

УДК 616.89-008.441.33-07
ББК Ю974.216-81

ДИНАМИКА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ

Э.П. Станько¹, С.А. Игумнов²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Республика Беларусь

² УО «Государственный институт управления и социальных технологий
Белорусского государственного университета», Минск, Республика Беларусь

Введение

Повышение эффективности лечения и качества ремиссий у наркозависимых пациентов (НЗП) является сложной проблемой современной наркологии. Распространённость наркозависимости, наличие психических расстройств у НЗП, недостаточная готовность наркологической службы к решению задач эффективной психосоциальной реабилитации НЗП делают эту проблему актуальной [3, 7]. Оказание преимущественно краткосрочной одномоментной помощи, неполный охват диспансерным наблюдением НЗП способствуют вытеснению комплексного подхода в лечении зависимости от наркотиков. В итоге пациенты не получают необходимого объема лечебно-реабилитационной помощи, что ведёт к прогрессированию болезни и хронизации психических расстройств [4, 5]. Специализированная помощь ограничивается купированием состояния отмены или острых состояний вследствие потребления психоактивных веществ (ПАВ). В результате 90% НЗП после однократного курса стационарного лечения в течение года возобновляют неконтролируемое употребление наркотиков, а более 70% – поступают на лечение несколько раз в год [2].

Наркологические заболевания, как и другие психические расстройства, носят прогрессивный характер. Полное излечение наркозависимости представляет собой трудновыполнимую задачу. Неотъемлемой частью заболевания является рецидив, возникающий на фоне попыток контроля потребления наркотиков. Длительная ремиссия и выздоровление должны достигаться по-

этапно. Очевидность недостаточности критерия «полный отказ от приема наркотиков» в оценке терапевтического результата требует разработки методов динамической оценки эффективности лечения и качества ремиссий с помощью многомерных психометрических инструментов. Симптоматика наркозависимости представляет собой широкий спектр расстройств, встречающийся в «большой» и «пограничной» психиатрии при наглядном единстве психических и соматоневрологических нарушений. Психические расстройства встречаются у 50–75% НЗП, оказывают неблагоприятное влияние на качество ремиссии. В структуре психопатологических нарушений при наркозависимости наиболее частой формой является аффективная патология. Расстройства настроения варьируют от подавленности до тяжелых депрессивных состояний, являются составной частью патологического влечения к ПАВ и состояния отмены. Психоэмоциональные нарушения вследствие потребления ПАВ препятствуют формированию стойких ремиссий и в 50% случаев приводят к рецидиву заболевания [9]. Собственно психотропный эффект потребляемых опиатов оказывает влияние на весь спектр психических и поведенческих расстройств, отличающихся сложностью и многогранностью психопатологической симптоматики. Выявление психопатологических симптомов при выборе лечебной тактики будет способствовать повышению эффективности терапии НЗП. Для оценки эффективности лечения, качества ремиссии у пациентов с опийной зависимостью наибольший интерес представляет изучение структуры и динамики психопатологических симптомов до и после лечения, на этапе камишнестического наблюдения.

Целью работы было изучение структуры и динамики психопатологических симптомов у НЗП до и после лечения, в период становления и стабилизации ремиссии.

Материал и методы исследования

Основным объектом исследования являются ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью, проживающие на территории Республики Беларусь. Предмет исследования – клинические, социальные и психологические характеристики зависимых пациентов с ВИЧ (ВПН) и без ВИЧ-инфекции (ВНН) до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии.

Настоящее исследование является сочетанным (кросс-секционным и проспективным) с регулярным мониторингом (6-кратное

исследование) отслеживаемых параметров психопатологической симптоматики до, после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием унифицированной индивидуальной регистрационной карты больных¹.

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 65 здоровых лиц [6]. Верификация соматической патологии проводилась квалифицированными специалистами из числа сотрудников специализированных медицинских учреждений с использованием современного диагностического оборудования.

Для многомерной оценки уровня психопатологической симптоматики после купирования состояния отмены использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [12, 13] в адаптированном Н.В. Тарабриной варианте [11]. SCL-90-R предусмотрен для самостоятельного заполнения, не требует участия специалиста. Состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 – «совсем нет», а 4 – «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: «соматизация» – Somatization (SOM), «обсессивно-компульсивные расстройства» – Obsessive-Compulsive (O-C), «межличностная сензитивность» – Interpersonal Sensitivity (INT), «депрессия» – Depression (DEP), «тревожность» –

¹ ГОСТР 52379-2005. Надлежащая клиническая практика. М.: Стандартинформ, 2005. URL: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm> (Дата доступа: 22.11.2014).

Anxiety (ANX), «враждебность» – Hostility (HOS), «фобическая тревожность» – Phobic Anxiety (PHOB), «паранойяльные симптомы» – Paranoid Ideation (PAR), «психотизм» – Psychoticism (PSY), а также по 3 обобщенным шкалам второго порядка: GSI – общий индекс тяжести симптомов; PTSD – индекс личного симптоматического дистресса, PST – широта диапазона симптоматики. Результаты SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал и выраженность отдельных симптомов.

Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных признаков использовались математическое ожидание (M) и среднее квадратическое отклонение (SD) в формате $M \pm SD$ или медиана (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

Распространенность среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) психических расстройств в 8 раз выше, чем в среднем в популяции, 50% инфицированных ВИЧ страдает психическими расстройствами [10]. Среди психических расстройств у инфицированных ВИЧ встречаются аффективные, аддиктивные и когнитивные расстройства, деменция. Зависимость от ПАВ и ВИЧ взаимно утяжеляют друг друга, что приводит к быстрому прогрессированию ВИЧ-инфекции. При нарастании тяжести заболевания наличие ВИЧ-инфекции повышает вероятность развития у НЗП психических расстройств. Сочетание ВИЧ-инфекции, наркозависимости и психических расстройств отягощает течение всей коморбидной патологии, ухудшает прогноз и увеличивает риск распространения инфекционных заболеваний и наркозависимости. В 28,9% случаев среди НЗП диагностируются расстройства личности [9]. Психические расстройства негативно влияют на терапевтическую динамику и эффективность лечебного процесса, вызывают резистентность к терапевтическим воздействиям и снижают эффективность лечения НЗП [1]. Следует отметить, что обострение патологического влечения к наркоти-

ку нередко проявляется у НЗП психическими (аффективными) расстройствами и расстройствами поведения [8].

Острая интоксикация и состояние отмены у НЗП с психическими расстройствами протекают в более тяжелой форме, чем у НЗП без психических расстройств. В состоянии отмены наличие психических расстройств у НЗП затрудняет контроль и идентификацию спонтанно возникающего первичного патологического влечения к наркотику, чаще возникают когнитивные нарушения в виде эмоциональной дезорганизации мышления и расстройств внимания [1].

В исследуемой выборке преобладали пациенты с невысоким уровнем образования, занятости, проблемами на работе и в семье, низкими моральными качествами и криминальным поведением. Пациенты отмечали, что зависимость от наркотиков и проблемы со здоровьем оказывали влияние на их жизненный тонус и психоэмоциональное состояние, на социальное функционирование в целом и уровень социальных контактов в частности. При исследовании психопатологической симптоматики в группах пациентов до лечения более высокие показатели, отражающие тяжесть психопатологических симптомов, выявлены в группе ВПН (табл. 1).

Таблица 1. Результаты исследования выраженности психопатологической симптоматики у ВПН и ВНН до лечения

Субшкалы	I группа (n = 376)					II группа (n = 444)					P
	Q25	Med	Q75	Means	SD	Q25	Med	Q75	Means	SD	
SCL90R											
SOM	1,16	1,83	2,25	1,72	0,74	0,85	1,33	1,83	1,42	0,71	0,000000
O – C	0,80	1,40	1,90	1,34	0,66	0,60	1,10	1,50	1,13	0,66	0,000006
INT	0,66	1,11	1,66	1,30	0,72	0,55	1,00	1,55	1,07	0,71	0,000000
DEP	1,07	1,69	2,15	1,64	0,71	0,92	1,38	1,92	1,46	0,74	0,000578
ANX	0,90	1,60	2,10	1,55	0,79	0,70	1,10	1,80	1,26	0,75	0,000000
HOS	0,66	1,33	2,16	1,41	0,83	0,50	1,00	1,60	1,12	0,77	0,000001
PHOB	0,28	0,71	1,14	0,77	0,63	0,14	0,42	0,85	0,58	0,58	0,000004
PAR	1,00	1,50	2,00	1,53	0,75	0,66	1,00	1,67	1,22	0,76	0,000000
PSY	0,40	0,90	1,40	0,94	0,65	0,30	0,70	1,10	0,79	0,61	0,000435
ADD	1,14	1,71	2,14	1,65	0,75	1,00	1,57	2,14	1,59	0,78	0,180215
GSI	0,91	1,47	1,88	1,40	0,61	0,77	1,15	1,60	1,19	0,60	0,000000

Примечание: SOM – соматизация (Somatization); O – C – обсессивность – компульсивность (Obsessive – Compulsive); INT – межличностная чувствительность (Interpersonal Sensitivity); DEP – депрессия (Depression); ANX – тревожность (Anxiety); HOS – враждебность (Hostility); PHOB – фобическая тревожность (Phobic Anxiety); PAR – паранойяльные тенденции (Paranoid Ideation); PSY – психотизм (Psychoticism); ADD – дополнительная шкала; GSI – общий индекс тяжести симптомов.

Как видно из табл. 1, сравнение ВПН и ВНН до лечения при помощи критерия Манна – Уитни выявило достоверные различия между пациентами: у поступивших на лечение ВНН регистрировались более низкие значения по всем шкалам SCL-90-R по сравнению с ВПН. Обращает на себя внимание тот факт, что по всем составляющим опросника между обследованными лицами имеют место статистически значимые различия на уровне $p < 0,0005$ (кроме значений дополнительной шкалы). Наиболее высокие показатели SCL-90-R до лечения в группе ВПН наблюдались по шкалам соматизации, депрессии, тревожности, «паранойяльных симптомов» и враждебности, более низкие – обсессивно-компульсивных расстройств, межличностной сензитивности, психотизма и фобической тревожности. До лечения общий индекс тяжести симптомов у ВПН на 15% был более выражен, чем у ВНН, составивший, соответственно, 1,40 (SE = 0,61) к 1,19 (SE = 0,60).

Несмотря на проведенное лечение, наиболее высокие показатели у ВПН при выписке выявлены по шкалам: «паранойяльные симптомы», «депрессия», «соматизация» и «тревожность», более низкие – «обсессивно-компульсивные расстройства», «враждебность», «психотизм» и «фобическая тревожность» (табл. 2).

Таблица 2. Результаты исследования выраженности психопатологической симптоматики у ВПН и ВНН после лечения (при выписке)

Субшкалы	I группа (n = 376)					II группа (n = 444)					P
	Q25	Med	Q75	Means	SD	Q25	Med	Q75	Means	SD	
SCL90R											
SOM	0,50	0,95	1,41	1,02	0,64	0,41	0,75	1,16	0,80	0,53	0,000038
O – C	0,40	0,83	1,40	0,88	0,57	0,40	0,70	1,10	0,80	0,50	0,067729
INT	0,44	0,88	1,33	0,93	0,64	0,44	0,67	1,00	0,76	0,52	0,001249
DEP	0,53	1,00	1,53	1,11	0,65	0,53	0,84	1,31	0,98	0,58	0,021569
ANX	0,50	0,90	1,50	1,03	0,66	0,40	0,70	1,10	0,80	0,50	0,000047
HOS	0,33	0,83	1,50	0,94	0,72	0,33	0,66	1,00	0,69	0,49	0,000200
PHOB	0,14	0,57	0,85	0,54	0,47	0,14	0,28	0,57	0,37	0,36	0,000033
PAR	0,50	1,16	1,66	1,14	0,76	0,50	0,83	1,33	0,91	0,62	0,000147
PSY	0,20	0,60	1,00	0,68	0,52	0,20	0,50	0,80	0,59	0,46	0,028310
ADD	0,71	1,14	1,42	1,08	0,56	0,57	1,00	1,42	1,06	0,62	0,176426
GSI	0,46	0,88	1,41	0,94	0,54	0,50	0,75	1,04	0,79	0,42	0,000610

Примечание: SOM – соматизация (Somatization); O – C – обсессивность – компульсивность (Obsessive-Compulsive); INT – межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity); DEP – депрессия (Depression); ANX – тревожность (Anxiety); HOS – враждебность (Hostility); PHOB – фобическая тревожность (Phobic Anxiety); PAR – паранойяльные тенденции (Paranoid Ideation); PSY – психотизм (Psychoticism); ADD – дополнительная шкала, GSI – общий индекс тяжести симптомов.

Как видно из табл. 1 и 2, до лечения и при выписке больше всего у ВПН различалась величина показателей соматизации – в 1,7 раза, которая находилась в интервале значений Ме 0,95 [0,50-1,41] при выписке. Также при выписке у ВПН в 1,5 раза снизился уровень обсессивности – компульсивности, враждебности, депрессии и тревожности; в 1,4 раза – межличностной сензитивности, фобической тревожности и психотизма; в 1,3 раза – паранойяльности. При снижении в 1,5 раза общего индекса тяжести симптомов, его интерквартильный размах при выписке у ВПН оставался в пределах Ме 0,88 [0,46-1,41].

Полученные результаты показали, что, несмотря на значимое снижение выраженности психопатологических симптомов по всем шкалам SCL-90-R, их средние значения у ВПН после проведенного лечения были выше аналогичных показателей ВНН и здоровых лиц.

Динамика выраженности общего индекса тяжести симптомов в исследуемых группах представлена на рис. 1.

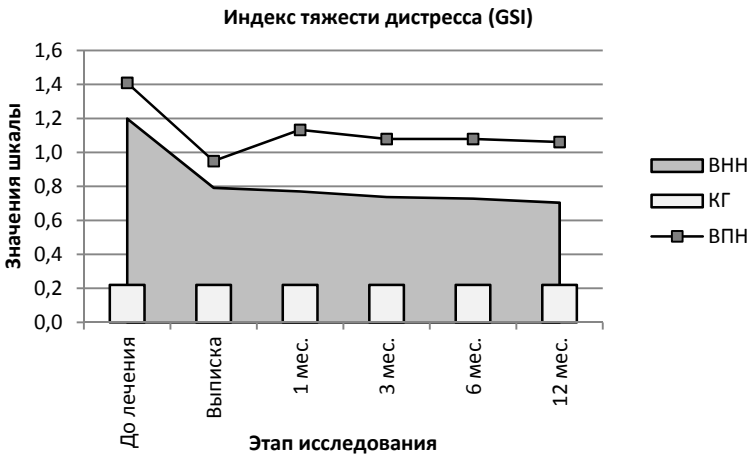


Рис. 1. Усредненный динамический профиль выраженности общего индекса тяжести симптомов по группам

Как видно из рис. 1, до лечения в исследуемых группах значения общего индекса тяжести психопатологических симптомов в 6,4 раза у ВПН и 5,4 раза у ВНН были выше аналогичного показателя контрольной группы. После лечения величина общего ин-

декса тяжести симптомов в 4,3 раза у ВПН и в 3,6 раза у ВНН превышала соответствующий показатель здоровых лиц.

Спустя месяц от начала наблюдения тяжесть психопатологической симптоматики у ВПН нарастает, отмечается увеличение показателя GSI до значений Me 0,88 [0,46-1,41], в отличие от ВНН, у которых уровень общего индекса тяжести симптомов постепенно снижается. В дальнейшем, спустя 3, 6 и 12 месяцев наблюдения, кривая общего индекса тяжести симптомов у ВПН находится примерно на одном уровне, значения которого почти в 5 раз выше показателя здоровых. По уровню общего индекса тяжести симптомов через 12 месяцев наблюдения ВПН и ВНН различались в 1,5 раза.

Полученные данные свидетельствуют не только о наличии, но и о степени тяжести психопатологической симптоматики, отражающей выраженность дистресса, который испытывают пациенты исследуемых групп после лечения, в период становления и стабилизации ремиссии. Оказание в таких условиях лишь курса терапии в виде краткосрочной одномоментной помощи улучшает, но не стабилизирует психическое состояние НЗП, особенно с ВИЧ-инфекцией, что увеличивает риск рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся психических расстройств.

Анализ выраженности шкал SCL-90-R у пациентов обеих групп показал, что наибольшие значения, отражающие степень тяжести психопатологической симптоматики до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения по всем шкалам были характерны для ВПН. Так, выраженность показателей шкал SCL-90-R в исследуемых группах до лечения представлена на рис. 2.

Как видно из рис. 2, до лечения у пациентов обеих групп наиболее высокими были показатели соматизации, депрессии, тревожности, шкалы «паранойяльные симптомы» и враждебности. Однако значения изучаемых показателей у исследуемых групп различались. Так, по уровню соматизации ВПН и ВНН различались в 1,2 раза, ВПН и здоровые лица – в 5,2 раза, ВНН и здоровые – в 4,3 раза. Уровень депрессии в 8,6 раза у ВПН и в 7,7 раза у ВНН превышал аналогичный показатель здоровых лиц. Уровень тревожности в 10,4 раза у ВПН и в 8,4 раза у ВНН выше соответствующего показателя здоровых. По уровню паранойяльности ВПН и ВНН отличались в 1,3 раза, ВПН и здоровые лица – в 6,7 раза, ВНН и здоровые лица – в 5,3 раза.

После лечения при выписке выраженность психопатологических симптомов у пациентов обеих групп снизилась. Показатели

шкал SCL-90-R в исследуемых группах при выписке представлены на рис. 3.

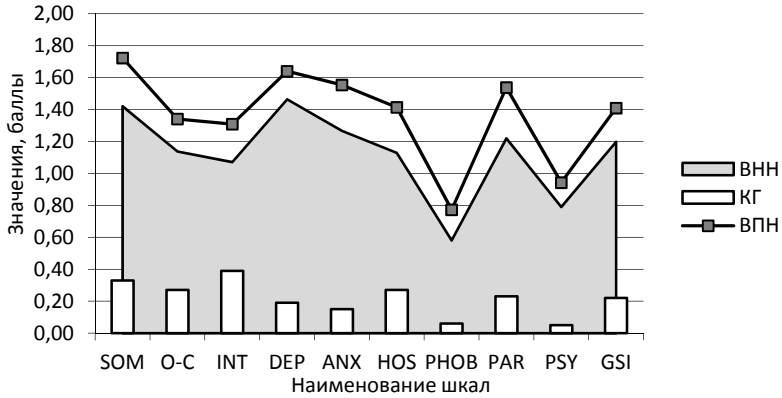


Рис. 2. Показатели шкал SCL-90-R в исследуемых группах до лечения

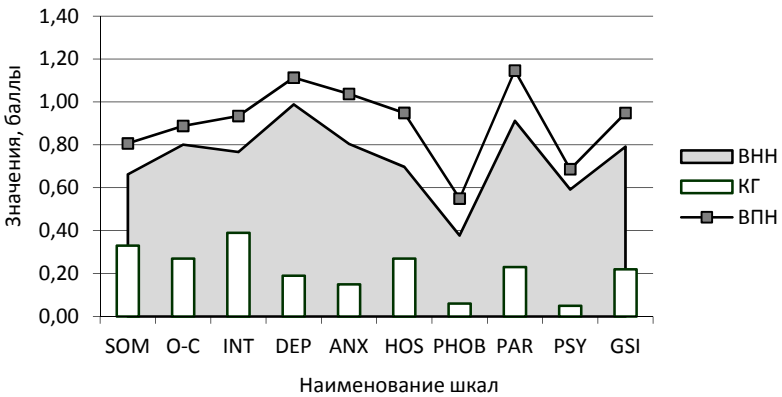


Рис. 3. Показатели шкал SCL-90-R в исследуемых группах после лечения (при выписке)

Как видно из рис. 3, после лечения уровень психопатологической симптоматики снизился, однако средние значения изучаемых показателей у ВПН и ВНН оставались выше показателей контрольной группы. Наибольшей редукции после лечения у ВПН подверглись симптомы соматизации (1,7 раз), обсессивности – компульсив-

ности, тревожности, враждебности и депрессии (1,5 раз), в меньшей степени – «паранойяльные симптомы» и психотизма (1,3), фобической тревожности и межличностной сензитивности (1,4). Снижение уровня психопатологической симптоматики у ВНН отмечено прежде всего по шкалам соматизации (1,8 раз), враждебности и тревожности (1,6 раз), фобической тревожности и депрессии (1,5 раз), в меньшей степени – «паранойяльных симптомов» и психотизма (1,3), межличностной сензитивности (1,4).

Наиболее высокими оставались показатели депрессии, тревожности и значения шкалы «паранойяльные симптомы». Так, при снижении в 1,7 раза у ВПН и 1,8 раза у ВНН уровня соматизации ее значения в 2,4 раза у ВПН и в 2 раза у ВНН были выше аналогичного показателя у лиц контрольной группы. Уровень депрессии при выписке у пациентов обеих групп снизился в 2 раза, однако величина депрессии в 5,8 раза у ВПН и в 5,2 раза у ВНН оставалась выше показателя контрольной группы. При снижении в 1,5 раза уровня тревожности у пациентов обеих групп его величина при выписке в 7 раз у ВПН и в 5 раз у ВНН была выше показателя здоровых. Следует отметить, что уровень паранойяльности у ВПН и ВНН после лечения изменился незначительно. При снижении в 1,3 раза его величина в 5 раз у ВПН и в 4 раза у ВНН выше показателя здоровых лиц. Наибольшие различия между пациентами и контрольной группой выявлены по шкалам психотизма и фобической тревожности. Так, при выписке, по уровню психотизма ВПН и здоровые различались в 14 раз, ВНН и здоровые – в 12 раз, по уровню фобической тревожности ВПН и здоровые различались в 9 раз, ВНН и здоровые – в 6 раз.

Динамическая оценка показателей SCL-90-R через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения свидетельствует об отсутствии значимых изменений в интенсивности психопатологических симптомов у ВПН и ВНН. Вместе с тем по уровню тяжести психопатологической симптоматики до и после лечения по отношению к уровню симптоматики через 1, 3, 6 и 12 месяцев у ВПН и ВНН наблюдалось различие (рис. 4).

Как видно из рис. 4, через 12 месяцев наблюдения отмечаются снижение уровня психопатологических показателей (кроме соматизации и фобической тревожности) в группе ВНН и увеличение у ВПН. Уже через месяц от начала наблюдения у ВПН наблюдается обострение психопатологической симптоматики, динамика которой на протяжении 3, 6 и 12 месяцев сохранялась примерно на од-

ном уровне. Период становления и стабилизации ремиссии в группе ВПН сопровождается увеличением всех показателей SCL-90-R: шкалы «паранойяльные симптомы», соматизации, тревожности, депрессии и враждебности, в меньшей степени – межличностной сензитивности, обсессивности – компульсивности, психотизма и фобической тревожности.

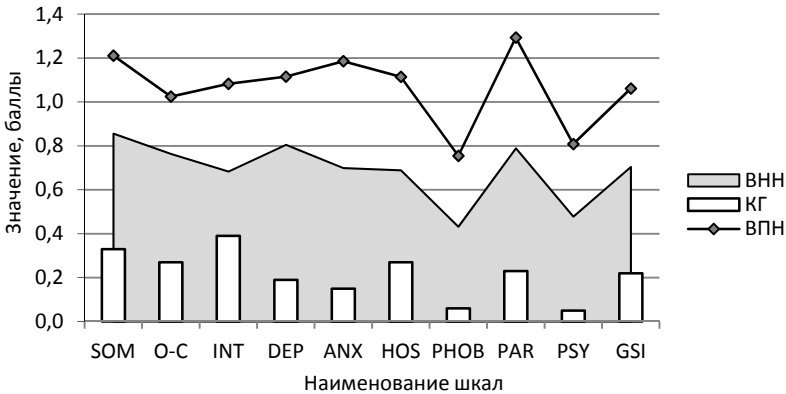


Рис. 4. Показатели шкал SCL-90-R в исследуемых группах через 12 месяцев от начала наблюдения

Сравнительная оценка показателей SCL-90-R до лечения и через 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения показала снижение значений у исследуемых пациентов по всем шкалам. Если значения в группе ВПН при поступлении и спустя 12 месяцев различались по уровню соматизации в 1,4 раза, депрессии – в 1,5 раза, общего индекса тяжести симптомов – в 1,3 раза, то в группе ВНН по уровню депрессии и тревожности – в 1,8 раза, соматизации – в 1,7 раза, враждебности и психотизма – в 1,6 раза, общего индекса тяжести симптомов – в 1,7 раза.

Анализ соотношения значений показателей SCL-90-R при выписке и через 12 месяцев от начала наблюдения у ВПН и ВНН выявил динамические различия в степени тяжести психопатологической симптоматики. Так, если при выписке показатели соматизации у ВПН и ВНН различались в 1,2 раза, то спустя 12 месяцев – в 1,4 раза (1,2/1,4); по уровню тревожности – 1,2/1,7; по уровню депрессии – 1,1/1,4; паранойяльных симптомов и межличностной

сензитивности – 1,2/1,6; враждебности – 1,2/1,6; фобической тревожности – 1,3/1,7; психотизма – 1,2/1,7; обсессивности – компульсивности – 1,2/1,3; общего индекса тяжести симптомов – 1,2/1,5.

Заключение

Активное потребление наркотических веществ наркозависимыми пациентами сопровождается развитием у них психических расстройств с различной степенью выраженности. Несоблюдение основных принципов терапии, особенности течения наркологического заболевания, отсутствие эффективных методов лечебно-реабилитационных технологий и мониторинга лечебно-реабилитационного процесса обуславливают низкий уровень эффективности существующей системы лечения и медико-социальной реабилитации наркозависимых пациентов.

Динамика показателей SCL-90-R носит информативный характер, что важно учитывать в процессе лечения при оценке риска развития нежелательных явлений. Сравнительная оценка показателей SCL-90-R, выявляя разное соотношение проблем, дает возможность дифференцировать пациентов на группы в зависимости от уровня психопатологической симптоматики и тяжести заболевания, позволяет выбирать приоритетные направления терапии (медикаментозной, психотерапевтической, психосоциальной) и оптимизировать тактику ведения пациентов с опишной зависимостью, влияющую на течение и прогноз заболевания.

Наличие сопутствующей патологии (ВИЧ, психических расстройств) ограничивали лечебный эффект терапии. Несмотря на снижение показателей SCL-90-R после проведенного лечения, их величина у ВПН существенно выше показателей здоровых лиц и ВНН, что свидетельствует о недостаточности курса кратковременной одномоментной терапии для нормализации психического состояния и необходимости разработки алгоритма ведения ВПН, включающего проведение длительных, корректируемых с учетом потребностей пациентов, комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Раннее выявление и лечение коморбидных расстройств (психических, соматических) могут снизить вероятность рецидива и повысить эффективность терапевтических программ. Для мониторинга состояния НЗП следует использовать многомерные валидные инструменты, комплексно оценивающие весь спектр медико-социальных последствий потребления наркотических веществ.

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сформулировать следующие выводы.

1. Психопатологическая симптоматика, отражающая уровень дистресса, характерна для пациентов с опийной зависимостью с ВИЧ-инфекцией и без ВИЧ.

2. ВПН статистически значимо ($p < 0,0005$) отличаются от ВНН и здоровых лиц более высоким уровнем тяжести психопатологических симптомов, что указывает на тотальный характер негативного психотропного воздействия потребляемых опиатов и ВИЧ-инфекции.

3. Интенсивность психопатологической симптоматики изменчива: после лечения снижается, в период становления и стабилизации ремиссии у ВПН имеет тенденцию к обострению, что увеличивает риск возникновения рецидива и свидетельствует о низком качестве ремиссии вследствие недостаточной эффективности кратковременного курса терапии.

4. Курс кратковременной одномоментной терапии позволяет достичь на этапе установления ремиссии клинического улучшения, но не стабилизации психического состояния наркозависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией, что указывает на необходимость разработки с учетом потребностей пациентов длительных, комплексных лечебно-реабилитационных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бохан Н.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опийной наркоманией. Павлодар, 2005. С. 190–194.
2. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей инъекционных наркотиков: пособие для врачей / авт.-сост. Р.Д. Илюк и др.; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. СПб., 2012. 47 с.
3. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Алкоголизм: Руководство для врачей. М.: МИА, 2011. 856 с.
4. Крупицкий Е.М. Краткосрочное интенсивное психотерапевтическое вмешательство в наркологии с позиций доказательной медицины // Неврологический вестник. 2010. Т. 42, № 3. С. 25–27.
5. Магалиф А.Ю., Магалиф А.А. Экзистенциальная депрессия и алкоголизм // Аффективные и шизоаффективные расстройства: материалы конф. (Москва, 1-3 окт. 2003 г.). М., 2003. С. 214.
6. Мінко О.О. Інформативність та діагностична значущість результатів психодіагностичного обстеження як маркерів залежності від опіоїдів // Український вісник психоневрології. 2009. Т. 17, вып. 2(59). С. 35–39.
7. Оценка качества ремиссии у больных алкогольной зависимостью на основе клинических и социально-психологических критериев реадaptации к трезво-

- сти / К.В. Рыбакова, Л.А. Дубинина, Н.Г. Незнанов и др. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 4. С. 63–72.
8. Принципы фармакотерапии опишной наркомании / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов, С.О. Мохначев и др. // Наркология. 2002. № 11. С. 28–30.
9. 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; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. СПб., 2012. 44 с.
10. Сумарокова М.А. Эпидемиологические и психопатологические аспекты проблемы ВИЧ у потребителей инъекционных наркотиков // Наркология. 2009. Т. 8, № 10. С. 75–80.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 268 с.
12. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973, vol. 9 (1), pp. 13–27.
13. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Brit. J. Psychiat.*, 1976, vol. 128, pp. 280–289.

REFERENCES

1. Bokhan N.A., Katkov A.L., Rossinskii Yu.A. *Rannyya profilaktika i reabilitatsiya bol'nykh opiinoi narkomaniei* [Pre-exposure prevention and rehabilitation of opiate addicts]. Pavlodar, 2005, 287 p., pp. 190–194.
2. Ilyuk R.D. et al. *Dinamicheskaya otsenka klinicheskikh i sotsial'nykh kharakteristik nakhodyashchikhsya na reabilitatsionnom lechenii potrebiteli in "ekstsiionnykh narkotikov: posobie dlya vrachei* [Dynamical evaluation of clinical and social characteristics of IV drug users on rehabilitation therapy: manual for doctors]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Research Institute Publ., 2012, 47 p.
3. Ivanets N.N., Vinnikova M.A. *Alkogolizm: Rukovodstvo dlya vrachei* [Alcoholism: doctor's manual]. Moscow, MIA Publ., 2011, 856 p.
4. Krupitskii E.M. *Kratkosrochnoe intensivnoe psikhoterapevticheskoe vmeshatel'stvo v narkologii s pozitsii dokazatel'noi meditsiny* [Short-term intensive psychotherapeutic intervention in narcology: evidence-based approach]. *Nevrologicheskii vestnik* [Neurological Bulletin], 2010, vol. 42, no. 3, pp. 25–27.
5. Magalif A.Yu., Magalif A.A. *Ekzistentsial'naya depressiya i alkogolizm* [Existential depression and alcoholism]. *Affektivnye i shizoaffektivnye rasstroistva: materialy konferentsii, Moskva, 1-3 oktyabrya 2003 goda* [Proc. of Conf. «Affective and schizoaffective disorders». Moscow, 1-3 October 2003]. Moscow, 2003, p. 214.
6. Minko O.O. *Informativnist' ta diagnostichna znachushchist' rezul'tativ psikhodiagnostichnogo obstezhennya yak markeriv zalezhnosti vid opioïdiv* [Information and diagnostic value of psychodiagnostic results as opiate dependence markers]. *Ukrains'kii visnik psikhonevrologii* [Ukrainian Psychoneurology Bulletin], 2009, vol. 17, no. 2(59), pp. 35–39.
7. Rybakova K.V., Dubinina L.A., Neznanov N.G. et al. *Otsenka kachestva remissii u bol'nykh alkogol'noi zavisimost'yu na osnove klinicheskikh i sotsial'no-psikhologi-*

cheskikh kriteriev readaptatsii k trezvosti [Estimation of remission quality in alcohol addicts based on clinical and socio-psychological criteria of readaptation to sobriety]. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii* [Psychiatry and medicine psychology review], 2012, no. 4, pp. 63–72.

8. Rokhlina M.L., Kozlov A.A., Mokhnachev S.O. et al. *Printsipy farmakoterapii opiinoj narkomanii* [Principles of opiate addiction pharmacotherapy]. *Narkologiya* [Narcology], 2002, no. 11, pp. 28–30.

9. Ilyuk R.D., Krupitskii E.M., Shishkova A.M. *Programma kompleksnoi terapii komorbidnykh psikhopatologicheskikh i povedencheskikh rasstroystv u VICH-infitsirovannykh narkozavisimykh bol'nykh: metodicheskie rekomendatsii* [Guideline to complex therapeutic regimen of comorbid psychopathological and behavioral disorders for HIV-infected IV drug users]. St. Petersburg, V.M. Bekhterev Psychoneurology Research Institute Publ., 2012, 44 p.

10. Sumarokova M.A. *Epidemiologicheskie i psikhopatologicheskie aspekty problemy VICH u potrebitelei in "ekstsiornykh narkotikov* [Epidemiological and psychopathological aspects of HIV-infection in IV drug users]. *Narkologiya* [Narcology], 2009, vol. 8, no. 10, pp. 75–80.

11. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Psychology of posttraumatic stress: tutorial]. St. Petersburg, Piter Press, 2001, 268 p.

12. Derogatis L.R., Lipman R.S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 1973, vol. 9 (1), pp. 13–27.

13. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *Brit. J. Psychiat.*, 1976, vol. 128, pp. 280–289.

Станько Э.П., Игумнов С.А. Динамика психопатологической симптоматики у пациентов с опиоидной зависимостью в процессе терапии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11, № 3. С. 83–99.

Аннотация. Приведены результаты клинико-психологического исследования показателей психопатологического состояния ВИЧ-положительных (ВПН) и ВИЧ-негативных пациентов с опиоидной зависимостью (ВНН) до и после лечения, на этапах становления и стабилизации ремиссии.

Целью работы было изучение структуры и динамики психопатологической симптоматики у ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных пациентов с опиоидной зависимостью.

Материал и методы. В обследовании принимали участие 820 пациентов. Изучались параметры основных психопатологических симптомов с помощью опросника SCL-90-R в динамике. Представлена структура психопатологической симптоматики пациентов с опиоидной зависимостью. Выявлены изменения показателей психопатологического состояния исследованных пациентов до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения.

Результаты исследований свидетельствуют о наличии более выраженной психопатологической симптоматики у ВПН, чем у ВНН. Установ-

лено, что величина показателей SCL-90-R, несмотря на положительную динамику при выписке, у исследованных пациентов существенно выше показателей здоровых лиц, что свидетельствует о недостаточности кратковременной одномоментной терапии для нормализации психического состояния пациентов с опийной зависимостью и необходимости разработки алгоритма ведения наркозависимых пациентов, включающего проведение длительных, корректируемых с учетом потребностей пациентов, комплексных лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: психопатологическая симптоматика, динамическая оценка, опиоидная зависимость, ВИЧ.

Информация об авторах:

Станько Эдуард Павлович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь, 230000, г. Гродно, ул. Горького, 80, edk_st@mail.ru.

Игумнов Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры реабилитологии УО «Государственный институт управления и социальных технологий Белорусского государственного университета», Беларусь, 220004, г. Минск, ул. Обойная, 7, тел. +375 17 3401819. sigumnov67@gmail.com.

Stanko E.P., Igumnov S.A. Dinamika psichopatologicheskoi simptomatiki u patsientov s opioidnoi zavisimost'yu v protsesse terapii [Dynamics of psychopathological symptomatology in patients with opioid dependence in the process of treatment] (Russian). Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii [The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology], 2015, vol. 11, no. 3, pp. 83–99.

Abstract. The article presents the results of the clinical and psychological study of the psychopathological state indicators exhibited by HIV-positive (HPN) and HIV-negative patients with opioid dependence (HNN) before and after treatment, at the stages of establishment and stabilization of remission.

The aim of the work was to study the structure and dynamics of psychopathological symptoms exhibited by HIV-positive and HIV-negative patients with opioid dependence.

Material and Methods. The survey involved 820 patients. We used a SCL-90-R questionnaire to study parameters of the main psychopathological symptoms over the time of treatment. The article describes the structure of psychopathological symptomatology exhibited by patients with opioid dependence. The study revealed some changes in indicators of psychopathological state of the examined patients before and after treatment, after 1, 3, 6 and 12 months from the start of observation.

Results and discussion. The findings suggest the HPN patients exhibit more severe psychopathological symptomatology than the HNN patients. It was found

out that despite a positive trend at discharge the examined patients exhibited a significantly higher SCL-90-R value than healthy individuals, which indicates that short-term, single-step therapy is not sufficient for revival of the mental state of patients with opioid dependence and there is the need to develop an algorithm of treating drug-dependent patients, including long-term comprehensive treatment and rehabilitation programs, adjusted to the patients' needs.

Keywords: psychopathology, dynamic assessment, opioid dependence, HIV.

Information about authors:

Stanko Eduard, M.D., Ph.D. in Medicine, Associate Professor of Psychiatry and Narcology Department, Grodno State Medical University, Belarus, 230000, Grodno, Gorky st., 80, edk_st@mail.ru.

Igumnov Sergey, M.D., Doctor of Medical Science, Professor, Department of Rehabilitation, State Institute of Management and Social Technologies of Belarusian State University, Belarus, 220004, Minsk, Oboynaya st., 7, tel. +375 17 3401819, sigumnov67@gmail.com.

Поступила: 28.08.2015

Received: 28.08.2015