
ИССЛЕДОВАНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ И ЗАВИСИМЫХ ОТ НИХ

А.С. Каражанова

г. Павлодар

Актуальность исследования

Современная проблема наркотической зависимости чрезвычайно актуальна. В начале 1980-х годов была сделана попытка оценить число наркоманов в мире, по данным ООН, полученным из 146 стран [Brunswick A.F., Messeri P.A., 1986]. Так, в 1986 году злоупотребляли наркотиками и близкими к ним по опасности психотропными средствами 47,2 миллиона человек, из них около 3 миллионов - опиатами; около 6 миллионов - кокаином и листьями коки; 29,7 миллиона препаратами конопли; 2,3 миллиона - стимуляторами группы амfetаминa; 2 миллиона - галлюциногенами; 4,2 миллиона человек злоупотребляли транквилизаторами, барбитуратами и седативными средствами, которые тоже находятся под контролем Комиссии по наркотикам ООН в соответствии с Конвенцией по психотропным средствам 1971 года. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в начале 80-х годов около 1% населения в мире было причастно к злоупотреблению наркотиками. При этом 84,3% от общего числа потребителей наркотиков в мире приходилось на США, на Европу - 1,6%, на страны Юго-Восточной Азии - 8,3%, Восточного Средиземноморья - 2,4%, Африки - 1,7% (В.В. Дунаевский, В.Д. Стяжкин, 1991; В.Я. Семке, О.К. Галактионов, Т.В. Гольцова, 1993). Таким образом, с начала 1980-х годов масштабы проблемы распространения наркотической зависимости в мире возросли, как минимум, в 3,5 раза. В тоже время динамика роста наркопотребления в странах Восточной Европы и Центральной Азии значительно опережала общемировую (С.Франке, Ф.Кумпл, 2002).

Результаты различных исследований свидетельствуют о наличии связи между злоупотреблением наркотиками и уголовными преступлениями, включая преступления с применением насилия. При этом эксперты ВОЗ отмечают широкое распространение среди молодежи насильственной преступности, связанной с наркотиками. Так, на долю относительно небольшой группы несовершеннолетних правонарушителей, которые совершают серьезные преступления с применением насилия и при этом хронически злоупотребляют наркотиками, приходится непропорционально большая доля всех серьезных преступлений, совершаемых правонарушителями (Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2003 год, ООН, 2004).

По данным экспертов ВОЗ в последнее десятилетие наблюдается стремительный рост числа заболеваний, передающихся половым путем, и разрастает-

ся эпидемия ВИЧ-инфекции. В Европейском регионе самое большое число случаев СПИДа и ВИЧ-инфекции наблюдается среди лиц, вводящих наркотики путем инъекций. Основным путем передачи ВИЧ является небезопасная практика инъектирования наркотических средств (Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, применяющих наркотики, ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2000). В настоящее время в мире насчитывается до 40 миллионов людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, из которых детское население до 15 лет составляет 2,5 миллиона. Общая смертность от СПИДа в 2003 г. составила 3 млн., из которых детей до 15 лет 500 тыс. (Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДа. ЮНЭЙДС, 2002; Развитие эпидемии СПИДа: состояние на декабрь 2003 г. ЮНЭЙДС, 2004).

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

Ухудшение наркологической ситуации подтверждается активным вовлечением в зависимость от психоактивных веществ восходящего поколения Республики. По официальным данным на 2010 год в Республике Казахстан насчитывается 1100 наркопотребляющих детей и 8210 подростков. Анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященный проблеме детской и подростковой наркологии позволяют сделать вывод о тенденции к росту наркопотребления несовершеннолетних лиц.

Все вышеизложенное является основанием для пересмотра всей системы мер, направленных на противодействие распространению наркотической зависимости, в том числе в Республике Казахстан. Существующая система наркологической помощи населению в Республике, и в особенности несовершеннолетним потребителям психоактивных веществ (ПАВ), до настоящего времени не обеспечивала требуемого уровня эффективности. В связи с чем, вопросы разработки, внедрения новых комплексных

программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них, имеют особую актуальность.

Цель исследования

Обоснование, разработка, исследование сравнительной эффективности традиционных и инновационных комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них.

Задачи исследования

1. Оценка эффективности традиционных, лечебно-реабилитационных подходов и программ, используемых в отношении детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них (в том числе формирование контрольной группы зависимых и злоупотребляющих алкоголем, каннабиноидами, опиоидами и токсическими веществами).
2. Разработка и экспериментальная апробация инновационной модели комплексной программы медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них (3-блочная модель комплексной реабилитации: МО наркологического профиля, семья, воспитательные и образовательные учреждения. Формирование исследуемой группы зависимых и злоупотребляющих алкоголем, каннабиноидами, опиоидами и токсическими веществами).
3. Проведение анализа сравнительной эффективности инновационных и традиционных программ медико-социальной реабилитации в исследуемых и контрольных группах и подгруппах.
4. Разработка практических рекомендаций (стандартов комплексной медико-социальной реабилитации детей и подростков – зависимых от ПАВ; стандартов дипломной и последипломной подготовки специалистов, работающих в системе наркологической помощи с детьми и подростками).

Научная новизна исследования

В настоящей работе впервые проводится инвентаризация и комплексная оценка эффективности лечебно-реабилитационных подходов и программ, используемых в отношении детей и подростков, зависимых от ПАВ, на территории Республики Казахстан.

Обосновываются и разрабатываются инновационные технологии неоабилитации, семейной психотерапии и школьной реадaptации, способствующие ускоренному формированию устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ детей и подростков.

Обосновываются и разрабатываются комплексные инновационные модели медико-социальной реабилитации для лиц исследуемой возрастной группы.

Доказывается преимущество инновационных лечебно-реабилитационных подходов по сравнению с традиционными подходами в системе промежуточных и конечных индикаторов.

Практическая значимость

Проведенные исследования будут способствовать расширению объема знаний о степени эффективности традиционно используемых лечебно-реабилитационных подходов в отношении детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них.

Масштабное внедрение инновационных моделей комплексной медико-социальной реабилитации деятельности ЛПУ наркологического профиля повысит эффективность антинаркотических усилий социального сектора, предпринимаемых в отношении исследуемого возрастного контингента.

Разработка и внедрение соответствующих стандартов медико-социальной реабилитации, стандартов дипломной и последипломной подготовки специалистов, действующих в системе наркологической помощи РК (врачей наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников) будет способствовать повышению уровня профессиональной подготовленности персонала наркологических, воспитательных и образовательных учреждений.

Методология

Объектом исследования являлись пациенты в возрасте от 7 до 18 лет, злоупотребляющие различными классами психоактивных веществ (ПАВ) и со сформированной зависимостью от них, проживающие в Республике Казахстан. Исследование проводилось на основе репрезентативной выборки, которая состояла из несовершеннолетних пациентов, наблюдавшихся в группе профилактического контроля или в группе диспансерного учета в областном центре по профилактике и лечению зависимых заболеваний Павлодарской области (областной наркологический диспансер) в 2005-2006 годах

Пациенты получали специализированную помощь в условиях круглосуточного и дневного стационаров, а также в условиях амбулатории. Лечение осуществлялось в добровольном порядке при обязательном письменном согласии родителей (опекунов) на лечебно-реабилитационные мероприятия.

Предметом исследования явились критерии, характеризующие эффективность инновационных моделей вторичной профилактики наркозависимости в детско-подростковом возрасте:

- а) объем и качество оказываемой ранее традиционной наркологической помощи несовершеннолетним пациентам;

- б) социальные, клинические и психологические характеристики статуса пациентов (система промежуточных индикаторов);
- в) длительность и социальные, психологические характеристики ремиссии (система конечных индикаторов).

Исследование проводилось в два этапа:

1) определение объема и качества оказываемой ранее традиционной наркологической помощи несовершеннолетним пациентам;

2) проведение клинического эксперимента – исследование эффективности инновационных комплексных программ медико-социальной реабилитации детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них.

На первом этапе проводилось ретроспективное кросс-секционное исследование. Изучалась первичная медицинская документация с целью выяснения объема, качества оказываемой ранее наркологической помощи несовершеннолетним пациентам. Достоточность и обоснованность лечебно-реабилитационных мероприятий определялось методом экспертных оценок.

Второй этап исследования представлял собой клинический эксперимент. На основании проведенной на первом этапе экспертной оценки, были разработаны инновационные развивающие технологии (специальные программы неоабилитации в лечебном секторе; работа с семьей и школьная реадaptация), способствующие формированию устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ, с учетом возрастных социально-психологических и клинических особенностей формирования и течения зависимости от различных классов психоактивных веществ.

Следующим шагом было внедрение инновационных программ на базе детско-подросткового отделения областного наркологического диспансера. Эксперимент проводился в виде кросс-секционного (метод поперечного среза) клинического и социально-психологического исследований. Клинический эксперимент проводился на основе случайной выборки с оценкой результата по схеме «до – после» (С. Гланц, 1999). Трижды (на начало исследования, в середине лечебно-реабилитационных мероприятий и при завершении лечения) проводилась оценка по параметрам системы промежуточных индикаторов. Всего в настоящей работе было изучено - 2120 исследуемых признаков. Из них 679 количественных и 1441 атрибутивных.

Завершающим действием на втором этапе исследования явилась сравнительная оценка длительности и социально-психологические характеристики ремиссии (воздержания) несовершеннолетних пациентов, прошедших инновационную и традиционную модели программы МСР (система конечных индикаторов).

Материалы и методы исследования

Материалы исследования - первичные источники информации – пациенты исследуемой и контрольной групп.

Данные группы были сопоставимы по полу, возрасту и социальным условиям воспитания и развития детей и подростков (таблица 1).

Приведенные в таблице 2 данные подтверждают сопоставимость групп в отношении формы учета и, следовательно, степени тяжести заболевания, а также вида употребляемых психоактивных веществ.

Таблица 1

Основные социально-демографические характеристики исследуемой (n=121) и контрольной (n=144) групп

Пол						
Наименование пола	Абсолютное число		%		Доверительный интервал	
	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
Мужской	94	113	77,7%	77,9%	± 7,4%	± 6,8%
Женский	27	31	22,3%	22,1%	± 7,4%	± 6,8%
Возраст						
Года	Абсолютное число		%		Доверительный интервал	
	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
7...<12	8	7	6,6%	4,8%	± 4,5%	± 4,2%
12...<15	94	112	77,6%	77,8%	± 7,4%	± 6,8%
15...<18	19	25	15,7%	17,4%	± 6,4%	± 6,4%
Национальность						
Наименование национальности	Абсолютное число		%		Доверительный интервал	
	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
Казахи	21	27	17,5%	18,8%	± 6,8%	± 6,4%
Русские	81	95	66,9%	66%	± 8,4%	± 7,7%

Продолжение таблицы 1

Наименование национальности	Абсолютное число		%		Доверительный интервал	
	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
Украинцы, белорусы	4	10	3,3%	7,6%	1,7<>8,3%	± 4,2%
Татары	7	7	5,8%	4,9%	± 4,2%	± 5%
Немцы	3	2	2,5%	1,4%	1,3<>7,2%	0,7<>5,3%
Метис	5	3	4,0%	1,4%	0,4<>4,9%	0,4<>4,3%
<i>Образование и работа</i>						
Образование на момент обследования	Абсолютное число		%		Доверительный интервал	
	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
Не учился	1	1	0,8%	0,7%	0,4<>4,9%	0,4<>4,3%
Начальное образование (1-4 классы)	8	11	6,7%	7,6%	± 4,5%	± 3%
Неполное среднее (5-9 классы)	99	109	81,8%	75,7%	± 6,9%	± 7,8%
Среднее (11 класс, ПТУ, прочее)	12	21	10%	14,5%	± 3,6%	± 6%
Прочее	1	2	0,8%	1,4%	0,4<>4,9%	0,7<>5,3%
<i>Семья</i>						
Условия воспитания	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
В полной семье	26	41	21,4%	28,5%	± 7,8%	± 7,8%
Только матерью	61	71	50,5%	49,3%	± 9,6%	± 8,2%
Только отцом	3	9	2,4%	6,2%	1<>6,6%	± 4,1%
У родственников	14	12	11,6%	8,3%	± 5,7%	± 4,6%
В детском доме	17	11	14%	7,6%	± 6,4%	± 4,5%

Таблица 2

Форма контроля и нозологическая характеристика исследуемой (n=121) и контрольной (n=144) групп

<i>Форма контроля</i>						
Учет	Абсолютное число		%		Доверительный интервал	
	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
Диспансерный	4	3	3,3%	2%	0,9<>6,2%	0,4<>4,5%
Анонимный	8	11	6,6%	7,6%	± 4,1%	± 4,1%
Профилактический контроль	109	130	90,1%	90,2%	± 4,7%	± 4,3%
<i>Коды диагнозов</i>						
Наименование кодов	Абсолютное число		%		Доверительный интервал	
	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа	Исследуемая группа	Контрольная группа
F 10 (алкоголь)	26	42	21,5%	29,2%	± 7%	± 7,9%
F 11 (опиоиды)	6	6	4,9%	4,2%	1,7<>8,3%	0,8<>5,4%
F 12 (каннабиноиды)	27	30	22,3%	20,8%	± 7,3%	± 6,7%
F 13 (седативные вещества)	2	2	1,6%	1,4%	0,4<>4,9%	0,4<>4,4%
F 18 (летучие растворители)	49	51	40,5%	35,4%	± 8,4%	± 7,1%
F 19 (сочетанное употребление ПАВ)	11	13	9,1%	9%	± 4,7%	± 4,5%

Вторичные источники информации:

- а) «Базисная карта исследования несовершеннолетнего пациента»;
- б) стандартные медицинские документы (медицинская карта стационарного больного – форма № 003-У, медицинские карты амбулаторного больного – форма № 025-У, контрольные карты диспансерного наблюдения за психически больными – форма № 030-У);
- в) стандартные формы протоколов исследования (психологические заключения, нейрофизиологические заключения, заключения клинико-лабораторных исследований);
- г) материалы организационного лечебно-реабилитационного направления.

Методы исследования

Социально-психологический метод использовался при изучении социальных и психологических аспектов формирования зависимости с целью уточнения мишеней в ходе медико-социальной реабилитации.

Клинико-психопатологический метод использовался нами при исследовании эффективности экспериментальной инновационной программы.

Экспериментально-психологический метод использовался при оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и включал в себя определение степени сформированности свойств антинаркотической устойчивости.

Статистический метод исследования использовался с целью анализа показателей динамики по

клинико-психопатологическим, экспериментально-психологическим и социально-психологическим параметрам данного исследования с оценкой достоверности различий и осуществлялся компьютерной программой Agstat.exe, входящей в пакет экспертной системы ЭС-АГ.

Метод экономического анализа использовался при определении экономической эффективности инновационной экспериментальной модели медико-социальной реабилитации детей и подростков.

Метод экспертных оценок использовался нами при анализе атрибутивных учитываемых признаков характеризующих систему вторичной профилактики наркозависимости (оценка лечебно-реабилитационных мероприятий, используемых у несовершеннолетних пациентов, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них).

Результаты исследования

В соответствии с задачами исследования нами была проведена оценка эффективности традиционных, лечебно-реабилитационных подходов и программ, используемых в отношении детей и подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них.

Анализ доступности и качества сектора вторично-профилактических услуг, оказываемых в системе наркологической помощи несовершеннолетним пациентам, представлен в таблицах 3, 4.

Таблица 3

Характеристика доступности диагностических услуг в Павлодарском ОНД детско-подростковом отделении за 2006 год (n=100)

Профиль и название услуг	Доступность пользования в %
Клинико-психопатологическая диагностика;	45%
Экспериментально-психологическая диагностика;	2%
Клиническая лабораторная диагностика;	95%
Клинико-биохимическая диагностика;	15%
Бактериологическая и вирусологическая диагностика, включая тестирование на ВИЧ/СПИД;	95%
Нейрофизиологическая диагностика;	-
Лучевая (рентгенологическая и УЗИ) диагностика;	80%
Многопрофильное консультирование (терапевтический, хирургический профиль, профиль инфекционных заболеваний, ЗПП, фтизиатрии и т.д.) с использованием соответствующих специальных диагностических методов;	20%
Идентификация психоактивных веществ в биологических жидкостях и тканях организма.	20%

Таблица 4

Характеристика доступности услуг лечебно-реабилитационного сектора в Павлодарском ОНД детско-подростковом отделении за 2006 год (n=100)

№ п/п	Профиль и название услуг	Доступность в % пользования
1	<i>Консультационные технологии</i>	
1.1	- клинико-наркологическое консультирование (здесь имеются в виду первичные консультации врача-нарколога лицам с проблемами химической зависимости, или их родственникам и близким).	67%

№ п/п	Профиль и название услуг	Доступность в % пользования
1.2	- семейное консультирование (включая консультирование созависимых);	23%
1.3	- психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование).	44%
2	<i>Мотивационные технологии</i>	
2.1	- мотивационное интервью несовершеннолетнего пациента и его законных представителей;	-
2.2	- мотивационное консультирование несовершеннолетнего пациента и его законных представителей;	-
3	<i>Тренинговые технологии</i>	
3.1	- коммуникативности;	8%
3.2	- ассертивности	-
3.3	- эффективного копинг-поведения;	13%
3.4	- формирования ответственного выбора;	12%
3.5	- формирования доступа к ресурсам личности и ресурсам окружения;	-
3.6	- родительский тренинг	-
3.7	- ситуационно-ролевой тренинг	18%
3.8	- противорецидивный тренинг	-
4	<i>Психотерапевтические технологии</i>	
4.1	- мотивационная психотерапия	-
4.2	- психотерапевтические подходы мультимодальной терапии	11%
4.3	- семейная психотерапия	4%
4.4	- арт-терапия	29%
4.5	- сказкотерапия	18%
4.6	- игровая терапия	12%
4.7	- телесно-ориентированная психотерапия	-
4.8	- групповая психотерапия	11%
5	<i>Технологии детоксикации</i>	
5.1	классические, психофармакологические методы;	9%
6	<i>Технологии медикаментозной терапии зависимости</i>	
6.1	- психофармакотерапия (использование нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов, снотворных);	2%
6.2	- медикаментозная терапия, направленная на стимуляцию мозгового метаболизма (использование ноотропов, аминокислот, сосудистых препаратов);	90%
6.3	- сопутствующая медикаментозная (симптоматическая) терапия, направленная на улучшение общего гомеостаза и ресурсного статуса организма (вегетостабилизирующих препаратов, витаминов, сосудистых средств, ферментов).	15%
7	<i>Физиотерапевтические технологии лечения наркотической зависимости</i>	
7.1	- специфическая терапия синдрома зависимости и постабстинентного синдрома (используются такие методы как электросон и др.);	-
7.2	- симптоматическая терапия.	-
8	<i>Реабилитационные технологии</i>	
8.1	- амбулаторные реабилитационные программы (комплексные, включающие детоксикационный этап, этап социальной реабилитации);	22%
8.2	- амбулаторные реабилитационные программы, включающие этап социальной реабилитации;	-
8.3	- стационарные реабилитационные программы с полным комплексом услуг медико-социальной реабилитации;	1%
8.4	- стационарные реабилитационные программы с неполным комплексом (предварительный этап детоксикации проводится в лечебных учреждениях наркологического профиля);	7%
9	<i>Противорецидивные технологии</i>	
9.1	- противорецидивная медикаментозная терапия	-
9.2	- противорецидивные социальные и социальнопсихологические тренинги;	-
9.3	- противорецидивное психологическое консультирование;	5%

№ п/п	Профиль и название услуг	Доступность в % пользования
9.4	- противорецидивная психотерапия;	-
10	<i>Технологии социальной поддержки</i>	
10.1	- школьная адаптация;	-
10.2	- юридические услуги;	-
10.3	- консультирование по социальным проблемам;	-
10.4	- жилищные программы;	-
10.5	- профессиональное обучение;	-
10.6	- предоставление материальной помощи.	-
11	<i>Информационно-образовательные профильные технологии</i>	
11.1	- использование в лечебно-реабилитационных мероприятиях печатных изданий с адекватной информацией (буклеты, плакаты, брошюры);	34%
11.2	- использование в лечебно-реабилитационных целях специальной видео-продукции;	6%
11.3	- использование в лечебно-реабилитационных целях передачи адекватной информации в непосредственном контакте – лекциях, беседах, тематических группах.	80%

Вопрос кадрового дефицита на сегодняшний день актуален для практического здравоохранения. По данным статистических исследований в Республике Казахстан к 2006 году уменьшилось по сравнению с 2005 годом количество врачей-наркологов с 600 до 565, уменьшилось так же количество занятых должностей с 750 до 691 должности. В отношении детско-подростковых наркологов картина еще более плачевная. Так, по состоянию на 2006 год в РК насчитывалось лишь 14 специалистов.

В ходе исследования была выявлена низкая эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий при традиционных методах лечения вследствие следующих причин.

1. Основной акцент делался на санитарно-просветительную работу (первичную профилактику наркозависимости, которая зачастую проводится в недостаточном объеме) и, соответственно, нецелесообразное использование деятельности специалистов (меньший акцент на лечебно-реабилитационный процесс).

2. Недостаточный объем по профилю диагностических услуг, затрудняющий проведение дифференцированного лечения осложнений и сопутствующей патологии, с целью профилактики периферического запуска влечения к ПАВ.

3. Недостаточный объем услуг лечебно-реабилитационного сектора по секторам: консультационные технологии 23-44% охвата, мотивационные технологии - 0%, тренинговые технологии 8-18% охвата, психотерапевтические технологии 4-29%, технологии медикаментозной терапии зависимости 2-90%, физиотерапевтические технологии лечения наркотической зависимости 0%, реабилитационные технологии 1-22%, противорецидивные технологии 5%, технологии социальной поддержки 0%, информационно-образовательные профильные технологии 6-80%.

4. Недостаточное кадровое обеспечение, связанное с одной стороны – с дефицитом специалистов, задействованных в области детско-подростковой наркологии (детских и подростковых психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, социальных педагогов), и с другой стороны - некоторым ограничением бюджетных средств.

Необходимо так же отметить отсутствие системного анализа после года проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий

В соответствии с концептуальными основами реабилитации несовершеннолетних лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, представленными Т.Н. Дудко, Ю.В. Валентик (2004), и полученными данными экспертной оценки услуг, традиционно оказываемых в условиях наркологических диспансеров, нами была разработана новая комплексная лечебно-реабилитационная программа для указанного контингента. Программа включает в себя: выявление несовершеннолетних потребителей ПАВ, диагностические мероприятия, три этапа собственно реабилитации.

Выявление пациентов происходит в случаях самостоятельного обращения в детско-подростковую службу несовершеннолетними или их родителями (опекунов, значимыми другими людьми), а также в результате согласованной деятельности с организациями здравоохранения, образовательными учреждениями и органами внутренних дел. Сведения о несовершеннолетних лицах, выявленных, доставленных в состоянии острой интоксикации различной степени тяжести в результате употребления любого вида психоактивного вещества, передаются в течение 24 часов в детско-подростковое отделение наркологической службы области (города, района).

Особенности детско-подросткового возраста диктуют соответственно особенности лечебно-реабилитационной работы с данным контингентом. Если

взрослые пациенты способны в некоторой степени соглашаться с наличием проблем, то дети зачастую не способны понять причину посещения клиники. Для педиатрии, в общем, свойственна минимальность (а зачастую и отсутствие) жалоб (в нашем случае проблем) у несовершеннолетних пациентов. И тогда на первый план выходят сбор анамнеза у родителей (опекунов, сопровождающих лиц и т.д.) и использование диагностических методик (наличие признаков, симптомов, симптомокомплексов на основании объективного осмотра, лабораторного обследования при наличии соматической патологии; наблюдение, использование психодиагностических методик).

Диагностика предполагает инвентаризацию проблемы по шести уровням:

- 1) клинические синдромы;
- 2) длительность расстройств;
- 3) соматические данные;
- 4) данные о физическом развитии;
- 5) психические функции (сильные и слабые стороны);
- 6) среда (патогенные и благоприятные аспекты).

Диагностические мероприятия представлены в следующих основных направлениях:

- клинико-лабораторные исследования;
- психотерапевтическая диагностика;
- определение клинического диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра и с учетом особенностей клиники злоупотребления или зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних пациентов на этапах реабилитации;
- диагностика семьи и семейных проблем;
- диагностика школьных проблем.

Собственно программа медико-социальной реабилитации детей, злоупотребляющих токсическими веществами и зависимых от них, представляет собой комплексную, взаимосвязанную систему медицинских, педагогических (воспитательных, психологических, образовательных) и социальных мероприятий, направленных:

- а) на устранение физических и психических проявлений, развивающихся при злоупотреблении психоактивными веществами и сформированной зависимости от них;
- б) на восстановление биологических и развитие социальных адаптационных навыков;
- в) на развитие личностных свойств, обеспечивающих устойчивость к формированию зависимости и повторному вовлечению в наркотизацию.

Особенностью медико-социальной реабилитации детей и подростков (МСРДиП), злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них, является формирование феномена антинаркотической устойчивости, который был идентифицирован и объективизирован в

ходе комплексного многоуровневого исследования наркотической зависимости в Республике Казахстан на 7650 респондентах. Настоящая программа МСРДиП основывается на развитии признаков антинаркотической устойчивости у несовершеннолетних лиц, употребляющих ПАВ, с учётом возрастных особенностей.

Цели программы МСРДиП

1. Существенное повышение качества оказываемых услуг в области лечебно-реабилитационных мероприятий для употребляющих ПАВ детей и подростков в общей наркологической сети Республики Казахстан.

2. Формирование свойств антинаркотической устойчивости у употребляющих ПАВ детей:

- предусматривающих формирование конструктивной Я - концепции, включающее адекватную самооценку, уровень притязаний, самосознания на основании личностных качеств ребенка;

- предусматривающих формирование конструктивных ценностно-смысловых доминант, вписанных в образ мира ребёнка, на основании которых он действует и выстраивает оценочные суждения (основной акцент делается на таких личностных качествах как трудолюбие, ориентация на позитивные ценности и личностные свойства значимых других лиц);

- предусматривающих формирование ответственности (рекомендуется рассматривать отдельно в разных видах деятельности игра - учение – труд; имеют значение такие личностные свойства как самостоятельность, умение планировать и организовывать свою деятельность, сформированность волевых усилий (усидчивость), критичность);

- предусматривающих формирование эмоциональной устойчивости и уверенности в себе («сила Эго»), а также обязательности, добросовестности, ответственности («сила сверх-Я»); формировании эффективных копинг-стратегий и адекватных защитных механизмов;

- предусматривающих адекватную информированность о вреде наркопотребления по отношению к значимым ценностям основного жизненного сценария индивида (передача информации от значимых других лиц, пользующихся особым авторитетом и доверием (обычно, родителей), правильные, тщательно продуманные контекст и направленность информации).

Задачи программы МСРДиП

Этапные задачи

Предреабилитационный этап:

1) избавление от абстинентных или постинтоксикационных проявлений (астенических (неврастенических), аффективных, поведенческих и интеллектуально-мнестических расстройств, влечения к ПАВ – по мере необходимости) с использованием фармакологических, психотерапевтических, фи-

зиотерапевтических, гомеопатических и других мероприятий;

2) формирование мотивации на терапевтическое сотрудничество у детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ;

3) получение согласия родителей или значимых других лиц (ЗДЛ) на лечение и реабилитацию их ребенка;

4) формирование мотивации на длительное терапевтическое сотрудничество у родителей (ЗДЛ), опекунов и т.д.) детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ, и в ходе мотивационного консультирования.

Первый этап:

а) стабилизация психического (поведенческих, аффективных проявлений) и физического (по мере необходимости – лечение коморбидной патологии) состояний с использованием фармакологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, гомеопатических и других мероприятий;

б) мотивационная работа, направленная на активное длительное терапевтическое сотрудничество детей, зависимых или злоупотребляющих ПАВ, и их родителей (ЗДЛ, опекунов и т.д.) в ходе мотивационного консультирования;

Второй этап:

а) формирование свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья, максимально возможных на разных возрастных этапах развития пациентов в процессе мультимодальной психотерапии, в индивидуальном или групповом режиме, социально-психологических тренингов;

б) нормализация семейных отношений в процессе:

в) информационных семинаров, направленных на расширение знаний о медицинских и социально-психологических последствиях зависимостей;

г) родительских тренингов, направленных на изменение внутрисемейных отношений, взаимодействий, установок и стиля общения;

д) проведение социально-педагогических (коррекционное воспитание и обучение с учетом личностных особенностей и социально-педагогической запущенности) мероприятий.

Третий этап:

а) стабилизация сформированных свойств антинаркотической устойчивости - психологического здоровья, максимально возможных на разных возрастных этапах развития пациентов;

б) нормализация семейных отношений в процессе:
- психотерапевтической работы (семейной, групповой психотерапии) со значимыми другими лицами;

- родительских тренингов, направленных на изменение внутрисемейных отношений, взаимодействий, установок и стиля общения;

в) школьная реадаптация в процессе:
- общего образования пациентов;
- информационных семинаров для школьных педагогов и воспитателей, направленных на расши-

рение знаний у педагогов о медицинских и социально-психологических последствиях зависимостей, необходимости создания атмосферы, благоприятной для дальнейшего конструктивного развития детей и подростков;

- тренингов, обучающих навыкам оказания психологической поддержки детям, зависимым и злоупотребляющим ПАВ, с целью профилактики «срывов» и контролю их состояния;

г) социальная реинтеграция в процессе:

- продолжения развивающих практик;

- спортивно-оздоровительных мероприятий;

- культурно-развлекательных мероприятий;

- юридической и правовой поддержки несовершеннолетних лиц (по необходимости).

д) профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе психотерапевтической работы и психологической поддержки.

Организационно-содержательные задачи:

1. Установление единых стандартных требований к реабилитации больных наркоманией.

2. Контроль объемов, доступности и качества медико-социальной помощи, оказываемой пациентам ЛПУ.

3. Организация дифференцированного (в зависимости от возраста, вида употребляемого вещества и реабилитационного потенциала) реабилитационного режима в отделениях или центре МСРДиП;

4. Осуществление полноценной и последовательной реализации медицинских (фармакологическая коррекция, психотерапия), социально-педагогических (коррекционное обучение и воспитание), социально-психологических (обучение навыкам социально-бытовой адаптации) и социальных (юридическая и правовая поддержка несовершеннолетних) мероприятий;

5. Мониторинг эффективности медико-социальной помощи больным наркоманией (по системе промежуточных и конечных индикаторов).

Основные мишени медико-социальной реабилитации детей, употребляющих психоактивные вещества

Под термином «мишени» МСРДиП понимаются ключевые статусные характеристики, позволяющие воздействовать на узловые проблемы патологического статуса зависимых, а также надежно идентифицировать общий результат продвижения к поставленной цели.

Мишень № 1 – патологический соматический статус лиц, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них. Включает в себя следующие клинические состояния с учетом возрастных особенностей:

- отравления (передозировки) психоактивными веществами – наличие непродолжительного латентного периода; чем младше возраст, тем больше характерна генерализация расстройств; легче и быст-

рее развивается декомпенсация основных витальных функций организма;

- интоксикации психоактивным веществом – меньшая субъективная дифференцированность опьянения; более быстрое (в сравнении с взрослыми людьми) *протрезвление*; эмоциональная лабильность, возможность дисфорических или дистимических переживаний;

- постинтоксикационное состояние, характеризующееся астеническими проявлениями: непереносимость любого вида психического напряжения, истощаемость произвольного внимания и его концентрации, отвлекаемость, затруднение сосредоточения. В поведении – быстрое истощение целенаправленной активности. Эмоциональная неустойчивость (повышенной раздражительности, несдержанности, склонность к аффективным разрядам недовольства). Выраженные вегетативные проявления: лабильность вазомоторных реакций, склонность к сосудистым обморокам (в частности, к ортостатическим), головная боль при утомлении, гипергидроз, повышенный рвотный рефлекс;

- синдром (состояние) отмены психоактивного вещества (соматический компонент) – меньшая дифференцированность и степень выраженности проявлений абстинентного синдрома; незавершенность и «незрелость» синдромальных образований в абстиненции;

- признаков сопутствующей специфической и неспецифической соматической патологии.

Редукция соматического дискомфорта повышает мотивацию пациента на дальнейшее участие в реабилитационной программе и способствует повышению возможностей психотерапевтического процесса;

Мишень № 2 – патологическое влечение к психоактивному веществу во всех сферах непосредственного проявления данного феномена – недифференцированность и нестабильность синдрома влечения; способность к спонтанной дезактуализации влечения к ПАВ.

Мишень № 3 – патологический личностный статус детей младшего и среднего школьного возраста злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них, который складывается:

- из деструктивного формирования Я - концепции (неадекватная самооценка, низкий или завышенный уровень притязаний, низкая степень развития самоосознания, неадекватность целеполагания и выбора средств для достижения цели), ценностно-смысловых доминант личности ребенка (расчет на везение, вместо трудолюбия и целеустремленности, предпочтение агрессии в различных жизненных ситуациях), качеств внутренней ответственности (существенно более выраженная экстернальная направленность ответственности), силы Эго (меньшая способность преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им);

- из нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования дефицита свойств антинаркотической устойчивости индивида: дефицит интимности в детстве; дефицит значимых других лиц (основных агентов развития в период возрастных кризисов); деструктивность семьи, влияющая на личностные смыслы ребенка (в том числе на принятие решения употребления психоактивных веществ); деструктивное прохождение формирующих жизненных этапов (формирование таких свойств личности как базисное доверие (до 2 лет), автономность (2-3 года), инициатива (3-6 лет), ответственность, трудолюбие (6-12 лет); дефицит опыта успешной самореализации.

Мишень № 4 – неоабилитационный (развивающийся) личностный статус детей младшего и среднего школьного возраста злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них складывается:

- из общих личностных характеристик ребенка, определяющих полноценное развитие свойств антинаркотической устойчивости – формирование конструктивной Я - концепции (адекватной самооценки и связанный с ней уровень притязаний; половая и социальная самоидентификация (Я – брат, сестра, ученик и т. д.); познание своих качеств, способностей, возможностей, умений, потребностей, мотивов, любимых занятий, близких людей и т.п.; адекватность целеполагания и выбора средств для достижения цели); формирование навыков выбора (отказываться от одного в пользу другого), ответственности; коррекция либо формирование конструктивного жизненного сценария, системы ценностей, основанной на самооценке и самопринятии ребенка;

- из нормохронологических характеристик, являющихся базой для формирования свойств антинаркотической устойчивости индивида при прохождении основных жизненных этапов (формирование таких свойств личности как базисное доверие, автономность, инициатива, ответственность, трудолюбие).

Мишень № 5 – дефицитарный социальный статус лиц, зависимых от ПАВ, который складывается:

- из общих социальных характеристик (социальный доход семьи, неполные семьи, семьи с одним или обоими употребляющими ПАВ родителями, социальная динамика ребенка);

- из выраженного дефицита коммуникативных и других навыков социального поведения;

- из искаженной системы отношений в микросоциуме (семья, группа, класс и т.д.);

- из низкого образовательного уровня, социальная и педагогическая запущенность.

Мишень № 6 – мотивация на создание у пациента заинтересованности в продолжительном лечении и наблюдении (месяцы, годы), формированию у него представления о здоровье.

Организуя медицинскую помощь при реабилитации детей, злоупотребляющих психоактивными веществами и зависимых от них, необходимо учиты-

вать следующие аспекты: критерии включения пациента в программу МСРДиП, кадровое обеспечение, создание реабилитационной среды, работу с семьей (ближайшим окружением), выработку практических житейских навыков у несовершеннолетних пациентов, помощь в школьной реадaptация детей и подростков, совместную работу с другими профильными учреждениями здравоохранения, образования, социальной защиты и пр., преемственность и дальнейшее наблюдение за пациентами, требования к режиму реабилитации, труда и отдыха, требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам. Здесь же предусмотрены правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требования протокола.

Динамика клинических проявлений зависимости и постинтоксикационных проявлений от психоактивных веществ, скорость редукции основных психопатологических синдромов

В результате статистической обработки и анализа материалов, полученных в ходе исследования, нами были выявлены значительная динамика клинических и психологических параметров (система промежуточных индикаторов) в исследуемой группе.

В качестве промежуточных индикаторов были выбраны следующие показатели: редукция основных клинических проявлений (постинтоксикационных и абстинентных проявлений, влечения к ПАВ, поведенческих, аффективных, диссомнических расстройств), динамика биохимических тестов крови, нейрофизиологических показателей, динамика результатов психологического тестирования.

В результате исследования была выявлена положительная динамика, редукции основных психопатологических синдромов (таблицы 5, 6) по продолжительности и степени выраженности.

В результате исследования выявились достоверные различия между исследуемой и контрольной группой по длительности в днях проявлений анозогностического синдрома (соотношение 1:1,4), аффективных расстройств (соотношение 1:1,3), синдрома патологического влечения к наркотику (соотношение 1:1,7), диссомнических расстройств (соотношение 1:1,5), астенического синдрома (соотношение 1:1,3).

Показатели степени выраженности проявлений психопатологических синдромов по 4-балльной шкале имели следующее распределение:

- 1 балл – степень выраженности проявлений отсутствует (ввиду особенностей компьютерной программы – не считывания «0» как значения);
- 2 балла - степень выраженности проявлений слабая;
- 3 балла - степень выраженности проявлений умеренная;
- 4 балла - степень выраженности проявлений значительная.

В соответствии с ранее проведенными исследованиями патопсихологические проявления, наблюдаемые у несовершеннолетних пациентов, значительно менее выражены, чем таковые выражены у взрослых пациентов.

В ходе исследования так же были выявлены достоверные различия между исследуемой и контрольной группой по степени выраженности проявлений по 4-балльной шкале анозогностического синдрома соответственно 1,86 и 2,9 (в соотношении 1:1,5); проявлений аффективных расстройств 1,22 и 1,34 (в соотношении 1:1,1); патологического

Таблица 5

Редукция длительности проявлений психопатологических синдромов в днях

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=75)	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа (n=76)	Доверительный интервал среднего	P
Длительность проявлений абстинентного синдрома или постинтоксикационного состояния	5,2	± 0,4	5,6	±0,5	
Длительность проявлений анозогностического синдрома	15,0	±1,2	21,1	±1,3	<0,01
Длительность проявлений психопатоподобного синдрома	14,4	±1,7	15,1	±2,4	
Длительность проявлений аффективных расстройств	9,7	±0,7	12,9	±1,4	<0,01
Длительность проявлений синдрома патологического влечения к наркотику	6,6	±0,8	11,4	±1,5	<0,01
Длительность проявлений диссомнических расстройств	3,2	±0,2	4,8	±0,4	<0,01
Длительность проявлений астенического синдрома	9,4	±2,6	12,8	±1,9	<0,01

Редукция степени выраженности проявлений психопатологических синдромов

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=75)	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа (n=76)	Доверительный интервал среднего	P
Степень выраженности проявлений абстинентного синдрома или постинтоксикационного состояния	1,025	±0,08	1,03	±0,08	
Степень выраженности проявлений анозогностического синдрома	1,86	±1,2	2,9	±0,21	<0,01
Степень выраженности проявлений психопатоподобного синдрома	1,12	±0,195	1,13	±0,11	
Степень выраженности проявлений аффективных расстройств	1,22	±0,096	1,34	±0,15	<0,05
Степень выраженности проявлений синдрома патологического влечения к ПАВ	1,08	±0,007	1,38	±0,15	<0,01
Степень выраженности проявлений диссомнических расстройств	0,94	±0,099	1,32	±0,14	<0,01
Степень выраженности проявлений астенического синдрома	1,12	±0,176	1,14	±0,09	

влечения к ПАВ 1,08 и 1,38 (в соотношении 1:1,2); диссомнических расстройств 0,94 и 1,32 (в соотношении 1:1,4).

Показатели по биохимическим тестам крови

Результаты проведенного исследования показали, что динамика показателей лабораторных исследований не значительна. Данный факт объясняется непродолжительным сроком употребления пациентами из обеих групп и отсутствием сформированного синдрома зависимости (у 90,1% и 90,2% пациентов исследуемой и контрольной групп находились на профилактическом учете).

Показатели нейрофизиологического исследования

По полученным данным показатели нейрофизиологического исследования несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ входили в возрастную норму и соответственно динамика данных показателей отсутствовала.

Динамика показателей по психологическим тестам

Для изучения личностных качеств ребенка мы использовали многофакторный личностный опросник, представляющий собой адаптацию, применительно к детям, взрослого варианта 16-факторного личностного теста Р. Кеттелла. Данная методика позволяет исследовать личностные особенности ребенка, обуславливающие его поведение.

Значительные различия динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) адаптированного теста Р. Кеттелла между исследуемой и контрольной группой выявились по следующим факторам:

- показатели шкалы «аффектотимия – шизотимия» (фактор А) соответственно 1,9 и 0,5 (соотношение 1:3,8), интерпретируются нами как положительная динамика в развитие таких личностных характеристик, как благожелательность по отношению к другим людям, терпимость, умение ладить в коллективе;
- показатели шкалы «эмоциональная неустойчивость – стабильность» (фактор С) соответственно 2,2 и 0,5 (соотношение 1:4,4), интерпретируются нами как положительная динамика в развитии таких личностных характеристик, как уверенность в себе, сдержанность;
- показатели шкалы «низкая – высокая добросовестность» (фактор G) соответственно 3,7 и 0,9 (соотношение 1:4,1) интерпретируются нами как положительная динамика в развитии таких личностных характеристик, как дисциплинированность, добросовестность, в развитии осознанного соблюдения норм и правил поведения;
- показатели по шкале «гипотимия – гипертимия» (фактор О) соответственно 3,0 и 0,5 (соотношение 1:6) интерпретируются нами как положительная динамика в развитие таких личностных характеристик, как уверенность в себе, меньшая чувствительность к оценкам окружающих;

Динамика показателей теста Р. Кеттелла

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=75)	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа (n=76)	Доверительный интервал среднего	P
Фактор А	1,9	±0,3	0,5	±0,3	<0,01
Фактор В	0,4	±0,3	0,2	±0,2	
Фактор С	2,2	±0,3	0,5	±0,3	<0,01
Фактор D	1,5	±0,4	0,9	±0,3	
Фактор E	1,7	±0,2	1,0	±0,3	<0,01
Фактор F	0,2	±0,3	0,3	±0,3	<0,01
Фактор G	3,7	±0,3	0,9	±0,5	<0,01
Фактор H	1,1	±0,3	0,7	±0,3	<0,01
Фактор I	0,8	±0,2	0,2	±0,3	<0,01
Фактор O	3,0	±0,3	0,5	±0,4	<0,01
Фактор Q3	4,1	±0,4	0,9	±0,5	<0,01
Фактор Q4	2,1	±0,4	0,8	±0,3	<0,01

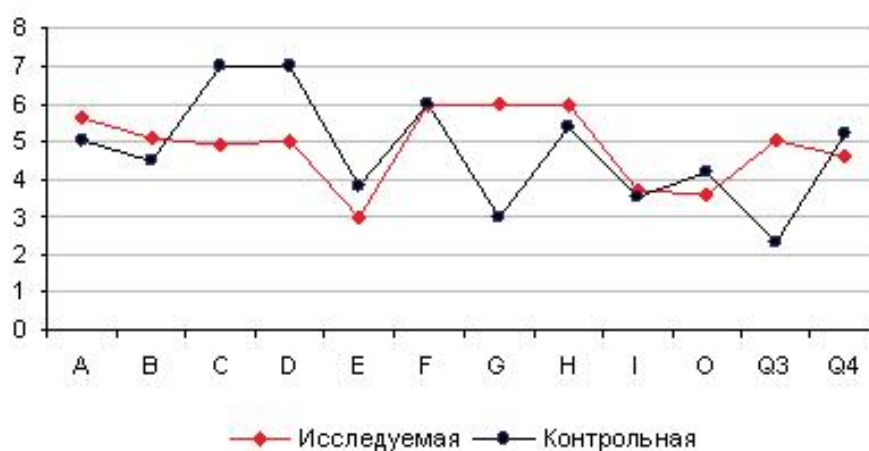


Рисунок 1. Динамика показателей теста Р. Кеттелла

- показатели по шкале «фрустрированность – нефрустрированность» (фактор Q4) соответственно 3,1 и 0,8 (соотношение 1:6) интерпретируются нами как положительная динамика в развитии таких личностных характеристик, как уверенность в себе, умение адекватно относиться к критике, настойчивость в продвижении к цели.

Показатели шкалы «доминантность – конформность» по фактору E, шкалы «сургенция – десургенция (серьезность)» фактор F, по шкалам «смелость – робость» фактор H и «мягкосердечность – суровость» фактор I у детей исследуемой группы и группы сравнения имели нормативные значения и не имели существенной разницы в динамике.

В исследовании самооценки детей по методике А. И. Липкиной «Три оценки». Данные результаты интерпретируются нами как возрастание количества пациентов с адекватной самооценкой в исследуемой группе в сравнении с контрольной группой, когда появляется уверенное поведение, повышению познавательной мотивации и соответственно повышению уровню притязаний ребенка (соотношение 2,5:1). По показателям сниженная и завышенная самооценка также отслеживается позитивная динамика в соотношении 2,2:1 и 1,7:1 соответственно.

Способность выделять присущие собственной личности качества является показателем уровня развития навыков самопознания. Методика Спиридо-

Таблица 8

Динамика показателей методики А. И. Липкиной «Три оценки»

Наименование параметров	Исследуемая группа n=75	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа n=76	Доверительный интервал среднего	P
Адекватная самооценка	5,3	±1,2	2,1	±0,3	<0,01
Завышенная самооценка	-2,6	±0,3	-1,5	±0,3	<0,05
Низкая самооценка	-3,2	±0,2	-1,4	±0,2	<0,01

новой С.Б. «Самоописание» позволяет провести диагностику наличия достаточных ресурсов у детей для реализации жизненных сценариев. Исследование динамики по данному тесту информировало нас о появлении положительной динамики по параметру положительные качества 12,1 и 6,3 (соотношение 1,9:1), отрицательные качества -9,7 и -5,2 (соотношение 1:1,8). Данный факт интерпретировался нами как повышение способности выделять в своей личности как положительные, так и отрицательные качества, способствующие формированию личностной идентификации. Интересным является тот факт, что дети из обеих групп были склонны выделять в себе социально-одобряемые качества, ориентируясь на требования социальной среды, что однозначно будет оказывать конструктивное воздействие на ребенка в дальнейшем. Изучение динамики умения определять

свои способности свидетельствовало о появлении положительной динамики по параметру положительные качества 21,1 и 16,2 (соотношение 1,3:1), отрицательные качества 26,3 и 13,4 (соотношение 1,9:1). Данный факт интерпретировался нами как появление навыка анализировать свои возможности и ставить перед собой жизненные цели. Статистический анализ выявил значимые различия в группах с большей позитивной динамикой в исследуемой группе по параметрам адекватность-неадекватность средств достижения целей: выбор адекватных способов достижения целей 2,9 и 0,8 (соотношение 1:3,6), неадекватные средства достижения целей 1,6 и 0,5 (соотношение 1:3,2). Результаты интерпретировались нами как формирование способностей прорабатывать временные перспективы и расширение ассортимента используемых внешних ресурсов.

Таблица 9

Анализ сформированности навыков выбора и отказа от дивидендов конкурирующих сценариев

Наименование параметров	Исследуемая группа n=75	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа n=76	Доверительный интервал среднего	P
<i>Динамика соотношения самохарактеристик</i>					
Положительные качества	12,1	±1,9	6,3	±0,9	<0,01
Отрицательные качества	- 9,7	±1,5	-5,2	±0,6	<0,05
<i>Динамика осознания своих способностей</i>					
Отмечают способности	21,1	±4,2	16,2	±1,9	<0,01
Способности не отмечают	26,3	±,6	13,4	±1,2	<0,01
<i>Динамика характеристики используемых средств для достижения целей</i>					
Адекватные средства	2,9	±0,6	0,8	±0,2	<0,01
Неадекватные средства	1,6	±0,4	0,5	±0,1	<0,05

Одним из свойств антинаркотической устойчивости также является качество «внутренней» ответственности (внутреннего локуса контроля). Для изучения характера личной ответственности, а именно её направленности (интернальной – экстернальной) использована методика решения воображаемых экспериментальных ситуаций, разработанная М.В. Матюхиной, С.Г. Яриковой (таблица 10). Изучение динамики характера личностной ответственности выявило значимую разницу с преобладанием позитивной динамики у пациентов исследуемой группы. Так, по шкале экстернальность отмечается большее сни-

жение количества пациентов с внешне обвинительной тенденцией в исследуемой группе в сравнении с контрольной -16,2 и -8,9 (соотношение 1:1,8). По шкале интернальность преобладает увеличение лиц с возросшей личной ответственностью 19,5 и 9,8 (соотношение 1:1,9).

Еще одной из составляющих антинаркотической устойчивости является позитивный жизненный сценарий, под которым понимаются ценностно-смысловые доминанты, вписанные в образ мира ребенка, на основе которых он действует. Методика ранней диагностики жизненных сценариев показывает

Таблица 10

Динамика характера личной ответственности пациентов

Наименование параметров	Исследуемая группа n=75	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа n=76	Доверительный интервал среднего	P
Экстернальный локус контроля	-16,2	±1,9	-8,9	±1,5	<0,01
Интернальный локус контроля	19,5	±2,3	9,8	±1,6	<0,05

нам, что существуют различия в ценностных доминантах и морально-этических нормах в обеих группах детей. При проведении данной методики нами делался акцент на изменение личностных свойств пациентов в связи, с чем нас интересовали личностные особенности главных героев художественных произведений. С этой целью все герои были ранжированы на две категории: положительные и отрицательные.

Анализ динамики показателей (разницы между конечными и начальными показателями) выявил значительные различия между исследуемой и контрольной группами по шкале «положительные качества героя» и составил 15,4 и 5,3 (соотношение 1:2,9). Данный факт интерпретировался нами как изменение ценностно-смысловых доминант в позитивную сторону у пациентов исследуемой группы.

Таблица 11

Динамика предпочитаемых личностных качеств главного героя

Наименование параметров	Исследуемая группа n=75	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа n=76	Доверительный интервал среднего	P
Положительные качества героя	15,4	±1,7	5,3	±0,9	<0,01
Отрицательные качества героя	1,1	±0,3	0,9	±0,2	

Н.А. Сирота установила, что в детском возрасте развиваются как базисные, так и ситуационно-специфические копинг-стратегии, определяющие формирование индивидуального копинг-поведения, которое, по мере возрастания, становится основой жизненного стиля личности. Методика «Человек под дождем» ориентирована на диагностику силы Эго ребёнка, его способности преодолевать неблагоприятные ситуации, противостоять им. Анализ динамики показате-

лей (разницы между конечными и начальными показателями) выявил между исследуемой и контрольной группами по шкале «Ограниченные адаптивные возможности» значительные различия 9,4 и 4,3 (соотношение 1:2,1), «Высокие адаптивные возможности» 2,7 и 1,1 (соотношение 1:2,4). Полученные результаты интерпретируются, как повышение способностей устанавливать социальные контакты и адаптироваться к стрессовой ситуации (таблица 12).

Таблица 12

Динамика соотношения копинг-стратегии совладания в стрессовых ситуациях

Наименование параметров	Исследуемая группа n=75	Доверительный интервал среднего	Контрольная группа n=76	Доверительный интервал среднего	P
Ограниченные адаптивные возможности	9,4	±0,9	4,3	±0,4	<0,05
Высокие адаптивные возможности	2,7	±0,3	1,1	±0,2	<0,05

Анализ эффективности экспериментальной модели МСР ДиП

Комплексные программы медико-социальной реабилитации детей и подростков, зависимых от ПАВ, по всем исследуемым параметрам (длительность, социальные и психологические характеристики ремиссии) обнаруживает высокую эффективность по сравнению с традиционными лечебно-реабилитационными подходами (доказательная база – система конечных индикаторов).

В качестве конечных индикаторов были выбраны показатели: средняя продолжительность ремиссий (воздержания) после пройденного курса лечения; социальные и психологические характеристики ремиссии.

Продолжительность воздержания от употребления ПАВ

В результате проведенного исследования были выявлены достоверно значимые различия по про-

должительности ремиссий (воздержания) от употребления ПАВ, представленные в таблице 13 и рисунке 2. Среднее время воздержания от употребления ПАВ в исследуемой и контрольной группе составила 0,8 и 0,5 года (соотношение 1,6:1). Продолжительность воздержания было так же условно ранжировано по параметрам до 5 месяцев 29 дней, от 6 месяцев до 11 месяцев 29 дней, от 12 месяцев до 17 месяцев 29 дней, от 18 до 23 месяцев 29 дней, и свыше 24 месяцев. При этом значимые различия в исследуемой и контрольной группах были выявлены по параметрам «до 6 месяцев» и составляют 19,3% и 55,9% (соотношение 1:2,8), «от 12 месяцев до 17 месяцев 29 дней» 48,7% и 16,6% (соотношение 2,9:1). Полученные результаты объясняются учитываемым контингентом, а именно отсутствием синдрома зависимости от ПАВ – 90,1% и 90,2% пациентов исследуемой и контрольной групп, а также относительно непродолжительным стажем злоупотребления ПАВ.

Катамнестические сведения

Наименование параметра	Исследуемая группа (n=121)		Контрольная группа (n=144)		P
	Среднее значение	Доверительный интервал среднего	Среднее значение	Доверительный интервал среднего	
Средняя длительность устойчивой ремиссии (воздержания) после лечения (в годах)	0,8	±0,1	0,5	±0,1	<0,01

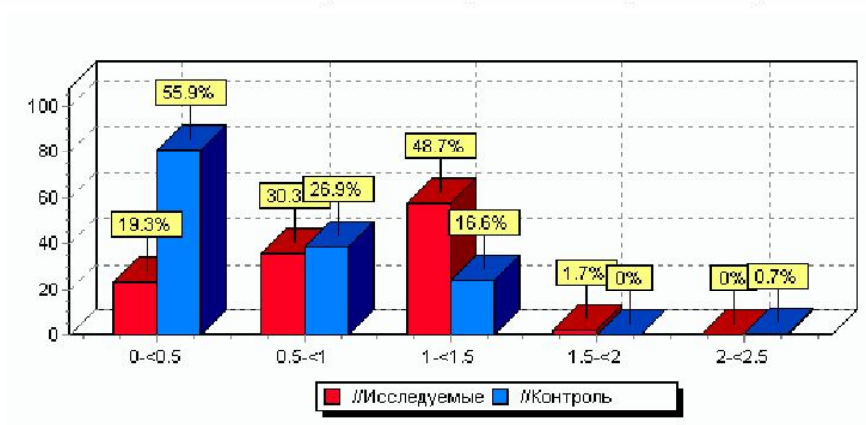


Рисунок 2. Продолжительность воздержания от ПАВ (в годах)

Социальная характеристика ремиссии

Социальные характеристики у несовершеннолетних пациентов были представлены продвижением в сфере образования, академической успеваемостью, и продолжением обучения после получения среднего образования (таблица 14). В целом, отмечается более положительная динамика в исследуемой группе в сравнении с контрольной – дети и подростки регулярно посещали занятия в учебных заведениях.

Анализ социальной характеристики ремиссии выявил различия между исследуемой и контрольной группой по следующим параметрам: «Высокий уровень социальной динамики» соответственно 43,5% и 37,4% (в соотношении 1,2:1); «Средний уровень социальной динамики» соответственно 31,6% и 28,1% (в соотношении 1,1:1); «Низкий уровень социальной динамики» соответственно 10,8% и 14,2% (в соотношении 1:1,3).

Таблица 14

Социальные характеристики ремиссии

Наименование	Исследуемая группа (n=121)			Контрольная группа (n=144)		
	Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
<i>Продвижение в сфере образования</i>						
Регулярно посещал (а) школу (др. учебное заведение) (P<0,05)	51	42,1	±8,1%	41	28,4	±7,7%
Посещал (а) школу (др. учебное заведение) под строгим контролем родителей, опекунов, ОДН и т.д.	25	20,8	±7,3%	21	14,2	±5,6%
Нерегулярно посещал (а) школу (др. учебное заведение)	50	41,7	±8,9%	64	43,2	±8%
Не посещает школу вообще (др. учебное заведение)	3	2,5	1,3\diamond7,2%	10	6,8	±4%
<i>Успеваемость в школе</i>						
Не освоил (а) программы средней школы	0	0	0\diamond3,7%	3	2	1,1\diamond6,1%
Неудовлетворительно (P<0,05)	11	9,2	±5,2%	24	16,2	±5,9%
Удовлетворительно	87	72,5	±8%	100	67,6	±7,5%
Хорошо	22	18,3	±6,9%	19	12,8	±5,4%

Наименование	Исследуемая группа (n=121)			Контрольная группа (n=144)		
	Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
<i>Продолжение обучения</i>						
Продолжают обучаться в школе (P<0,05)	93	77,5	±7,5%	96	64,9	±7,7%
После окончания школы поступил						
- в институт	1	0,8	0,4<>4,9%	1	0,7	0,7<>5,2%
- в колледж	20	16,7	±6,7%	37	25	±7%
- в проф. школы, лицеи	3	2,5	0,9<>6%	6	4,0	0,4<>4,3%
Работают	2	1,6	0,4<>4,9%	4	2,7	0,4<>4,3%
Не учатся, не работает	1	0,8	0,4<>4,9%	4	2,7	1,4<>7%

Психологическая характеристика ремиссии

Характеризуя психологическую характеристику ремиссии необходимо отметить, что у несовершеннолетних пациентов в большинстве случаев преобладали гипертимические (38,4% и 28,4% в исследуемой и контрольной группах соответственно, соотношение 1:1,3) и дисфорические реакции (36,6% и 33,3% соответственно, соотношение 1:1,1).

Преобладание гипертимического радикала вполне объяснимо особенностями статуса ребенка, когда любые переживания, неудачи при конструктивной и своевременной коррекции значимых лиц, становятся приобретенным опытом в дальнейшем, и ребенок по-детски остается безмятежным, продолжает радоваться жизни, переживает ощущение счастья (таблица 15).

Таблица 15

Психологические характеристики ремиссии

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=121)			Контрольная группа (n=144)		
	Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
<i>Преобладающее настроение – апатия</i>						
Нет	104	86,7	±6,1%	117	79,1	±6,6%
Эмоциональное уплощение	3	2,5	1,3<>7,2%	6	4,1	±3,2%
Эмоциональная монотонность	1	0,8	0,4<>4,9%	2	1,4	0,7<>5,2%
Безучастность	9	7,5	±4,7%	16	10,8	±5%
<i>Преобладающее настроение – гипотимия</i>						
Нет	87	72,5	±8%	117	79,1	±6,6%
Безрадостное настроение (с раздражительностью или без)	30	25	±7,7%	25	16,9	±6%
<i>Преобладающее настроение – дисфория</i>						
Нет	74	61,7	±8,7%	94	63,5	±7,8%
Мрачность (угрюмость)	10	8,3	±4,9%	13	8,8	±4,6%
Ворчливость (недовольство)	20	16,7	±6,7%	22	14,9	±5,7%
Озлобленность (враждебность)	2	1,6	1,7<>8,3%	4	2,7	1,4<>7%
Гневливость (вспышки раздражительности)	7	5,7	±4,9%	11	7,4	±4,2%
<i>Преобладающее настроение – гипертимия</i>						
Нет	72	60	±8,8%	101	68,2	±7,5%
Безмятежное настроение (эйфория)	26	21,7	±7,4%	14	9,5	±4,7%
Веселое настроение с повышенной смешливостью	20	16,7	±6,7%	24	16,2	±5,9%
Радость (переживание счастья)	0	0	0<>3,7%	4	2,7	1,4<>7%
<i>Преобладающее настроение – тревога</i>						
Нет	98	81,7	±6,9%	119	80,4	±6,4%
Внутреннее волнение	12	10	±5,4%	10	6,8	±4%
Напряжение, неясное предощущение неприятностей	7	5,8	±4,2%	5	3,4	1,8<>7,9%

Наименование параметров	Исследуемая группа (n=121)			Контрольная группа (n=144)		
	Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
Выраженное беспокойство (предчувствие катастрофы)	1	0,8	0,4<>4,9%	3	2	1,1<>6,1%
Смятение, возбуждение или оценка	0	0	0<>3,7%	1	0,7	0,4<>4,3%
<i>Эмоциональный фон</i>						
Ровный	67	55,8	±8,9%	74	50	±8,1%
<i>Вид влечения к ПАВ в период воздержания и/или ремиссии</i>						
Не выражено	75	62,5	±8,7%	79	54,8	±7,9%
Периодически навязчивое	33	27,5	±8%	42	29,1	±6,7%
Периодически компульсивное	11	9,2	±5,2%	17	11,5	±5,1%
(P<0,05)	0	0	0<>3,7%	7	4,7	±3,4%

Характеризуя субъективный компонент психологической оценки качества ремиссии так же необходимо помнить о психологических особенностях детского возраста, когда большая часть респондентов довольна своей жизнью (71,7% и 70,3% в исследуемой и контрольной группах соответственно) и положительно оценивают свое соматическое состояние (98,3% и 93,2%) (таблица 16). Вместе с тем, по ряду параметров отмечается позитивная достоверная значимо отличающаяся динамика у пациентов исследуемой группы. Так, появление интересов, определение своего будущего, построение планов не связанных с употреблением ПАВ достоверно чаще отмечают пациенты иссле-

дуемой группы (36,7% и 14,2%). Пациенты контрольной группы чаще заболевают и отмечают астенические проявления, в сравнении с пациентами исследуемой группы (0,8% и 6,1% соответственно). Оценивают свое психическое состояние как комфортное 84,2% и 72,3% и как не комфортное 13,3% и 23,6% пациентов исследуемой и контрольной групп соответственно. Таким образом были выявлены различия между исследуемой и контрольной группой по параметрам: «Высокий уровень психологической динамики» соответственно 53,1% и 49,6% (в соотношении 1,1:1); «Низкий уровень психологической динамики» соответственно 6,9% и 9,5% (в соотношении 1:1,4).

Таблица 16

Субъективная оценка качества ремиссии

Наименование параметров	Исследуемая группа n=121			Контрольная группа n=144		
	Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
<i>Субъективная оценка качества жизни</i>						
Доволен жизнью	86	71,7	±8,1%	104	70,3	±7,4%
Не доволен жизнью	15	12,5	±5,9%	26	17,6	±6,1%
<i>Субъективная оценка жизненных перспектив</i>						
Появился интерес (перспективы, планы, цели) в жизни, не связанный с употреблением ПАВ (P<0,05)	44	36,7	±8,6%	21	14,2	±5,6%
<i>Субъективная оценка физического самочувствия</i>						
Хорошее	27	22,5	±7,5%	27	18,2	±6,2%
Удовлетворительное	91	75,8	±7,7%	111	75,0	±7%
Частые болезни, слабость, недомогание (P<0,05)	1	0,8	0,4<>4,9%	9	6,1	±3,9%
<i>Субъективная оценка психического состояния</i>						
Комфорт (P<0,05)	101	84,2	±6,5%	107	72,3	±7,2%
Дискомфорт (P<0,05)	16	13,3	±6,1%	35	23,6	±6,8%

Экономическая оценка эффективности экспериментальной модели

Для более удобного и точного расчета экономической эффективности все показатели были условно рассчитаны на один 2006 год. Расчеты произво-

дидись на 56 пациентов, прошедших все три этапа инновационной реабилитационной программы (количество пролеченных пациентов в условиях дневного стационара за 2006 год, эти же пациенты наблюдались в течение года в амбулаторных услови-

ях). В результате проведенных расчетов экономический показатель эффективности (ЭПэф) составил 7,9 и расценивается как высокий.

Следовательно, с полным основанием можно утверждать, что искомая модель лечебно-реабилитационных мероприятий, используемых в отношении детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них, способная существенно повысить эффективность и качество ремиссий, достаточно полно представлена экспериментальной моделью программы медико-социальной реабилитации несовершеннолетних потребителей ПАВ.

Заключение

1. Традиционные лечебно-реабилитационные подходы, используемые в отношении детей и подростков, зависимых от ПАВ, ориентированные на медикаментозную терапию и принудительную коррекцию поведения, ограниченно эффективны (до 16,6% годовых ремиссий) и не способствуют формированию устойчивости к повторному вовлечению в зависимость от ПАВ.

2. Причинами низкой эффективности являются: недостаточный объем по профилю диагностических услуг (по различным видам исследования от 2% до 95%), услуг лечебно-реабилитационного сектора (по различным видам услуг от 0% до 90%), недостаточное кадровое обеспечение (на 2010 год в РК насчитывалось лишь 30 подростковых наркологов), а так же отсутствие системного анализа деятельности после года проведенного лечения.

3. Повышение эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, используемых в отношении детей и подростков, злоупотребляющих ПАВ и зависимых от них, возможно за счет внедрения представленной экспериментальной модели медико-социальной реабилитации детей и подростков (МСР ДиП), основанной на развитии признаков антинаркотической устойчивости у несовершеннолетних лиц, употребляющих ПАВ, с учётом возрастных особенностей.

4. Основными компонентами экспериментальной программы являлись: работа непосредственно с самим пациентом, нормализация семейных отношений, школьная реадaptация, социальная реинтеграция, профилактика срывов и рецидивов заболевания в процессе поддерживающей медикаментозной терапии, психотерапевтической работы и психологической поддержки (доказательная база – система промежуточных индикаторов – клинико-психопатологические и психологические проявления).

5. Разработанная и апробированная инновационная модель МСР ДиП демонстрирует высокий уровень эффективности – ремиссии в течение года у 47,8% пациентов. Данные подтверждаются показа-

телями системой конечных индикаторов – социальной и психологической характеристиками ремиссии.

6. Экспериментальная модель МСР ДиП способствует опосредованному повышению уровня социального функционирования и качества жизни несовершеннолетних пациентов в период ремиссии (подтверждается продвижением в сфере образования, академической успеваемостью, продолжением обучения после получения среднего образования, появлением интересов, определением своего будущего, построением планов не связанных с употреблением ПАВ).

7. Разработанные на основании экспериментальной модели МСР ДиП периодические протоколы диагностики и лечения несовершеннолетних пациентов наркологического профиля, будут способствовать установлению единых стандартных требований к реабилитации и, соответственно, к повышению контроля объемов, доступности и качества оказываемых услуг.

Практические рекомендации

1) масштабное внедрение инновационных моделей комплексной медико-социальной реабилитации в деятельность медицинских организаций наркологического профиля с целью повышения эффективности антинаркотических усилий, предпринимаемых в отношении исследуемого возрастного контингента;

2) существенное расширение перечня и качества услуг в секторе вторичной профилактики наркопотребления несовершеннолетними пациентами за счет психотерапевтических и консультативных технологий, технологий медикаментозной терапии, противорецидивных технологий и технологий социальной поддержки;

3) внесение в номенклатуру медицинских и фармацевтических специальностей уточнение по специальности «Наркология» в соответствии с возрастом – взрослые, детские;

4) разработка соответствующих стандартов МСР несовершеннолетних пациентов наркологического профиля и их внедрение в условиях стационара и амбулатории;

5) в профессиональных стандартах квалификации и образования должны быть предусмотрены позиции специалистов наркологического профиля, задействованных в реабилитационных программах, с учетом возрастной специфики (детских, подростковых врачей – наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников). Для них должны быть разработаны и внедрены специальные квалификационные требования и образовательные программы, реализуемые на базе кафедр и курсов наркологического и психотерапевтического профиля факультетов усовершенствования врачей.