

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОПИЙНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Станько Э.П.¹, Игумнов С.А.²

¹ УО Гродненский государственный медицинский университет, 230009, Республика Беларусь, г. Гродно, ул. Горького, 50

² Научно-исследовательский институт наркологии, филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, 119002, г. Москва, Малый Могильцевский пер., 3
edk_st@mail.ru; sigumnov67@gmail.com

Статья поступила 26.10.2015

В статье приведены результаты клинико-психопатологического исследования динамики опийной зависимости у ВИЧ-позитивных (ВПН) и ВИЧ-негативных пациентов с опийной зависимостью (ВНН) до и после лечения, на этапах становления и стабилизации ремиссии на основе многофакторной оценки динамики опийной зависимости для разработки лечебных мероприятий, направленных на предотвращение рецидивов и достижение длительных ремиссий. В исследовании принимали участие 820 пациентов. Представлены структура психопатологической симптоматики и патологического влечения. Выявлены изменения показателей социального функционирования, качества жизни, психопатологического состояния пациентов и патологического влечения до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Результаты исследований свидетельствуют о наличии более выраженных нарушений исследуемых параметров у ВПН, чем у ВНН. Установлено, что лечение позволяет снизить уровень проблем, связанных с потреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией. Однако кратковременная одномоментная терапия позволяет достичь лишь клинического улучшения, а не стабилизации психосоматического состояния ВПН, что указывает на необходимость разработки тактики ведения ВПН с учетом их потребностей, предусматривающей проведение комплексных, длительных лечебно-реабилитационных программ, включающих психофармакотерапию, психотерапию и комплекс мер по ресоциализации данных пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, социальное функционирование, психопатологическое состояние, патологическое влечение, комплексная лечебно-реабилитационная программа, опийная зависимость, ВИЧ.

Опийная зависимость остается одной из наиболее серьезных и далеких от разрешения медико-социальных проблем современного общества. Существенным аспектом этой проблемы является инъекционное потребление наркотических веществ, которое является одной из причин

распространения гепатита С и ВИЧ-инфекции как в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), так и в общей популяции. Частота носительства гепатита С и антител к нему (анти-НСV) среди ПИН достигает 75–85%, причем до 90% случаев обнаружения анти-НСV приходится на потребителей героина [7]. Распространенность ВИЧ-инфекции среди наркозависимых пациентов достигает 40%, а доля потребителей героина среди впервые выявленных лиц, инфицированных ВИЧ, составляет 80% [6].

Наркозависимость провоцирует потребителей наркотиков совершать поступки, увеличивающие риск заражения или передачи ВИЧ-инфекции. Острая интоксикация психоактивными веществами (ПАВ) приводит к снижению контроля над поведением. У 50–75% наркозависимых лиц встречаются сопутствующие психические расстройства, наиболее частыми из которых являются аффективные нарушения [4]. Наркозависимость и ВИЧ-инфекция способствуют развитию вторичных заболеваний, так как прием наркотиков и инфицирование ВИЧ повышают восприимчивость организма к инфекции. Прекращение лечения инфекции и продолжение употребления наркотиков способствует хронизации заболевания [3]. Распространенность опийной зависимости, ВИЧ-инфекции среди ПИН, низкая эффективность лечения, увеличение медицинских расходов на лечение, преступность, нетрудоспособность, инвалидность, высокая смертность ВИЧ-позитивных (ВПН) ПИН в молодом возрасте, приводящая к снижению рождаемости и численности населения, потере трудового потенциала, темпов экономического роста страны придают таким исследованиям первостепенную важность.

Проблемой на сегодняшний день в работе психиатра-нарколога является разработка оптимальной тактики ведения ПИН, у которых сочетание опийной зависимости и ВИЧ носит взаимно отягощающий характер, выражающийся в утяжелении течения ВИЧ-инфекции и аддиктивных расстройств с развитием психических расстройств, негативном прогнозе сочетанной патологии. Нередко ухудшение психического состояния связано с первичной ВИЧ-энцефалопатией или с психогенным характером воздействия, обусловленным реакцией ПИН на выявление опасной инфекции. Этому способствует деформация личности ПИН, формирующая основу для особых типов психопатологического реагирования [11–13].

Выявление у ПИН ВИЧ-инфекции, осознание болезни как фатальной, сокращающей продолжительность жизни способствует не формированию у ПИН ремиссии, а утяжелению аддиктивных расстройств. Вопросы повышения эффективности лечения и качества ремиссий при опийной зависимости в сочетании с ВИЧ-инфекцией, их оценка по настоящее

время остаются актуальными и вызывающими исследовательский интерес. Представляется важным вопрос о выявлении ряда объективных клинико-психологических и социальных показателей, с помощью которых можно оценить эффективность терапии, стабильность ремиссии или вызывающих на вероятность рецидива болезни и служащих основанием для проведения терапевтической коррекции.

Необходимость разработки научно-обоснованных критериев оценки терапевтического результата и качества ремиссий у ВПН определила актуальность настоящего исследования. Задача исследования заключалась в оценке изменений, наблюдаемых у ВПН в сравнении с ВИЧ-негативными наркологическими пациентами (ВНН) до и после лечения, на этапе катamnестического наблюдения – через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Целью исследования являлось изучение клинико-психологических и психосоциальных характеристик ВПН до и после лечения на основе многофакторной оценки динамики опийной зависимости для разработки лечебных мероприятий, направленных на достижение ремиссий и предотвращение рецидивов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основным объектом исследования являются ВПН, проживающие на территории Республики Беларусь. Предмет исследования – клинико-психопатологические и психосоциальные характеристики ВПН и ВНН до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии.

Настоящее исследование, проведенное в рамках выполнения Государственной программы научных исследований «Фундаментальная и прикладная медицина и фармация» по заданию «Разработать критерии клинико-социального функционирования, оценить качество жизни и дезадаптацию ПИН, страдающих различными стадиями ВИЧ-инфекции» (госрегистрация №20101548) при научно-методическом обеспечении ФГБУ «Национальный научный центр наркологии» Минздрава России, являлось смешанным (кросс-секционным и лонгитудинальным) с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катamnестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием индивидуальной регистрационной карты учета данных [8].

Обследовано 376 ВПН (I группа) и 444 ВНН (II группа). В основную группу (I) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Возраст ВПН варьировал от 13 до 53 лет, средний возраст составил

32,9 года ($SD = 5,54$); мужчин – 33,7 года ($SD = 5,59$); женщин – 30,8 лет ($SD = 4,86$). Длительность заболевания составляла 10 и более лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не согласившиеся на обследование, в состоянии отмены, с выраженными органическими изменениями личности, острым психотическим расстройством, обострением психического расстройства и декомпенсацией соматического заболевания, умственной отсталостью, шизофренией. Группой контроля служили здоровые лица [9, 10; 14]. Верификация соматической патологии проводилась квалифицированными специалистами из числа сотрудников специализированных учреждений здравоохранения с использованием современного диагностического оборудования.

Для оценки динамики клинико-психологических и психосоциальных характеристик ВПН использовался комплекс методик, включающий опросник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (удовлетворенность качеством жизни) [10; 18], опросник Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (психопатологическое состояние пациента) [15; 16], шкалу социального функционирования (ШСФ) [14; 15], шкалу патологического влечения к наркотикам (ШПВ) [14].

Статистический анализ данных проводился с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных признаков применяли математическое ожидание (M) и среднее квадратичное отклонение (SD) в формате $M \pm SD$, также медиану (Me) и интерквартильный размах в формате $Me (LQ-UQ)$, где LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль. Для сопоставления групп по количественным признакам использовались непараметрические методы: U -критерий Манна-Уитни для независимых групп и критерий Вилкоксона для связанных групп. При анализе различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании впервые была осуществлена попытка оценить эффективность лечения и качество ремиссии, используя доказательные методы контроля в виде клинической и психологической оценки состояния пациентов.

Основной контингент ВПН представлен ПИН с длительным стажем потребления наркотиков. Длительность систематической наркотизации у 216 (57,4%) ВПН составила более 10 лет; до 10 лет – 105 (27,9%); до 5 лет – 36 (9,6%); до 3 лет – 6 (1,6%); до 12 месяцев – 10 (2,7%), до 6 месяцев – 3 (0,8%). В зависимости от стадии ВИЧ, пациенты с опийной зависимостью (II стадия) распределены следующим образом: I стадия – 84 пациента

(22,3%), II – 193 (51,3%); III – 58 (15,4%); IV – 30 (7,9%); V – 12 (3,2%). Среди ВПН лишь 1/3 получали антиретровирусную терапию.

Гендерный состав ВПН отражает пропорцию, характерную для группы ПИН в целом. Так среди 376 ВПН 71,8% (270 человек) составили мужчины и, соответственно, 28,2% (106 человек) – женщины. Полученные данные подтверждают, что основную часть ВПН составляют мужчины, вместе с тем велико и число ВИЧ-позитивных женщин, вовлеченных в наркопотребление. Наибольшее число ВПН находилось в возрасте 26–40 лет (83,4%), то есть в периоде активной трудовой деятельности. Вместе с тем, на официальной работе (легальный заработок) находились около трети пациентов, большинство из которых были заняты неквалифицированным трудом. Нигде не работали, не учились, уклонялись от общественно-полезного труда 191 (50,8%) ВПН; были заняты на временной (сезонной) работе – 111 (29,5%) ВПН.

Низкий показатель трудовой занятости в легальном секторе указывает на наличие нелегальных доходов, связанных с криминальной деятельностью ВПН, более 50% из которых многократно «находились в местах лишения свободы». Средний возраст совершения первого правонарушения приходится на $15,9 \pm 0,51$ лет. Научные инспекции по делам несовершеннолетних состояли (в подростковом возрасте) 27,7% ВПН, отбывали наказание – 61,9%, повторно осуждены – 40,9%. Среднее количество случаев, когда ВПН находились в местах лишения свободы, в целом по выборке равно 5,0. При этом дважды преступления совершили 3,8% обследованных; 3 раза – 11,7%; 4 раза – 29,6%; 5 раз – 22,5%; 6 раз – 8,9%; 7 раз – 5,2%; 8 раз – 2,3%.

Общеобразовательный уровень 206 (54,8%) ВПН был невысоким: со школьным средним образованием – 151 (40,1%), начальным и/или неполным средним образованием – 55 (14,6%) ВПН. Среднее специальное образование имели 154 (40,9%) ВПН, высшее – 7 (1,8%), незаконченное высшее – 9 (2,3%).

Собственной семьи не имели 233 (61,9%) ВПН, собственного жилья – 75 (19,9%). Находились в разводе 70 (18,6%) ВПН, состояли в повторном браке – 22 (5,9%), гражданском (незарегистрированном) – 62 (16,5%), имели детей – 138 (36,7%). Следует отметить, что 72 (19,1%) ВПН больше времени проводили среди малознакомых людей, приходили домой лишь поесть. Обстановка в семье у 256 (68,1%) ВПН характеризовалась как конфликтная, с негативным психологическим климатом, напряженными отношениями, приводящими к дезорганизации семейной жизни.

Основным способом употребления наркотиков у ВПН был инъекционный (только инъекционный – 271 (72,1%), преимущественно инъекцион-

ный – 85 (22,6%). На сочетание различных способов введения наркотика указали 16 (4,3%) ВПН. Групповое употребление наркотиков практиковали 250 (66,5%) ВПН, преимущественно в криминализированной компании, что повышает риск использования чужого шприца и случайных половых контактов. При этом 229 (60,9%) обследованных формально относились к соблюдению стерильности наркотика и емкости, в которой он находился, а 55 (14,6%) ВПН допускали повторное использование одноразовых шприцев и игл при введении наркотика.

ВПН нередко указывали на наличие инфицированных БИЧ партнеров, потребляющих наркотики, что свидетельствует об общих факторах вероятности заражения ВИЧ – рискованном инъекционном и половом поведении. Средний возраст начала половой жизни у ВПН составлял 15,2 лет ($SD = 2,1$), среднее число половых партнеров за последний месяц – 2,4 ($SD = 1,6$). В беспорядочные половые связи с новыми партнерами вступали 16,8% ВПН, случайные – 21,2%; в состоянии опьянения – 18,9%; в условиях отсутствия контрацепции – 26,2%; «коммерческий секс» (предоставление «интим-услуг» за деньги или наркотики) – 1,5%.

Длительная систематическая наркотизация ВПН сопровождается снижением уровня социального функционирования, антисоциальными и асоциальными установками, частыми и повторными судимостями, снижением критики к заболеванию. Критика в большинстве случаев у ВПН поверхностная, чаще отмечалось раннее возобновление потребления наркотиков после лечения. При сохранности влечения к наркотику, частичная критика со сниженной способностью к оценке своего состояния, эмоционально-волевые нарушения, искажение личностных качеств отмечены у 205 (54,5%) ВПН. Стремление продолжить наркотизацию с «резонерским обещанием» при критическом осознании болезни и понимании последствий наркотизации испытывали 169 (44,9%) ВПН, 32 (8,5%) – открыто говорили о продолжении наркотизации с уверенностью в том, что способны самостоятельно справиться с зависимостью. Желание отказаться от приема наркотиков при формальном отношении и сохранности критико-прогностических способностей испытывали 38 (10,1%) ВПН. Приуменьшить или скрыть степень наркотизации пытались 92 (24,5%) респондента. Отличаясь «некритической лживостью», 75 (19,9%) ВПН упрямо отрицали факт приема наркотика. 71 (18,9%) ВПН потребление наркотиков не скрывали, лечиться не хотели, врачебных назначений не выполняли. При этом, 62 (16,5%) ВПН пытались бравировать, стремились подчеркнуть наркотизацию, что свидетельствовало о неспособности ВПН критически осознавать свое болезненное состояние. Следует отме-

тить, что 67 (17,8%) ВПН зависимыми от наркотиков себя не считали, как и не понимали опасности заболевания.

Многофакторная психометрическая динамическая оценка характеристик пациентов осуществлялась с помощью психодиагностического комплекса, включающего батарею психометрических тестов. Так, при оценке социального функционирования прогностическое значение имеют изменения, произошедшие в процессе болезни, и уровень так называемой «социально направленной деятельности» ПИН [1]. Кроме личностных особенностей, определяющих поведение ПИН, существенно влияние на длительность ремиссии оказывают психические расстройства, степень сохранности критических способностей, способности к самообслуживанию, характер семейных взаимоотношений и социально полезная деятельность. Вероятность формирования более качественной и продолжительной ремиссии возрастает у ПИН с менее выраженными психическими расстройствами и более сохранными способностями к критике, самообслуживанию, семейно-трудовой адаптацией, социальными контактами и способностью структурировать свободное время.

Исследование уровня социального функционирования свидетельствует о том, что до начала терапии наибольшие проблемы у ПИН характеризовались следующими показателями субшкал: «трудовая деятельность» – 2,80 (SD = 1,10), «структурирование свободного времени» – 2,65 (SD = 0,82), «семейные отношения» – 2,47 (SD = 0,84), «забота о родителях/детях» – 2,38 (SD = 0,86), «контакты с друзьями, знакомыми» – 2,20 (SD = 0,68), «критические способности» – 2,13 (SD = 0,81) и «аффективные расстройства» – 2,02 (SD = 0,71), что указывает на наиболее выраженные нарушения социального функционирования ПИН. По сравнению с ВНН, более низкие показатели социального функционирования наблюдались в группе ВПН по субшкалам: «агрессивное/аутоагрессивное поведение» – 1,08 (SD = 0,69) / 1,63 (SD = 0,82) при $p = 0,0001$; «психоорганические расстройства» – 1,38 (SD = 0,76) / 1,66 (SD = 0,69) при $p = 0,0001$; «критические способности» – 1,98 (SD = 1,09) / 2,46 (SD = 0,59) при $p = 0,0001$; «способность к самообслуживанию» – 1,98 (SD = 1,03) / 2,18 (SD = 1,00) при $p = 0,47$, что свидетельствует о негативной роли ВИЧ-инфекции в развитии низкого уровня социального функционирования наркозависимых пациентов, клиническим выражением которого является их психопатоподобное поведение, психоорганические расстройства и снижение критических способностей.

Несмотря на снижение интегрального показателя социального функционирования ПИН после лечения, наиболее проблемными при выписке у ВПН и ВНН оставались сферы, связанные с трудовой деятельностью и

способностью структурировать свободное время. Показатели трудовой деятельности у ВПН составили 2,84 (SD = 1,02), у ВНН – 3,02 (SD = 1,07) при $p = 0,002$; способность структурировать свободное время – 2,61 (SD = 0,65) у ВПН и 2,67 (SD = 0,79) у ВНН при $p = 0,002$. Динамические изменения социального функционирования у ВНН отличались более позитивным характером, чем у ВПН. Так, если интегральный показатель социального функционирования ПИН, получавших традиционную психофармакотерапию до лечения и спустя 12 месяцев от начала наблюдения у ВПН снизился в 1,5 раза и составил 15,96 (SD = 3,81), то у ВНН в 1,9 раза и составил 11,63 (SD = 3,60) баллов. Интегральный показатель социального функционирования у пациентов, которые получали комплексную лечебно-реабилитационную помощь, включающую психофармакотерапию, психотерапию с ресоциализационными мероприятиями, через 12 месяцев от начала наблюдения уменьшился в 1,6 раза у ВПН (14,38 (SD = 3,31)) и в 1,4 раза у ВНН (12,93 (SD = 4,39)).

Более низкие показатели удовлетворенности качеством жизни до и после лечения у ПИН отмечались по шкалам ролевого функционирования: «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP) – 31,66 (SD = 39,11) / 43,06 (SD = 44,90) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) – 22,39 (SD = 33,53) / 38,86 (SD = 43,54), что свидетельствует о наличии эмоциональных и физических проблем у ПИН, связанных с заболеванием, существенно ограничивающих после лечения их социальную активность (рис. 1). Невысокими были показатели общего состояния здоровья (GH) до и после лечения – 43,61 (SD = 16,28) / 44,99 (SD = 15,62) и жизненной активности (VT) – 43,87 (SD = 17,14) / 48,05 (SD = 16,67). Размах значений показателя «общее функционирование» (SF) до и после лечения находился в интервале Me 50,0 (25,0–62,5) / Me 62,5 (43,7–75,0) балла.

Психические расстройства у ПИН негативно влияют на терапевтическую динамику и эффективность лечебного процесса, вызывают резистентность к лечебным воздействиям и снижают эффективность терапии [17]. Перед ПИН с целью самолечения имеющихся психических расстройств употребляют наркотики и другие ПАВ [18].

Исследование уровня психопатологической симптоматики показало, что у ПИН до начала терапии наиболее проблемными были показатели: социализации, тревожности, депрессии, паранойяльности, враждебности, обсессивности-компульсивности и межличностной сензитивности (рис. 2).

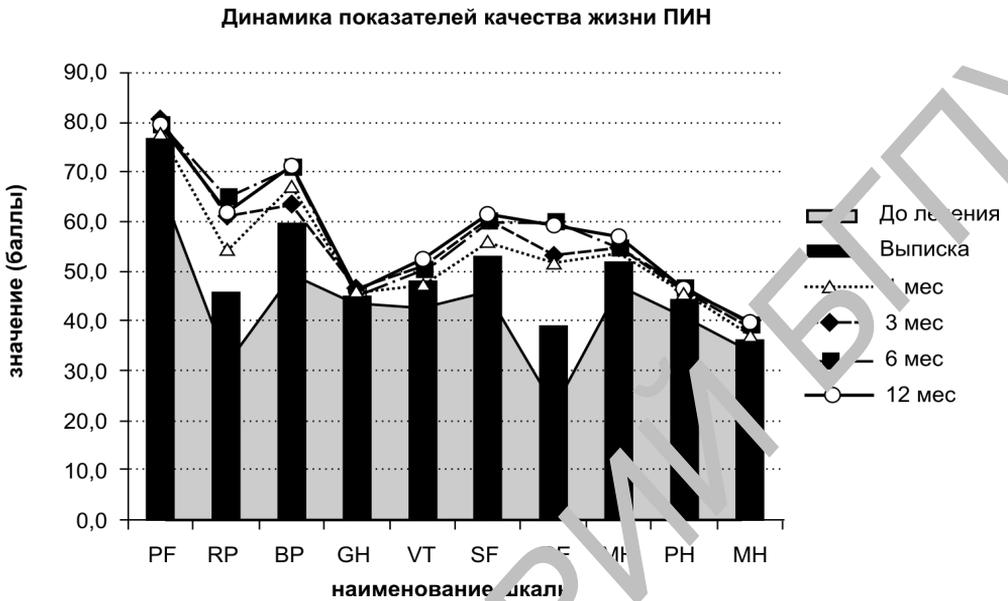


Рис. 1. Усредненный профиль показателей качества жизни ПИН (по SF-36).

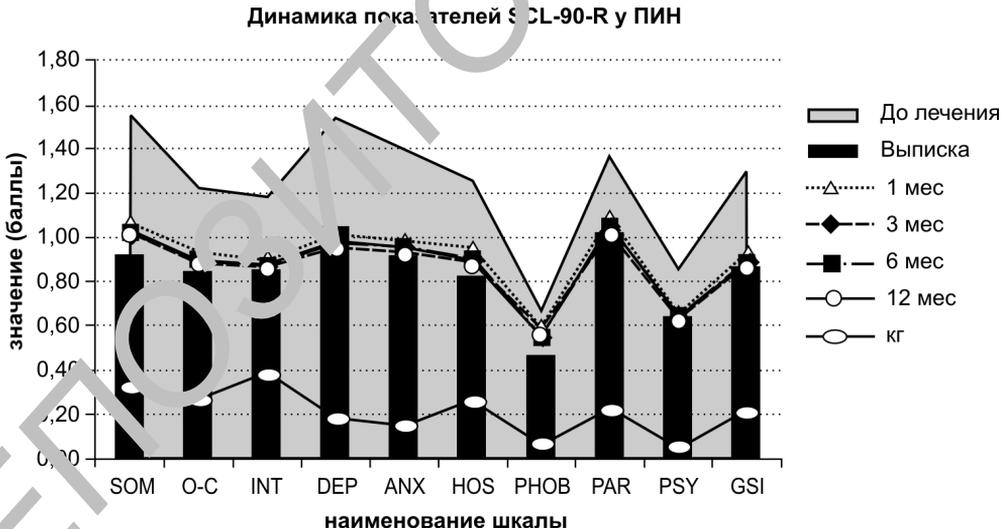


Рис. 2. Усредненный профиль показателей психопатологического состояния ПИН (КГ – контрольная группа) (по опроснику SCL-90-R).

После проведенного курса терапии проблемными оставались показатели депрессии, тревожности и паранойяльности, значения которых были значимо выше у ВПН, чем у ВНН. Так, при выписке показатель паранойя-

альности у ВПН находился в интервале значений Ме 1,16 (0,50–1,66) при Ме 0,83 (0,50–1,33) у ВНН ($p = 0,0001$), депрессии – Ме 1,00 (0,53–1,53) при Ме 0,84 (0,53–1,31) у ВНН ($p = 0,02$), тревожности – Ме 0,90 (0,50–1,50) при Ме 0,70 (0,40–1,10) у ВНН ($p = 0,00004$).

Общий индекс тяжести психопатологических симптомов (GSI) до лечения в исследуемых группах был в 6 раз выше аналогичного показателя контрольной группы. После лечения величина GSI в 4,3 раза у ВПН и в 3,6 раза у ВНН превышала аналогичный показатель здоровых лиц. Тяжесть психопатологической симптоматики спустя месяц нарастает, к 3 и 12 месяц наблюдения находится на уровне плато, среднее значение которого составляет 0,88 ($SD = 0,47$) балла, что в 4 раза выше аналогичного показателя здоровых ($p = 0,00001$). Если до лечения показатель GSI у ВПН составлял 1,4 ($SD = 0,6$), при выписке – 0,9 ($SD = 0,5$), то через месяц его значение увеличилось до 1,13 ($SD = 0,49$) при $p = 0,0001$. Среднее значение GSI через 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения у ВПН составило 1,07 ($SD = 0,5$) балла, что в 1,5 раза выше аналогичного показателя ВНН и в 5 раз больше здоровых лиц ($p = 0,0001$).

Полученные данные свидетельствуют о тяжести психопатологической симптоматики, отражающей уровень дистресса, который испытывают ВПН и ВНН на протяжении всего периода наблюдения. Проведение краткосрочной терапии (детоксикация) улучшает, но не стабилизирует психическое состояние ПИН, особенно инфицированных ВИЧ, что увеличивает риск развития рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся у них психических расстройств.

Развитие опийной зависимости во многом отражает поступательная динамика синдрома патологического влечения к наркотикам (ПВН) [2; 5]. По своему содержанию ПВН, которое проявляется идеаторными, аффективными, сенсорными, поведенческими и вегетативными нарушениями, представляет собой доминирующую потребность, подчиняющую всю психическую деятельность потребителя наркотиков, с чувством охваченности переживаниями, связанными с влечением без внутренней переработки возникающих побуждений, учета и анализа конкретной ситуации [14].

Выявление закономерностей, возникающих при обострении ПВН, существенно снижающего критические способности ПИН, позволяет оценить его выраженность. Наиболее проблемными на протяжении всего периода наблюдения показатели ПВН были у ВПН. Так, при поступлении размах значений ПВН у ВПН составил Ме 20,0 (17,0–22,0) баллов, у ВНН – Ме 16,0 (13,0–20,0). При выписке у пациентов обеих групп интенсивность ПВН снизилась в 1,5 раза и составила 10,9 ($SD = 4,2$) при $p = 0,0001$. Однако, степень влечения к наркотикам у ВПН оставалась тя-

желой, на что указывает ее величина – 11,6 (SD = 4,3) баллов. Величина ПВН у ВНН составила 9,3 (SD = 2,8) баллов, что свидетельствует о средней степени выраженности влечения к наркотикам.

Динамическая оценка интенсивности ПВН спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев наблюдения свидетельствует о существенных различиях в интенсивности влечения в зависимости от вида используемой терапии. Так, среднее значение уровня ПВН спустя 1–12 месяцев наблюдения после стандартной психофармакотерапии у ВПН составляло 14,3 (SD = 5,5) баллов у находившихся в комплексной лечебно-реабилитационной программе (сочетавшей психофармакотерапию, психотерапию и комплексную по ресоциализации) – 9,3 (SD = 4,3). Тот же показатель у ВНН составлял: после стандартной психофармакотерапии 6,8 (SD = 4,5), а у лиц, находившихся в комплексной лечебно-реабилитационной программе – 8,3 (SD = 3,6).

По уровню выраженности ПВН в зависимости от вида терапии, ВПН через 12 месяцев наблюдения различались в 1,5 раза ($p = 0,0001$). Величина ПВН после стандартной психофармакотерапии у ВПН составила 14,2 (SD = 5,8) баллов, после прохождения комплексной лечебно-реабилитационной программы – 8,9 (SD = 4,6). После прохождения комплексной лечебно-реабилитационной программы уровень ПВН у ВНН составил 8,1 (SD = 3,9) против 8,9 (SD = 4,6) у ВПН. Таким образом, комплексная лечебно-реабилитационная помощь способствует более эффективному снижению интенсивности ПВН, как у ВНН, так и у ВПН. Важно отметить, что высокий уровень ПВН после стандартной психофармакотерапии у ВПН может быть причиной риска рецидива наркотизации, что необходимо учитывать в работе с данной категорией пациентов.

В качестве динамических и прогностических критериев эффективности лечения оптической зависимости, качества ее ремиссии могут быть использованы результаты структурно-динамического анализа ПВН, позволяющие оценить его выраженность, изменение соотношений структурных компонентов.

Анализ структуры ПВН за весь период наблюдения свидетельствует о доминировании в клинической картине идеаторного компонента на фоне ярких аффективных, соматовегетативных и поведенческих его составляющих (рис. 3).

Наиболее проблемным является уровень нарушений, связанный с идеаторным компонентом ПВН, который отражает отношение ПИН (мысли, переживания, воспоминания) к болезни и наркотикам. До и после лечения величина идеаторных нарушений у ПИН различалась в 1,5 раза и составила 2,5 (SD = 0,5) / 1,6 (SD = 0,8) балла соответственно ($p = 0,001$). Выраженность идеаторных нарушений через 1–3 месяца наблюдения на-

ходила в пределах значений $Me\ 2,0\ (1,0-2,0)$, через 6–12 месяцев – $Me\ 1,0\ (1,0-2,0)$. Высоким уровнем идеаторных нарушений остается у ПИН и после выписки, что свидетельствует о непреодолимом желании употребить наркотик, постоянстве и доминировании мыслей о приеме наркотика, отражающих выраженность ПВН и, соответственно, особенности поведения и эмоционального состояния ПИН в целом.

Структурная динамика патологического влечения у ПИН

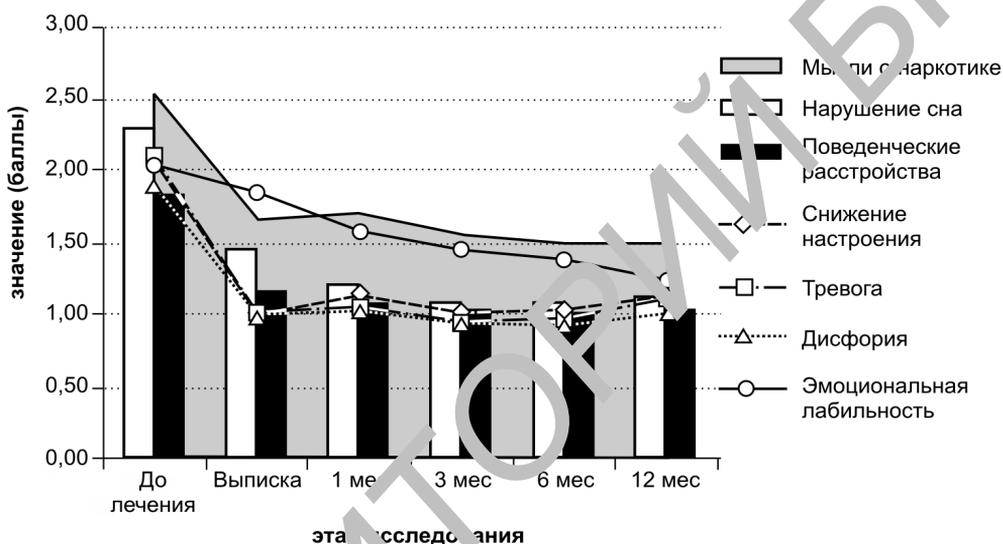


Рис. 3. Средний профиль структуры ПВН у ПИН.

В структуре аффективного компонента ПВН выделяют ряд симптомов, среди которых наиболее проблемным является эмоциональная лабильность, проявляющаяся состояниями быстро меняющегося в течение дня настроения в диапазоне от сниженно-слезливого до раздражительного, дисфоричного с капризностью, плаксивостью или утрированной сентиментальностью. При выписке наихудшим среди компонентов ПВН был показатель эмоциональной лабильности, составивший $1,8\ (SD = 0,5)$ балла. Следует отметить, что кривая эмоциональной лабильности на протяжении 12 месяцев наблюдения отличаясь явной тенденцией к снижению, характеризуется более высокими значениями по отношению к другим симптомам аффективного компонента. Нередко в структуре аффективного компонента встречались смешанные состояния с дисфорическими, тревожными и депрессивными проявлениями, определить длительность которых или смену одного состояния другим представляло трудности.

Проблемным аффективный компонент был при поступлении ПИН в стационар. Так, до лечения размах значений сниженного настроения, дисфории и тревоги находился в интервале Ме 2,00 (2,0–3,0), при выписке, через 1–12 месяцев наблюдения – Ме 1,00 (0,0–2,0) балла.

Отражая интенсивность ПВН, аффективные расстройства почти всегда сопровождаются нарушениями сна. Чаще всего ПИН предъявляют жалобы на плохой сон, бессонницу, трудности при засыпании, поверхностный сон, ранние или частые пробуждения среди ночи, невозможность заснуть после пробуждения. Наиболее выраженными нарушениями сна были у ПИН при поступлении. При этом у ВПН средние значения составили 2,7 (SD = 0,5) балла против 2,2 (SD = 0,7) у ВНН. При выписке уровень диссомний снизился, средние значения составили 1,7 (SD = 0,8) у ВПН и 1,1 (SD = 0,7) у ВНН. Через 1 месяц показатель диссомний у ВПН составил 1,4 (SD = 0,8), у ВНН – 0,7 (SD = 0,6), что в 1,8 раза ниже ВПН. В последующем, через 3, 6 и 12 месяцев динамика диссомний отличалась наиболее выраженными показателями нарушений сна у ВПН, чем у ВНН. Так уровень диссомний был выше у ВПН, в сравнении с ВНН, в 1,9 раза через 3 месяца, в 2 раза через 6 месяцев и в 1,8 раза через 12 месяцев непрерывного наблюдения.

Аффективные расстройства всегда сопровождаются поведенческими нарушениями, служащими оценочным маркером интенсивности ПВН. Лечение оказывает позитивное влияние на выраженность поведенческих нарушений у ПИН. Так при выписке уровень поведенческих расстройств у ПИН составил 1,1 (SD = 0,5) балла, что в 1,5 раза меньше, чем при поступлении – 1,8 (SD = 0,8). Динамика поведенческих расстройств у ВПН отличалась более высокими показателями по сравнению с ВНН. По уровню расстройств поведения через 1 месяц наблюдения ВПН и ВНН различались в 2,1 раза и составили 1,4 (SD = 0,8) / 0,6 (SD = 0,5) соответственно. Интенсивность поведенческих расстройств после выписки вплоть до 12 месяцев наблюдения у ВНН имеет тенденцию к снижению, у ВПН уровень расстройств поведения через 1 месяц наблюдения достигает максимума, существенно не изменяясь в последующем. В период с 1 по 12 месяцев наблюдения выраженность психопатоподобного поведения у ВПН в 1,6 раза была выше, чем у ВНН. Таким образом, особенностью влечения к наркотикам является преобладание в структуре ПВН идеаторных расстройств, эмоциональной лабильности в сочетании с другими симптомами аффективных нарушений, расстройств сна и поведения, что требует проведения комплексных лечебных противорецидивных и психокоррекционных мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выявление клинико-психопатологических и психосоциальных отклонений у ВПН с опиийной зависимостью может способствовать разработке эффективных лечебных и психокоррекционных вмешательств, снижающих вероятность развития рецидива наркотизации. Динамическая психометрическая биопсихосоциальная оценка состояния пациентов должна проводиться до и после лечения, так как лечение не гарантирует полного воздержания от приема наркотиков, а течение опиийной зависимости может предусматривать развитие рецидива, особенно при наличии сочетанной патологии, включающей психические расстройства и ВИЧ.

Активная зависимость у ВПН ПИН сопровождается невысокой удовлетворенностью качеством жизни, проблемным социальным функционированием в сферах, связанных с трудовой деятельностью и способностью структурировать свободное время, выраженным влечением к наркотикам и проблемным психическим функционированием. Опросник качества жизни SF-36 показал наличие у пациентов эмоциональных и физических проблем, связанных с заболеванием, существенно ограничивающих их социальную активность, а также невысокий уровень состояния здоровья и выраженную астению, снижающих возможность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками.

Использование ШСФ указало на наиболее проблемные (на момент выписки) у исследуемых сферы, связанные с трудовой деятельностью: нежелание трудиться, низкий уровень доходов или статус безработного, а также неспособность «структурировать свободное время». В целом, более проблемный уровень социального функционирования характерен для ВПН, чем для ВПН, что подтверждается более выраженными показателями агрессивного/аутоагрессивного поведения, психоорганических расстройств, снижения критических способностей и способности к самообслуживанию, свидетельствующих о негативном влиянии ВИЧ-инфекции на уровень социального функционирования пациентов.

Особенности влечения к наркотикам у ВПН, по данным ШПВ, являются преобладание в структуре синдрома патологического влечения к наркотикам идеаторных нарушений (отражающих отношение пациентов к наркотикам, свидетельствующее о непреодолимом желании употребить наркотик), симптомов аффективных расстройств, расстройств сна и поведения. Эти индикаторы отражают выраженность влечения и, соответственно, особенности проблемного поведения пациентов в целом.

Данные, полученные с помощью опросника SCL-90-R, свидетельствуют о тяжести психопатологической симптоматики, отражающей уровень

дистресса, который испытывают ВПН И ВНН с опишной зависимостью на протяжении всего периода наблюдения. Установлено, что активная зависимость сопровождается высокими значениями показателей соматизации, депрессии, тревожности, паранойяльности и враждебности, которые препятствовали осознанию пациентами необходимости прохождения лечения. Величина общего индекса тяжести психопатологических симптомов через 3, 6 и 12 месяцев наблюдения у ВПН в 1,5 раза выше аналогичного показателя ВНН и в 5 раз больше показателя здоровых. Оказание краткосрочной стационарной одномоментной медицинской помощи улучшает, но не стабилизирует психическое состояние зависимых пациентов, особенно с ВИЧ-инфекцией, что увеличивает риск развития рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся у них психических расстройств.

Таким образом, лечебный эффект терапии у пациентов с опишной зависимостью ограничивают сопутствующие расстройства (ВИЧ-инфекция, психические расстройства), выявление и лечение которых могут снизить риск рецидива наркотизации и повысить эффективность терапевтических программ. Проведение кратковременной одномоментной терапии позволяет достичь лишь клинического улучшения, а не стойкой стабилизации психосоматического состояния ВПН с опишной зависимостью, что указывает на необходимость разработки и внедрения в широкую клиническую практику стратегии и тактики ведения, предусматривающей использование длительных, комплексных лечебно-реабилитационных программ, соответствующих потребностям пациентов.

Сравнительная оценка показателей качества жизни, социального функционирования, психопатологического состояния, патологического влечения, выявляя различие соотношения клинико-психологических и психосоциальных проблем, позволяет выделить группы пациентов с разной тяжестью сочетанной патологии и использовать целевые направления медикаментозной, психотерапевтической и психосоциальной помощи. Перечисленные показатели носят информативный характер, который важно учитывать в процессе лечения при оценке риска развития нежелательных явлений, что предполагает рассматривать вышеуказанные показатели в качестве критериев оценки эффективности лечения и качества ремиссии.

Для мониторинга состояния ВПН необходимо использовать психодиагностический комплекс, оценивающий весь спектр медико-социальных последствий, связанных с потреблением наркотиков и ВИЧ-инфекцией. Психодиагностический комплекс, включающий шкалы патологического влечения, качества жизни, социального функционирования и психопатологического состояния позволяет эффективно оценивать изменения в состоянии ВПН в динамике.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бойко Е.О.* Шкала оценки социального функционирования у больных с синдромом зависимости. // Наркология. – 2008. – №9. – С. 61–69.
2. *Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А.* Ранняя профилактика и реабилитация больных опиоидной наркоманией. – Павлодар, 2005. – 227 с.
3. *Бузина Т.С., Подосинова Т.В.* Многоуровневое исследование внутренней картины болезни больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным вирусным гепатитом С. // Вопросы наркологии. – 2010. – №5. – С. 76–83.
4. *Илюк Р.Д.* Программа комплексной терапии коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных : методические рекомендации / авт.-сост. Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, А.М. Шишкова. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2012. – 44 с.
5. *Клименко Т.В., Субханбердина А.С.* Синдром кинез патологического влечения к опиоидам. // Наркология. – 2002. – №11. – С. 31–33.
6. *Крупицкий Е.М., Звартау Э.Э., Лиознов Д.А.* Коморбидность наркологических и инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. // Социально значимые болезни в Российской Федерации. – М., 2006. – С. 285–290.
7. *Любаева Е.В., Должанская Н.А.* Взаимопроникновение эпидемий социально-значимых заболеваний. // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2011. – №1 (6). – С. 33–39.
8. Надлежащая клиническая практика: ГОСТ Р 52379-2005. – М.: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии: Национальный стандарт Российской Федерации [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. – Дата доступа: 22.11.2014.
9. *Неласкельска-Ю., Гуревич Г.Л., Бойко Е.О.* Перспективы использования показателя качества жизни в наркологической практике. // Наркология. – 2007. – №2. – С. 32–37.
10. *Ловин А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 320 с.
11. *Сиволап Ю.П., Савченков В.А.* Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М.: Медицина, 2005. – 304 с.
12. *Сиволап Ю.П.* К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – №11. – С. 4–6.

13. *Сиволап Ю.П.* Патогенез психопатологических проявлений опиоидной зависимости: дуалистическая модель. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – №1. – С. 70–72.
14. *Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П.* Качество жизни и дезадаптация потребителей инъекционных наркотиков с ВИЧ-инфекцией. – М.: Новое знание, 2015. – 357 с.
15. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 268 с.
16. *Derogatis L.R.* SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L. Covi // Psychopharmacology Bulletin. – 1973. – Vol. 9 (1). – P. 13–27.
17. HIV/AIDS Treatment and Care for Injecting Drug Users // Clinical Protocol for the WHO European Region. – 2006. – 84 p.
18. *Ware JE Jr.* The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. / J. J. Ware, CD Sherbourne // Medical care. – 1992. – Vol. 30 (6). – P. 473–483.