



22. Щербаков А.П. Ведение хеликобактерной инфекции у детей (научно обоснованные рекомендации ESPGHAN и NASPGHAN 2010) / А.П. Щербаков, П.Л. Щербаков // *Лечащий врач*. – 2011. – № 6. – С. 46-58.
23. Фадеенко Г.Д. Лечение инфекции *H. pylori*: настоящее и будущее / Г.Д. Фадеенко // *Medicus Amicus*. – 2004. – № 1. – С. 6-9.
24. Кудрявцева Л.В. Состояние антибиотикорезистентности *Helicobacter pylori* в России / Л.В. Кудрявцева // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. – 2003. – № 3. – С. 4-5.
25. Moore J.M. Mutational analysis of metronidazole resistance in *Helicobacter pylori* / J.M. Moore, N.R. Salama // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 2005. – Vol. 49. – P. 1236-1237.
26. Pajares Garcia J.M. *Helicobacter pylori* infection: antibiotic resistance / J.M. Pajares Garcia, R. Pajares-Villarroya, J.P. Gisbert // *Rev. Esp. Enferm. Dig.* – 2007. – Vol. 99, № 2. – P. 63-70.
27. Low-dose furazolidone in triple and quadruple regimens for *Helicobacter pylori* eradication / H. Fakheri, S. Merat, V. Hosseini [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2004. – Vol. 19, № 1. – P. 89-93.
28. Fischbach L. Meta-analysis: the effect of antibiotic resistance status on the efficacy of triple and quadruple first-line therapies for *Helicobacter pylori* / L. Fischbach, E.L. Evans // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2007. – Vol. 26. – P. 343-357.
29. Ma H.J. Quadruple therapy for eradication of *Helicobacter pylori* / H.J. Ma, J.L. Wang // *World J. Gastroenterol.* – 2013. – Vol. 19, № 6. – P. 931-935.
30. Furazolidone-based therapies for *Helicobacter pylori* infection: a pooled-data analysis / A. Zullo, E. Ierardi, C. Hassan [et al.] // *Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association*. – 2012. – Vol. 18, №1. – P. 11-7.
31. Tetracycline- and Furazolidone-containing Quadruple Regimen as Rescue Treatment for *Helicobacter pylori* Infection: A Single Center Retrospective Study / Y. Zhang, W. Gao, H. Cheng [et al.] // *Helicobacter*. – 2014. – May 21.
32. The problem of *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics: a systematic review in Latin America / M.C. Camargo, A. García, A. Riquelme [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 109, № 4. – P. 485-495.
33. Risk factors for *Helicobacter pylori* resistance in the United States: the surveillance of *H. pylori* antimicrobial resistance partnership (SHARP) study, 1993-1999 / J.M. Meyer, N.P. Silliman, W. Wang [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 2002. – Vol. 136, № 1. – P. 13-24.
34. Graham D.Y. *Helicobacter pylori* treatment in the era of increasing antibiotic resistance / D.Y. Graham, L. Fischbach. // *Gut*. – 2010. – Vol. 5, № 8. – P. 1143-1153.
35. Qureshi N.N. Contribution of specific amino acid changes in penicillin binding protein 1 to amoxicillin resistance in clinical *Helicobacter pylori* isolates / N.N. Qureshi, D. Morikis, N.L. Schiller // *Antimicrob. Agents Chemother.* – 2011. – Vol. 55, №1. – P. 101-109.
36. Nonaka L. 16S rRNA mutations that confer tetracycline resistance in *Helicobacter pylori* decrease drug binding in *Escherichia coli* ribosomes / L. Nonaka, S.R. Connell, D.E. Taylor // *J. Bacteriol.* – 2005. – Vol. 187, №11. – P. 3708-3712.
37. Sitafloxacin activity against *Helicobacter pylori* isolates, including those with *gyrA* mutations / K. Murakami, T. Okimoto, M. Kodama [et al.] // *Antimicrob. Agents Chemother.* 2009. – Vol. 53, № 7. – P. 3097-3099.
38. Prevalence and mechanisms of resistance to fluoroquinolones in *Helicobacter pylori* strains from patients living in Belgium / P. Bogaerts, C. Berhin, H. Nizet [et al.] // *Helicobacter*. – 2006. – Vol. 11. – P. 441-445.
39. Practical treatment of *Helicobacter pylori*: a balanced view in changing times / S.M. Smith, R.B. Haider, H. O'Connor [et al.] // *J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2014. – Vol. 26, № 8. – P. 819-825.
40. Eradication of *Helicobacter pylori* infection / T.S. Wu, H.M. Hu, F.C. Kuo [et al.] // *Kaohsiung J. Med. Sci.* – 2014. – Vol. 30, № 4. – P. 167-172.

ПОСТУПИЛА 31.05.2014

УДК: 613.816

В.А. Стрижев, Ю.С. Федорова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Кубанский государственный медицинский университет.
350063, г.Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: strizhev@mail.ru*

В настоящем обзоре литературы предпринята попытка рассмотрения современных подходов к профилактике и лечению наркологической патологии, в том числе среди молодежи, подробно освещены концептуальные основы индикативной профилактики, а также вопросы стационарной лечебной и реабилитационной помощи больным с зависимостью. Приведенные сведения могут быть полезны при разработке целенаправленных профилактических мероприятий.

Ключевые слова: табакокурение, алкогольная зависимость, наркомания, профилактика употребления психоактивных веществ.



V.A. Strizhev, Yu.S. Fyodorova

MODERN APPROACHES TO PREVENTION AND MANAGEMENT OF SUBSTANCE PATHOLOGY (REVIEW)

*Cuban State Medical University.**4 Sedina st., Krasnodar, 350063. E-mail: strizhev@mail.ru*

This review of literature attempted to consider new approaches for the prevention and treatment of addictive behavior among young people, described in detail the conceptual foundations indicative of prevention, as well as issues of the inpatient treatment and rehabilitation of patients with dependence. The above information may be useful in development of targeted prevention.

Keywords: smoking, alcohol abuse, drug addiction, prevention of substance use.

В решении комплекса психолого-медико-социальных вопросов, связанных с новыми подходами к профилактике и лечению наркологической патологии, наблюдается ряд положительных тенденций. Так, например, распоряжением правительства РФ от 30.12.2009 г. № 2128-р утверждена концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактики алкоголизма среди населения РФ на период до 2020 г. Антиалкогольная концепция является началом системных усилий государства по формированию антиалкогольной политики. Концепцию также следует рассматривать как этапную оценку ситуации в стране. Она дает нам возможность ещё раз посмотреть на то, что происходит, и на то, что необходимо делать, чтобы сократить масштабы алкоголизации населения и создать эффективную систему помощи лицам, страдающим алкогольной зависимостью. Первостепенным вопросом государственной антиалкогольной политики должна стать стратегия снижения спроса на алкоголь, второстепенным - меры по ограничению его доступности. Продажа алкогольной продукции уже запрещена в детских, образовательных, медицинских организациях, на объектах спорта и на прилегающих к ним территориях, а также несовершеннолетним. Не допускается розничная продажа алкогольной продукции с 23 часов до 8 часов и т.д.

В мае 2014 г. внесены изменения в Уголовный кодекс РФ, а также в Кодекс об административных правонарушениях, согласно которым наркозависимое лицо может быть направлено на принудительное лечение в случае, если он не приговорен судом к лишению свободы. Лицо, страдающее наркоманией, может быть направлено на диагностическое обследование, профилактику и реабилитацию. Закон предусматривает наделение суда полномочиями по возложению на лиц, больных наркоманией, а также лиц, потребляющих наркотические средства или психотропные вещества без назначения врача, дополнительной обязанностью пройти курс лечения от наркомании и медико-социальную реабилитацию, либо курс профилактических процедур.

Нельзя не отметить и нарастающий темп позитивных изменений в решении проблемы «табачной завесы». Так, например, в Краснодарском крае в рамках краевой программы «Здоровая Кубань» реализуется проект «Медицинские учреждения, свободные от табачного дыма» (но-

вая имиджевая политика «Стоп, дым!»): в медицинских учреждениях открываются кабинеты отказа от курения. 31 мая 2012 г., во Всемирный день без табака, стартовал профилактический проект «Кубань вне зависимости», разработанный министерством здравоохранения Краснодарского края. На итоговом пленарном заседании III Всероссийского форума «Здоровье или табак» в 2011 г. была принята «Хартия врачей против табакокурения». Кроме того, 1 июня 2013 г. вступил в силу Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», вводящий полный запрет курения во всех закрытых общественных местах в соответствии с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака.

Рассматривая концептуальные основы индикативной профилактики, необходимо отметить, что в настоящее время совершенно очевидна необходимость программно-целевого подхода при оказании наркологической помощи. Достижение стойкой ремиссии возможно только при сознательном отказе от употребления психоактивных веществ (ПАВ), не основанном на страхе или принуждении. Сознательный отказ от употребления ПАВ является результатом мобилизации внутренних ресурсов личности и выражается в определенном уровне мотивации к отказу от употребления ПАВ. Именно поэтому лечебный процесс должен быть построен по программно-целевому принципу, где целью является формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ, а программа должна формироваться в зависимости от исходного уровня мотивации при контакте пациента с данной программой. Поскольку основная причина рецидива - это отсутствие у пациента психологических и социальных навыков жизни без использования ПАВ, содержанием программ должны быть социо-психо-технологии, направленные на формирование таких навыков [1].

Диспансерно-участковое построение наркологической службы в принципе не предполагает дифференцированность программ в зависимости от уровня мотивации пациента к лечебному процессу. Участковый врач психиатр-нарколог принимает пациента по факту его прихода на прием, а не в связи с определенным уровнем мотивации. В случае программно-целевого построения наркологической службы пациент выбирает ту программу, которая соответствует его уровню мотивации.



В современных условиях актуальны следующие направления реабилитационной работы:

1. Снижение вреда от ПАВ. Прекращение злоупотребления ПАВ не может рассматриваться как единственная цель оказания наркологической помощи. Сопутствующей целью лечения больных с никотиновой и алкогольной зависимостью является сокращение социальных медицинских потерь, связанных со злоупотреблением ПАВ. Для реализации указанной цели необходимо сохранение связей между больным и социумом, максимальное уменьшение барьеров при оказании больному всех видов медико-социальной помощи, особенно при сопутствующей патологии (гепатиты, туберкулез, ВИЧ-инфекция и др.).

Одним из направлений, позволяющих сократить медико-социальные потери от злоупотребления являются программы «снижения вреда», которые могут включать заместительную терапию как самостоятельный компонент. Ярким примером эффективности заместительной терапии при злоупотреблении ПАВ являются никотинсодержащие препараты (жевательная резинка, пластырь и т.п.). Многие потребители табачной продукции с помощью указанных лекарственных средств ослабляют зависимость от никотина, что позволяет части из них полностью отказаться от курения. В любом случае, сокращение числа выкуренных сигарет снижает риск развития рака легких и иных заболеваний, возникающих вследствие воздействия смол, содержащихся в табачном дыме [2]. Сегодня использование никотинсодержащих препаратов является распространенным и одобряемым обществом методом медикаментозной терапии никотиновой зависимости и дает значительный медико-социальный эффект. Отсутствие вокруг этого метода лечения ожесточенной полемики в значительной мере связано с тем, что лиц с никотиновой зависимостью общество воспринимает достаточно терпимо, а сам никотин не рассматривается как наркотическое средство [6].

Под стратегией «снижения вреда» понимаются программы, основной целью которых является уменьшение негативных медицинских и социальных последствий употребления ПАВ без выдвижения требования о немедленном и полном отказе от них. Все программы снижения вреда ориентированы на повышение качества жизни и улучшение здоровья больных, эта цель достигается после прекращения злоупотребления и становления устойчивой ремиссии [1].

В современном российском законодательстве нет четких критериев, позволяющих отнести ту или иную терапевтическую программу к программам заместительной терапии или снижения вреда. В Российской Федерации программы по работе с зависимыми больными, в той или иной степени использующие положения концепции снижения вреда, реализуются с 1996 г. В рамках этих программ больным оказывается консультативная помощь, облегчается доступ больных к специализированным видам медицинской помощи.

Программы по работе с больными, основанные на концепции снижения вреда, являются низкопороговыми, в отличие от организационных форм и методов лечения, предлагаемых в системе государственной наркологической помощи. Эти программы служат своеобразным мостом между больными, в первую очередь, наиболее проблемной ее частью, ведущей рискованный образ жизни и не обращающейся за специализированной помощью оказываемой государственными наркологическими уч-

реждениями, а также иными организациями и программами по профилактике и реабилитации зависимых. Они напрямую влияют на качество лечения от алкогольной и табачной зависимости. По своей сути, программы снижения вреда являются социально-ориентированными.

2. Духовно-реабилитационная деятельность (ДРД). Целью ДРД при оказании наркологической помощи должно быть приобщение личности молодых людей к высшим духовно-нравственным идеалам. Представляется, что правильнее говорить о формировании в обществе системы взаимоотношений, регулируемых нормами права, и опирающихся на понимание духовно-нравственных смыслов. Такая система способствовала бы формированию мотивации на отказ от употребления ПАВ у зависимого, и обеспечивала бы принятие его в общество через подготовленную дружелюбную среду. Указанная среда должна обладать способностью принимать в себя больного, неспособного на первом этапе участвовать в реабилитационных процессах в полной мере. Поэтому на начальном этапе реабилитационного процесса его участники не должны предъявлять завышенных требований. В такого рода деятельности принцип постепенности - от простого к сложному - является базовым [1].

Применительно к взаимодействию общества и наркологического больного особое значение в настоящее время приобретает восстановление прав больного, включая право на доброжелательное отношение со стороны общества, которое невозможно без формирования в обществе культуры отношения к больному человеку и его заболеванию. Духовно-нравственные изменения являются самым сложным компонентом реабилитации и, по большому счету, главным критерием эффективности лечения, залогом необратимости произошедших изменений. ДРД при оказании наркологической помощи - это система мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление способности личности к восприятию духовно-нравственных ценностей, влияющих на мотивацию больного прекратить злоупотребление ПАВ. ДРД направлена на устранение и/или преодоление заблуждений наркологического больного, вызванных нарушением или отсутствием смысловых ориентиров, в целях социальной адаптации, достижения им независимости от ПАВ и интеграции в общество. Важную роль в организации процесса духовной реабилитации должно играть межведомственное взаимодействие таких структур, как ФСКН, МВД, Минздрав, Министерство соцзащиты, органы по делам семьи и молодежи. Координация между государственными и общественными структурами до настоящего времени недостаточна: нет общих подходов, распределения ответственности и рычагов воздействия. При оказании наркологической помощи необходимо осуществить переход от мер государственного принуждения к мерам духовно-реабилитационного характера.

3. Информационно-консультативный телефон в рамках оказания наркологической помощи. Информационно-консультативная телефонная служба («телефон доверия», «горячая линия») - первый этап на пути зависимого, его родственников и друзей к лечебной субкультуре как к среде, где они смогут начать путь к конструктивному решению наркологических проблем. Благодаря основным принципам работы информационных служб (анонимность, конфиденциальность, толерантность и профессиональная помощь абоненту) зависимые готовы обращаться в эти службы дистанционно. Возможности



дистанционного консультирования широки. В частности, средствами телефонного консультирования возможно оказание первичной психологической помощи абонентам с зависимостью [3]. Обращаясь за помощью по телефону, пациент вступает в личный контакт со специалистами информационной телефонной службы, которые, в свою очередь, устанавливают, и координируют связи пациента с организациями, оказывающими специализированную наркологическую помощь, осуществляют помощь членам семьи и близким пациента, информируют о программах выздоровления. Работники службы также информируют по телефону о проведении тренингов и семинаров по проблемам зависимостей. Цель консультирования - предоставление комплексной информации о различных способах выздоровления при наркологических проблемах: неотложной помощи (детоксикации), амбулаторной и стационарной.

Телефонное миниконсультирование с лимитом времени (до 10 минут) имеет две главные задачи - психологическую поддержку и предоставление определенной информации по запросу. Консультанты стремятся создать доверительные личностные отношения с пациентом и одновременно усилить мотивацию к выздоровлению. Они должны иметь профессиональную подготовку в области наркологии, психиатрии, медицинской психологии, физиологии, педагогики, законодательства, обладать высокой личностной культурой.

Консультирование должно быть логически завершенным. Предоставление специально подобранной информации о путях выздоровления - хорошее конструктивное завершение разговора.

Помимо выполнения информационных функций телефонная консультационная служба имеет целью восстановление надежды у пациента. Консультант, прежде всего, стремится достичь доверия у позвонившего в службу, укрепляет позитивную мотивацию, надежду и сообщает специальную информацию на запрос позвонившего.

4. Раннее профилактическое вмешательство в наркологии (тестирование на употребление ПАВ лиц молодого возраста). Своевременная (в период до формирования зависимости) активная диагностика наркологических расстройств подразумевает раннее выявление лиц, входящих в «группу риска». Её определяют как группу молодежи, выделенную на основании определенного набора социально-демографических, личностных, психологических и соматофизических признаков, характеризующуюся большей по сравнению с другими склонностью к употреблению ПАВ [4, 5]. Существует две формы реализации тестирования: анонимное социально-психологическое анкетирование и лабораторные исследования на содержание наркотиков в пробах биологических сред организма. Внедрение методов выявления молодых лиц, относящихся к «группе риска» потребления ПАВ, рассматриваются как звенья общего комплекса мероприятий по медицинской профилактике, и преследует своей целью своевременное оказание им адресной дифференцированной психологической и медицинской помощи для предупреждения развития наркологической патологии. При проведении тестирования необходимо соблюдать принципы законности, добровольного информированного согласия, соблюдения конфиденциальности.

5. Первичное консультирование при оказании наркологической помощи. Цель данной программы - сформировать доверие пациента к лечебному процессу. Работа

консультанта имеет четкую структуру, обусловленную решаемыми им задачами, профессиональными и этическими нормами.

Консультант службы первичного консультирования устанавливает первоначальный контакт с пациентом или его семьей. С теми, кто имеет сформировавшуюся зависимость от ПАВ, работает консультант по химической зависимости. Он сообщает необходимую информацию о болезни, способах борьбы с ней, способствует преодолению синдрома отрицания болезни и формирует мотивацию на лечение. Консультант предоставляет необходимую информацию о лечебных центрах, устанавливает связь с лечебными программами и группами самопомощи, осуществляет социально-психологическую помощь членам семьи и близким пациента. Продолжение процесса выздоровления для пациента происходит в лечебно-реабилитационных программах, которые ведут консультанты и психологи.

В задачи консультанта первичной консультации входит формирование мотивации на лечение и сообщение необходимой информации о программе. На первичное консультирование приходят разными путями. Это те, кто обратились по информационно-консультативному телефону и записались на консультацию, а также пришедшие в Информационно-консультативный центр по настоянию близких или по направлению врача. Но и первые, и последние оказываются в равных условиях. Они приходят на уникальную консультацию, которая никогда не повторится, но надолго останется в памяти.

Задача консультанта приблизительно за 45 минут встречи - создать для себя психологический портрет зависимого, дать зависимому высказаться, выделить из всего рассказанного запрос, определить связи среди множества накопившихся проблем, сформировать мотив к выздоровлению, быть ответственным за конструктивность беседы и при этом не брать на себя ответственность за решение проблемы. Только в конце встречи консультант предоставляет специальную информацию.

6. Образовательные программы в наркологии. Обучающие семинары используются в рамках образовательного подхода в работе с членами семей несовершеннолетних, представителями организаций - субъектов профилактики наркологической патологии несовершеннолетних. В их состав входят педагоги, сотрудники УФСКН, отделений и комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, врачи-педиатры и медицинский персонал детских ЛПУ. В ходе семинаров рассматриваются темы, касающиеся современной концепции формирования наркологических заболеваний, организации и правовых аспектов оказания помощи потребителям ПАВ. Среди организационных форм работы в рамках образовательного подхода помимо обучающих семинаров, используются дискуссии, беседы, лекции, выступления на родительских собраниях в учебных заведениях. Использование образовательного подхода не только играет существенную роль в обеспечении межведомственного взаимодействия при осуществлении профилактических мероприятий, но и позволяет улучшить качество оказания специализированной наркологической помощи несовершеннолетним [4].

7. Неотложная наркологическая помощь. Физическое страдание пациента, связанное с наркологическим заболеванием и «заставляющее» его обратиться за помощью в наркологическую службу, является наиболее благоприятным моментом для формирования мотивации к отказу



от употребления ПАВ. Целью, оказываемой в этом случае помощи должно быть не максимально полное избавление пациента от физического страдания, а психологическая интервенция, направленная на формирование мотивации к отказу от употребления ПАВ. Это достигается, прежде всего, минимизацией использования медикаментозной терапии и массированностью психотерапевтического вмешательства на фоне физического страдания пациента [7].

8. Амбулаторное терапевтическое направление. Амбулаторная программа должна быть, прежде всего, обращена на родственников и близких лиц, страдающих зависимостью от ПАВ и имеющих проявления созависимости. Одним из важнейших факторов выздоровления является санация микросоциальной среды. Цель этой программы - преодоление созависимых отношений в микрогруппе. Основным способ добиться стойкого преодоления созависимых отношений, используя амбулаторную программу, - привлечь лиц, страдающих созависимостью к преодолению этого страдания [8].

9. Комплексная интенсивная групповая психотерапия (КИГП). КИГП может реализовываться как в режиме дневного стационара, так и в режиме круглосуточного стационара, располагаться как в городской, так и в загородной зоне. Цель комплексной интенсивной групповой психотерапии - выработка психологических и социальных навыков жизни без употребления ПАВ. Содержанием комплексной интенсивной групповой психотерапии являются социо-психо-технологии, моделирующие различные жизненные ситуации, с которыми сталкивается пациент, страдающий зависимостью от ПАВ. Компонировка этих социо-психо-технологий всегда носит авторский характер и зависит от уровня профессионализма руководителей и персонала этой программы [6].

10. Основные виды современной стационарной наркологической помощи. Современная стационарная наркологическая помощь включает в себя следующие компоненты: дезинтоксикацию, фармакотерапию абстинентного синдрома, фармакокоррекцию психопатологических и соматических расстройств в постабстинентный период (начальный период становления ремиссии), фармако- и психотерапию, направленную на преодоление, подавление, дезактуализацию патологического влечения к алкоголю и (или) другим психоактивным веществам, реконструктивную (индивидуальную и семейную) психотерапию [9, 10].

Стационарное лечение наркологических больных, к сожалению, часто ограничивается детоксикацией, краткосрочной медикаментозной терапией ведущих проявлений абстинентного синдрома и назначением препаратов, корректирующих психические и физические (соматические) нарушения, наблюдающиеся на этапе выхода в ремиссию.

При рассмотрении болезненных расстройств, возникающих в ходе формирования зависимости от ПАВ, общепризнанной считается био-психо-социальная модель, описывающая эти нарушения на различных уровнях функционирования человека [9, 10].

Биологический уровень нарушений проявляется в дисбалансе нейрогуморальной регуляции жизнедеятельности, который выступает наиболее остро у наркологических больных в период наличия у них похмельно-абстинентных состояний, а также в неспособности различных мозговых структур таких пациентов адекватно реагировать на возникающие стрессовые ситуации.

Психологические нарушения заключаются в дисфункциональности у больных зависимостью, в первую очередь, эмоциональной сферы, т.е. в неспособности справляться без помощи психоактивных веществ с негативными эмоциями, а также в развитии и усугублении в процессе алкоголизации и наркотизации, негативных черт характера, неадекватных форм реагирования и поведения, в формировании специфических изменений мышления и в закреплении патологических проявлений механизмов психологической защиты личности.

Социальные проблемы проявляются в виде дезадаптации пациента и дезорганизации его функционирования в различных областях социальной жизни - семейной, трудовой, общественной, духовной и пр.

11. Психотерапия в наркологической клинике. В современной наркологии психотерапия считается одним из основных методов лечения больных с зависимостью. Она позволяет успешно воздействовать на проявляемые наркологическими больными анозогнозию, нарушения мышления, патологические формы психологических защит, нарушения социального поведения [9, 10].

Арсенал психотерапевтических методов, применяемых в клинике зависимости, в последние годы расширяется. Несмотря на то что психотерапевты используют самые разные подходы к лечению пациентов, все же можно выделить некоторые общие виды психотерапевтического воздействия:

1. Симптоматические методы (методы, использующие преимущественно манипулятивные стратегии). К ним можно отнести суггестивную психотерапию (гипноз, внушение, увещание, приказание и принуждение), а также эмоционально-стрессовую терапию. Методы манипулятивного характера имеют следующие особенности: пациент рассматривается как объект воздействия; цель воздействия - изменение поведения; терапия обычно непродолжительна, результат достигается относительно быстро, но не всегда устойчив; взаимоотношения пациента и терапевта характеризуются патернализмом со стороны терапевта, принятием им на себя ответственности за положительный результат лечения [8].
2. Методы, использующие преимущественно развивающие личность стратегии. Они адресованы, главным образом, к нормативно-компенсаторным процессам и характеризуются следующими положениями: пациент рассматривается как субъект воздействия; цель воздействия - рост возможностей личности; терапия достаточно продолжительна и трудоемка; результаты достигаются относительно медленно, но достаточно устойчивы; взаимоотношения терапевта и пациента характеризуются партнерством, сотрудничеством. К этой группе относятся методы, так называемой гуманистической ориентации - различные формы групповой и индивидуальной психотерапии [7].
3. Семейная психотерапия. Объектом ее является семья больного зависимостью от ПАВ в целом. Налаживая взаимоотношения в семье с помощью психотерапевтического воздействия, можно минимизировать факторы, провоцирующие больного на потребление ПАВ [9].

Таким образом, несмотря на отсутствие панацеи от наркологической патологии, есть основания смотреть



в будущее со сдержанным оптимизмом. Как следует из обзора литературы по проблеме, с каждым годом появляются все более эффективные методы профилактики, лечения и реабилитации. Все больше накапливается опыт вмешательства в наркологическую ситуацию. В обществе

растет понимание масштаба реальных и потенциальных опасностей и решимость бороться с этими негативными явлениями. Все это является залогом того, что описанную проблему удастся локализовать, минимизировать и ликвидировать в обозримом будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Профилактика патологических форм зависимого поведения. Зыков О. В. Лечебная субкультура: технологии профилактики рецидива (третичная профилактика). Том III. – М: РБФ НАН, 2010. – 312 с.
2. Сперанская О. И.: Табачная зависимость. Перспективы исследования, диагностики, терапии. Руководство для врачей. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 160 с.
3. Иванцов О. В., Кокорева А. И., Коновко Н. А., Киракосян Е. С. Факторы обращений подростков за психологической помощью посредством телефонов доверия и Интернет // Психологическое консультирование и психотерапия на дистанции. Сборник статей. / Под ред. В.Ю. Меновщикова – М.: ФРК ОНЛАЙН-ПРЕСС, 2011 – С. 75–78.
4. Сорокин В. С., Брюн Е. А. Профилактика наркомании: стратегии и методы // Наркология. – 2009. - № 3. – С. 17-20.
5. Формирование здорового образа жизни у граждан РФ. Ранее выявление немедикаментозного потребления наркотических средств и психотропных веществ, злоупотребления алкоголем в центрах здоровья: Методические рекомендации. – М.: Минздравсоцразвития России, 2011. – 63 с.
6. Погосов А. В., Аносова Е. В. Образовательные программы как компонент профилактики наркологической патологии // Вопросы наркологии. – 2012. - № 6. – С. 79-81.
7. Шабанов П. Д. Наркология: практическое руководство / П.Д. Шабанов - 2-е изд., и доп. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с.
8. Тюльпин Ю. Г. Психические болезни с курсом наркологии. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 488 с.
9. Альтшулер В. Б.: Алкоголизм. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 264 с.
10. Иванец Н. Н., Тюльпин Ю. Г., Кинкулькина М. А. Наркология: учебное пособие. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 240 с.

ПОСТУПИЛА 31.12.2013

УДК: 616.89-340.6

Е. А. Тараканова

ЮРИДИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ БОЛЬНЫХ В ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР

*Волгоградский государственный медицинский университет,
Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии,
психиатрии-наркологии ФУВ.
400131, Россия, г. Волгоград, пл. Павших борцов 1. E-mail: yolka20@yandex.ru*

В статье рассматриваются юридические и этические проблемы госпитализации в специализированный психиатрический стационар недееспособных пациентов. Выделены основные законодательные и нормативные документы, необходимые для принятия решения. Рассмотрен частный клинический случай из практики.

Ключевые слова: психиатрия, недееспособность, опекуны, госпитализация, медицинская помощь.