Изд-во РУДН, М. – 2006. – 284 с.*
2. *Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М., Медицина. – 2000. – 495 с.*
3. *Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний. – М. – 1994. – 67 с.*
4. *Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука. – 1988. – 270 с.*
5. *Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. – М.: ПЕР СЭ. – 2001. – 511 с.*
6. *Вассерман Л. И. О системном подходе к оценке психической адаптации / Вассерман Л.И., Беребин М.А. Косенков А.Г. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16 – 25.*
7. *Данилова Н.Н. Психофизиология: Учебник для вузов. – М.: Аспект Пресс. – 2000. – 373 с.*
8. *Егоров А. С., Загрядский В. П. Психофизиология умственного труда. – Л.: Наука. – 1973. – 131 с.*
9. *Калуев А.В. Проблемы изучения стрессорного поведения. – Киев. – 1998. – 133 с.*
10. *Клиническая психология. Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб, 2002. – 541 с.*
11. *Короленко Ц. П. Крайние варианты нормы психофизиологической адаптации к экстремальным условиям/ Ц. П. Короленко // Психология экстремальных ситуаций. – Минск. – 2000. – С. 135 – 154.*
12. *Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. – Л. – 1978. – 272 с.*
13. *Методы исследования в физиологии военного труда. Руководство. - М.: Военное издательство. – 1993. – 240 с.*
14. *Нейрофизиологические исследования в экспертизе трудоспособности // Под ред. А. М. Зимкиной, В. И. Климовой-Черкасовой. – Л., «Медицина». – 1978. – 280 с.*
15. *Психологическая диагностика невротических черт личности. Методические рекомендации. – СПб. – 2003. – 29 с.*
16. *Стукалова Л.А. Доболезненные проявления психической дезадаптации у студентов в процессе обучения / Л. А. Стукалова, П. Л. Стукалов // ЦНИЛ - вчера, сегодня, завтра: Сб. науч. тр. – Воронеж. – 2003. – С. 276 – 280.*
17. *Теплов Б. М. Психология и психофизиология индивидуальных различий. – М.: МПСИ. – 2004. – 640 с.*
18. *Филиппов М.М. Психофизиология функциональных состояний. – К.: МАУП. – 2006. – 240 с.*
19. *Энциклопедия психологических тестов. Темперамент, характер, познавательные процессы. – М.: ООО «Издательство АСТ». – 1997. –256 с.*
20. *Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. / Учебное пособие. – Кемерово. Кемеровский государственный университет. – 1999. – 84 с.*
21. *Baddeley A. Is working memory still working? // American Psychologist, 56. – 2001. – P. 851 – 864.*

АНАЛИЗ ОБЩИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

А. С. Каражанова, О. М. Мухаметжанов, Т. У. Саидов,
Л. Б. Бактыбаева, С. К. Рахменшеев, Г. М. Головина, К. К. Нургалиева

В течение последних пяти лет система наркологической помощи населению Республики Казахстан и других стран переживает весьма значительные изменения. Данная ситуация связана с масштабом и темпом распространения наркозависимости, ростом количества несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ, а также по причине низкой эффективности традиционных подходов, применяемых в здравоохранении.

Разработка и реализация антинаркотических программ на государственном уровне, привлечение общественных организаций значительно расширяют возможности лечебно-реабилитационного процесса на его различных этапах.

Мировая практика показывает, что для реабилитации лиц с зависимостью от психоактивных веществ успешно применяются программы, базирующиеся на принципах «терапевтических сообществ» (Jones T., 1996). В целом такого рода терапевтические сообщества определяются как свободная от ПАВ среда, где люди с проблемами зависимости живут вместе организованным и структурированным образом, готовясь к предстоящей жизни без ПАВ во внешнем обществе. В настоящее время терапевтические сообщества (ТС) для наркоманов образуют спектр из более чем 500 резидентских программ (то есть со стационарным пребыванием). Из них наиболее известны программы Daytop Village, Phoenix House, Getway House. Основной терапевт и учитель в ТС – само сообщество, которое состоит из людей равных друг другу, а штатный персонал выполняет функцию проводника в процессе выздоровления. Тем не менее, успешные для реабилитации зависимых от ПАВ взрослых наркопотребителей традиционные терапевтические сообщества с жестким режимом, основанным на авторитарности (первый тип), постоянно критикуются, как не вполне подходящие для реабилитации дезадаптированных детей, злоупотребляющих ПАВ (Валентик Ю В., материалы из Интернета). При этом автор отмечает, что реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами, рассматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, на их ресоциализацию и реинтеграцию в общество. То есть содержание реабилитации определяется не только самим заболеванием, но и возрастом, к которому относится ее формирование. Существенным является тезис о том, что потенциал развития ребенка велик и по мере структурирования и раскрытия личности многие возрастные проблемы снимаются естественным образом. Это, в определенном смысле, устраняет основания для последующей наркотизации и приема других ПАВ.

В США взрослые пациенты, после завершения стандартного курса терапии в наркологическом учреждении, продолжают процесс реабилитации в сообществах «Анонимных алкоголиков» (АА) и «Анонимных наркоманов» (АН). Эти группы не связаны с лечебными центрами и профессионалы ими не руководят. Однако основная идея терапевтического сообщества полноценно реализуется именно в данных условиях (Рупперт М., 2002.)

В Германии, в дополнение к традиционно существующей системе клинически ориентированной наркологической помощи населению, в последние время все большее распространение приобретает практика объединения различных специалистов – психологов, педагогов, врачей, социальных работников и других, объединенных под названием «Кон - Дробс» (Экштайн Г. 1988, Пелипас В.Е., Соломонидина И.О. 1998)

В Италии с конца 70-х годов прошлого 20 столетия было отмечено снижение обращаемости зависимых лиц в психиатрические стационары для наркоманов вследствие неизбежной общественной обструкции. В связи с этим, стали создаваться новые структуры, действующие параллельно официальным – так называемые кооперативы для наркозависимых с двумя главными функциями: 1) индивидуальная, семейная и групповая терапевтическая поддержка; 2) амбулаторное и стационарное лечение. Работа такого кооператива осуществляется в тесном сотрудничестве с другими заинтересованными службами. Кроме того, кооперативы помогают больным с жильем, работой; в деятельность кооперативов охотно вовлекаются бывшие пациенты. В Италии более 20 лет действует Ассоциация «Casa Famiglia Rosetta» (ACFR), известная своими реабилитационными центрами и программами реабилитации для лиц, зависимых от психоактивных веществ. Компонентами реабилитации здесь являются специально констру-

ируемая реабилитационная среда, психотерапия, трудовая занятость, работа с семьей, образовательные программа (Валентик В.Ю., 1998).

Во Франции получают развитие альтернативные формы оказания наркологической помощи населению, такие, например, как практика приемов наркоманов в семье. Еще в 1977 году такая возможность была разрешена официальном декретом Президента Франции. В 1987 году этот вопрос был подробно рассмотрен в специальном решении министра по социальным делам, и с этого времени такие семьи получают денежные средства от властей. В данной ситуации наркозависимый заключает специальный договор между ним и «принимающей» семьей, основанный, с одной стороны, на росте ответственности за результат у самого зависимого лица, с другой – на личностном отношении к пациенту со стороны «лечащей группы» (Report by Pompidou Group, 1998).

В Швеции лечение и реабилитация лиц с алкогольной и наркотической зависимостью осуществляется в рамках различных программ, проводимых как социальными службами, так и службами здравоохранения. Работники социальных служб обеспечивают большую часть необходимого амбулаторного лечения, их деятельность осуществляется в координации с органами здравоохранения. Курсы детоксикационной терапии проводятся, в основном, в психиатрических отделениях больниц общего профиля. Лица молодого возраста чаще проходят лечение в специальных молодежных центрах, находящихся в ведении социального сектора (Мулaндер Е., 1998).

В Польше традиционная система наркологической помощи населению, оказываемая амбулаторными и стационарными звеньями психиатрической службы, с конца 70-х годов эффективно дополняется масштабной специализированной программой лечения и социальной реабилитации лиц, зависимых от психоактивных веществ, реализуемой Ассоциацией МОНАР. Более чем за 20 лет своей деятельности МОНАР создал специализированную сеть лечебных, реабилитационных, консультационных клиник и центров – 27 терапевтических и консультационных пунктов и диспансеров, 6 центров долгосрочной терапии, 18 центров среднесрочной терапии, 1 центр интенсивной терапии, 4 центра для подростков и 3 центра для детей, страдающих наркозависимостью (Владонь Я.2001, Адамяк П. 2001).

В Словении с середины 90-х годов XX века была учреждена сеть центров профилактики и лечения наркозависимости для реализации соответствующих профилактических и терапевтических программ. Деятельность сети координируется Центром лечения наркозависимости при Центре психического здоровья в Любляне, финансируется Институтом медицинского страхования Словении (Сборник примеров наилучшей практики ЮНЭЙДС 2001).

На территории постсоветского пространства придерживаются комплексного и комбинированных подходов при терапии наркологических заболеваний (Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2002) в связи с мультифакторным характером этиопатогенеза болезней зависимости от ПАВ (Иванец Н.Н. и соавт., 1991, Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2000).

Исходя из представленного выше обзора, можно говорить о том, что лишь в Польше представлена реабилитационная программа для несовершеннолетних потребителей наркотиков и других психоактивных веществ. В остальных же случаях реабилитационные программы рассчитаны на старший по возрасту контингент.

В отношение детско-подростковой наркологической помощи также отмечаются значительные перемены. Так, ученые из г. Томска (РФ) в своих работах представляют основные подходы в организации психиатрической (в том числе наркологической) помощи детям и подросткам. По мнению авторов, превентивная, терапевтическая и реабилитационная помощь несовершеннолетним лицам должна осуществляться как совокупность социально-психологических и медицинских методов воздействия и строиться на принципах комплексности, ступенчатости, индивидуальности и долговременности (Варанкова Л. В., Агарков А. А., Логунцова О. Н.). Она должна быть доступна и призвана учитывать особенности реагирования взрослых и детей на медицинское учреждение, способствовать повышению личной активности, формированию навыков, расширяющих адаптивные возможности детей и подростков в различных сферах жизнедеятельности (А. П. Агарков, А. А. Агарков, 2004 - 2 статьи). По мнению исследователей, повышение роли внебольничного звена (дневных стационаров) позволит максимально приблизить обслуживание детского населения и сохранить социальный статус больного без отрыва его от семьи (Новикова С. Ю., 2004).

По мнению ученых (С. И. Гусев, 2005, А. С. Каражанова, 2004), общие закономерности темпов прогрессирования и особенности формирования основных клинических проявлений зависимости от психоактивных веществ диктуют особенности лечебно-реабилитационного процесса. При этом авторы отмечают более высокую скорость развития зависимости и осложнений со стороны ЦНС при раннем начале злоупотребления ПАВ, способность к дезактуализации влечения к ПАВ, объясняющейся особенностями психологического развития детского возраста, когда появление доминирующего интереса может вызвать «спонтанную ремиссию», менее дифференцированные и менее выраженные клинические проявлений отмены, преобладание в клинической структуре длительной ремиссии астенической симптоматики.

Реабилитация несовершеннолетних лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, рас-

сматривается как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, с формированием устойчивой антинаркотической направленности личности, на их ресоциализацию и реинтеграцию в общество. То есть содержание реабилитации определяется не только самим заболеванием, но и возрастом, к которому относится её формирование. Существенным является тезис о том, что потенциал развития ребенка велик и по мере структурирования и раскрытия личности многие возрастные проблемы снимаются естественным образом. Это, в определенном смысле, устраняет основания для последующей наркотизации и приема других ПАВ (данные взяты из Интернета).

Факторы, оказывающие влияние на эффективность терапии наркологических заболеваний можно разделить на две основные группы: факторы, характеризующие терапию и факторы, характеризующие пациента (Современные методы лечения наркомании… 2003).

К факторам терапии наркологических заболеваний, влияющих на ее эффективность, можно отнести следующие:

- условия проведения лечения (стационарные, полустационарные, нестационарные) (Kang S.-Y., 1991, Alterman A.I., 1994, McKay J.R., 1994);
- факт завершения и непрерывности лечения (полный курс или досрочное прекращение лечения) (Hubbard R.L., 1989, Ball J.C., Ross A., 1991, Grella Ch.E., 1999, Gossop M., 1999);
- фармакотерапия (применение агонистов и антагонистов) (O'Brien C.P., 1997);
- психотерапия (Катков А.Л. и соавт., 2003 – 2004; Пак Т.В., 2003),
- психологическое консультирование (Hser. Y.L., 1995, Fiorentine R., Anglin D., 1996);
- влияние психолога-консультанта и лечащего врача (Катков А.Л., Титова В.В., 2003; Катков А.Л. и соавт., 2003; Lovejoy M., 1995; Simpson D.D., 1995; Joe G.W. et al., 1999);
- участие в группах самопомощи (McKay J.R., 1997);
- соответствие метода лечения особенностям пациента (метод соответствия пациента/лечения и метод соответствия проблем/услуг) (Carroll K.M. et al., 1995, Project MATCH… 1997, McLellan A.T., 1997).

К факторам, характеризующим пациента, влияющим на эффективность проводимой терапии, можно отнести:

- интенсивность потребления психоактивных веществ (Joe G.W. et al., 1999 Rounds-Bryant J.L. et al., 1999, Simpson D.D., 1999);
- степень тяжести психических расстройств (McLellan A.T., 1983, DeLeon G., 1984, Carroll K.M., 1993, Alterman A.I., 1994, McLellan A.T., Wisner C., 1996, Gossop M., 2001);
- готовность и мотивацию к лечению (Батищев В.В., Негериш Н.В., 2000, Inciardi J.A., 1988, Roman P., 1988, Simpson D.D. et al., 1997);
- занятость (Simpson D.D. et al., 1986, Dennis M.L. et al., 1992, French M.T., 1992, McLellan A.T., 1994, Platt J.J., 1995);
- семейную и социальную поддержку (Валентик Ю.В., Сирота Н.А., 2002, McLellan A.T., 1980, Finney J.W., Moos R.H., 1984, McKay J.R., 1994, Longabaugh R., 1995).

В соответствии с приведенными выше характеристиками пациентов, спецификой лечения и реабилитации несовершеннолетних пациентов особое внимание уделяется полидисциплинарному подходу в лечении детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них. Такой подход основан на равноправном участии специалистов (психиатров, наркологов, неврологов, психологов, психотерапевтов и др.) в решении диагностических, прогностических и лечебно-реабилитационных задач (Новикова С. Ю., 2004).

Огромное значение уделяется семье, семейной дезадаптации. Это связано с тем, что семейные отношения и психопатологические (психологические) нарушения индивида, взаимно влияя друг на друга, обусловливают единый интегрированный процесс развития (Ремшмидт, 2000).

Необходимость профилактических мероприятий однозначна - особенно в условиях образовательных учреждений. В настоящее время профилактика потребления психоактивных веществ во многих школьных коллективах представлена чаще всего тематическими лекциями школьных психологов, врачей психиатров-наркологов, либо работников органов внутренних дел, а также тематическими учебными занятиями, которые иногда проводятся по типу дискуссии на заданную тему. Вместе с тем, работа со школьными коллективами также важна на этапе реабилитации.

Социальную поддержку несовершеннолетних пациентов, как один из основных компонентов реабилитационной деятельности, демонстрирует Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних г. Тулы (РФ). Оказание социальной помощи несовершеннолетним обеспечивает социальный работник. К социальной помощи относятся: помощь в трудоустройстве, помощь в предоставлении места для проживания в случае отсутствия жилья, помощь в обучении профессии.

Обобщая всё вышесказанное, необходимо отметить недостаточную изученность вопросов лечения и реабилитации несовершеннолетних пациентов, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них. В литературе приводятся лишь концепции проведения реабилитационных мероприятий, без оценки их эффективности.

О ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОПЫТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РУБРИКИ Z В МКБ-10

Л. Л. Мациевская

Область психического здоровья - чрезвычайно деликатное образование, издавна вызывавшее в социуме неоднозначное отношение. С древних времён психически больных людей боялись, подвергали их остракизму, применяли бесчеловечные методы лечения или «борьбы» с душевным расстройством, которое, наоборот, должно было бы вызывать сочувствие. Ведь природа большей части психических расстройств и по сей день остается тайной за семью печатями, и порой невозможно предугадать, психические процессы какого индивида будут подвергнуты столь тяжёлому и страшному испытанию. В эпоху торжества гуманистической психологии отношение к ментальному здоровью и душевным болезням кардинально меняется, и психиатрия как социальная наука выделяет в своём развитии ряд отдельных направлений, как бы «примиряющих» общество и больного человека. Общество не только повернулось лицом к пациентам психиатрических клиник, но и начало осознавать наличие неразрешённой проблемы разделения понятий «душевное здоровье» и «душевная болезнь» [2, 8, 13]. Однако зачастую психиатры говорят об отсутствии чётких критериев определения и того, и другого феномена. Помимо этого второй век существования и совершенствования информационных технологий определяет предиспозиции срыва психической адаптации и формирование большого количества пограничных психических расстройств, процент которых в современном обществе настолько высок, что позволяет говорить о некоей пандемии, требующей принятия решительных мер психиатрического и психотерапевтического воздействия. Естественно, речь не идёт о клинически выраженных формах психических заболеваний, нуждающихся в психофармакологическом воздействии. Для психиатров донозологический аспект пограничной психиатрии по сей день остаётся проблематичным, как из-за спорных вопросов дефиниции, так и по причине сложности в организации специальной терапии для такой категории пациентов [3, 7, 15, 17]. Человек, не находящийся в состоянии психоза, но испытывающий сложные душевные муки, порой лишающие его не только душевного равновесия, но и работоспособности, имеет серьёзную проблему поиска адекватной и действенной помощи. Обращение к психиатру, да и к психотерапевту при возникновении пограничных расстройств, состояний психической дезадаптации, психического и психологического дискомфорта в нашей культуре пока не является естественным шагом и сознательным выбором. Причём связано это не только со страхом перед самой квалификацией болезненного состояния, но и с социальными аспектами, окружающими этот процесс. Существующие на территории постсоветского пространства законы и положения, регулирующие работу психиатрической службы, как любой закон, возможно, далеки от совершенства. По поводу социальных ограничений, сопровождающих утверждение психиатрического диагноза (даже непсихотического уровня), можно спорить, критикуя крайние разнонаправленные тенденции в отношении этих ограничений [12, 16]. Однако факт, мягко говоря, осторожного обращения к психиатру и даже к психотерапевту именно из-за последующих социальных ограничений – это распространённая тенденция для многих психиатрических учреждений и психотерапевтических центров, не имеющих ожидаемого наплыва пациентов с пограничной патологией.

Необходимость строгого статистического учёта в психиатрии привела к тому, что пациенты с лёгкими невротическими расстройствами и состояниями психической дезадаптации подлежат хотя бы консультативному учёту у психиатра (психотерапевта), а это, в свою очередь, неминуемо ведёт и к социальным ограничениям в узком смысле этого понятия и к фактическому нарушению прав личности в глобальном аспекте. То есть, даже заранее предполагая хороший прогноз заболевания у человека, вышедшего из острого или пролонгированного расстройства адаптации и возвратившегося к полному психическому здоровью, психиатр согласно Международной классификации болезней вынужден учитывать его на выходе из болезни как психически больного человека, пусть даже и временно. Таким образом, бывший пациент получает известные социальные ограничения или проблемы, связанные с необходимостью их решения (прохождение стационарных или амбулаторных врачебно-консультационных комиссий), и вряд ли предпочтёт обращение к психотерапевту, ожидая спонтанного разрешения болезненного состояния, либо будет искать не психотерапевтической помощи, а психологической коррекции в рамках психологического консультирования, к слову сказать, не всегда квалифицированного. Потеря клиентов и престижа психотерапии очевидны, равно как и потеря пресловутых цифр статистического психиатрического учёта, а, значит, психиатрия, имеющая не так много эпидемиологических исследований по проблеме предболезненных и (или) лёгких невротичес-

ких расстройств, оставляет решение этой проблемы только клиническим психологам, институт которых на территории постсоветского пространства ещё недостаточно развит.[4, 13, 14].

Среди разделов МКБ – 10 рубрика Z00 - Z99 – «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения», мало, а, точнее, никак не используется ни стационарной, ни амбулаторной психиатрическими службами, хотя изредка ссылки на неё всё же появляются в психиатрических публикациях, хотя бы в рамках формально проводимо дифференциального диагноза. В основном, это касается не учитываемой в психиатрической статистике рубрики Z73.1 «Акцентуированные личностные черты» - состояния, справедливо рассматриваемого психиатрами как эквивалент психического здоровья. Кроме этого «преддиагноза» упомянутая рубрика Z включает ряд жизненных обстоятельств или коллизий, на которые человек реагирует теми состояниями дезадаптации, с которыми он не в состоянии справиться самостоятельно и поэтому может обратиться к психотерапевту на очень короткий период - как для психофармакологического лечения, так и для психокоррекции и психотерапии. При этом действующие приказы и инструкции, предполагая статистический учёт любого обращения пациента к врачу, не регламентируют для рубрики Z никаких требований диспансеризации. Имеется специальное указание для пользователя – «рубрики Z00 - Z99 предназначены для тех случаев, когда в качестве «диагноза» или «проблемы» указаны не болезнь, травма или внешняя причина, относящиеся к разделам A00-Y89, а иные обстоятельства» [9].

Так, например, подразделы Z40 - Z54 «могут быть использованы для лиц, которые получают профилактическую помощь или которым предоставляется помощь, необходимая для выздоровления или с целью закрепления результатов лечения». Здесь потенциалом для использования обладают рубрики Z50.2 «Реабилитация при алкоголизме», Z50.3 «Реабилитация при наркомании», Z50.4 «Психотерапия, не классифицированная в других рубриках», Z54.3 «Период выздоровления после психотерапии».Так, представляется, что в отношении болезней зависимости шифр Z может выступать не только как вторичный, но и являться эквивалентом хорошего прогноза в течении заболевания, сменяя при длительной и качественной ремиссии основной шифр F1. Это ни в коем случае не означает, что термин «реабилитация» должно понимать буквально как «восстановление прав», но в то же время именно этот аспект при использовании шифров Z 50.2, Z50.3 может быть привлекательным в смысле возможности расширения этих прав для выздоравливающих пациентов.

Последующие подразделы напрямую связаны с психологическими проблемами, решаемыми психотерапевтическим путём. Это «Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами» (Z55 - Z65). Например, Z55 «Проблемы, связанные с обучением и грамотностью»; Z56 «Проблемы, связанные с работой и безработицей»; Z59 «Проблемы, связанные с обстоятельствами жилищного и экономического характера (Z59.2 «Конфликты с соседями, постояльцами, хозяевами», Z59.5 «Крайняя нищета», Z59.6 «Низкий доход»); Z60.2 «Проживание в одиночестве»; Z60.3 «Трудности, связанные с принятием другой культуры»; Z63.5 «Распад семьи в результате разделения или развода». В психотерапевтической практике часты стали обращения по поводу ониоманий, причём уровень клинически выраженных расстройств констатируется не всегда, и для таких случаев в рубрике Z предусмотрен шифр Z72.6 - «Азартные игры и пари» (Исключено: компульсивное или патологическое влечение к азартным играм (F63.0).Также в этом разделе, обозначаемом как Z72 - «Проблемы, связанные с образом жизни», указываются под третьим знаком Z72.0 - «Употребление табака», Z 72.1- «Употребление алкоголя» и Z 72.3 - «Употребление наркотиков», которые, не достигая болезненного уровня, могли бы помочь в освещении истинной ситуации с употреблением и злоупотреблением ПАВ в популяции, очерчивая фактически группу риска. По нашему мнению, статистика тогда обнажила бы ту пресловутую «подводную часть айсберга», количественный расчёт которой сейчас пока весьма приблизителен и зависит от специалистов только в области ментального здоровья, хотя именно интернисты, второстепенно (вторым шифром) отмечая вышеуказанные проблемы с употреблением ПАВ, могли бы показать реальный размах ситуации.

В амбулаторной психотерапевтической практике специалистов - психотерапевтов кафедры психологии, психиатрии и наркологии Карагандинской государственной медицинской академии наряду с вышеперечисленными всё же чаще используются следующие шифры рубрики Z: Z73 «Проблемы, связанные с трудностями организации нормального образа жизни», Z73.0 «Переутомление», Z73.2 «Недостаток отдыха и расслабления», Z73.3 «Стрессовое состояние, не классифицированное в других рубриках», Z73.6 «Ограничения деятельности, вызванные снижением трудоспособности».

Вышеперечисленные состояния психологического кризиса фактически чаще рассматриваются в рамках психологической консультации, хотя предполагается, что могли бы курироваться в учреждениях здравоохранения. Таким образом, практически все психиатрические категории рубрики Z в МКБ-10 коррелируют с концептуальным понятием психической дезадаптации (включающим все вышеописанные случаи), что рассматривается многи-

ми авторами именно в аспекте донозологических расстройств. Так, имеются «два вида психической дезадаптации в зависимости от длительности нарушений, наличия и обратимости сопутствующих личностных изменений: лимитирующую (непатологическую) и трансформирующую (патологическую), сопровождающуюся стойкой патологической личностной трансформацией. Непатологическая дезадаптация, хотя и существенно лимитирует возможности приспособления индивида к жизненным условиям, не сопровождается изменением стабильных личностных характеристик и не является болезненным расстройством. Тем самым понятие психической (в частности социально-психологической) дезадаптации рассматривается значительно шире, чем область психической патологии» [3]. С.Б. Семичов также выделяет два вида нарушений психической адаптации, рассматриваемых им в рамках донозологических состояний. Непатологическая (предпатологическая) психическая дезадаптация (кризис, переживание, жизненная трудность или неудача) представляет собой в большинстве случаев такие дисфункциональные состояния, которые не требуют обязательного врачебного вмешательства и обычно проходят самостоятельно. В клиническом плане эти состояния характеризуются как неспецифические образования, когда не усматриваются нозонаправленные клинические радикалы, а превалируют психологически понятные проблемы в непосредственной связи с жизнью, явления психологической защиты. Патологическая (также предболезненная) психическая дезадаптация характеризуется большей клинической определенностью, определяющей потребность в профилактическом врачебном вмешательстве. В клинической картине при этом выступают либо отдельные патологические радикалы, либо несколько взаимопогашающих радикалов в рамках мозаично-полиморфной картины (когда дальнейшее развитие в равной степени может пойти по пути соматизации, невротизации или поведенческих расстройств).

Необходимо подчеркнуть, что «непатологические и патологические расстройства адаптации относятся именно к предболезненным расстройствам, а не к болезни, от которой их отличает ряд критериев: 1) большая степень критики к своему состоянию и возможность контролировать его, что свойственно понятию здоровья; 2) в случае, если расстройства достигают выраженной степени - их кратковременный, эпизодический характер; 3) отсутствие закономерного и стереотипного характера патопсихологических проявлений и их динамики; 4) парциально сохранный или даже повышенный уровень функции; 5) принципиальная обратимость и возможность «эффекта закаливания» [14].

Соответствующая нозологическая форма в классификации психических и поведенческих расстройств МКБ - 10 – «Расстройство приспособительных реакций, или расстройство адаптации» (F.43.2) - представляет собой «состояние субъективного дистресса и эмоциональные расстройства, препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию». Среди форм нарушения адаптации выделяются острые (F43.20) и пролонгированные (F43.21) депрессивные реакции, смешанные тревожно-депрессивные реакции (F43.22), а также расстройства адаптации с преимущественными расстройствами других эмоций (F43.23) и/или поведения (F43.24, F43.25). Хотя по критериям МКБ - 10 «продолжительность подобных расстройств адаптации обычно не превышает 6 месяцев, на практике принята точка зрения, что при постоянно действующем стрессе расстройство адаптации может продолжаться значительно более длительно» [1, 9].

Важным представляется вопрос о наличии или отсутствии соответствия этих психофизиологических критериев клиническим патогномоничным признакам, указанным в «Клинических описаниях и указаниях по диагностике психических и поведенческих расстройств в Международной классификации болезней (10-й пересмотр)». В диагностических указаниях рекомендуется учитывать, что «диагноз зависит от ***внимательной оценки соотношения**** между: а) формой, содержанием и тяжестью симптомов; б) анамнестическими данными и личностью; в) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом». Также возможно использование рубрик Z71 (консультирование) или Z73.3 (стрессовое состояние, не классифицируемое в других рубриках) в случае срока расстройства, не превышающего 6 месяцев или наличии культуральных особенностей индивида. Однако следует признать, что клинические критерии для квалификации F43.2 достаточно размыты и нечётки. Так. В описании «Реакции на тяжёлый стресс и нарушениях адаптации» имеется краткая фраза: «…ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе». Тогда как клиническая картина подобных расстройств может быть разнообразна, с преобладанием либо аффективных расстройств, депрессии и тревоги, либо реакций отказа и отчаяния (с волевой и эмоциональной апатией), либо нарушений поведения (гиперактивность, антисоциальное и агрессивное поведение) [9].

Представляется, что заявленная «оценка соотношения между формой, содержанием и тяжестью

* *Примечание: выделено автором*

симптомов» обычно носит достаточно субъективный характер и здесь следует учитывать некую профессиональную деформацию психиатров и психотерапевтов, склонных зачастую к гипердиагностике психиатрических симптомов и синдромов. Так, диспансерная психиатрическая служба однозначно пользуется в диагностике донозологических пограничных нарушений исключительно рубриками F40 - F48, а иногда и F60. То же происходит и с попадающими в поле зрения психиатров суицидальными попытками, когда суициденту всегда автоматически выставляется диагноз F43.2 (опять же с последующей постановкой на диспансерный психиатрический учёт). Малая часть из них, по-видимому, может относиться к разработанному А.Г. Амбрумовой понятию психологического кризиса, имеющегося в качестве временного образования у здоровой личности [1, 3, 13]. Однако в диагностических указаниях на F43 – «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» при наличии таких синонимов как «Острое кризисное состояние» и «Кризисная реакция» нет описаний аутоагрессивных тенденций и действий, а наличие самоповреждений «рекомендуется отмечать с помощью дополнительного кода X из Класса XX МКБ-10».

Есть достаточно перспектив для использования иных шифров рубрики Z, например: Z03.2 «Наблюдение при подозрении на психическое заболевание и нарушение поведения», Z71.0 «Обращение за консультацией по поручению другого лица», Z91.3 «В личном анамнезе нарушение режима сна-бодрствования» *(Исключено: «Нарушения сна» (G47.-), F51 «Расстройство сна неорганической этиологии»)*, Z91.4 «В личном анамнезе психологическая травма, не классифицированная в других рубриках», Z91.5 «В личном анамнезе самоповреждения», Z91.6 «В личном анамнезе другая психологическая травма». Часть этих шифров (Z03.2, Z91.3, Z91.5) незаменимы в случаях однократного обращения к психиатру или психотерапевту, однократного или даже повторного (Z76.0 «Выдача повторного рецепта») назначения психотропных средств. Уязвимыми местами рубрики Z можно назвать лишь этиологический подход к классификации факторов, учитываемых в рубрике и, соответственно, неразработанность диагностических критериев для каждого принадлежащих ей шифров (в отличие от Класса V (Психические и поведенческие расстройства) МКБ-10).

Следующие положения могут, на наш взгляд, резюмировать обсуждаемую проблему организации психиатрической помощи лицам с донозологическими формами пограничных нервно-психических расстройств и их статистической классификации:

1. Строгое соответствие действий психиатра и психотерапевта в работе с их клиентами Законов РФ и РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», Кодекса профессиональной этики психиатра и Роджеровского принципа клиентцентрированной терапии.
2. Сочетание наличия диагностических критериев донозологических форм психических расстройств с декларацией несогласия клиента со статистическим учётом в психиатрическом учреждении (при отсутствии показаний к недобровольной госпитализации согласно Законам РФ и РК «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании».
3. Превалирующий акцент психотерапевтической консультации на проблеме интерперсональных или интрапсихических конфликтов личности клиента, а не на невротических жалобах (симптомах).
4. Отсутствие стойких эмоциональных, инсомнических, вегетативных или иных симптомов нарушения психических функций.
5. Отсутствие собственных сомнений клиента в нарушении своего психического здоровья.
6. Отсутствие субъективных и объективных признаков снижения психической и физической работоспособности, социальной активности клиента.
7. Отсутствие либо минимальная (или временная) необходимость в приёме клиентом психотропных препаратов.
8. Относительно ограниченный период психотерапии и тенденция к нивелированию признаков психической дезадаптации в ходе проводимой психотерапевтической коррекции.

Немаловажным доводом в пользу более широкого пользования рубрикой Z являются юридические проблемы психиатрического диагноза, активно заявляемые современной юриспруденцией с подачи психиатрических пациентов. Практика решения многих подобных споров в суде пока показывает, к сожалению, несовершенство законодательных документов в психиатрии - неоднозначность трактовки формулировок, трудность практического применения декларируемых принципов защиты прав как пациентов, так и работников сферы ментального здоровья и т. д. Ожидается, что новые редакции «Закона о психиатрической помощи и гарантии прав граждан при её оказании» учтут богатый опыт постсоветской и зарубежной психиатрии с практикой разрешения спорных организационных и социальных вопросов пограничной психиатрии. Обращение психиатрии к решению вышеперечисленных проблем расширит и спектр психиатрической помощи населению, и, главное, будет способствовать активизации её превентивного направления [5, 6, 15]. Однако самым важным доводом в пользу обращения к рубрике Z, пожалуй, можно назвать её соответствие тенденциям развития современной психиатрии, декларируемым в ходе подготовки психиатрической главы МКБ - 11. Ведущие психиатры, занятые разработкой руководства по использованию МКБ - 11, планируемого к выпус-

ку в 2014 году, отмечают «торжество идей» американской многоосевой классификации DSM-IV, которая, по-видимому, ляжет в основу модели личностно-центрированного интегративного диагноза, составляющего суть Институциональной личностно - ориентированной психиатрической программы (IPPP). «PID включит в себя наиболее удачную классификацию психических и общих заболеваний (предположительно классификацию болезней МКБ - 11, национальные и региональные адаптации), описания других связанных со здоровьем проблем и позитивных аспектов здоровья (адаптивное функционирование, защитные факторы, качество жизни и др.), относящихся к целостности личности (включая такие понятия как достоинство, ценности, ожидания). Возможные сферы будут включать заболевания, инвалидность/трудоспособность, факторы риска и защитные факторы (устойчивость, ресурсы, поддержку) и качество жизни» [10, 11].

Литература:

1. *Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М., Медицина, 2000. - 495 с.*
2. *Алмазов Б.Н. «О предмете и методе в психиатрии» / Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. - 2003. - № 4 . - С. 10-12.*
3. *Амбрумова А. Г. Психология в суицидологической практике. – Труды / Моск. НИИ психиатрии. 1998. т. 82. Актуальные проблемы суицидологии.*
4. *Жариков Н.М., Гиндикин В.Я. Распространённость пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2002. - № 7.- С. 45 - 49.*
5. *«Защита лиц с психическими заболеваниями и улучшение психиатрической помощи. Резолюция 46/139. Генеральной Ассамблеи ООН 18 февраля 1992 г. // в сборнике «Права человека и профессиональная ответственность врача», Издательство Сфера, 1996 г.*
6. *Катков А.Л. «Полюс психического здоровья – проблемы идентификации //Вопросы ментальной медицины и экологии.- Москва - Павлодар, 2006. - № 4. - том XII. - С. 24 - 44.*
7. *Кочунас Р. Основы психологического консультирования. М.: «Академический проект», 1999. - 240с.*
8. *Маслоу А. Психология бытия. Пер. с англ. – М.: «Рефл-бук», «Ваклер», 1997. – 304 с.*
9. *Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Россия, СПб.: Изд-во «АДИС». - 1994. – 324 с.*
10. *Меззич Х. Личностно-ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма // Независимый психиатрический журнал. – 2007. - № 3.- С. 11 - 14*
11. *Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз // Независимый психиатрический журнал. – 2007. - № 3. – С. 15-19.*
12. *Основные позиции европейских законодательств о психиатрической помощи. Mental health legislation in Europe, Knud Jensen. ВОЗ, Европейское региональное бюро, Апрель 1993.*
13. *Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. М.: ФЕНИКС, 2003. - 480 с.*
14. *Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987. - 182 с.*
15. *Семке В.Я., Семке А.В., Аксенов М.М. Современные технологии психотерапевтического сервиса. // Психотерапия.– 2004, № 3. - С. 12 - 18.*
16. *Усов Г.М., Федорова М.Ю. Правовое регулирование психиатрической помощи. Учебное пособие для вузов - Москва: Юстицинформ, 2006.- 304 с.*
17. *Франкл В. Теория и терапия неврозов. Спб.: Речь, 2001. - 234 с.*

РЕЗЮМЕ

О ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ В СИСТЕМЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ, ДЕЙСТВУЮЩИХ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

В статье «О программе тематического усовершенствования «Управление качеством в системе профессиональной подготовки специалистов, действующих в сфере психического здоровья» Каткова А. Л., Джарбусыновой Б. Б. представлена программа тематического усовершенствования, соответствующего названию статьи. Обоснована необходимость повышения качества процесса подготовки специалистов, действующих в сфере психического здоровья. Аргументируется необходимость разработки и реализации циклов дополнительного образования по вопросам повышения качества педагогического процесса для заведующих и ассистентов тематических кафедр и курсов. Приводятся основные характеристики обсуждаемого цикла тематического усовершенствования.

Ключевые слова: педагогические кадры, менеджмент качества, образование, тематическое усовершенствование.

О ТИПОВОЙ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЕ ТЕМАТИЧЕСКОГО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ «МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В СФЕРЕ ПСИХИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

А. Л. Катков, Б. Б. Джарбусынова

В статье «О типовой учебной программе тематического усовершенствования «Методология управления качеством научных исследований в сфере психического и психологического здоровья» Каткова А. Л., Джарбусыновой Б. Б. рассматриваются вопросы последипломной, дополнительной подготовки научных сотрудников, действующих в сфере психического и психологического здоровья. Обращается внимание на необходимость существенного повышения качества данного процесса. Обосновывается возможность внедрения технологии всеобщего менеджмента качества (TQM) в деятельность научных педагогических кадров и представленности данной технологии в соответствующих образовательных циклах. Приводится план тематического усовершенствования по теме «Методология управления качеством научных исследований в сфере психического и психологического здоровья».

Ключевые слова: научные кадры, менеджмент качества, последипломное и дополнительное образование, тематический план.

О ПРОБЛЕМЕ СУПЕРВИЗИИ В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ТЕРАПИИ

Л. Л. Мациевская, О. Г. Блок, Н. Д. Седова

В статье представлены размышления о проблеме внедрения практики супервизии в отечественную психиатрию и психотерапию. Рассматриваются и дебатируются причины сопротивления супервизорскому процессу со стороны специалистов в области психического здоровья. Пути формирования личности психиатра и психотерапевта представлены сквозь призму обучения коммуникативным навыкам в медицине и совершенствования профессионализма при взаимодействии с коллегами.

Ключевые слова: супервизия, профессиональная деформация, аффилиация, коммуникативная компетентность, коммуникативные навыки.

ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ БЕСПЛОДИЕМ

В. Н. Сгибов, П. Н. Кочерганов

Проанализированы клинико-психопатологические особенности пограничных психических расстройств у женщин, страдающих бесплодием. Выявлены факторы риска развития пограничных психических расстройств у данных женщин. Описан «психологический портрет» женщин, страдающих бесплодием. Сформулированы основные направления психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

РАБОТА В КАЧЕСТВЕ ВРАЧА ПСИХИАТРА В ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ

Л. Н. Дахова

За период с 2004 по 2007 год направлено на обследование в ПОПНД всего 1236 человек. Значительно снизилось процентное соотношение лиц, не желающих служить в рядах Вооруженных сил. За последние пять лет в должности врача - психиатра не было случаев суицида или возврата из рядов Вооруженных сил РК.

СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА – ПСИХИАТРА

Л. Н. Дахова, Б. К. Садыкова

В данной статье рассматриваются сложные случаи нервной анорексии подростков и представлены соответствующие выводы.

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Е. В. Бредихина, Б. Б. Смагулов, В. Н. Жуков,
Р. Ш. Асанбаева, С. М. Искакова, Л. А. Гречанова

В статье описываются расстройства адаптации при наркотической зависимости, выделяются особенности адаптации в условиях пенитенциарной изоляции и признаки дезадаптации ВИЧ-инфицированных осужденных.

ВЕДУЩИЕ ЖИЗНЕННЫЕ РАДИКАЛЫ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ С ПОЗИЦИЙ СУДЬБОАНАЛИЗА Л. СОНДИ И ИХ СВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Э. Т. Жусупова

Изучены личностные особенности у больных с зависимостью от опиатов с позиции судьбоанализа Л. Сонди для выявления предикторов рецидивов. Был обследован 61 пациент с героиновой наркоманией в постабстинентном периоде. Для решения поставленной задачи использовалась модифицированная методика Сонди тест восьми влечений (Л. Н. Собчик). Показаны отличия полученных реакций в зависимости от течения заболевания.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, личностные особенности, тест восьми влечений.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С РАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Э. Т. Жусупова

Изучались личностные особенности у больных с опиоидной зависимостью от опиатов и их связь с типом течения заболевания. Было обследовано 64 пациента с диагнозом «психические и поведенческие расстройства в результате употребления опиоидов» F 11.21. В качестве вспомогательного диагностического инструментария был использован MMPI. Показаны отличия выявленных личностных особенностей в зависимости от типа течения заболевания, также показано, что в результате заболевания независимо от преморбидных особенностей личности формируется «наркоманическая» личность.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИАТОВ В ПЕРИОД РЕМИССИИ, КАК ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВОВ

Э. Т. Жусупова, С. А. Нурмагамбетова

В данной статье на основе биопсихосоциального подхода были изучены клинико-психопатологические и социально-психологические особенности у 93 больных с зависимостью от опиатов, являющиеся предикторами рецидивов.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОМАНИЙ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ СРЕДИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ (информационно-эпидемиологический аспект)

А. С. Каражанова, С. К. Рахменшеев, Г. М. Головина,
К. К. Нургалиева, О. М. Мухаметжанов, Т. У. Саидов, Л. Б. Бактыбаева

В настоящей статье приводится анализ тенденций распространения наркомании в настоящее время среди детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них.
Ключевые слова: вовлечение в наркотизацию, распространенность наркопотребления, дети, подростки.

ТЕХНОЛОГИИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММАХ НАРКОЗАВИСИМЫХ

Т. В. Пак, С. К. Бейсембаева

В статье отражены основные технологии терапевтического сообщества в стационарных реабилитационных программах больных наркоманией. Раскрыты основные принципы, особенности жизнедеятельности пациентов в условиях общины / коммуны на собственном практическом опыте.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, СУБСФЕРА «ЖИЗНЕННАЯ АКТИВНОСТЬ, ЭНЕРГИЯ И УСТАЛОСТЬ»

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский, Г. К. Аубанова

В данной статье рассматривается качество жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана. Приводятся показатели результатов анализа субсферы «Жизненная активность, энер-

гия и усталость». Авторами приводятся следующие данные: в целом соотношение показателей субсферы «Жизненная активность, энергия и усталость» среди врачей можно расценивать как удовлетворительно. Авторы описывают взаимосвязи показателей субсфер с тремя группами факторов, влияющих на самовосприятие и оценку жизненного тонуса - физическими, психическими и психологическими. Так же описываются специфические условия труда врачей стационарного профиля – операциональная напряженность и десинхроноз – негативно воздействующие на физическое, психическое здоровье и самовосприятие качества жизни, в частности на уровень жизненного тонуса.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, СУБСФЕРА «ФИЗИЧЕСКАЯ БОЛЬ И ДИСКОМФОРТ»

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский, Г. К. Аубанова

В данной статье рассматривается качество жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана. Приводятся результаты анализа показателей субсферы «Физическая боль и дискомфорт». На основании анализа авторы характеризуют данные полученной самооценки субсферы «Физическая боль и дискомфорт», уровень самооценок которой расценивается как удовлетворительный и в большей степени – хороший. Авторы описывают взаимосвязи уровня самооценок исследуемой субсферы с тремя группами факторов влияющих на самовосприятие и оценку жизненного тонуса - физическими, психическими и психологическими. Так же описываются специфические условия труда врачей стационарного профиля – операциональная напряженность и десинхроноз – негативно воздействующие на физическое, психическое здоровье и самовосприятие качества жизни, в частности на переживание физического дискомфорта и боли. Так же авторы описывают взаимосвязи показателей субсферы «Физическая боль и дискомфорт» и случаев использования крепкого чай или кофе.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, СУБСФЕРА «СОН И ОТДЫХ»

Г. К. Аубанова, Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский

В данной статье рассматривается качество жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана. Приводятся результаты анализа показателей субсферы «Сон и отдых». Авторы приводят данные самооценок субсферы «Сон и отдых» исследуемым контингентом, уровень которых в целом можно охарактеризовать как удовлетворительный и в большей степени – хороший.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРНОГО ПРОФИЛЯ СЕВЕРО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА КАЗАХСТАНА: ФИЗИЧЕСКАЯ СФЕРА, ОБЩАЯ ОЦЕНКА

Н. В. Асланбекова, Ю. А. Россинский, Г. К. Аубанова

В данной статье рассматривается качество жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Казахстана. Приводятся показатели самооценки физической сферы данных врачей, а так же соотношение оценок субсфер физической сферы этих же врачей. Авторы описывают показатели качества жизни врачей стационарного профиля северо-восточного региона Республики Казахстан, в частности - состояние их физической сферы, которое можно охарактеризовать как хорошее и удовлетворительное.

УЧИТЕЛЬ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

С. Б. Имангазинов, К. Г. Шарапатова

В исследовании учителей старших классов общеобразовательных школ приводится самооценка их здоровья, некоторые аспекты образа жизни, наличие факторов риска в их среде. Приведенные данные подтверждают недостаточно высокий уровень гражданской позиции части педагогов в отношении факторов риска в среде своих воспитываемых.

МОДЕЛЬ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ИЗУЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ У УЧАСТНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

М. А. Сорокина, Л. Л. Мациевская

В статье описан опыт исследования, включающего различные подходы к диагностике и оценке психической адаптации студентов и преподавателей медицинского ВУЗа.

Ключевые слова: психическая адаптация, функциональные резервы, утомление, эмоциональное напряжение.

АНАЛИЗ ОБЩИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

А. С. Каражанова, О. М. Мухаметжанов, Т. У. Саидов,
Л. Б. Бактыбаева, С. К. Рахменшеев, Г. М. Головина, К. К. Нургалиева

В настоящей статье приводятся анализ общих подходов в лечении и реабилитации зависимых от ПАВ детей и подростков, используемых в мировой практике

Ключевые слова: лечение, реабилитация, дети, подростки, общие подходы

О ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЯХ ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОПЫТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РУБРИКИ Z В МКБ-10

Л. Л. Мациевская

В статье обсуждаются вопросы квалификации и статистического учёта, проблемы организации психиатрической помощи лицам с предболезненными формами пограничных психических расстройств, сформулирован ряд положений, способствующих, по мнению авторов, разрешению спорных вопросов.

Ключевые слова: предболезненные формы пограничных психических расстройств, психическое здоровье, психическая дезадаптация личности.

THE RESUME

ABOUT THE PROGRAM OF THEMATIC IMPROVEMENT "QUALITY MANAGEMENT IN SYSTEM OF VOCATIONAL TRAINING OF THE EXPERTS OPERATING IN SPHERE OF MENTAL HEALTH"

Katkov A. L., Dzharbusynova B. B.

In clause "About the program of thematic improvement "Quality management in system of vocational training of the experts operating in sphere of mental health" by Katkov A.L., Dzharbusynova B. B. is presented the program of the thematic improvement corresponding the name of clause. Necessity of improvement of quality of process of preparation of the experts operating in sphere of mental health is proved. Necessity of development and realization of cycles of additional formation concerning improvement of quality of pedagogical process for managers and assistants to thematic faculties and rates is given. The basic characteristics of a discussed cycle of thematic improvement are resulted.

Keywords: the pedagogical staff, management of quality, formation, thematic improvement.

ABOUT THE TYPICAL CURRICULUM OF THEMATIC IMPROVEMENT "METHODOLOGY OF QUALITY MANAGEMENT OF SCIENTIFIC RESEARCHES IN SPHERE OF MENTAL AND PSYCHOLOGICAL HEALTH"

Katkov A. L., Dzharbusynova B. B.

In clause "About the typical curriculum of thematic improvement "Methodology of quality management of scientific researches in sphere of mental and psychological health" by Katkov A.L., Dzharbusynova B.B. the questions of post diploma, additional preparation of the scientific employees operating in sphere of mental and psychological health are considered. The attention to necessity of essential improvement of quality of the given process is paid. The activity of the scientific pedagogical staff and the presentation of the given technology the opportunity of introduction of technology of a general quality management proves in corresponding educational cycles are proved. The plan of thematic improvement on theme "Methodology of quality management of scientific researches in sphere of mental and psychological health" is resulted.

Keywords: the scientific staff, quality management, post diploma and additional formation, the thematic plan.

ABOUT A PROBLEM OF SUPERVISION IN CONSULTATION AND THERAPY

Matsievskaja L. L., Blok O. G., Sedova N. D.

Cogitations are presented in article on cause of the problem of the introduction of supervision's practice reflections to national psychiatry and psychotherapy. The reasons of resistance supervision's process from experts in the field of mental health are considered and discussed. Ways of formation of the person of the psychiatrist and the psychotherapist are presented through a prism of training to communicative skills in medicine and perfection of professionalism at interaction with colleagues.

Key words: supervision professional deformation, affiliation, communicative competence, communicative skills.

INTEGRATIVE PSYCHOTHERAPY OF BOUNDARY MENTAL FRUSTRATION AT THE WOMEN, SUFFERING FORM BARENESS

Sgibov V. N., Kocherganov P. N.

Clinical psychopathological features of boundary mental frustration of the women, suffering with bareness have been analyzed. Risk factors of boundary mental frustration at the given women are revealed. "The psychological

portrait" of the women, suffering from bareness is described. The basic directions of psychotherapeutic and psycho correctional actions are formulated.

WORK AS THE DOCTOR OF THE PSYCHIATRIST IN THE MILITARY-MEDICAL COMMISSION

Dakhova L. N.

For the period from 2004 till 2007 only 1236 person are directed to inspection in PRPNC. The percentage parity of the persons has considerably decreased, doing not wish to serve in the ranks of Armed forces. For last five years in a post of the doctor - the psychiatrist was not cases of a suicide or return from numbers of Armed forces RK.

COMPLEX CASE OF A NERVOUS ANOREXIA IN PRACTICE OF THE DOCTOR - THE PSYCHIATRIST

Dakhova L. N., Sadykova B. K.

In given clause complex cases of a nervous anorexia of teenagers are considered and corresponding conclusions are presented.

FRUSTRATION OF ADAPTATION AT PERSONS WITH NARCOTIC DEPENDENCE IN CONDITIONS OF PENITENTIARIAN ESTABLISHMENTS

Bredihina E. B., Smagulov B. B., Zhukov V. N., Asanbaeva R. Sh., Iskakova S. M., Grechanova L. A.

In clause frustrations of adaptation are described at narcotic dependence, features of adaptation in conditions of penitentiarian isolation and features of desadaptation of HIV-infected condemned are allocated.

LEADING VITAL RADICALS AT PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM OPIOIDS FROM POSITIONS OF DEPENDENT PATIENTS OF L. SONDI AND THEIR CONNECTION WITH CURRENT OF DISEASE

Zhusupova E. T.

Personal features at patients with dependence from opioids from positions of dependent patients of L. Sondi for revealing predictors of relapses are studied. 61 patient with heroine narcotism in the post abstinent period has been surveyed. For the decision of a task in view modified technique of Sondi the test of eight inclinations (L. N. Sobchik) was used. Differences of the received reactions depending on current of disease are shown.
Keywords: opioid dependence, personal features, the test of eight inclinations.

FEATURES OF THE PERSON AT PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE WITH DIFFERENT TYPE OF CURRENT OF DISEASE

Zhusupova E. T.

Personal features at patients with opioid dependence from opiates and their connection with type of current of disease were studied. 64 patients with the diagnosis "mental and behavioral frustration as a result of the opioid use" F 11.21 have been surveyed. As auxiliary diagnostic tool MMPI has been used. Differences of the revealed

personal features depending on type of current of disease are shown, also is shown, that as a result of disease irrespective of premorbid features of the person, "narcological" person is formed.

CLINICO-PSYCHOPATHOLOGICAL AND SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL FEATURES AT PATIENTS WITH DEPENDENCE FROM OPIOIDS DURING REMISSION, AS PREDICTORS OF RELAPSES

Zhusupova E. T., Nurmagambetova S. A.

In given clause on the basis of the biopsychosocial approach the clinico-psychopathological and socially-psychological features at 93 patients with dependence from opioids, being predictors of relapses have been studied.

THE BASIC TENDENCIES OF DISTRIBUTION OF NARCOTISMS IN THE MODERN WORLD AMONG MINOR CONSUMERS OF DRUGS (Information-epidemiological aspect)

Karazhanova A. S., Rakhmensheev S. K., Golovina G. M.,
Nurgalieva K. K., Muhametzhanov O. M., Saidov T. U., Baktybaeva L. B.

In present clause the analysis of tendencies of distribution of narcotism now among children and the teenagers, abusing PEAHENS and dependent on them is resulted.
Keywords: involving in narcotism, prevalence of drug usage, children, teenagers.

TECHNOLOGIES OF THERAPEUTIC COMMUNITY IN REHABILITATION PROGRAMS OF DRUG DEPENDENT

Pak T. V., Bejsembaeva S. K.

In clause the basic technologies of therapeutic community in stationary rehabilitation programs sick are reflected by narcotism. Main principles, features of ability to live of patients in conditions of a community / communes on own practical experience are opened.

QUALITY OF A LIFE OF DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE OF NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN: PHYSICAL SPHERE, SUBSPHERE "VITAL ACTIVITY, ENERGY AND WEARINESS"

Aslanbekova N. V., Rossinsky Y. A., Aubanova G. K.

In given clause quality of a life of doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan is considered. Parameters of results of the analysis of subsphere "Vital activity, energy and weariness" are resulted. By authors following data are cited: as a whole the parity of parameters of subsphere "Vital activity, energy and weariness" among doctors can be regarded as well. Authors describe interrelations of parameters of subspheres with three groups of the factors influencing self-perception and an estimation of a vitality - physical, mental and psychological. As specific working conditions of doctors of a stationary structure - operational intensity and desynchroniz - negatively influencing on physical, mental health and self-perception of quality of a life, in particular on a level of vitality are described.

QUALITY OF A LIFE OF DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE OF NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN: PHYSICAL SPHERE, SUBSPHERE "THE PHYSICAL PAIN AND DISCOMFORT"

Aslanbekova N. V., Rossinsky Y. A., Aubanova G. K.

In given clause quality of a life of doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan is considered. Results of the analysis of parameters of subsphere "the Physical pain and discomfort" are resulted. On the basis of the analysis authors characterize data of the received self-estimation of subsphere "the Physical pain and discomfort" which level of self-estimations is regarded as satisfactory and in a greater degree - good. Authors describe interrelations of a level of self-estimations of investigated subsphere with three groups of factors influencing on self-perception and an estimation of vitality - physical, mental and psychological. As specific working conditions of doctors of a stationary structure - operational intensity and desynchroniz - negatively influencing on physical, mental health and self-perception of quality of a life, in particular on experience of physical discomfort and a pain are described. As authors describe interrelations of parameters of subsphere "the Physical pain and discomfort" and cases of use strong tea or coffee.

QUALITY OF LIFE OF DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE OF NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN: PHYSICAL SPHERE, SUBSPHERE "THE DREAM AND REST"

Aubanova G. K., Aslanbekova N. V., Rossinsky Y. A.

In given clause quality of a life of doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan is considered. Results of the analysis of parameters of subsphere "the Dream and rest" are resulted. Authors cite data of self-estimations of subsphere "the Dream and rest" an investigated contingent which level as a whole can be characterized as satisfactory and in a greater degree - good.

QUALITY OF LIFE OF DOCTORS OF A STATIONARY STRUCTURE OF NORTHEAST REGION OF KAZAKHSTAN: PHYSICAL SPHERE, THE GENERAL ESTIMATION

Aslanbekova N. V., Rossinsky Y. A., Aubanova G. K.

In given clause quality of a life of doctors of a stationary structure of northeast region of Kazakhstan is considered. Parameters of a self-estimation of physical sphere of the given doctors, and as a parity of estimations of subspheres of physical sphere of the same doctors are resulted. Authors describe parameters of quality of a life of doctors of a stationary structure of northeast region of the Republic Kazakhstan, in particular - a condition of their physical sphere which can be characterized as good and satisfactory.

THE TEACHER IN A COMPREHENSIVE SCHOOL

Imangazinov S. B., Sharapatova K. G.

In clause experience of the research including various approaches to diagnostics and an estimation of mental adaptation of students and teachers of medical academy is described.

Keywords: mental adaptation, functional reserves, exhaustion, an emotional pressure.

MODEL OF THE SYSTEM APPROACH TO STUDYING INFRINGEMENTS OF MENTAL ADAPTATION AT PARTICIPANTS OF EDUCATIONAL PROCESS IN MEDICAL ACADEMY

Sorokina M. A., Matsievskaya L. L.

In clause the experience of the research including various approaches to diagnostics and an estimation of mental adaptation of students and teachers of medical academy is described.

Keywords: mental adaptation, functional reserves, exhaustion, an emotional pressure.

THE ANALYSIS OF THE GENERAL APPROACHES IN TREATMENT AND REHABILITATIONS DEPENDENT FROM PEAHENS OF CHILDREN AND THE TEENAGERS USED IN THE WORLD PRACTICE

Karazhanova A. S., Muhametzhanov O. M., Saidov T. U.,
Baktybaeva L. B., Rahmensheev S. K., Golovina G. M., Nurgalieva K. K.

In present clause the analysis of the general approaches in treatment and rehabilitations of children dependent on PEAHENS and the teenagers used in the world practice is resulted.

Keywords: treatment, rehabilitation, children, teenagers, the general approaches

ABOUT DIAGNOSTIC CRITERIA OF PREPAINFUL FORMS OF BOUNDARY MENTAL FRUSTRATION AND EXPERIENCE OF USE OF HEADING Z IN ICD-10

Matsievskaya L. L.

In clause the questions of qualification and the statistical account, a problem of the organization of the psychiatric help to persons with prepainful forms of boundary mental frustration, a number of the positions promoting, in opinion of authors, the sanction of questions at issue is formulated.

Keywords: prepainful forms of boundary mental frustration, mental health, mental dezadaptation of persons.