

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XVI**

**№ 1**

**2010**

**Москва-Павлодар**

---

---

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Профессор, доктор медицинских наук А. А. Аканов; доктор медицинских наук С. А. Алтынбеков; Н. Е. Мирошниченко (ответственный секретарь); профессор О. Т. Жузжанов; профессор Н. Т. Измаилова; профессор, доктор медицинских наук А. Л. Катков (главный редактор); профессор, доктор медицинских наук В. В. Макаров (главный редактор); кандидат психологических наук Г. А. Макарова; доктор медицинских наук С. А. Нурмагамбетова; Л. Н. Маркина (редактор); доктор медицинских наук Ю. А. Россинский; академик РАМН В. Я. Семке; А. К. Тастанова; кандидат медицинских наук А. Ю. Толстикова; профессор, доктор медицинских наук А. А. Чуркин**

## **РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

**Доктор медицинских наук М. Асимов (Алматы); профессор Н. А. Бохан (Томск); профессор М. Е. Бурно (Москва); академик, доктор медицинских наук, профессор М. Х. Гонопольский (Хайфа); доктор медицинских наук, профессор Ж. А. Доскалиев (Астана); кандидат медицинских наук Н. Б. Ережепов (Павлодар); доктор медицинских наук, профессор В. Ю. Завьялов (Новосибирск); доктор медицинских наук, профессор Р. Г. Илешева (Алматы); доктор медицинских наук, профессор Н. А. Корнетов (Томск); доктор психологических наук, профессор Р. Кочунас (Вильнюс); доктор медицинских наук, профессор Г. М. Кудьярова (Алматы); доктор медицинских наук И. Е. Куприянова (Томск); доктор медицинских наук, профессор Х. Пезешкиан (Висбаден); кандидат медицинских наук Л. А. Степанова (Томск); профессор, доктор медицинских наук Н. К. Хамзина (Астана)**

**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: neovitae@pisem.net**

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### УЧРЕДИТЕЛИ:

Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига

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

Том XVI  
№ 1  
2010 год

выходит  
4 раза в год

### РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

<i>Катков А.Л.</i>	
Социальные эпидемии (аналитический обзор)	9-26
<i>Катков А.Л., Иманбеков К.О.</i>	
Сравнительная динамика формирования ремиссии у зависимых от опиоидов после прохождения амбулаторной МСР	26-29
<i>Катков А.Л., Иманбеков К.О.</i>	
Сравнительная динамика основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов в период прохождения амбулаторной МСР и на этапах формирования ремиссии	29-38
<i>Пак Т.В.</i>	
Индикаторы реализации Концепции реформирования медицинской науки	38-39
<i>Пак Т.В.</i>	
Основные принципы совершенствования управления медицинской наукой	39-45

### ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Скляр С.В., Садуакасова К.З.</i>	
К вопросу о роли семейного воспитания подростков, больных шизофренией, при проведении семейной психотерапии	46-49

### ПСИХИАТРИЯ

<i>Базарбаева Л.Е.</i>	
Взаимосвязь клинико-психопатологических и судебно-психиатрических аспектов у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия	50-54
<i>Базарбаева Л.Е.</i>	
Комплекс биологических и социогенных причин, влияющих на опасное поведение больных шизофренией с аддиктивными расстройствами	54-56
<i>Оспан Т.Б.</i>	
Опыт оказания психиатрической помощи больным острыми психотическими эпизодами на дому	57-58
<i>Оспан Т.Б., Темиргалиев А.О.</i>	
Варианты реформирования психиатрической службы	58-59
<i>Оспан Т.Б., Темиргалиев А.О.</i>	
Опыт применения Велаксина в лечении депрессии у больных шизофренией	59-60
<i>Рудич Н.Л.</i>	
Клинический опыт в использовании психотропных препаратов нового поколения в психиатрической практике	60-63

---

---

*Сейсебаева Г.Т.*

Типология психически больных, совершивших внутрисемейные агрессивные delikty, в зависимости от объекта агрессии 63-68

*Шаповалова Т.Г.*

Поддерживающее противорецидивное лечение психических заболеваний в амбулаторных условиях 68-70

*Шаповалова Т.Г.*

Профилактика социальной дезадаптации психических больных в позднем возрасте 70-71

## НАРКОЛОГИЯ

*Алтынбекова Г.И.*

К вопросу о роли личностных расстройств в динамике наркомании 72-73

*Алтынбекова Г.И.*

Психологическая идентификация личностных расстройств при опийной наркомании 74-76

*Идрисова А.М.*

Использование лазерного терапевтического аппарата «Мустанг-2000» с матричным излучателем при реабилитации больных хроническими гепатитами вирусной и токсической этиологии в стационарных условиях 76-77

*Идрисова А.М.*

Миллиметроволновая терапия воздействием аппарата «КВЧ-НД» на больных с токсическим поражением почек в результате употребления алкоголя в условиях отделения физиотерапии 77-78

*Иманбеков К.О., Катков А.Л.*

Сравнительная динамика синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов в период прохождения амбулаторной МСР и на этапах формирования ремиссии 78-81

*Иманбеков К.О., Катков А.Л.*

Сравнительная динамика стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов в период прохождения амбулаторной МСР и на этапах формирования ремиссии 81-84

*Молчанов С.Н.*

Социальное сопровождение бывших потребителей инъекционных наркотиков 84-87

*Мукашева К.К.*

Применение авторской методики «Кобызотерапия» в лечении и реабилитации зависимых от ПАВ больных 87-90

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

*Байкенова Б.С.*

Особенности нервно-психических расстройств у сотрудников правоохранительных органов 91-92

## ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

*Жексембиев Ж.Т.*

Влияние лекарственных препаратов на профессиональные качества водителей транспортных средств 93-94

---

---

---

<i>Имангазинов С.Б., Каирханов Е.К.</i>	
Повреждения двенадцатиперстной кишки у осужденных с девиантными поведениями	94-95

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

<i>Шарапатова К.Г., Калматеева Ж.А.</i>	
Некоторые аспекты образа жизни и репродуктивного поведения школьников старших классов	96-98

## **ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ**

<i>Имангазинов С.Б., Байгалиев А.А., Коновалов Е.Н.</i>	
Отношение медицинских работников к проблеме распространения вирусного гепатита С	99-101
<i>Рудич Н.Л.</i>	
Краткие рекомендации для родственников лиц, страдающих шизофренией	101-102
<i>Сейсебаева Г.Т.</i>	
Социально-демографические особенности психически больных, совершивших внутрисемейные агрессивные действия (обзор литературы)	103-107
<i>Резюме</i>	108-117

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## THE CONTENTS

### FOUNDERS:

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

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

**Volume XVI  
№ 1  
2010**

**Published 4 times  
in a year**

### EDITORIAL CLAUSES

<i>Katkov A.L.</i>	
Social epidemics (analytical review)	9-26
<i>Katkov A.L., Imanbekov K.O.</i>	
Comparative dynamics of formation of remission at dependent from opioids after passing out-patient MSR	26-29
<i>Katkov A.L., Imanbekov K.O.</i>	
Comparative dynamics of the basic psychopathological syndromes at dependent from opioids in passing out-patient MSR and at stages of formation of remission	29-38
<i>Pak T.V.</i>	
Indicators of realization of the Concept of reforming of a medical science	38-39
<i>Pak T.V.</i>	
Main principles of perfection of management of a medical science	39-45

### PSYCHOTHERAPY

<i>Sklyar S.V., Saduokasova K.Z.</i>	
On the role of family education for adolescents with schizophrenia to conduct a family psychotherapy	46-49

### PSYCHIATRY

<i>Basarbaeva L.E.</i>	
Interconnection of clinical-psychopathological and judicial-psychiatric aspects at patients with schizophrenia, committed publicly-dangerous crimes	50-54
<i>Basarbaeva L.E.</i>	
The complex of biological sociogenetic reasons influencing dangerous behavior at patients with schizophrenia with addictive frustrations	54-56
<i>Ospan T.B.</i>	
The experience of medical assistance to patients with acute psychothetic episodes at home	57-58
<i>Ospan T.B., Temirgaliev A.O.</i>	
The variants of formation of psychiatric service	58-59
<i>Ospan T.B., Temirgaliev A.O.</i>	
The experience of velaksin application in the treatment of depression at patients with schizophrenia	59-60
<i>Rudich N.L.</i>	
The clinical experience in use of psychiatric medicaments of new generation in psychiatric practice	60-63
<i>Seysebaeva G.T.</i>	
Typology of mentally ill, committed the interfamily aggressive delicts in dependence from the object of aggression	63-68

---

<i>Shapovalova T.G.</i>	
Supporting anti-recurrent treatment of mental frustrations in out-patient conditions	68-70
<i>Shapovalova T.G.</i>	
Prevention of social desadaptation of mentally ill in old age	70-71

---

## NARCOLOGY

<i>Altynbekova G.I.</i>	
To the question about personal frustrations in dynamics of narcotism	72-73
<i>Altynbekova G.I.</i>	
Psychological identification of personal frustrations at opium narcotism	74-76
<i>Idrisova A.M.</i>	
The use of laser therapeutic apparatus «Mustang-2000» with a matrix radiator within the rehabilitation of patients with chronic hepatitis of virus and toxic etiology in stationary conditions	76-77
<i>Idrisova A.M.</i>	
Millimeter-wave therapy of influence with apparatus «KVC-ND» on patients with toxic affection of kidneys in the result of alcohol abuse in conditions of physiotherapy department	77-78
<i>Imanbekov K.O., Katkov A.L.</i>	
The comparative dynamics of anosognose syndrome at dependent from opioids in the period of passing out- patient MSR and on the stages of formation of remission	78-81
<i>Imanbekov K.O., Katkov A.L.</i>	
The comparative dynamics of stages of therapeutic changes at dependent from opioids in the period of passing out-patient MSR and on the stages of formation of remission	81-84
<i>Molchanov S.N.</i>	
The social accompanying of former injection drug- consumers	84-87
<i>Mukasheva K.K.</i>	
The application of the authored method of «Kobyzotherapy» in treatment and rehabilitation of patients dependent on PAS	87-90

## BOUNDARY PATHOLOGY

<i>Bikenova B.S.</i>	
The peculiarities of neuro-psychic frustrations at military servicers	91-92

## BOUNDARY FRUSTRATIONS

<i>Zheksembiev Zh.T.</i>	
The influence of remedies on professional qualities of drivers	93-94
<i>Imangazinov S.B., Kairhanov E.K.</i>	
The damage of duodenum gut at sentenced with deviant behavior	94-95

---

---

---

## PSYCHOLOGY OF HEALTH. VALEOLOGY.

*Sharapatova K.G., Kalmataeva Zh.A.*

Several aspects of way of life and reproductive behavior  
at teenagers.

96-98

### INFORMATION, REVIEWS

*Imangazinov S.B., Bigaliev A.A., Konovalov E.N.*

The relation of medical workers to the problem of  
distribution of hepatitis C

99-101

*Rudich N.L.*

Brief recommendations for relatives of people sick with  
schizophrenia

101-102

*Seysebaeva G.T.*

Social-demographic peculiarities of mentally ill,  
committed interfamily aggressive actions (the literature  
review)

103-107

*Resume*

108-117

---

## РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ

### СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (аналитический обзор)

Д.м.н., проф. А.Л. Катков

#### 1. Контекст беспрецедентных темпов и масштабов распространения основных социальных эпидемий

В последние десятилетия пристальное внимание мировой общественности и, в особенности, политических, военных, научных и культурных элит привлекают какие кризисные и масштабные социальные явления, как наркозависимость, терроризм, религиозный экстремизм, вовлечение в преступные сообщества и деструктивные секты. В эпоху глобализации и проникновения информационных технологий в жизненное пространство каждого человека эти, до поры изолированные и разрозненные явления, приобрели характер неконтролируемых социальных эпидемий. Степень деструктивного влияния упомянутых социальных эпидемий на общественное здоровье, социальную стабильность, экономику и политику в ряде стран и регионов, а в конечном итоге на мировой порядок в целом – весьма значительна. Беспрецедентные темпы распространения данных социальных явлений свидетельствуют о недостаточной эффективности противодействующих усилий, в частности – об очевидной слабости или даже об отсутствии концептуального видения способов эффективной первичной профилактики вовлечения населения в химическую и психологическую зависимость.

1.1. По оценкам новейших исследований общемировое число лиц, употребляющих наркотики, в настоящее время составляет около 200 миллионов. Это – до 3% от всего населения планеты или 4,7% населения в возрасте от 15 до 64 лет (Всемирный доклад о наркотиках, 2004; Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.). Новые оценочные данные подтверждают, что наиболее употребляемым веществом является каннабис – около 150 млн. человек; за ним следуют стимуляторы амфетаминового ряда – около 30 миллионов человек. Немногим более 13 миллионов употребляют кокain. До 15 миллионов человек употребляют наиболее проблемные наркотики – опиаты, в том числе – около 9 миллионов употребляет героин. На долю последних приходится 67% объема пролеченных от наркозависимости в Азии, 61% - в Европе. С начала 80-х годов масштабы распространения наркозависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза (Доклад Международного Комитета по контролю за наркотиками за 2007 год). В то же время дина-

мика роста наркопотребления в постсоветских государствах в аналогичный период времени значительно опережала общемировую. С середины 80-х до конца 90-х годов количество зарегистрированных наркопотребителей в этих странах возросло от 400 до 1000%. А темпы роста первичной заболеваемости по данному профилю увеличились от 10 до 19,5 раза. При этом отмечались следующие тревожные тенденции: 1) устойчивое увеличение использования героина и других тяжелых наркотиков; 2) распространение внутреннего способа введения наркотиков и сопутствующее распространение ВИЧ/СПИДа среди наркозависимых; 3) резкое снижение возраста вовлекаемых в наркотическую зависимость (ООН, 2002; Василенко И.В., Катков А.Л., 2005; Алтынбеков С.А., Катков А.Л., 2006). Масштабные эпидемиологические, клинические и экспериментально-организационные исследования, проводимые в Республике Казахстан (Катков А.Л., 2001, 2003; Пак Т.В., 2004; Россинский Ю.А., 2005; Марашева А.А., 2006; Нургазина А.З., 2006) показали, что одним из главных факторов, обуславливающих высокие риски вовлечения различных групп населения в зависимость от психоактивных веществ, является дефицит свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивному влиянию среды. В том числе – к агрессивному информационному прессингу, практикуемому в рамках нелегального бизнеса по распространению наркотических и сильнодействующих веществ. В частности было показано, что население Республики, по основным векторам психологической устойчивости – высоких рисков вовлечения в химическую зависимость, распределяется следующим образом: группа с высоким уровнем устойчивости – 60%; группа со средним уровнем устойчивости – 27,3%; группа с высокими рисками вовлечения в зависимость от психоактивных веществ – 11%; группа зависимых от наркотиков – 1,7% населения. При этом, группу повышенного риска составляли, в основном, дети, подростки, молодежь – т.е. представители восходящего поколения. Сопоставление данных по распределению факторов психологической устойчивости – высоких рисков в исследованиях 2001, 2003, 2006 г.г. выявило, в целом, незначительную, но статистически достоверную неблагоприятную динамику возрастания рисков и снижения устойчивости по профилю вовлечения в химическую зависимость в исследуемых группах на-

селения. В серии клинических и клинико-психологических исследований (Лаврентьев О.В., 2007; Кусаинов А.А., 2008; Байкенов Е.Б., 2008) были выявлены специфические негативные психопатологические расстройства, возникающие в результате хронической интоксикации психоактивными веществами. В частности, было показано, что наличие специфических негативных расстройств в эмоциональной, волевой, интеллектуальной и мотивационной сферах у зависимых от ПАВ препятствует: 1) процессу формирования личностной зрелости, связанного с возможностью конструктивной переработки и консолидации жизненного опыта; 2) процессу формирования конструктивного жизненного сценария, связанного с возможностью долговременного прогнозирования и целеполагания, активного использования и развития психологических ресурсов, возможностью формирования адекватной жизненной позиции в отношение достижения желаемых целей; 3) процессу формирования устойчивой мотивации (как основной характеристики устойчивых ресурсных состояний) к достижению долгосрочных целей, связанных с реализацией конструктивных жизненных сценариев; 4) процессу формирования адекватных представлений о характере и особенностях болезненных проявлений химической зависимости, об адекватных действиях – программах перехода – из состояния болезни (зависимости) в состояние здоровья (устойчивости к повторному вовлечению в зависимость). Таким образом было показано, что при формировании химической зависимости имеет место крайне неблагоприятное сочетание изначального дефицита определенных свойств психологического здоровья – устойчивости к агрессивным влияниям среды, и привносимых негативных психопатологических расстройств, поражающих те же, наиболее уязвимые интегративные функции развивающейся психики. Результаты вышеупомянутых исследований явились основанием для разработки новых мишеней, используемых в программах медико-социальной реабилитации зависимых от ПАВ, а также – новых технологий первичной профилактики вовлечения в химическую зависимость, реабилитации зависимых лиц, включая психотерапевтические технологии.

1.2. Всплеск в конце XX века такого социального явления, как массовое вовлечение населения в деятельность деструктивных религиозных сект носит характер психической эпидемии (Щиголов И.И., 1995) или психического тероризма (Сидоров П.И., 2004). На территории постсоветских республик сектантство расценивалось как следствие «магической пораженности» общества на фоне социальных трудностей, почти постоянных психогенных травмирующих ситуаций, при попустительстве или протекционизме средств массовой информации (Щиголов И.И., 1994). При этом, от-

мечается, что население, в основном, вовлекается в сферу влияния деструктивных, тоталитарных сект, для которых характерны нарушения прав и свобод, негативные последствия для психического и психологического здоровья участников. В силу чего данные движения представляют общественную опасность (Сериков А.Л., 2000; Сидоров П.И., 2004). Хотя точных данных о количестве лиц, вовлеченных в деятельность деструктивных сект на сегодняшний день нет, многие исследователи считают, что речь идет о нескольких десятках (от 10 до 40) миллионах жителей планеты, т.е. около 0,1-0,3% населения. Среди причин, способствующих вовлечению в деструктивные секты, по результатам более чем 200 публикаций, чаще всего называются следующие: агрессивный информационный прессинг; кризис традиционной системы ценностей; кризис в системе интерперсональных (чаще всего – в семейных) отношений; наличие острой или хронической психической травмы; потребность в сочувствии и помощи; поисковое поведение в связи с экзистенциальным кризисом, кризисом идентичности; поиск ресурсов (осознаваемый или неосознаваемый); психопатология, особенности личности. Среди характерных признаков сект различаются следующие: 1) религиозная реклама – сектантская пропаганда обращена, зачастую, не к высшим побуждениям, а к подсознательным запросам и установкам человека; используются все виды рекламы в средствах массовой информации, уличная реклама, почтовая реклама, незатейливые приглашения посетить собрания или семинары с неопределенными названиями и т.д.; 2) агрессивный прозелитизм и психологическое давление – установка на постоянную вербовку новых сторонников (адептов); новичок всегда окружается особым вниманием, имеет место так называемая «бомбардировка любовью» и др.; 3) двойное учение – секта, как правило, имеет двойную историю своего учения – одно для рекламы и привлекательного имиджа, другое – для внутреннего пользования; 4) иерархия – организация секты почти всегда строго иерархична, что позволяет держать под строгим контролем и направлять действия членов секты на всех ее ступенях и не допускать критического отношения ни к учению секты, ни к ее лидерам; 5) непогрешимость секты и ее основателя – все существовавшие в истории человечества и существующие духовные практики, отличающиеся от «истинного слова учителя» объявляются ошибкой и недоразумением; 6) программирование сознания – люди, ищущие, но не нашедшие оснований, ясных критериев и правил жизни, легко внушаемы, готовы принять установки своих учителей и отказаться от собственной свободы; в результате человек оказывается в полной зависимости от сектантского учения; 7) духовное избранничество – членам секты внушается, что они – единственные спасенные

люди, окружающие – люди «второго сорта», обреченные на погибель, так как не разделяют учения секты; 8) контроль жизнедеятельности – истинная цель сектантской организации – контроль над многими, а в идеале – над всеми сферами человеческой жизни; в конечном счете сектанты приносят в жертву секте свое время, здоровье, имущество, иногда – жизнь; 9) политические цели – многие секты, такие например, как Церковь Объединения Мира, «Свидетели Иеговы», саентология Рона Хаббарда – являются крупными финансовыми империями, стремящимися получить власть над миром. В кратком антисектантском справочнике перечислены более ста организаций с признаками деструктивных тоталитарных сект, действующих на территории постсоветских республик. Многие из них мимикрируют под общественные организации, оказывающие помочь социально-язывимым группам населения, в частности – наркозависимым (Иоффе Г., 2009; Каклюгин Н.В., 2009). Вредоносное влияние деструктивных сект на психическое и психологическое здоровье вовлекаемых лиц связывают с использование механизмов манипуляции сознанием. При этом основной целью является достижение тотального контроля над мышлением, эмоциями, поведением новообращенных лиц (Пронин И.П., 2003). В используемых технологиях установления контроля над сознанием различают три стадии: 1) процесс разрушения личности; 2) процесс идеологической обработки; 3) процесс укрепления новой личности (Хассен С., 2001). Основными техниками, используемыми на стадии разрушения личности, являются: дезориентация – замешательство, сенсорная депривация или перегрузка, физиологические манипуляции (лишение сна, изменение диеты), применение трансовых техник (возрастная регрессия, визуализация, притчи и метафоры, путаница понятий, прямая суггестия, медитация, скандирование, пение, молитвы), сомнение в собственной идентичности, негативная переоценка своего прошлого. На стадии процесса идеологической обработки используются техники: навязывания новой идентичности, техники изменения поведения (поощрение и наказание, блокировка мышления, контроль среды), мистическая манипуляция, трансовые техники, использование откровений новообращенных в групповых и индивидуальных занятиях без их согласия. На стадии укрепления новой личности используются такие приемы как: отделение от прошлого – сокращение или полное прекращение контактов с друзьями и семьей, отказ от жизненно важной собственности в пользу секты, переход к деятельности полноправного члена секты, изменение внешнего вида и норм поведения в соответствие с правилами секты, углубленные занятия по индоктринации (Хассен С., 2001; Езерский В., 1998; Ицкович М.М., 1999; Елизаров А.Н., Михайлова А.А. 2003). Можно счи-

тать установленным фактом, что многократное или даже однократное использование вышеприведенных технических приемов по установлению контроля сознания, без соответствующего экологического оформления и выведения из состояния измененного сознания (т.е. депрограммирования с возвратом контроля над поведением), приводит к достаточно серьезным психическим и психосоматическим нарушениям, а также – социальным проблемам. Среди психических нарушений чаще всего отмечаются следующие: приступы паники и тревоги; депрессия; посттравматическое стрессовое расстройство; чувство вины и страха; потеря свободы воли и контроля над жизнью; духовное насилие; регресс в инфантильность; потеря спонтанности, непосредственности, непринужденности и чувства юмора; потеря коммуникативных навыков вне группы; потеря доверия, боязнь близости и обязательств, что приводит к проблемам в отношениях с окружающими и с трудоустройством; потеря автономии, ослабление способности самостоятельно принимать решения и выносить критические суждения; замедленное психологическое развитие, потеря психической силы; диссоциирующие, «плаывающие» состояния, возвращающие по механизму триггера к воспоминаниям о жизни в секте; радикальное изменение личностной идентичности; психические расстройства, галлюцинации, нервные срывы, психопатические эпизоды, индуцированный бред, мания величия, суицидальное мышление, суицидальные попытки, расстройства сна, кошмары. К наиболее часто отмечающимся психосоматическим и соматическим расстройствам относятся следующие: пищеварительные расстройства; сексуальные проблемы; головные боли, боли в спине; астматические приступы; кожные раздражения; ухудшение физического состояния, возрастные восприимчивости к болезням и общее утомление; неполнценное питание, преждевременная смерть из-за отсутствия или неадекватного медицинского ухода. Среди социальных проблем наиболее часто отмечают преследования и угрозы со стороны последователей культа, потерю близких, разрыв социальных связей, материальный ущерб (Тобиас М.Л., Лалич Д., 2000; Дворкин А.Л., 1996; Кондратьев Ф.В., Волков Е.Н., 2001; Пронин И.П., 2003; Агишев В.Г., Бондарев Н.В., 2004; Погодин Д.А., Зражевская И.А., 2007; Портнова А.А., Серебровская О.В., Тарасов С.В., Цекин В.П., 2009). В связи со всем сказанным, особую важность приобретают принципы судебно-экспертной оценки тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства (Ткаченко А.А., Яковлева Е.Ю., 2008). А также – констатация и должная правовая оценка деяний организаторов деструктивных культов и сект, нарушающих или прямо попирающих права человека на жизнь, свободу и личную неприкосновенность (Морозова О., 2004). Главную сложность представляют воп-

росы адекватной первичной профилактики и реабилитации лиц, попадающих под влияние деструктивных культов и сект (Елизаров А.Н., Михайлова А.А., 1998; Пронин И.П., 2004). Человеческий социум манипулятивен по своей природе и легко уязвим перед спланированными информационными атаками. И, тем не менее, главным условием развития любого варианта зависимого поведения (в том числе культового) является зависимая личность вне личностного расстройства, характеризующаяся инфантильностью, внушаемостью и подражательностью, прогностической некомпетентностью и сниженной интуицией, ригидностью и упрямством, наивностью и простодушием, чувственной непосредственностью, любопытством и высокой поисковой активностью, максимализмом и эгоцентризмом, яркостью воображения и фантазией, впечатлительностью и нетерпеливостью, склонностью к риску, «вызову опасности», страхом быть покинутым (Сидоров П.И., 2005). Зависимые личностные расстройства, по МКБ-10, характеризуются неспособностью самостоятельно принимать решения, готовностью позволять другим принимать значимые решения, затруднениями начать какое-либо дело самостоятельно, готовностью добровольно выполнять неприятные работы с целью приобрести поддержку, плохой переносимостью одиночества, ощущением беспомощности, когда рушится близкая связь, охваченностью страхом быть отвергнутым, легкой ранимостью и податливостью любой критике. В связи со всем сказанным, основными терапевтическими мишенями по профилю вовлечения в деструктивные секты являются как последствия тоталитарного контроля сознания – психические и поведенческие расстройства разной степени выраженности, так и высокие риски вовлечения в деструктивные культуры, связанные со специфическими особенностями личности. Наиболее востребованными функциями профессиональной психотерапии, в данном случае, являются как собственно терапевтические, так и развивающие.

1.3. Одно из наиболее заметных, опасных и прогрессирующих социальных явлений конца XX - начала XXI столетия - экстремизм в различных формах его проявлений: политический, религиозный, национальный, государственный, бытовой и др. (Тулупов В., 2006). Несмотря на сложности сущностной и терминологической идентификации, на сегодняшний день в научных, культурных, религиозных и политических элитах существует консенсус в отношении того, чем отличается религиозный и политический экстремизм от свободы вероисповедания и убеждения (Алиев Р., 2004). Религиозный экстремизм определяется как социальное явление, существующее в четырех следующих взаимосвязанных формах:

1) религиозное сознание (общественное, индивидуальное), которому свойственны признаки то-

талитаризации и преувеличения ценности определенной совокупности религиозных идей в ущерб всем иным религиозным и светским идеям; нигилизма - отрицания всех иных идей, в том числе религиозных, кроме одной; религиозного фанатизма - безусловного верования в истинность единственной религиозной идеи (совокупность идей) и готовность следовать ей при любых обстоятельствах;

2) религиозная идеология (религиозная доктрина), характеризующаяся произвольным провозглашением истинным единственного объяснения проблем существующего мира и предложением однозначных (истинных) способов их разрешения; безусловным разделением всех социальных явлений на «добро» и «зло»; приданием исключительного доминирующего положения одному из аспектов бытия в ущерб всем остальным; отрицанием объективного господствующей иерархии общесоциальных (общечеловеческих) ценностей; игнорированием или принижением регулятивной значимости любых социальных, в том числе правовых норм, не соответствующих объявленной истиной религиозной доктрине;

3) деятельность по реализации религиозной доктрины, провозглашенной единственно истинной;

4) организационные формы осуществления религиозной доктрины, в частности, религиозные экстремистские организации (в том числе, тоталитарные секты).

В общем поле религиозного экстремизма следует различать криминальный религиозный экстремизм, который определяется как целостная совокупность (система) признанных преступлениями общественно опасных деяний, направленных на формирование и распространение любыми способами религиозных идей, произвольно объявленных истинными в ущерб всем иным религиозным либо светским идеям, а также на реализацию этих идей уголовно-наказуемыми способами (Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Баковиков А.К., 2006). Наиболее опасными с точки зрения деструктивных социальных последствий признаются формы религиозно-политического и этно-религиозного экстремизма, для которых характерны агрессивная экспансия и масштабное вовлечение маргинальных (с точки зрения неудовлетворенности существенными социальными условиями) слоев населения. Религиозно-политический экстремизм определяется как религиозно мотивированная или религиозно камуфлированная деятельность, направленная на возбуждение религиозной вражды и ненависти в целях насилиственного изменения государственного строя и захвата власти, нарушения суверенитета и территориальной целостности государства. Основу религиозно-политического экстремизма составляет приверженность в религии к крайним взглядам и действиям, насилие, жестокость, агрессивность, сочетающиеся с демагогией (Нуруллаев А.А., Ну-

рулаев Ал.А., 2003; Наматов Н., 2004). Для этнорелигиозного экстремизма характерно сочетание и взаимопотенцирование мотивов как религиозной так и этнической исключительности. Такая комбинированная форма крайностных взглядов и действий наиболее взрывоопасна, особенно в слаборазвитых странах и регионах, переживающих затяжные кризисные периоды своего развития, и масштабов деструктивных социальных последствий (Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Беловиков А.К., 2006). По данным многочисленных (свыше двухсот) публикаций, среди причин, способствующих распространению религиозного и национального экстремизма, наиболее часто называют следующие: индивидуально психологические факторы - унижение, безысходность, чувство неполноценности; агрессивный информационный прессинг; цивилизационный кризис и поляризация мира; кризис традиционных религий; эскалация религиозных и расовых конфликтов в политических целях; глобализация, миграционные процессы, экспорт идей фундаментализма и национализма; архитипический иррациональный ответ на угрозу национальной идентичности и независимости; стихийный или организационный протест на чужеродную геополитическую, информационную и экономическую экспансию, социальная маргинализация и особенности личности. Точных данных о количестве населения, вовлеченного в деятельность экстремистских организаций на сегодняшний день не существует. Такого рода статистику получить крайне сложно, и, кроме того, лица, участвующие в деятельности экстремистских организаций, неоднородны по своим социально-психологическим характеристикам. Условно, они могут быть разделены на четыре группы: 1) хулиганствующие «попутчики»; 2) непосредственные или второстепенные исполнители; 3) «идейные» исполнители и координаторы, составляющие ядро экстремистской группы; 4) лидеры, организаторы и спонсоры, использующие экстремистов в собственных целях и обеспечивающие им прикрытие от эффективного преследования. Первая и вторая группы являются «второстепенными» или «слабыми» звенями в организациях экстремистского толка. Тем не менее, в совокупности с сочувствующей маргинальной частью населения, из которой рекрутируются участники упомянутых иерархических уровней, эти группы как раз и являются необходимой социальной базой, без которой экстремизм, как масштабное социальное явление, не мог бы существовать и развиваться (Ростокинский А. В., 2007). В данной связи особый интерес представляют характеристики психологических особенностей лиц, вовлекаемых в деятельность экстремистских организаций. Как правило, для них характерны: интеллектуальная и нравственная ограниченность, нетерпимость к критике; готовность увидеть недостатки исключи-

тельно у других, обвинить окружающих в своих собственных неудачах; компенсаторная грубость, агрессия, склонность к применению насилия; готовность подчиняться силе и природным инстинктам выживания, когда все «иное» расценивается как угроза своему существованию и требует устранения; социально-психологическая неустойчивость и стремление принадлежности к какой-либо группе людей (желательно сильных и агрессивных) для обретения чувства уверенности и собственной значимости; использование упрощенных штампов и примитивной формы психологической защиты для самооправдания от собственных неудач; психическая тугоподвижность, ригидность (Баева Л.В., 2008). Вышеприведенные личностные особенности характерны также и для лиц, вовлекающихся в деятельность террористических организаций, которые часто объединяют с экстремистскими. При этом терроризм рассматривается в качестве «рабочего инструмента» достижения экстремистских целей и устремлений (Антонян Ю.М. и др., 2006). Это последнее обстоятельство - наличие специфической «психологической базы», способствующей вовлечению населения в деятельность экстремистских организаций, явно недооценивается или не учитывается вовсе в предлагаемых стратегиях противодействия распространению экстремизма. Последние, в основном, представлены комплексом силовых, правовых и политических мер, направленных на ограничение активности экстремистских организаций с одной стороны, и достижение удовлетворительного консенсуса по вопросам обеспечения политических и религиозных свобод - с другой (Максимова М.В., 2002; Ханьков К.В., 2006; Чуганов Е., 2006). Между тем, гуманитарные стратегии противодействия распространению экстремизма, предусматривающие, в частности, раннюю диагностику и коррекцию дефицитов психологической устойчивости к вовлечению в организации экстремистского толка, могли бы существенно сократить психологическую базу экстремизма.

1.4. В последние годы международный и региональный терроризм стал одной из главных тем, обсуждающихся мировым сообществом (Куслий П., 2005). Многие исследователи в качестве основной тенденции отмечают интенсивное изменение терроризма в направлении повышения его общественной опасности. В частности указывается на: 1) беспрецедентные темпы прироста (за последние три десятка лет в мире было совершено более 10 тыс. террористических актов - только широко известных и нашедших отражение в СМИ); 2) возросший уровень организованности (терроризм в истекшем столетии развивался от террористов - одиночек до создания террористических групп, крупных организаций, политических террористических формирований, транснациональных террористических объединений); 3) возросший уровень материально-

технического и финансового обеспечения (используются все средства массового поражения при помощи мировых центров финансирования террористических организаций); 4) беспрецедентные масштабы террористической деятельности (в сферах влияния террористов оказываются города, страны, регионы); 5) утяжеление последствий и числа человеческих жертв (темпы прироста человеческих жертв в среднем на порядок опережают темпы прироста самих террористических актов, с общей тенденцией - от убийства отдельных людей к уничтожению тысяч и десятков тысяч ни в чем не повинных людей); 6) изменение характера и объема целей (от убийства отдельных лиц до свержения легитимных властей, разрушения государств, фактического уничтожения целых народов); 7) расширение социальной базы терроризма (под знамена террористов становятся не только отдельные организации и объединения - политические, националистические и религиозные, а целые слои населения, иногда - обманутые соответствующей пропагандой народы) (Михеев И.Р., 2004). По данным 190 проанализированных источников среди факторов, способствующих распространению терроризма, наиболее часто называют следующие: индивидуально-психологические факторы (унижение, безысходность, неполноценность); организационно-стратегические факторы (терроризм как общая стратегия достижения политических целей); социальные факторы (средовые, экономические, культуральные, этнические, религиозные); идеологические факторы (конфликты доминирующих идеологий и систем ценностей); глобализация (принципиальная достижимость террористических целей и средств для осуществления террористических актов). По основным видам и формам преступной деятельности терроризм подразделяют на: политический, религиозный, националистический, экономический. По территориальному признаку терроризм определяется как международный и внутригосударственный (Михеев И.Р., 2004; Яковенко И.Г., 2003; Данилова Т.Г., 2003; Sluka Jeffrey A., 2000). В базах данных спец.служб различных стран с 1968 по 2004 г.г. собраны сведения о 20389 террористических инцидентах, совершенных по вышеприведенным мотивам. Причем для различных регионов (Европа, Азия, Латинская Америка, Африка) характерны как преобладание определенных типов террористической активности, так и общих уровней такого рода активности (Доклад Российского Фонда Фундаментальных исследований, 2005). Об истинных масштабах вовлечения в населения в непосредственную деятельность террористических организаций судить трудно в силу противоречивости и непроверенности имеющихся данных. Однако несомненным является факт крайне деструктивного воздействия таких организаций на значительную часть населения планеты (Решетников М.М., 2004).

На территории постсоветских республик среди условий, способствующих росту терроризма, называют: 1) глубинные противоречия в экономической сфере и отрицание частью населения новых экономических отношений и способа перехода к ним; 2) растущую социальную дифференциацию граждан, из которых, по данным отдельным социологических исследований, около 30% оказались люмпенизированы, и 40-50% находятся на перепутье; 3) усиление социальных противоречий под влиянием растущей преступности, особенно-организованной, которая сама создает систему защиты от правоохранительных органов и контроля со стороны общества; 4) низкую эффективность работы правоохранительных органов и механизмов правовой защиты населения; 5) борьба за власть политических группировок с использованием всех возможных средств; 6) снижение эффективности функционирования защитных механизмов в сфере нравственности и морали; утрату ориентиров в воспитательной работе, в первую очередь среди молодежи, с нарастанием тенденций к разрешению возникающих противоречий и конфликтов силовым способом (Степанов Е.И., 2000; Главные угрозы национальной безопасности России начала XX века, аналитическая группа АЭБ ЮНИОН, 2002). Последний аспект в приведенном перечне представляет особенный интерес в связи с многочисленными исследованиями, описывающими психологические особенности лиц, вовлекаемых в деятельность террористических организаций. В частности, приводятся сведения о том, что среди лидеров террористических организаций (более 400 персоналий), главных идеологов и вдохновителей соответствующих политических, националистических и религиозных движений не обнаруживается ни безработных, ни бродяг, пришедших к террору в поисках денег и славы. Их можно охарактеризовать как квалифицированных профессионалов при хорошей работе. Только около 30% из них не имели специальной квалификации. Другая тенденция - их средний возраст 25-26 лет, т.е. это, в основном, молодые и достаточно обеспеченные люди. Таким образом, подтверждаются данные о неоднородности иерархических уровней террористических и экстремистских организаций, и их рассложение на лиц, вовлекаемых в первичное звено и «кайданную верхушку» (Хохлов И.И., 2006). Факт вовлечения в террористическую организацию, как правило не связан ни с какой ментальной болезнью. Большинство последователей согласны с тем, что террористы, находящиеся в четком обособлении от общества, являются здравомыслящими и относительно нормальными людьми, т.е. не демонстрируют ярко выраженную психопатологию (Moghadam A., 2005). В то же время не вызывает сомнения тот факт, что в качестве волонтеров или кадровых участников низших звеньев террористических

организаций рекрутируются социально дезадаптированные, малоуспешные люди. Они, как правило, плохо учились в школе и вузе, не смогли сделать карьеру, добиться того же, что и их сверстники. Они обычно страдают от одиночества, у них не складываются отношения с представителями противоположного пола. Такие люди почти всегда и всегда были аутсайдерами, и не чувствовали себя своими ни в одной компании, их постоянно преследуют неудачи. Рядовые члены террористических организаций характеризуются высоким невротизмом и очень высоким уровнем агрессии. Им свойственно стремление к поиску острых ощущений - обычая жизнь им кажется пресной, скучной и, главное, бессмысленной. Им хочется риска и опасности (Берту Э., 2003). Исключительно важным фактором, объясняющим феномен ускоренного вовлечения социальных маргиналов в экстремистско-террористические организации, является механизм «психологических премий», которые «выдаются» террористическими организациями своим сторонникам. Речь идет о том, что эти внутренние неуверенные в себе люди, всеми силами стремящиеся восполнить недостаток неуважения к ним, вступив в могущественную тайную структуру, обретают, наконец, главный приз - ресурсный статус, самоуважение, смысл жизни и освобождение от каких бы то ни было социальных запретов. Появляется чувство избранности, причастности к судьбе. Внутренняя организация и законы функционирования террористических групп в максимальной степени способствуют адаптации вчерашних аутсайдеров. Крайний авторитаризм, беспрекословное подчинение руководителю, полный контроль всех аспектов жизни членов группы сочетается с подчеркнутой гуманностью в отношениях друг к другу, с готовностью помочь, с полным и безусловным принятием каждого. Стратегия действия обсуждается всегда коллективно, каждый имеет возможность ощущать себя соавтором великих планов (Гозман А.Я., Шестопал Е.Б., 1996; Jerrold M. Post, 2005). Нечто вроде упомянутой «психологической премии», перепадает и части социальных маргиналов, прямо не вовлекающихся, но сочувствующих деятельности террористических организаций. Наиболее радикальным и угрожающим обществу результатом формирования положительного отношения к терроризму в данной группе населения является желание человека перенять у террористов методы их борьбы за свои интересы и применить их в одиночку, оправдывая свое поведение ссылкой на террористов. Психологические механизмы такого рода «премирований» исследованы достаточно подробно и включают приемы морального самооправдания, выгодного сравнения, смешения и диффузии ответственности, дегуманизации жертвы, искажения и пренебрежения последствиями. Т.е. происходит резкое ослабление и фактическое размывание зап-

ретительных социальных норм, препятствующих совершению антиобщественных криминальных действий (Ениколов С.Н., Мкртычян А.А., 2008).

В связи со всем сказанным, организация эффективного противодействия терроризму считается приоритетной внешнеполитической и внутриполитической задачей правительства большинства стран мира. При этом основной акцент делается на собственно политические, правовые и силовые меры противодействия распространению терроризма (Резолюция парламента стран - членов ООН, 2003; Международные Конвенции по борьбе с терроризмом, ООН, 2004). Между тем, все больше голосов раздается в пользу необходимости изучения психологии терроризма, привлечения междисциплинарных подходов, включающих знания политики, истории, экономики, идеологии, религии и культуры. Высказывается мнение о необходимости иметь научно-обоснованную концепцию происходящего, чтобы попытаться понять психологические истоки роста насилия, а также определить стратегические направления деятельности, которые позволили бы лишить терроризм его психологической подпитки и социальной базы, из которой он последовательно черпает силы и сторонников (Решетников М.М., 2004). Все чаще признается тот факт, что программы, которые снижают уязвимость к террору и способствуют социальной устойчивости, являются ключевым компонентом антитерроризма. Разработка программ такого рода требует проведения масштабных исследований для понимания того, какие шаги могут иммунизировать общество против террора и способствовать социальной устойчивости (Международный саммит по демократии, терроризму и безопасности, Том 1, 2005). Раскрытие последнего, важнейшего, с нашей точки зрения, тезиса, обозначающего масштабные перспективы использования психотерапевтических технологий по профилю профилактики вовлечения в деструктивные социальные эпидемии, приводятся в нижеследующем фрагменте настоящего раздела.

1.5. Одно из таких комплексных исследований по идентификации психологических свойств, высокий уровень развития которых препятствует вовлечению в химическую и психологическую (религиозные секты, экстремистские, террористические, криминальные организации) зависимости, а низкий - способствует формированию высоких рисков вовлечения по данному профилю, проводилось на территории постсоветского пространства в Республике Казахстан в период 2001-2006 г.г. При этом были получены четкие представления о феномене психологической устойчивости (здравья) в современном, функционально-понятном смысле данного термина, сформулировано следующее развернутое определение данного феномена: под психологической устойчивостью (здравьем) понимается специальная функция психики субъекта, обеспечивающая

высокую толерантность к первичному или повторному вовлечению в психологическую или химическую зависимость, полноценное формирование которой возможно, как за счет эволюционных механизмов индивидуального развития, так и за счет форсированного развития с использованием специальных технологий (психотерапевтических, консультативно-психологических, социально-тренинговых и др.). Феномен индивидуальной устойчивости к агрессивным воздействиям внешней среды обеспечивается комбинацией определенных личностных свойств, гармоничное развитие которых ведет к закономерному снижению рисков вовлечения в химическую (алкоголизм, наркомания) и психологическую (деструктивные и тоталитарные религиозные секты, экстремистские, террористические и криминальные организации) зависимости. В частности, была показана универсальная сущность феномена психологической устойчивости по отношению ко всем типам зависимостей - психологических и химических. А также - продемонстрированы возможности выведения универсальных алгоритмов и технологий эффективной первичной профилактики вовлечения в эпидемии наркотической и психологической зависимости, и реабилитации зависимых лиц (Катков А.Л., 2001; Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2004, 2005; Пак Т.В., 2004; Титова В.В., 2004; Нургазина А.З., 2006). На основании результатов реализации вышеизданной комплексной программы научных исследований была сформулирована общая концепция социальных эпидемий и разработаны перспективы эффективной профилактики их распространения с акцентом на гуманитарные технологии противодействия. В частности, было сформулировано следующее обобщенное определение обсуждаемых деструктивных социальных феноменов: под социальными эпидемиями понимаются кризисные социальные явления, связанные с возрастающим вовлечением населения в зависимость от психоактивных веществ - алкоголя, наркотиков, токсических веществ; в сферу влияния тоталитарных сект, экстремистских, террористических, криминальных организаций, степень деструктивности - биологической, психологической, социальной, экономической и масштабы распространения которых представляют прямую угрозу существующему социальному порядку и потенциалу развития нации. Наиболее существенные характеристики рассматриваемого социального явления следующие: 1) социальные эпидемии обнаруживают тенденции к неконтролируемому распространению; 2) к прямой и косвенной взаимозависимости; 3) прямое деструктивное воздействие социальных эпидемий затрагивает существенную часть общества, вовлекаемого в психологическую, либо химическую зависимость (в общей сложности речь идет о 5-7% населения); косвенное психотравмирующее воздействие, за счет

феномена глобализации и каналов единого информационного пространства, затрагивает общество в целом; 4) традиционные способы противодействия поименованным социальным эпидемиям, выстраиваемые по аналогии борьбы с биологическими эпидемиями, малоэффективны либо неэффективны вовсе. Далее, была разработана метамодель эффективной социальной профилактики, предусматривающая, в частности, форсированное развитие и становление института профессиональной психотерапии. В контексте данной метамодели особое внимание обращалось на востребуемость главных функций профессиональной психотерапии - помогающей и развивающей - в ключевом процессе интенсивного формирования свойств психологического здоровья - устойчивости у лиц с признаками повышенного риска вовлечения в психологическую и химическую зависимости. Кроме того, подчеркивалась значимость инновационной и креативной миссии профессиональной психотерапии по отношению к континууму развивающих социально-гуманитарных технологий - консультативных, тренинговых, образовательных, используемых в данной метамодели (Катков А.Л., 2004, 2007).

## 2. Контекст возрастания агрессивности среды

2.1. В последние десятилетия и годы все чаще сообщается о деструктивном влиянии на общий уклад и качество жизни современного человека такого явления как массовая культура - продукта деятельности СМИ. При этом подчеркивается, что средства массовой информации, фокусируясь на деструктивных событиях - насилии, разрушениях, локальных или глобальных катастрофах, создают ложную, стрессирующую реальность, виртуальный трагический мир, насыщенный опасностью, угрозой, агрессией (Безносюк Е.В., Князева М.Л., 2003). Достаточно «умеренная» книжная информационная цивилизация, доминирующая до середины прошлого века (Бездыдько А.В., 2004), уступила место гораздо более массовым и актуальным способам передачи информации. Картина мира современного человека, в основном, стали формировать кинематограф и телевидение (Хренов Н.А., 2003; Marliege Ph., 1998). Причем содержание телевизионных программ, особенно новостных, рекламных, для которых главный проводник - телевидение, многими исследователями оценивается как агрессивное и деструктивное (Каримова Л.И., 2003; Науменко Т.В., 2003; Дорожкина Р.А., 2004). О прямом негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье населения, информационной продукции (компьютерных игр и др.) на психическое и психологическое здоровье детей и подростков, сообщают Ю.И. Полищук (2003), В.А. Шилов (2004), И.В. Кузина (2004). Сверхинтенсивная вовлеченность представителей восходящего поколения - детей, подростков, молодежи - в деятельность

всемирной информационной сети ИНТЕРНЕТ порождает новый тип своеобразной психологической зависимости (так называемая интернет-зависимость) с очевидными деструктивными последствиями для формирующейся психики (Асмолов А.Г., Цветкова Н.А., Цветков А.В., 2004; Елшанский С.П., 2005; Райхман И.И., 2007; Мухаметзянова М.Р., Менделевич В.Д., 2009).

2.2. Наряду с ускорением темпов технологического прогресса, отмечаемого, практически, повсеместно в связи с распространением такого эпохального явления как глобализация, многими исследователями констатируется сопутствующее нарастание социальных противоречий и, как следствие, повышение агрессивности социальной среды. Выказываются мнения о том, что на деле процесс глобализации обостряет противоречия между экономическими и демократическими детерминантами развития социума. Глобальная экономика фактически лишает многих граждан возможности трудиться и реализовать иные гражданские права (Amin S., 2000). Глобализацию оценивают как экспансию европоцентризма в экономику и политику менее развитых стран (Pieterse J.N., 2000). В данной связи все чаще поднимается тема столкновения цивилизаций (Tiryakian E.A., 2001; Mazligh Br., 2001; Schäfer W., 2001). Цивилизационные «войны» характеризуются различными типами экспансий, разрушающими национальные и культурные уклады народов: экономическими, политическими, идеологическими, гуманитарными (миграция) информационными. К наиболее опасным типам экспансий относят: террористические, экстремистские, криминально-наркотические (Toulmin S., 1999). Отрицательные последствия глобализации и функционирования в режиме открытого или полуоткрытого общества в полной мере коснулись постсоветских государств. Интеграция последних в глобальную систему обернулась резким обострением социальных противоречий вследствие криминального и номенклатурного передела собственности, проявлений экономического монополизма и доминирования рецидивов идеологического тоталитаризма - националистических и этнических идеологий, как средств поддержания порядка в ситуации социально-экономической турбулентности (Орлов А.Б., 2003; Шуленина Н.В., 2003). Ведущими западными аналитиками в числе прочих, называются следующие основные угрозы безопасности личности и гражданского общества в странах СНГ: 1) бедность, социальное расслоение и общий низкий уровень жизни, создающий возможность социальной и культурной деградации; 2) высокий уровень насилия в обществе, связанный с резкими общественными изменениями; 3) высокий уровень преступности, «неестественной» (отравления, травмы и несчастные случаи) и насильственной смерти (The National Security Strategy of the United States of

America, 2002; A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy., 2003). Российские исследователи, в числе основных, называют следующие причины роста социальной напряженности: 1) потеря социальной уверенности в связи с низким уровнем жизни и негарантируемостью социальной помощи в чрезвычайных ситуациях; 2) отсутствие личной безопасности в связи с нарастающей криминализацией общества; 3) дискриминация по половому, национальному (на бытовом уровне) и возрастному признакам; 4) проблема беженцев и мигрантов; 5) возрастающая безработица; 6) потеря стабильности, нарастание количественных изменений в единицу времени в основных экзистенциально важных сферах; 7) гиперстимуляция на информационном уровне, необходимость принятия большого количества жизненно важных решений в сравнительно короткое время. Влияние данных факторов, во-первых, приводит к состоянию эмоционального напряжения, дистресса и распространению в популяции психических нарушений - отклоняющегося поведения, личностных расстройств, нарушения адаптации, посттравматических стрессовых расстройств (Короленко Ц.П., Загоруйко Е.Н., 2002). А во-вторых, формирует особый психологический тип постоянно стрессированного человека, обладающего таким сочетанием качеств как незащищенность перед агрессивным миром и неустойчивость перед воздействием меняющихся факторов среды. С одной стороны у него исчерпан потенциал сочувствия, то есть он totally безразличен к страданиям других. С другой - он тревожен, мнителен, наполнен своими собственными страхами и агрессией. Таким человеком можно легко управлять и манипулировать с использованием тех же стрессоров, которые и формируют данный психологический тип (Безносюк Е.В., Князева М.Л., 2002).

2.3. Такие общеизвестные и общепризнаемые характеристики социального развития, как «цивилизация», «технический прогресс», связанные с достижением социальных целей человечества, как правило антиэкологичны (Bateson G., 1972). Самый сокрушительный удар по естественным экосистемам был нанесен в XX веке. В результате хозяйственной деятельности человека были разрушены или серьезно деформированы такие важнейшие экологические системы планеты, как лесные, тропические, степные, лесо-тундровые (Данилов-Данельян В., Лосев К., Рейф И., 2005). Среди причин, формирующих экологические угрозы и катастрофы, наиболее часто называются: неконтролируемый рост численности населения и сопутствующий неконтролируемый рост потребления; техногенная деятельность человека с невосполнимой амортизацией природных ресурсов; дефицит экологических (рециклирующих, рекультивирующих, безотходных и утилизирующих) технологий; дефицит гло-

бальных экологических и геополитических стратегий; бедность и отсутствие средств на воспроизведение биоресурсов в сельском хозяйстве; дефицит экологического сознания и сопутствующей мотивации у политических и бизнесэлит (обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999; экология и нарушение прав человека, 2002). Некоторыми исследователями в качестве основного фактора, ведущего к глобальной экологической катастрофе, называется «вопиющая экологическая ущербность» современной экономической модели. В данной модели вообще не присутствует адекватный учет экологического ущерба и издержек. Не учитывается или намеренно занижается стоимостная оценка природы, ее глобальных экосистемных функций. Для таких мировых экономических моделей характерна технократическая ориентация, неэффективность и узость рыночных механизмов, экологическое и правовое невежество, милитаризация сознания человеческая жадность, халатность и цинизм (Земцова Л.В., 2002; Шуленина Н.В. 2003). Подчеркивается, что негативные экологические тенденции существенноказываются на социально-экономическом благополучии, политической стабильности целых регионов, увеличивают нищету и обостряют обстановку в странах, находящихся на грани гуманитарной катастрофы. Загрязнение среды ведет к исчезновению биологического разнообразия и ресурса устойчивости, к существенному снижению качества здоровья населения (Шуленина Н.В., 2003). Ведущими западными аналитиками в числе основных угроз безопасности для жителей стран постсоветского пространства называются следующие экологические факторы и их последствия: 1) деградация окружающей среды; 2) технические катастрофы и аварии; 3) один из самых высоких в мире уровней смертности от заболеваний, связанных с экологическими и социальными стрессами (Синдром утомления планеты, 2004).

В настоящее время нет никаких сомнений в том, что существенное повышение степени агрессивности среды – информационной, социальной, экологической – самым негативным образом отразилось на уровнях социального, прежде всего, психического и психологического здоровья населения.

### **3. Контекст возрастающих уровней распространения субклинических и пограничных форм психических и поведенческих расстройств**

3.1. Анализ динамики распространения психических и поведенческих расстройств, в частности - субклинических и пограничных психических расстройств, а также уровней психического и психологического здоровья населения, проведенный за последние десятилетия, показывает наличие следующих тенденций. В большинстве стран мира в последней четверти XX века относительно более тяжелыми (психотическими) расстройствами пси-

хики и поведения страдает 5-7% населения. Пограничные психические расстройства обнаруживаются у 15-23% населения. Таким образом общий уровень распространенности психических и поведенческих расстройств составил от 200 до 300 случаев на 1000 населения. В любое время тот или иной уровень психических и поведенческих расстройств наличествует у 10% населения. Около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от одного или большего числа психических расстройств. Каждая четвертая семья имеет, обычно, хотя бы одного члена, который страдает поведенческим или психическим расстройством. Согласно проведенным экономическим исследованиям, определяющим показатели глобального бремени болезней в единицах DALI, на долю психических расстройств в 1990 г. приходилось 10% от экономических потерь, несомых обществом. В 2000 г. этот показатель равнялся 12,1%. К 2020 году предполагается рост данного показателя до 15% (ВОЗ, 2001). В 15 экономически наиболее развитых странах, при растущей выявляемости психической патологии, в период с 1900 по 1995 г.г. средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических болезней увеличился в 10 раз: с 30,4 до 303,7 на 1000 населения. По отдельным нозологическим профилям динамика данного показателя выглядит следующим образом: психозы - с 7,4 до 28,3 (рост в 3,8 раза); олигофрении - с 0,9 до 27,0 (рост в 30 раз); пограничные расстройства - с 9,6 до 205,3 (рост в 21,4 раза), из них неврозов и других невротических расстройств - с 2,4 до 148,1 (рост в 61,7 раза). Собранный и проанализированный материал более 5 тысяч выборочных эпидемиологических исследований, проведенных в 125 странах за период 1950-1993 г.г., показывает, что за эти годы показатель распространенности психических расстройств вырос почти в 2,5 раза: с 116,7 до 284,0 случаев на 1000 населения. Из них по профилю пограничных психических расстройств - с 69,7 до 230,9, что составляет более 80% объема в общей структуре распространенности психических расстройств. На территории бывшего СССР, по данным выборочных эпидемиологических исследований, проводимых за период 1930-1991 г.г., показатель распространенности всех форм психических и поведенческих расстройств увеличился с 37,3 до 298,4 - в 8 раз (Петраков Б.Д., 1995). Об уровне распространения депрессивных расстройств и реакций свидетельствуют факты того, что ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством. Еще около 20 миллионов совершают суицидальные попытки (данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе»).

Таким образом, ведущей закономерностью в распространении психических и поведенческих

расстройств в последние десятилетия, особенно в последней четверти XX века, является беспрецедентный рост пограничных (непсихотических) форм психических и поведенческих расстройств, возникновение которых напрямую связано с конфликтами, стрессами, неблагополучным семейным и социальным окружением, физическими заболеваниями (ВОЗ, 2001). Между тем, приведенные факты базируются, в основном, на официальной статистике распространенности основных классов психических расстройств. Эпидемиологические исследования, проводимые среди сотрудников крупных промышленных предприятий Российской Федерации, показали, что у 54,3% обнаруживаются психические отклонения пограничного уровня; у 28% - соматизированные психические расстройства (Гиндин В.Я., 1996). По данным комплексного эпидемиологического исследования, проводимого среди населения Республики Казахстан с возрастом 12-55 лет в 2003 г., было выявлено, что распространенность субклинических форм психических и поведенческих расстройств в данной возрастной группе населения составляет 11,24%, что в 5,62 раза превышает официальный статистический показатель аналогичного порядка. При этом наибольшая разница между данными официальной статистики и результатами эпидемиологического исследования прослеживалась по профилю аффективных расстройств - в 85,6 раза; невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств - в 19,3 раза; расстройств личности и поведения - в 17,7. Кроме того было установлено, что уровень распространения отдельных признаков, свидетельствующих о нарушении социальной адаптации среди исследуемой группы населения, составляет 17,5% (Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б., 2006). Но, даже и эти приведенные данные выборочных эпидемиологических исследований не могут в полной мере характеризовать состояние и динамику собственно психического здоровья, оценить качественную сторону данного важнейшего социального феномена. В данной связи в последние десятилетия интенсивно разрабатываются определения категории психического и психологического здоровья, адресованные к каким-либо существенным обстоятельствам, их обеспечивающим, и критериям, по которым можно судить о представленности определенных уровней психического и психологического здоровья среди населения.

Так, в отношении категории психического здоровья чаще всего называется феномен адаптации (Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1993). При этом, в отношение приспособительных реакций человека употребляют термины «адаптация», «социально-психологическая адаптация», «социально-психическая адаптация», «психическая адаптация». В сущности, речь идет об одном и том же феномене,

под которым понимаются процессы и явления, наблюдаемые на уровне нервно-психической деятельности, возникающие в результате активного решения задач, связанных с проблемными ситуациями. В границах феномена психической адаптации различают состояния адаптированности и дезадаптации (Воробьев В.М., 1993), равновесные и неравновесные состояния (Прохоров А.О., 1996). Считается, что высокому уровню психического здоровья соответствуют сравнительно большие адаптивные возможности человека (Сиренко О.И., 1993). Более дифференцированные классификации уровней адаптации, по мнению С.Б. Семичкова (1982, 1987), С.В. Занускалова, Б.С. Плотникова (1991), В.П. Вахова (1997), дают возможность структурирования уровней социального психического здоровья. Так, названными авторами выделяются два вида (субъективная - внутренняя социальная адаптация и внешняя социальная адаптация) и три уровня адаптации (полная социальная адаптация, неполная социальная адаптация, нарушение социальной адаптации). Комбинации видов и уровней адаптации формируют 5 уровней психического здоровья - уровень стабильного психического здоровья, уровень риска, уровень предболезни, дононзологический уровень, уровень болезни. Эпидемиологические исследования, проводимые в Российской Федерации с использованием данной классификации, показали следующее распределение идентифицируемых уровней психического здоровья среди населения: уровень стабильного психического здоровья - 11,3%; уровень риска - 31,6%; уровень предболезни - 34,6%; уровень дононзологический - 6,2%; уровень болезни - 16,3% (Запускалов С.В., Положий Б.С., 1991). Несколько иной принцип определения уровней психического здоровья применялся в ходе комплексного эпидемиологического исследования, проводимого среди населения Республики Казахстан с возрастом 12-55 лет в 2003 году. С помощью специального опросника (Павлодарский многофункциональный опросник - ПМО) по функциональным признакам дифференцировались следующие уровни психического здоровья населения: 1) высокий уровень - не требующий применения каких-либо общих или специальных мер воздействия; 2) средний уровень - имеются отдельные проявления (симптомы) психического дискомфорта, требующие консультации специалиста в области пограничной психиатрии, психотерапии, клинической психологии; 3) низкий уровень - определяются субклинические или клинические проявления психических и поведенческих расстройств, требующих активного терапевтического вмешательства. Ценность данного метода определения уровней психического здоровья заключается в том, что по результатам соответствующих эпидемиологических исследований можно обоснованно прогнози-

ровать потребности населения в психотерапевтической, психиатрической и иных видах помощи. С использованием данного метода были получены следующие результаты: высокий уровень психического здоровья определялся у 28,7%; средний - у 61,4%; низкий - у 9,9% населения (Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б., 2006). Оценивая величину экономического и социального ущерба, привносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья, Всемирный Банк и Гарвардский университет считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья. При том, что этот кризис оказывает влияние на существующую часть населения планеты (Всемирный день психического здоровья, 2000). Проблемы психического здоровья и профилактика психических болезней в XXI веке будут в центре внимания общественности (Rafferty F.T., 1988). Главный вопрос, который сейчас встает перед учеными и практиками всего мира: что такая служба психического здоровья и кем она должна быть представлена (Сарториус Н., 1998). Такой вопрос более чем правомерен в ситуации, когда доминирующие установки психиатрического сообщества и существующая практика оказания психиатрической помощи сводятся к выявлению и лечению тяжелых психически больных (Gellner E., 1987). Между тем совершенно очевидно, что большая часть лиц с субклиническими, пограничными формами психических и поведенческих расстройств, и, тем более, с признаками нарушения адаптации, может и должна получать адекватную психотерапевтическую помощь.

3.2. Термин «психологическое здоровье» стал употребляться с начала 50-х годов прошлого столетия, как следствие неудовлетворенностью традиционными определениями и классификациями, используемыми в сфере психического здоровья. Такого рода определения отражали не полностью или вообще не отражали качественные характеристики психики человека, имеющие непосредственное отношение к вектору социализации (позитивной, негативной) и степени устойчивости к агрессивным влияниям среды (Шапиро-мл. Д., 2003). При отсутствии разработанной методологии и концептуальных критериев, используемых при определении категории психологического здоровья, семантические границы данного термина, приводимые различными авторами, выстраиваются достаточно произвольно. Так, по мнению А. Маслоу (1993) феномен психологического здоровья связан с гармоничной, самоактуализированной личностью. C.R. Rogers (1951) считал, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя основными признаками такой самодостаточности: 1) открытость для собственного опыта; 2) жизнь в соответствие с осознанными экзистенциальными принци-

пами и опытом; 3) доверие своему организму как основе собственных решений и действий. M. Jahoda (1958) выделяет уже шесть таких критериев: 1) позитивная установка по отношению к собственной личности; 2) духовный рост и самореализация; 3) интегрированная личность; 4) автономия и самодостаточность; 5) адекватность восприятия реальности; 6) компетентность в преодолении требований окружающего мира. J. Brandstdter (1982) считал, что в характеристиках психологического здоровья следует учитывать два принципиальных основания: концепция оптимального развития индивида и ценностные суждения, основанные на нормативных представлениях о человеческом бытие. Р. Уайт (2003) под психологическим здоровьем понимал направленное, позитивно - самовознаграждающее поведение, удовлетворяющее потребность в контроле над окружающей средой, для которого характерны компетентность, мотивация, активная способность к действиям. Ю.А. Александровский (1996) в качестве основных характеристик психологического здоровья выделял такие, как наличие глубоких нравственных убеждений, готовность в преодолении жизненных испытаний, наличие умения адекватно использовать собственные психологические ресурсы, личная инициатива, позитивный вектор отношения к жизни, пластичность психических процессов. Если во всех вышеупомянутых определениях лишь в той или иной степени отмечается способность противостоять или проявлять компетентность в совладании с требованиями среды, то по С. Мадди (1998), Д.А. Леонтьеву (2002) понятие «жизнестойкость» является стержнем и наиболее адекватной характеристикой феномена психологического здоровья.

Несмотря на активную разработку проблемы психологического здоровья в конце прошлого и в начале нынешнего столетия, в методологических вопросах по определению уровней психологического здоровья и эпидемиологических вопросах по выявлению особенностей распределения данных уровней среди населения, ситуация, по выражению А. Маслоу, напоминала «партизанские вылазки», прокладывающие дорогу будущим масштабным проектам. Одно из таких масштабных исследований по определению уровней психологического здоровья среди населения Республики Казахстан в возрасте 12-55 лет было проведено в период 2001-2003 гг. (исследовалось, соответственно, случайные выборки – 7851 и 10650 респондентов – жителей РК). При этом, основные методологические задачи были решены следующим образом. Предварительно было определено, что исследоваться будут не какие-либо абстрактные феномены общей компетентности или жизнестойкости, а конкретные психологические свойства, имеющие статистически достоверную и выраженную анта-

гонистическую взаимозависимость с индикативными признаками вовлечения или предрасположения к вовлечению в основные социальные эпидемии (химическая зависимость – алкоголизм, наркомания, токсикомания; психологическая зависимость – игромания, сектантство, криминально-экстремистские сообщества и др.). На первом этапе исследования проводилась идентификация данных психологических свойств, формировалась методология выведения результирующих уровней психологического здоровья. На втором этапе выявлялись показатели интенсивности распределения данных уровней среди охваченной возрастной группы населения РК. Результаты завершающего этапа исследования показали, что высокий уровень психологического здоровья определялся у 4,7%; средний – у 81,4%; низкий – у 13,9% населения РК исследуемой возрастной группы (Катков А.Л., Россинский Ю.А., 2005; Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б., 2006).

Таким образом, проведенный по данному актуальному контексту анализ показывает, что в профессиональной психотерапевтической помощи в каждый момент времени нуждаются: от 10 до 12% населения в связи с имеющимися у них субклиническими и пограничными формами психических расстройств; от 15 до 17% населения в связи с гипертрофированными реакциями психологической адаптации и низким уровнем психологического здоровья.

#### *Литература:*

1. Агишев В. Г., Бондарев Н. В. Социальные и психологические предпосылки вовлечения в нетрадиционные религиозные образования (секты) и причины обращения их последователей за психиатрической помощью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 11-14.
2. Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия и современные проблемы. Ростов-на-Дону, 1996.
3. Алиев Р. Азербайджан: Религия и государство – принципы автономного сосуществования // Выступление на конференции на тему «Роль религии и убеждения в демократическом государстве», 2004.
4. Алтынбеков С. А., Катков А. Л. Медицинские аспекты противодействия наркозависимости в Республике Казахстан. – Павлодар, 2006 – 302 с.
5. Антонян Ю.М., Белокуров Г.И., Беловиков А.Л. Этнорелигиозный терроризм М. Аспект Пресс, 2006-318 с.
6. Асмолов А. Г., Цветкова Н. А., Цветков А. В. Психологическая модель Интернет-зависимости личности // Ж. Мир психологии. – 2004. – № 1. – С. 179-193.
7. Берту Э. К психологии терроризма. – 2003. – [www.russ.ru/politics/20030806-bertou.html](http://www.russ.ru/politics/20030806-bertou.html)
8. Баева Л. В. Экстремизм: природа и формы проявления. – 2008.
9. Байкенов Е. Б. Исследование особенностей мотивационной сферы наркозависимых // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 54-56.
10. Бандура А. Принципы социального обучения / Современная зарубежная социальная психология. Тексты. – МГУ, 1984. – С. 55-61.
11. Бездицко А. В. Системная целостность Человек – Книга как составляющая социально-психологической идентификации индивида в условиях книжной цивилизации // Ж. Мир психологии. – 2004. - № 2. – С. 87-93.
12. Безносюк Е. В., Князева М. Л. Психологический анализ и психопатологические феномены современной культуры // Российский психиатрический журнал. – 2003. - № 5. – С. 4-10.
13. Безносюк Е. В., Князева М. Л. Социально-психологические и патопсихологические феномены современной культуры // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. - 2002. - № 4.
14. Василенко И. В., Катков А. Л. Программы снижения вреда в наркологической практике (клинический, социальный и организационно-экономический аспекты). - Павлодар, 2005. - 225 с.

#### **Выводы**

В связи со всем сказанным, выстраивается, на первый взгляд, убедительная схема развития одного из самых масштабных и опасных цивилизационных феноменов последнего столетия – феномена социальных эпидемий. При очевидном возрастании степени агрессивности среды – информационной, биологической, экологической – констатируется не менее очевидное ослабление или, даже, деградация адаптационных способностей человека и социума. Т.е. речь идет о прогрессирующем разрушении саногенного потенциала мирового сообщества в условиях, когда «старый» механизм регуляции адаптационных функций – механизм естественного отбора, по разным причинам, практически утрачен, а новый механизм – эффективной самоорганизации – еще не достаточно разработан и востребован.

В условиях острого дефицита конструктивных самоорганизующих подходов и процессов, их функции, в смысле удовлетворения запроса на первичный ресурсный статус индивида, выполняют поименованные эпидемии химической и психологической зависимости.

Дело, следовательно, в том, насколько быстро будут найдены и масштабно внедрены технологии эффективной индивидуальной и социальной самоорганизации. И насколько адекватно и энергично к выполнению этой сверхактуальной задачи будут мобилизованы интеллектуальные и организационные ресурсы действующих элит.

- 
- 
15. Вахов В. П. Уточнение понятий психической адаптации и дезадаптации в условиях регулярной активной психопрофилактики // Российский психиатрический журнал, 1997. - № 1. - С. 32-35.
16. ВОЗ Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Общий обзор.
17. Воробьев В. М. Психическая адаптация как проблема медицинской психологии и психиатрии // Обозр. психиатрии и мед. психологи им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 2. - С. 33-39.
18. Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатрический журнал. - М. - № 4, 1998. - С. 83.
19. Всемирный доклад о наркотиках. 2004 / Краткий обзор // ООН. - Т. 1, 2004, 18 с.
20. Гиндикян В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1996. - Т. 96. - № 6. - С. 54-58.
21. Главные угрозы национальной безопасности России начала XX века, аналитическая группа АЭБ ЮНИОН, 2002.
22. Годовой отчет Европейского центра мониторинга по проблемам наркотиков и наркозависимости за 2006 г.
23. Гозман А. Я., Шестopal Е. Б. Психология власти. - 1996.
24. Данилова Т. Г. Политический терроризм как предмет политической науки. Проблема изучения в контексте современности. - 2003.
25. Данилов-Данильян В., Лосев К., Рейф И. Перед главным вызовом цивилизации. - М.: ИНФРА-М, 2005.- 224 с.
26. Данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе».
27. Дворкин А. Л. Воинствующая посредственность (Сайентология в России) // Капкан безграничной свободы. Сборник статей о сайентологии, дианетике и Л. Р. Хаббарде. Под ред. А. Л. Дворкина. - М., Издательство Братства Святителя Тихона, 1996.
28. Доклад Международного Комитета по контролю за наркотиками за 2007 год
29. Доклад Российского Фонда Фундаментальных исследований. Связь терроризма с социальными, политическими, экономическими и международными условиями. Пределы моделирования. - 2005.
30. Дорожкина Р. А. Роль современной журналистики в социальной безопасности общества // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2004. - № 4. - С. 71-79.
31. Езерский В. Справочная информация о secte «Новая жизнь» // Православная газета. - Екатеринбург, 1998. - № 16 (90).
32. Елизаров А. Н., Михайлова А. А. Профилактика вовлечения молодежи в деструктивные религиозные организации // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. - 2003. - № 2. - С. 40-46.
33. Елишанский С. П. Проблема социокультурной детерминации психической патологии: патологическая зависимость от нехимических агентов // Ж. Вопросы наркологии. - 2005. - № 2. - С. 59-62.
34. Ениколов С. Н., Мкртычян А. А. Психологические последствия терроризма // Ж. Вопросы психологии. - 2008. - № 3. - С. 71-80.
35. Запускалов С. В., Плотников Б. С. Новые подходы к динамической оценке психического здоровья // Обозр. психиатрии и мед. психологи им. В.М.Бехтерева, 1991. - № 2. - С. 20-25.
36. Земцова Л. В. Экологические инновации и устойчивое развитие // Проблемы устойчивого развития: иллюзии, реальность, прогноз: Материалы 6-го Всерос. постоянно действующего науч. семинара «Самоорганизация устойчивых целостностей в природе и обществе», Томск, 13-15 нояб. 2002 г. - Томск, 2002.
37. Иоффе Г. Неохаризматическая бизнес-модель наркореабилитации на примере организации «Новая жизнь» // Ж. Наркология. - М., 2009. - № 3 (87). - С. 89-91.
38. Ицкович М. М. Психологический анализ собрания sectы «Новая жизнь» // Православная газета. - Екатеринбург, 1999. - № 10.
39. Каклюгин Н. В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 1 // Ж. Наркология. - М., 2009. - № 3 (87). - С. 92-104.
40. Каклюгин Н. В. Специфические особенности методики освобождения от химической зависимости в современных культовых новообразованиях христианского толка на территории Российской Федерации: ресоциализация или индоктринация? Сообщение 2 // Ж. Наркология. - М., 2009. - № 4 (88). - С. 79-91.
41. Каримова Л. И. Этнокультурные особенности восприятия рекламы // Ж. Вопросы психологии. - 2003. - № 6. - С. 52-55.
42. Катков А. Л. Метамодель социальной психотерапии // Восточно-Европейский институт психоанализа. - СПБ, 2004. - С. 238-248.
-

- 
- 
43. Катков А. Л. Обоснование сквозной модели лечения, реабилитации и профилактики распространения наркозависимости в Республике Казахстан // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2001. – Т. I, № 2. – С. 9-12.
44. Катков А. Л. Основные направления научных исследований по наркологии в Республике Казахстан (2003-2005 г.г.) // Психическое здоровье населения Сибири: региональные проблемы, перспективы и пути решения / Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции (Барнаул, 21-23 мая 2003 г.). – Томск, 2003. – С. 117-119.
45. Катков А. Л. Социальные эпидемии и новые профилактические подходы // Сб. статей и тезисов международной научно-практической конференции «Антинаркотическая политика и медико-социальные последствия потребления наркотиков: новые концепции – новые стратегии». – Павлодар, 2007. – С. 172-235.
46. Катков А. Л., Джарбусынова Б. Б. Психическое здоровье населения Республики Казахстан (по материалам комплексного исследования 2003 года). – Павлодар, 2006. – 409 с.
47. Катков А. Л., Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 287 с.
48. Кондратьев Ф. В., Волков Е. Н. Психиатрические аспекты деятельности тоталитарных сект. – 2001.
49. Короленко Ц. П., Загоруйко Е. Н. Психическое здоровье в современной России // Ж. Наркология. – М., 2002. – № 9. – С. 10-15.
50. Кузина И. В. Средства массовой информации и юношество // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2004. – № 3. – С. 76-81.
51. Кусаинов А. А. Дифференцированные подходы к лечению в программе MCP // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2008. – Т. VIII, № 3. – С. 66-70.
52. Куслий П. Культурные противоречия Запада и Востока и конфликты на их основе. – 2005.
53. Лаврентьев О. В. Подготовка работников пенитенциарной системы по вопросам профилактики ВИЧ // Ж. Вопросы наркологии Казахстана. – Павлодар, 2007. – Т. VII, № 4. – С. 52-54.
54. Максимова М. В. Проблемы использования зарубежного опыта по нейтрализации последствий криминального экстремизма органами внутренних дел // автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата юридических наук. – 2002.
55. Марашиева А. А. Особенности формирования свойств антинаркотической устойчивости у детей младшего школьного возраста // Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2006. – 152 с.
56. Мармор Д. 1978 (цит. по Психотерапевтической энциклопедии под ред. Б.Д.Карвасарского. – Питер, 1999, 743 стр.)
57. Маслоу А. Мотивация и личность. – СПб.: Питер, 2003.
58. Международные Конвенции по борьбе с терроризмом, ООН, 2004.
59. Михеев И. Р. Терроризм: понятие, ответственность, предупреждение. – 2004. – [http://crime.vl.ru/docs/stats/stat\\_62.htm](http://crime.vl.ru/docs/stats/stat_62.htm)
60. Морозова О. Сектантство и закон. – 2004. - <http://www.gazeta.kz/art.asp?aid=48596>
61. Мухаметзянова М. Р., Менделевич В. Д. Сравнительные особенности прогностической деятельности и способности к самоуправлению лиц с наркотической и Интернет-зависимостями // Ж. Психическое здоровье. – М., 2009. – № 4 (35). – С. 31-34.
62. Наматов Н. Религиозный экстремизм в Центральной Азии. – 2004.
63. Науменко Т. В. Психологические методы воздействия на массовую аудиторию // Ж. Вопросы психологии. – 2003. - № 6. – С. 63-71.
64. Нургазина А. З. Особенности групповой психотерапии подростков с повышенным риском вовлечения в зависимость от психоактивных веществ // Дисс. канд. мед. наук. – Алматы, 2006. – 201 с.
65. Нуруллаев А. А., Нуруллаев Ал. А. Религиозно-политический экстремизм // Вестник Российского университета дружбы народов. – Сер.: Политология. – 2003. – № 4. – С. 83-92.
66. Обзор деятельности по охране окружающей среды, 1999.
67. ООН, Отчет по распространению зависимости от наркотиков в Центральной Азии, 2002.
68. Орлов А. Б. Открытое общество: взгляд психолога (открытое письмо Дж. Соросу) // Ж. Вопросы психологии. – 2003. – № 3. – С. 154-158.
69. Пак Т. В. Особенности групповой психотерапии больных наркоманией // Дисс. канд. наук. – Алматы, 2004. – 227 с.
70. Петраков Б. Д. Основные закономерности распространения психических заболеваний в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России (материалы съезда). - М., 1995. - С. 98-99.
71. Погодин Д. А., Зражевская И. А. Проблема дифференциальной диагностики бредовых расстройств у лиц, вовлеченных в религиозные и оккультные организации // Ж. Психотерапия. – 2007. – № 3. – С. 29.
72. Полищук Ю. И. О негативном влиянии средств массовой информации на психическое здоровье // Независимый психиатрический журнал: Вестник НПА. - 2003. - № 1. – С. 62-65.
- 
-

- 
- 
73. Портнова А. А., Серебровская О. В., Тарасов С. В., Цекин В. П. Психопатологические особенности личности, вовлеченной в деструктивный культ (клиническое наблюдение) // Российский психиатрический журнал. – Москва, 2009. – № 1. – С. 38-43.
74. Пронин И. П. Психологические аспекты влияния деструктивных культов на личность // Ж. Вопросы психологии. – 2003. – № 6. – С. 81-93.
75. Пронин И. П. Работа психолога с членами новых религиозных движений // Ж. Вопросы наркологии. – 2004. – № 4. – С. 59-64.
76. Прохоров А. О. Неравновесные психические состояния и их характеристики в учебной и педагогической деятельности // Вопросы психологии, 1996. - № 4. - С. 32-43.
77. Райхман И. И. Психологические особенности игровой активности в Интернете: позитивные и негативные факторы влияния // Ж. Наркология. – М., 2007. – № 11. – С. 42-48.
78. Рассматривая причины терроризма // Международный саммит по демократии, терроризму и безопасности, 8-11 марта 2005 г., Мадрид. – Том 1.
79. Решетников М. М. Терроризм: «активные» и «пассивные» союзники // Восточно-европейский институт психоанализа. – СПБ., 2004. – С. 13-19.
80. Роль парламентов в помощи многосторонним организациям для обеспечения мира и безопасности и для создания Международной Коалиции за Мир // резолюция, принятая единогласно 109 Ассамблей (Женева, 3 октября 2003).
81. Россинский Ю. А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией (региональный, клинико-психологический аспекты) // Дисс. докт. мед. наук. – Павлодар - Томск, 2005. – 533 с.
82. Ростокинский А. В. О классификации экстремистов. – 2007.
83. Сарториус Н. Современные тенденции в развитии психиатрической службы в разных странах мира // Российский психиатрический журнал. - № 4, 1998. – С. 4-7.
84. Семичов С. Б. Концепция предболезни в клинической психиатрии: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Л., 1982, 68 с.
85. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987, 184 с.
86. Сериков А. Л. О проблеме тоталитарных сект // Ж. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – Томск, 2000. – № 1. – С. 59-60.
87. Сидоров П. И. Психический терроризм – нелетальное оружие массового поражения // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 28-34.
88. Сидоров П. И. Тотальные культуры и зависимое поведение // Ж. наркология. – М., 2004. – № 3. – С. 32-35.
89. Синдром утомления планеты. – 2004. – <http://freeway.com.ua/news1327.html>
90. Сиренко О.И., Терентьева А.В., Рожнов А.А., Стекачев К.Д., Лучкова М.Б. Уровень нервно-психического развития детей младшего возраста и возможность их адаптации в организованном коллективе / Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова, 1993. - Т. 93. - № 5. - С. 64-65.
91. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Преодоление эмоционального стресса подростками. Модель исследования // Обозр. психиатр. и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1993. - № 1. - С. 53-60.
92. Степанов Е. И. Современный терроризм: состояние и перспективы. – М.: УРСС, 2000. – 240 с.
93. Ткаченко А. А., Яковлева Е. Ю. Методологические принципы судебно-экспертной оценки степени тяжести вреда здоровью в виде психического расстройства // Российский психиатрический журнал: Вестник НПА. – 2008. – № 4. – С. 15-19.
94. Тобиас М. Л., Лалич Д. Терапевтические проблемы жертв культа // Ж. практик. Психолога. – 2000. – № 1-2. – С. 104-125.
95. Тулупов В. Истоки современного экстремизма и агрессии в молодежной среде. – № 5 (127), 01.03.2006.
96. Уайт Р. Цит. по «Психологическая энциклопедия», 2-ое издание, под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 1093.
97. Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2002. С. 56-65.
98. Ханъжсов К. В. Правовые основы противодействия экстремизму как фактору дестабилизации общественного порядка в Российской Федерации // Эл. научный журнал «Исследовано в России». – <http://zhurnal.ape.relarn.ru/articles/2006/227.pdf>
99. Хассен С. Освобождение от психологического насилия: Деструктивные культуры, контроль сознания, методы помощи. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК; М.: Олма-Пресс, 2001.
100. Хохлов И. И. Глобальный джихад Салафи (Transnational Salafi Jihad): международная террористическая сеть Аль-Каида. – National Security Portal, <http://www.nationalsecurity.ru/library/00016/index.htm>
101. Хренов Н. А. Кинематографическая картина мира как способ институционализации психологического потенциала личности // Ж. Мир психологии. – 2003. - № 4 (36). – С. 231-247.
102. Чуганов Е. Бороться с экстремизмом, но не со свободой слова. – 2006.
-

- 
- 
103. Шапиро-мл. Д. Психологическое здоровье / Психологическая энциклопедия, 2-ое издание под ред. Р.Корсини и А.Ауэрбаха. – Питер, 2003. – С. 674-676
104. Шилова В. А. Современная информационная среда и современные дети: социальная диагностика // Ж. Мир психологии. – 2004. - № 1. – С. 193-200.
105. Шуленина Н. В. Экологическая политика современной России: от императивов к аргументам // Вестник РУДН. - Серия: Политология. - 2003. - № 4.
106. Щиголев И. И. Проявления психических эпидемий в России на последние два столетия // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1995. – № 2. – С. 114-120.
107. Щиголев И. И. Психические эпидемии в России и третье тысячелетие // Ж. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 1994. – № 4. – С. 146-150.
108. Экология и нарушение прав человека, 2002.
109. Яковенко И. Г. Терроризм. – [www.krugosvet.ru/articles/104/1010495/1010495a2.htm](http://www.krugosvet.ru/articles/104/1010495/1010495a2.htm)
110. A Secure Europe in a Better World: European Security Strategy. Paris, The EU Institute for Security Studies, 2003.
111. Amin S. Economic globalism and political universalism: conflicting issues? // J. of World-System Research. – N.Y., 2000. – Vol. VI, N 3. – P. 581-622.
112. Bateson G. Steps toward an ecology of mind. – New York: Ballantine Books, 1972, 331 p.
113. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: New American Library, 1976.
114. Beutler L.E., Machado P.P.P., Neufeldt S.A. Therapist variables / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 229-269.
115. Brandstötter J. Kern und Leitbegriffe psychologischer Prävention // Psychologische Prävention. – Bern: Huber, 1982. – S. 217-307.
116. Garfield S.L. Research on client variables in psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 190-228.
117. Gellner E. Psychiatry and salvation: Discussion paper // J. Roy. Soc. Med. – 1987. – Vol. 80, № 12. - P. 759-761.
118. Grawe K. Research – informed psychotherapy // Psychotherapy Research, 1997. – Vol. 7. – p.p. 1-19
119. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. – New York, 1958 // Basic Books, 321 p.
120. Jerrold M. Post, Addressing the Causes of Terrorism, Volume I The Club de Madrid Series on Democracy and Terrorism, International Summit on Democracy? Terrorism and security, 8-11 March, 2005, Madrid. – <http://english.safe-democracy.org/>
121. Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. Selbstmanagement Therapie, 1991, Berlin: Springer.
122. Lambert M.J., Bergin A.E. The effectiveness of psychotherapy / In A.E.Bergin, S.L.Garfield (Eds) // Handbook of psychotherapy and behavior change. – New York. Wiley, 1994. – p.p. 143-189.
123. Maddi S. Creating Meaning Through Making Decisions // The Human Search for Meaning / ed. by P.T.P. Wong, P. S. Fry. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1998, p. 1-25.
124. Margraf J., Bauman V., Bedeutung W. Schreiben Psychotherapeuten der Erfahrung zu? // Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1986. – Vol. 15. – p.p. 248-253.
125. Marliere Ph. The Rules of the Journalistic Field: Pierre Bourdieu's Contribution to the Sociology of the Media // European Journal of Communication. – L., 1998. – Vol. 13, N 2. – P. 219-234.
126. Mazlish Br. Civilization in a historical and global perspective // Intern. sociology. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 293-300.
127. Moghadam A. The Roots of Suicide Terrorism / A MULTI-CAUSAL APPROACH. Harrington Workshop on the Root Causes of Suicide Terrorism. University of Texas at Austin, May 12-13, 2005.
128. Nietzel M.T., Fisher S.G. Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: A comment on Durlak / Psychological Bulletin, 1981. – Vol. 89. – p.p. 555-565.
129. Orlynsky D.E., Howard K.I. A generic model of progress in psychotherapy / In W.Huber (Ed), Progress in psychotherapy research // Louvain-La Heuve: Presses Universitaires de Louvain, 1987. – p.p. 445-458.
130. Pieterse J. N. Globalization and human integration: we are all migrants // Futures. – N.Y., 2000. – Vol. 32, N 8. – P. 385-398.
131. Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. In search of how people change // American psychologist, 1992. – Vol. 47. – p.p. 1102-1114
132. Rafferty F. T. Resolved: Child. And a adolescent psychiatric practice in the twenty-first century will largely be hospital based // J. Amer. Acad. Child. Adolesc. Psychiatr. - 1988. – Vol. 27, № 6. - P. 815-818.
133. Rogers C.R. Client-centered therapy. – Boston: Houghton Mifflin, 1951.
134. Schöfer W. Global civilization and local cultures // Intern. sociology. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 301-319.
135. Sluka Jeffrey A. (Ed.) (2000). Death Squad: The Anthropology of State Terror. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. ISBN 0-8122-1711-X.
- 
-

- 
- 
136. Stein D.H., Lambert M.J. *On the relationship between therapist experience and psychotherapy out-come* // *Clinical Psychology Review*, 1984. – Vol. 4. – p.p. 127-142.
137. Sue S., Zane N. *The role of culture and cultural techniques in psychotherapy: A critique and reformulation* / *American Psychologist*, 1987. – Vol. 42. – p.p. 37-45.
138. *The National Security Strategy of the United States of America*, 2002 (<http://www.whitehouse.gov/nsc/nss.html>).
139. Tiryakian E. A. *Introduction: The civilization of modernities and the modernity of civilizations* // *Intern. sociology*. – L. etc., 2001. – Vol. 16, N 3. – P. 277-292.
140. Toulmin S. *The ambiguities of globalization*. - // *Futures*. – N.Y. 1999. – Vol. 31. P. 905-912.
141. Wills T.A. *Non-specific factors in helping relationships* / In T.A. Wills (Ed) // *Basic processes in helping relationship*, New York, Academic Press, 1982. – p.p. 381-404.
142. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal inhibition*. - Stamford University Press, 1958.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

А.Л. Катков, К.О. Иманбеков

В рамках программы Streetnet по внедрению новых форм наркологической помощи, инициированной ООН, в Республике Казахстан в продолжении 2008-2010 гг. проводилось исследование эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов.

При этом в качестве конечных показателей эффективности традиционно выступают – длительность и качество ремиссии у зависимых от опиоидов.

Ниже приводятся основные результаты, полученные при исследовании ремиссий у зависимых от опиоидов, проходивших экспериментальную программу МСР.

В таблице 1 представлен продольный анализ количественных показателей ремиссии в исследуемой группе зависимых от опиоидов. Данный анализ демонстрирует общую динамику соотношения синдромов становления ремиссии и возврата к состоянию хронической интоксикации на основных отслеживаемых этапах эксперимента.

Как видно из таблицы 1 полугодовая ремиссия среди пациентов исследуемой группы отмечается в 45,2%. При этом у 14 из 95 пациентов (14,7%) отмечается неустойчивая ремиссия, т.е. отмечались единичные случаи срывов. Годовая ремиссия в исследуемой группе отмечается у 15,23% пациентов. При этом у 5 из 32 (15,6%) пациентов ремиссия была неустойчивой.

Анализ потерь на каждом этапе показывает, что в продолжение 1-го месяца общей программы амбулаторной МСР рецидивы отмечается у 18,1% пациентов, что является основанием для их отчисления из программы. На втором этапе (2 месяца от начала общей программы АМСР) теряется 23,8% пациентов. На третьем (0,5 года после завершения

программы АМСР) - 12,9%. На заключительном этапе (1,0 года после 1 завершения программы АМСР) потери составляют 29,9%. Т.е. максимум потери приходится на второй месяц реализации программы АМСР и второе полугодие после ее завершения. Наш анализ показывает, что оба этих пика связаны с ослаблением самоконтроля и внешнего контроля со стороны заинтересованных родственников, на фоне первичного послабления активной психопатологической симптоматики постабстинентного периода и мнимого благополучия, отмечающегося во втором полугодии после завершения АМСР.

В таблице 2 представлен продольный анализ количественных показателей ремиссии в 1-ой группе сравнения зависимых от опиоидов, проходящих стационарную МСР.

Как видно из таблицы 2 полугодовая ремиссия в 1-ой группе сравнения отмечается в 51,46% случаев. При этом разница с аналогичным показателем в исследуемой группе не перекрывается значениями доверительного интервала. Это же можно сказать и о показателе годовой ремиссии - 15,79% (против 15,43% в исследуемой группе).

В тоже время показатели устойчивости ремиссии (срывов) в исследуемой группе и группе сравнения существенно отличаются. Так, срывы отмечались у 29,5% пациентов достигших полугодовой ремиссии в 1-ой группе сравнения (против аналогичного показателя в 14,7% в исследуемой группе, при соотношении 2,0:1,0 и  $p<0,01$ ). У пациентов, достигших годовой ремиссии в 1-ой группе сравнения срывы - неустойчивая ремиссия - отмечались в 29,6% (против аналогичного показателя в 15,6% в исследуемой группе, при соотношении 1,9:1,0 и  $p<0,01$ ).

Таблица 1

*Динамика показателей ремиссии в исследуемой группе I (n=210)*

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.		2 мес.		0,5 года		1 год		Свыше 1 года
		Среднее значение	Соотношение							
Количество пациентов в ремиссии (абс. цифры)	210			172		122		95		32
% пациентов в ремиссии	100%	81,9%	0,82	<0,01	58%	0,7	<0,01	45,2%	0,78	<0,01
% потерь с нарастанием итогом	0	18,1%	-	<0,01	41,9%	2,31	<0,01	54,8%	1,3	-
% потерь на каждом этапе	0	18,1%	-	<0,01	23,8%	1,31	-	12,9%	0,54	-
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)	29/ 16,9%	-	<0,01	21/ 17,2%	1,01	-	<0,01	14/ 14,7%	0,85	-

Таблица 2

*Динамика показателей ремиссии в группе сравнения I (n=171)*

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.		2 мес.		0,5 года		1 год		Свыше 1 года
		Среднее значение	Соотношение							
Количество пациентов в ремиссии (абс. цифры)	171			156		129		88		27
% пациентов в ремиссии	100%	91,22%	0,91	<0,01	75,43%	0,83	<0,01	51,46%	0,68	<0,01
% потерь с нарастанием итогом	0	8,78%	-	<0,01	24,57%	2,8	<0,01	48,54%	1,97	<0,01
% потерь на каждом этапе	0	8,78%	-	<0,01	15,79%	1,8	-	23,97%	1,52	-
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)	-	-	-	-	-	-	-	26/ 29,5%	<0,01	8/ 29,6%<0,01

Структура показателя потерь на каждом анализируемом этапе в первой группе сравнения существенно отличается от аналогичных показателей в исследуемой группе. Так, на первом анализируемом этапе в первой группе сравнения потери первого месяца составили 8,78% (против 18,1% в исследуемой группе, при соотношении 1,0:2,06 и  $p<0,01$ ). На втором месяце показатель потерь составил 15,79% (против 23,8% в исследуемой группе, при соотношении 1:1,5 и  $p<0,05$ ). На третьем этапе показатель потерь в первой группе сравнения составил 23,97% (против 12,9% в исследуемой группе, соотношении 1,85:1 и  $p<0,01$ ). На четвертом этапе - второго полугодия после завершения программы стационарной MCP - потери составили 35,69% (против 29,9% в исследуемой группе, соотношении 1,2:1,0 и перекрывающих данную разницу значениях доверительных интервалов). Таким образом, в группе сравнения, имеет место нарастающая динамика показателя потерь с достижением максимума во втором полугодии. В то время, как в исследуемой группе отмечается неравновесная динамика со значительным снижением анализируемого показателя в первом полугодии после завершения программы амбулаторной MCP.

В таблице 3 представлен продольный анализ количественных показателей ремиссии во 2-ой группе сравнения зависимых от опиоидов, завершивших курс детоксикации.

Как видно из таблицы 3 полугодовая ремиссия у пациентов 2-ой группы сравнения отмечается в 27,6% случаев (против аналогичного показателя в 45,2% в исследуемой группе, при соотношении 1:1,63 и  $p<0,05$ ). При этом в группе сравнения 2 неустойчивая ремиссия наблюдалась у 39,3% пациентов, находящихся в полугодовой ремиссии. В то время как аналогичный показатель в исследуемой группе составил 14,7% (соотношение 2,67:1,  $p<0,01$ ).

Показатель годовой ремиссии во 2-ой группе сравнения составил 8,1% (против аналогичного показателя в 15,23% в исследуемой группе, при соотношении 1,88:1 и  $p<0,05$ ). В анализируемой группе сравнения показатель неустойчивой годовой ремиссии составил 55,5%, при аналогичном показателе в исследуемой группе - 15,6% (соотношение 3,55:1,  $p<0,05$ ).

Структура показателя потерь на каждом анализируемом этапе во второй группе сравнения существенно отличается от аналогичной динамики исследуемой группы. Для данной группы сравнения максимальные потери приходятся на первый месяц с момента прекращения лечения (курса детоксикации) - 29,86%. В то время, как в исследуемой группе аналогичный показатель в первый анализируемый месяц составил 18,1% (соотношение 1,65:1 при  $p<0,01$ ). На втором анализируемом этапе - 2 месяца от старта - показатель потерь исследуемой группы (23,8%)

Таблица 3

Обозначение индикатора	Старт (0 мес.)	1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год			Свыше 1 года продолжается
		Среднее значение	Соотношение	P										
Количество пациентов в ремиссии (абс. цифры)	221		155			112			61			18		
% пациентов в ремиссии	100%	70,14%	0,7	<0,01	50,7%	0,72	<0,01	27,6%	0,54	<0,01	8,1%	0,29	<0,01	-
% потерь с нарастающим итогом	-	29,86%	-	<0,01	49,3%	1,65	<0,01	72,4%	1,47	<0,05	91,9%	1,27	<0,05	-
% потерь на каждом этапе	-	29,86%	-	<0,01	19,44%	0,65	-	23,1%	1,19	-	19,5%	1,84	-	<0,01
Срывы (абс. и % к показателю ремиссии)	-	42/27,0%	-	<0,01	35/31,25%	1,16	-	24/39,3%	1,26	-	10/55,5%	1,41	-	<0,01

Динамика показателей ремиссии в группе сравнения 2 ( $n=221$ )

насколько превосходил аналогичный показатель 2-ой группы сравнения (19,44%) в соотношении 1,22:1 при  $p<0,05$ . При этом следует обратить внимание на существенно более высокий процент неустойчивых ремиссий во 2-ой группе сравнения (27,0% против 16,9%, при соотношении 1,6:1 и  $p<0,05$  - на первом этапе; 33,25% против 17,2% при соотношении 1,93:1 и  $p<0,05$  - на втором этапе).

На третьем анализируемом этапе показатель потерь во 2-ой группе сравнения существенно превышал аналогичный показатель исследуемой группы (23,1% против 12,9%, при соотношении 1,8:1,  $p<0,05$ ). На четвертом этапе анализируемый показатель был выше в исследуемой группе (19,5% против 29,9%, при соотношении 1:1,53,  $p<0,05$ ). Общим моментом в динамике сравниваемых групп является то обстоятельство, что существенный объем потерь (от 40% до 50%), приходится на первые 2 месяца от момента начала терапии. В то время, как в 1-ой группе сравнения на данный период приходится минимальный (до 25%) объем потерь.

Интерпретация данных, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, заключается в том, что при наличии сопоставимых результатов в отношении достижения полугодовой и годовой ремиссии, стратегии обеспечения этих результатов в программах амбулаторной и стационарной МСР существенно различаются. В экспериментальной программе амбулаторной МСР основной акцент делается на создание саногенного потенциала не только за счет ресурсов пациента, но и за счет конструктивного и экологичного отношения с ЗДЛ, которые, в данном случае, выполняют функции членов реабилитационной бригады в период реализации АМСР и последующее несколько месяцев. В программе стационарной МСР основной акцент

делается на активное формирование свойств психологической устойчивости пациента к повторному вовлечению в наркотическую зависимость. Однако, как показывает практика, достигнутый результат и довольно жесткий ограничительный режим стационарной МСР далеко не всегда воспроизводятся в реальной жизни пациентов. А имеющегося саногенного потенциала оказывается явно недостаточно для формирования устойчивой ремиссии у большей части зависимых от опиоидов.

Факт сравнительно высоких потерь в первые два месяца реализации программы амбулаторной МСР, приближающихся к объему рецидивов после прохождения курсов детоксикации у пациентов 2-ой группы сравнения, интерпретируется нами как наличие достаточно жесткого отбора на предмет соответствия показаний к прохождению АМСР. Наш опыт показывает, что «выдерживают» условия амбулаторного режима пациенты с устойчивой мотивацией на достижение трезвости, при наличии неформального, эффективного контроля со стороны ЗДЛ. Следовательно, перспектива сокращения рецидивов у зависимых от опиоидов на первых этапах АМСР связана с определением четких показаний к участию в данных программах. А также - в соответствующей мотивационной работе с зависимыми от опиоидов на этапе первичной наркологической помощи.

Что же касается динамики количественных показателей ремиссии во 2-ой группе сравнения, то, на наш взгляд, такого рода динамика отражает процесс жесткого отбора пациентов, с опорой лишь на имеющиеся ресурсы психологической устойчивости и исходный уровень мотивации на трезвость, которых явно недостаточно для достижения приемлемого результата.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР И НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

А.Л. Катков, К.О. Иманбеков

В рамках программы Treetnet по внедрению новых форм наркологической помощи, инициированной ООН, в Республике Казахстан в продолжении 2008-2010 г.г. проводилось исследование эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов.

При этом в качестве промежуточных индикаторов эффективности оценивается сравнительная динамика основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и группах сравнения.

Ниже приводятся основные результаты, полученные при исследовании динамики психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов, проходивших экспериментальную программу МСР.

В таблице 1 отражена динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе.

Как видно из таблицы 1, наиболее распространеными на первом и последующих этапах исслед

Таблица 1

*Динамика представленности и выраженности в баллах основных психопатологических синдромов  
в экспериментальной группе (n=210)*

Этапы Синдромы	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год				
	%	Баллы	%	C P	%	C P	%	C P	%	C P	%	C P	%	C P	%		
1. Синдром патологии эко- го влечения к ПАВ	3	29,0%		1,01	3	5,1%	0,18	0,64/ 0,65	3	4,1%	0,76	0,14	0,88/ 0,57	3	5,5%	1,34	
	2	33,3%	91,2	2	50,7%	1,52	2	8,2%	0,16	0,25	-	<0,01	0,57	2	13,7%	1,67	
	1	36,3%		-	1	35,4%	0,97	<0,01	1	46,7%	1,32	1,26	<0,01	1	35,5%	0,76	
2. Постабст- гентный син- дром	3	29,0%		0,9	3	4,5%	0,16	0,39/ 0,35	3	0%	0	<0,05	<0,01	3	-	-	
	2	26,7%	81,8	2	45,0%	1,23	-	32	2	9,8%	0,22	0,27	-	2	-	-	
	1	33,3%		-	1	32,3%	0,97	<0,01	1	22,1%	0,68	0,66	-	1	-	-	
3. Психоби- стиментный синдром	3	-		-	3	-	-	-	3	-	-	-	-	3	-	-	
	2	-		-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	2	-	-	
	1	-		-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	
4. Астениче- ский синдром	3	40,0%		0,92	3	13,6%	0,34	0,44/ 0,4	3	0%	0	<0,01	0,88/ 0,35	3	1,0%	-	
	2	26,7%	79,9	2	50,7%	1,9	-	35,2	2	13,1%	0,26	0,49	<0,01	31,0	2	11,8%	-
	1	20,0%		-	1	15,5%	0,76	<0,01	1	22,1%	1,43	1,1	-	1	17,4%	0,79	
5. Депрессив- ный синдром	3	33,3%		0,9	3	13,6%	0,42	0,78/ 0,7	3	5,1%	0,38	0,15	<0,01	1	1,0%	-	
	2	23,3%	75,3%	2	32,0%	1,37	-	59,0	2	8,2%	0,26	0,35	<0,01	33,2	2	8,0%	-
	1	26,7%		-	1	29,8%	1,11	<0,01	1	45,7%	1,54	1,71	-	1	39,5%	0,86	
6. Дистониче- ский (типола- тический) син- дром	3	9,1%		1,28	3	6,1%	0,67	1,29/ 1,66	3	4,8%	0,79	0,53	<0,01	1	1,12%	1,17	
	2	4,4%	21,1	2	8,8%	2	-	27,3	2	10,3%	1,17	2,34	-	28,8	2	8,1%	-
	1	2,9%		-	1	6,2%	2,14	<0,01	1	12,2%	1,97	4,2	<0,05	1	6,7%	1,37	
7. Психопати- ческий син- дром	3	6,7%		0,47	3	2,1%	0,31	0,54/ 0,26	3	1,2%	0,57	0,18	<0,05	1	0,83	0,15	
	2	3,3%	14,9	2	6,1%	1,85	-	8,1	2	3,0%	0,49	0,9	-	7,8	2	3,0%	1
	1	20,0%		-	1	6,7%	0,34	<0,01	1	3,9%	0,58	-	<0,01	1	3,8%	0,8	

Продолжение таблицы 1

Этапы Синдромы	0 мес.				1 мес.				2 мес.				0,5 года				
	%	баллы	%	C P	%	баллы	C P	%	C <sub>1,2</sub> P <sub>1,2</sub>	баллы	C <sub>1</sub> P <sub>1</sub>	C <sub>2</sub> P <sub>2</sub>	%	C <sub>1,2</sub> P <sub>1,2</sub>	баллы	C <sub>1</sub> P <sub>1</sub>	C <sub>2</sub> P <sub>2</sub>
8. Психопато- подобный синдром	3 23,3%	0,86	3 5,1%	0,22 / <0,01	0,88 / 0,75	3 3,0%	0,59 / - <0,01	0,71 / 0,57	3 3,2%	1,07 / - <0,01	0,14 / 0,94	0,66 / 0,94	0,09 / - <0,01	0,79 / 0,42	3 2,1%	0,66 / 2 5,9%	0,09 / - <0,01
	2 6,7%	37,2	2 26,8%	4 / <0,01	32,8	2 9,2%	0,34 / <0,01	1,37 / - <0,01	23,3	2 6,3%	0,68 / - <0,01	0,94 / - <0,01	18,6	- / - <0,05	- / 1 10,6%	0,78 / 0,78	0,79 / - <0,01
	1 13,3%		1 5,4%	0,41 / <0,05	- / -	1 20,6%	3,81 / <0,01	1,55 / - <0,01	- / - <0,01	1 13,6%	0,66 / - <0,01	1,02 / - <0,01	- / - <0,05	- / 3 2,4%	1 10,6%	0,78 / 0,78	0,79 / - <0,01
9. Психоорга-нический синдром	3 16,6%	0,96	3 6,1%	0,37 / <0,01	0,99 / 0,95	3 4,9%	0,8 / - <0,01	0,9 / 0,86	3 4,5%	0,71 / - <0,01	0,21 / - <0,01	0,86 / 0,75	3 2,4%	0,69 / 2 11,5%	0,14 / 0,89	0,14 / 1,35	
	2 8,5%	30,5	2 15,2%	1,79 / - <0,01	30,2	2 13,0%	0,86 / - <0,01	1,53 / - <0,01	27,4	2 12,9%	0,99 / - <0,01	1,59 / - <0,01	23,8	- / - <0,05	- / 2 11,5%	0,89 / 0,89	0,89 / - <0,05
	1 6,7%		1 8,3%	1,24 / - <0,01	- / -	1 12,3%	1,48 / - <0,01	1,84 / - <0,01	- / -	1 11,0%	0,89 / - <0,01	1,6 / - <0,01	- / - <0,05	- / -	1 9,9%	0,9 / - <0,01	1,48 / - <0,01
10. Висцеропатический синдром	3 23,3%	1,05	3 15,9%	0,68 / - <0,01	0,58 / 0,61	3 4,1%	0,26 / - <0,01	0,18 / 0,17	0,96 / 0,59	3 4,5%	1,1 / - <0,01	0,9 / - <0,01	0,45 / 0,29	3 2,8%	0,62 / 2 2,3%	0,12 / 0,51	0,12 / - <0,01
	2 33,3%	77,2	2 43,6%	1,31 / - <0,01	45,1	2 18,9%	0,43 / - <0,01	0,57 / 0,56	43,7	2 4,5%	0,24 / - <0,01	0,14 / - <0,01	21,8	- / - <0,05	- / 1 16,7%	0,48 / 0,48	0,48 / - <0,01
	1 16,7%		1 19,6%	1,17 / - <0,01	- / -	1 22,1%	1,13 / - <0,01	1,32 / - <0,01	- / - <0,01	1 34,7%	1,57 / - <0,01	2,08 / - <0,01	- / - <0,01	- / 1 16,7%	0,48 / 0,48	0,48 / - <0,01	- / - <0,01

дования являются аффективные синдромы – депрессивный и дистимический. Их соотношение меняется в сторону снижения удельного веса депрессии, увеличения представленности дистимических расстройств и общего уменьшения тяжести проявлений аффективного регистра. Однако, общий объем пациентов с аффективной патологией, даже на заключительном этапе исследования остается наиболее значительным – 38,1% (профиль депрессивных расстройств); - 37,2% (профиль дистимического расстройства) соответственно.

Далее, по уровню распространенности лидирует стержневой синдром наркотической патологии – патологического влечения. Интенсивность представленности синдрома патологического влечения максимальна на 1-ом и 2-ом этапах (90,0% и 91,2%, соответственно), однако на 2-ом этапе существенно меняется соотношение высоких и средних уровней тяжести психопатологических проявлений данного спектра. Обращает внимание стойкость основных проявлений феномена патологического влечения в продолжении 2-го месяца реализации амбулаторной МСР и первых 0,5 года после ее завершения (59,0% и 52,0% при сопоставимых уровнях тяжести). И лишь по завершению одного года синдром патологического влечения констатируется у менее, чем 1/3 пациентов, находящихся в состоянии ремиссии (28,8%).

Достаточно характерной является динамика постабстинентных и псевдоабстинентных проявлений. Основные проявления постабстинентного синдрома значимо снижаются по уровню тяжести в продолжение 1-го месяца амбулаторной МСР, критически снижаются по объему ко 2-ому месяцу АМСР (32% против 81,8% в соотношении 0,39 и Р<0,01). Проявления псевдоабстинентного синдрома зафиксированы у пациентов экспериментальной группы в первое и второе полугодие после завершения АМСР (36,9% и 21,2% соответственно) с тенденцией к уменьшению, но без должных критериев достоверности.

Динамика астенического синдрома на первых двух этапах, в целом, соответствовала уровню и тяжести проявлений постабстинентных расстройств. Однако, астенические проявления неглубокого регистра фиксировались у пациентов экспериментальной группы и на заключительных этапах – 0,5 года и 1-го года после завершения АМСР (31,0% и 14,1% соответственно). Что согласуется с представлениями о необходимости рассмотрения стойкого астенического симптомокомплекса, как проявления негативных расстройств при наркозависимости.

Динамика психопатического синдрома, с критическим снижением представленности данного синдрома в первый месяц реализации АМСР, свидетельствует о том, что пациенты с расстройствами личности (в нашем случае это, в абсолютном большинстве, были расстройства личности возбу-

димого круга) сравнительно редко удерживаются в режиме амбулаторной МСР.

Несколько иной была динамика психопатоподобного синдрома. В продолжение 1-го месяца АМСР основную часть пациентов с относительно тяжелыми проявлениями данного регистра удается перевести в средний уровень. Что, по-видимому, связано с купированием наиболее тяжелых проявлений синдрома патологического влечения. Тем не менее, отсев пациентов с психопатоподобными проявлениями на всех регистрируемых этапах остается стабильно-высоким. О чем свидетельствует соотношение представленности психопатоподобного синдрома на первом и двух последних этапах (соотношение 0,57 при  $P<0,01$  и 0,42 при  $P<0,05$ ).

Динамика представленности психоорганического синдрома показывает, во-первых, стойкость данного симптомокомплекса (т.е. на всех регистрируемых этапах отчетливые проявления психоорганического синдрома фиксировались у существенного объема пациентов экспериментальной группы – от 31,7% на первом и 23,8% – на заключительном этапе исследования). Перераспределение тяжести основных проявлений психоорганического синдрома – в первую очередь, речь идет об интеллектуально-мнестических нарушениях – происходит в продолжение 1-го месяца реализации АМСР. В продолжение последующих этапов такого рода динамика является менее интенсивной и недостоверной.

Что касается висцеропатического синдрома (который, в частности, выражается в болевых и иных неприятных ощущениях в пораженных органах, в результате хронической интоксикации и разнообразной коморбидной патологии), то в его терапевтической динамике отмечаются два пика снижения – в завершение АМСР (соотношение 0,61 при  $P<0,01$ ) и на заключительном этапе через 1 год (соотношение 0,29 при  $P<0,01$ ). Степень тяжести основных проявлений висцеропатического синдрома менялась более равномерно.

Интерпретация результатов, полученных по настоящему фрагменту, заключается в том, что наиболее объемной и представленной на всех этапах исследования является психопатология аффективного (депрессивного и дистимического) регистра. Наиболее вероятными причинами отсева пациентов из экспериментальной программы АМСР в продолжение 1-го месяца являются тяжелые проявления синдрома патологического влечения и расстройства личности возбудимого круга. Высокий уровень депрессивных и дистимических расстройств стимулирует поисковое поведение к достижению эмоционального комфорта на всех последующих этапах становления ремиссии.

Во многом, наиболее тяжелые проявления всех основных анализируемых психопатологических синдромов, связанны с динамикой синдрома пато-

логического влечения. Однако, начиная со 2-го месяца АМСР эта взаимосвязь становится все менее очевидной.

Остаточные уровни астенических, психопатоподобных и интеллектуально-мнестических нарушений (в рамках психоорганического синдрома смешанной этиологии) являются «накапливаемым» негативным психопатологическим потенциалом, существенно затрудняющим адаптацию зависимых от опиоидов на этапах становления ремиссии.

В таблице 2 представлены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и группах сравнения 1 и 2 на втором этапе – 1 месяц после старта АМСР.

Как видно из таблицы 2, синдром патологического влечения менее интенсивно представлен в 1-й группе сравнения через 1 месяц после старта МСР (соотношение 0,71 при  $P<0,01$ ). В тоже время уровень фиксируемых проявлений синдрома патологического влечения в первой группе сравнения – достоверно более тяжелый. Во 2-й группе сравнения, при сопоставимых объемах, фиксируется существенно более тяжелый уровень проявлений синдрома патологического влечения.

Та же тенденция, но с подтвержденными критериями достоверности лишь по 1-й группе сравнения, прослеживается в динамике постабстинентного синдрома.

Астенический синдром через 1 месяц после старта МСР был достоверно менее интенсивно представлен в 1-й группе сравнения (соотношение 0,83 при  $P<0,05$ ), в том числе и по фиксируемым параметрам тяжести основных проявлений. Менее благоприятная, чем в экспериментальной группе, динамика фиксировалась во 2-й группе сравнения, но без требуемых критериев достоверности.

По степени тяжести проявлений депрессивного синдрома в экспериментальной группе прослеживается существенно более благоприятная динамика, чем в 1-й группе сравнения (соотношение максимальных проявлений – 1,68 при  $P<0,05$ , минимальных проявлений – 0,64 при  $P<0,05$ ), и 2-й группе сравнения (соотношение максимальных проявлений – 1,77 при  $P<0,05$ ) при сопоставимых объемах.

Аналогичные закономерности прослеживаются и по основным характеристикам дистимического синдрома, но без критериев достоверности.

Психопатический синдром существенно более интенсивно был представлен в группе сравнения 2 (соотношение 1,82 при  $P<0,05$ ).

То же самое можно сказать и в отношении сравнительной динамики психопатоподобного синдрома – соотношение объемов по экспериментальной группе и 2-й группе сравнения – 1,43 при  $P<0,01$ .

Висцеропатический синдром по объему и степени тяжести основных проявлений был суще-

Таблица 2

*Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=172) и группах сравнения 1 (n=156) и 2 (n=155) на втором этапе – 1 месяц после старта MCP*

Синдромы	Этапы	Исследуемая группа(n=172)		Группа сравнения 1 (n=156)						Группа сравнения 2 (n=155)					
		%	баллы	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	91,2	3	5,1%	68,3	3	10,2%	2	-	<0,05	93,4	3	12,9%	2,52	<0,05	<0,05
		2	50,7%		2	36,1%	0,71	<0,01	<0,01		2	63,6%	1,02	1,25	-
	1	35,4%		1	22,0%		0,62			1	16,9%		0,48	<0,01	
2. Постабстинентный синдром	81,8	3	4,5%	72,1	3	6,9%	1,53	-		3	10,1%		2,24	-	
	2	45,0%		2	29,6%	0,88	0,66	<0,05	<0,01	88,1	2	52,2%	1,07	1,16	-
	1	32,3%		1	35,6%		1,1			1	25,9%		0,8	-	
3. Псевдоабстинентный синдром	-	3	-		3	-	-	-		3	-	-	-	-	
	2	-		2	-	-	-	-		2	-	-	-	-	
	1	-		1	-	-	-	-		1	-	-	-	-	
4. Астенический синдром	79,9	3	13,6%	66,7	3	5,9%	0,43	<0,05	<0,05	86,7	3	17,9%	1,32	-	
	2	50,7%		2	37,3%	0,83	2,74	<0,05	<0,05		2	53,1%	1,08	1,05	-
	1	15,5%		1	24,5%		1,58			1	15,7%		1,01	-	
5. Депрессивный синдром	75,3	3	13,6%	78,4	3	22,8%	1,68	<0,05	<0,05	79,3	3	24,1%	1,77	<0,05	
	2	32,0%		2	36,7%	1,04	1,15	-	-		2	33,7%	1,05	1,1	-
	1	29,6%		1	18,9%		0,64	<0,05	<0,05	1	21,5%		0,73	-	
6. Дистимический (тимопатический) синдром	21,2	3	6,1%	18,6	3	7,7%	1,26	-		3	7,5%		1,23	-	
	2	8,8%		2	6,1%	0,87	0,69	-	-	12,1	2	2,2%	0,57	0,25	<0,01
	1	6,2%		1	4,8%		0,77			1	2,4%		0,39	-	
7. Психопатический синдром	14,9	3	2,1%	18,8	3	4,1%	1,95	-		3	5,7%		2,71	-	
	2	6,1%		2	8,0%	1,26	1,31	-	-	27,2	2	12,9%	1,82	2,11	<0,05
	1	6,7%		1	6,7%		1			1	8,6%		1,28	-	
8. Психопатологический синдром	37,2	3	5,1%	45,2	3	8,2%	1,61	-		3	9,3%		1,82	-	
	2	26,8%		2	22,4%	1,21	0,84	-	<0,01	53,4	2	26,8%	1,43	1	<0,01
	1	5,4%		1	14,6%		2,7			1	17,3%		0,29	<0,01	
9. Психоорганический синдром	30,5	3	6,1%	37,6	3	8,8%	1,44	-		3	8,4%		1,38	-	
	2	15,2%		2	20,3%	1,23	1,34	-	-	35,0	2	18,7%	1,14	1,23	-
	1	8,3%		1	8,5%		1,02			1	7,9%		0,95	-	
10. Висцеропатический синдром	77,2	3	15,9%	88,1	3	22,7%	1,43	-		3	37,1%		2,33	<0,01	
	2	43,6%		2	61,3%	1,14	1,41	-	<0,01	94,1	2	48,7%	1,21	1,12	<0,01
	1	19,6%		1	4,1%		0,21	<0,01	<0,01	1	8,7%		0,44	<0,01	

ственno более интенсивно представлен в первой и второй группах сравнения.

Интерпретация результатов, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, следующая. В условиях стационара основные проявления синдромов патологического влечения, постабстинентного и астенического – купируются более эффективно. В тоже время в условиях стационара лица с относительно более тяжелыми проявлениями указанных синдромов имеют и более высокие шансы на удержание в программе, что объясняет имеющуюся разницу в психопатологической структуре указанных синдромов между экспериментальной группой и 1-ой группой сравнения. Данный вывод подтверждается результатами, полученными во 2-ой группе сравнения, а также – данными, полученными при анализе сравнительной динамики висцеропатического синдрома в исследуемой группе и двух группах сравнения.

Условия амбулаторной MCP способствуют ощущению сглаживанию наиболее тяжелых проявлений депрессивного синдрома. Что, по-видимому, следует объяснить конструктивным влиянием значимых лиц в окружении пациентов экспериментальной группы и отсутствием разрыва с привычными условиями жизни, являющимся дополнительным стрессогенным фактором.

В таблице 3 представлены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и группах сравнения на третьем этапе исследования – через 2 месяца после старта MCP.

Как видно из таблицы 3, на третьем этапе исследования достаточно отчетливо прослеживается те же тенденции к менее объемной, но более интенсивной по степени тяжести представленности синдрома патологического влечения в 1-ой группе сравнения. Однако, необходимые критерии достоверности здесь получены лишь в отношении легких проявлений анализируемого синдрома ( $0,68$  при  $P<0,05$ ).

Во второй группе сравнения показатели по объемам и степени тяжести проявлений синдрома патологического влечения, а также – постабстинентного синдрома – существенно менее благоприятные, чем в экспериментальной группе, с установленными критериями достоверности в отношении последнего параметра.

Существенная разница по объему (соотношение  $1,27$  при  $P<0,05$ ) и тяжести проявлений астенического синдрома на третьем этапе прослеживается лишь в отношении 2-ой группы сравнения.

По прежнему сохраняется тенденция существенно более тяжелых проявлений депрессивного синдрома в двух группах сравнения с установленными критериями достоверности по 5-и из 6-и сравниваемых параметров.

Обращает внимание существенно более высокий объем психопатоподобных проявлений среднен-

го регистра в 1-ой группе сравнения (соотношение  $1,25$  при  $P<0,05$ ).

А также – существенно более значительный объем (соотношение  $1,52$  при  $P<0,01$ ) и уровень представленности висцеропатического синдрома средней степени тяжести (соотношение  $2,26$  при  $P<0,01$ ) в 1-ой группе сравнения, с увеличением интенсивности неблагоприятных показателей по данному параметру во 2-ой группе сравнения.

В таблице 4 приведены сравнительные характеристики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и двух группах сравнения на четвертом исследовательском этапе – через  $0,5$  года после завершения АМСР.

Как видно из данных, приведенных в таблице 4, отчетливые тенденции преобладания объема и степени тяжести депрессивного синдрома имеют место как в 1-ой, так и 2-ой группе сравнения. В то же время необходимые критерии достоверности были установлены лишь по двум позициям представленности максимальной и средней степени тяжести депрессивного синдрома во 2-ой группе сравнения.

Существенно более значительные объемы и средняя степень тяжести висцеропатического синдрома были зафиксированы как в 1-ой, так и во 2-ой группе сравнения.

В таблице 5 приведены сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе и двух группах сравнения на 5-ом исследовательском этапе – через 1 год после завершения амбулаторной MCP.

Как видно из таблицы 5, достоверная разница прослеживается лишь по параметру тяжести депрессивного и висцеропатического синдромов во 2-ой группе сравнения. Что следует объяснить недостаточным количеством пациентом в сравниваемых группах.

Общая интерпретация результатов, полученных по данному разделу, следующая. Анализ структуры основных психопатологических синдромов по параметрам объемов и степени тяжести показывает, что зависимость от опиоидов является достаточно тяжелым и длительно протекающим расстройством, с высокой вероятностью наличия отчетливых психопатологических проявлений и после завершения активного лечения – через  $0,5$  года и 1 год ремиссионного периода. Главные тенденции этого периода – уменьшение общего объема и степени интенсивности основных психопатологических проявлений в общей исследуемой группе.

Наименее «отягощенный» в плане объема (за исключением первых трех синдромов) и степени интенсивности основных психопатологических проявлений, по результатам проведенного исследования, является экспериментальная группа. Что объясняется, прежде всего, высоким отсевом

Таблица 3

*Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=122) и группах сравнения 1 (n=129) и 2 (n=112) на третьем этапе – 2 месяца после старта МСР*

Синдромы	Этапы	Использованная группа (n=122)		Группа сравнения 1 (n=129)						Группа сравнения 2 (n=112)						
		%	баллы	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	%	башы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	
1. Синдром патолого- гического влечения к ПАВ	59,0	2	4,1%	52,1	3	6,1%	1,49	-	-	71,1	2	7,1%	1,73	-	<0,01	
	1	46,7%	8,2%	1	2	13,9%	0,88	1,70	-	<0,05	1	42,7%	1,2	5,2	-	
2. Постабстинент- ный синдром	32,0	3	-	30,6	3	0,0%	-	-	-	42,5	2	8,8%	1,33	0,46	<0,01	
	2	9,8%	2	2	7,1%	0,95	0,72	-	-	1	25,3%	0,04	-	<0,01	<0,01	
3. Псевдоабстинентный синдром	1	22,1%	1	1	23,5%	1,06	-	-	-	3	8,4%	0,38	-	<0,01	-	
	3	-	2	-	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	
4. Астенический синдром	35,2	2	13,1%	30,1	2	10,8%	0,85	0,82	-	44,8	2	19,5%	1,27	1,49	<0,05	
	1	22,1%	1	1	19,3%	0,87	-	-	-	3	12,1%	-	-	-	<0,01	
5. Депрессивный синдром	59,0	3	5,1%	63,7	3	17,7%	3,47	-	<0,01	71,5	2	30,1%	1,21	4,27	-	
	2	8,2%	2	2	20,1%	1,07	2,45	-	<0,05	1	13,2%	0,60	-	<0,01	<0,01	
6. Дистимический (тимонатический) синдром	1	45,7%	1	1	35,9%	0,79	-	-	-	1	19,6%	0,43	-	<0,01	-	
	3	4,8%	3	3	8,1%	1,69	-	-	-	3	6,6%	1,38	-	-	-	
7. Психопатический синдром	27,3	2	103,0%	23,8	2	9,7%	0,87	0,94	-	18,3	2	6,3%	0,67	0,61	-	
	1	12,2%	1	1	6,8%	0,56	-	-	-	1	5,4%	0,44	-	-	-	
8. Психопатоподобный синдром	8,1	2	3,0%	16,2	3	0,8%	0,96	-	-	21,7	2	10,1%	2,68	3,37	<0,01	
	1	3,9%	1	1	10,9%	2,79	-	-	-	1	12,1%	3,1	-	<0,05	-	
9. Психоорганиче- ский синдром	32,8	2	9,2%	41,1	3	6,6%	2,2	-	<0,05	3	7,7%	2,57	-	-	-	
	1	20,6%	1	1	16,2%	1,25	1,99	-	-	44,3	2	14,9%	1,35	1,62	-	-
10. Висцеропатиче- ский синдром	30,2	2	13,0%	34,8	1	4,4%	0,90	-	-	3	7,1%	1,45	-	-	-	
	3	4,9%	1	1	11,3%	1,15	1,47	-	-	31,8	2	12,5%	1,05	0,96	-	-
	3	4,1%	2	3	7,3%	0,92	-	-	-	1	12,2%	0,99	-	-	-	
	45,1	2	18,9%	68,5	2	42,8%	1,52	2,26	<0,01	3	22,6%	5,51	<0,01	2,3	<0,01	<0,01
	1	22,1%	1	1	18,4%	0,84	-	-	-	83,4	2	43,4%	1,84	0,79	-	-

Таблица 4

Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе ( $n=95$ ) и группах сравнения 1 ( $n=88$ ) и 2 ( $n=61$ ) на четвертом этапе – 0,5 года после завершения MCP

Этапы	Используемая группа ( $n=95$ )	Группа сравнения 1 ( $n=88$ )						Группа сравнения 2 ( $n=61$ )								
		%	баллы	%	баллы	$C_1$	$C_2$	$P_1$	$P_2$	%	баллы	$C_1$	$C_2$	$P_1$	$P_2$	
Синдромы																
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	52,0	3	5,5%	48,6	3	2,8%	0,51	-	-	58,2	2	6,4%	1,16	-	-	
		2	13,7%		2	5,3%	0,39	-	-		2	25,6%	1,12	1,87	-	-
		1	35,5%		1	40,5%	1,14	-	-		1	26,5%	0,74	-	-	-
2. Постабстинентный синдром	-	3	-		3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
3. Псевдоабстинентный синдром	36,9	3	27,4%	39,8	3	26,3%	0,96	-	-	42,2	2	12,3%	1,14	0,99	-	-
		2	6,3%		2	10,1%	1,08	1,6	-		2	27,2%	1,14	1,95	-	-
		1	3,2%		1	3,4%	1,06	-	-		1	2,7%	0,99	0,84	-	-
4. Астенический синдром	31,0	3	1,1%	27,3	3	0,0%	0	-	-	36,7	2	6,7%	6,1	-	-	-
		2	11,8%		2	7,2%	0,88	0,61	-		2	8,8%	1,18	0,74	-	-
5. Депрессивный синдром	53,2	3	17,4%	1	20,1%	1,16	-	-	-	1	21,2%	1,22	-	-	-	-
		2	5,7%		3	10,2%	1,79	-	-		3	16,0%	2,8	<0,05	-	-
		1	8,0%		2	18,6%	1,12	2,32	-		2	22,3%	1,28	2,79	-	<0,05
6. Дистимический (тимопатический) синдром	28,8	1	39,5%	1	30,6%	0,77	-	-	-	1	29,9%	0,76	-	-	-	-
		2	8,1%		2	10,1%	0,8	1,25	-		2	3,4%	0,58	0,43	-	-
		1	16,7%		1	7,2%	0,43	-	-		1	8,2%	0,49	-	-	-
7. Психопатический синдром	7,8	3	1,0%	8,1	3	0%	0	-	-	12,1	2	5,5%	1,55	1,83	-	-
		2	3,0%		2	4,4%	1,03	1,33	-		1	3,5%	0,92	-	-	-
		1	3,8%		1	4,7%	1,24	-	-		3	3,1%	3,1	-	-	-
8. Психопатологодобный синдром	23,3	3	3,2%	3	3,1%	0,97	-	-	-	3	6,2%	1,94	-	-	-	-
		2	6,3%		2	10,2%	0,97	1,62	-		2	10,1%	1,12	1,6	-	-
		1	13,6%		1	9,3%	0,68	-	-		1	9,9%	0,73	-	-	-
9. Психоорганический синдром	27,4	3	3,5%	3	4,0%	1,14	-	-	-	3	6,1%	1,74	-	-	-	-
		2	12,9%		2	10,5%	1,04	0,81	-		2	8,2%	0,92	0,64	-	-
		1	11,0%		1	14,2%	1,29	-	-		1	10,9%	0,99	-	-	-
10. Висцеропатический синдром	43,7	3	4,5%	54,2	3	4,1%	0,91	-	-	3	12,4%	2,76	-	-	-	-
		2	4,5%		2	38,0%	1,24	8,4	-		2	22,6%	1,43	5,02	<0,05	<0,01
		1	34,7%		1	12,1%	0,35	<0,01	-		1	27,8	0,8	-	-	-

Таблица 5

*Сравнительные характеристики динамики основных психопатологических синдромов в экспериментальной группе (n=32) и группах сравнения 1 (n=27) и 2 (n=18) на пятом этапе – I год после завершения MCP*

Синдромы	Этапы	Используемая группа (n=32)			Группа сравнения 1 (n=27)			Группа сравнения 2 (n=18)							
		%	баллы	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>	%	баллы	C <sub>1</sub>	C <sub>2</sub>	P <sub>1</sub>	P <sub>2</sub>
1. Синдром патологического влечения к ПАВ	28,8	3	3,6%	27,3	3	0,0%	0,95	0,89	-	33,3	2	5,5%	1,96	-	-
		2	11,1%		2	8,4%			-		2	11,1%	1,16	1	-
		1	15,6%	1	18,9%	1,21			-	1	16,6%	1,11		-	
2. Постабстинентный синдром	-	3	-		3	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
3. Псевдоабстинентный синдром	21,2	3	17,2%	22,5	3	12,1%	0,7		-	33,3	2	16,6%	0,97	-	-
		2	5,0%		2	10,4%	1,06	2,08	-		2	11,1%	0,64	2,22	-
4. Астенический синдром	14,1	3	-		1	-	-	-	-	1	5,5%	-	-	-	-
		2	-	12,8	2	-	0,91	-	-	16,6	2	5,5%	0,85	-	-
5. Депрессивный синдром	38,1	3	5,2%	45,2	3	4,7%	0,9		-	3	-	-	-	-	-
		2	8,1%		2	17,2%	1,19	2,12	-	50,0	2	33,3%	6,4	<0,05	-
		1	24,8%	1	23,3%	0,94			-		2	11,1%	1,31	1,37	-
6. Дистимический (тимопатический) синдром	37,2	3	6,1%	33,3	3	6,6%	1,08		-	33,3	1	5,5%	0,22	-	-
		2	10,3%		2	9,5%	0,89	0,92	-		2	11,1%	0,9	2,72	-
		1	20,8%	1	17,2%	0,83			-		1	5,5%	-	-	-
7. Психопатический синдром	7,4	3	0%	10,3	3	0,0%	0	-	-	3	16,6%	-	-	-	-
		2	7,4%		2	5,1%	1,39	2,43	-	11,1	2	11,1%	1,5	5,29	-
		1	7,4%	1	5,2%	1,27			-	1	-	-	-	-	-
8. Психопатоподобный синдром	18,6	3	3,1%	3	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
		2	6,1%	21,0	2	7,4%	1,13	1,21	-	16,6	2	16,6%	0,9	2,81	-
		1	9,4%	1	13,6%	1,45			-	1	-	-	-	-	-
9. Психосорганический синдром	23,8	3	3,1%	20,4	3	5,7%	1,84		-	16,6	2	5,5%	0,7	3,7	-
		2	9,4%		2	7,4%	0,86	0,79	-		1	11,1%	1,12	-	-
		1	11,3%	1	7,3%	0,64			-		3	11,1%	3,96	-	-
10. Висцеропатический синдром	21,8	3	3,1%	46,2	3	7,8%	2,51		-	50,0	2	33,3%	2,3	14,5	<0,01
		2	3,1%		2	7,4%	2,12	2,39	-		1	5,5%	0,33	-	-
		1	15,6%	1	31,0%	1,86			-						-

---

---

наиболее проблемных пациентов в 1-ый и 2-ой месяцы АМСР.

В тоже время, продольный сравнительный анализ представленности объемов и степеней тяжести депрессивного синдрома, позволяет интерпретировать сравнительно более благоприятную динамику по данному параметру в экспериментальной группе, как следствие использования терапевтических ресурсов окружения пациентов, привлекаемого к реализации экспериментальной программы. Констатация данного факта – один из основных значимых результатов настоящего исследования.

Во-первых, потому что, по результатам наших исследований, аффективный психопатологический регистр является наиболее объемным и сквозным содержанием психических расстройств, представляющих наркотическую зависимость. Во-вторых, есть основания полагать, что наличие депрессивных и дистимических расстройств в фазе становления ремиссии (через 0,5 года и 1 год после завершения активного лечения) является основным стимулом поискового поведения для достижения эмоционального комфорта. Т.е. – основным глубинным механизмом срывов и рецидивов.

## ИНДИКАТОРЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

К.м.н. Т.В. Пак

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан (МЗ РК) от 19 февраля 2008 года № 79 «О Концепции реформирования медицинской науки на 2008 - 2012 годы» проведен аналитический обзор реализуемых задач и используемых индикаторов в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар, далее по тексту Центр) за 2009 год.

Одной из важных задач реформирования науки является совершенствование управления медицинской наукой и внедрение принципов современного менеджмента. Индикаторами выполнения данной задачи в научно-информационном блоке РНПЦ МСПН являются следующие:

- количество конкурентоспособных новых медицинских технологий:
  - а) за 1 полугодие – 16;
  - б) за 2 полугодие – 14,
  - в) всего за 2009 год – 30 технологий;
- количество разработанных новых медицинских технологий за счёт бюджетных средств, разрешенных к использованию уполномоченным органом по контролю в сфере оказания медицинских услуг – 30;
- количество научно-технических программ (НТП), выполняемых в рамках государственного заказа – 1;
- уровень экономической эффективности государственного финансирования равен соотношению объема финансовых средств, выделенных на проведение прикладных научных исследований, к количеству конкурентоспособных новых медицинских технологий, разработанных в рамках бюджетной НТП –  $50\ 000000/30 = 1\ 666666$  тенге;

г. Павлодар

- уровень продуктивности научно-исследовательской деятельности в Центре равен соотношению количества конкурентоспособных новых медицинских технологий к общему числу научных кадров –  $30/23 = 1,30$ .

Развитие научно-медицинской инфраструктуры и модернизация материально-технического обеспечения научной организации позитивно коррелируют с эффективность планирования и проведения научно-прикладных исследований, а также с высокой степенью достоверности получаемых результатов.

Обогащение научно-медицинской инфраструктуры происходит за счет проектов, выполняемых совместно с ведущими научными организациями из ближнего и дальнего зарубежья.

В течение 2009 года научные сотрудники Центра участвовали в реализации шести международных проектов, а также за счет разработки конкурентоспособных инновационных технологий. За отчетный период научные сотрудники РНПЦ МСПН разработали и подали документы в институт интеллектуальной собственности на оформление 4-х республиканских патентов и 1-ого международного патента на изобретения.

Основным ресурсом научного учреждения является высококвалифицированный кадровый потенциал и организация профессиональной подготовки научных кадров.

Количество сертифицированных научных сотрудников РНПЦ МСПН, прошедших обучение и стажировку за рубежом, – 4 специалиста с международными сертификатами. Количество научных сотрудников, обучающихся онлайн за рубежом – 18 человек. Удельный вес сотрудников, имеющих учennую степень, равен  $(7/23)*100 = 30,4\%$ .

Научные результаты исследований, соответствующие выводы и практические рекомендации отражаются в оригинальных научных статьях, аналитических обзорах, а также в докладах на научно-практических конференциях, форумах, конгрессах.

За 2009 год научными сотрудниками Центра было опубликовано 117 статей в научно – практических журналах, в том числе в международных изданиях – 11 статей. Количество разработанных и утвержденных методических рекомендаций равно 17.

Уровень участия научных сотрудников в работе международных научно-практических конференций, совещаний равен соотношению общего числа докладов к общему числу научных кадров \* 100% или  $(15/23)*100 = 65\%$ . Количество организованных и проведенных научных конференций, в том числе с международным участием составляет 3.

Уровень постоянного доступа научных сотрудников Центра в систему Интернет равен соотношению количества компьютеров с постоянным выходом в систему Интернет к общему числу научных кадров или  $35/23 = 1,52$ . Данный показатель является достаточно высоким за счет модернизации материально-технического обеспечения, т.е. приобретения и подключения новых компьютеров к системе Интернет.

Удельная оснащенность оборудованием РНПЦ МСПН соответствует соотношению стоимости оборудования, приобретенного для проведения научных исследований, к общему числу научных кадров или  $40283/23 = 1751,43$  тысячи тенге.

Интеграция науки, профессионального образования с практическим здравоохранением сегодня является актуальной проблемой как для научных организаций, учреждений образования, так и для медицинских организаций практического здравоохранения.

Показатель интеграции РНПЦ МСПН с организациями образования и практического здравоохранения равен 1 за счет созданного кластера, состоящего из профильных научно-образовательных и практических структур. Исходя из этого, удельный

вес научных сотрудников, являющихся членами объединения организации науки и образования с практическим здравоохранением, составляет 100%.

Высококвалифицированные специалисты научного блока привлечены к преподавательской деятельности на кафедре последипломного образования, и удельный вес их участия в образовательном процессе составляет 43,5%.

Специалисты клинического блока РНПЦ МСПН участвуют в разработках научной продукции (научные публикации, патенты, новые медицинские технологии), удельный вес их участия соответствует 16%, а также в аprobациях и внедрениях данных технологий.

Уровень трансфера разработанных в Центре современных медицинских технологий в организации практического здравоохранения РК равен соотношению количества организаций наркологического профиля, в которые осуществлен трансферт, к количеству разработанных в 2009 году медицинских технологий или  $14/30 = 0,47$ .

Новые методики диагностики, лечения и реабилитации внедряются в региональных наркологических диспансерах и включены в разработанные образовательные программы последипломного обучения для профильных специалистов, занимающихся лечением и реабилитацией больных наркоманией (врачи-психиатры, врачи-наркологи, медицинские психологи, психотерапевты, специалисты по социальной работе).

Таким образом, совершенствование управления медицинской наукой, внедрение современного менеджмента, укрепление материально-технической базы в организациях медицинской науки, широкое применение технологий и методов, основанных на принципах доказательной медицины, подготовка высококвалифицированных научных кадров обеспечивает высокие конечные результаты научных исследований, ориентированных на конкретные цели по приоритетным стратегическим направлениям развития отрасли, в том числе развитие наркологической науки в Республике Казахстан.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКОЙ

К.м.н. Т.В. Пак

г. Павлодар

На современном этапе развития медицинской науки актуальной проблемой является совершенствование управления научной деятельностью и внедрение современного менеджмента, согласно Концепции реформирования в организациях медицинской науки. С этой целью в

Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар, РК) осуществляется внедрение системного управления медицинской наукой, основанного на идеологии Всеобщего управления качеством (TQM).

Совершенствование управления медицинской наукой интегрирует принципы развития научно-медицинской инфраструктуры, модернизации материально-технического обеспечения, планирования, организации, финансирования научной деятельности, а также принципы мониторинга, оценки и контроля реализации научно-исследовательских проектов.

*Развитие научно-медицинской инфраструктуры и модернизация материально-технического обеспечения в РНПЦ МСПН*

Научная деятельность РНПЦ МСПН (далее Центра) реализуется согласно утвержденному проекту научно-технической программы (НТП), выполняемой в рамках государственного заказа «Комплексные исследования в сфере разработки и реализации механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан (профилактический, клинический, организационно-методический аспекты) на 2008 - 2010 годы».

Медицинская наука Центра реализуется научными сотрудниками с использованием материально-технического обеспечения пяти научных отделов:

- информации, анализа и менеджмента научных исследований;
- профессиональных стандартов;
- социальной наркологии;
- клинической наркологии;
- научно - экспериментального отдела.

Материально-техническая база, спецификация оснащения Центра (лабораторное оборудование, диагностические и лечебные технологии) соответствуют сервисному и техническому обеспечению комплексной программы научных исследований.

Научные сотрудники, являясь специалистами высокой квалификации в области ментальных дисциплин (психиатрия, наркология, психотерапия, psychology), реализуют научно-исследовательские проекты, систему многоуровневого мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан, администрирование и функционирование программы психолого-педагогической реабилитации и социальной реадаптации, а также техническое сопровождение данных проектов.

Высококвалифицированные научные кадры Центра занимаются лицензионной деятельностью дополнительного профессионального образования на кафедре «Психотерапия, психиатрия - наркология, клиническая и консультативная psychology», реализуя принцип совмещения научных, образовательных и практических медицинских учреждений.

Научными сотрудниками разработаны 11 образовательных стандартов в системе дополнительного профессионального последипломного образования для:

- а) врачей-наркологов;
- б) врачей-психиатров;

- в) врачей-психотерапевтов;
- г) медицинских психологов;
- д) специалистов с высшим немедицинским образованием (психологи, специалисты по социальной работе, социальные педагоги);
- е) специалистов со средним немедицинским образованием (социальные работники, инструкторы по реабилитации).

Издательская деятельность Центра осуществляется издательской группой, выпускающей рецензируемые научно-практические журналы. Публикуемая актуальная информация в области наркологии, психиатрии, психотерапии позволяет создать необходимое информационное поле для профессионалов Республики Казахстан.

Продукция видеостудии используется в образовательных и информационных технологиях (мотивационные, противорецидивные) наркологической помощи, а также в качестве видеопособий обучающего процесса для специалистов данной области.

*Принципы планирования научной деятельности в РНПЦ МСПН*

Планирование научно-технической программы осуществляется с выделением основных задач научной деятельности, согласно научным направлениям и этапам реализации комплексного научного исследования.

Основные задачи научной деятельности:

1) разработка эффективных методов первичной профилактики наркозависимости, широкомасштабное внедрение которых будет способствовать блокированию и редукции данного процесса;

2) разработка широкого ассортимента диагностических услуг, внедрение которых повысит диагностику рисков вовлечения в химическую зависимость детей, подростков и молодежи; диагностику особенностей мотивационной сферы у лиц, зависимых от психоактивных веществ (ПАВ); диагностику уровней реабилитационного потенциала; раннюю диагностику зависимости от ПАВ в целевых группах населения РК;

3) разработка и экспериментальная апробация эффективных методов вторичной профилактики зависимости от ПАВ, повышающих качество и длительность ремиссий;

4) разработка и экспериментальная апробация эффективных методов третичной профилактики наркотической зависимости, реализация которых будет способствовать блокированию распространения ВИЧ/СПИДа среди инъекционных потребителей наркотиков;

5) разработка и масштабное внедрение информационных и организационных технологий, повышающих качество наркологической помощи населению и способствующих межведомственной координации антинаркотических усилий;

6) реализация программы многоуровневого системного мониторинга наркологической ситуации в Республике Казахстан, являющейся действенным контролем над распространением наркозависимости в РК.

Реализация НТП «Комплексные исследования в сфере разработки и реализации механизмов противодействия распространению наркозависимости в Республике Казахстан» осуществляется по следующим направлениям:

- профилактическое;
- клиническое;
- реабилитационное;
- психотерапевтическое;
- организационное направление.

А также направление эпидемиологических исследований и многоуровневого системного мониторинга наркологической ситуации в РК и направление деятельности научно-экспериментального отдела по проблемам психолого-педагогической реабилитации и социальной реадаптации лиц, зависимых от ПАВ. Основные векторы научной деятельности направлены на повышение эффективности профилактики, диагностики, лечения и реабилитации лиц, больных наркоманией, а также на установление действенного контроля над распространением наркомании и сопутствующего ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан.

Этапы реализации НТП:

На *первом этапе* осуществляется сбор предварительной информации по теме каждого исследовательского научного фрагмента. Проводится патентный поиск глубиной до 15 лет. При этом используются ресурсы Республиканской научно - технической базы данных, научной библиотеки РНПЦ МСПН, Интернет - ресурсы.

На *втором этапе* осуществляется сбор основной информации по теме исследовательского фрагмента с регистрацией количественных и качественных параметров в стандартизированной медицинской карте стационарного больного, и второй вариант - «электронная версия» - используется для внесения в компьютерную базу данных. При этом эксплуатируется внешняя (взаимосвязь РНПЦ МСПН с наркологическими учреждениями РК) и внутренняя (взаимосвязь между структурными подразделениями Центра) компьютерные сети, позволяющие обрабатывать и анализировать значительные объемы информации.

На *третьем этапе* осуществляется статистико-математическая обработка исследуемого материала в лаборатории статистико-математического анализа Центра, где находится электронная база данных за все годы работы РНПЦ МСПН. При статистической обработке информации используется оригинальная программа Agstat.exe, входящая в экспертную систему ESAG.

## *Принципы организации научной деятельности в РНПЦ МСПН*

Реализация НТП предусматривает организацию экспериментальной модели социального противодействия распространению социальных «эпидемий»:

- а) ВИЧ/СПИДа в среде инъекционных потребителей наркотиков с целью снижения распространения;
- б) алкогольной зависимости среди подростков и молодежи с целью снижения распространения;
- в) наркотической зависимости среди подростков и молодежи с целью снижения распространения.

Комплексное исследование в рамках научного проекта включает следующие исследовательские участки:

- РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании»;
- наркологические учреждения;
- СПИД сервисные организации;
- учреждения среднего и высшего образования.

Целевые группы комплексного научного исследования:

- 1) население РК;
- 2) целевые выборки;
- 3) отдельные группы населения;
- 4) исследуемые группы, в которые включены лица, зависимые от ПАВ;
- 5) исследуемые группы риска по наркологическому профилю;
- 6) соответствующие контрольные группы.

Численность целевых групп исследуемого контингента определяется в соответствии с дизайном научного исследования. Для экспериментальных исследований размер выборки колеблется от 30 до 250 человек. Для обсервационных и эпидемиологических исследований размер выборки колеблется от 200 до 3000 человек в зависимости от поставленных задач исследования.

## *Организация эпидемиологических исследований и многоуровневого системного мониторинга наркологической ситуации в РК*

Эпидемиологические исследования по выявлению рисков вовлечения в наркоманию среди различных групп населения РК проводятся с целью повышения эффективности профилактики среди групп риска (подростки, молодежь), блокирования и противодействия распространению наркомании.

Проведение эпидемиологических исследований по распространению социальных эпидемий среди различных групп населения РК необходимо спланировать с целью изучения масштабов и темпов вовлечения в социальные эпидемии.

Финансирование медицинской науки РНПЦ МСПН осуществляется по государственному заказу из бюджетных средств, научно-технические программы, финансируемые из внебюджетных источников, отсутствуют. Это является слабым звеном в системе менеджмента Центра. Механизмы внедрения современного менеджмента предусматривают привлечение частных инвестиций для выполнения научно - исследовательских работ, участие бизнеса, в том числе Национальных компаний.

Научно-технический уровень исследовательского проекта Центра включает разработку системы промежуточных индикаторов, оценивающих эффективность комплексных антитабачных мероприятий социального сектора, и конечных индикаторов, определяющих повышение уровня психолого-психиатрического здоровья – антитабачной устойчивости населения.

РНПЦ МСПН совместно с научными организациями в ближнем и дальнем зарубежье выполняет несколько международных проектов по информационно-техническому сотрудничеству, использованию научного и образовательного потенциала:

1. «Эффективная ВИЧ/СПИД Превенция для уязвимых слоев населения в Центральной Азии и Азербайджане» (2007 - 2009 гг.);
2. Совместный проект UNODC и Фонда ОПЕК «Повышение эффективности профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа среди уязвимых групп населения в Центральной Азии и Азербайджане» (2007 - 2010 гг.);
3. Проект UNODC «Treatnet II: Лечение наркозависимости и её последствий для здоровья» (2009 - 2010 гг.).

Группой авторов разработаны современные диагностические технологии профилактики наркомании среди подростков и молодежи, по которым получены в НИИС охранные документы (4 патента) на способ изобретения интеллектуальной собственности и направлены документы на оформление международного патента.

#### *Принципы мониторинга реализации НТП*

В рамках НТП выделены количественные и качественные параметры мониторинга реализации научных исследований. К основным количественным показателям относятся следующие показатели:

- общее количество наркопотребителей и лиц, зависимых от ПАВ, в РК;
- распространенность ВИЧ/СПИДа в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН);
- длительность ремиссии у больных опийной и алкогольной зависимостью;
- распространенность потребления ПАВ среди детей, подростков и молодежи;
- эффективность программ медико-социальной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ;

- масштабы и темпы распространения зависимости от ПАВ среди различных групп населения РК.

К основным качественным параметрам относятся:

- а) критерии МКБ - 10 (1994);
- б) карта стационарного больного;
- в) данные клинического интервью;
- г) электронная версия истории болезни;
- д) компьютерная программа психологической диагностики.

Оценка реализации научных исследований интегрирует критерии качества, своевременности, эффективности и результативности.

Высокое качество выполнения основных фрагментов НТП обеспечивается собственно технологиями доказательной медицины, соответствующим материально-техническим и кадровым обеспечением Центра. Итоговым индикатором качества научных исследований является программа многоуровневого мониторинга, оценивающего эффективность внедренных инновационных технологий в социальном секторе.

Своевременное выполнение программных задач достигается за счёт эффективного менеджмента и планового контроля в формате отчетности за реализацию соответствующих научных фрагментов комплексного проекта.

Собственно эффективность данного научного проекта будет определяться в системе промежуточных и конечных индикаторов, оценивающих этапы реализации научной программы: научные публикации в рецензируемых зарубежных изданиях, завершенные фрагменты докторских диссертаций, патентное внедрение современных технологий.

Опосредованная эффективность (социальная, клиническая, экономическая) научного проекта будет определяться системой оценки внедрений профессиональных стандартов, инновационных технологий.

Основным результатом реализации НТП является отслеживаемая за счет системного многоуровневого мониторинга положительная динамика в системе блокирования и противодействия распространению наркомании в Республике Казахстан.

#### *Оценка эффективности научной деятельности РНПЦ МСПН*

Непосредственные критерии эффективности отражают существенное улучшение в системе промежуточных индикаторов, оценивающих эффективность профилактических антитабачных усилий (первичная, вторичная, третичная профилактика) социального сектора за счет широкомасштабного внедрения разработанных инновационных технологий.

Опосредованные критерии эффективности - это замедление и блокирование социально-опасных

тенденций распространения наркомании в РК. Положительная динамика в системе конечных индикаторов – это повышение уровня психологического здоровья – антинаркотической устойчивости у отдельных групп населения.

Результаты научно-исследовательских работ внедряются в практическое здравоохранение (региональные наркологические диспансеры) с оформлением актов внедрений разработанных методик: 2008 год – 55 актов; 2009 год – 155 актов; за 6 месяцев 2010 года – 20 актов.

Показатели издательской, публикационной деятельности являются критериями эффективности научной работы: 1 монография; 121 научная публикация, в том числе:

- 8 публикаций в рецензируемых зарубежных изданиях;
- 8 методических рекомендаций;
- 11 образовательных стандартов дополнительного медицинского образования;
- 52 тематических доклада по исследовательским фрагментам на научно-практических конференциях, форумах, из них 12 - на международных научно-практических конференциях в ближнем и дальнем зарубежье.

Организованы и проведены несколько научно-практических конференций, в том числе с международным участием, а также совещание координационного совета по наркологическому кластеру, интегрирующему научно-образовательно-практические организации.

В рамках НТП проводятся исследовательские фрагменты по каждому научному направлению, из них 3 диссертационные работы завершены до уровня защиты диссертации с присвоением ученых степеней кандидатов медицинских наук, 2 исследовательских фрагмента выполнены на 90% от общего объема.

#### *Оценка эффективности реализации НТП по отдельным направлениям*

По профилактическому направлению проведено исследование и опубликован итоговый отчет о системе отношений к психоактивным веществам наркотического, токсического действия и алкоголю среди учащихся средних образовательных школ. Апробируется модель социального противодействия наркотической зависимости «Город без наркотиков».

По профилактическому направлению получены заключения на выдачу 4 национальных патентов на изобретение компьютерной программы психологической диагностики рисков вовлечения в наркоманию среди детей и подростков разных возрастных групп.

По клиническому направлению комплексного исследования разработана и апробируется элект-

ронная версия медицинской карты стационарного больного наркологического профиля. Разработаны проекты протоколов и медико - экономических тарифов высокоспециализированной и специализированной медицинской помощи по диагностике и лечению больных наркоманией и алкоголизмом на этапах медико – социальной реабилитации.

По организационному направлению разработаны стандартные требования к организации и управлению качеством современной наркологической помощи. Проведено исследование и подготовлен итоговый отчет с анализом нормативно - правовой базы, регулирующей противодействия распространению наркомании и ВИЧ/СПИДа. Для руководителей и организаторов наркологической службы разработан и проведен цикл тематического усовершенствования «Управление качеством современной наркологической помощи».

Специалистами Центра реализуется многоуровневый системный мониторинг наркологической ситуации, основной целью которого является действенный контроль распространения наркомании, а также адекватность и эффективность противодействующих мер. По результатам мониторинга составлен аналитический отчет за 2008 и 2009 годы, проведена экспресс-оценка ситуации незаконного потребления и распространения наркотиков по городам Алматы, Астана, Шымкент, Павлодар.

По направлению деятельности научно-экспериментального отдела психолого-педагогической реабилитации и социальной реадаптации исследованы особенности мотивационной сферы лиц, зависимых от ПАВ, разработаны технологии и инструментарий психологической диагностики мотивационной сферы данного контингента.

#### *Принципы контроля реализации НТП*

Система контроля реализации научной деятельности в РНПЦ МСПН включает отчетную документацию, которая ведется на уровне научного сотрудника, научного отдела, научно-информационного блока.

Оформляются промежуточные (1 раз в квартал, полугодие и год) и итоговые (по завершению НТП) отчеты по реализации плана научно-технической программы, а также соответствуя плановых и фактических затрат на проведение научных исследований.

Отчеты о внедрении результатов научно-исследовательской деятельности в практическое здравоохранение проводятся ежегодно, ежеквартально с указанием наименования объекта патентования (изобретения, полезной модели), номера документа, удостоверяющего внедрение.

Система контроля качества научной деятельности в РНПЦ МСПН включает следующие основные принципы:

- внедрение современного менеджмента;

- развитие научно-медицинской инфраструктуры и модернизация материально-технического обеспечения;
- наличие интеграции науки, профессионального образования с практическим здравоохранением, т.е. наличие кластера по наркологическому профилю;
- количество полученных охранных документов (патентов и предпатентов), разработанных в Центре, в том числе международных;
- количество новых медицинских технологий, внедренных в практическое здравоохранение;
- подготовка и обучение, в том числе зарубежное, высококвалифицированных кадров;
- наличие и количество научных публикаций, в том числе в международных рецензируемых изданиях ближнего и дальнего зарубежья;
- разработка методических писем и методических рекомендаций;
- участие с докладами (апробации) на международных научно-практических конференциях, форумах в ближнем и дальнем зарубежье;
- количество совместных проектов, выполняемых с научными организациями ближнего и дальнего зарубежья.

Отдел информации, анализа и менеджмента проводит мониторинг, анализ и контроль проведения научных исследований, а также мониторинг эффективности внедренных инновационных технологий профилактики, диагностики, реабилитации и психотерапии.

Отчеты о фактических результатах научных исследований и проведенной работе докладываются на заседаниях Ученого совета Центра.

#### *Статистическая обработка результатов научных исследований*

Статистико-математический анализ проводится в статистической лаборатории Центра. При обработке полученных результатов исследований используется оригинальная статистическая программа Agstat.exe, входящая в экспертную систему ESAG. Данная программа позволяет вычислять средние коэффициенты корреляции, множественные корреляции, линейную и нелинейную регрессии. Статистическое сравнение исследуемых групп проводится по методике Стентон Гланц (медицинско-биологическая статистика). В качестве основных показателей кросс-секционного исследования выбраны параметры относительного риска (relative risk – RR) и соотношение шансов (odds ratio – OR). В отношении спутывающих переменных (confounding factors) проводится процедура Мантела - Ханзела (А. Альбом, С. Норелл). Статистическая достоверность сравниваемых величин (P) достигается с помощью параметрического t - критерия Стьюдента

и непараметрического W-критерия Уилкоксона, U-критерия Манна-Уитни.

#### *Принципы надлежащей клинической практики (GCP) и доказательной медицины*

Приверженность надлежащей клинической практике (GCP) и доказательной медицине обеспечивается соблюдением принципов Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации по этическим принципам проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов.

Соблюдение принципов надлежащей клинической практики (GCP) и доказательной медицины при проведении научных исследований осуществляется Экспертным советом и Этическим комитетом РНПЦ МСПН.

Экспертный совет по доказательной медицине проводит предварительную, текущую и заключительную экспертизы по соблюдению принципов доказательной медицины в отношении каждого из выполняемых исследовательских фрагментов.

Этический комитет проводит предварительную, текущую и заключительную экспертизы по выполнению всего объема этических требований.

Положительные заключения Экспертного совета и Этического комитета по каждому отдельному фрагменту НТП являются основаниями для продолжения научных исследований.

Нормативную базу для работы Этического комитета и проведения исследований составляют:

1. Государственный стандарт РК «Надлежащая клиническая практика» (СТРК 1616-2006), утвержденный и введенный в действие приказом Комитета по техническому регулированию и метрологии Министерства индустрии и торговли Республики Казахстан № 557 от 29 декабря 2006 года;
2. Приказ МЗ РК «Об утверждении правил проведения доклинических исследований, медико-биологических экспериментов и клинических испытаний в Республике Казахстан» № 442 от 25 июля 2007 года;
3. «Руководство по этике научных исследований» (методические рекомендации), 2007 г.

Таким образом, совершенствование управления медицинской наукой в РНПЦ МСПН охватывает процесс от качества научных исследований до внедрения результатов научной деятельности в практическое здравоохранение.

Медицинская наука Центра направлена на реальные конечные результаты - разработку новых эффективных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики наркологических заболеваний. Тем не менее, существуют слабые звенья в системе управления: отсутствие эффективных стимулов для привлечения молодых научных кадров; создание современной инфраструктуры для

---

---

проведения конкурентоспособных научных исследований на основе международных стандартов; привлечение частных средств, сотрудничество государства и частного бизнеса (государственно-частное партнерство).

Предстоящие перспективы РНПЦ МСПН – это дальнейшее повышение качества научных иссле-

дований на основе совершенствования механизмов организации, управления и финансирования науки; изыскание эффективных стимулов для привлечения и подготовки высококвалифицированных научных кадров; дальнейшая интеграция науки, профессионального образования и практического здравоохранения.

# **ПСИХОТЕРАПИЯ**

## **К ВОПРОСУ О РОЛИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

С.В. Скляр, К.З. Садуакасова

г. Алматы

### **Введение**

По данным различных авторов (Martens L., Addington J., 2001) внутрисемейные факторы могут оказывать, как негативное влияние на течение шизофрении и социальную адаптацию больных при неправильном восприятии болезни и больного родственниками, что способствует очередному рецидиву, так и оказывать санирующее влияние путём формирования социальной поддержки, т.е. формы помощи в преодолении (копинге) в ответ на требования, предъявляемые окружением индивидууму, что положительно оказывается на адаптации пациента [1]. На роль патологизирующего воспитания в создании условий для хронической фрустрации ребенка и искачении его личностного и физического роста, приводящего в отдельных случаях к формированию либо нервно-психических, либо психосоматических расстройств, обращено внимание в работах Эйдемиллера Э.Г. и Юстицкиса В.В. [2]. О ведущей роли в лечении психических расстройств у детей и оздоровление травмирующей его микросоциальной среды посредством семейной психотерапии указывали отечественные авторы Кудьярова Г.М. и Зальцман Г.И. [3]. Одним из основополагающих внутрисемейных факторов является семейное воспитание, которое и было предметом нашего исследования.

### **Цель нашего исследования**

Сопоставление и выявление возможных взаимосвязей в восприятии стиля семейного воспитания у подростков, больных психотическими расстройствами шизофренического спектра и их родителей для выделения психотерапевтических мишеней при проведении семейной психотерапии.

### **Материал и методы исследования**

Нами было обследовано 50 человек. От всех было получено информированное согласие на проведение данного вида исследования. По нозологическим формам обследованные подростки (средний возраст составляет 16 лет), распределились следующим образом:

- шизофрения (код по МКБ-10 - F 20) – 7 подростков (35%);
- шизотипическое расстройство (F -21) – 4 подростка (20%);

- шизоаффективное расстройство (F- 25) – 9 подростков (45%).

Среди 20 пациентов 10 человек (50%) – это сыновья и 10 человек (50%) являются дочерьми. Из 20 семей, участвовавших в исследовании, дали согласие 20 матерей и 10 отцов. Средний возраст отцов и матерей на момент исследования соответственно составил – 45,1 и 44,5 года. Средний возраст родителей при рождении ребенка в семье составил 28 лет. Из обследованных семей: 11 (55%) – это полные семьи, 9 (45%) – неполные семьи («мать-сын» - 5 семей, «мать-дочь» - 4 семьи).

Обследование и проведение психотерапии с родителями начиналось с момента поступления подростков в отделение. Обследование и психотерапия с пациентами проводилась только с момента редукции психотических расстройств, то есть начала ремиссии или снижения остроты очередного обострения и возможности контакта с подростками.

### **Описание методики**

Для обследования подростков были использованы следующие апробированные методики.

Подростковый вариант опросника для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (ACB), разработанный В. Юстицкисом и модифицированный Э.Г. Эйдемиллером (1990, 2000), предназначенный для выявления различных видов патологизирующего семейного воспитания, общим для которых является эмоциональное отвержение различной степени и вида. Опросник состоит из 130 утверждений. В него заложены 20 шкал. Первые 11 шкал позволяют диагностировать основные стили семейного воспитания; 12, 13, 17, 18-я шкалы отражают нарушения в структурно-ролевом аспекте жизнедеятельности семьи; с 14 по 15 шкалы демонстрируют особенности функционирования системы взаимных влияний; 16, 19, 20-я шкалы – работа механизмов семейной интеграции [4].

Для подростков использовался опросник «Родителей оценивают дети» (РОД). Данная методика представляет собой модификацию опросника ACB, которая была выполнена И.А. Фурмановым и А.А. Аладыным (Фурманов И.А., Аладин А.А., Фурманова Н.В., 1999). Данный опросник РОД предназначен для изучения представлений подростка о стиле семейного воспитания. На основании полученных данных можно предположить то, в чем

состоят причины возникших в настоящий момент в семье проблем. Кроме того, знакомство с результатами ответов своих детей часто усиливает мотивацию родителей к изменениям в семейных отношениях, вызывает желание понять ребенка. Опросник РОД содержит 120 утверждений, которые позволяют получить информацию по 18 шкалам. Названия и обозначения шкал в целях удобства сопоставления с методикой АСВ сохранены. В данной методике отсутствуют две последние шкалы опросника АСВ [4].

Для обследования личностных особенностей подростков был использован «Модифицированный опросник для идентификации типов акцентуаций характера у подростков» (Личко А.Е., 1999), который включает 143 утверждения, составляющих 10 диагностических и одну контрольную шкалу (шкалу лжи). В каждой шкале по 13 утверждений. Утверждения в тексте вопросника предъявляются в случайном порядке.

## Результаты исследования

По данным результатов опросника АСВ диагностического значения достигают только матери по

шкале «Минимальность санкций» - (С-). Согласно интерпретации такие родители склонны обходиться без наказаний или применять их крайне редко. Они уповают на поощрения, сомневаются в результативности любых наказаний. У отцов превышения и совпадения с диагностическими значениями не выявлены. При этом, несмотря на низкое значение (не достигающего патологии), в 12 из 20 шкал ( $\Gamma_-$ ,  $У_+$ ,  $T_+$ ,  $3_+$ ,  $3_-$ ,  $C_+$ ,  $H$ ,  $РРЧ$ ,  $ПДК$ ,  $ВН$ ,  $ФУ$ ,  $НРЧ$ ,  $ПНК$ ,  $ВК$ ,  $ПЖК$ ,  $ПМК$ ) значения идентичны у обоих родителей. В остальных 8 шкалах ( $\Gamma_+$ ,  $У_-$ ,  $T_-$ ,  $C_-$ ,  $РРЧ$ ,  $ФУ$ ,  $ПНК$ ,  $ПЖК$ ) криевые средних значений обоих родителей не разнятся более чем на 1 балл, что возможно указывает на общие тенденции в стиле воспитания (рисунок 1). У матерей отмечается близость к диагностическим значениям в разницу 1 балл по следующим шкалам –  $\Gamma_+$ ,  $T_-$ ,  $3_+$ ,  $3_-$ ,  $ПЖК$ , а у отцов –  $3_+$ ,  $3_-$ ,  $ФУ$ .

При изучении полученных данных по опроснику РОД выявлено следующее. У подростков обоих полов результаты превышают или достигают диагностическое значение по шкалам  $\Gamma_+$ ,  $У_+$ ,  $3_-$ , и у дочерей дополнительно шкала С- (рисунок 2). Это может соответствовать стилю воспитания по типу «Потворствующая гиперпротекция».

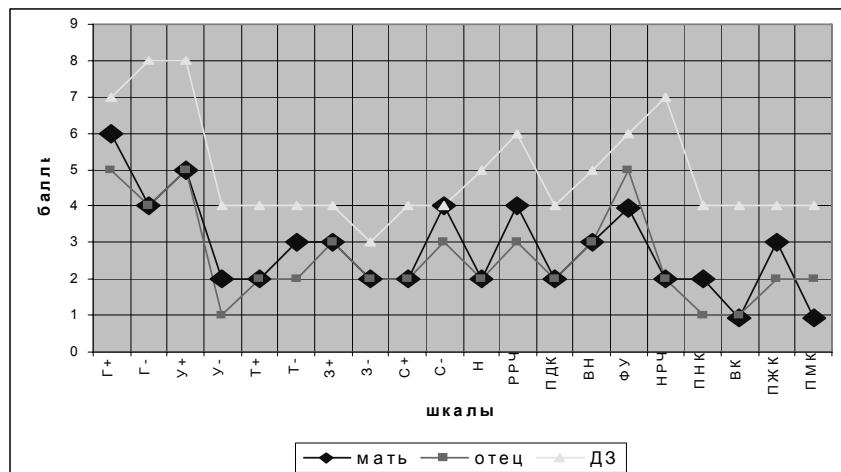


Рисунок 1. Результаты АСВ родителей (средние значения)

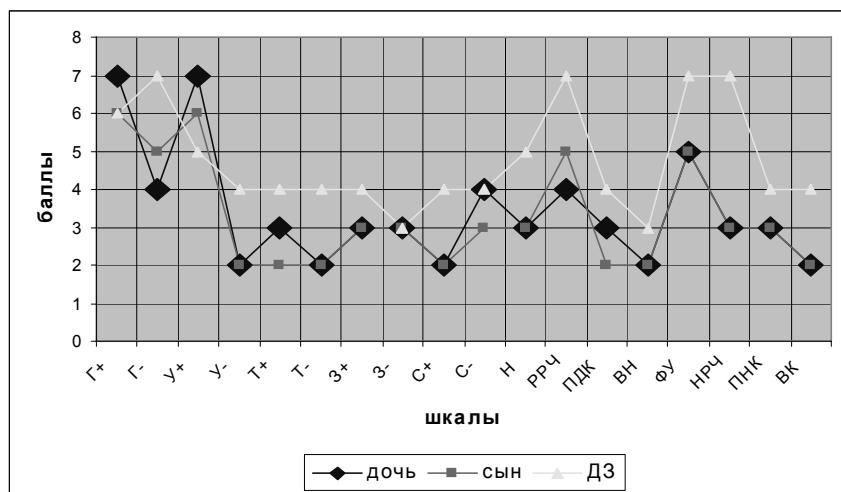


Рисунок 2. Результаты РОД подростков (средние значения)

При данном стиле воспитания подросток находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных (истероидных по А.Е. Личко) и гипертимных черт характера у ребенка.

Данные РОД соотносятся результатами значений модифицированного опросника для идентификации типов акцентуаций характера, где у девочек-подростков диагностирован смешанный лабильно-демонстративный (лабильно-истероидный по А.Е. Личко) тип. У подростков мальчиков по средним значениям шкал акцентуации не выявлено, но при этом имеется тенденция к близости значений, ха-

рактерных для смешанного демонстративно-неустойчивого (истероидно-неустойчивого по А.Е. Личко) типа акцентуации (рисунок 3).

При сопоставлении усредненного профиля родителей по данным АСВ можно отметить близость к диагностическим значениям по шкалам – Г+, Т-, З+, З-, С-, ФУ, что так же соответствует стилю воспитания по типу «Потворствующей гиперпротекции» и «Доминирующей гиперпротекции», где подросток также находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, но в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты (рисунок 4).

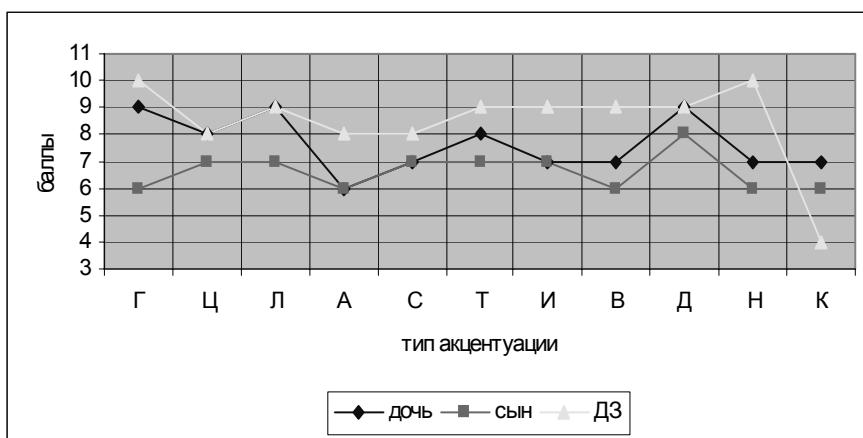


Рисунок 3. Результаты МПДО подростков (средние значения)

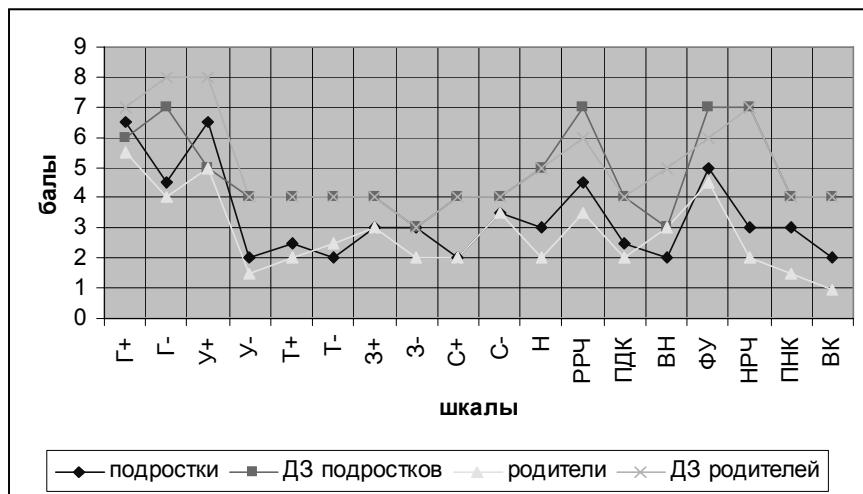


Рисунок 4. Усредненные профили АСВ родителей и РОД подростков

### Заключение

Данные АСВ, РОД, МПДО подтверждают влияние патологизирующего воспитание на формирование акцентуированных личностных особенностей у подростков с заболеваниями шизофренического спектра. Учитывая высокую вероятность ус-

тановочного отношения к тестированию со стороны родителей, а так же сопоставление вышеописанных результатов РОД и МПДО, можно предположить о заниженных значениях результатов при ответах родителей, что обсуждалось с ними при проведении семейной психотерапии. Изменение стиля патологизирующего семинарского воспитания

---

---

являлось одной из терапевтических мишеней в работе с семьями. При осознанном уменьшении фрустрирующих компонентов воспитания со стороны

родителей, улучшался семейный микроклимат, что приводило к снижению вероятности обострения заболевания у подростков.

**Литература:**

1. Солоненко А.В. Клинико-психологические аспекты межличностных отношений в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом и эффективность семейной психотерапии в повышении уровня социального функционирования пациентов: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук / ГУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева Росздрава. – СПб., – М., 2009. – 44 с., С. 3.
2. Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. - СПб: Питер, 2005. - 1120 с. (Серия «Национальная медицинская библиотека»), С. 118-129, 164-174, 714-792, 905-974, 1120.
3. Кудьярова Г.М., Зальцман Г.И. Психиатрия для семейных врачей: Учебник для студентов вузов. - Алматы: Медицина баспасы, 2000. – 224 с., С. 178.
4. Олиферович Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т.Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с., С. 219-243.

## ПСИХИАТРИЯ

### ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Л.Е. Базарбаева

г. Алматы

По мнению ряда ученых, шизофрения – это хроническое заболевание, характеризующееся утратой единства психических функций с разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, с формальной сохранностью интеллектуальных функций. Шизофрения является одним из распространенных психических расстройств [1]. Установление диагноза шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы, как показано в многочисленных исследованиях сотрудников ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, является сложным и крайне ответственным [2-4]. Современное определение механизма совершения деликта во многом определяет вынесение экспертного заключения, это позволяет решать социальный прогноз, адаптацию больных, опосредованно влияет на возможность совершения общественно-опасных действий (далее ООД).

**Материалы и методы:** объектом исследования явились 510 больных шизофренией, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу (ССПЭ) в г. Алматы в период 1998-2007 гг.

**Методы исследования:** в работе использованы клинико-эпидемиологический и социометрический методы.

**Результаты и обсуждение:** Все 510 больных шизофренией были распределены на две группы. С однократными ООД было 340 больных (66,7%) и с повторными ООД - 170 больных (33,3%). Лица, совершившие ООД, прошедшие ССПЭ и признанные лицами, страдающими шизофренией, по типам течения заболевания были распределены следующим образом: непрерывно-текущая шизофрения составляла 47,1% (240 человек). Причём, большая часть их (40,5%) была представлена параноидной формой, и в меньшем числе - простой формой - 1,8% (6 человек) и кататонической формой – 2,4% (12 человек). Приступообразно-прогредиентная шизофрения (шубообразная) была у 202 лиц, что составляло 39,6%. Этот вариант течения был представлен параноидным (прогредиентным) типом течения по бредовому варианту у 58 человек (11,4%) и галлюцинаторному – у 81 человека (15,9%), ремиссии - у 38 больных (7,5%). В меньшем числе больные почти поровну были признаны страдающими шизоаффективной шизофренией (депрессивно-бредовым, депрессивно-кататоническим приступом) - 38 человек (7,4%) и вялотекущей шизофренией - 30 человек (5,9%). Эти данные отражены в следующей таблице 1.

Таблица 1

*Распределение больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия,  
по основным диагностическим классификациям*

Формы течения шизофрении	МКБ-10 (код)	Количество		Доверительный интервал среднего
		Абсолютное число	%	
I Непрерывнотекущая шизофрения:	I Шизофрения, непрерывное течение F20.0	240	47,1	±4,3
а) злокачественная:	а) кататоническая F20.2	12	2,4	
- кататоническая	- недифференцированная шизофрения F20.3 с преобладанием параноидных расстройств	15	2,9	
- галлюцинаторно-бредовый вариант (юношеская параноидная шизофрения)	- простая шизофрения F20.6	6	1,8	
- простая шизофрения	б) параноидная шизофрения F20.0	207	40,5	
б) параноидная шизофрения:	- F20.0	145	28,4	
- бредовой вариант	- F20.0	62	12,2	
- галлюцинаторный вариант				

Продолжение таблицы 1

Формы течения шизофрении	МКБ-10 (код)	Количество		Доверительный интервал среднего
		Абсолютное число	%	
II Приступообразно-прогredientная шизофрения (шубообразная)	II Шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектом F20.1	202	39,6	±4,2
a) Злокачественная	Кататоническая F20.21	25	4,9	
- параноидная	а) параноидная шизофрения F20.02	177	39,6	
- бредовый варикант	-	58	11,4	
- галлюцинаторный вариант	-	81	15,9	
- ремиссия	-	38	7,5	
III Шизоаффективная шизофрения	III Шизоаффективное расстройство F25	38	7,5	±2,3
-депрессивно-бредовый (депрессивно-кататонический)	-	38	7,5	
IV Особые формы Вялотекущая шизофрения	IV Шизотипическое расстройство F21	30	5,9	±2,0

Для оценки степени общественной опасности подэкспертных лиц необходима оценка факторов социального неблагополучия, предшествующего ООД в различные социально-экономические периоды. Основные факторы социального неблагополучия отражены в таблице 2.

Согласно данным таблицы 2, по факторам социального неблагополучия на первом месте среди всех факторов стояло тяжелое материальное положение - 29,2% (среди всех подэкспертных). Так,

например, в периодах исследования этот фактор располагался по-разному. В первом периоде он составлял 6,8% (±4,3) против 4,5% (±1,7). Во втором периоде происходит его возрастание до 45,5% (±9,2) против 45,4% (±13,2); в третьем – возрастание составляет почти в 7 раз в первой группе сравнения и в 13 раз - во второй группе сравнения - 46,3% (±10,0) против 59,2% (±13,8). На втором месте из факторов социального неблагополучия по удельному весу среди всех подэкспертных стоит

Таблица 2

*Сравнение групп кратности общественно-опасных действий больных шизофренией по факторам социального неблагополучия, предшествующего ООД, в периодах исследования*

1 период исследования (1998 - 2001 годы)							
Факторы социального неблагополучия, предшествующего ООД	Абсолютное число (n=199)	С однократными ООД (n=133)			С повторными ООД (n=66)		
		Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	
Отсутствовало	23	20	15	±6,1	3	4,5	±1,7<>12,7
Тяжелое материальное положение	12	9	6,8	±4,3	3	4,5	±1,7<>12,7
Неблагоприятные жилищные условия	47	29	21,8	±7,0	18	27,3	±10,7
Вынужденная смена жительства	53	39	29,3	±7,7	14	21,2	±9,9
Конфликтные отношения на работе	6	3	2,3	±1,2<>6,6	3	4,5	±1,7<>12,7
Конфликтные отношения в семье	22	16	12	±5,5	6	9,1	±6,9
Антисоциальное окружение	36	17	12,8	±5,7	19	28,8	±10,9
Не установлено	-	-		-	-	-	-
Итого (P<0,05)	199 (100)	133	94,4	±94,4<>100	66	100	±92<>100

2 период исследования (2002 - 2004 годы)							
Факторы социального неблагополучия, предшествующего ООД	Абсолютное число (n=167)	С однократными ООД (n=112)			С повторными ООД (n=55)		
		Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
Отсутствовало	21	21	18,8	±7,2	-	-	-
Тяжелое материальное положение	76	51	45,5	±9,2	25	45,4	±13,2
Неблагоприятные жилищные условия	32	16	14,3	±6,5	16	29,1	±12,0
Вынужденная смена жительства	6	5	4,5	±2,3<>10	1	1,8	±0,6<>9,4
Конфликтные отношения на работе	3	2	1,8	±0,9<>6,3	1	1,8	±0,6<>9,4
Конфликтные отношения в семье	9	4	3,6	±1,8<>8,8	5	9,1	±2,9<>20,2
Антисоциальное окружение	16	12	10,7	±5,7	4	7,3	±2,3<>17,5
Не установлено	4	1	0,9	±0,5<>5,1	3	5,5	±1,7<>14,8
Итого (P<0,05)	167(100)	112	100	±94,2<>100	55	100	±91,3<>100
3 период исследования (2005 - 2007 годы)							
Факторы социального неблагополучия, предшествующего ООД	Абсолютное число (n=144)	С однократными ООД (n=112)			С повторными ООД (n=55)		
		Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
Отсутствовало	21	17	17,9	±7,7	4	8,2	±2,4<>19,4
Тяжелое материальное положение	73	44	46,3	±10,0	29	59,2	±13,8
Неблагоприятные жилищные условия	28	18	18,9	±7,9	10	20,4	±11,3
Вынужденная смена жительства	5	4	4,2	±2<>10,2	1	2	±0,6<>10,3
Конфликтные отношения на работе	1	1	1,1	±2<>10,2	-	-	-
Конфликтные отношения в семье	5	3	3,2	±1,5<>8,8	2	4,1	±1,2<>13,3
Антисоциальное окружение	11	8	8,4	±5,6	3	-	±1,8<>16,4
Не установлено	-	-	-	-	-	6,1	-
Итого (P<0,01)	144(100)	95	100	±93,7<>100	49	100	±90,8<>100

фактор «неблагоприятные жилищные условия» - 21%. В первом периоде исследования он составлял в первой группе кратности ООД 21,8% ( $\pm 7,0$ ) против 27,3% ( $\pm 10,7$ ). Во втором периоде – 14,3% ( $\pm 6,5$ ) против 29,1% ( $\pm 12,0$ ); в третьем – 18,9% ( $\pm 7,9$ ) против 20,4 ( $\pm 11,3$ ). Из этих данных установлено, что во второй группе сравнения с повторными ООД подэкспертные имели в 2 раза хуже «неблагоприятные жилищные условия» во втором периоде исследования. На третьем месте стоят факторы «вынужденная смена жительства и антисоциальное окружение» – по 12,5% среди всего числа подэкспертных. По периодам исследования фактор «вынужденная смена жительства» был расположен следующим образом: самый большой удельный вес этого показателя отмечался в первом периоде ис-

следования и он составлял в первой группе кратности ООД 29,3% ( $\pm 7,7$ ) против 21,2% ( $\pm 9,9$ ); а затем происходило снижение удельного веса этого показателя в остальных периодах: во втором периоде – 4,5% ( $\pm 2,3$ ) против 1,8% ( $\pm 0,6$ ); в третьем – 4,2% ( $\pm 2$ ) против 2% ( $\pm 0,6$ ). Данные фактора «антисоциальное окружение» имели те же закономерности, что и предыдущий фактор: в первом периоде исследования он составлял в первой группе кратности ООД 12,8% ( $\pm 5,7$ ) против 28,8% ( $\pm 10,9$ ); во втором периоде – 12% ( $\pm 10,7$ ) против 7,3% ( $\pm 2,3$ ); в третьем – 8,4% ( $\pm 5,6$ ) против 6,1 ( $\pm 1,8$ ).

При анализе характера ООД, совершенных больными шизофренией, обращает внимание то, что на первом месте по удельному весу среди всех правонарушений занимают агрессивные правона-

рушения против личности (42,4%), которые значительно превалировали над остальными. Второе место (31,4%) по удельному весу из показателей по совершенному правонарушению, занимают имущественные правонарушения. Третье место (9,8%) занимают больные, совершившие хулиганство. В несколько меньшем числе были правонарушения с сексуальными расстройствами – 8,0%. Лица, привлеченные за употребление наркотических средств, составили 5,5%, и самую меньшую из всех остальных составляют лица, привлеченные за прочие правонарушения (мошенничество, похищение людей и попытка покушения на их жизнь) – 2,9%.

Анализ характера совершенного ОД выявил значительные различия в соотношении удельного веса различных ОД в группах больных с однократными и повторными ОД. В 1 группе больных отмечался большой процент удельного веса агрессивных действий, чем в группе больных с повторными ОД (52% против 23,0% в группе сравнения), а также незначительное преобладание во второй группе сравнения имущественных правонарушений (40,0% против 27,1% в группе больных с однократными ОД). Это объясняется тем, что если меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной психопатологической симптоматики, тем большую роль в опасном поведении играет личность, особенно ситуация. Такие ОД во второй группе исследования выявляют сходство с опасным поведением психически здоровых преступников. Во второй группе исследования чаще превалировали социальные проблемы – финансовые трудности, безработица, отсутствие жилья, недостаточность медицинских мероприятий. Это в свою очередь вызвало рост имущественных правонарушений.

Большинство из совершенных тяжких ОД были совершены больными с однократными ОД (52,0%). Это можно объяснить сочетанием у них шизофренического процесса с одним или несколькими неблагоприятными дополнительными условиями. К неблагоприятным условиям относятся: антисоциальные преморбидные личностные установки, молодой возраст до 35 лет, наличие в клинической картине выраженных галлюцинаторных и бредовых переживаний, направленных на ближайшее окружение, отсутствие психиатрического наблюдения, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Для остальных 39 подэкспертных (23,0%) с аналогичными действиями, вошедших в группу больных с повторными ОД, характерными оказались: возраст старше 40 лет, превалирование у 30 больных в картине психопатоподобных расстройств, у всех наличие стойкой алкоголизации, повторный характер ОД.

На нашем материале установлено, что самое значительное число тяжких правонарушений, направленных против личности, было совершено больными с непрерывно-текущей формой шизоф-

рении в 27,1% случаях. В рамках приступообразно-прогредиентной шизофрении в 14,9% случаях. При шизоаффективном и вялотекущем вариантах число тяжких правонарушений было в одинаковых количествах – 0,2%. При сравнении больных с однократными и повторными ОД установлено, что все насилистственные правонарушения происходили в психотическом состоянии. В группе больных с первичными правонарушениями около 85 подэкспертных лиц (25%) совершали правонарушения в течение первых трех лет болезни, и у них чаще преобладал параноидный синдром. Имущественные правонарушения со значительным перевесом были совершены больными с приступообразно-прогредиентным вариантом шизофрении в 14,7% случаях. Данный вид правонарушения отмечался в 11,6% при непрерывно-текущей шизофрении. В тоже время 4,1% отмечался при шизоаффективной, 1,0% – при вялотекущей шизофрении. Удельный вес хулиганских действий в большем числе отмечался при непрерывно-текущей шизофрении (3,5%) и при шизоаффективной шизофрении (2,6%). Сексуальные правонарушения в большем числе были совершены больными с приступообразно-прогредиентным типом шизофрении (5,3%) и при непрерывно текущей (2,0%), а при шизоаффективной и вялотекущей шизофрении в незначительных количествах (0,6% - 0,2%). Деликты, связанные с употреблением наркотических средств, в большем числе их удельный вес превалировал у лиц с вялотекущей шизофренией 2,6%, что значительно выше, чем при других формах шизофрении. Лишь только при непрерывно текущей и приступообразно-прогредиентной шизофрении встречались редкие правонарушения, такие как похищение людей, хранение оружия, мошенничество – 2,9%.

**Выводы:** изучение клинического течения шизофрении у больных, совершивших противоправные действия, указывают на прямую взаимосвязь их с внеклиническими социальными факторами. К ним относятся многие факторы. В группе больных с первичными правонарушениями около 85 подэкспертных (25%) совершали правонарушения в течение первых трех лет болезни, и у них чаще преобладал параноидный синдром. Самое значительное число тяжких правонарушений, направленных против личности, было совершено больными с непрерывно-текущей формой шизофрении. В исследовании в первой группе больных, если меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной психопатологической симптоматики, тем большую роль в опасном поведении играет личность, особенно ситуация. Во второй группе исследования больше превалировали социальные проблемы – финансовые трудности, безработица, отсутствие жилья, недостаточность медицинских мероприятий. Это в свою очередь вызвало рост имущественных правонарушений. Большинство из

совершенных тяжких ООД было совершено больными с однократными ООД (52,0%), которое объясняется сочетанием шизофренического процесса с одним или несколькими неблагоприятными дополнительными условиями. К этим условиям относятся: антисоциальные преморбидные личностные установки, молодой возраст до 35 лет, наличие в клинической картине выраженных галлюцинатор-

ных и бредовых переживаний, направленных на ближайшее окружение, отсутствие психиатрического наблюдения, злоупотребление алкоголем и наркотиками. Социальное неблагополучие, отсутствие стабильного материального положения, отсутствие жилья, искаженные формы воспитания в родительской семье или конфликтные внутрисемейные отношения.

#### **Литература:**

1. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 1983. - № 5. - С. 707-711.
2. Кондратьев Ф.В. Новые аспекты дифференциального диагноза, связанные с патоморфозом шизофрении // V Советско-финляндский симпозиум по психиатрии. - М., 1985. - С. 132-141.
3. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом расстройстве и хронических бредовых психозах // В кн. «Руководство по судебной психиатрии» под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. - М., 2004. - С.165-183.
4. Подрезова Л.А. Проблема вменяемости при шизофрении // Автoreферат дис... докт. мед. наук. - М., 1988. - 45 с.
5. Шостакович Б.В., Кондратьев Ф.В. Современные судебно-психиатрические проблемы шизофренического спектра. - М., 1999. - С. 163-178.
6. Мальцева М.М., Котов В.Б. Опасные действия психически больных. - М., 1995. - 256 с.

## **КОМПЛЕКС БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИОГЕННЫХ ПРИЧИН, ВЛИЯЮЩИХ НА ОПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Л.Е. Базарбаева

г. Алматы

В последние годы в психиатрии отмечается рост интереса к проблемам больных, страдающих шизофренией. многими отечественными, зарубежными и российскими авторами отмечается рост преступности, которые связаны с изменениями социального устройства общества. Кроме того, это связано и с такими неблагоприятными тенденциями в обществе, как разрушение традиционных норм межличностных отношений, насаждением культа силы, игнорированием морально - этических и правовых норм поведения [1-9]. Данная ситуация дистресса отражается не только на общем поведении населения, но и на поведении лиц, страдающих шизофренией. Нарастающее социальное перенапряжение является одним из звеньев в цепи причинно-следственных факторов, приводящих к совершению больными общественно опасных действий (далее по тексту ООД). Спектр криминальных действий психически больных представляет собой весь спектр ООД, предусмотренных Уголовным Законом. Вместе с тем, этими же российскими авторами отмечается, что психически больными чаще совершаются агрессивные действия, связанные с посягательством на жизнь граждан. Так, доля

убийств, приходящихся на лиц, находящихся в невменяемом состоянии и зачастую связанная с употреблением алкогольных и наркотических средств составляет 3-5% [1-3]. Эти сведения говорят о том большом ущербе и моральном уроне, который наносится обществу опасными действиями психически больных с аддиктивными расстройствами [10].

В современной казахстанской судебной психиатрии аддиктивное поведение у лиц, страдающих шизофренией, приводящее к асоциальным и криминальным действиям, остается малоизученной [4].

**Материалы и методы:** объектом исследования явились 510 больных шизофренией, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в стационаре Республиканского центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г. Алматы) в период 1998-2007 гг.

**Методы исследования:** в работе впервые методами сплошного клинико-эпидемиологического и социометрического обследования проведено установление и описание комплекса особенностей клиники, социально-демографической структуры и социальной адаптации 510 больных, совершивших общественно опасные действия.

**Результаты и обсуждение:** социodemографическая характеристика больных шизофренией, совершивших ООД в период 1998-2007 гг. показала абсолютное преобладание мужчин (91,8%;  $\pm 2,4$ ;  $P \leq 0,05$ ) над женщинами (8,2%;  $\pm 2,4$ ;  $P \leq 0,05$ ). Из общего числа городские лица составляли 289 человек (56,7%;  $\pm 4,3$ ;  $P \leq 0,05$ ), а сельские составляли 221 человека (43,3%;  $\pm 4,3$ ;  $P < 0,05$ ).

Подавляющее большинство испытуемых были мужчины молодого возраста. Более (71,8%;  $P < 0,01$ ) подэкспертных были в возрасте от 20 до 40 лет. Подростковый и ранний юношеский возрасты составили 5,3%. В возрасте от 40 лет до 60 лет была четверть испытуемых (113 человек или 22,2%). Средний возраст обследованных подэкспертных составлял  $23,5 \pm 0,5$  года. На момент совершения криминального действия средний возраст составлял  $22,5 \pm 0,5$  года. Таким образом, абсолютное большинство испытуемых – около 97% ( $P < 0,05$ ) это лица юношеского, молодого, зрелого трудоспособного возраста, и лишь около 0,8% – это лица в возрасте старше 60 лет.

В нашем исследовании национальный состав подэкспертных был представлен следующим образом: лица казахи по национальности составляли 49,4% ( $\pm 8,1$ ;  $P < 0,05$ ), лица русские по национальности и других европейских национальностей – 37,3% ( $\pm 7,5$ ;  $P < 0,05$ ), лица других национальностей - 13,3% ( $\pm 5,6$ ).

Данные исследования показывают, что лиц без образования и лиц, обучавшихся во вспомогательной школе, было всего несколько человек. Начальное и неполное среднее образования было у меньшинства исследуемого контингента. Преобладающее большинство подэкспертных – 371 человек ( $72,8 \pm 6,2\%$ ;  $P < 0,01$ ) имело среднее, среднее специальное, незаконченное высшее и высшее образование.

По сфере профессиональной деятельности больных шизофренией установлено, что около 35,7% ( $\pm 4,2$ ) испытуемых были заняты физическим трудом, не работали более 43,3% ( $\pm 4,3$ ), учащимися школ и студентами было - 5,3% ( $\pm 1,5$ ) испытуемых и лишь 14,7% ( $\pm 3,1$ ) занимались умственным трудом.

Оценка семейного положения подэкспертных показала, что к моменту привлечения к уголовной ответственности из общего числа только 22,9% ( $\pm 3,6$ ) лиц состояли в браке, 30% составляли лица, расторгшие брак, вдовцы/вдовы - 7,8%; ( $\pm 2,3$ );  $P < 0,01$ , холостые - 39,2% ( $\pm 4,2$ ).

В отдельных квартирах и собственном доме проживали 40,6% подэкспертных лиц, но в половине случаев из них больные проживали совместно с родными и близкими.

Приведенные выше данные по образовательному уровню, трудовой занятости, семейному положению и жилищным условиям с учетом абсолют-

ного большинства больных молодого возраста могут быть объективными критериями социального функционирования и качества жизни больных шизофренией, совершивших ООД.

При анализе данных в отношении употребления подэкспертными алкоголя (бытовое пьянство и алкоголизм 2-3 степени) было установлено, что они наблюдались в 261 случаях, что от общего числа составляло 51,2%. Случаев наркомании (потребление опия-сырца, героина, гашиша) было установлено у 89 больных (17,5%). Изученная группа больных, где клиника шизофрении осложнялась алкоголизмом, наркоманией была представлена в большем числе – 350 человек (68,6%). В нашем материале имели место подэкспертные лица с клиникой шизофрении, которые страдали табакокурением и являлись «злостными» курильщиками. Их число составляло 418 человек (82%). Причем, все 350 человек (68,6%), страдающих шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом, наркоманией, относились к группе «злостных» курильщиков. В 350 случаях (68,6%) при табакокурении у подэкспертных лиц имелась высокая, доходящая до 90%, наследственная отягощенность табакокурением у их родителей, алкоголизмом, аномалиями характера, психическими заболеваниями.

В группе исследования при анализе семьи подэкспертных были определены следующие факторы: в полной семье воспитывались 235 человек (46,1%;  $P < 0,01$ ) из числа обследованных, однако охарактеризовать их как благополучных не представлялось возможным. У 42 обследуемых лиц (8,2%) и матери, и отцы были лишены родительских прав. Кроме того, проживали у дедушки с бабушкой 28 больных (5,5%). В семьях воспитанием детей занималась преимущественно мать. Во всех неполных семьях (неполные отцом - 31,6%  $\pm 4,0$ ;  $P < 0,01$ ) родные отцы не поддерживали никаких отношений с исследуемыми лицами, не оказывали материальной помощи.

В 25% случаев (127 человек) испытуемые переживали ситуацию развода родителей в начале пубертатного периода; в большинстве случаев эта психотравмирующая обстановка имела пролонгированный характер. Пребывание в атмосфере скандалов, бытовая неустроенность имели место у 138 больных (27%), что способствовало поиску альтернативного сопереживания вне семьи. У 168 больных (33%) в семье отмечалось жестокое обращение, насилие. Агрессия приводила к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой, часто в виде употребления алкоголя, наркотиков и криминальных поступков.

В 34% случаев (173 больных) родители подэкспертных злоупотребляли алкогольными напитками. Хронический алкоголизм у родственников больных встречался в 22 случаях (4,3%). Кроме того, в 151

случае (29,6%) алкоголизм обнаруживался у обоих родителей. Наследственная отягощенность наркоманией встречалась у 61 подэкспертного (12%). Героиновая наркомания у отцов документально подтверждалась в 24 случаях, у матери – в 8 случаях. В 87 случаях (17%) имело место употребление гашиша или марихуаны одним из родителей (чаще отцами), т.е. у 58,6% подэкспертных лиц родители употребляли психоактивные вещества (ПАВ). Алкоголизм и наркомания родителей, являясь отягощающим наследственным фактором, были отрицательным примером для имитации аддиктивного поведения детьми.

У больных до 9-10 летнего возраста прослеживалось преобладающее влияние семейного микросоциума. У больных старшего возраста наблюдались, преимущественно внесемейные, социальные влияния. Такое смещение доминанты наблюдалась в неблагополучных семьях, в которых дети были безнадзорны, к ним применялись жестокие меры насилия и агрессии. Они росли и воспитывались в условиях эмоциональной депривации, и у них формировались формы поведения с эмоционально-волевой неустойчивостью.

К формам взаимоотношений в семьях, как искашенном варианте воспитания, можно было отнести 269 человек (57,7%). Большинство подэкспертных выросли в искашенной атмосфере вос-

питания и сформировавшихся у них дисгармонических отношений.

**Выводы:** с детского возраста у подэкспертных лиц были биологические и психолого-социальные факторы для формирования «отрицательной нравственной конституции» с готовностью к асоциальным и антисоциальным действиям. Об этом свидетельствуют:

- формы взаимоотношений в родительских семьях, где имелись искаженные варианты воспитания;
- алкоголизм и наркомания родителей, являясь отягощающим наследственным фактором, были отрицательным примером для имитации аддиктивного поведения детьми;
- агрессия у подэкспертных, приводившая к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой, часто в виде употребления алкоголя, наркотиков и криминальных поступков;
- низкие показатели образовательного уровня, трудовой занятости, семейного положения и жилищных условий с учетом абсолютного большинства больных молодого возраста, могут быть объективными критериями низкого социального функционирования и качества жизни больных шизофренией с аддиктивными расстройствами, совершивших ООД.

#### **Литература:**

1. Дмитриева Т. Б. Агрессия и психическое здоровье. – М.: Медицина, 2002.- 357 с.
2. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психические больных. - М.: Медицина, 1995.- 256 с.
3. Котов В.П., Мальцева М.М. Клинические аспекты первичной профилактики общественно опасных действий психически больных // Журн. «Социальная и клиническая психиатрия». - М., 2004. - № 1. - С. 77-80.
4. Айдильдяев Б. С. Состояние судебно-психиатрической службы Казахстана // Журн. «Медицина». - А., 2003. - С. 72-75
5. Литвинова М.С. Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией // Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – М., 1977. - 16 с.
6. Осколова С.Н. О причинах, затрудняющих своевременную диагностику психогенного дебюта шизофрении // Социальная и судебная психиатрия / Сб. научных трудов. - М., 1996. - С. 326-330.
7. Харитонова Н.К. Агрессия женщин больных шизофренией, направленная против родственников // Российский психиатрический журнал. - М., 2000. - № 6. - С. 43-48.
8. Lieberman J.A. Is schizophrenia a neurodegenerative disorder: A clinical and neurobiological perspective // Biol. Psychiat. 1999, vol. 46, p. 729-739
9. Кондратьев Ф.В. Корни современного сатанизма и его криминогенная роль в опасном поведении лиц с психической патологией // Практика судебно-психиатрической экспертизы под ред. Т.Б. Дмитриевой. Сб. науч. работ. - М., 2005. - С. 304-313.
10. Кондратьев Ф.В. Первичное выявление токсико - и наркоманий в судебно-психиатрической практике // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и наркологии. Сб. науч. трудов. - М., 1983. - С. 67-77.

---

## ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ОСТРЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ НА ДОМУ

Т.Б. Оспан

г. Экибастуз

Одним из актуальных вопросов лечения лиц, больных психическими расстройствами, в мире является проблема стационарного лечения. Как правило, оно является длительным, затягивается до 4-6 месяцев. Основную проблему в заданном ракурсе занимают пациенты с шизофренией, которые имеют средний срок пребывания в стационаре до 70 дней.

В настоящее время в ряде западных стран проходит процесс deinституционализации психиатрической службы, которая заключается в оптимизации стационаров до разумного снижения коекного фонда, а в таких странах как Италия, Бразилия, Греция, а также США количество психиатрических коек сведено до предельного минимума. Например в Италии на 100-120 тысяч населения предусмотрено всего 15 коек. Кроме того, лечение шизофрении обходится обществу достаточно дорого. При пребывании на койке в течение 30 суток содержание больного обходится примерно в 100 тыс. тенге, терапия шизофренических психозов для бюджета может обходиться дороже. Более дорогой коекный фонд следует использовать для интенсивного лечения больных, сложнейших диагностических обследований. Также известно, что лечение шизофрении, особенно острых приступов, показано в стационаре.

Особого внимания и совершенствования требует система оказания внебольничной помощи больным психическими расстройствами, как наиболее массовой формы медицинского обеспечения населения.

В свете поставленных задач возникает необходимость широкого внедрения таких новых форм работы, как стационары на дому, дневные стационары в поликлиниках, палаты (отделения), но лечение должно быть организовано на стационарном уровне.

Учитывая целый ряд преимуществ при лечении больных психическими расстройствами в условиях дневных стационаров, в стационарах на дому, организаторам здравоохранения на местах необходимо предусматривать возможность внедрения вышеназванных форм. В то же время врачи-психиатры во многих случаях больным предлагают лечение в условиях стационара, что фактически приводит к хронификации негативных расстройств, развитию госпитализма уже на первых этапах ведения больных шизофренией.

Стационары на дому могут быть организованы в составе диспансерных отделений психиатрических организаций, поликлинических отделений районных больниц, при наличии ставок врачей-психиатров. Организация стационара на дому обеспечи-

вает оказание специализированной психиатрической помощи больным, нуждающимся в лечении в стационаре, если состояние больного и домашние условия (социальные, материальные, моральные) позволяют организовать необходимый уход за больным на дому. Организация стационара на дому предполагает ежедневное наблюдение больного врачом, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии (внутрикожные, внутримышечные инъекции). При необходимости в комплекс лечения больных включаются также физиотерапевтические процедуры и др. Больным в стационаре на дому оказывается консультативная помощь врачами узких специальностей. В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за больными осуществляется дежурными врачами и медсестрами. Желательно стационар на дому обеспечить специально выделенным автотранспортом.

Руководство стационара на дому осуществляется заведующим диспансерным ПНД (терапевтическим - районной поликлиники) отделением, который в своей деятельности подчиняется главному врачу и его заместителю по лечебной части.

Отбор больных на лечение в стационар на дому производится комиссионно заведующим отделением совместно с врачом-психиатром стационара на дому по представлению участковых врачей-психиатров.

Больные в стационаре на дому ежедневно либо до 2 раз в неделю в зависимости от статуса наблюдаются врачом. За время лечения больных (1-2 раза) посещает заведующий диспансерным отделением, при необходимости их консультируют врачи узких специальностей.

Медсестра стационара на дому осуществляет на дому забор проб сред организма на анализы, делает инъекции (внутримышечные, внутривенные), контролирует выполнение больными назначенное лечение.

Нужно отметить, что наиболее целесообразной является организация работы стационара на дому по участковому типу, т.е. участковым врачом и медсестрой в дополнительных штатах необходимость отсутствует; посещения больного можно предусмотреть как активы на дому.

Автором статьи в разное время на дому было пролечено 15 больных (возраст от 21 до 45 лет, женщин – 8 чел., мужчин – 7 чел.) с острым полиморфным психотическим расстройством, которым лечение было назначено незамедлительно; как базовая терапия 5 больным был назначен галоперидол в инъекционной форме 5 мг в/м три раза, 3 -

галоперидол в таблетках до 20 мг, 8 больных получали рисполепт-суспензию 4-6 мг в сутки. Кроме названных препаратов, применялись антидепрессанты, валпроевая кислота, феназепам или аминазин в драже на ночь, при необходимости в качестве корректора - циклодол. В течение 3-4 недель дозировки препаратов базовой терапии снижались, а к 8 неделе дозы были уже поддерживающими, практически все больные к названному сроку достигли ремиссии. Нужно отметить действие рисполепта – суспензии, который уже при через 25-30 минут заметно смягчал поведение пациента.

Организация стационаров на дому психиатрического профиля проще, чем общесоматического -

страдает только психическая сфера, нет необходимости в назначении массы дополнительных анализов и обследований. По показаниям для консультации привлекали врачей-терапевтов и узких специалистов из поликлиники по месту жительства.

Общими для всех случаев купирования острого состояния и дальнейшего лечения на дому были:

- больной не представлял опасности для себя и окружающих;
- мог за собой ухаживать;
- пациент и его законные представители категорически отказывались от услуг психиатрического стационара, они могли обеспечить круглосуточное наблюдение за больным.

## ВАРИАНТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Т.Б. Оспан, А.О. Темиргалиев

На фоне процессов реформирования в здравоохранении, которое коснулась практически всех его сфер, что в целом привело к сокращению коекного фонда, с акцентом на усиление внебольничной помощи: дневные стационары, стационары на дому и собственно амбулаторное поддерживающее лечение - существенных изменений в структуре психиатрического обслуживания населения не наблюдается. Действительно с учетом курируемого контингента данный вопрос представляется сложным. Болезни, которыми страдают пациенты, относятся к социально значимым заболеваниям, то есть заболеваниями представляющим опасность для окружающих. Обеспеченность койками составляет до 0,7 промилле. Хотя это соответствует нормам Всемирной организации здравоохранения (до 1-1,5 на 1000 населения), в ряде экономически развитых стран происходят процессы деинституционализации психиатрических служб. Например, в Италии на 100 тыс. населения предусмотрено 15 психиатрических коек. Однако не следует упускать из виду, что данный процесс проведен преимущественно в странах с мягким климатом, с относительно развитой социальной сферой. Сообщается, что до 70% бездомных в США страдают психическими расстройствами: для них имеются ночлежки, пункты бесплатной раздачи пищи и т.д. Широко представлена социальная помощь больным психическими расстройствами в Великобритании, Швеции.

Применительно к нашей стране, нужно исходить из тех несомненных условий, которые действуют в обществе и во властных структурах: пациенты психиатрических клиник, состоящие на учете, являются больными психическими заболеваниями (соци-

ально значимыми), они могут представлять опасность окружающим. Кроме того, 2% населения страдает психическими расстройствами (это показатель по стране), из них лишь малая часть могла бы нуждаться в стационарной помощи. Действительно, из 3900-4000 лиц, ежегодно получающих терапию, 500-550 лиц находятся кратковременно с алкогольными психозами (до 5 дней), 300-350 лиц, проходящих обследование по направлению департаментов по делам обороны. Наиболее дорогостоящие - это койки, в которых лечение получают больные шизофреническими психозами со средним пребыванием до 70 дней, их пребывает в течение года до 35-40% к общему числу выписанных лиц. Именно в этой группе отмечается наибольшее количество пациентов с устойчивыми признаками госпитализма, практически не выписывающихся.

Также высок удельный вес лиц с органическими психическими расстройствами, часть из которых пребывает в стационаре постоянно ввиду утраты социальных связей (особенно лица преклонного возраста). Необходимо обратить внимание, что длительное пребывание на койке сопряжено с расходом бюджетных средств. Так, в разных регионах Республики Казахстан стоимость одного койко-дня обходится государству от 2800 до 3500 тенге в зависимости от финансирования бюджета психиатрических стационаров, а это от 1 277500 тенге в год. Нужно отметить, что более половины указанной суммы - это заработка персонала. Наиболее подходящим вариантом было бы размещение больных в психоневрологических интернатах, однако социальная сфера такое количество мест предложить не может.

---

---

Как альтернативу можно использовать ресурсы здравоохранения. Стационарную службу желательно подвергнуть разумной оптимизации, с выделением отделений для больных, утративших родственные связи, не подлежащих выписке - это позволит уменьшить ставки обслуживающего персонала, например, для 2 отделений по 60 коек достаточно 1 ставки врача-психиатра. Также произойдет экономия за счет меньшего числа медицинского персонала и количества медикаментов. Как было сказано выше, большая часть лиц, направленных департаментом по делам обороны, может обследоваться в условиях дневного стационара и поликлиники. Для острейших больных нужно предусмотреть отделения, в которых пациенты подлежат выписке в наиболее ранние сроки. При необходимости долечивание нужно проводить в дневном стационаре, в стационаре

на дому и диспансерной службе. Диспансерная служба имеет возможность копировать острые эндогенные психозы амбулаторно уже в настоящее время (при дополнении соответствующей нормативной базы). Для эффективного копирования психоза внебольничную помощь необходимо обеспечить достаточным количеством психотропных, антидепрессивных и антиконвульсивных средств. Сильное диспансерное отделение с адекватным лекарственным обеспечением, транспортом для обезза стационарных больных на дому своим дневным стационаром может стать действительно серьезным заслоном госпитализации, инвалидизации, служить возвращению больных в общество и семью.

Вышеуказанные меры не требуют капиталовложений - средства могут быть изысканы в пределах одной службы.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕЛАКСИНА В ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т.Б. Оспан, А.О. Темиргалиев

Депрессия и её лечение являются одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Согласно данным ВОЗ, депрессиями страдают 5% населения Земли. В мире 20%-25% женщин и 7%-12% мужчин хотя бы раз в жизни перенесли депрессивный эпизод. Одна треть из них лечилась стационарно. Больными депрессиями совершаются 60% всех самоубийств. Таким образом, можно считать, что адекватно подобранное лечение при депрессии имеет большое клиническое и социальное значение.

Для лечения депрессии применяется более ста антидепрессантов из различных химических групп. Тем не менее, правильный выбор конкретного препарата при лечении депрессивных расстройств может вызывать затруднения у практических врачей. Это обусловлено необходимостью учитывать структуру самой депрессии, клинические показания, противопоказания, побочные действия лекарственного препарата, возраст больного, сопутствующую патологию, лекарственное взаимодействие.

Велаксин – это антидепрессант с новой химической структурой, его нельзя отнести ни к одному известному классу антидепрессантов. Он является мощным ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина, а также слабо подавляет обратный захват дофамина. Его эффект развивается относительно быстро от начала приема. Велаксин относится к тахитимоаналетикам, то есть антидепрессантам быстрого действия (его эффект проявляется спустя всего 1-2 недели приема). По-

бочные действия развиваются редко и выражены незначительно. Он отличается хорошей переносимостью. Кроме того, Велаксин обладает сбалансированным действием, он с успехом может применяться при наличии или отсутствии симптомов тревоги, заторможенности или двигательном возбуждении, при наличии дополнительных симптомов – бреда, галлюцинаций, психических автоматизмов. Преимуществом препарата также является то, что не вызывает обострения шизофрении и не усиливает продуктивную симптоматику, не вызывает инверсию аффекта (перехода депрессии в манию).

Целью исследования явилось изучение влияния антидепрессанта Велаксин при лечении депрессии у лиц, больных шубообразной шизофренией, в условиях стационара.

### Материал и методы

Велаксин назначался 20 больным с шубообразной шизофренией, находившимся на стационарном лечении в государственном учреждении «Областной психоневрологический диспансер» (ГУ ОПНД).

В структуре приступа у больных отмечалась депрессия, которая проявлялась снижением настроения и аппетита, дополнительным возбуждением или заторможенностью, пессимистическими мыслями, нарушением сна. Депрессия во всех случаях сочеталась с вербальными псевдогаллюцинациями, бредовыми идеями преследования, воздействия психическими автоматизмами. Пре-

парат назначался в дозировке до 37,5 мг 2 раза в сутки в течение месяца.

Помимо Велаксина пациенты принимали базовую терапию психотропными препаратами: галоперидол – по 15-45 мг/сутки, рисполент-суспензия – по 4-6 мг/сутки, пирацетам по 600-1200 мг/сутки, корректор циклодол по 6 мг/сутки.

Ранее все больные получали другие антидепрессанты - амитриптилин, феварии.

Эффективность лечения оценивалась по шкале депрессии Монтгомери - Асберга (MADRS) на 1-й и 28-й день лечения.

### Результаты исследования

В результате проведенного лечения велаксином отмечались: равномерная редукция псевдо-галлюцинаций и бредовых идей, двигательное успокоение больных, нормализация поведения под влиянием нейролептической терапии, начиная с 3-7 дня лечения. Депрессивные расстройства

начинали уменьшаться с 7 дня (у 10 больных) и с 10-12 дня лечения (у 10 больных). При этом отмечался хороший клинический эффект - наблюдалось уменьшение подавленности, тревоги, внутреннего напряжения, улучшение сна, аппетита, ослабление пессимистических мыслей. Интенсивность симптомов депрессии плавно снижалась к концу курса лечения. Препарат отличался хорошей переносимостью. Каких-либо существенных побочных действий не отмечалось. Велаксин хорошо сочетался с другими психотропными средствами. Отрицательных эффектов лекарственного взаимодействия не было.

### Заключение

Таким образом, за период исследования велаксин хорошо себя зарекомендовал при лечении депрессии у лиц, больных шубообразной шизофренией, в условиях стационара и может быть рекомендован для широкого практического применения.

#### Литература:

1. Авруцкий Г.Я., Недува Л.А. *Лечение психически больных*. – М., Медицина, 1988. – С. 528.
2. Андруцкий М.Ц., Морозов М.А. *Комбинация антидепрессантов и нейролептиков при лечении аффективных расстройств и шизофрении* // *Журнал неврологии и психиатрии*. – М., 2000. - № 11. – С. 60-65.
3. Мосолов С.Н. *Клиническое применение современных антидепрессантов*. – СПб, 1995. – С. 11-19, 155-156, 325-352.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.Л. Рудич

В 1980-1990 г.г. в клиническую практику были внедрены психотропные препараты нового поколения, что привело к повышению эффективности лечения психических больных и улучшению качества их жизни, что способствовало возвращению личности обществу.

Атипичные нейролептики или психотропные препараты нового поколения (ППНП) – зипрекса, солиан, рисполент действуют на продуктивную симптоматику, не уступая классическим препаратам, традиционным по силе воздействия и времени, приводят к редукции психотических симптомов с первой же недели терапии. При поддерживающей терапии большую роль играет их другое качество – способность ослаблять, расщеплять негативную симптоматику (эмоциональное осуждение, отгороженность, апатию, пассивность, когнитивные расстройства). Такой эффект терапии атипичными нейролептиками позволяет замедлять

г. Костанай

инвалидизацию пациентов, способствовать их возвращению обществу.

В силу избирательности своих действий психотропные препараты лишены побочных нежелательных явлений, осложнений, что создаёт условия больным соблюдать режим приёма лекарств, улучшают качества ремиссий, удлиняют их, сокращают число повторных поступлений. Существующее понятие «интенсивная терапия психозов» не утратило своей актуальности и в настоящее время. Если ранее понятие «интенсивная терапия психозов» соотносилось в основном лишь с такими нозологическими формами, как фебрильная кататония, алкогольный делирий, эпилептический статус (то есть состояния, когда главной задачей является сохранение витальных функций), то современное понятие «интенсивная терапия психозов» предполагает сочетание мощной психофармакотерапии, представителями ко-

торой в настоящее время являются психотропные препараты нового поколения (ППНП) с социотерапией и психокоррекцией. Интенсивная терапия психозов в отделении представляет собой комплекс лечебных мероприятий, направленных на купирование острых психотических полиморфных проявлений, кодируемых чаще по Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ -10) F20, F23.

Таким образом, в применяемых в психиатрическом стационаре традиционных методиках интенсивной терапии, таких как:

- лечение высокими дозами психотропных средств;
- внутривенное капельное введение нейролептиков (и антидепрессантов);
- одномоментная отмена препарата;

- метод «зигзагов»;
- метод «двойного блока»;
- комбинация традиционных нейролептиков;
- метод замены неэффективного средства препаратом другой химической группы.

Всё больший удельный вес занимает в настоящее время терапия нейролептиками нового поколения (ППНП) с её новыми методиками как «прерывистая поддерживающая терапия», «нейролептические каникулы» и т.д.

С годами отмечается рост удельного веса в лечении шизофрении интенсивными традиционными методиками и нейролептиками нового поколения. В таблице 1 представлены данные об удельном весе традиционных, интенсивных и новых методов лечения (ППНП) психических больных в динамике в 2007-2009 годах.

Таблица 1

*Удельный вес традиционных, интенсивных и новых методов лечения (ППНП) психических больных в динамике в 2007-2009 годах*

Методы лечения	2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	Абсолютное число (чел.) (n=523)	%	Абсолютное число (чел.) (n=511)	%	Абсолютное число (чел.) (n=509)	%
Традиционные	397	76	367	72	356	70
Интенсивные и ППНП	126	24	144	28	153	30

Приведённые в таблице 1 данные показывают, что имеет место рост числа больных, получавших лечение интенсивными и новыми методами. Если в 2007 году число психических больных, пролеченных интенсивными и новыми методами лечения, составляло 126 человек или 24% от всего числа пролеченных больных, то в 2009 году количество больных данного контингента равнялось 153 человекам

или 30% от всего числа пролеченных больных. Исходя из приведённых данных, можно говорить о том, что сфера применения психотропных препаратов нового поколения имеет тенденцию к расширению.

В таблице 2 представлены данные о среднесрочной длительности пребывания в стационаре больного шизофренией, которая зависит от характера терапии.

Таблица 2

*Среднесрочная длительность пребывания в стационаре больного, страдающего шизофренией, в зависимости от характера терапии в 2007-2009 годах*

Характер терапии	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Традиционные методы	45 дней	45 дней	41 день
Интенсивные методы и ППНП	34 дня	31 день	26 дней

Данные, представленные в таблице 2, показывают, что в 2009 году, по сравнению с 2007 годом, произошло значительное сокращение длительности пребывания в стационаре больных, страдающих шизофренией, которое составило 8 дней. Опираясь на полученные данные и опыт в клинической практике, можно говорить об эффективности применения психотропных препаратов нового поколения при лечении психических больных.

Опыт работы отделения свидетельствует о том, что показания к применению методик интенсивной терапии могут быть расширены. Это расширение

клинически оправдано активным внедрением в психиатрическую практику психотропных препаратов нового поколения.

Активное внедрение в терапию психозов психотропных препаратов нового поколения (зипрекса, солиан, рисполепт) помогают решению проблемы терапевтической резистентности. Вопросы преодоления терапевтической резистентности всегда были трудно разрешимы. Эта проблема остаётся актуальной и сегодня. Уже доказано, в том числе и на нашем опыте, что ведущими причинами терапевтической резистентности является игнорирова-

ние основных принципов терапии психических заболеваний, в частности неадекватная клиническая оценка состояния больного, недостаточность соответствующих препаратов и т.д.

В доступной литературе, освещающей рассматриваемый вопрос, имеются публикации на этот счёт, но их мало. Нами были проанализированы истории болезни психиатрического женского отделения с целью установления динамики фактора резистентности к терапии, поиски путей её преодоления. К терапевтически резистентным случаям мы относим случаи, когда курсовая психофармакотерапия не приносит предполагаемого эффекта. Были выявлены факторы, способствующие росту случаев резистентности к терапии. Наличие резистентности в 2007-2009 годах выглядит следующим образом:

- 2007 год – 9%;
- 2008 год – 11%;
- 2009 год – 10%.

Полученные данные свидетельствуют о сохраняющемся высоком удельном весе резистентных случаев. На протяжении последних лет возросло число пациентов, пролеченных ППНП. Во многих случаях атипичные нейролептики оказываются эффективными для пациентов, резистентных к терапии классическими нейролептиками, что является важным моментом в решении проблемы терапевтической резистентности.

Важным моментом в решении проблемы преемственности между стационаром и внебольничными службами психиатрического учреждения является использование ППНП в условиях амбулаторного лечения и наблюдения за больными. Большую часть жизни пациент проводит вне стен стациона-

ра. Амбулаторные психиатрические службы обладают меньшими лекарственными ресурсами, что уменьшает их возможности использования ППНП. В результате лечение больного психотропными препаратами нового поколения, начатое в стационаре, не продолжается в условиях амбулатории, и ожидаемого эффекта от терапии ППНП не получается. Отсутствиеенной преемственности в работе стационарных и амбулаторных психиатрических служб являются моментом, препятствующим более широкому внедрению в психиатрическую практику ППНП.

Трудностями в использовании психотропных препаратов нового поколения в психиатрической практике являются следующие основные моменты:

- отсутствие показаний к назначению психотропных препаратов нового поколения узко дифференцированного характера в рамках «синдром-мишень» для терапии шизофрении и других шизофреноидных психозов экзогенно-органического генеза;
- отсутствие убедительных данных о преимуществах одних препаратов перед другими при выборе лечащим врачом индивидуального курса лечения пациенту, что приводит к мнению о недостаточности информационного клинического опыта в работе с препаратами этого ряда, к недооценке ППНП.
- высокая стоимость ППНП негативно воспринимается как больными, так и их родственниками, так как учреждения здравоохранения недостаточно финансируются.

В таблице 3 приведены данные относительно катамнестических наблюдений за больными.

Таблица 3

*Катамнестические наблюдения за больными, принимавшими психотропные препараты нового поколения в течение 2009 года*

Категории больных	Абсолютное число (чел.)	%
Больные, переведенные на традиционные нейролептики, по причине отсутствия ППНП	209	40
Больные, у которых ухудшилось состояние и которым усиlena традиционная терапия	52	10
Больные, прекратившие приём традиционных нейролептиков	104	20
Больные, продолжавшие в течение 2-7 месяцев приём психотропных препаратов нового поколения, назначенных в стационаре	156	39

Исходя из приведённых в таблице 3 данных, все вышеуказанные проблемы, связанные с использованием психотропных препаратов нового поколения в психиатрической практике, взаимосвязаны и должны решаться комплексно:

- а) накоплением клинического опыта (стандартизация клинических исследований);

- б) использование узко дифференцированного подхода к показаниям применения ППНП «мишень-синдромы»;
- в) разработкой методик перехода от традиционной терапии к психотропным препаратам нового поколения;
- г) созданием единой системы психосоциальной реабилитации.

---

---

**Литература:**

1. Авруцкий Г.Я., Надува А.А. *Лечение психических больных*.
2. *Журнал неврология и психиатрия*.
3. *Психиатрия и психофармакология // Ж. им. Ганнушкина.* – 2003. - № 5. – С. 1-5.
4. *Психиатрия и психофармакотерапия // Ж. им. Ганнушкина.* – 2007.
5. *Российский психиатрический журнал.* – 2004. - № 6.
6. *Современные аспекты психофармакологии.* – 2004.
7. *The British journal of Psychiatry 1.2007 (2.2007), избранные статьи на русском языке*.

## ТИПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЛИКТЫ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕКТА АГРЕССИИ

Г.Т. Сейсебаева

г. Алматы

Агрессивное поведение – это очень сложный феномен, который имеет несколько различных аспектов, таких как объекты агрессии, выраженность агрессии, частота возникновения, причины и последствия агрессивного поведения [1-4]. Например, такие тяжкие агрессивные поступки, как убийства, значительно отличаются от легких проявлений агрессии, таких как толчки или угрозы. Такие виды агрессии различаются также по причинам, распространности, прогностическим факторам и способам исследования [5-6].

Агрессия со стороны пациентов с психическими заболеваниями в домашних условиях создает значительные проблемы для его микросоциального окружения, в первую очередь, родственников и близких [7, 8].

### Цель исследования

Изучить механизмы деструктивного поведения лиц с психическими расстройствами в зависимости от направленности (объекта) агрессивных действий.

### Материал и методы исследования

Объектом исследования стали 144 человека, находящихся под следствием, в возрасте от 15 до 70 лет, из них мужчин - 105 человек, женщин – 39 человек. Все обследованные нами психически больные лица, совершившие внутрисемейные агрессивные действия, были подразделены на 4 основные группы:

- *первая группа* – лица, совершившие деликты в отношении своих новорожденных детей (20 испытуемых или 13,9% от всего числа обследованных лиц);
- *вторая группа* – лица, совершившие деликты против своих детей более старшего возраста (30 испытуемых или 20,8% от всего числа обследованных лиц);

- *третья группа* – лица, совершившие деликты в отношении мужей/жен и сожителей/сожительниц (57 испытуемых или 39,6% от всего числа обследованных лиц);

- *четвертая группа* – лица, совершившие деликты против иных родственников – родителей, братьев, сестер, и т.п. (37 испытуемых – 25,7% от всего числа обследованных лиц).

Основными методами исследования являлись:

- а) социально-демографический;
- б) клинико-психопатологический;
- в) экспериментально-психологический;
- г) математико-статистический.

### Результаты и обсуждение

Подавляющее большинство агрессивных действий в группе сравнения (психически здоровые лица) было направлено против супругов/сожителей (60,6%) и других родственников (30,3%), однако полностью отсутствовали в качестве объекта агрессии новорожденные, и незначительной была доля детей (9,1%).

#### *Совершившие деликты в отношении своих новорожденных детей*

Социально-демографические показатели данной группы сводятся в первую очередь к преобладанию лиц (80,0%) возрастной группы 20-29 лет (таблица 1).

Испытуемые лица в семейном отношении были преимущественно не устроены: не замужем - 70,0% (все женщины), женаты/замужем – лишь 30,0% (таблица 2).

Половина испытуемых лиц данной группы не имели детей, 30,0% от всего числа обследованных лиц имеют по одному ребенку, 15,0% - по два ребенка и 5,0% - по три и более детей.

Большинство испытуемых лиц данной группы (70,0% от всего числа обследованных лиц) прожи-

Возрастная структура обследованных лиц

Таблица 1

Возраст (число лет)	Объект агрессии							
	Новорожденные		Дети		Супруги, сожители		Другие родственники	
	Абсолютное число (чел.)	%						
15-17	-	-	-	-	-	-	18	48,6*
18-19	2	10,0	-	-	-	-	4	10,8
20-29	16	80,0*	19	63,3*	14	24,6*	7	18,9
30-39	2	10,0	4	13,3	18	31,6*	4	10,8
40-49	-	-	5	16,7	17	29,8*	2	5,4
50-59	-	-	2	6,7	4	7,0	1	2,7
60-69	-	-	-	-	2	3,5	1	2,7
70 и более	-	-	-	-	2	3,5	-	-
ВСЕГО:	20	100,0	30	100,0	57	100,0	37	100,0

\*- различия достоверны -  $t > 2, p < 0,05$ 

Семейное положение обследованных лиц

Таблица 2

Семейное положение	Объект агрессии							
	Новорожденные		Дети		Супруги, сожители		Другие родственники	
	Абсолют- ное число (чел.)	%						
Женат/замужем	6	30,0	1	3,3	15	26,3	4	10,8
Холост/не замужем	14	70,0*	14	46,7*	-	-	33	89,2*
Разведен (-а)	-	-	3	10,0	15	26,3	-	-
Сожительствует	-	-	2	6,7	27	47,4*	-	-
Вдовец/вдова	-	-	10	33,3*	-	-	-	-
ВСЕГО:	20	100,0	30	100,0	57	100,0	37	100,0

\*- различия достоверны -  $t > 2, p < 0,05$ 

вают в городах. Жилищная проблема для них не является актуальной:

- 60,0% обследованных лиц данной группы проживают в своих квартирах (домах);
- не имеют определенного места жительства 10,0% испытуемых лиц;
- снимают жилплощадь или проживают совместно с родителями и родственниками остальные 30,0% от всего числа обследованных лиц.

Сведения о родительских семьях и воспитании указывают на значительное число случаев отсутствия у испытуемых лиц с раннего детства родителей (20,0%), а при их наличии - на неблагополучные отношения в семье (20,0%).

В родительских семьях этих испытуемых было наибольшее число (относительно других групп) случаев трёх и более детей (в 35,0% случаев), однако в наибольшем числе случаев в этой группе (45,0%), как и в других, был только один ребенок.

По характеру трудовой занятости, наибольшая доля испытуемых, совершивших агрессивные

действия против своих новорожденных детей, не имели определенных занятий – 45,0%, и были заняты физическим трудом (таблица 3). Среди них отсутствовали пенсионеры по возрасту и по инвалидности.

Психотравмирующие факторы отмечены в преобладающем числе случаев и по степени выраженности составляют: острая - 15,0%, подострая - 30,0%, хроническая - 20,0%, а отсутствовали лишь в одном случае (таблица 4).

При анализе факторов социального неблагополучия (таблица 5), тяжелое материальное положение выявлено в 30,0% случаев, неблагоприятные жилищные условия отмечены у 25,0% испытуемых лиц данной группы, конфликтные отношения в семье в 15,0% случаев, антисоциальное окружение в 10,0% случаев.

В данной группе испытуемых лиц не отмечается влияния антисоциального окружения, систематического употребления алкоголя, а также деликвенности – все они совершили delikt впервые (таблица 6).

Таблица 3  
Трудовая занятость обследованных лиц

Характер трудовой занятости	Объект агрессии							
	Новорожденные		Дети		Супруги, сожители		Другие родственники	
	Абсолютное число (чел.)	%						
Физический труд	4	20,0	11	36,7*	15	26,3*	5	13,5
Умственный труд	2	10,0	1	3,3	2	3,5	2	5,4
Пенсионер (-ка) по возрасту	-	-	3	10,0	1	1,8	1	2,7
Пенсионер (-ка) по инвалидности	-	-	5	16,7	9	15,8	-	-
Домохозяйка	2	10,0	-	-	-	-	-	-
Без определенных занятий	9	45,0*	8	26,7*	28	49,1*	23	62,2*
Учащийся	3	15,0	2	6,6	2	3,5	6	16,2
ВСЕГО:	20	100,0	30	100,0	57	100,0	37	100,0

\* - различия достоверны -  $t > 2$ ,  $p < 0,05$

Таблица 4  
Характер психической травмы, предшествующей агрессивным действиям

Характер психической травмы	Объект агрессии							
	Новорожденные		Дети		Супруги, сожители		Другие родственники	
	Абсолютное число (чел.)	%						
Психотравма отсутствовала	1	5,0	5	16,7	2	3,5	5	13,5
Психотравма острая	3	15,0	5	16,7	2	3,5	3	8,1
Психотравма подострая	6	30,0*	5	16,7	18	31,6	9	24,4
Психотравма хроническая	4	20,0	8	26,6*	33	57,9*	14	37,8*
Не установлено	6	30,0	7	23,3	2	3,5	6	16,2
ВСЕГО:	20	100,0	30	100,0	57	100,0	37	100,0

\* - различия достоверны -  $t > 2$ ,  $p < 0,05$

Таблица 5  
Характер социального неблагополучия

Характер социального неблагополучия	Объект агрессии							
	Новорожденные		Дети		Супруги, сожители		Другие родственники	
	Абсолютное число (чел.)	%						
Отсутствовало	4	20,0	5	16,7	3	5,3	1	2,7
Тяжелое материальное положение	6	30,0*	5	16,7	7	12,3	9	24,3
Неблагоприятные жилищные условия	5	25,0*	4	13,2	11	19,3	9	24,3
Конфликты на работе	-	-	2	6,7	4	7,0	-	-
Конфликты в семье	3	15,0	11	36,7*	20	35,1*	12	32,5*
Антисоциальное окружение	2	10,0	3	10,0	12	21,0	6	16,2
ВСЕГО:	20	100,0	30	100,0	57	100,0	37	100,0

\* - различия достоверны -  $t > 2$ ,  $p < 0,05$

Кратность правонарушений

Таблица 6

Кратность правонарушений	Объект агрессии							
	Новорожденные		Дети		Супруги, сожители		Другие родственники	
	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%	Абсолютное число (чел.)	%
Впервые	20	100,0*	27	90,0*	19	33,3	23	62,2*
Повторно	-	-	2	6,7*	27	47,4*	12	32,4
Более 2-х раз	-	-	1	3,3	11	19,3*	2	5,4
ВСЕГО:	20	100,0	30	100,0	57	100,0	37	100,0

\* - различия достоверны -  $t > 2$ ,  $p < 0,05$

Среди психически больных, совершивших агрессивные действия против своих новорожденных детей, самая высокая доля лиц, признанных невменяемыми – 30,0% (таблица 7).

Таким образом, группы лиц с психическими расстройствами, совершивших неонатицид, социально-демографически характеризуются:

- а) молодым возрастом;
- б) проживанием в городах;
- в) происхождением из многодетных родительских семей неблагополучного функционирования;
- г) воспитанием без родителей;
- д) преобладанием внебрачных отношений;
- е) отсутствием детей или наличием только одного ребенка;
- ж) не антисоциальным образом жизни и не злоупотреблением алкоголем;
- з) преимущественной устроенностью в жилищном отношении;
- и) недостаточной материальной обеспеченностью.

#### Лица, совершившие деликты против своих детей более старшего возраста

В данной группе испытуемые с психическими расстройствами находились, в основном, в молодом возрасте 20-29 лет (63,3%) и более зрелом возрасте, вплоть до 50-59 лет (6,7%). В группе сравнения (психически здоровые лица) все испытуемые относились к возрастной группе 30-39 лет.

Всего несколько человек из данной группы лиц с психическими расстройствами состоят в закон-

ном браке (3,3%), сожительствуют (6,7%) или разведены (10,0%). Большинство лиц в данной группе исследуемого контингента или не женаты/незамужем (46,7%), или являются вдовцами/вдовами (33,3%). Большая часть исследуемых лиц имеет одного ребенка (40,0%), двоих - 40,0%, троих и более детей – 20,0%. При этом большинство детей (53,4%) являются внебрачными. В группе сравнения двое испытуемых состоят в браке, и 1 человек сожительствует, у всех в семьях по 1 ребенку.

Большинство испытуемых данной группы лиц с психическими расстройствами, как и в предыдущей группе, проживают в городе (60,0%). В данной группе так же, как в группе деликтов против новорожденных, испытуемые проживают в квартирах и домах (29,7%), снимают жилплощадь (26,7%) или проживают у родственников (20,0%). Однако, в данной группе психически больных лиц значительна доля пациентов, не имеющих определенного места жительства (16,6%), что привносит социально обусловленный фактор в данный вид деликта. В группе сравнения двое из троих испытуемых также не имеют определенного места жительства.

В качестве собственно социальных факторов выступают в большей степени конфликтные отношения в семье (36,7%), тяжелое материальное положение испытуемых с психическими расстройствами (16,7%) и неблагоприятные жилищные условия (13,2%), а антисоциальное окружение присутствовало в 10,0% случаев. Алкоголизация испытуемых лиц данной группы имеет место лишь в 30,0% случаев. Также как в предыдущей группе

Решение судебно-психиатрической экспертной комиссии о вменяемости

Таблица 7

Решение СПЭК	Объект агрессии							
	Новорожденные		Дети		Супруги, сожители		Другие родственники	
	Абсолютное число (чел.)	%						
Вменяем (-а)	14	70,0*	23	76,7*	49	86,0*	32	86,5*
Невменяем (-а)	6	30,0*	7	23,3*	8	14,0*	5	13,5*
ВСЕГО:	20	100,0	30	100,0	57	100,0	37	100,0

\* - различия достоверны -  $t > 2$ ,  $p < 0,05$

деликвентность не является характерной - 90,0% испытуемых с психическими расстройствами совершили деликт впервые.

В родительских семьях испытуемых данной основной группы конфликтные отношения отмечены в 10,0% случаев и неблагополучные условия воспитания в 20,0% случаев, а отсутствие родительской семьи у 10,0% лиц с психическими расстройствами. Также как в предыдущей группе более половины испытуемых лиц данной группы (60,0%) имеют происхождение из многодетных семей.

В группе сравнения (психически здоровые лица) присутствуют аналогичные неблагоприятные социальные факторы.

По своему социально-трудовому положению испытуемые данной основной группы распределяются следующим образом: работающие – 40,0%, не работающие – 26,7%, пенсионеры - 26,7%. В группе сравнения все испытуемые были заняты физическим трудом.

К психологически обусловленным факторам деструктивных действий лиц с психическими расстройствами в отношении своих детей в 33,3% случаев относятся конфликтные отношения в семье, лишь в отдельных случаях отмечены проблемы на работе (4,3%). Причем, в отличие от предыдущей группы, в большем проценте случаев отмечена хронизация психотравмирующей ситуации (26,6%), подострая и острая психические травмы составляют по 16,7%.

В преобладающем числе случаев деликты в отношении детей совершены вне состояния алкогольного опьянения (в 75,0% случаев). В группе сравнения (психически здоровые лица) все агрессивные действия против своих детей совершались в условиях хронической психотравмирующей ситуации и в состоянии алкогольного опьянения.

#### *Лица, совершившие агрессивные деликты в отношении мужей/жен и сожителей/сожительниц*

Данная группа испытуемых по количественному составу представлена относительно большим, по сравнению с остальными сравниваемыми группами, числом пациентов. Возрастной состав достаточно однороден: возраст 20-49 лет у 86,0%, совпадающий с естественным возрастом супружеских отношений.

Все эти испытуемые женаты/замужем (26,3%), разведены (26,3%) или сожительствуют (47,4%). Большинство (82,5%) имеют детей, проживают в городах (77,2%), имеют свои квартиры или дома (71,9%).

В плане социального функционирования испытуемые лица адаптированы плохо, заняты трудом лишь 29,8%, находятся на пенсии - 17,6%, а лица, не имеющие определенных занятий, составили почти половину состава группы - 49,1%.

Лишь 33,3% испытуемых лиц этой группы совершили правонарушение впервые, в 47,4% случаев – повторно, и более двух раз - 19,3%. Таким обра-

зом, лица с психическими расстройствами, совершающие агрессивные деликты в отношении мужей/жен и сожителей/сожительниц, наиболее склонны к рецидивам.

К неблагоприятным факторам относится антисоциальное окружение – 21,0%, а в основном отмечено систематическое употребление алкоголя – 35,1% и злоупотребление им – 3,5%. Преобладающими причинами неблагоприятного жизненного функционирования у данной категории лиц являлись конфликтные отношения в семье, отмечавшиеся в 35,1% случаев, неблагоприятные жилищные условия (19,3%) и тяжелое материальное положение (12,3%).

Степень выраженности психотравмирующего воздействия в предделиктный период оценивалась в основном, как хроническая (57,9%) и подострая (31,6%) в отдельных случаях, и как острая лишь в единичных случаях (3,5%), не выявлена или отсутствовала (3,5%). Это не только хорошо согласуется с указанным выше преобладанием конфликтных отношений в семье, но и показывает, что агрессивный характер действий супругов и сожителей детерминирован именно психологическим механизмом супружеских отношений.

Родительский след в семейных отношениях не прослеживается, поскольку в 52,7% случаев родительские семьи оценены как благополучные, а неблагополучные – лишь в 1,7% случаев, отсутствовала родительская семья лишь у одного испытуемого, не установлен характер родительской семьи в почти четверти случаев (22,8%). Так же, как в предыдущих группах родительские семьи были малодетными (70,2%), трое и более детей – лишь в 3,5% случаев, двое детей – в 26,3% случаев.

Большинство тяжких деликтов в отношении своих супругов и сожителей совершаются в состоянии алкогольного опьянения (70,5%), что, безусловно, связано с повышающим агрессивность воздействием алкоголя на конфликтно-психотравмирующем фоне супружеских отношений.

Таким образом, испытуемые лица, совершившие тяжкий деликт в отношении своих супругов/сожителей, характеризуются социальной адаптированностью, вне связи с негативными следами родительской семьи и характером супружеских отношений родителей, но имеющие конфликтный характер отношений с объектом агрессии, оцениваемых как психотравмирующий фактор в предделиктный период.

#### *Совершившие деликты против других родственников*

Данная группа испытуемых лиц наиболее интенсивно отличается по возрастному составу. В ней преобладают лица молодого возраста:

- 15-17 лет – 48,6%;
- 18-19 лет – 10,8%;
- 20-29 лет - 18,9%.

Обращает на себя внимание возрастная группа 15-17 лет (подростки) – в этой возрастной группе совершались деликты только против других родственников.

В этой группе семейное положение испытуемых отражает их возрастную структуру (подавляющее большинство лиц находится в молодом возрасте): холостые/не замужем испытуемые составили 89,2%. Не имеющие детей составили 76,6%.

В отличие от других рассмотренных групп, большинство испытуемых лиц (59,5%), совершивших деликты против других родственников, являются сельскими жителями. Лишь 40,6% проживают в квартирах и домах. В остальном проценте случаев жилищная проблема не решена, вплоть до положения БОМЖ (27,0%).

Социально-трудовая адаптированность испытуемых лиц данной группы крайне низкая - определенных занятий не имели 62,2%. В качестве социально-дезадаптирующих факторов антисоциальное окружение представлено у 16,2%, тяжелое материальное положение и неблагоприятные жилищные условия – по 24,3%, а конфликты в семье – у каждого третьего. Отмечается и высокий уровень алкоголизации - алкоголь употребляют систематически 27,1%, злоупотребляют 18,9%. Чуть более трети (37,8%) испытуемых лиц этой группы ранее уже совершали правонарушения. В ряде случаев отме-

чается влияние социально неблагоприятного фактора материальной нужды – в 17,9% случаев.

Выраженность внутрисемейной психической травматизации имела место в 37,8% случаев хроническую и подострую степень в 24,4% случаев, в единичных случаях носила острый характер - 8,1%, а отсутствовала лишь у некоторых лиц - 13,5%.

В данной группе, в отличие от испытуемых лиц предыдущих групп, проступает связь с неблагополучной родительской семьей (32,5%), с конфликтностью в родительских отношениях (18,9%). При этом многодетность родительской семьи не была превалирующей (трое и более детей в 16,2% случаев). Деликты в отношении родственников совершались испытуемыми данной группы, как в алкогольном опьянении (57,0%), так и в трезвом состоянии (42,9%).

#### **Выводы:**

1. Испытуемые лица, совершившие тяжкую агрессию в отношении своих родственников, были преимущественно молодого возраста, не имеющие собственной семьи, без трудовой занятости.
2. Испытуемые лица, совершившие тяжкую агрессию в отношении своих родственников в целом социально дезадаптированы, имели психологический дезадаптирующий фактор конфликтных внутрисемейных отношений.

#### **Литература:**

1. Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.Д. Шостаковича. - СПб., 2002. - 464 с.
2. Андреева Е.С. Судебно-психиатрическая оценка органического психического расстройства в соответствии со статьёй 22 УК РФ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 28 с.
3. Антонян Ю.М., Горинов В.В., Саблина Л.С. Преступники с умственной отсталостью: Учебное пособие. - М., 1992. - 100 с.
4. Белоусова М.Л. Преступность и опасные действия больных шизофренией в период 1988-1998 г.г. // Рос. психиатр. журн. - 2002. - № 5. - С. 33-37.
5. Бендриковский А.М. Этнокультуральные и клинико-социальные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Республике Коми: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2001. - 29 с.
6. Бызова В.М. Опыт использования Hand-теста в этнопсихологии // Психолог. журн. - 1997. - Т. 18, № 4. - С. 110-117.
7. Бэрон Р., Ричардсон Д. Агрессия. - СПб., 1999. - 352 с.
8. Вандыш-Бубко В.В., Андреева Е.С. Судебно-психиатрическая оценка лиц с органическим психическим расстройством, не исключающим вменяемости (ст. 22 УК РФ): Пособие для врачей. - М., 2004. - 40 с.

## **ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Т.Г. Шаповалова

На современном этапе развития психиатрической помощи населению особое значение приобретают возможности амбулаторного долечивания и организация поддерживающей терапии психичес-

п. Затобольск (Костанайская обл., РК)

ких больных, что важно во избежание возможного обострения заболевания, роста повторных поступлений. Необходимость повышения удельного веса больных, пролеченных амбулаторно, очевидна -

снижаются экономические затраты каждого пользованного больного, улучшается качество психосоциальной реабилитации больных. Так, пребывание больного вне стен больницы в привычном для него окружении активизирует его компенсаторные механизмы.

Выписка больного из стационара и переход его к амбулаторному лечению должны быть тщательно продуманы. Так как сроки госпитализации сократились, то подбор дозы продолжается и на амбулаторном этапе. Преждевременная выписка без должной подготовки больного к жизни в обществе может осложнить или сделать невозможной дальнейшую социальную реабилитацию. Это особенно важно в случае очередного приступа у хронического больного и для тех, кто за время пребывания в стационаре потерял связи с родными и друзьями.

Целью настоящего исследования является попытка выявить механизмы коррекции между длительностью заболевания и частотой ремиссии, с одной стороны и характером применённой поддерживающей терапии (противорецидивной) - с другой.

Нами катамнестически изучено 30 больных, выписанных из стационара и переведенных на амбулаторное поддерживающее лечение. Сроки катамнестических наблюдений составляют от 1 года до 3-х лет.

По клинической картине все анализируемые случаи были более или менее сходны. В клиническом плане - это больные, у которых на момент выписки из стационара преобладали стёртые бредовые расстройства, аффективные, кататоничес-

кие, психопатоподобные нарушения. Эта была группа, представляющая повышенную социальную опасность.

Давность заболевания шизофренией у исследуемых составляла от 3-х до 10-ти лет, при числе ранее перечисленных приступов (обострений) равному 3-4 приступам. По типу течения заболевания основную массу составили больные с недифференцированной шизофренией.

Во всех случаях подбор вида поддерживающей терапии производился на стационарном этапе, руководствуясь общими принципами: «Лечить, не болезнь, а больного». При этом выяснялось, какие препараты больной принимал ранее, была ли аллергия, какие препараты больной считает подходящими для себя, какие плохо переносились из-за побочных эффектов, что давало важную информацию, помогало наладить с больным доверительные отношения, обеспечивало его активное участие в лечении. Поддерживающая терапия осуществлялась в 3-х вариантах, и контрольном варианте:

- пролонги, в частности галоперидол деканоат в дозе 25-50мг внутримышечно 1 раз в 3 недели;
- атипичные нейролептики – азалептин, азалептол в средних дозах 25-50 мг в сочетании с галоперидол деканоатом в выше указанных дозах;
- психотропные препараты нового поколения (ППНП) – зипрекса в дозах 10 мг;
- контрольная группа наблюдалась практически без лечения в виду отказа больных от приема нейролептиков.

Таблица 1

*Анализ катамнестического наблюдения за выписанными больными  
в амбулаторных условиях (поддерживающая терапия)*

Группа	Наименование лекарственных препаратов	Число случаев	Длительность катамнеза в среднем	Частота обострений (госпитализаций)
1.	Галоперидол деканоат	10	3 года	15
2.	Галоперидол деканоат, азалептин, азалептол	10	2 года	5
3.	Зипрекса (ППНП)	4	1,5 года	0
4.	Контрольная группа	6	1 год	8
ИТОГО случаев		30		

Таким образом, абсолютные преимущества в проведении поддерживающей терапии имеют психотропные препараты нового поколения (ППНП), а также атипичные нейролептики в сочетании с пролонгами (азалептин, галоперидол деканоат). При сроке наблюдения в течение 2-х лет было всего 5 регоспитализаций из 10 учтённых больных (группа 2). При сроке наблюдения в течение 1,5 лет не было ни одной регоспитализации из 4 угнетённых больных (группа 3). Несомненным пре-

имуществом перед формой поддерживающей терапии в виде галоперидола деканоата имеет сочетание атипичных нейролептиков – азалептина с галоперидол деканоатом: удобство применения по кратности, достоверность факта приёма в необходимых дозировках, незначительное число осложнений, экономическая предположительность. Амбулаторные психиатрические службы обладают меньшими ресурсами, что ограничивает их возможности использования ППНП. В результате

чего получается, что лечение пациента ППНП, начатое в стационаре, часто не получает продолжения в амбулаторных условиях. Преимущество в применении ППНП в амбулаторной практике, несомненно, но высокая стоимость ППНП сдерживает их широкое внедрение в применении их в противорецидивном лечении в амбулаторных условиях.

*Литература:*

1. Авруцкий Г.Я. *Лечение психических больных*. - М., 1988.
2. Гурович И.Я. и соавт. *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2002. – Т. 12.
3. Дмитриева Т.Б. *Клиническая психиатрия*. - М., 1999
4. Мосолов А.И. *Психофармакология*. - М., 1998.
5. Попов М.Ю. *Российский психиатрический журнал*. – 2003. - № 5.
6. Hawkins K.A., Mortimes A. и др. *Обзор современной психиатрии*. - 2001-2002.

В качестве общего вывода можно констатировать чёткие преимущества применения психотропных препаратов нового поколения, атипичных нейролептиков в сочетании с пролонгами и пролонгов в чистом виде, а также недопустимость отказа от поддерживающей терапии при наличии у больных после выписки из стационара остаточных психотических нарушений или отчётливых проявлений шизофренического дефекта.

## ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Т.Г. Шаповалова

п. Затобольск (Костанайская обл., РК)

Распространенность одиноких психических больных в старших возрастных группах, частое нарушение у них социальной адаптации – нередкие явления последних лет. Среди факторов социальной адаптации данного контингента больных наименее изученными являются:

- взаимоотношения с родственниками; живущими отдельно;
- причины одиночества;
- отношения к нему больных;
- его мотивация и потребность пациентов в диспансерном наблюдении.

Исследование перечисленных моментов и их связи с клиникой стало целью настоящей работы. Клиническими и социально – психологическими методами обследованы 10 больных (3 женщины и 7 мужчин) в возрасте 60-66 лет.

Все больные, за исключением троих, имели родственников, живущих отдельно. Близкие люди к пациентам с психоорганическими расстройствами и МДП относились лучше, проявляя внимание и заботу, чем к больным шизофренией, у которых чаще отмечалось отрицательное и индифферентное отношение к родственникам. Причинами одиночества больных были смерть супруга, развод и отделение взрослых детей от семьи. Больных шизофренией супруги оставляли вскоре после начала болезни из-за страха перед этим диагнозом. Женщины с органическими поражениями головного мозга разводились с мужчинами, в основном из-за их пьянства ещё до заболевания. Причинами оди-

ночества при шизофрении, кроме указанных, были смерть матерей, сестер (часть больных, по причине начавшегося в молодости процесса, не смогла создать свои семьи и жила в родительских), а также отказа взрослых детей от пациентов из-за их бредового или психоподобного поведения. Больные с МДП проживали одни после смерти супруги. Большинство больных тяготилось одиночеством, реже относились к нему индифферентно или положительно. Отмечается связь между отношением к одиночеству и нозологической формой заболевания. Больные шизофренией реже тяготились одиночеством. Рассматривая мотивацию отношения к одиночеству, мы выделили три её уровня:

- психопатологический (синдромальный);
- психологический;
- соматический.

Положительному отношению к одиночеству на психопатологическом уровне способствовали бред преследования, направленный на родственников, эксплозивный и эйфорический варианты психоорганического синдрома, психопатоподобные расстройства возбудимого или паранойяльного круга.

На психологическом уровне - психологическая защита по типу рационализации и неудачная семейная жизнь в прошлом. На соматическом уровне – нетяжелое заболевание с легкой декомпенсацией. Индифферентное отношение к одиночеству на психопатологическом уровне коррелировало с шизофреническим дефектом и апатическим вариантом

---

---

психоорганического синдрома. На психологическом уровне – с защитой по типу вытеснения религиозностью и эмоциональным отчуждением в семье в прошлом. На соматическом уровне – с отсутствием серьезной патологии.

Отрицательному отношению к одиночеству содействовали на психопатологическом уровне – бред преследования, направленный на соседей, депрессия, психопатоподобные и неврозоподобные астенические и истерические расстройства, лакунарная деменция. На психологическом уровне – благополучная семейная жизнь в прошлом.

На соматическом уровне – тяжелая патология с выраженной декомпенсацией и нуждаемостью в постоянной помощи.

Большинство больных относились к диспансерному наблюдению положительно. Они охотно общались с участковыми психиатрами и сожалели о редких встречах с ними. Причины такого отношения: улучшение психического состояния после назначения медикаментозного лечения и психотера-

пии, личностные особенности врача - доброжелательность, вежливость, внимательное, заботливое отношение к больным, проецирование на врача своих нереализованных родительских чувств. Отрицательное отношение к врачу у части больных было вызвано его грубостью, высокомерием, не компетентностью и пренебрежительным отношением к пациентам.

Значительные социальные трудности пациенты испытывали в связи с соматическими заболеваниями, плохими жилищными условиями, недостаточным материальным обеспечением, бытовыми проблемами. Однако, несмотря на это, все больные, за исключением двоих, отрицательно относились к помещению в стационар или дом-интернат.

Таким образом, все одинокие пожилые психически больные, независимо от характера заболевания, в той или иной степени, были социально дезаптированы. Многие из них тяготились одиночеством, нуждались в психологической поддержке, в терапевтической и социально-бытовой помощи.

---

## НАРКОЛОГИЯ

### К ВОПРОСУ О РОЛИ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДИНАМИКЕ НАРКОМАНИИ

Г.И. Алтынбекова

г. Павлодар

Распространенность коморбидных состояний в популяции больных наркоманией высока [1]. По разным оценкам хронические аффективные расстройства, необусловленные приёмом наркотиков (биполярные психозы, униполярные депрессии, дисфорические гипомании, дистимия) при опийной наркомании встречаются в 18-48% случаев, шизофрения - в 4-8%, расстройства личности - в 21-67%. Среди основных вариантов коморбидности называют вариант «наркомания + психопатия». Дисгармония развития личности – задержка развития логического мышления, инфантильные аффективные реакции, примитивный гедонизм в виде обостренной потребности в немедленных удовольствиях, трудности адаптации к окружающей жизни, хронические заболевания – всё это в различных сочетаниях создаёт у подростка почву для закрепления потребности в постоянном модулировании своего психического состояния путем наркотизации [2, 3].

Личностное расстройство по антисоциальному или диссоциальному типу, помимо общих диагностических указаний в МКБ-10, характеризуется когнитивной дефицитарностью при хорошей социальной ориентировке в сочетании с умением манипулировать людьми и использовать внешние обстоятельства в свою пользу. Характерными особенностями являлись отсутствие способности к эмпатии, равнодушие к чувствам других людей, стремление к получению простых удовольствий без определенного волевого усилия и труда. Во всех случаях отмечалось раннее начало курения, ранняя алкоголизация и высокий риск употребления психоактивных веществ (ПАВ). Формирование этих черт под воздействием негативных социальных и психологических факторов происходит с 10-11-летнего возраста [4].

В ходе проведенного исследования были изучены и проанализированы некоторые личностные и поведенческие особенности 200 лиц, больных опийной наркоманией, проходящих стационарное лечение в контексте их соответствия или несоответствия стационарному лечебному режиму. В качестве диагностических инструментов использовались клинико-психопатологический метод, а также клинико-психологический метод с использованием целевых шкал для выявления личностных расстройств.

Среди лиц с сопутствующими личностными расстройствами всего в 0,5% случаев не было за-

регистрировано нарушения режима. Среди опийных наркозависимых лиц без сопутствующих личностных расстройств таковых оказалось всего 10,6%. Среди пациентов с сопутствующими личностными расстройствами, включая циклоидных личностей в сравнении с наркозависимыми без коморбидных расстройств, достоверно чаще встречаются лица, регулярно нарушающие режим (превышение в 3,8 раза). Параметрические показатели, характеризующие степень тяжести нарушения лечебного режима, так же достоверно выше (в среднем в 1,3 раза) у лиц, больных опийной наркоманией, имеющих специфические личностные расстройства, включая циклотимию.

В отношении каждой нозологической подгруппы, по результатам сравнительного анализа можно констатировать, что самыми неблагоприятными в плане нарушения режима, являются больные опийной наркоманией, имеющие:

- 1) диссоциальное личностное расстройство;
- 2) эмоционально-неустойчивое личностное расстройство (импульсивный тип).

Показатели, характеризующие уровень отклонения поведения в плане случаев нарушения режима у больных с данными личностными расстройствами, практически по всем параметрам достоверно превышают аналогичные показатели лиц, больных опийной наркоманией без коморбидных личностных расстройств. Так, например, по частоте встречаемости такого показателя, как «регулярные нарушения» отмечается превышение в среднем в 3,4 раза у первых и в 4,2 раза у вторых, а такого показателя, как «грубые нарушения» – в 4,6 раза у первых и в 3,6 раза у вторых. По частоте встречаемости случаев регистрации «регулярных нарушений режима» на первое место, среди всех прочих нозологических групп, выходит группа лиц, больных опийной наркоманией, с истерическими личностными расстройствами. Превалентность зарегистрированных случаев регулярного нарушения режима у пациентов этой группы достоверно в 6 раз превышает аналогичные показатели больных опийной наркоманией, не имеющих коморбидных личностных расстройств. Однако удельный вес тяжести нарушений лечебного режима, у пациентов данной группы меньше чем у наркозависимых с диссоциальным и эмоционально-неустойчивым расстройством личности. По частоте случаев регулярных нарушений отмечено их достоверное превышение

у больных опийной наркоманией с эмоционально-неустойчивым поведением (пограничный тип) (в среднем в 3,3 раза) и тревожным (уклоняющимся) расстройством личности (в среднем в 3,8 раза).

Анализ поведения в условиях лечебного режима позволил выявить следующие особенности. Формы поведения, демонстрирующие открытую конфронтацию, были характерными для наркозависимых лиц с истерическим расстройством личности ( $2,7\% < 13,6\% > 35,5\%$ ) и циклотимией ( $1,2\% < 12,5\% > 39,1\%$ ). Активный протест в скрытой форме или саботаж наиболее часто встречался у наркозависимых лиц с диссоциальным расстройством личности ( $33,3 \pm 15,4\%$ ). Достоверно, что среди тех, кто был исключен из программы, т.е. досрочно выведен из неё за нарушение режима, чаще в среднем в 3,8 раза встречались наркозависимые лица, имеющие специфические расстройства личности, чем наркозависимые без коморбидной патологии.

Достовернонегативные лидеры, чаще всего, встречались среди наркозависимых лиц с диссоциальным личностным расстройством ( $33,3 \pm 15,4\%$ ).

Второе место, в этом плане занимали наркозависимые лица с эмоционально-неустойчивым (импульсивный тип) личностным расстройством ( $27,0 \pm 4,3\%$ ) и циклоидные личности ( $6,8\% < 25,0\% > 52,4\%$ ), и третье место, соответственно занимали наркозависимые с истерическим расстройством личности ( $2,7\% < 13,6\% > 35,5\%$ ).

Среди наркозависимых лиц с коморбидными личностными расстройствами встречались лица, которые за период лечения проявляли себя как негативные, так и позитивные лидеры (континуумы: «негативный лидер → позитивный лидер», «позитивный лидер → негативный лидер»). Таких лиц мы условно обозначили как «диссоциированные» лидеры. По частоте встречаемости случаев конфронтационного поведения с открытыми формами протesta в адрес лечебного режима первое место занимают наркозависимые с эмоционально-неустойчивым личностным расстройством импульсивного типа ( $21,6 \pm 13,3\%$ ), истерическим расстройством личности ( $2,7\% < 13,6\% > 35,5\%$ ), циклотимией ( $1,2\% < 12,5\% > 39,1\%$ ) и диссоциальным лично-

стным расстройством ( $2,8\% < 11,1\% > 26,2\%$ ). Среди наркозависимых лиц без сопутствующих личностных расстройств диссоциированные лидеры не были зарегистрированы, как в равной степени не было зарегистрировано случаев активного сопротивления лечебному режиму в скрытой форме. Саботирование режима достоверно в большей степени было присуще наркозависимым лицам с диссоциальным расстройством личности ( $33,3 \pm 15,4\%$ ) и циклотимией ( $1,2\% < 12,5\% > 39,1\%$ ). В среднем от 30% до 40% лиц, больных опийной наркоманией, в том числе со специфическими личностными расстройствами, досрочно прерывают лечение на первом его этапе (до 60-ти суток). Преждевременное окончание лечения связано в основном с двумя причинами: добровольный преждевременный выход из программы и досрочное исключение из программы за нарушение режима. Частота встречаемости случаев добровольного прекращения лечения достоверно ( $P < 0,05$ ) превышает частоту встречаемости случаев досрочного исключения из программы, как среди наркозависимых лиц без коморбидной психической патологии (в среднем в 9,6 раза), так и среди наркозависимых лиц, имеющих сопутствующие личностные расстройства, включая циклотимию (в среднем в 2,4 раза). Частота встречаемости случаев досрочного исключения из программы за нарушение режима лечебной программы достоверно выше (в среднем в 3,8 раза) среди опийных наркозависимых лиц с сопутствующими личностными расстройствами, включая циклоидных личностей в сравнении с наркозависимыми, не имеющими коморбидной психической патологии.

Таким образом, среди больных опийной наркоманией с коморбидными личностными расстройствами наиболее неблагоприятными для лечебного режима в частности и терапевтического сообщества в целом являются лица с диссоциальным личностным расстройством. Так же в этом плане неблагоприятным является следующий контингент: наркозависимые лица с эмоционально-неустойчивым расстройством личности по импульсивному типу; истерическим расстройством личности и циклоидные личности.

#### Литература:

1. Feinstein A.R. *The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*. J. Chronic Dis. 1970; 23: 455-468.
2. Брюн Е.А. Введение в антропологическую наркологию // Вопросы наркологии. - 1993. - № 1. - С. 72-78.
3. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. - М., 1980. - 272 с.
4. Вострокнутов Н.В. Концепция делинквентного поведения детей и подростков в контексте Международной классификации болезней 10-го пересмотра // Российский психиатрический журнал. – 1999. – № 3. – С. 4-9.

---

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

Г.И. Алтынбекова

г. Павлодар

«..Пристрастившиеся к морфину через несколько лет делаются негодными членами общества... Полнейшая неспособность к труду, беззаботность относительно будущего...», – отмечено в словаре Брокгауза и Эфрана в 1896 году (цит. по И.Н. Пятницкой, 1995). Это качество остается неизменным: нарушение психической активности, прогрессивное уменьшение времени, уделяемого труду и учебе при максимальном увеличение времени полной бездеятельности и отсутствии понимания необходимости трудиться – эти характеристики выявляются современными исследователями наркотической зависимости [1-2].

Структура психопатологических расстройств наиболее полно может быть раскрыта при помощи патопсихологического исследования. Клинико-психологическая диагностика наркоманий, проведенная коллективом исследователей, выявила, что у больных на передний план выступают снижение мотивации и отрицательное отношение к исследованию в целом. По мере выполнения заданий нарастают признаки истощаемости психической деятельности, частыми становятся аффективно окрашенные формы реагирования, отказные реакции. Характерно снижение уровня критичности, проявляющейся в неадекватной самооценке. Анозогнозия приобретает атипичную форму: признается вред от наркотиков для организма, но употребление небольших доз считается приемлемым.

Колебания психического состояния, выявленные с помощью метода MMPI, отражаются в повышении показателей по 4, 2, 8, 7, 0 шкалам. И.П. Лысенко (1988) обращает внимание на тот факт, что больные наркоманией идентифицируют свои личностные особенности исключительно с теми чертами, которые свойственны им в состоянии опьянения, что является отражением их психической зависимости, а также личностной направленности на достижение наркотического опьянения. Независимо от объективно присущих им черт больные склонны присваивать себе такие качества как разговорчивость, деятельность, доброта, дружелюбие, несамостоятельность.

Характерной особенностью была также диссоциация рациональной негативной оценки последствий злоупотребления и положительного эмоционального отношения к нему: 89% больных ответили, что употребление наркотиков значительно разнообразит их жизнь, и вполне допускали возможность их эпизодического употребления; 70% заявили, что в их жизни ничего не было приятнее эйфории.

Т.И. Букановская (1995) в своем исследовании социально-психологической адаптации у больных опийной наркоманией использовала проективные рисуночные тесты. При этом удалось выявить ряд графических признаков, имеющих прогностические благоприятное и неблагоприятное значение [3].

Е.Л. Милютиной в 1991 году установлены корреляции между уровнем активности в ситуации приобретения наркотика и фактором интеллекта ( $r = -0,53$ ), а также фактором гипотимии ( $r = -0,39$ ). Чем ниже интеллект, тем менее критичен наркоман к негативным последствиям потребления и приобретения наркотика. Негативные последствия не останавливают его при выборе решения. Гипотимия способствует более выраженному влечению к наркотику, к эйфории, получаемой от них.

Выявлена также содержательная взаимосвязь между склонностью к антисоциальным способам приобретения наркотиков и снижением фактора силы «сверх Я» (G). Это свидетельствует о непостоянстве, легкомыслии, повторстве своим желаниям, небрежности, аморальности, безответственности.

Нарушению целенаправленной активности у больных опийной наркоманией посвящено исследование Н.С. Курек (1993). Нарушение психической активности является наиболее частым и значимым симптомом как самостоятельно, так и в рамках депрессии, астенических симптомов. Наряду с общим падением активности личности, безволием – отмечается стремление любыми путями добить наркотик. О диссоциативном характере нарушений целенаправленной активности у больных наркоманией пишет и Е.Л. Милютина.

Методикой MMPI исследовались механизмы напряженности и факторы, её вызывающие у студентов (Филонов Л.Б., 1999). В группе резко конфликтных студентов в личностном профиле доминировала 6 шкала «аффективной ригидности» (конфликтные жестко придерживаются стратегии конфликта до момента истощения (7 шкала). Напряженность и тревожность коррелируют. Величина напряженности зависит от разницы между потенциалами «потребностных» качеств, которые построил себе человек, и реальной их представленности [4].

Ригидные, аффективно окрашенные переживания связаны с прошлым, отсюда – подозрительность, мнительность, злопамятность, защитная агрессивность [5].

В одном из таких исследований было выявлено, что длительное употребление наркотиков приводит к изменениям личности в виде психопати-

зации и шизоидизации [6]. Наиболее устойчивыми характеристиками личности больных наркоманиями являются асоциальность, конфликтность, сниженный контроль за своим поведением. Эмоциональная сфера характеризуется стрессом в результате фрустрированности потребности в покое и удовольствии, а интеллектуальные способности находятся на уровне нижней границы нормы.

Корреляции различных форм агрессивного поведения и шкал MMPI выявили Н.Г. Незнанов и С.Л. Соловьева (1996). Шкалы 4, 9, 6, 7, 8 обнаружили положительные корреляционные связи с показателем деструктивной агрессии (открытые проявления агрессивности, связанные с нарушением морально-этических норм) и отрицательные (кроме 9 шкалы) с конструктивной формой агрессии (агрессивные побуждения в социально приемлемой форме) [7].

Проблема изучения жизненного пути при различных вариантах аномального развития личности поставлена и разрабатывалась В.С. Хомиком (1985). Имеются данные о том, что прошлое и будущее у юношей, злоупотребляющих алкоголем, слабо связаны друг с другом [8]. Наркоманами прошлое настоящее и будущее переживаются как несвязанные друг с другом, в разобщенном виде. Следовательно, у наркомана субъективная картина жизненного пути как сложное интегративное образование, в котором жизнь человека предстает как целостность в единстве прошлого, настоящего и желаемого будущего, деформирована.

В этом контексте нарушен один из критериев «открытого» типа познавательной деятельности: умение осмыслить настоящее в терминах прошлого (причин) и в терминах будущего (в виде вероятностного прогноза), остается лишь умение мыслить только в терминах «здесь - и - теперь», полностью подчиняя интеллект аффекту [9].

Таким образом, наркомания представляет собой тип психопатизации личности с деформированной системой ценностных ориентиров, когда центральным мотивом становится поиск и потребление наркотиков. Это сопровождается крайней узостью пространства субъективных ценностей, локализацией

ценностей в наркосоциуме, потерей связей с прошлым и будущим. В результате деформации системы ценностных ориентиров ценности наркосоциального окружения становятся соизмеримыми с ценностями общечеловеческими [10].

Когда отсутствуют постоянные интересы и увлечения, основные виды деятельности как бы «рядом положены», то личность становится «наркотически ранимой» [11]. Социально-психологические характеристики, свидетельствующие о низкой успеваемости в школе при слабой мотивации к обучению, слабой способности к абстрагированию, импульсивности и агрессивности – по мнению R.J. Craig (1995), C.P. Chou, S. Montgomery, M.A. Pentz et all. (1997) ассоциированы с риском развития аддиктивного поведения.

При наркоманиях употребление наркотика имплицитно вплетается в процесс развития несформированной личности на этапе пубертата и периода ранней взрослости. Это приводит к тому, что личность больного наркоманией приобретает свою «модальность» с отличительными чертами, которые становятся узнаваемыми [12].

В клиническом плане выраженность симптомов развития и деградации зависит, с одной стороны, от интенсивности экзогенных воздействий (интоксикационных и психогенных), а с другой стороны, от наличия определенной «почвы». Для развития такой почвой являются психопатические черты характера, а для деградации – преморбидная органическая церебральная недостаточность.

Вследствие высоко прогредиентной динамики наркомании и быстро развивающегося психоорганического синдрома процесс «заострение - нивелирование - деградация» с формированием специфической «наркоманической личности» протекает 3-5 лет. При наркоманиях имеет значение возраст приобщения к наркотику и сформированность иерархии потребностей зрелой личности (типа «Б» по A. Maslow, 1970). Мы солидарны с авторами, рассматривающими изменения личности у больных наркоманиями как «органическое снижение уровня личности» с психопатоподобными расстройствами истеро-возбудимого и эмоционально-неустойчивого круга [13].

#### *Литература:*

1. Курек Н.С. *Нарушение целенаправленной активности у больных опийной наркоманией* // Психологический журнал. – 1993. - № 4. - С. 118-125.
2. Курек Н.С. *Психологический анализ целенаправленного поведения больных опийной наркоманией в ситуации приобретения наркотиков* // Журн. Вопросы наркологии. - 1995. - № 3. - С. 42-47.
3. Букановская Т.И. *Социально-психическая адаптация у больных опийной наркоманией и вопросы прогнозирования* // Ж. Социальная и клиническая психиатрия. - 1995. – № 2. - С. 52-59.
4. Филонов Л.Б. *Проблема диагностики психических расстройств взрослого человека России* // Мир психологии. - 1999. - № 2. - С. 149-154.
5. Дмитриева Т.В., Антонян Ю.М., Горинов В.В., Шостакович Б.В. *Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами* // Российский психиатрический журнал. – 1999. - № 4. - С. 4-9.

- 
- 
6. Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями // Журнал неврологии и психиатрии. - 1999. - № 10. - С. 14-19.
  7. Незнанов Н.Г., Соловьева С.Л. Экспериментально-психологические аспекты профилактики агрессивного поведения // Судебно-медицинская экспертиза. - 1996. - № 1. - С. 30-31.
  8. Хомик В.С., Кроник А.А. Отношение к времени: психологические проблемы ранней алкоголизации и отклоняющегося поведения // Вопросы психологии. - 1988. - 1. - С. 98-106.
  9. Гельфман Э.Г., Холодная М.А., Демидова Л.Н. Развитие и усложнение ментального мира личности // Психологический журнал. - 1993. - № 6. - С. 35-45.
  10. Кон И.С. Постоянство и изменчивость личности // Психологический журнал. - № 4. - С. 126-137.
  11. Altman J., Everitt B.J., Glaister S. et al. The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate // Psychopharmacology (Berl). – 1996. – Vol. 125, № 4. – P. 285-345.
  12. Козлов А.А., Рохлина М.Л. «Наркоманическая» личность // Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2000. - № 7. - С. 23-27.
  13. Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В. Транскультуральная наркология и психотерапия / Под ред. академика РАМН В.Я. Семке. - Томск: Изд-во Томского университета, 2001. – 162 с.

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АППАРАТА «МУСТАНГ-2000» С МАТРИЧНЫМ ИЗЛУЧАТЕЛЕМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ ВИРУСНОЙ И ТОКСИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

А.М. Идрисова

г. Павлодар

В связи с высоким уровнем заболеваемости хроническими гепатитами вирусной и токсической этиологии среди пациентов клиники Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар), страдающих зависимостью от наркотиков и алкоголя, перед нами была поставлена задача повышения эффективности реабилитационных мероприятий, используя малозатратные неинвазивные эффективные методы. Одним из таких методов является лазеротерапия.

Основой воздействия лазерного излучения является то, что поглощенная с помощью данных акцепторов клеткой или тканью энергия приводит к активации обмена веществ. В результате действия лазерного излучения изменяются энергетические параметры внутренней среды организма человека.

В связи со снижением чувствительности болевых рецепторов, уменьшением отека и напряжения тканей проявляется его обезболивающее и противовоспалительное действие.

Увеличение скорости кровотока и рост количества функционирующих капилляров улучшает питание периферических тканей, что вместе с ускорением метаболических реакций и усилением деления клеток способствует процессу регенерации.

Доказано, что лазерное излучение в терапевтическом диапазоне оказывает четко выраженный спазмолитический и десенсибилизирующий эффекты, повышает активность общих и местных факто-

ров иммунной защиты, стабилизирует мембранные клеток. Это позволяет рассматривать его как антиоксидант физической природы, который по результату своего действия не отличается от химических антиоксидантов

Для лечения пациентов с хроническими вирусными гепатитами В и С и токсическим гепатитом мы использовали лазерный терапевтический аппарат «Мустанг-2000».

На фоне приема гепатопротекторов лазеротерапия проводилась на проекцию печени матричным излучателем, содержащим 10 импульсных инфракрасных диодов с магнитной насадкой 50 мТл, частота 80 Гц, мощностью 40-50 Вт. Воздействие на 5 зон проекции печени с экспозицией по 30 секунд на зону, а также паравертебрально симметрично на уровне ThIX-ThXII излучающей головкой ЛОЗ с магнитной насадкой 50 Мтл мощностью 5-7 Вт по 30 сек на каждую зону. Курс лечения составил 10 ежедневных процедур.

Всего в отделении физиотерапии клиники РНПЦ МСПН в течение 2008-2009 годов было пролечено 894 больных, из которых у 712 пациентов диагностировались хронические вирусные гепатиты В и С, у 182 больных - хронический токсический гепатит.

У 715 пациентов имели место жалобы на периодические боли и тяжесть в правом подреберье, тошноту. Непостоянная общая слабость, утомляемость отмечена у 134 пациентов.

В результате лазеротерапии воздействием аппарата «Мустанг-2000» с матричным излучателем отмечена положительная динамика у 78% пролеченных больных.

Также у большей части пациентов отмечено улучшение таких биохимических показателей крови, как АЛТ, АСТ, тимоловой пробы, показывающих уменьшение цитолиза гепатоцитов.

При завершении курса магнитолазерной терапии больные отмечали улучшение общего состояния, уменьшение болевых ощущений в правом под-

реберье, отсутствие тошноты. У больных повысились работоспособность и жизненный тонус.

Обобщив данные, полученные на практике в ходе терапии с использованием метода магнитолазерной терапии с применением матричного лазера (аппарат «Мустанг-2000»), можно говорить о высокой эффективности и доступности данного вида лечения немедикаментозным способом хронических вирусных гепатитов В и С, хронического токсического гепатита, приводящего к длительной ремиссии, и, соответственно, к улучшению качества жизни.

#### *Литература:*

1. Емельянов Д.Н., Свириденко О.Ю., Мязин Р.Г., Шишканова С.Г., Зверева М.С. Журнал «Гастроэнтерология Санкт-Петербурга». – 2008. - № 2-3.
2. Москвин С.В., Буйлин В.А. Основы лазерной терапии. – М., 2006. – С. 101-103.
3. Недогода В.В., Скворцова З.С., Скворцов В.В., Емельянов Д.Н., Мязин Р.Г. Эффективность различных видов лазеротерапии у больных хроническими гепатитами и циррозами печени // Лазерная медицина. – М., 2005. – Т. 5, вып. 3. – С. 41-42.
4. Стаценко И.Ю., Скворцов В.В., Мязин Р.Г., Лешина О.А. Эффективность различных видов лазеротерапии у больных хроническими гепатитами с высокой степенью активности // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – М., 2005. - Т. XV, № 1. – С. 28.

## **МИЛЛИМЕТРОВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ АППАРАТА «КВЧ-НД» НА БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ**

А.М. Идрисова

г. Павлодар

При лечении пациентов, проходящих курс реабилитации в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании (РНПЦ МСПН, г. Павлодар) значительной части пациентов был выставлен диагноз: Токсическая нефропатия в результате употребления алкоголя N 14.4 (алкогольная нефропатия).

При этом обычные методы лечения, включающие прием диуретиков, не всегда обладали достаточной эффективностью. Поэтому мы решили опробовать применение физиотерапевтических методов лечения, выбрав наиболее безопасный, низкоэнергетический, обладающий высокой эффективностью метод воздействия – миллиметроволновую терапию (ММ-терапию).

Преимущества ММ-терапии:

- неинвазивность;
- полилечебный эффект;
- возможность монотерапии;
- антистрессорное воздействие;
- иммуномодулирующий эффект;
- противоболевое действие.

Кроме того ММ-терапия не имеет отдаленных неблагоприятных последствий, хорошо сочетает-

ся с другими методами лечения и не имеет абсолютных противопоказаний. В отличие от лекарственной терапии ММ-терапия не имеет побочных эффектов и осложнений.

Биологические эффекты ММ-волн проявляются при малых значениях мощности излучения – низкоинтенсивных или нетепловых, при которых интегральный нагрев облучаемой поверхности не превышает 0,1°.

В своей практике для лечения алкогольной нефропатии ММ-терапией мы использовали аппарат «КВЧ-НД».

Применение при лечении алкогольной нефропатии аппарата «КВЧ-НД» обусловлено его иммуномодулирующим, регенеративным действием, уменьшением эксудативно-воспалительных процессов, нормализацией расстройств в микроциркуляторном русле.

Любое заболевание начинается с нарушения согласованной работы клеток, в том числе нормального общения клеток между собой. В этой ситуации воздействие ММ-излучения позволяет восстановить нормальную работу клеток почек.

За период 2009 года и 4 месяца текущего года в отделении физиотерапии было пролечено 42 паци-

ента, страдающих хроническим алкоголизмом, с диагнозом: Токсическая нефропатия в результате употребления алкоголя N 14.4 (алкогольная нефропатия). В основном данные больные жаловались на отеки лица и нижних конечностей, тяжесть в области поясницы, на снижение аппетита, сухость и неприятный вкус во рту, на быструю утомляемость.

У 38,4% пациентов (16 чел.) жалоб не наблюдалось.

При клинических исследованиях мочи у больных выявлялись:

- 1) протеинурия – 15%;
- 2) лейкоцитурия – 56,7%;
- 3) эритроцитурия – 4,2%;
- 4) цилиндрурия – 47,3%.

При клинических исследованиях крови были выявлены:

- 1) повышенный уровень содержания мочевины;
- 2) креатинин.

Воздействие на поражённые органы проводилось излучателем с длиной волны 7,1 мм в непрерывном режиме. Излучатель устанавливался на область кожной проекции обеих почек. При этом длительность одной процедуры составляла 20 минут ежедневно. Продолжительность курса лечения - 10-12 сеансов.

В результате воздействия аппарата «КВЧ-НД» были получены следующие результаты. На 5-6

день ММ-терапии улучшение нами было отмечено у более чем половины пациентов. По завершении курса ММ-терапии, то есть на 10-12 день, у 61,6% пациентов исчезли или стали менее интенсивными поясничные боли, отеки лица и нижних конечностей уменьшились, улучшилось общее состояние. Клинические исследования мочи и крови по завершении ММ-терапии показали нормализацию состояния у большей части пациентов, проходивших курс лечения. Больные отметили улучшение общего состояния, повышения аппетита, почти полное отсутствие чувства тяжести в поясничной области.

При анализе результатов ММ-терапии воздействием аппарата «КВЧ-НД» нами была оценена его эффективность:

- высокая эффективность – у 73% пролеченных пациентов;
- средняя эффективность – у 18%;
- низкая эффективность – 9%.

Таким образом, на основании приведённых данных можно говорить о том, что общая эффективность ММ-терапии воздействием аппарата «КВЧ-НД» составила 91%. Это позволяет рекомендовать данный метод для лечения пациентов с алкогольной нефропатией в качестве высокоэффективного безопасного и доступного способа лечения.

#### *Литература:*

1. Арзуманов Ю.Л., Бецкий О.В., Девятков Н.Д., Лебедева Н.Н. Применение ММ-волн в клинической медицине (последние достижения) // Сб. докладов II Российского симпозиума с международным участием «Миллиметровые волны в медицине и биологии». - М.: ИРЭ РАН, 1997. - С. 9-13.
2. Девятков Н.Д., Голант М.Е., Бецкий О.В. Миллиметровые волны и их роль в процессах жизнедеятельности. - М.: Радио и связь, 1991.
3. Мухитдинов Ш.М. Система комплексного восстановления здоровья с использованием аппарата многофункционального воздействия Радамир. – М., 2007.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА СИНДРОМА АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР И НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ**

К.О. Иманбеков, А.Л. Катков

В рамках программы Treetnet по внедрению новых форм наркологической помощи, инициированной ООН, в Республике Казахстан в продолжении 2008-2010 г.г. проводилось исследование эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов.

При этом в качестве промежуточных индикаторов эффективности оценивается сравнительная динамика синдрома анозогнозии в экспериментальной группе и группах сравнения.

Ниже приводятся основные результаты, полученные при исследовании синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов, проходивших экспериментальную программу МСР.

В таблице 1 представлены основные характеристики синдрома анозогнозии (оценка тяжести в баллах и процентное соотношение некоторых исследуемых параметров) в экспериментальной группе зависимых от опиоидов.

Как видно из таблицы 1 общая степень тяжести

Таблица 1

*Характеристика динамики синдрома анозогнозии (методика В.В. Чирко, М.В. Деминой)  
в экспериментальной группе (n = 210)*

Параметры \ Сроки	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	Среднее значение	Сред- нее значе- ние	Соот- ноше- ние	P	Сред- нее значе- ние	Соот- ноше- ние	P	Сред- нее значе- ние	Соот- ноше- ние	P	Сред- нее значе- ние	Соот- ноше- ние	P		
1. Общая оценка тяжести в баллах	26,56	28,2	1,06	-	22,8	0,8 0,85	<0,01 <0,01	28,8	1,26 1,08	<0,01 -	35,0	1,21 1,31	<0,01 <0,01		
2. Адекватность переживания болезни (признание наркологического заболевания)	89,4%	75,0%	0,83	<0,01	77,5%	1,03 0,86	- <0,01	76,8%	0,99 0,85	- <0,01	81,0%	1,05 0,9	- -		
3. Переживание вреда болезни (угроза + противостояние)	63,7%	63,9%	1,0	-	77,2%	1,2 1,21	- <0,05	66,81	0,85 1,01	- -	41,0%	0,61 0,64	<0,05 <0,05		
4. Субъективная позиция по отношению к лечению (доверие)	78,8%	67,4%	0,85	<0,05	89,9%	1,33 1,14	- <0,05	67,4%	0,74 0,85	<0,01 -	48,1%	0,71 0,01	- <0,01		

синдрома аногнозии существенно снижалась ко второму месяцу программы АМСР (22,8 балла против 26,56 на старте программы, при соотношении 1:0,85 и P<0,01). Однако, данный показатель возвращался к исходным значениям через 0,5 года после завершения программы АСМР. А через один год отмечался существенный рост анализируемого показателя – до 35,0 баллов (соотношение со стартовыми показателями в 1,31, P<0,01).

При анализе других параметров по данному исследовательскому фрагменту следует учитывать, что уровень достоверности полученных ответов по анкете В.В. Чирко, М.В. Деминой, оценивающей отношение к болезни и здоровью у зависимых от опиоидов, был низким на старте, и средним и высоким в последующие фазы эксперимента. С учетом сказанного, достоверной следует считать динамику повышения показателя переживания вреда болезни на второй месяц программы АМСР - 77,2% против 63,9% при соотношении 1,2. И последующую динамику снижения данного показателя до 66,81% (соотношение с предыдущим периодом – 0,85); до 41,0% (соотношение – 0,61 при P<0,05) через 0,5 года и 1 год после завершения экспериментальной программы амбулаторной МСР. А также – аналогичную динамику роста и последующего снижения показателя доверия по отношению к предлагаемым лечебно-реабилитационным мероприятиям, с достоверной разницей по всем анализируемым периодам.

Общая интерпретация анализируемого исследовательского фрагмента заключается в констатации того обстоятельства, что для зависимых от опиоидов вообще не свойственны высокие показатели тяжести выраженности синдрома аногнозии (максимум – 54 балла). В завершении программы АМСР значения показателя тяжести аногнозии в экспериментальной группе минимальны – 22,8 балла – и приближаются к возможной нижней границе в 16 баллов. Анализируемый показатель тяжести в баллах достигает стартового уровня через 0,5 года, а через 1 год после завершения АМСР – существенно превышает первоначальные значения. Аналогичная динамика отмечается и по другим анализируемым параметрам данного исследовательского фрагмента. Т.е. пациенты, находящиеся к этому времени в состоянии устойчивой ремиссии, в основном считают, что все проблемы, связанные с наркотической зависимостью, остались в прошлом.

В таблице 2 приведены характеристики динамики синдрома аногнозии в экспериментальной и сравниваемой группах 1 и 2.

При анализе приведенных показателей следует учитывать низкий уровень достоверности полученных ответов при стартовом исследовании, средний и высокий уровни достоверности на последующих этапах исследования. С учетом сказанного, следует отметить существенно более интенсивную и продолжительную динамику снижения показателя выраженности синдрома аногнозии в баллах

Таблица 2

Сравнительная характеристика динамики синдрома аноэознозии (методика В.В. Чирко, М.В. Деминой)  
в экспериментальной группе ( $n = 210$ ) и группе сравнения 1 ( $n = 171$ ) и 2 ( $n = 221$ )

Параметр	Группы	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год						
		АЖЕКАРНОСТЬ, %	ОУНДРА ТЯКЕСТИН, %	Б ГАИЖАХ	АЖЕКАРНОСТЬ, %	ОУНДРА ТЯКЕСТИН, %	Б ГАИЖАХ	АЖЕКАРНОСТЬ, %	ОУНДРА ТЯКЕСТИН, %	Б ГАИЖАХ	АЖЕКАРНОСТЬ, %	ОУНДРА ТЯКЕСТИН, %	Б ГАИЖАХ	АЖЕКАРНОСТЬ, %	ОУНДРА ТЯКЕСТИН, %	Б ГАИЖАХ				
Эксперимен- тальная группа	26,56	89,4	63,7	78,8	28,2	75,0	63,9	67,4	22,8	77,5	77,2	89,9	28,8	76,8	66,8	67,4	35,0	81,0	41,0	48,1
Группа срав- нения 1	26,58	89,31	64,3	78,6	22,7	75,5	75,5	90,6	24,3	72,2	63,6	72,6	23,6	88,6	98,2	94,4	31,2	87,0	96,2	89,1
Соотноше- ние Р	1,0	1,0	1,0	0,8	1,0	1,18	1,34	1,06	0,93	0,82	0,8	0,81	1,15	1,47	1,37	0,89	1,07	2,34	1,85	<0,01
Группа срав- нения 2	26,63	88,4	65,2	78,3	28,4	48,5	52,4	46,6	30,0	69,1	29,8	53,3	30,8	86,9	47,5	46,2	35,6	76,1	44,8	38,1
Соотноше- ние Р	1,0	0,98	1,02	0,99	1,0	0,64	0,69	1,31	0,89	0,38	0,59	1,04	1,13	0,71	0,68	0,96	0,93	1,09	0,79	-

в 1-ой группе сравнения (соотношение 0,8 при  $P<0,01$  через 1 месяц начала реабилитационной программы; соотношение 0,81 при  $P<0,05$  через 0,5 года после завершения программы). А также – практически полное отсутствие такого терапевтического периода более полного осознания имеющихся болезненных расстройств и необходимости лечения – во 2-ой группе сравнения. При этом наибольшие различия по основным анализируемым параметрам во 2-ой группе сравнения отмечаются на второй месяц эксперимента (соотношение 1,31 при  $P<0,01$ ; 0,89; 0,38 при  $P<0,01$ ; 0,59 при  $P<0,01$ ). Достоверно более высокие качественные показатели по двум вспомогательным параметрам синдрома анозгнозии присутствовали на этапе 1 года после завершения программы в первой группе сравнения,

при сопоставимых оценках тяжести синдрома анозгнозии. В целом же – динамика анализируемых вспомогательных параметров соответствовала изложенным выше закономерностям.

Интерпретация результатов, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, заключается в подтверждении более высокой интенсивности программ стационарной реабилитации зависимых от опиоидов по сравнению с амбулаторной МСР. А также – в признании того обстоятельства, что в программах амбулаторной МСР удерживаются пациенты с более легкими клиническими формами зависимости, что предполагает и более поверхностную оценку имеющихся расстройств при достижении общего удовлетворительного результата в первые месяцы реализации АМСР.

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР И НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

К.О. Иманбеков, А.Л. Катков

В рамках программы Streetnet по внедрению новых форм наркологической помощи, инициированной ООН, в Республике Казахстан в продолжении 2008-2010 г.г. проводилось исследование эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР зависимых от опиоидов.

При этом в качестве промежуточных индикаторов эффективности оценивается динамика стадий терапевтических изменений в экспериментальной группе и группах сравнения.

Ниже приводятся основные результаты, полученные при исследовании стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов, проходивших экспериментальную программу МСР.

В таблице 1 приведены данные о динамике распределения пациентов экспериментальной группы по стадиям терапевтических изменений в анализируемые периоды.

При анализе приведенных данных следует учитывать низкий уровень достоверности получаемых ответов на старте исследования, средний и высокий уровни достоверности – на следующих этапах. С учетом сказанного, достоверной следует считать динамику перераспределения стадий терапевтических изменений от стадии предразмышления к стадиям размышления (соотношение 1,12 при  $P<0,05$ ) и действия (соотношение 1,14 при  $P<0,05$ ) на втором месяце реализации экспериментальной программы амбулаторной МСР. Следует также отметить возвращение

к исходным позициям по анализируемым параметрам представленности терапевтических стадий в периоды 0,5 года и 1-го года после завершения экспериментальной АМСР.

В таблице 2 приведены данные о сравнительной динамике распределения стадий терапевтических изменений в экспериментальной группе и группах сравнений.

Следует отметить, что в первой группе сравнения стационарной МСР динамика перераспределения терапевтических стадий от предразмышления к действию и сохранению результатов была более интенсивной на всех регистрируемых этапах, за исключением стартового. Достигнутый за время реализации стационарной МСР результат оказался более устойчивым – через 0,5 года соотношение по стадии действия составило 1,26, по стадии сохранения результата – 1,12; через 1 год, соответственно – 1,18 и 1,24.

Во второй группе сравнения какой-либо устойчивой динамики в перераспределении стадий терапевтических изменений в пользу действий и сохранения результата не прослеживалось. На всех этапах исследования по данным позициям отмечалась достоверная и существенная разница в пользу экспериментальной группы – на втором этапе соотношение по стадиям действия и сохранения результата составило 0,54 и 0,64; на третьем – 0,62 при  $P<0,01$  и 0,7 при  $P<0,05$ ; на четвертом – 0,69 и 0,77; на пятом – 0,63 и 0,77.

Таблица 1

*Характеристика динамики распределения по стадиям терапевтических изменений  
(Д. Прохазка, К. ДиКлементе) в экспериментальной группе (n = 210)*

Сроки Стадии	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год		
	Среднее значение	Соотношение	P												
Стадия предразмышления	75,0	70,7	0,94	-	67,3	0,95	-	72,9	1,08	<0,05	73,8	1,01	-	0,98	-
Стадия размышления	44,9	38,1	0,84	-	42,9	1,12	<0,05	32,6	0,75	<0,01	37,0	1,13	-	0,82	<0,05
Стадия действий	57,5	47,5	0,82	-	54,3	1,14	<0,05	46,9	0,86	<0,05	47,5	0,95	-	0,82	<0,05
Стадия сохранения	57,6	53,3	0,92	-	53,6	1,00	-	49,3	0,91	-	48,6	0,98	-	0,84	-

Таблица 2

*Сравнительная характеристика распределения по стадиям терапевтических изменений (Д. Прохазки, К. Диклементе)  
пациентов в экспериментальной группе ( $n = 210$ ) и группе сравнения 1 ( $n = 171$ ) и 2 ( $n = 221$ )*

Группы	Стадии	0 мес.			1 мес.			2 мес.			0,5 года			1 год						
		Сравнение	Соответствие	Соотношение																
Эксперимен- тальная группа (среднее значение)	75,0	44,9	57,5	57,6	70,7	38,1	47,5	53,3	67,3	42,9	54,3	53,6	72,9	32,6	46,9	49,3	73,8	37,0	47,5	48,6
Группа срав- нения 1 (сред- нее значение)	75,2	44,8	57,4	57,5	67,3	44	55	54,1	78,0	50,9	60,5	57,2	65,3	51,1	59,3	55,4	61,8	53,2	56,5	60,5
Соотноше- ние	1,0	1,0	1,0	0,95	1,15	1,01	1,15	1,01	1,01	1,18	1,11	1,06	0,87	1,56	1,26	1,12	0,83	1,43	1,18	1,24
P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<0,05	-	-	-	-	-	
Группа срав- нения 2 (сред- нее значение)	88,1	34,6	47,2	47,1	78,0	21,6	25,8	34,6	72,2	16,6	34,0	38,0	72,5	13,3	32,8	38,0	74,8	16,1	30,3	35,2
Соотноше- ние	1,17	0,77	0,82	0,81	1,1	0,56	0,54	0,64	1,07	0,38	0,62	0,7	0,99	0,40	0,69	0,77	1,01	0,43	0,63	0,77
P	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	-	<0,01	<0,01	<0,01	-	<0,01	<0,01	<0,01	-	<0,05	-	-	-	-	-	

Интерпретация результатов, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, состоит в подтверждении факта более высокого уровня мотивации на освобождение от зависимости, фиксируемого у пациентов стационарной МСР, и факта более низкой мотивации – у пациентов, проходящих курсы краткосрочной детоксикации. Т.е. сам по себе порог участия в анализируемых терапевтических программах – средний (для экспериментальной группы), высокий (для первой группы сравнения), низкий (для второй группы сравнения), является действенным тестом для определения исходного потенциала мотивации на достижении терапевтических изменений у зависимых от опиоидов. Вместе с тем, в ходе реализации программы амбулаторной МСР возможно существенное повышение имеющегося мотивационного потенциала, фиксируемое к моменту завершения АМСР. По видимому, достигнутого уровня достаточно для обес-

печения показателя полугодовой и годовой ремиссии, сопоставимого с первой группой сравнения.

Динамика перераспределения усредненных Т-баллов от первой стадии терапевтических изменений (предразмышления) – к третьей (действие) и четвертой (сохранение достигнутых результатов) стадиям, отражает то обстоятельство, что в экспериментальной группе и первой группе сравнения количество пациентов, с определяющими мотивами поведения освобождения от зависимости, возрастает. Однако, регистрируемое распределение уровней мотивации, показывающее существенное преобладание первой, наиболее проблемной стадии на всех анализируемых этапах, говорит о том, что мотивационная сфера зависимых от опиоидов является наиболее сложной и трудоемкой реабилитационной мишенью и объясняет, в целом, невысокий процент годовой ремиссии в исследуемых группах.

## СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЫВШИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

К.м.н. С.Н. Молчанов

г. Павлодар

### Модели социального сопровождения

Существует несколько моделей социального сопровождения потребителей инъекционных наркотиков в области ВИЧ/СПИДа, ориентированных на различную целевую аудиторию и среду, и в связи с этим предполагающих различную роль социального работника и разный набор услуг.

**Модель брокера** сфокусирована на том, чтобы «связать» клиента с необходимыми ему ресурсными центрами, которые обычно находятся за пределами агентства, предоставляющего услуги социального сопровождения. В данной модели взаимоотношения между специалистом по социальному сопровождению и клиентом ограничены, поскольку задача специалиста состоит лишь в определении потребностей клиента и направлении его к поставщикам услуг. Охват клиентов при использовании данной модели, как правило, является высоким. Специалист по социальному сопровождению должен хорошо ориентироваться в своем городе, районе и т.д. для налаживания контактов с НПО, государственными структурами, частным сектором, так как только так можно повысить «коэффициент полезного действия».

**Реабилитационная модель** – отношения между социальным работником и клиентом выступают в качестве механизма получения услуг. Определяя сильные и слабые стороны клиента, специалист по

социальному сопровождению старается преодолеть барьеры, которые мешают клиенту самостоятельно функционировать в сообществе. Когда барьеры успешно преодолены, взаимоотношения со специалистом по социальному сопровождению или прекращаются, или становятся менее интенсивными.

**Модель полной поддержки** строится на фундаментальных принципах реабилитационной модели с использованием интегрированной мультидисциплинарной команды поставщиков услуг. Отличие данной модели состоит в отсутствии системы направлений в другие службы – все услуги предоставляются в одном месте. Роль специалиста по социальному сопровождению в этом случае заключается не только в координировании процесса, но и в предоставлении определенного уровня поддержки и в обучении клиентов жизненным навыкам.

**Модель сильных сторон** строится на выявлении сильных сторон клиента. Роль специалиста в данном случае – помочь клиенту сформулировать цели и точно следовать им. Специалист по социальному сопровождению, действующий самостоятельно или в команде, должен владеть полной информацией о том, где и когда клиент может получить необходимую помощь (трудоустройство, ночлег, страховка и т.д.), а также уметь координировать процесс ее предоставления и получения. Навыки и знания для эффективного осуществления

социального сопровождения условно делятся на **универсальные и специализированные**. К универсальным навыкам и знаниям относятся:

- навыки консультирования и работы с партнерскими организациями;
- навыки работы с клиентами в кризисных состояниях;
- знание принципов и правил организации социального сопровождения и требований по соблюдению конфиденциальности.

Чем больше проблем испытывает клиент, тем труднее с ним работать. Так, например, работа с ВИЧ-положительными потребителями наркотиков требует дополнительных знаний и навыков, так как связана уже не с одним, а с двумя состояниями, угрожающими жизни клиента, прогрессированием ВИЧ-инфекции и наркотической зависимостью. Следует иметь в виду, что ряд факторов может оказать негативное влияние на эффективность данной работы. К ним относятся:

- 1) страх со стороны консультанта и других клиентов заразиться ВИЧ инфекцией;
- 2) двойная стигматизация клиента со стороны общества (как потребителя наркотиков и как человека, живущего с ВИЧ);
- 3) прогрессирующий характер заболевания;
- 4) серьезные финансовые последствия заболевания и его лечения;
- 5) у клиентов в терминальной стадии заболевания – отсутствие мотивации к лечению, чувство безнадежности.

К специфическим навыкам для специалиста по социальному сопровождению, оказывающего помощь человеку, употребляющему наркотики, относятся:

- знание подходов и концепций в области наркотической зависимости, а также проблем, связанных с употреблением наркотиков;
- знание философии, практики и политики наиболее широко распространенных, научно-обоснованных моделей лечения;
- навыки доступного описания процесса выздоровления и профилактики рецидива;
- навыки непрерывного ухода при ведении наркозависимых пациентов;
- опыт решения других проблем, связанных с наркотической зависимостью;
- умение определить роль, которую семья, социальные сети и общественные системы могут сыграть в процессе лечения и выздоровления клиента;
- знание вариантов страхования и возможностей медицинского ухода, доступных клиенту, определение пользы, которую они могут ему принести;
- умение определить культуральные и прочие особенности клиента и учесть их в процессе назначения и предоставления ему клинической помощи;

- понимание значимости междисциплинарного подхода к лечению наркотической зависимости.

### **Стадии процесса социального сопровождения: шесть шагов для достижения успешного результата работы с клиентом**

Социальное сопровождение (СС) представляет собой стройную систему, при которой один этап последовательно сменяется другим. Специалист по социальному сопровождению помогает клиенту разобраться в сложившейся ситуации и определить наиболее важные проблемы и возможные пути их разрешения. Затем специалист по сопровождению объясняет клиенту, какие услуги ему могут быть предоставлены, а также оказывает помощь в их получении.

Современные исследователи выделяют шесть этапов цикла социального сопровождения.

#### **Этап 1. Привлечение и прием клиента в программу**

Одной из первоочередных задач любой программы социального сопровождения (ПСС) является определение принципов привлечения в программу новых клиентов. При этом очень важно найти «золотую» середину: ситуация «перегрева», когда сотрудники уже не в состоянии справиться с количеством обращений, будет так же плоха, как и ситуация отсутствия ожидаемого числа обращений.

#### **Вопросы, которые необходимо решить с самого начала:**

1. С кем Вы собираетесь работать в программе?
2. Как и где предполагаете распространять информацию о программе, чтобы привлечь новых клиентов?
3. Что должно происходить при первичном контакте? Что делать, если к Вам обратится «неподходящий» клиент?
4. Каковы требования к сотрудникам, осуществляющим первичный контакт?

Первый вопрос некоторым может показаться странным. Как это «с кем?» - с теми, кому нужна помощь. И это, безусловно, правильно. Но в то же время нужна и определенная избирательность в отборе. Она продиктована исключительно заботой о качестве услуг и сохранности персонала службы.

Вопрос о том, с какими клиентами работать, должен быть решен одним из первых. Решение принимается на основании того, какими ресурсами располагает служба, и каковы стратегические задачи и приоритеты организации.

Примеры целевой аудитории программы социального сопровождения:

- а) люди, живущие с ВИЧ;
- б) люди, освободившиеся из мест лишения свободы;
- в) потребители наркотиков;
- г) сексработники.

Основными характеристиками представителя целевой группы социального бюро являются употребление наркотиков, наличие ВИЧ-положительного статуса, комплекса социальных проблем, для решения которых ему необходима помочь других людей. В некоторых случаях клиента можно одновременно отнести к нескольким группам (например, если речь идет о ВИЧ-положительном потребителе наркотиков, освободившемся из тюрьмы). Эффективность социального сопровождения при этом в первую очередь будет зависеть от правильной расстановки приоритетов.

После того как определена целевая группа, следующий вопрос: как сделать программу привлекательной для участников? Существует несколько механизмов привлечения клиентов. В каждой программе по СС должен быть свой план поиска и приема в программу. Этот план должен содержать стратегию по информированию целевой группы о существовании и работе программы, ее целях, месте расположения и условиях зачисления.

Клиенты могут попасть в программу социального сопровождения посредством:

- аутричпрограммы;
- службы телефона доверия или специализированного социального телефона (в г. Павлодаре имеются две общественные приёмные, созданные на средства Европейского Союза);
- направления специалистов из других медико-социальных служб (в первую очередь входящих в партнерскую сеть);
- направления из учреждений исполнения наказания;
- прямой рекламы (печатной, визуальной и др.).

Потенциальными источниками информации о программе социального сопровождения могут служить:

- 1) медицинские учреждения – специализированные больницы (инфекционные, кожно-венерологические, урологические, онкологические);
- 2) программы снижения вреда;
- 3) места для проведения консультирования и тестирования на ВИЧ инфекцию с использованием аутричработников;
- 4) общественные организации;
- 5) религиозные организации;
- 6) приюты;
- 7) места лишения свободы;
- 8) программы лечения алкоголизма и наркомании.

#### ***Внимание!***

Приглашение или направление людей в программу социального сопровождения должно быть в корректной и доступной для понимания форме.

**При первичном контакте с клиентом перед сотрудниками социального бюро (СБ) стоят следующие задачи:**

#### **1. Определить принадлежит ли клиент к целевой группе СБ**

В процессе первичного контакта проводится сбор данных о клиенте с целью определения спектра проблем клиента, его запроса и соответствия этого запроса компетенции СБ. Основными характеристиками представителя целевой группы является наличие наркозависимости и/или ВИЧ/СПИДа и комплекса социальных проблем, для решения которых человеку необходима внешняя помощь.

#### **2. Предоставить полную информацию об услугах СБ**

Задача специалиста СБ состоит в том, чтобы проинформировать обратившееся лицо об услугах, которые предоставляет СБ, о правилах его работы и соблюдении им конфиденциальности. Далее специалист СБ принимает решение, куда направить клиента в соответствии с его запросом.

В случае, если обратившийся не относится к целевой группе или по ряду причин не может участвовать в программе, ему оказывается консультативная помощь и предоставляется информация о службах, в которых он может решить свои проблемы. Целесообразно иметь перечень услуг СБ в печатном виде (визитки, буклеты и т.п.) с указанием номеров телефонов СБ, а также номера телефона доверия. Это очень важный психологический момент, направленный на то, чтобы клиент вернулся.

В случае соответствия требованиям программы консультант проводит работу по включению клиента в программу.

Программа социального сопровождения включает:

1. Формирование доверительных отношений. Поскольку работа служб социального сопровождения строится на клиентцентрированном подходе, то сложившиеся отношения между клиентом и специалистом СБ, как правило, означают положительные изменения в ситуации клиента. Клиент должен почувствовать безопасность и убедиться в благожелательном отношении со стороны сотрудника СБ.

2. Мотивирование клиента на участие в программе СБ. Важным элементом сопровождения является формирование у клиента приверженности к помощи. Понятие «приверженность» определяется как «осознанное и прилежное участие клиента в помощи самому себе».

Первичный контакт может проводить сотрудник, не имеющий специального образования. Минимальными требованиями здесь являются: навыки консультирования (в том числе телефонного консультирования), знание проблем целевой группы, владение информацией об услугах, доступных в системе социального сопровождения, и правилах предоставления услуг.

Один из основных способов профилактики заражения ВИЧ - это изменение поведения людей, входящих в группы риска, в сторону менее опасно-

го. Поэтому деятельность общественных организаций, занимающихся профилактической работой с группами риска, в первую очередь - направлена на изменение рискованного поведения. Эта социальная работа с представителями групп риска невозможна без «посредников» - людей, имеющих непосредственный доступ в целевую группу. Их называют аутрич-работниками.

Многие из них имеют медицинское или социальное образование, но наличие специального образования для аутрич-работников не является обязательным. Главной целью аутрич-работы в контек-

сте ПСС является формирование доверительных и открытых отношений с потребителями наркотиков, которые не охвачены другими службами; информирование ПИН о менее рискованных сексуальных практиках и способах менее опасного употребления наркотиков; направление клиентов в программу социального сопровождения.

Поэтому очень важно в процессе работы формировать волонтёрскую команду из бывших клиентов, находить достаточное финансирование для оплаты их работы, создать атмосферу сотрудничества среди работников СБ.

#### **Литература:**

1. Ромм М.В., Андриенко Е.В., Осьмук Л.А., Скалабан И.А. и др. Теория социальной работы // Учеб. пособие. – Новосибирск: НГТУ, 2000.
2. СПИД Фонд Восток Запад. Рекомендации по организации программ социального сопровождения для уязвимых групп // Практическое пособие для социальных работников. – Москва, 2007.
3. УНП ООН по России и Беларуси. Аутрич-услуги для потребителей наркотиков. Информационный материал ([http://www.unodc.org/pdfs/russia/outreach\\_brief2\\_rus.pdf](http://www.unodc.org/pdfs/russia/outreach_brief2_rus.pdf)).
4. Rich J.D., Holmes L., Salas C. et al. Successful linkage of medical care and community services for HIV-positive offenders being released from prison. // J Urban Health. 2001 Jun; 78(2):279-89.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ «КОБЫЗОТЕРАПИЯ» В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ БОЛЬНЫХ**

К.К. Мукашева

Музыкальная терапия – это контролируемое использование музыки в лечении, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых, страдающих от соматических и психических заболеваний [1]. Многочисленные методики музыкотерапии предусматривают как целостное и изолированное использование музыки в качестве основного ведущего фактора воздействия, так и дополнение музыкальным сопровождением других коррекционных методов для усиления их воздействия и повышения эффективности.

Использование музыки с лечебной целью имеет давнюю историю. В прошлом музыка широко применялась во врачебной практике. Это известно из различных источников: из работ Платона, из жизнеописания царя Давида, и из упоминаний в мифах об Апполоне. Музыкальной терапией занимались врачи Древней Греции, например Гиппократ. Пифагор считал, что музыка способствует здоровью, влияя на настроение человека. Арабские врачи использовали музыку для улучшения настроения больного, что важно для успешного лечения. Авиценна рекомендовал страдающим меланхолией развлекаться прослушиванием музыки и пения. В.М Бехтерев считал музыку властительницей

г. Павлодар

чувств и настроения человека. Поэтому в одном случае она способна ослабить излишнее возбуждение, в другом - перевести из грустного настроения в хорошее настроение, в третьем – придать бодрость и снять усталость.

Э. Сеген отметил, что занятия музыкой оказывают на умственно отсталых детей коррекционное воздействие: «В процессе занятий музыкой активизируется мышление, формируется целенаправленная деятельность и устойчивость внимания».

Однако музыкальная терапия не нашла широкого применения в нашей стране, в то время как за рубежом этот метод коррекций познавательной сферы начал использоваться с 40-х годов прошлого века. Недостаток научных исследований, посвященных методологии музыкотерапии как метода психокоррекционного воздействия, определяет актуальность настоящей работы.

На протяжении всей казахской истории немало исторических фактов, констатирующих лечение различными музыкальными инструментами. Особый интерес вызывали исследования лечение звуком и песнями сарын инструмента кобыз. В исследованиях казахского фольклора, в том числе лечением инструментом кобызом в XIX веке занима-

лись такие авторы, как Ш. Уалиханов, С. Бабажанов, Г. Потанин, Б. Даулбаев. Об этом свидетельствуют различные научные труды и описания. В 1638 г. Бартольд в своих трудах описывал Великого Коркыта, целителя и просветителя. Поговорка «Коркыт – отец музыки» по сей день бытует среди казахов. Именно Коркыт считается человеком, создавшим первый музыкальный инструмент – кобыз и сочинившим музыкальную композицию – кюй [5]. Считалось, что звуки кобыза наделены силой, которая может изгонять злых духов, лечили болезни и даже отврашали смерть. С тех пор игре на кобызе приписывается чудесное свойство избавления от недугов, страданий и даже смерти. Кобыз являлся излюбленным инструментом шаманов – их глубокое вибрирующее звучание способствует трансу. Изображение кобыза обнаружено на наскальных рисунках в районе древнего Улытау и Каркаралы [3]. Некоторые исследователи полагают, что среднеазиатский смычковый инструмент, подобный кобызу, через арабов и иранцев (у них и азербайджанцев он называется кеманча) попал в Византию и Испанию, где стал предшественником скрипки. Известно около двух десятков наигрышей на кобызе (кюев), приписываемых Коркыту. В. Жирмунский, А. Боровков давали высокую оценку жизни и творчеству Великого Коркыта и других казахских лекарей и врачевателей.

Практических у всех тюркоязычных народов существуют эпосы, связанные с жизнью Коркута. Такие авторы, как Н. Катанов, Л. Погапов, И. Лепехин напрямую занимались исследованием жизни и лечения казахских баксы и шаманов. В казахской родословной существующий дар передавали из поколения в поколение, не теряя истинных методов лечения, богатой и насыщенной традиции казахов.

Одна из уникальных авторских методик представлена как музыкальная терапия «Лечение звуком кобызы», автором которой является Мукашева Кумысжан - потомственная целительница, кобызист, композитор, предсказатель – энерготерапевт, магистр психологии.

На сегодняшний день автор методики работает над книгой «По следам Великого Коркыта». Данная книга станет монографией для докторской диссертации [3]. «Лечение звуком кобызы» широко применяется для лечения и профилактики широкого спектра нарушений, в частности:

- отклонений в развитии;
- эмоциональной нестабильности;
- поведенческих нарушений;
- сенсорного дефицита;
- спинно-мозговых травм;
- психосоматических заболеваний;
- внутренних болезней;
- психических отклонений;
- афазии;
- аутизма [2].

Вышеперечисленный спектр нарушений можно наблюдать у больных специализированного реабилитационного центра. Программа реабилитации наркологических больных в этом центре – это цельная система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер. Данные меры направлены на личностную реадаптацию больных, их реосоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость.

Общеизвестно, что в программе эффективной реабилитации важную роль играет психолого-психотерапевтическая система. Развивающие (психокоррекционные) групповые методики – это групповые модели жизни, обеспечивающие получение непосредственного жизненного опыта обучения и позитивного развития. Они направлены на раскрытие и мобилизацию ресурсов личности пациентов, решение их личных, семейных и социальных проблем, формирование навыков психической (психофизиологической) саморегуляции и адекватного поведения в различных проблемных ситуациях, в том числе в ситуациях повышенного риска вовлечения в наркотизацию. В ходе целевых занятий закрепляются навыки эффективной коммуникации – адекватного межличностного взаимодействия. Обеспечивается индивидуальная готовность пациентов к ведению жизни без наркотиков (алкоголя, других ПАВ, вызывающих зависимость). Разнообразные психотерапевтические методики, ограниченные только верbalным общением с пациентом, недостаточно эффективны и не всегда способны добраться до сердцевины проблемы. Медицинская модель, когда терапевт становится активным действующим лицом, оказывающим критическое и решающее воздействие на терапевтический процесс с установлением пассивной и зависимой роли пациента, не всегда состоятельна. Симптоматическая ориентация данной модели не только остается поверхностным компромиссом, но и во многих случаях является антитерапевтической, потому что мешает динамике спонтанных процессов, несущих в себе подлинно исцеляющий потенциал.

Лечебное применение музыки имеет многовековую историю. Для повышения эффективности лечения в трансовых состояниях большое значение имеет качество музыкального сопровождения. В самых древних свидетельствах и документах, дошедших до нас, музыка фигурирует как лечебное средство. Ещё тысячу лет назад Авиценна лечил музыкой больных нервными психическими заболеваниями.

Целенаправленное лечебное применение музыки (музыкальная терапия, лечение музыкой) выделилось в самостоятельное направление, занявшее свою нишу на стыке науки и искусства более 50 лет назад. В 1950 году в США была создана Наци-

ональная ассоциация музыкальной терапии. После 1961 года учебные музыкально-терапевтические программы были приняты в ряде стран Европы. В это время музыкальная терапия очень широко применяется в мировой лечебной практике. Например, в американском Колумбийском онкологическом центре кроме химиотерапевтических и хирургических средств лечения применяются приёмы нетрадиционной народной медицины - прослушивание музыки серебряных тибетских колокольчиков. Причём звон разной частоты создает свой соответствующий лечебный эффект. Современными исследованиями доказано, что влияние гармоничной музыки способствует процессам саморегуляции в организме. В лечебных традициях всех народов мира используются разнообразные музыкальные ритмы. Современные исследования в области трансперсональной психологии и психотерапии подтверждают факт влияния музыки, лечебный эффект которой способствует трансовому изменению сознания и усиливает синтез нейропептидов в головном мозге. Нейропептиды (известны на сегодняшний день как эндорфины, имеющие сходные с опиумом успокаивающее и обезболивающее действие) обладают дуализмом действия, то есть ведут себя и как гормоны, и как нейротрансмитторы. Действуя как нейропередатчики в головном мозге, они вызывают изменения его функционирования. Нейропептиды обеспечивают импринтирование новых нейронных «дорожек», повышающих оперативность работы мозга.

Давно установлен факт, что ритмические внешние воздействия на органы чувств (вспышки света или звуковые ритмы) приводят к своеобразному «отклику» головного мозга и соответствующему изменению биоэлектрической активности. Так, например, активизация д-активности головного мозга коррелирует с направленной вовне активностью и доминированию функций симпатической нервной системы. Б-волновая активность и низкие частоты мозга коррелируют с направленной внутрь пассивностью и доминированию функций нервной парасимпатической нервной системы [6].

В качестве групповых методик использовалась авторская методика «Кобызотерапия». Данная методика практикуется автором 12 лет и дает положительные результаты. Автором методики выпущен лечебный диск «Қылқыбыздын шипасы», в которую входят 7 композиций, воспроизведенных автором. При записи альбома все семь композиций были оранжированы в сопровождении природных звуков, например журчание ручья, шум моря, звук ветра и т.д., что оказывает огромное влияние на активность головного мозга. Само звучание кобызовых композиций, исполненных в виде кюев, сарынов, зикиров, издавна относится к трансовой терапии. Особое внимание хотелось бы обратить на то, что кобызотерапия является этнической музыкой,

как наиболее «древнее лекарство» из остальных известных в мире (например, музыка шаманов, цигун, тибетских колоколов, звуки, издаваемые при дыхании человеком, звучание пульса и т.д.).

Прослушивание всего альбома помогает гармонизировать психику, активизировать процессы саморегуляции в организме. Прослушивание данного музыкального альбома приводят в движение и удаляют многочисленные негативные отложения в психике человека, способствуют разрешению многих проблем на различных осознанных и неосознанных уровнях. Использование кобызотерапии в группе повысило эффективность специализированной помощи пациентам, зависимым от ПАВ.

В реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ, предусмотрена оценка эффективности программной работы. Эффективность целевого реабилитационного взаимодействия оценивается в его этапной динамике – на основе специального психологического и соматофизиологического тестирования, а также по данным мониторинга терапевтического процесса бригадами специалистов – получать (с согласия больных) материал для оценки динамики состояния, позитивных перемен в нём.

Для оценки отслеживания положительной эффективности авторской методики в группах проводилась диагностика психических состояний настроения и сферы чувств пациентов с помощью методик, разработанных совместно с доктором психологических наук, профессором Куликовым Л.В. (7).

Тестирование пациентов в группах проводились до начала курса кобызотерапии и после завершения курса лечения. Использовалась методика определения доминирующего состояния (ДС). Назначение методики – определение характеристик настроений и некоторых других характеристик личностного уровня устойчивых (доминирующих) состояний с помощью субъективных оценок обследуемого лица.

*Клинический пример* из протокола готовой компьютерной обработки теста ДС:

- высокие оценки (более 60 Т-баллов);
- низкие оценки (менее 40 Т-баллов).

#### **До проведения курса кобызотерапии**

Фамилия: Солнеко Александр Владимирович

Возраст: 37 лет

Статус: наркозависимый

Пол: мужской

#### **Стандартные оценки**

Шкала «Ак»: Т-оценка: 40

Шкала «Бо»: Т-оценка: 37

Шкала «То»: Т-оценка: 30

Шкала «Ра»: Т-оценка: 39

Шкала «Сп»: Т-оценка: 40

Шкала «Ус»: Т-оценка: 35

Шкала «Уд»: Т-оценка: 38

Шкала «По»: Т-оценка: 39

---

---

### **После проведения Кобызотерапии**

Фамилия: Солнеко Александр Владимирович  
Возраст: 37  
Статус: наркозависимый  
Пол: мужской

#### **Полученные оценки:**

1 1 6 1 1 1 1 1 1 7 1 7 1 1 1 6 7 1 1 1 1 7 1 1 1 1 7 1  
1 1 1 2 1 1 1 1 7 1 1 7 1 1 6 1 7 1 1 1 7 1 2 1 1 1 2

#### **Норма - оценки**

Шкала «Ак»: Т-оценка: 65  
Шкала «Бо»: Т-оценка: 71  
Шкала «То»: Т-оценка: 56  
Шкала «Ра»: Т-оценка: 61  
Шкала «Сп»: Т-оценка: 66  
Шкала «Ус»: Т-оценка: 67  
Шкала «Уд»: Т-оценка: 73  
Шкала «По»: Т-оценка: 63

Большинство пациентов в группе уже на первых сеансах входили в глубокое изменение

ное состояние сознания автобиографического уровня: «Как в калейдоскопе проносились эпизоды событий». Разные фрагменты музыки вызывали изменения в ощущениях и смену зрительных образов. Музыка выступила как катализатор глубины погружения в неосознанную сферу психики. Каждый пациент по кругу рассказывал в обратной связи собственное восприятие прослушанных композиций. Пациенты «заново переживали ситуации», которые возникали в эпизодах «вспышек памяти», «наступало облегчение, словно освобождались от тяжелого груза».

Общий курс кобызотерапии составляет 2 недели, в неделю 5 сеансов. Методика ДС применялась ежедневно до и после терапии, включая обратную связь пациентов. После окончания лечебных сессий кобызотерапии, не наблюдалось возникновении аффективных расстройств и нарушений сна, тяготения к ПАВ не отмечалось, улучшилось качество жизни пациентов.

#### *Литература:*

1. Ворожцова О.А *Музыка и игра в детской психотерапии.* – М.: Изд.во Института психотерапии, 2004.
2. *Практическая диагностика и психологическое консультирование // Под. ред. Т.Ю. Синченко, В.Г. Ромек. - Ростов-на-Дону: фирма Ирбис, 1998.*
3. Мукашева К.К. *Лечение звуком кобыза // Материалы международной конференции «Народная медицина в современном обществе. Роль, значение, перспективы.», Ташкент, 2010 г. Научный сборник.*
4. Изотова М.Х. *Влияние музыки произвольное внимание у детей с нарушениями интеллекта // Материалы научно-практической конференции, 23-25 октября 2007 г.*
5. Жаркинбеков М. Коркут. Елим-ай. – Алматы: □нер, 1987.
6. Фалеева В.В., Казачок Н.Н., Савченко С.Н. *Музыкальная терапия в лечении психосоматических расстройств // Мед. журнал Украинской военно-мед. академии. – 2003. – № 10 (18).*
7. Куликов Л.В. *Руководство к методикам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств. - Санкт-Петербург, 2003.*
8. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. *Реабилитация наркологических больных: Концепция, Программа... // Психотерапия и реабилитация зависимости. – Павлодар, 2003. - Том 2.*

## ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ

### ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Б.С. Байкенова

г. Астана

Служба в органах внутренних дел требует от сотрудников большого физического и психического напряжения и самоотдачи, так как связана с необходимостью противостоять преступности, имеющей высокий уровень агрессивности и самые разные формы её проявления. Работа в органах внутренних дел сопряжена с постоянной психической нагрузкой, угрозой жизни и здоровью самих сотрудников и их окружения, неблагоприятным режимом труда и отдыха.

Сотрудники органов внутренних дел участвуют в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, обеспечивая правопорядок, личную и имущественную безопасность граждан. Профессиональная деятельность личного состава отдельных подразделений характеризуется воздействием значительного числа стрессогенных психотравмирующих факторов, зачастую протекает в экстремальных условиях.

Кроме того, эта работа сопряжена с соблюдения служебной субординации, организационного построения и межличностного общения, дисциплины равной дисциплине в армии, повышенной социальной и профессиональной ответственностью и высокой степенью риска потери здоровья.

В последнее время имеет место постоянный рост числа случаев оказания сопротивления сотрудникам полиции, увеличение числа сотрудников, которые при исполнении служебных обязанностей получили телесные повреждения, черепно-мозговые травмы и ранения различной степени тяжести.

С каждым годом усиливается психоэмоциональная напряжённость работы сотрудников государственной автоинспекции, которая всё более усложняется сильным загрязнением воздуха, шумом и вибрацией, производимой автотранспортом. Воздействие значительного числа неблагоприятных стресс-факторов, различных по своей природе, формам проявления, характеру воздействия и прочего могут вызвать сильное отрицательное эмоциональное воздействие, нервно-психические расстройства, являться причиной заболеваний различной этиологии, травматизма, гибели и разных чрезвычайных происшествий среди личного состава подразделений МВД.

Возникновению состояния стресса также способствуют постоянные перегрузки в работе, накопление физической и психической усталости, невнимательное и обезличенное отношение к ним, вос-

приятие их как работников, призванных выполнять служебные обязанности, и игнорирование их как личностей с индивидуальными особенностями, жизненными интересами и проблемами. Даже самые ничтожные поводы такие, как отказ в разрешении отпуска, незаслуженные наказания, выговоры, ничтожные оскорблении, мимолетные вспышки ревности могут явиться стресс-факторами. Это обуславливает высокий уровень психосоматической и нервно-психической заболеваемости, самоубийств, посттравматических стрессовых расстройств у сотрудников правоохранительных органов, а также профессиональной деформации их личности в виде агрессивности, обеднения эмоциональной сферы, смешения мотивационных и морально-нравственных ценностей.

Такие факторы, как ненормированный рабочий день, постоянный контакт с асоциальными элементами, необходимость полной отдачи психических и физических сил при пресечении преступлений снижают функциональные резервы организма, вплоть до их полного истощения. Влияние этих и целого ряда других неблагоприятных факторов способствует возникновению невротических расстройств, препятствует должностному исполнению сотрудниками служебных обязанностей, приводит к временной нетрудоспособности.

Учитывая специфику несения повседневной службы сотрудниками правоохранительных органов и профессиональных обязанностей в условиях чрезвычайно высоких нервно-психических и физических нагрузок, был проведен анализ структуры заболеваемости психическими расстройствами в течение 2008-2009 годов.

Среди обратившихся к врачу-психиатру лиц особую группу составили пациенты с разнообразными множественными жалобами. Данным больным врачами-терапевтами выставлялись диагнозы: Вегетососудистая дистония, Нейроциркуляторная дистония. Так как при тщательных обследованиях у этих пациентов не удавалось обнаружить объективных изменений со стороны внутренних органов.

Если одни пациенты жаловались на боли в области сердца, неприятные ощущения в области сердца, то другие отмечали головокружение, головные боли, чувство давления в голове, чувство нехватки воздуха, неприятные ощущения в области эпигастрия. При более подробном расспросе данных пациентов врачом-психиатром дополнительно выяв-

лялись наличие психотравмирующих ситуаций в анамнезе, постоянные перегрузки на службе, присутствие сильных психогенных раздражителей.

На фоне предъявляемых жалоб соматического характера с проявлениями вегетативной дисфункции также были выявлены симптомы невротических расстройств, таких как слабость, утомляемость, нарушение сна, чувство беспокойства, тревоги, пониженный фон настроения, которые оказывались ситуационно обусловленными.

В современных классификациях данные симптомы, имитирующие разнообразную патологию внутренних органов, обозначены как соматоформные расстройства. В клинической картине соматоформных расстройств на первый план выступают соматические или псевдосоматические жалобы, а собственно психические нарушения скрываются за соматическими проявлениями.

Вторую большую группу больных, обратившихся за помощью к врачу-психиатру, составили больные с органической патологией, имевшие в анамнезе черепно-мозговые травмы, а именно - органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство. Как уже было отмечено выше, в по-

следнее время увеличивается число сотрудников, получивших черепно-мозговые травмы, телесные повреждения, ранения при исполнении служебных обязанностей. Основные клинические проявления больными были описаны как головные боли, раздражительность, утомляемость, слезливость, трудность засыпания, кошмарные сновидения, чувство страха, тревоги.

И только третью группу составили больные с другими невротическими расстройствами, а именно - неврастенией. На фоне различных психотравмирующих ситуаций у данных пациентов наблюдалась повышенная утомляемость, головные боли, чувство постоянной напряженности, нарушение сна, раздражительность, непереносимость яркого света, привычного шума, слезливость, пониженный фон настроения.

В лечении больных с вышеуказанными нозологическими формами, наряду с медикаментозной терапией, физиотерапевтическими процедурами, врачом-психиатром широко используется рациональная психотерапия, ориентированная на осознание больным связи своих жалоб с психогенными факторами и на возможность их коррекции.

#### *Литература:*

1. Воскресенский М.Ф. Особенности пограничных психических нервно-психических расстройств у работников умственного труда // Всероссийский съезд невропатологов и психиатров России. – М., 1995.
2. Дмитриева Т.Б. Клиническая психиатрия. – М.: Медицина, 2003.
3. Дроздов А.А. Полный справочник психотерапевта. – М.: Эксмо, 2007.
4. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999.
5. Меерсон Ф.З. Общий механизм адаптации и профилактики. – М.: Наука. 1973.
6. Стресс жизни: Сборник. - СПб.: ТОО «Лейла», 1994.
7. Темpler Ю.Б. , Ландышев Ю.С. Болезни адаптации и их психопрофилактика // Валеология. Сб. науч. трудов. – СПб.: Наука, 1993.
8. Шувалов А.В. Справочник практического врача по психиатрии, наркологии и сексопатологии. – М.: Советский спорт, 2001.

## ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА

### ВЛИЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ

Ж.Т. Жексембиев

Влияние лекарственных препаратов на профессиональные качества водителей транспортных средств является актуальной и признанной во всем мире проблемой.

Считаются опасными в первую очередь препараты с седативным действием, ведущие к гипотензии, головокружениям, изменению поведения, неустойчивости и дрожанию, затуманиванию зрения и нарушению аккомодации и с некоторыми другими подобными эффектами. Явным врагом всех водителей являются психотропные средства. Их прием повышает риск ДТП в 2-5 раз. По статистике 10% граждан, получивших ранение или погибших на дорогах, находились под воздействием психотропных средств.

Более 10 стран (Скандинавские страны, Голландия, Бельгия, Франция, Испания, Австрия и др.) выработали списки лекарственных средств, распределив их по степени опасности применения водителями. В Казахстане такой список появился в 2006 году. В списках содержатся следующие графы:

- групповая принадлежность препарата;
- препараты и их дозы;
- факторы риска их применения;
- информация к назначению;
- специальная информация о применении водителями (с перечислением симптомов, представляющих опасность для движения и тем самым диктующих отмену препарата).

Наиболее опасны препараты, продающиеся без рецепта. Водители, принимающие лекарственные препараты, должны учитывать, что они могут негативно влиять на безопасность управления транспортным средством. Водителю, проходящему курс лечения, необходимо выяснить у своего врача побочные действия принимаемых препаратов. Узнать о побочных свойствах медикаментов можно также, прочитав аннотацию в медицинском справочнике или листок-вкладыш в упаковке лекарства.

Длительность действия лекарственного средства в организме зависит от множества причин: возраста, массы тела, функционального состояния печени, почек и т.д., поэтому вынужденного отказа от работы в каждом конкретном случае зависит от субъекта, но в среднем составляет не менее 12 часов.

*В список лекарственных препаратов, имеющих противопоказания для водителей входят:*

1. *Нейролептики* (тормозят работу центральной нервной системы, не нарушая сознания).

г. Тараз

2. *Антидепрессанты* (для водителей также весьма опасны; новые препараты этой группы меньше влияют на координацию движений, но осторожность надо соблюдать и при лечении ими).
3. *Транквилизаторы* (подавляют беспокойство, тревогу, страхи и в то же время снижают способность концентрировать внимание и нарушают координацию движений).
4. *Препараты лития* (регулирующие настроение при длительном использовании ослабляют концентрацию внимания).
5. *Препараты, содержащие алкоголь* (малейший глоток алкоголя, даже лечебной микстуры, вкупе с таблеткой может обернуться трагедией на дороге).
6. *Препараты со снотворным и седативным действием* (входят в запретный список для водителя абсолютно все).
7. *Некоторые гипотензивные препараты* (снижают артериальное давление, вызывая заторможенность).
8. *Антигистаминные препараты* (практически все, используемые для лечения аллергии и наркотические вещества).
9. *Препараты близкие к морфину* – так называемые опиоиды.
10. *Бета-блокаторы* (вызывают опасение, их используют для лечения не только гипертонии, но и ишемической болезни сердца и при некоторых сердечных аритмиях; перед дорогой лучше их не принимать).
11. *Растительные препараты с успокоительным действием* (тоже не безобидны, особенно в сочетании с лекарствами, повышающими активность).

Водителю надо быть очень внимательным и к лекарствам, угнетающим активность желудочно-кишечного тракта. Раньше их широко использовали при лечении язвенной болезни и гастрита. Сейчас применяют реже. Все они воздействуют на зрение: расширяют зрачки и делают изображение нерезким. В запретный список попадают и препараты от диареи, которые оказывают затормаживающее действие на центральную нервную систему.

Лицам, профессия которых требует непрерывного внимания и быстрой реакции (водители транспорта, операторы, летчики, рабочие высотных профессий) амбулаторное лечение большинством ан-

тигистаминных препаратов противопоказано. Так, например должна учитываться возможность замедления психомоторных реакций, ухудшение пространственной координации движений, появление сонливости, вялости. К наиболее опасным препаратам этой группы относятся димедрол (противоаллергический препарат с седативным эффектом). Известный также под названиями Алледрил, Диабенил, Димедрил и др. Дипразин известный под названием Пипольфен, Аллерган, Тавегил известный также под названием Клемастин, Лекасол, Тавист.

Многие антигипертензивные средства отрицательно действуют на психофизиологические качества водителей и поэтому не могут быть применены у водителей при поддерживающей терапии артериальной гипертензии без отрыва от работы. Водителям в первую очередь надо остерегаться лекарств, действующих на центральную нервную систему. Это резерпин и препараты, его содержащие (адельфан, кристепин, синепрес и др.), а также средства с клонидином (клофелин, гемитон), допегит, эстулик. Очень опасны препараты, которые используют одновременно и при ишемической болезни сердца, также как бета-блокаторы, регулирующие и сердечный ритм. Самые распространенные из них – препараты пропранолола, атеналола и метопролола. Из новых препаратов, применяющихся при артериальной гипертензии у водителей препарат фирмы Solvey pharma – эпросартантиветин.

Сейчас в мире стало очень модным и актуальным лечение депрессий, как это относится к водителям. В настоящее время процент депрессивных состояний у населения очень высок. Антидепрессивные препараты широко назначаются врачами всех специальностей. Для водителей они весьма опасны. Очень широко распространены трициклические антидепрессанты (амитриптилин, кломипрамин и др.) и новые препараты этой группы – про-

зак, сертраприн, коаксил, депрес, которые меньше влияют на координацию движений, но осторожность надо соблюдать и с ними.

Что же делать в случаях, когда какие-либо лекарственные средства жизненно-необходимо принимать водителю? Прежде всего, нельзя заниматься самолечением, во всех случаях необходимо советоваться со специалистами и возможно лечащий врач выберет менее опасную комбинацию препаратов. Если же какой-то препарат невозможно будет заменить, а он входит в список наиболее опасных для водителей, то лучше, отказаться от вождения автомобиля на время лечения.

Чем должен руководствоваться водитель при выборе лекарственных средств?

Во-первых, читать аннотацию к препарату. К предупреждению «не следует водить транспортные средства и заниматься другими видами деятельности, требующими повышенного внимания» относиться нужно чрезвычайно серьезно.

Во-вторых, если вы узнаете из аннотации, что препарат принадлежит к группе нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, седативных, снотворных или препаратов лития, знайте, что все они относятся к психотропным средствам. После их приема за руль лучше не садиться.

В-третьих, иногда в аннотациях к лекарствам дается совет: «Будьте особенно осторожны в начале лечения. Если препарат переносится хорошо, полностью отказаться от вождения автомобиля не стоит». Это тоже не лучшая рекомендация. Таблетки могут обладать скрытым эффектом, который гораздо опаснее явного. Ведь ощущая себя вялым и сонливым, водитель вряд ли сядет за руль. А когда он чувствует себя нормально, вряд ли догадается, что из-за принятого накануне лекарства, нарушена способность концентрировать внимание и координировать движение. Такое спокойствие грозит потерей бдительности.

## ПОВРЕЖДЕНИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ОСУЖДЕННЫХ ЛИЦ С ДЕВИАНТНЫМИ ПОВЕДЕНИЯМИ

С.Б. Имангазинов, Е.К. Каирханов

Закрытые повреждения двенадцатиперстной кишки встречаются сравнительно редко и составляют 1,5-3,7% всех повреждений желудочно-кишечного тракта [1, 2]. Различают внутрибрюшинные и внебрюшинные разрывы двенадцатиперстной кишки. Диагностика их трудна не только до операции, но и во время неё. Летальность составляет 30-60% [3, 4].

Наиболее интересными являются случаи повреждения двенадцатиперстной кишки у осужденных лиц, находящихся в местах лишения свободы, чаще - на почве психопатических расстройств. В частности, у них имели место перфорации двенадцатиперстной кишки инородными телами при умышленном проглатывании инородных тел. Причем перфорации стенки кишки носили поэтапный

характер. Вначале из-за длительного фиксированного нахождения инородного тела образовался пролежень, затем происходила микроперфорация по типу прикрытой с последующим формированием воспалительного инфильтрата, иногда и забрюшинной флегмоны.

Таких случаев было отмечено два. Осужденный К., 19 лет, статья 76 УК КазССР, срок 3 года 6 месяцев, начало срока 28.02.1990 года. Госпитализирован 3.08.1992 года с жалобами на боли в верхней половине живота, слабость, повышение температуры до 38°C и выше. Из анамнеза установлено, что год назад проглотил электрод длиной 14-15 см. Тогда была безуспешная попытка удаления его через фиброгастроскоп. От оперативного вмешательства больной категорически отказался и был выписан.

Состояние при поступлении тяжелое, отмечается бледность, истощение. В легких везикулярное дыхание, тахикардия, пульс 92 в I минуту. АД 100/60 мм рт. ст. Язык суховат. Живот болезненный в эпигастральной области, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Клинические исследования: Нв 129 г/л; лейкоциты  $13,8 \times 10^9/\text{л}$ ; п - 4%, с - 70%, л - 15%, м - 2%; СОЭ - 16 мм/час. При обзорной рентгеноскопии живота выявлено наличие в брюшной полости на уровне от первого до третьего поясничного позвонка инородного тела длиной до 15 см. Воздуха в свободной брюшной полости нет.

Диагноз: Членовредительство, Инородное тело желудочно-кишечного тракта.

В последующие дни состояние больного, несмотря на противовоспалительное, антибактериальное и дезинтоксикационное лечение не улучшалось. Нарастали признаки интоксикации, увеличилась тахикардия до 100 и более в 1 минуту, сохранялась высокая температура. 6.08.1991 года в связи с подозрением на прикрытую перфорацию полого органа инородным телом с образованием гнойника брюшной полости, больного решено оперировать.

Операция – верхнесрединная лапаротомия под общим эндотрахеальным наркозом. Обнаружен воспалительный инфильтрат, в который вовлечены дистальный отдел желудка, сальник, передняя брюшная стенка, нижняя поверхность печени, по-перечно-ободочная кишка. Тупым и острым путем инфильтрат был разобран. При этом установлена перфорация задневерхней стенки начального отдела двенадцатиперстной кишки. Через перфорационное отверстие выступает проксимальный конец

электрода. Область перфорации прикрыта нижней поверхностью печени. Инородное тело (электрод длиной 15 см) удалено. Место перфорации ушито двухрядными узловыми швами. К ушитой ране двенадцатиперстной кишки подведены марлевый отграничивающий тампон и резиновый плоский дренаж, выведенные через дополнительные разрезы. Операционная рана ушита наглухо. Состояние больного стало быстро улучшаться. Дренаж и тампон из брюшной полости удалены 14.08.92 г. Послеперационная рана зажила первичным напряжением. Выписан на 36-й день лечения.

Осужденный К., 25 лет, статья 76 УК КазССР, срок 1 год, госпитализирован 29.05.1987 г., с клиникой острого разлитого перитонита. Произведена в экстренном порядке верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости до 1000 мл серозно-фиброзного экссудата. Обнаружено инородное тело в нижне-горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Вскрыта передняя стенка горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. Инородное тело – супинатор от обуви, который одним концом внедрен в стенку двенадцатиперстной кишки. При его удалении обнаружена микроперфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки. Инородное тело удалено. Выраженный отек забрюшинной клетчатки, инфильтрация тканей. Раны кишки ушиты двухрядными швами. Интраоперационный диагноз: членовредительство, перфорация нижнеризонтальной части двенадцатиперстной кишки, осложненная забрюшинной флегмой, вторичный реактивный серозно-фиброзный перитонит.

Операция была закончена дренированием забрюшинного пространства через пояснично-боковой разрез и дренированием брюшной полости. В последующем сформировался дуоденальный свищ. Свищ закрылся самостоятельно. Выписан.

#### Выводы:

1. Под кожные повреждения двенадцатиперстной кишки относятся к редким случаям травм живота. В условиях пенитенциарной системы они являются результатом перфорации на фоне психопатических расстройств осужденных. Диагностика этих повреждений вызывает определенные трудности.

2. Операционные пособия при повреждениях двенадцатиперстной кишки зависят от места повреждения стенки кишки, сроков госпитализации после получения травмы и наличия осложнений, развившихся еще до оперативного вмешательства.

#### Литература:

- Гладинец М.М., Казакенов Т.А., Ким Н.А. и др. Тактика хирурга при закрытых повреждениях двенадцатиперстной кишки // Профилактика и лечение осложнений в неотложной абдоминальной хирургии и при политравме. – Актюбинск, 1989. – С. 141-143.
- Горшков С.З., Волков В.С. Закрытые повреждения живота. - М.: Медицина, 1978. - 215 с.
- Бочаров А.А. Повреждения живота. - М.: Медицина, 1967. - 164 с.
- Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Михоногус Т.А. Повреждения живота. - М.: Медицина, 1986.- 256 с.

---

## **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ**

К.Г. Шарапатова, Ж.А. Калматаева

г.г. Павлодар, Алматы

Изменение морально-нравственных критериев в обществе, отсутствие у детей и подростков иммунитета против открытой пропаганды эротики и порнографии привели к распространению среди подростков рискованных форм сексуального поведения. За последнее десятилетие доля подростков, имеющих опыт сексуальных контактов, значительно увеличилась. В среднем, возраст начала половой жизни подростков 15-17 лет составил 14,4 года у девочек и 14,8 года у юношей, в другом исследовании начало половой жизни подростков в изучаемой популяции составило – 15,9±1,6 года [1, 2]. В Центральной Азии сексуальный дебют приходится на 15-18 лет, а сексуальные отношения до брака допускают 51,6%. По данным российских исследователей, 75,2% девочек подросткового возраста допускают возможность половых отношений, и каждая третья городская девочка считает, что половую жизнь можно начинать с 15-16 лет [3]. Обследования учащихся общеобразовательных школ г. Семипалатинска (Семея) показали, что опыт сексуальных отношений имели в возрасте 13-14 лет - 6% опрошенных лиц, в 15-летнем возрасте - 17% и в 16-летнем возрасте - 23% [4]. Наращение негативных социальных явлений в обществе отражается на подрастающем поколении, так в возрасте 13-14 лет у девочек интимная близость в 8% случаев произошла, в основном, по принуждению со стороны мужчины и уже в состоянии алкогольного опьянения [5].

Факторы риска сексуального и репродуктивного поведения у лиц подросткового возраста являются ведущими с позиции влияния их на репродуктивное здоровье. У подростков отмечается низкий уровень информированности об использовании противозачаточных средств [6]. Следствием недостаточных знаний в вопросах полового поведения является тот факт, что удельный вес абортов среди девушек младше 18 лет в Республике Казахстан составляет в среднем 6-7% от общего числа абортов, а в возрастной группе 15-18 лет прерывание беременности в 42% случаев это повторно беременные [7].

В связи с вышеизложенным возрастает роль изучения проблемы, связанной с нравственно-половыми аспектами образа жизни и здоровья школьников и вопросов, связанных с решением проблем репродуктивного здоровья, профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и ВИЧ/СПИДа.

Нами проведено социологическое исследование учеников 5-11 классов в возрасте 12-18 лет общеобразовательных средних сельских и городских школ Павлодарской области. Учитывая, что в характеристики показателя образа жизни ведущими составными репродуктивного поведения являются репродуктивные установки и сексуальное поведение, нами взяты эти аспекты. Немаловажное значение имеет качество проведения досуга, источники информации, уровень информационного обеспечения вопросов охраны здоровья в семье и школе, что предлагается в качестве обсуждения. Показатели приводятся сначала общие для всех подростков от 12 до 18 лет, а затем достоверные различия в подгруппах 12-14 лет (младшая) и 15-18 лет (старшая) для обеих полов, так как каждый из этих периодов существенно отличается по потребностям, качественным особенностям, уровню знаний и на выков поведения.

Добрачные сексуальные отношения допускает каждый пятый опрошенный школьник в возрасте от 12 до 18 лет (25,8%). В разрезе пола и возраста (12-14 лет и 15-18 лет) это выглядит так: 68,2% мальчиков старшей подгруппы и 20,9% младшей ( $P<0,01$ ) и среди девочек 16,4% старшей подгруппы и 1,1% младшей ( $P<0,01$ ).

Сексуальный дебют был у 16,5% школьников. Так каждый десятый мальчик в младшей (11,0%) и каждый второй юноша в старшей подгруппе (52,2%) имел половые контакты ( $P<0,01$ ). У девочек этот показатель составляет 6,0% в старшей и 1,1% в младшей подгруппе ( $P<0,01$ ). Среди тех, кто имеет сексуальные отношения, используют контрацептивные средства лишь 42,1%, и 58,8% использует средства защиты от инфекций передаваемых половым путем. Разница с учётом пола и возраста такова: среди мальчиков старшей группы используют контрацептивные средства - 52,2% и средства защиты от инфекций, передаваемых половым путем - 75,8%. Девочки менее информированы в вопросах безопасного секса и отмечают лишь в 15,0% использование контрацептивных средств и 23,8% использование средств защиты от инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Как и следовало ожидать, чем младше возраст сексуального дебюта, тем меньше знаний по охране репродуктивного здоровья. Так в младшей возрастной группе мальчиков применение средств защиты от ИППП было у 38,9%, а девочки младшей группы, имев-

шие сексуальные контакты, не ответили на этот вопрос. Данное обстоятельство ещё раз подтверждает отсутствие знания данного вопроса, и как следствие, имеет место высокий процент абортов от общего числа в возрастной группе подростков.

Немаловажное значение в охране репродуктивного здоровья у опрашиваемой категории лиц имеет то, с кем вопросы интимного характера они обсуждают. Более одной трети подростков (37,0%) не склонны это обсуждать с кем-либо. Большая часть (28,6%) опрошенных лиц обсуждает вопросы, касающиеся интимной жизни, с друзьями. Лишь одна пятая часть (19,8%) обсуждает интимные вопросы в семье мамой, затем с сестрой (8,4%) и братом (4,9%), с отцом (3,0%), обсуждают с одноклассниками (5,4%), с учителем 2,0% опрошенных школьников. Данные показатели варьируют в зависимости от возраста и пола. Достоверно чаще девочки младшей возрастной подгруппы, чем девочки старшей обсуждают интимные вопросы с мамой (42,2% и 23,6%) ( $P<0,01$ ), а последние, в сравнении с первыми, чаще обсуждают с друзьями (26,6% и 13,0%) ( $P<0,01$ ). Для мальчиков характерно обсуждение интимных вопросов с отцом соответственно в младшей возрастной группе 8,7%, в старшей группе - 3,5% ( $P<0,01$ ), но последние в сравнение с первыми чаще обсуждают с друзьями с достоверной разницей (45,5% и 29,1%) ( $P<0,01$ ). Девочки в обеих группах интимных вопросов с отцом не решали.

В характеристике поведения особое место занимает досуг. С этой точки зрения представляют большой интерес сведения об использовании подростками свободного времени. Основным занятием проведения досуга для более одной трети подростков - это общение с друзьями (39,0%) и прогулки (35,1%). Затем следуют по убыванию - просмотр телепередач - 29,9%; чтение - 22,9%; работа дома, в саду, в огороде - 22,3%; слушают радио - 17,3%; занимаются физкультурой - 13,0%; за игрой в компьютерные игры проводит каждый десятый (10,9%); в ресурсной сети интернет - 3,8%; работают в общественной организации - 1,9%. Девочки старшего возраста чаще, чем младшие слушают радио ( $P<0,05$ ) и в ресурсной сети интернет ( $P<0,01$ ).

Основные навыки здорового образа жизни школьники подростки получают в семье. Считают, что вопросам здорового образа жизни в семье уделяется достаточно внимание - 72,7% опрошенных школьников, не достаточно - 21,5% опрошенных лиц, а 5,4% считают, что вообще не уделяется. При этом в старшей подгруппе о том, что не уделяется внимание вопросам здорового образа жизни в семье, считают 7,7% юношей и 6,9% девушек. Особо следует отметить, что лицам женского пола не достаточно знаний получаемых от членов семьи, так ответ «не достаточно» и «не уделяется» они указывают достоверно чаще, чем младшие девочки ( $P<0,01$ ).

Навыки и принципы здорового образа жизни школьники усваивают в процессе обучения в школе. О том, что вопросам здорового образа жизни в школе уделяется достаточно внимания, считают 68,9% опрошенных школьников; 25,9% - не достаточно внимания, а 4,7% ответили, что не уделяется вовсе. Достоверно как девочки, так и мальчики старшей подгруппы в сравнение с младшими чаще указывают на недостаток внимания в школе вопросам здорового образа. Так около одной третьей части юношей (30,3%) и девушек (33,9%) считают, что не достаточно внимания уделяется в школе вопросам здорового образа жизни, а 6,7% юношей и 7,4% девушек считают, что в школе совсем не уделяется внимание вопросам здорового образа жизни.

При изучении вопроса об источниках знаний по вопросам укрепления здоровья у школьников на первом месте стояло телевидение - 35,2%. Часть информации школьники получают от родителей - 27,4%. Затем в убывающей последовательности следуют: медицинские работники (26,3%); книги и журналы (26,0%); учителя (18,1%); друзья (16,3%); специальная литература (12,1%); радио и Интернет (9,0%). О том, что источником информации служит телевидение отмечено достоверно чаще у почти половины мальчиков старшей подгруппы (42,8%), тогда как в младшей группы это отметили менее одной трети (29,4%) ( $P<0,01$ ). Если для одной трети мальчиков младшего возраста (28,9%) источником по вопросам укрепления здоровья являются родители, то в старшей подгруппе источником по вопросам укрепления здоровья являются родители для менее одной четвертой части (18,9%) ( $P<0,01$ ). Источником информации по вопросам укрепления здоровья в старших группах как для мальчиков (26,4%), так и для девочек (18,2%) чаще являются друзья.

Таким образом, юноши в четыре раза чаще, чем девушки допускают возможность сексуальных отношений. Был сексуальный дебют у 16,5% школьников, при этом в старшей подгруппе у каждого второго юноши, а у девушек этот показатель составил 6,0%.

Имевшие сексуальные связи не обладают навыками безопасного полового поведения, так более и менее половины используют контрацептивные средства, и средства защиты от ИППП. Остальные продемонстрировали, недостаточно знаний в вопросах охраны репродуктивного здоровья. Следует отметить, что подросток не находит в большинстве случаев лица с кем доверительно можно обсуждать вопросы интимного характера, чаще обращается к друзьям и сверстникам, которые сами не сильны в данных вопросах, и только каждый пятый ищет ответ у матери или у других членов семьи. Достоверно отмечено, чем старше подросток, как юноши, так и девушки, тем чаще обращается он к друзьям и реже к родителям.

---

---

Наиболее популярное проведения досуга школьников это прогулки и время провождения с друзьями, т.е. расход значительной части свободного времени нерациональный. Просмотр телепередач, игра в компьютерные игры, интернет, провоцирует малоподвижный образ жизни, меньше занимаются физкультурой и связаны физическим трудом в быту. Для подростков старшей возрастной подгруппы не достаточно знаний, получаемых от родителей в семье и от педагогов в школе, по вопросам укрепления и сохранения здоровья.

Основными источниками информации об укреплении здоровья является телевидение и семья, для старших подгрупп подростков не маловажное значение имеют друзья. С возрастом значение телеви-

дения как источника информации достоверно возрастает, а значение членов семьи уменьшается.

Проблема состояния репродуктивного поведения подростков школьного возраста продолжает оставаться очень острой оказывает непосредственное влияние на их здоровье и является угрозой репродуктивному потенциалу. Результаты исследования указывают, создание условий для формирования ценностного отношения к собственному здоровью на базе образовательных и лечебных учреждений может стать важнейшим резервом для сохранения и укрепления здоровья, наряду с подростками, необходимо усиливать профилактическую работу среди взрослых, в первую очередь, среди родителей.

*Литература:*

1. Попова Н.М., Касихина Е.И. *Факторы, способствующие распространению инфекций передаваемых половым путем среди подростков* // Журнал «Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины». - 2006. - № 1. - С. 20-21.
2. Захаров Т.Г., Николаев В.Г., Искра И.П., Захаров Г.Н. *Сексуальное поведение девушек-подростков и его влияние на репродуктивное здоровье* // Журнал «Профилактика заболеваний и укрепление здоровья». - М., 2006. - Т. 9, № 1. - С. 19-21.
3. Коновалов О.Е. *К вопросу о половом воспитании подростков* // Здравоохранение Российской Федерации. – М., 1997. - № 4. - С.47-48.
4. Кайлюбаева Г.Ж., Кабылова С.А., Сарсенбаева Г.С., Манабаева Т.К. *О репродуктивном здоровье* // Проблемы и перспективы формирования здорового образа жизни: Материалы форума (I съезд) специалистов здорового образа жизни Республики Казахстан (Алматы, 17-18 окт. 2002 г.). - Алматы, 2002. - С. 147-148.
5. Лешикевич И.А., Филиппова Н.Г., Соболева Н.П. *Проблемы профилактики заболеваемости сифилисом у детей и подростков и пути их решения* // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН. – М., 1998. – Вып. 1. С 34-37.
6. Германюк Т.А., Колокина Р.С., Островская Н.И. и др. *Результаты анкетирования девочек подростков по вопросам репродуктивного поведения в Республике Казахстан* // Проблемы и перспективы формирования здорового образа жизни: Материалы форума (I съезд) специалистов здорового образа жизни Республики Казахстан (Алматы, 17-18 окт. 2002 г.). - Алматы, 2002. - С. 270-273.
7. Кульбаева К.Ж., Даутбаева А.Т. *Социально-гигиенические аспекты репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девушек подростков, перенесших искусственный аборт* // Акушерство, гинекология и перинатология. - 2004. - № 1. - С. 12-14.

## ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

### ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С

С.Б. Имангазинов, А.А. Байгалиев, Е.Н. Коновалов

В структуре болезней печени значительную долю составляют парентеральные вирусные гепатиты, заболеваемость которыми в ряде стран остается высокой. Смертность при вирусных гепатитах, в основном связана с парентеральными вирусными гепатитами. Вирус гепатита С передается через кровь, поэтому вероятность быть зараженным при внутривенном введении наркотиков высока.

HCV-инфекцию, в том числе и вирусный гепатит С, наряду с ВИЧ-инфекцией, справедливо относят к группе «медленных вирусных инфекций» [1]. Заражение HCV в 75-85% случаев ведет к персистенции вируса и развитию медленно прогрессирующего хронического гепатита и его терминальных стадий – цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [2]. Среди медиков отношение к проблеме вирусного гепатита С и рисков, связанные с ним, далеко неоднозначные.

**Цель работы:** изучить общие особенности понимания медицинскими работниками города Павлодара проблем, связанных с хроническим гепатитом С.

#### Материалы и методы

Было проведено изучение мнения медицинских работников города Павлодара с использованием специальной анкеты. В исследовании приняли участие 239 человек – врачи, средние медицинские работники, студенты Павлодарского филиала Государственного медицинского университета (г. Семей, Восточно-Казахстанская обл.), врачи-интерны. В дальнейшем полученные данные были обработаны с использованием программы MS Excel.

#### Результаты

Половозрастной состав участников опроса приведен в таблице 1.

Таблица 1

*Состав участников исследования по половым и возрастным признакам*

Возрастные категории	Пол		Общее количество (чел.)
	Мужчины (чел.)	Женщины (чел.)	
20 - 24 года	14	38	52
25 - 29 лет	27	25	52
30 - 34 года	15	32	47
35 - 39 лет	13	24	37
40 - 44 года	13	19	32
45 лет и старше	8	11	19
<b>ВСЕГО</b>	<b>90</b>	<b>149</b>	<b>239</b>

Среди общего числа медицинских работников преобладали врачи со стажем работы в системе практического здравоохранения более 10 лет - 135 человек или 57% от всего числа опрошенных лиц. При этом из общего числа респондентов большую часть составили женщины - 62,3%.

Распределение опрошенных лиц по месту работы представлено на рисунке 1.

Оказывать медицинскую помощь больным хроническим гепатитом С, используя средства защиты, собираются 76,2% опрошенных, 18,4% от всего числа респондентов готовы это делать и без средств защиты.

Обеспеченными средствами защиты на рабочих местах считают себя 38,1% опрошенных лиц, обеспеченными не в полной мере – 31,4%, не обеспеченными средствами защиты – 30,5% респондентов. Считают, что подвергаются риску заражения гепатитом С 70,7% от числа опрошенных лиц, затруднились с ответом 23,4% участников опроса, и только 5,9% респондентов считают, что не подвергаются риску заражения.

Структура причин, по которым гепатит С вызывает тревогу, приведена на рисунке 2.

Необходимо отметить тот факт, что подавляющее большинство врачей, от общего количества



Рисунок 1. Распределение участников опроса по месту работы



Рисунок 2. Структура причин, по которым гепатит С вызывает тревогу

опрошенных нами (92,2%), работают в атмосфере страха и тревожности из-за реальной угрозы собственного заражения вирусным гепатитом С.

Не боятся заразиться гепатитом С только 4,2% опрошенных лиц. Только 1,7% опрошенных лиц собираются прекратить контакты с коллегой, у которого будет обнаружен гепатит С.

Уровнем своих знаний о гепатите С удовлетворены только 37,2% участников опроса, 48,5% - затруднились с ответом. Основными источниками знаний для большинства лиц, участвующих в опросе,

являются приказы, инструкции – 58,6% опрошенных, следующим по частоте источником знаний названы монографии – 19,7% опрошенных лиц, в число источников знаний попали также конференции – 7,9% респондентов, СМИ – 7,5% лиц, участвующих в опросе, информация друзей – 4,6% опрошенных. Информацию о гепатите С считают доступной 44,4% респондентов, а 52,7% опрошенных утверждают, что могут найти её при необходимости.

Структура информации, в которой нуждаются респонденты, приведена на рисунке 3.

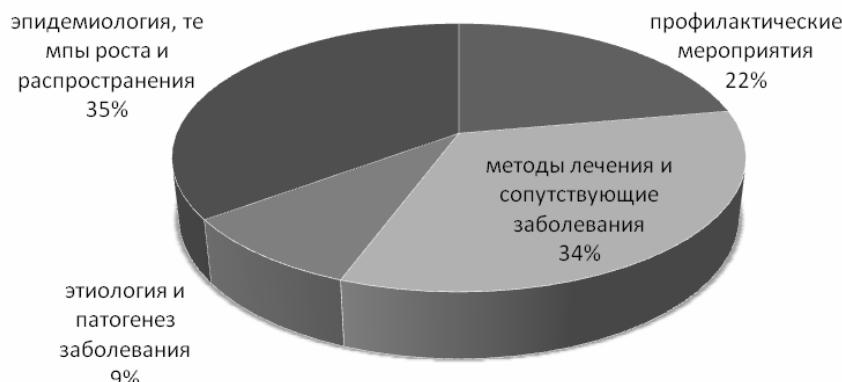


Рисунок 3. Структура информации о вирусном гепатите С, в которой нуждаются респонденты

Опрошенные нами лица считают, что распространение гепатита С будет сопровождаться:

- медицинскими проблемами – 49,4% ответов;
- социальными проблемами – 28,5% ответов;
- экономическими проблемами – 14,6% ответов;
- правовыми проблемами – 7,5% ответов.

Достаточными мероприятиями по предотвращению распространения гепатита С считают только 30,5% опрошенных, 31,4% - затруднились с ответом, 38,1% - считают проводимую деятельность недостаточной.

*Литература:*

1. Зуев В.А., Завалишин И.А., Ройхель В.М. *Прионные болезни человека и животных.* - Москва, 1999. - С. 16.
2. *The Report of European Association in Investigation of liver Diseases.* – 1999.

Проанализировав итоги проведённого нами опроса медиков, можно считать, что отношение практических врачей к проблеме распространения вирусного гепатита С сложное и неоднозначное. Кроме этого, более половины опрошенных участников опроса считают, что проводимых лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению и снижению распространения вирусного С медицинскими учреждениями Павлодара недостаточно.

## КРАТКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Н.Л. Рудич

г. Костанай

Целью этой публикации является распространение полезной информации о заболевании, которая будет использована родственниками больных шизофренией, заинтересованными в оказании помощи тем, кто страдает этой болезнью. В этой краткой публикации использован опыт медицинских специалистов, врачей-психиатров, членов семей психических больных, накопленный в процессе многолетней работы с больными шизофренией.

Каждый душевно больной имеет право на гуманное и квалифицированное лечение, на избавление от высокомерного отношения со стороны медицинского персонала, запущенности, заброшенности, имеет право на психосоциальную реабилитацию, направленную на восстановление в жизни утраченных навыков, трудоустройства, жилья, на продолжение помощи и после выписки из больницы. В прошлом психические больные часто подолгу находились на лечении в психиатрических больницах. Внедрение в психиатрическую практику антипсихотических препаратов, особенно за последние годы - психотропных препаратов нового поколения (ППНП) (зипрекса, рисполент, солиан и другие) позволили многим больным, которые прежде не могли находиться вне больницы, жить в семье, в обществе. Но, к сожалению, существуют особенности, связанные с сущностью шизофрении, которые затрудняют оказание помощи пациентам вне больницы и ответственность за уход ложится на семьи больных.

Предлагаемые рекомендации в связи с появлением в семье больного шизофренией должны, хотя бы немного, помочь неподготовленным семьям. Шизофрения – очень распространённая в мире болезнь, которой страдает каждый сотый житель Земли. Ею заболевают чаще молодые люди в возрасте 15-30 лет (как мужчины, так и женщины). Это серьёзное нарушение деятельности головного мозга. Причин возникновения шизофрении множество, но единой этнопатогенетической причины пока не найдено. В мозг, поражённый шизофренией, поступает объективная информация извне, но не перерабатывается и истолковывается неадекватно. Шизофрения развивается постепенно, медленно, долгое время заболевание остаётся незамеченным, затем наступает острое психотическое расстройство в форме приступа, в клинической картине которого выявляются полиморфные (разнообразные) нарушения психической деятельности: слуховые галлюцинации, бредовые идеи (преследования, воздействия, величия и др.), изменение эмоциональной сферы (повышение или ухудшение настроения, смех без причины, плач, жестокость, холодность), отказ от общения (утрага контакта с окружающими), потеря цели интереса к жизни, безразличие, равнодушие, невозможность в силу указанных причин вести нормальную жизнь.

В настоящее время конкретную причину возникновения шизофрении никто не может назвать, причин несколько, но существует предрасположенность к шизофрении наследственного характера.

Неизвестно какие сложные пути ведут от наследственной предрасположенности к дебюту заболевания. У больных шизофренией, как правило, повышенено содержание химического вещества в мозге - допамина. Не излишки, ли его являются причиной заболевания?

В поведении, в высказываниях, в эмоциональных реакциях больного шизофренией появляются ранее ему не свойственные признаки заболевания: бессонница, уединение, страх, подозрительность, пропуски школьных занятий, работы, не выход из дома, пренебрежение к личной гигиене, эксцентрическая одежда, непоследовательность, бесцельность действий, необычный интерес раннее свойственный больному к духовным, религиозным и другим делам, не логические, нелепые высказывания. Наличие этих признаков служит основанием для обращения к психиатру с консультативной целью, возможно и с лечебной. Больной чаще не соглашается с оценкой своего состояния болезни, он смущён, напуган, с ним следует говорить осторожно и сочувственно, т.к. никто не хочет признать, что он психически болен. При посещении врача желательно в присутствии больного не говорить о тревожащих родственников симптомах его болезни, лучше всё написать врачу в письме. При отказе больного посетить врача можно самим родственникам посетить врача или вызвать его на дом.

Диагноз шизофрении поставить не просто, это требует времени, у разных людей выявляются различные симптомы болезни, о которых знает только врач. При шизофрении необходимо медикаментозное лечение и психосоциальная реабилитация. Лекарственные препараты, помогают избавиться от многих симптомов болезни, для чего необходимо госпитализировать больного в стационар, хотя бы на короткое время, что улучшает состояние больного, а затем продолжать лечение по рекомендации врача на амбулаторном уровне. Психосоциальная реабилитация больного заключается в восстановлении утраченных навыков, приобретению новых, направленных на умение справляться со стрес-

совыми ситуациями, которые, больные шизофренией, переносят плохо. Стressовая ситуация уменьшает эффективность лечения психотропными препаратами, что может привести к новому появлению симптомов болезни.

Роль антипсихотических препаратов в лечении шизофрении велика, их применение успешно и быстро ведёт к уменьшению и исчезновению острых симптомов психоза, а также предохраняет больных с хронической формой от возникновения острой симптоматики. Эти лекарства не вызывают наркотической зависимости, предписанный врачом режим приёма лекарств ведёт к максимальному успеху. Существуют лекарства - пролонги, инъекции которых делаются 1 раз в 10 дней, в 12 дней, в 1 месяц. Самостоятельный обрыв приёма лекарств вне совета врача ведёт к обострению болезни. Некоторые симптомы шизофрении не ослабевают после приёма антипсихотических препаратов, это «негативные» симптомы: сонливость, апатия, бедность мыслей, выхолощенность эмоций и т.д., но которые устраняются психотропными препаратами нового поколения (зипрекса, со-лиан, rispolепт и др.).

Потребности больных, страдающих шизофренией те же, что и у остальных людей. Это здоровье, нормальное жильё, гарантированный доход, наличие полезного занятия, приносящего удовольствие, доброжелательные взаимоотношения с окружающими.

Из выше сказанного становится очевидно, что шизофрения дорого обходится обществу: человеческие страдания, финансовые затраты, больничная помощь, потеря работы, развал семей. Научные исследования в этой области финансируются в настоящее время недостаточно, что также тормозит полное выздоровление больных. Шизофрения - одна из самых тяжёлых психических болезней, ею болеют люди молодого возраста, во многих случаях она длится и 50 лет и более. Поэтому исследование причин заболевания, возможности его лечения, реабилитации должны быть в высшей степени приоритетными.

#### *Литература:*

1. Авруцкий Г.Я., Надува А.А. *Лечение психических больных.* - М., 1989.
2. Дмитриева Т.Б. *Клиническая психиатрия.* - М., 1999.
3. Майер-Грос В. *Клиническая психиатрия.* - М., 1967.
4. Снежневский А.В. *Руководство по психиатрии.* - М., 1983.
5. Снежневский А.В. *Шизофрения.* - М., 1973.
6. Шейдер Р. *Психиатрия.* - М., 1998.

---

---

## СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ (обзор литературы)

Г.Т. Сейсебаева

г. Алматы

Агрессивное поведение – это очень сложный феномен, который имеет несколько различных аспектов, таких как объекты агрессии, выраженность агрессии, частота возникновения, причины и последствия агрессивного поведения. Например, такие тяжкие агрессивные поступки, как убийства, значительно отличаются от легких проявлений агрессии, таких как толчки или угрозы. Эти виды агрессии различаются также по причинам, распространенности, прогностическим факторам и способам исследования.

В последние годы в значительной мере эта проблема увязывается с такими крайне неблагоприятными тенденциями в обществе, как разрушение традиционных норм межличностных отношений; смещение иерархии ценностей в сторону насаждения культа силы как наиболее эффективного способа решения индивидуальных проблем; игнорирование не только морально-этических, но и правовых норм поведения и т.п. Сложившаяся ситуация расценивается как фрустрирующая, резко повышающая вероятность возникновения социально-стрессовых расстройств. При этом наиболее уязвимой частью населения оказываются лица с проблемами адаптации, обусловленными имеющимися у них психическими расстройствами.

Агрессия со стороны пациента с психическими заболеваниями в домашних условиях создает значительные проблемы для его микросоциального окружения, в первую очередь - для родственников и близких [1-9]. Несмотря на то, что некоторые факторы, связанные с психиатрическим диагнозом и демографическими показателями, были определены как факторы риска агрессивного поведения [10] это слабо помогает в определении уровня риска у конкретного пациента на основании диагноза и анамнеза. Внутрисемейная агрессия может в общем случае рассматриваться как взаимодействие индивида с внешней средой, в которой он находится. Таким образом, как особенности индивида, так и особенности его окружения могут вносить свой вклад в уравнение, содержащее факторы риска возникновения агрессии [5, 11-13].

Для некоторых пациентов риск возникновения агрессивного поведения настолько низок, что они будут оставаться пассивными и послушными при любых даже самых неблагоприятных обстоятельствах. Для других пациентов риск настолько велик, что любые обстоятельства с высокой вероятностью вызовут агрессивную реакцию. Большинство пациентов находится между этими двумя крайностями, и определение для них степени риска и изменение окружения или плана лечения может сыграть основную

роль в снижении риска возникновения агрессивного поведения [14].

Феномен агрессии, являясь одним из самых социально опасных явлений, традиционно привлекает к себе внимание специалистов смежных дисциплин – социологов, криминологов, психологов, врачей и др. Исследование этого явления, особенно в последние годы, все чаще осуществляется на междисциплинарном уровне, что, безусловно, дает принципиальную возможность его исчерпывающей оценки. Вместе с тем, в силу многоаспектности проблемы, многоуровневой системы квалификации изучаемого феномена, различных конечных исследовательских целей отдельных дисциплин трудно предложить единые принципы оценки феномена агрессии. Кроме того, в этой ситуации высоко вероятно и несоблюдение смежными специалистами границ собственной компетенции, что может исказить адекватные представления о существующих причинно-следственных отношениях в системе «психическое расстройство – агрессивное поведение», препятствовать разработке эффективных медико-реабилитационных мер. Все это диктует необходимость углубленного изучения психопатологического, психологического аспектов агрессивного поведения, что, однако, не предполагает абсолютирования значения психического расстройства, игнорирования роли социальных влияний; при этом можно считать, что в судебной психиатрии установлен факт отсутствия прямой зависимости между определённой феноменологией и предпочтительными формами реагирования, поведения, в том числе агрессивного. Соответствующие связи носят опосредованный характер, в первую очередь за счёт влияния на поведение субъекта его индивидуально-психологических качеств, системы сложившихся у него ценностных ориентаций, наконец, конкретных обстоятельств, характеризующих актуальную криминальную ситуацию и её субъективное восприятие.

Насилие в семье частое явление во всех странах, культурах и слоях общества [15-22] - это установление контроля над поведением одного из членов семьи; психологическое воздействие, вызывающее страх и унижение [23-24], причинение физического вреда членам своей семьи, включая убийства [25-26], насилиственные половые акты и другие виды сексуального принуждения [27-28]. При этом умышленная «агрессия»

и «насилие» вне зависимости от степени его жестокости имеет одни и те же причины [29].

Существует и такое мнение, что факторы, которые играют роль при формировании агрессивного поведения психически здоровых и психически больных, совпадают, а большинство психопатологических феноменов играют лишь опосредованную роль [25].

В генезе агрессивных действий психически больных играют роль не только рецидивы психотических состояний, но и неблагополучие в их микросоциальной среде, конфликты, недостаточное внимание или непонимание со стороны родственников особенностей ухода и наблюдения за больными [30-32]. Вместе с тем, типология данных факторов, взаимосвязь с типами семей, клинико-психопатологическими и личностными особенностями у психически больных с различными психическими заболеваниями, совершающих преступления против членов семьи, изучена недостаточно. Мало литературных данных по исследованию факторов внутрисемейного насилия в зависимости от направленности агрессии.

На реализацию внутрисемейной агрессии влияют общественные нормы в отношении равенства мужчины и женщины, семейный анамнез, индивидуальный и социальный статус личности, стрессы и ситуационные факторы [29, 33-34], то есть преимущественно социокультуральные факторы.

Хотя женщины тоже могут быть агрессивны по отношению к своим партнёрам – мужчинам (мужьям, сожителям), последние всё же более склонны к насилию [35-38]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2002), от 10 до 69% женщин подвергаются разнообразным формам насилия.

Считается, что супружеское насилие процветает в тех странах, где культурными традициями закреплено экономическое и сексуальное превосходство мужчин [15-17, 20-22]. При этом любое повышение женского статуса в культурно-консервативных регионах значительно обостряет риск супружеского насилия [21]. В арабских (исламских) странах одна из трёх женщин избивается своим мужем, но насилие чаще не раскрывается ни жертвами, ни работниками здравоохранения, ни полицией, так как религиозные традиции считают супружеское насилие актом возмездия, направленным на сохранение чести семьи [19]. В христианских странах традиционные религиозные каноны также поддерживают доминирующую роль мужчины и косвенно оправдывают внутрисемейное насилие: «Жёны повинуйтесь своим мужьям, как Господу, потому что муж есть глава жены», «Жена да боится мужа своего» (Новый Завет, Послание к Ефесянам 5, 6). Физическое и сексуальное насилие против женщин Индии и стран Африки определяется господствующим положением мужчин и традиционно зависимым положением женщин, несмотря на существо-

ствующие законы о защите их прав [15, 39]. Супружеское насилие из ревности санкционировано в тех культурах Бразилии, где мужская честь и женская преданность являются традиционными сценариями супружеских взаимоотношений [22].

Вышеприведённые факты могут вызвать предположение о том, что в цивилизованных странах наблюдается иное положение, но это не так. Частота супружеского насилия высока и здесь [18]. В США на женщин совершаются приблизительно 1,5 миллиона нападений в год, причём 30% лишаются жизни своими партнёрами и лишь в 85% бытовых гомицидов сразу вызывается полиция [40]. В связи с некомпетентностью и бездействием правоохранительной, религиозной, социальной и медицинской служб, насилие часто остаётся безнаказанным, а право мужчин использовать силу в отношении своих жён постоянно – укрепляется [41]. Следовательно, чем больше у мужчины традиционно обусловленных возможностей проявления своей власти в семье, и меньше таких возможностей у его домочадцев, тем более выражено «право» мужа применять силу, если жена и дети не подчиняются его требованиям [24]. Супружеская агрессия в таком случае выступает в качестве «регулятора» внутрисемейных отношений [42].

Согласно другой точке зрения, агрессивные действия мужей в отношении своих жён и детей чаще встречаются там, где образовательный, социально-экономический статус мужа ниже, чем у супруги [43, 20]. В типичных случаях семейных убийств констатируется экономический, материальный и служебный упадок главы семьи-убийцы, который чрезмерно озабочен доказательством того, что он действительно является главой семьи и доказывает этот «факт» агрессивными действиями [44, 29]. Особенno ярко это прослеживается в состоянии алкогольного опьянения [29]. При этом между алкогольным опьянением и агрессивными действиями нет прямой зависимости [45]. Снижение социально-экономического статуса мужчины, как раз и является потенциальной причиной развития внутрисемейного насилия – борьбы за господствующее положение в семье.

Низкий доход (бедность) семьи и, как следствие, перенаселённость жилища и общая безнадёжность жизни сами по себе являются факторами внутрисемейной агрессии [34]. Данные причины не позволяют зависимым членам семьи уйти от «домашнего тирана» и способствуют продолжению внутрисемейного насилия [46, 29, 17, 47-48].

Из других факторов, реализующих склонность мужчины нападать на жену и детей, – это, прежде всего, насилие, процветавшее в его родительской семье и, в том числе, наблюдение за актами внутрисемейной агрессии [49-56].

Агрессивное поведение в детском возрасте копируется и положительно подкрепляется, а в пос-

ледующем, уже в собственной семье, повторяется и одобряется [57, 29]. Так формы жестокого поведения передаются из поколения в поколение и формируют цикл внутрисемейного насилия [43, 54, 56].

Следовательно, истоки насилия психически больных кроются в их семье, дисгармоничных семейных отношениях, ошибках родительского воспитания [58]. Именно негармоничные семьи являются основной причиной неправильного воспитания, формирования у детей тех или иных ПР и предрасположенности к насилию [59-61]. Однако типология семей, в которых совершаются преступления психически больных, в настоящее время не изучена. Имеющиеся в настоящее время классификации отражают типы негармоничных семей психически больных, в зависимости от внутрисемейных взаимоотношений [58] или функционирования семей в континууме их существования до полного распада [62-63]. Контингент семей, в которых негармоничные взаимоотношения приводят к конфликтам, а в последующем к агрессивным действиям одного из членов семьи по отношению к родственникам, не выделяется.

Фактором внутрисемейной агрессии является и более высокая нестабильность взаимоотношений в незарегистрированном браке, где уровень конфликтности и агрессивности супругов выше [29]. Убийства женщин своими мужьями в таких семьях происходят чаще [64]. Следовательно, незарегистрированный брак, в отличие от официального, в большей мере создаёт предпосылки для применения мужчиной насилия с целью поставить жену на место, чем для достижения внутрисемейного компромисса [29].

Несмотря на то, что некоторые факторы, связанные с психиатрическим диагнозом и демографическими показателями, были определены как факторы риска агрессивного поведения, это слабо помогает в определении уровня риска у конкретного пациента на основании диагноза и анамнеза. Для некоторых пациентов риск возникновения агрессивного поведения настолько низок, что они будут оставаться пассивными и послушными при любых даже самых неблагоприятных обстоятельствах. Для других пациентов риск настолько велик, что любые обстоятельства с высокой вероятностью вызовут агрессивную реакцию. Большинство пациентов находится между этими двумя крайностями, и определение для них степени риска и изменение окружения или плана лечения может сыграть основную роль в снижении риска возникновения агрессивного поведения.

#### *Литература:*

1. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. *Агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами (диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза, профилактика)*. - М., 2000. – 48 с.
2. Зомер М. *Динамика опасности психически больных и условия для их лечения*. // Соц. и клин. психиатрия. - М., 1994. - № 4. - С. 71-76.

Еще более непростой в связи с влиянием ряда приводящих обстоятельств представляется задача профилактики агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами. Поэтому эффективность соответствующей работы в значительной мере определяется адекватностью её организационно-методических предпосылок. Здесь, прежде всего, речь идёт о необходимости учёта того обстоятельства, что характер отношений между агрессивным поведением субъекта и имеющимися у него психическими расстройствами, индивидуально-личностными особенностями может быть разным – от причинно-следственной связи до нейтральных отношений. Это обстоятельство предопределяет разграничение медицинского (психиатрического), психологического, социального и юридического аспектов проблемы, использование специфических (с учётом компетенции специалистов) форм профилактических мероприятий. Поскольку агрессивное поведение может быть сутью собственно психического расстройства (либо находиться с ним в более опосредованных отношениях), то его предупреждение в этих случаях может состоять в традиционных психопрофилактических мероприятиях. И это второе важное методическое положение.

Многообразие современных социальных факторов, изменение традиционных, а также появление совершенно новых проблем в период резкого изменения социально-экономической ситуации в стране ставит перед психиатрами целый ряд новых задач в сфере профилактики внутрисемейных агрессивных действий психически больных лиц.

Вместе с тем, исследования, направленные на изучение клинических, социальных и личностных особенностей психически больных лиц с внутрисемейным агрессивным поведением единичны и не систематизированы. Указанные исследования пока ещё не привели к существенным положительным практическим результатам, о чём свидетельствует значительная и сохраняющаяся на протяжении многих лет частота внутрибольничных агрессивных действий, совершаемых больными психическими расстройствами.

Отсюда актуальность и медико-социальная потребность подобных исследований очевидна. Результаты исследования позволяют получить новые научные сведения, необходимые для разработки практических мероприятий по совершенствованию профилактики агрессивных действий психически больных, чаще всего направляемых против родных и близких, и, тем самым, внести вклад в достижение социальной стабильности в обществе.

- 
- 
3. Кирдин П.В. Агрессивные действия психически больных внутри психиатрического стационара // *Российский психиатрический журнал*. - 2001. - № 6. - С. 28-31.
  4. Мохонько А.Р., Щукина Е.Я. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, совершивших общественно опасные действия // *Психиатрия и общество*. - М., 2001. - С. 275-284.
  5. Flannery R.B., Hanson M.A. & Penk W.E. Risk factors for psychiatric inpatient assaults on staff. *Journal of Mental Health Administration* 21, 24–31, 1994.
  6. Bensley L., Nelson N., Kaufman J., et al. Injuries due to assaults on psychiatric hospital employees in Washington State. *American Journal of Industrial Medicine* 31, 92–99, 1997.
  7. Owen C., Tarantello C., Jones M., Tenant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49:1452–1457.
  8. Davies S. Assaults and threats on psychiatrists. *Psychiatric Bulletin* 25, 89–91, 2001.
  9. Needham I., Abderhalden C., Meer R., et al. The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11, 595– 601, 2004.
  10. Daffern M, Howells K: Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior* 7:477–497, 2002.
  11. Doyle M. & Dolan M. Violence risk assessment: combining actuarial and clinical information to structure clinical judgments for the formulation and management of risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 649–657, 2002.
  12. McNeil DE, Binder RL. Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 901–906.
  13. Soliman A.E.D. & Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely ill adult psychiatric inpatients. *Psychiatric Services* 52, 75–80, 2001.
  14. Monahan J, Steadman H: Violence risk assessment: A quarter century of research, in *The Evolution of Mental Health Law*. Edited by Frost L, Bonnie R. Washington DC, American Psychological Association, 2001.
  15. Shiva M. Violence against women // *Health Millions*. 1999. Vol. 25. № 1. P. 8-36.
  16. Valente S.M. Evaluating intimate partner violence // *J. Am. Acad. Nurse. Pract.* 2002. Vol. 14. №11. P. 505-513.
  17. Tuesca R., Borda M. Marital violence in Barranquilla (Colombia): prevalence and risk factors // *Gac. Sanit.* 2003. Vol. 17. №4. P. 302-308.
  18. Robinson E.G. Violence against women in North America // *Arch. Women Ment. Health*. 2003. Vol. 6. №3. P. 185-191.
  19. Douki S., Nacef F., Belhadj A. et al. Violence against women in Arab and Islamic countries // *Arch. Women Ment. Health*. 2003. Vol. 6. №3. P. 165-171.
  20. Galanti G.A. The Hispanic family and male-female relationships: an overview // *J. Transcult Nurs.* 2003. Vol. 14. №3. P. 180-185.
  21. Koenig M.A., Lutalo T., Zhao F. et al. Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study // *Bull. World. Health. Organ.* 2003. Vol.
  22. Vandello J.A., Cohen D. Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence // *J. Pers. Soc. Psychol.* 2003. Vol. 84. №5. P. 997-1010.
  23. Берковиц Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль. СПб., 2001. 512 с.
  24. Берковиц Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль. СПб., 2001. 512 с.
  25. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье – С-П., Изд. «Юридический центр-пресс», 2002. – 460 с.
  26. Breart G., Saurel-Cubizolles M.J. Domestic violence. Epidemiologic data // *Bull. Acad. Natl. Med.* 2002. Vol. 186. №6. P. 939-948.
  27. Антонян Ю.М., Дмитриева Т.Б., Горинов В.В., Шостакович Б.В. Патопсихологические и криминологические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами. // *Российский психиатрический журнал*. - 1999. - № 4, с. 4-9.
  28. Сафонова Т.Я., Коколина В.Ф., Воронова И.Ю. Клиническая характеристика детей, подвергшихся вне и внутрисемейному сексуальному насилию // *Российский вестник акушерства-гинекологии*. 2002. №3, с. 51-57.
  29. Берковиц Л. Агрессия: Причины, последствия и контроль. СПб., 2001. 512 с.
  30. Кондратьев Ф.В., Криворучко Ю.Д., Барков И.Н. Профилактика общественно-опасных действий психически больных в возрасте старше 50 лет: Методические рекомендации. М., 1986. 24 с.
  31. Друзь В.Ф. Семейная адаптация больных шизофренией в позднем возрасте: Автoreф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1988. 18 с.
  32. Горшков И.В. Внутрисемейные агрессивные противоправные действия психопатических личностей (судебно-психиатрический аспект): Автoreф. дисс. канд. мед. М., 1998. 20 с.
-

- 
- 
33. Бэррон Р., Ричардсон Д. Агрессия. СПб., 1999. 352 с.
34. ВОЗ. Насилие и его влияние на здоровье: Доклад о ситуации в мире: Обзор/ВОЗ. М., 2002. 48 с.
35. Campbell J.C. Battered woman syndrome: a critical review // Violence Update. 1990. Vol. 1. №4. P. 1-10.
36. Kellermann A.L., Mercy J.A. Men, women, and murder: gender-specific differences in rates of fatal violence and victimization // J. of Trauma. 1992. Vol.
37. Lake E.S. Department of Sociology & Anthropology, University of Mississippi. An exploration of the violent victim experiences of female offenders // Violence & Victims. 1993. Vol. 8. №1. P. 41-51.
38. Porcerelli J.H., Cogan R., West P.P., et al. Violent victimization of women and men: physical and psychiatric symptoms // J. Am. Board. Fam. Pract. 2003. Vol.
39. Toubia N. Violence – subtle and not so subtle – understanding women's reproductive and sexual rights in Africa // News! Womens Glob. Netw. Reprod. Rights. 1995. Vol. 51-52. P. 29-31.
40. Сорель Е. Насилие в городах Америки // Соц. и клин. психиатр. 1995. №3. С. 28-32.
41. Fullin K.J., Cosgrove A. Empowering physicians to respond to domestic violence // Wisconsin Medical Journal. 1992. Vol. 91. №6. P. 280-283.
42. Luna A., Ceron M., Osuna E., Banon R. Violence in the family setting. Analysis of mistreatment of minors and women // Acta Medicinae Legalis et Socialis. 1990. Vol. 40. P. 173-181.
43. Murphy C.M. Treating perpetrators of adult domestic violence: Review // Maryland Medical Journal. 1994. Vol. 43. №10. P. 77-83.
44. Краснушкин Е.К. Избранные труды. – М.: «Медгиз», 1960. – 610с.
45. Maffli E., Zumbrunn A. Alcohol and domestic violence in a sample of incidents reported to the police of Zurich City // Subst. Use Misuse. 2003. Vol. 38.
46. Калюжная Н.Б., Маршилова Е.В., Рогозина Л.А. с соавторами К типологии жён, совершивших тяжкие общественно опасные деяния // Независимый психиатр. журнал, 1997, № 2, с. 38-41.
47. Warner J., Lunny A. Marital violence in a martial town: husbands and wives in early modern Portsmouth, 1653-1781 // J. Fam. Hist. 2003. Vol. 28. №2. P. 258.
48. Chase K.A., O'Farrell T.J., Murphy C.M. et al. Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners // J. Stud. Alcohol. 2003. Vol. 64. №1. P. 137-149.
49. Billingham R.E., Gilbert K.R. Parental divorce during childhood and use of violence in dating relationships // Psychological Reports. 1990. Vol. 66. №3. Pt. 1.
50. Dadds M.R., Powell M.B. The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children // J. of Abnormal Child Psychology. 1991. Vol. 19. № 5. P. 553-567.
51. Dadds M.R., Sanders M.R., Morrison M., Rebgetz M. Childhood depression and conduct disorder: II. An analysis of family interaction patterns in the home // J. of Abnormal Child Psychology. 1992. Vol. 101. №3. P. 505-513.
52. O'Leary K.D., Malone J., Tyree A. Physical aggression in early marriage: prerelationship and relationship effects // J. of Consulting & Clinical Psychology. 1994. Vol. 62. №3. P. 594-602.
53. Burman S., Allen-Meares P. Neglected victims of murder: children's witness to parental homicide // Social Work. 1994. Vol. 39. №1. P. 28-34.
54. Owens P.L. Domestic violence: impact on psychiatric medicine // J. South Carolina Medical Association. 1995. Vol. 91. №10. P. 435-438.
55. Teicher M.H. The neurobiology of child abuse // Sci. Amer. 2002. Vol. 286, №3. P. 68-75.
56. Ehrensaft M.K., Cohen P., Brown J. et al. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study // J. Consult. Clin. Psychol. 2003.
57. Хъелл Л., Зиглер Д. Теории личности: Основные положения, исследования и применение. СПб., 1997, 608 с.
58. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб., 2001. 432 с.
59. Антоян Ю.М., Бородин С.В. Преступное поведение и психические аномалии. М., 1998, 215с.
60. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л., 1990, 192 с.
61. Голенков А.В. Роль семейного фактора в генезе пограничных нервно-психических расстройств // Тезисы докладов и сообщений респ. науч.-практ. конф., Чебоксары, 1994. С. 155-156.
62. Эйдемиллер Э.Г., Личко А.Е. Семейная психотерапия у подростков при психопатиях, акцентуациях характера, неврозах и неврозоподобных состояниях: Метод. рекомендации. М., 1980. 27 с.
63. Эйдемиллер Э.Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Метод. пособие. М., 1996. 48с.
64. Jane L. I. For better, for worse // Psychologist. 2001. Vol. 14. №11. P. 600.

---

---

## РЕЗЮМЕ

### СОЦИАЛЬНЫЕ ЭПИДЕМИИ (аналитический обзор)

А.Л. Катков

В статье подробно рассмотрены масштабные и кризисные социальные явления (наркомания, экстремизм, терроризм, вовлечение в криминальные сообщества, деструктивные секты), обозначаемые автором как социальные эпидемии. Проанализированы причины распространения данных деструктивных социальных явлений. Приведены варианты возможных ответов на вышеназванные глобальные вызовы.

*Ключевые слова:* социальные эпидемии, глобальные вызовы, социальные ответы.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ ПОСЛЕ ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР

А.Л. Катков, К.О. Иманбеков

В статье подробно рассматриваются основные характеристики динамики формирования ремиссии у зависимых от опиоидов после прохождения экспериментальной программы амбулаторной МСР. При этом показатели экспериментальной группы сравниваются с аналогичными показателями 1 и 2 групп сравнения (пациенты после прохождения стационарной МСР; пациенты после прохождения стандартной детоксикации). Полученные соотношения анализируются на каждом отслеживаемом этапе – через 1, 2 месяца, 0,5 года и 1 год после завершения амбулаторной МСР. На основании полученных результатов делаются выводы об эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР.

*Ключевые слова:* зависимость от опиоидов, ремиссия, амбулаторная медико-социальная реабилитация.

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР И НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ

А.Л. Катков, К.О. Иманбеков

В статье подробно рассматриваются основные характеристики динамики основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов после прохождения экспериментальной программы амбулаторной МСР. При этом показатели экспериментальной группы сравниваются с аналогичными показателями 1 и 2 групп сравнения (пациенты после прохождения стационарной МСР; пациенты после прохождения стандартной детоксикации). Полученные соотношения анализируются на каждом отслеживаемом этапе – через 1, 2 месяца, 0,5 года и 1 год после завершения амбулаторной МСР. На основании полученных результатов делаются выводы об эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР.

*Ключевые слова:* зависимость от опиоидов, синдромы, амбулаторная медико-социальная реабилитация.

### ИНДИКАТОРЫ РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

Т.В. Пак

В статье приведен аналитический обзор реализуемых задач и используемых индикаторов Концепции реформирования медицинской науки на примере Республиканского научно – практического центра медико-социальных проблем наркомании г. Павлодар.

*Ключевые слова:* индикаторы реализации, Концепция реформирования, медицинская наука

---

---

## **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКОЙ**

Т.В. Пак

В статье описаны основные принципы совершенствования управления медицинской наукой, внедрения современного менеджмента в Республиканском научно-практическом центре медико-социальных проблем наркомании, а также проведен анализ эффективности и качества реализации научно-технической программы.

*Ключевые слова:* Концепция реформирования, управление медицинской наукой, эффективность научной деятельности, реализация научно – технической программы.

## **К ВОПРОСУ О РОЛИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ**

С.В. Скляр, К.З. Садуакасова

В статье представлены итоги исследования, позволившие выявить патологических стилей семейного воспитания у подростков, больных психотическими расстройствами шизофренического спектра для выделения психотерапевтических мишеней при проведении семейной психотерапии. В работе использованы опросник «Анализ семейных взаимоотношений» и «Родителей оценивают дети». Выявлены патологические стили воспитания - «Потворствующая гиперпротекция» и «Доминирующая гиперпротекция».

*Ключевые слова:* семейное воспитание, подросток, шизофрения, семейная психотерапия.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ**

Л.Е. Базарбаева

В статье отражены основные варианты типа течения шизофрении и судебно-психиатрический аспект у лиц, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Социальные вопросы, связанные с низкими материально-бытовыми условиями, вызывают риск злоупотребления алкоголя, наркотиков и противоправного поведения.

## **КОМПЛЕКС БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИОГЕННЫХ ПРИЧИН, ВЛИЯЮЩИХ НА ОПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Л.Е. Базарбаева

В статье приведены факторы, влияющие на опасное поведение больных шизофренией, сочетающейся с аддиктивными расстройствами, прошедших стационарную судебно - психиатрическую экспертизу (ССПЭ).

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПСИХОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Н.Л. Рудич

В статье представлены результаты практики применения психотропные препараты нового поколения в условиях стационара для лечения психических больных в 2007-2009 годах.

---

---

## **ТИПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ВНУТРИСЕМЕЙНЫЕ АГРЕССИВНЫЕ ДЕЛИКТЫ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕКТА АГРЕССИИ**

Г.Т. Сейсебаева

В статье представлены данные о социально-демографической структуре психически больных лиц, с учетом возраста и перенесенной психической травмы, совершивших внутрисемейные агрессивные действия.

## **ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

Т.Г. Шаповалова

В статье отражена актуальность проблемы применения атипичных нейролептиков, пролонгов, психотропных препаратов нового поколения (ППНП) в поддерживающей противорецидивной терапии в амбулаторных условиях, что экономически выгодно, так как затраты на каждого пользованного больного, а пребывание больного в привычной обстановке улучшает компенсаторные механизмы личности, возвращающего его обществу.

## **К ВОПРОСУ О РОЛИ ЛИЧНОСТНЫХ РАССТРОЙСТВ В ДИНАМИКЕ НАРКОМАНИИ**

Г.И. Алтынбекова

В статье представлены данные, указывающие на значительную роль личностных особенностей наркозависимых на результаты реабилитационных мероприятий.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРНОГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АППАРАТА «МУСТАНГ-2000» С МАТРИЧНЫМ ИЗЛУЧАТЕЛЕМ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ГЕПАТИТАМИ ВИРУСНОЙ И ТОКСИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ**

А. М. Идрисова

В статье дается понятие основ лазеротерапии, представлены результаты применения на практике в условиях стационара клиники аппарата «Мустанг-2000» с матричным излучателем.

*Ключевые слова:* магнитолазеротерапия, матричный излучатель.

## **МИЛЛИМЕТРОВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ АППАРАТА «КВЧ-НД» НА БОЛЬНЫХ С ТОКСИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПОЧЕК В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ**

А.М. Идрисова

В статье представлены результаты ММ-терапии больных, страдающих алкогольной нефропатией, в условиях стационара, а также её преимущества при воздействии аппаратом «КВЧ-НД».

---

---

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА СИНДРОМА АНОЗОГНОЗИИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР И НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ**

К.О. Иманбеков, А.Л. Катков

В статье подробно рассматриваются основные характеристики динамики синдрома анозогнозии у зависимых от опиоидов после прохождения экспериментальной программы амбулаторной МСР. При этом показатели экспериментальной группы сравниваются с аналогичными показателями 1 и 2 групп сравнения (пациенты после прохождения стационарной МСР; пациенты после прохождения стандартной детоксикации). Полученные соотношения анализируются на каждом отслеживаемом этапе – через 1, 2 месяца, 0,5 года и 1 год после завершения амбулаторной МСР. На основании полученных результатов делаются выводы об эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР.

*Ключевые слова:* зависимость от опиоидов, синдром анозогнозии, амбулаторная медико-социальная реабилитация.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА СТАДИЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ В ПЕРИОД ПРОХОЖДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МСР И НА ЭТАПАХ ФОРМИРОВАНИЯ РЕМИССИИ**

К.О. Иманбеков, А.Л. Катков

В статье подробно рассматриваются основные характеристики динамики стадий терапевтических изменений у зависимых от опиоидов после прохождения экспериментальной программы амбулаторной МСР. При этом показатели экспериментальной группы сравниваются с аналогичными показателями 1 и 2 групп сравнения (пациенты после прохождения стационарной МСР; пациенты после прохождения стандартной детоксикации). Полученные соотношения анализируются на каждом отслеживаемом этапе – через 1, 2 месяца, 0,5 года и 1 год после завершения амбулаторной МСР. На основании полученных результатов делаются выводы об эффективности экспериментальной программы амбулаторной МСР.

*Ключевые слова:* зависимость от опиоидов, стадии терапевтических изменений, амбулаторная медико-социальная реабилитация.

## **СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БЫВШИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ**

С.Н. Молчанов

В статье обосновывается необходимость работы по социальному сопровождению бывших потребителей инъекционных наркотиков, как фактора повышающего результативность реабилитационных программ.

*Ключевые слова:* социальное сопровождение, специалист по сопровождению, социальное бюро.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ «КОБЫЗОТЕРАПИЯ» В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ БОЛЬНЫХ**

К.К. Мукашева

В статье обоснована эффективность применения авторской методики, представленной как музыкальная терапия «Лечение звуком кобызы», в лечении и реабилитации зависимых от ПАВ лиц.

*Ключевые слова:* лечение, реабилитация, наркозависимые, музыкальная терапия, кобызотерапия.

*Сокращения слов в виде аббревиатур:* ПАВ – психоактивные вещества.

---

---

## **ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ**

Б.С. Байкенова

В статье рассмотрены особенности службы сотрудников правоохранительных органов, сопряженность их работы с постоянной психической напряженностью. Отмечается постоянный рост числа сотрудников получающих различные травмы во время исполнения своих служебных обязанностей. Возникновению состояния стресса также способствуют постоянные перегрузки в работе, накапливание физической и психической усталости. Экстремальные условия службы сотрудников правоохранительных органов имеет неблагоприятные последствия, которые проявляются в различных психосоматических нарушениях. В результате анализа структуры заболеваемости нервно-психическими расстройствами среди сотрудников правоохранительных органов выявлена основная патология в виде соматоформных расстройств как реакция на стресс-факторы. У лиц, имевших в анамнезе черепно-мозговые травмы, реакция на стрессовые ситуации проявляются в виде астенических проявлений.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ**

К.Г. Шарапатова, Ж.А. Калматаева

Добрачные сексуальные отношения более характерны для лиц мужского пола подросткового возраста, чем для девочек. Имевшие сексуальные связи школьники не обладают навыками безопасного поведения. Достоверно установлено, что при решении проблем интимного характера, чем старше подросток, тем чаще обращается он к друзьям и реже к родителям. Источником информации по здоровому образу жизни, как для мальчиков, так и для девочек в старших группах чаще являются друзья.

## **ОТНОШЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ПРОБЛЕМЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С**

С.Б. Имангазинов, А.А. Байгалиев, Е.Н. Коновалов

В исследование включено 239 медицинских работников. Результаты анкетирования показали отношение врачей к распространению вирусного гепатита С сложное и неоднозначное. Более 50% опрошенных лиц считают недостаточными проводимые меры лечебными учреждениями по предупреждению и распространению вирусного гепатита С.

## **КРАТКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Н.Л. Рудич

В публикации кратко доступно даётся информация о психическом заболевании шизофрении, с которым в психиатрических стационарах находится на лечении около 80% больных. Указаны причины, предрасполагающие к возникновению болезни, описаны симптомы заболевания, рекомендованы пути лечения заболевания, как в стационаре, так и вне его.

---

---

## **RESUME**

### **SOCIAL EPIDEMICS (analytical review)**

A.L. Katkov

In the article the scale and crisis social phenomena (narcotism, extremism, terrorism, involving in criminal communities, destructive sects), designated by the author as social epidemics are in detail considered. The reasons of distribution of the given destructive social phenomena are analysed. Variants of possible answers to the above-named global calls are resulted.

*Keywords:* social epidemics, global calls, social answers.

### **COMPARATIVE DYNAMICS OF FORMATION OF REMISSION AT DEPENDENT FROM OPIOIDS AFTER PASSING OUT-PATIENT MSR**

A.L. Katkov, K.O. Imanbekov

In the article the basic characteristics of dynamics of formation of remission at dependent from opioids after passing of the experimental program of out-patient MSR are in detail considered. Thus indicators of experimental group are compared to similar indicators of 1 and 2 groups of comparison (patients after passing stationary MSR; patients after passing standard detoxification). The received parities are analyzed at each traced stage - in 1, 2 months, 0,5 years and 1 year after the end of out-patient MSR. On the basis of received results conclusions about efficiency of the experimental program of out-patient MSR were made.

*Keywords:* dependence from opioids, remission, out-patient medical-social rehabilitation.

### **COMPARATIVE DYNAMICS OF THE BASIC PSYCHOPATHOLOGICAL SYNDROMES AT DEPENDENT FROM OPIOIDS IN PASSING OUT-PATIENT MSR AND AT STAGES OF FORMATION OF REMISSION**

A.L. Katkov, K.O. Imanbekov

In the article the basic characteristics of dynamics of the basic psychopathological syndromes at dependent from opioids after passing of the experimental program of out-patient MSR are in detail considered. Thus indicators of experimental group are compared to similar indicators of 1 and 2 groups of comparison (patients after passing stationary MSR; patients after passing standard detoxification). The received parities are analyzed at each traced stage - in 1, 2 months, 0,5 years and 1 year after the end of out-patient MSR. On the basis of received results conclusions about efficiency of the experimental program of out-patient MSR were made.

*Keywords:* dependence from opioids, syndromes, out-patient medical-social rehabilitation.

### **INDICATORS OF REALISATION OF THE CONCEPT OF REFORMING OF A MEDICAL SCIENCE**

T.V. Pak

In the article the state-of-the-art review of realised problems and used indicators of the Concept of reforming of a medical science on an example Republican scientifically - the practical centre of medical-social problems of narcotism in Pavlodar is resulted.

*Keywords:* realisation indicators, the reforming Concept, a medical science

---

---

## **MAIN PRINCIPLES OF PERFECTION OF MANAGEMENT OF A MEDICAL SCIENCE**

T.V. Pak

In the article main principles of perfection of management by a medical science, introductions of modern management in the Republican scientific-practical centre of medical-social problems of narcotism are described, and also the analysis of efficiency and quality of realisation of the scientific and technical program is carried out.

*Keywords:* the reforming Concept, management of a medical science, efficiency of scientific activity, realisation scientifically - the technical program.

## **ON THE ROLE OF FAMILY EDUCATION FOR ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA TO CONDUCT A FAMILY PSYCHOTHERAPY**

S.V. Sklyar, K.Z. Saduokasova

The point of our study: detection of pathological styles of family education in adolescents suffering from psychotic disorders of schizophrenia spectrum for allocation of psychotherapeutic targets during family therapy. We used the questionnaire «The analysis of family relationships» and «Parents are appreciated by children.» There were revealed pathological parenting style - «conniving hyperprotection» and «dominant hyperprotection».

*Keywords:* family education, adolescent, schizophrenia, family psychotherapy.

## **INTERCONNECTION OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND JUDICIAL-PSYCHIATRIC ASPECTS AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, COMMITTED PUBLICLY-DANGEROUS CRIMES**

L.E. Basarbaeva

In the article reflected main variants type of the current of schizophrenia and judicial-psychiatric aspect beside persons, passed stationary judicial-psychiatric expert operation. The social questions connected with low materially - a home condition, cause the risk of the abuse of the alcohol, drug and not legal behavior.

## **THE COMPLEX OF BIOLOGICAL SOCIOGENETIC REASONS INFLUENCING DANGEROUS BEHAVIOR AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH ADDICTIVE FRUSTRATIONS**

L.E. Basarbaeva

In the article are brought factors, influencing upon dangerous behavior sick schizophrenic, matching with addictive frustration, passed stationary judicial - a psychiatric expert operation (PEO).

## **THE CLINICAL EXPERIENCE IN USE OF PSYCHIATRIC MEDICAMENTS OF NEW GENERATION IN PSYCHIATRIC PRACTICE**

N.L. Rudich

In the article the results of practice of psychiatric medicaments of new generation in stationary conditions to treat mentally ill patients within 2007-2009 years are described.

---

---

## **TYPОLOGY OF MENTALLY ILL, COMMITTED THE INTERFAMILY AGGRESSIVE DELICTS IN DEPENDENCE FROM THE OBJECT OF AGGRESSION**

G.T. Seysebaeva

The article presents the social-demographic data of mental patients according to the age and transferred trauma, committed interfamily aggressive actions.

## **SUPPORTING ANTI-RECURRENT TREATMENT OF MENTAL FRUSTRATIONS IN OUT-PATIENT CONDITIONS**

T.G. Shapovalova

In the article the actual problem of applying the anti-typical neuroleptics, prolongs, psychiatric remedies of new generation (PRNG) in supporting anti-recurrent treatment in out-patient conditions is described, that is economically profitable, because the expenses on each used patient, and the presence of a patient in ordinary surroundings improves compensatory mechanisms of personality, returning him to a society.

## **TO THE QUESTION ABOUT PERSONAL FRUSTRATIONS IN DYNAMICS OF NARCOTISM**

G.I. Altynbekova

In the article the data, pointing at considerable role of personal peculiarities of drug-dependents on the results of rehabilitation measures are described.

## **THE USE OF LASER THERAPEUTIC APPARATUS «MUSTANG-2000» WITH A MATRIX RADIATOR WITHIN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS OF VIRUS AND TOXIC ETIOLOGY IN STATIONARY CONDITIONS**

A.M. Idrisova

In the article the notion of bases of laser therapy is given, the results of the application in practice in stationary clinics' conditions of apparatus «Mustang-2000» with a matrix radiator are presented.

## **MILLIMETER-WAVE THERAPY OF INFLUENCE WITH APPARATUS «KVC-ND» ON PATIENTS WITH TOXIC AFFECTION OF KIDNEYS IN THE RESULT OF ALCOHOL ABUSE IN CONDITIONS OF PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT**

A.M. Idrisova

In the article the results of MM-therapy of patients suffering from alcohol nephropathy in stationary conditions and its advantages while influencing with apparatus «KVC-ND» are described.

---

---

## **THE COMPARATIVE DYNAMICS OF ANOSOGNOSE SYNDROME AT DEPENDENT FROM OPIOIDS IN THE PERIOD OF PASSING OUT-PATIENT MSR AND ON THE STAGES OF FORMATION OF REMISSION**

K.O. Imanbekov, A.L. Katkov

In the article the main characteristics of dynamics of anosognose syndrome at dependent from opioids after passing the experimental program of out-patient MSR in detail described. While the markers of the experimental group are compared with the analogical markers of 1-2 groups of comparison (patients after passing of stationary MSR; patients after passing of standard detoxification). The given results are analysed on each observed stage - in 1,5 months, 0,5 year and 1 year after the end of out-patient MSR. On the basis of the received results conclusions about the efficiency of experimental program of out-patient MSR are made.

*Keywords:* dependence from opioids, asognose syndrome, out-patient medical-social rehabilitation.

## **THE COMPARATIVE DYNAMICS OF STAGES OF THERAPEUTIC CHANGES AT DEPENDENT FROM OPIOIDS IN THE PERIOD OF PASSING OUT-PATIENT MSR AND ON THE STAGES OF FORMATION OF REMISSION**

K.O. Imanbekov, A.L. Katkov

In the article the main characteristics of dynamics of stages of therapeutic changes at dependent from opioids after passing the experimental program of out-patient MSR in detail described. While the markers of the experimental group are compared with the analogical markers of 1-2 groups of comparison (patients after passing of stationary MSR; patients after passing of standard detoxification). The given results are analysed on each observed stage - in 1,5 months, 0,5 year and 1 year after the end of out-patient MSR. On the basis of the received results conclusions about the efficiency of experimental program of out-patient MSR are made.

*Keywords:* dependence from opioids, stages of therapeutic changes, out-patient medical-social rehabilitation.

## **THE SOCIAL ACCOMPANYING OF FORMER INJECTION DRUG-CONSUMERS**

S.N. Molchanov

In the article the necessity of work on the social accompanying of former drug-consumers is proved as the factor increasing the result of rehabilitation programs.

*Keywords:* social accompanying, a specialist on accompanying, a social bureau.

## **THE APPLICATION OF THE AUTHORED METHOD OF «KOBYZOTHERAPY» IN TREATMENT AND REHABILITATION OF PATIENTS DEPENDENT FROM PAS**

K.K. Mukasheva

The efficiency of the application of authored method presented as musical therapy «Treatment with kobyz sound» in treatment and rehabilitation of patients dependent from PAS is proved.

*Keywords:* treatment, rehabilitation, drug-dependent, musical therapy, kobyztherapy.

*Contractions of words in the form of abbreviations:* PAS - psychoactive substances.

---

---

## **THE PECULIARITIES OF NEURO-PSYCHIC FRUSTRATIONS AT MILITARY SERVICERS**

B.S. Bikenova

In the article the peculiarities of service of military servicers, the connection of their work with constant psychic tension are observed. The constant growth of number of employees getting different traumas while fulfilling their

---

---

military duty is viewed. Constant overwork, presence of physical and mental tiredness also influences the appearance of stress. Extreme conditions of work of military servicers have unfavorable consequences, which can be seen in different psychosomatic frustrations. In the result of the analysis of the structure of illness with neuro-psychic frustrations among military servicers the new pathology in the view of somatophoric frustrations as the reaction to stress factors is observed. At people who have brain traumas in their anamnesis, the reaction to stress situations is appeared in the form of authentic factors.

## **SEVERAL ASPECTS OF WAY OF LIFE AND REPRODUCTIVE BEHAVIOR AT TEENAGERS**

K.G. Sharapatova, Zh.A. Kalmataeva

Sexual relations before marriage are more characteristic to teenagers of male sex than to female sex. Schoolchildren who had sexual relations don't have skills of safe behavior. It is stated as true, that while deciding intimae problems, the older teenager asks advice from friends not from parents more often. The source of information about healthy way of life for boys and for girls in senior classes is friends not parents.

## **THE RELATION OF MEDICAL WORKERS TO THE PROBLEM OF DISTRIBUTION OF HEPATITIS C**

S.B. Imangazinov, A.A. Bigaliev, E.N. Konovalov

239 medical workers are included in the research. The results of questionnaire showed that the relation of medical workers to the problem of distribution of hepatitis C is complex and meaningful. More than 50% of questioned people think that the measured according to treatment and prevention of virus hepatitis C taken by medical establishments are not enough.

## **BRIEF RECOMMENDATIONS FOR RELATIVES OF PEOPLE SICK WITH SCHIZOPHRENIA**

N.L. Rudich

In the publication there is brief and available information about psychical disease schizophrenia, with which there are about 80% of sick people in the psychiatric stationeries. The reasons predisposed to the rise of disease are given, the symptoms of this disease are described, the ways of treatment both in the stationary and out of it are observed.