

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

**ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ**

\*\*\*\*\*

**Том XIII**

**№ 4**

**2007**

**Москва-Павлодар**

---

---

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

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

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

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

Регистрационное свидетельство №1706 выдано  
Министерством печати и массовой информации  
Республики Казахстан  
Регистрационное свидетельство ПИ № 77-7054 выдано  
Министерством Российской Федерации по делам печати,  
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций

**Внимание, соискатели! Журнал “Вопросы ментальной медицины и экологии”  
решением коллегии ВАК от 3.03.2002 г. включен в перечень изданий  
для публикации основных научных результатов диссертации**

Журнал основан в 1995 году  
Адрес редакции: 140001, Казахстан, г. Павлодар, ул. Кутузова, 200  
Телефон (факс): 8(7182) 60-50-93  
E-mail: [press@rncenter.kz](mailto:press@rncenter.kz)

---

---

---

---

# ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ

#### УЧРЕДИТЕЛИ:

- Адылов Д. У.*  
Ритуалы и обряды в целительской практике 7-8
- Когай О. С., Лапина Т. П.*  
Коррекция эмоциональных комплексов через рисование у детей дошкольного и младшего школьного возраста 8-16

### ПСИХИАТРИЯ

**Профессиональная  
Психотерапевтическая  
Лига**

- Аширбеков Б. М.*  
К вопросу о клинической типологии постшизофренических депрессий 17-20
- Бабькинаева А. Т.*  
Исторический аспект «ограниченной» (уменьшенной) вменяемости по данным медицинской литературы 20-23
- Распопова Н. И., Толстикова А. Ю.*  
Особенности диагностики и терапии депрессивных состояний в постабстинентном периоде при героиновой наркомании 24-27

### НАРКОЛОГИЯ

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

**Том XIII  
№ 4  
2007 год**

**выходит  
4 раза в год**

- Катков А. Л., Комарова О. Н.*  
Общие данные о характере наркологической помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан 28-35
- Катков А. Л., Комарова О. Н.*  
Анализ основных потребностей ВИЧ-инфицированных наркозависимых в специализированной наркологической помощи и препятствий в ее оказании по Республике Казахстан 35-41
- Катков А. Л., Пакеев С. О.*  
Социально-психологические характеристики отношения к здоровью и болезни у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом 41-45
- Катков А. Л., Пакеев С. О.*  
Социально-психологические особенности зависимых от опиоидов с гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом 46-55
- Комарова О. Н.*  
Характеристика профиля и объема специализированных услуг, предоставляемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым в наркологических учреждениях, СПИД-центрах и профильных НПО Республики Казахстан 55-62
- Комарова О. Н., Катков А. Л.*  
Характеристика ассортимента услуг наркологического профиля (сектор вторичной и третичной профилактики), предоставляемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан 62-66
- 
-

---

---

*Пакиев С. О., Катков А. Л.*

Особенности наркологического анамнеза у зависимых от опиоидов с гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и хроническими пиелонефритами 66-75

*Пакиев С. О., Катков А. Л.*

Особенности терапевтической динамики основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом 75-79

*Пакиев С. О.*

Особенности формирования терапевтических ремиссий у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом 79-81

*Пакиев С. О.*

Социально-демографические особенности зависимых от опиоидов с коморбидными хроническим гепатитом С и В, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и хроническим пиелонефритом 81-85

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

*Шушкевич В. И.*

Об особенностях применения коаксила в условиях многопрофильной поликлиники 86-91

## **ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА**

*Адылов Д. У.*

Индивидуальная работа целителей – табибов 92-93

*Адылов Д. У.*

Индивидуальная работа целителей – бакши 93-95

*Резюме*

96-103

*Библиография к журналу «Вопросы ментальной медицины и экологии» за 2007 год*

104-107

---

---

---

---

# VOPROSY MENTAL'NOY MEDETSINY I ECOLOGII

## TABLE OF CONTENTS

### FOUNDERS:

### PSYCHOTHERAPY

- Adylov D. U.*  
Rituals and ceremonies in curative practice 7-8  
*Kogaj O. S., Lapina T. P.*  
Correction of emotional complexes through drawing at  
children of preschool and younger school age 8-16

### PSYCHIATRY

**Professional  
Psychotherapeutic  
League**

- Ashirbekov B. M.*  
To a question on clinical typology post-schizophrenia  
depressions 17-20  
*Babykpaeva A. T.*  
Historical aspect of the «limited» (reduced) responsibility  
according to the medical literature 20-23  
*Raspopova N. E., Tolstikova A. U.*  
Features of diagnostics and therapy of depressions in  
the post-abstention period at heroine drug addiction 24-27

### RPSE

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

### NARCOLOGY

- Katkov A. L., Komarova O. N.*  
The general data about the character of the narcological  
help rendered by HIV-infected drug addicts in Republic  
Kazakhstan 28-35  
*Katkov A. L., Komarova O. N.*  
The analysis of basic needs of HIV-infected drug addicts  
in the specialized narcological help and obstacles in its  
rendering on Republic Kazakhstan 35-41  
*Katkov A. L., Pakeev S. O.*  
Socially-psychological characteristics of the attitude to  
health and illness at dependent from opioids with  
comorbide hepatitis B and C, HIV, organic frustration of  
traumatic etiology and a pyelonephritis 41-45  
*Katkov A. L., Pakeev S. O.*  
Socially-psychological features dependent from opioids  
with hepatitis B and C, HIV, organic frustration traumatic  
etiology and a pyelonephritis 46-55  
*Komarova O. N.*  
The characteristic of a structure and volume of the  
specialized services given by a HIV-infected drug addicts  
in narcological establishments, AIDS-centers and profile  
SPO of Republic Kazakhstan 55-62  
*Komarova O. N., Katkov A. L.*  
The characteristic of assortment of services of a  
narcological structure (sector of secondary and tertiary  
preventive maintenance), given to HIV-infected drug  
addicts in Republic Kazakhstan 62-66

**Volume XIII  
№ 4  
2007  
Published 4 times  
in a year**

---

<i>Pakeev S. O., Katkov A. L.</i> Features of the narcological anamnesis at dependent from opioids with hepatites B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and chronic pyelonephritis	66-75
<i>Pakeev S. O., Katkov A. L.</i> Features of therapeutic dynamics of the basic psychopathological syndromes at dependent from opioids with comorbide hepatites B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and pyelonephritis	75-79
<i>Pakeev S. O.</i> Features of formation of therapeutic remissions at dependent from opioids with comorbide hepatites B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and pyelonephritis	79-81
<i>Pakeev S. O.</i> Socially-demographic features dependent from opioids with comorbide chronic hepatites C and B, HIV, organic frustration traumatic etiology and chronic pyelonephritis	81-85

### **PSYCHOSOMATIC MEDICINE**

<i>Shushkevich V. E.</i> About features of application of coaxial in conditions of a versatile polyclinic	86-91
---	-------

### **DEBATABLE TRIBUNE**

<i>Adylov D. U.</i> Individual work of healers – tabibs	92-93
<i>Adylov D. U.</i> Individual work of healers – bakshi	93-95
<i>The resume</i>	96-103
<i>The bibliography to magazine «Questions of mental medicine and ecology» for 2007</i>	104-107

---

### РИТУАЛЫ И ОБРЯДЫ В ЦЕЛИТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКЕ

Д. У. Адылов

Ритуал (от лат. - ritualis) имеет в русском языке два понятия. Первое – это правило поведения или алгоритм какого-либо религиозного действия. Второе – выработанная веками последовательность поведения при соблюдении какого-либо действия. Ритуал – это историческая форма социальных и символических соглашений, которые проводятся по определенным принципам и правилам (Genner A., 1960). Ритуал тесно связан с такими понятиями как церемония, обряд, обычай, этикет. Церемония имеет, в отличие от ритуала, более четкий алгоритм поведения. Обряд, по утверждению В. И. Даля (1996), представляет собой законное или введенное как норма поведения правило. Обычай тесно связан с культуральными и религиозными корнями любого народа. Этикет же – это правила поведения в том или ином общественном месте. Ритуал гораздо шире понятий обряда, обычая, этикета, в нем практически нет застывших правил, жестких канонов. Если принять во внимание взгляды авторов в историческом аспекте значение ритуала, то согласно утверждению У. Робертсон - Смита (1989), он представляет собой религиозную категорию обычаев, служащую религиозным целям. По определению другого автора (Дюркгейм, 1912) ритуал представляет собой правила, которые должен соблюдать человек при посещении святых мест.

По определению психотерапевтов транзактного направления Я. Стюарта и В. Джойс (1996), ритуал – это обычная форма социального взаимодействия, которое протекает по заранее спланированной программе.

Ритуалы различаются по своей сложности. Самое простое – это приветствие. В более сложном полюсе находятся религиозные ритуалы. Последовательность ритуалов заранее предопределена. Структура ритуалов соответствует Эго - состоянию родителя. Выполняя ритуал, человек прислушивается к указаниям родителя. Функционально ритуалы обычно исполняются адаптивным ребенком. Чаще всего, с точки зрения нашей адаптации к ожидаемым нормам поведения, ритуал даёт положительный результат и поэтому его можно определить, как поведение позитивного адаптивного ребенка. В ритуалах используются стереотипные слова, тон голоса, телесные сигналы.

Ритуалы воспринимаются человеком как несущие большой психологический риск, чем уход от них, однако они гарантируют получение знакомых позитивных поглаживаний. Участники ритуала следят за количеством поглаживаний, которыми они

обмениваются. Несмотря на невысокую интенсивность поглаживаний, они, тем не менее, могут служить одним из способов пополнения нашего банка поглаживаний. Предсказуемость поглаживаний в ритуалах может быть полезной для людей, которые в детстве решили, что обмениваться поглаживаниями в близких отношениях рискованно.

При проведении индивидуальных форм целителями можно отметить некоторые ритуальные действия. Это приветствие, присоединение, опрос, клиническое обследование, целительская техника, направленная на разрешение выявленной психологической проблемы или недуга и разрыв. Хотя разные целители проводят различные формы оказания помощи клиентам, обычно все эти составляющие целительского ритуала соблюдаются ими.

При проведении групповой работы также имеются определенные алгоритмы или ритуалы взаимодействия между целителем, шакиртами и членами группы и между членами группы.

#### *Основные ритуальные принципы проведения групповых занятий целителем*

Во время подготовительного этапа с клиентом проводится индивидуальная работа, цель которой - выявление на основе беседы проблемы клиента и постановки цели конкретного конечного результата. Такая работа является важной, т.к. способствует формированию мотивации к групповым занятиям. Правильно проведенная предварительная подготовка клиента способствует созданию положительной мотивации к групповой работе и благотворно влияет на конечный результат. Длительность групповой работы целителя обычно короткая - 1- 2 сутки.

#### *Обряды в кыргызском целительстве*

Наиболее частыми обрядами в целительстве являются следующие:

- курмандык чалуу – это жертвоприношение. При этом в жертву приносится наиболее любимое животное, т.к. считается, что если в жертву принесено нелюбимое животное, то Всевышний не примет его.

- тулоо – угощение для родных или близких с посвящением его Всевышнему. Часто в селах тулоо проводится всем населением села с просьбой Бога послать дождь в засуху.

- зикир чалуу – это громкое пение, прославляющее Бога, святых мест, обязательно включающее в себя просьбу о чем-либо Всевышнего.

---

---

- жар салуу – это произношение сур Корана с просьбой помочь больному вылечиться. Считается, что этот обряд помогает уберечься от темных сил.

- шам жагуу – зажигание свеч с просьбой Бога о привлечении духов, о достижении какой-либо цели. Обычно зажигается 7 свечей.

*Литература:*

1. Даль В. И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 томах. - Т. 2: И - О – Офрмл. «Диамант». – СПб: ТОО «Диамант», 1996. – С. 618 - 619

2. Genner A. van. *The Ritual of Passage / L., 1960, p 381. Эгембердиева А. Кыргыздардын ырым-жырымдары жана символика // Кыргызстандагы мазар басуу: Талас тажрыйбасынын негизинде. – Б., Мамл. Тил ж-а энциклопедия борбору, 2007. – б. 393*

3. Стюарт Я., Джойнс В. *Современный транзактный анализ. – Санкт - Петербург, Социально-психологический центр, 1996. – С. 96*

- приготовление 7 хлебцев - осуществляется с целью позитивно выйти из неприятной ситуации и излечения от болезни.

- садага чабуу – этот обряд проводится больным человеком с целью вылечиться от болезни. Больной устраивает угощение для других людей.

## **КОРРЕКЦИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ КОМПЛЕКСОВ ЧЕРЕЗ РИСОВАНИЕ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

О. С. Когай, Т. П. Лапина

г. Жезказган

Современная эпоха отличается бурным развитием цивилизации, усилением урбанизации, интеграции. Взрослые люди строят грандиозные проекты освоения земного шара и даже космоса, увлеченно занимаются их осуществлением, тратя массу сил, времени и денег. Нередко мы не задумываемся, а для чего все это? Для славы? Для денег? Для удовлетворения собственного тщеславия? Наиболее частый и одобряемый всеми ответ: «Для будущих поколений!». Мы хотим, чтобы наши дети жили в цивилизованном мире, чтобы были полностью обеспечены и счастливы. При этом многие взрослые забывают спросить у ребенка, а что ему нужно, обратить на него внимание сегодня, сейчас, подарить ему внимание, любовь и заботу. Детские психологи и психиатры всё чаще сталкиваются с эмоциональными нарушениями у детей, с эмоциональной депривацией, высоким уровнем тревожности, различными страхами, неуклонно растет число невротических расстройств в детском возрасте.

Середина детства (возраст 5 - 7 лет) – это колыбель неврозов всех видов, то есть таких нарушений в активности ребенка, которые останавливают её развитие. Невроз – это всегда воспроизведение какой-то формы поведения, блокирующий всю активность, это, прежде всего, страх [7, с. 101]. Страх – главная причина неврозов у 5 – 7-летних детей. Неврозы, приобретенные в середине детства, часто приводят к невротическому развитию, искажающему личность, они не позволяют уже взрослым людям состояться, приобрести себя, стать самодостаточными и

счастливыми. Поэтому актуальна разработка новых путей и методов преодоления эмоциональных комплексов в детском возрасте.

С конца XX столетия большое распространение получила арт-терапия или терапия творческим самовыражением (по М. Бурно) [4, 54]. «Арт-терапия полностью соответствует все возрастающей потребности современного человека в мягком, экологическом подходе к его проблемам, неуспешности или неполной самореализации» (Макаров В. В., 2001) [9, с. 254]. «Арт-терапия обладает очевидными преимуществами перед другими, основанными исключительно на вербальной коммуникации, формами психотерапевтической работы». «Она использует «язык» визуальной и пластической экспрессии. Это делает её незаменимым инструментом для исследования и гармонизации тех сторон внутреннего мира человека, для выражения которых слова мало пригодны» (А. Копытин, 1999г.) [8, с. 104]. В работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста преимущества арт-терапии ещё более очевидны, поскольку в этом возрасте более эффективно воздействие на бессознательные, эмоциональные комплексы, а не апелляция к рациональному началу личности, которое ещё не достаточно развито.

Одним из наиболее распространенных и наиболее доступных методов арт-терапии является художественное творчество, а в работе с детьми – различные рисуночные методики. Как известно, ребенок рисует не только то, что видит, но и то, что успел узнать об окружающих его предметах и явлениях.



Подчас он изображает совершенно необычные фантастические, иногда пугающие вещи, которые на самом деле представляют собой его видение мира, людей, тех проблем взрослого человека, с которыми он успел столкнуться [2, с. 5].

Естественно, его видение сильно отличается от нашего. Он выхватывает из действительности только то, что представляется ему важным, что помогает ему объяснить происходящее вокруг, в тоже время, игнорируя многое другое. Он склонен преувеличивать значение одних явлений, которые кажутся ему важными, хотя для взрослых они могут не представлять никакого интереса. С другой стороны, может совершенно упустить из виду то, что может иметь ключевое значение для взрослых [1, с.98].

Постепенно в рисунках ребенка находит отражение более зрелый взгляд на окружающую реальность. Развиваясь, ребенок отказывается от первоначального способа изображения внешнего мира, который становится в его восприятии более адекватным, более точным, близким к реальности. Можно без преувеличения сказать, что детский рисунок – это отражение его личности, его чувств, переживаний, показатель уровня его зрелости и развития.

Как детская игра, так и детский рисунок являются важным фактором развития личности ребенка. В рисунке ребенок находит возможность самовыражения, в нем он пробует свои силы и развивает свои способности. Конечно, процесс рисования доставляет ему удовольствие, но, прежде всего, он служит средством познания окружающего мира. Исходя из этого, те методы обучения, которые приняты сегодня в школе, как правило, не способствуют развитию детей, поскольку требуют, чтобы ребенок действовал в рамках установленных схем, навязывают ему стереотипные представления, которые притупляют его фантазию, подавляют его способности к творчеству, спонтанности и естественности.

Объектом настоящего исследования являются психологические особенности детей дошкольного и младшего школьного возраста. Предметом исследования – эмоциональные комплексы детей дошкольного и младшего школьного возраста.

Гипотеза исследования: в коррекции бессознательных эмоциональных комплексов детей дошкольного и младшего школьного возраста более эффективным является применение арт-терапии, а именно рисуночных методик, в связи с недостаточным развитием рационального начала в личности ребенка.

Для подтверждения гипотезы исследования и решения выдвинутых задач были изучены труды Выготского Л. С., Эльконина Д. Б., Гальперина П. Я., Леонтьева А. Н., Эриксона Э., Абрамовой Г. С. по педагогической и возрастной психологии, а также работы Копытина А. И. и Бурно М. Е. по арт-терапии.

Экспериментальное исследование проведено на базе детского сада-гимназии № 1 г. Сатпаева Карагандинской области. На первом этапе исследования с помощью методов наблюдения, беседы, социометрии

и модифицированного теста Люшера были выявлены эмоциональные комплексы у воспитанников двух дошкольных групп детского сада в количестве 40 человек. Затем дети были разделены на две группы: контрольную и экспериментальную, с которой проводилась коррекционная работа при помощи арт-терапии. На заключительном этапе (через год) вновь проведена диагностика наличия эмоциональных комплексов у детей обеих групп. Рисуночные методики использовались как для диагностики, так и для психокоррекции.

При проведении данного научного исследования нами соблюдались следующие этапы:

1 этап – подготовительный. На данном этапе проводился анализ научной психологической литературы отечественных и зарубежных исследований по проблемам изучения эмоциональных комплексов, возрастной динамики эмоциональных комплексов у детей 5 - 9 лет, а также были проанализированы научные исследования по возрастной, клинической, социальной, педагогической психологии. Это позволило выявить степень разработанности и изученности данных вопросов в настоящее время, а также сформулировать предмет, объект, гипотезу, цель и задачи исследования, обозначить эмпирический материал, исследовательскую базу и контингент испытуемых, а также планирование стратегии проведения экспериментальной работы.

2 этап – диагностический, на котором производился подбор методического инструментария в соответствии с целями и задачами, проведение процедуры исследования с респондентами.

3 этап – аналитический, который включал в себя: первичную обработку полученных результатов; статистическую обработку и интерпретацию эмпирических данных; оформление результатов исследования и формулирование выводов.

На подготовительном этапе применялся метод теоретического анализа, который позволил выделить основные положения и направления по проблеме исследования, позволил сформулировать гипотезу и базу для ее эмпирического подтверждения.

На этапе диагностики применялся метод тестирования для получения дополнительной информации по проблеме исследования. Далее проводилось экспериментальное исследование в 2 группах, которое включало:

а) исследование наличия эмоциональных комплексов у детей 5 - 7 лет;

б) проведение психокоррекции при помощи рисуночных методик имеющихся эмоциональных комплексов;

в) итоговая диагностика наличия эмоциональных комплексов.

На аналитическом этапе были использованы методы математической обработки данных с применением коэффициента корреляции Пирсона при уровне значимости  $P < 0,05$ , U-критерия Манна-Уитни для сопоставления выборок по уровню выраженности

---

---

признака; метод сравнительного анализа эмпирических данных, качественно-количественный (в том числе и статистический) анализ полученных данных. Затем этап завершался формулированием выводов и заключения по итогам проведенного исследования.

По инициативе родителей некоторых детей, по результатам диагностики были проведены индивидуальные консультации.

Выборка исследования составила две предшкольные группы детского сада - гимназии № 1 г. Сатпаева Карагандинской области. Поскольку выборка исследования представлена реальными группами, то с большой степенью вероятности можно предполагать, что она является репрезентативной по отношению к данной популяции (жители г. Сатпаева).

На первом этапе исследования (диагностика наличия эмоциональных комплексов) были обследованы 40 детей, из них 22 девочки, 18 мальчиков.

У 36 детей, что составляет 90%, были выявлены той или иной степени выраженности эмоциональные комплексы. В этой группе было 18 девочек и 18 мальчиков. Эти дети, в свою очередь, методом парного дизайна были разделены на контрольную и экспериментальную группы. Таким образом, каждая из групп состоит из 9 мальчиков и 9 девочек, в каждой из групп - 1/3 детей (6 человек) из неполных семей, по 2 ребенка - из неблагополучных семей.

Для диагностики эмоциональных комплексов был применен ряд методик: наблюдение, клиническая беседа, социометрическая методика «Лесенка», модифицированный тест Люшера, рисуночный диагностический тест.

Социометрическая методика «Лесенка» позволяет выявить представление ребенка о себе, его самооценку. Суть методики: на бумаге рисуется лесенка из 10 ступенек. Ребенку предлагают разместить себя на одной из ступенек (размещение на трех нижних ступенях говорит о низкой самооценке, выше седьмой – о завышенной самооценке), затем предлагается разместить на лесенке других ребят из группы. Результаты исследования заносятся в социометрическую матрицу. Оценка производится следующим образом: заниженная самооценка – 3 балла, адекватная – 2 балла, завышенная – 1 балл.

Тест выбора цвета М. Люшера – проективная методика исследования личности, основанная на субъективном предпочтении цветовых стимулов. Нами применялся модифицированный тест Люшера: ребенок должен был проранжировать свои цветные карандаши или фломастеры по степени привлекательности. Каждым фломастером ребенок рисует последовательно кружок в верхней части рисунка<sup>1</sup>.

Применение рисуночных тестов для выявления личностных особенностей человека основано на принципе проекции, т.е. на вынесении вовне своих

переживаний, представлений, стремлений и т.п. Рисуя тот или иной объект, человек невольно, а иногда и сознательно, передает свое отношение к нему. Вряд ли он забудет нарисовать то, что кажется ему наиболее важным и значимым; а вот тому, что считает второстепенным, будет уделено гораздо меньше внимания. Если какая-то тема его особенно волнует, то при её изображении проявятся признаки тревоги. Рисунок – это всегда какое-то сообщение, зашифрованное в образах. Задача психолога и психотерапевта состоит в том, чтобы расшифровать его, понять, что говорит ему обследуемый [11, с. 76].

Для диагностического использования рисунков очень важно, что они отражают, в первую очередь, не сознательные установки человека, а его бессознательные импульсы и переживания. Именно поэтому рисуночные тесты так трудно «подделать», представив в них себя не таким, какой ты есть в действительности.

Как и прочие проективные тесты, рисуночные методики очень информативны, т.е. позволяют выявить множество психологических особенностей человека. При этом они просты в проведении, занимают немного времени и не требуют никаких специальных материалов, кроме карандаша и бумаги [10, с. 93].

Дополнительным достоинством рисуночных методов является их естественность, близость к обычным видам человеческой деятельности. Тот или иной опыт рисования есть практически у каждого человека. Наиболее близко это занятие детям, поэтому при обследовании детей рисуночные методы применяются особенно часто. Ребенку легко понять тестовую инструкцию, для выполнения методик не нужен высокий уровень развития речи. Вместе с тем, рисунки – удобный повод для того, чтобы непринужденно завязать клиническую беседу.

В отличие от большинства других тестов, рисуночные методики могут проводиться многократно и сколь угодно часто, не утрачивая своего диагностического значения. Они применимы к клиентам самого разного возраста – от дошкольного до взрослого включительно. Это позволяет использовать их для контроля динамики состояния и для наблюдения за ходом психического развития в течение длительного периода.

В последние годы все больше подчеркивается психотерапевтическое значение рисования, как и художественной деятельности вообще. Таким образом, благодаря применению рисуночных методик стирается грань между психологическим обследованием и психотерапевтическим сеансом. Все это сделало рисуночные методики самым распространенным инструментом в работе практического психолога.

---

<sup>1</sup> Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера: Метод. руководство. - М., 1990. - С. 99

---

---

Разумеется, рисуночные методы не лишены недостатков. Главный из них – относительно низкая надежность получаемых результатов, связанная с субъективностью интерпретации. В отличие от более формализованных тестов, таких как тесты интеллекта или личностные опросники, рисуночные тесты, как правило, не позволяют количественно измерить оцениваемые психические свойства. Термины, в которых проводится интерпретация рисунков, обычно лишены той строгости и однозначности, которая характерна для формализованных тестов. Из-за этого трудно научными методами подтвердить надежность и валидность рисуночных методик.

Однако психологов-практиков и психотерапевтов мало смущает недостаточная «научность» рисуночных методов. Для них оказывается более важной та польза, которую они приносят в работе с клиентами. И все же специфику рисуночных тестов нельзя недоучитывать. Она порождает определенные ограничения в их применении, нарушение которых может привести к нежелательным последствиям. Во-первых, следует крайне осторожно относиться к их использованию в статистических научных исследованиях. Во-вторых, делать окончательные выводы о психологических особенностях субъекта на основе одних лишь рисуночных тестов не рекомендуется. Эти тесты дают основания для обоснованных предположений, но не для беспелеяционных суждений. Окончательное заключение может быть вынесено лишь при сопоставлении особенностей рисунков с другими данными (например, с результатами наблюдений, данными клинической беседы или дополнительных, более строгих тестов).

И, наконец, заключение ни в коем случае не должно основываться на отдельных признаках рисунка, взятых изолированно, вне их связи друг с другом. Интерпретация может быть относительно надежной лишь в том случае, если она базируется не на одном отдельном признаке, а поддержана, по меньшей мере, двумя-тремя признаками, обнаруживающимися в рисунках. В нашем исследовании использовался комплекс методик, позволяющий с большой степенью достоверности судить о наличии либо отсутствии эмоциональных комплексов у детей.

Таким образом, на выборке исследования, составленной из реальных групп (дошкольников детского сада – гимназии № 1), включающей 40 человек, проведена диагностика наличия эмоциональных комплексов при помощи методов наблюдения, беседы, социометрии, модифицированного теста Люшера и рисуночной методики. Результаты исследования представлены на сводной таблице (Приложение 1), из которой следует, что лишь четыре ребенка (10%) однозначно не имеют эмоциональных комплексов, а остальные 36 имеют те или иные эмоциональные комплексы различной степени выраженности.

Анализ результатов исследования с целью выявления корреляций между различными переменными

при помощи коэффициента корреляции Пирсона позволил выявить следующее:

- существует достаточно тесная корреляция между уединением, выявленным при наблюдении за детьми, и наличием страхов, выясненных в процессе беседы (коэффициент корреляции 0,52);

- существует достаточно тесная связь между беспокойством, обнаруженным при наблюдении за детьми, и проявлением тревоги по тесту Люшера (коэффициент Пирсона 0,51);

- также достаточно тесная связь между отказом от общения, проявляющемся в процессе наблюдения, и негативными проявлениями, выявленными в рисуночных методиках (0,56);

- прослеживается положительная корреляция между самооценкой и отказом от общения, т.е. чем ниже самооценка, тем более выражен отказ от общения со сверстниками (коэффициент корреляции 0,5);

- достаточно выражена корреляция между показателями агрессии, выявленными при наблюдении и в рисуночных методиках (коэффициент корреляции 0,49), что указывает на достаточную валидность и надежность указанных методик.

Тем самым подтверждаются литературные данные о том, что страхи и другие эмоциональные проблемы характерны для детей 5 - 9 лет и встречаются в норме у большинства детей этого возраста. Такие дети, как правило, не имеют психиатрического диагноза. Эмоциональные комплексы являются результатом негативных психологических воздействий, как от чужих людей, так и от самых близких, то есть возникают в результате неблагоприятного психологического климата, в результате неудачной социализации ребенка, трудностей адаптации и самоопределения.

Дети с выявленными эмоциональными комплексами были разделены методом парного дизайна на две группы по 18 человек: контрольную и экспериментальную. В каждой группе оказались по 9 мальчиков и 9 девочек. В экспериментальной группе проводилась коррекция эмоциональных комплексов при помощи, предложенной оригинальной рисуночной методики, а контрольная группа была подвержена фактору естественной истории, т.е. дети попросились с детским садом, и пошли в первый класс школы.

Описание рисуночных методик коррекции эмоциональных комплексов

Личность имеет в своем распоряжении сильно заряженные эмоциональные символы, находящиеся в бессознательном. Когда человек берет карандаш и сознательно заставляет себя рисовать, в ответ на индифферентный стимул или инструкцию из бессознательного поля мышления выплывает именно та аналогия, которая заряжена более сильной эмоциональной энергией. В ответ на нейтральный стимул бессознательное выдает нам в виде определенных символов самую беспокоящую проблему, которая давно созрела и требует своего разрешения. Для целей психокоррекции нам необходимо нащупать в психике те узлы переживаний, которые в своем существовании

---

---

дестабилизируют его состояние. Таким образом, определение этих беспокоящих человека точек в его бессознательной сфере переживаний, дает нам возможность не запутаться в его тайнах, а четко работать только с теми проблемами, которые уже требуют своего разрешения.

Анализ бессознательной жизни человека во многом гипотетичен. Происходит многократное переkreщивание деталей и символов, однако среди этого хаоса всегда найдется ряд позиций и постоянно повторяющихся символов, которые отражают процессы, дестабилизирующие человека в среде. Анализ и привязка символов к определенным переживаниям происходит у человека как бы автоматически. Существует ряд вероятных или изменчивых символов и ряд жестких или строго детерминированных символов, которые постоянны в своих проявлениях у человека.

Во многом интерпретация зависит от самого исследующего, который должен сам обладать укрепленными ассоциативными возможностями. Во многом интерпретация должна опираться на жизненные явления, т.е. в ассоциациях должна отражаться сама жизнь. Это либо существующие, либо существовавшие предметы и явления, обладающие определенным набором свойств, которые субъект интуитивно бессознательно переносит на себя или окружающих.

Сложный акт перевода мысли или эмоционального переживания в изображение на бумаге проходит стадию выбора, где побеждает символ, наиболее известный и постоянно присутствующий в активном состоянии в бессознательном поле мышления человека. Этот символ несет самый большой заряд эмоциональной энергии. При передаче из мозга на руку побеждает символ, у которого в основе лежат более мощные эмоциональные переживания и совпадения с напоминающими явлениями окружающей среды. После этого человек изображает то, что на сегодняшний день является доминирующим в его неосознаваемых переживаниях<sup>2</sup>.

Рисуночные методики построены на теории психомоторной связи. Для регистрации состояния психики используется исследование моторики (в частности, моторики рисующей доминантной руки, зафиксированной в виде графического следа движения, рисунка). По И. М. Сеченову, всякое представление, возникающее в психике, любая тенденция, связанная с этим представлением заканчивается движением. Если реальное движение по какой-либо причине не осуществляется, то в соответствующих группах мышц суммируется определенное напряжение энергии, необходимой для осуществления ответного движения (на представление – мысль).

Так, например, образы и мысли-представления, вызывающие страх, стимулируют напряжение в группах ножной мускулатуры и в мышцах рук, что необходимо в случае ответа на страх бегством или защитой с помощью рук. Движение имеет направление: удаление, приближение, наклон, подъем, падение. При выполнении рисунка лист бумаги (либо полотно картины) представляет собой модель пространства и, кроме состояния мышц, фиксирует отношение к пространству, т.е. возникающую тенденцию. Пространство, в свою очередь, связано с эмоциональной оценкой переживания, временным периодом (настоящим, прошлым, будущим), а также с действительностью или идеальностью - мыслительным планом психики. При толковании материала теста, помимо общих закономерностей психомоторной связи и отношения к пространству, используются теоретические нормы оперирования с символами, символическими геометрическими элементами и фигурами [18, с. 254].

В настоящее время психологами и психотерапевтами используются самые разнообразные методы коррекции эмоционально-личностных расстройств у детей (игротерапия, сказкотерапия, арт-терапия и т.п.) Все эти методы работают достаточно успешно, если соответствуют психическим особенностям, как ребенка, так и терапевта, а также при наличии необходимых условий для работы. Последний фактор оказывается немаловажным: обустройство помещения для игротерапии, например, требует значительных организационных и финансовых затрат. Поэтому в современных условиях именно методы арт-терапии, в частности, психотерапии через рисунок, оказываются наиболее эффективными.

При арт-терапии акцент ставится на процессе, а не на результате, что не требует никаких особенных умений или талантов от участников. Предлагаемые упражнения могут быть использованы для развития коммуникационных навыков и самоуважения, роста уверенности в себе, то есть всего того, что делает детей способными и готовыми «идти на риск», не бояться совершать ошибки и искать новые пути. Это также эффективный путь исследования и преодоления специфических проблем, трудностей или конфликтов, пробуждения у детей доверия к себе, веры в свои силы, улучшение образа «я», усиления самосознания, понимания особенностей собственного поведения и обеспечения эмоциональной и психологической поддержки детям. Кроме того, это прекрасное средство для оценки способностей и развития детей, готовящихся к школе. Выполнение предлагаемых заданий не подразумевает вынесения каких-то оценок или оценивающих суждений. Здесь не может быть ничего «верного»

---

<sup>2</sup> Егоров Б. Е. *Прогностические рисуночные методики в изучении бессознательного пациентов и особенности психотерапии пограничных поведенческих расстройств: Методические рекомендации. Изд. 3-е, доп. и перераб. / под общ. ред. проф. Ю. В. Валентика и проф. Е. С. Романовой. Российская медицинская академия постдипломного образования, М. – 2001. – С. 7*

---

---

---

---

или «неправильного», хорошего или плохого, и это должно быть ясно. Дети должны чувствовать себя в безопасности и знать, что созданные ими изображения и сказанное ими, выраженные ими чувства и мысли не будут подвергнуты критике и оцениванию.

Здесь также нет временных ограничений или четких указаний, касающихся того, что за чем должно следовать, поскольку судьями и экспертами являются дети, за ними последнее слово, вы следуете туда, куда они поведут вас. Вы обсуждаете то, что они готовы обсудить, и работаете над тем, на что они указывают. Ребенок не должен подвергаться давлению. Нельзя заставлять или поощрять его открываться больше, чем он сочтет нужным и уместным. Все, что сделает ребенок, считается ценным и важным, даже самое незначительное его усилие. Неважно, насколько искусно выполнено то или иное задание, важно старание ребенка.

Нами применена оригинальная методика рисуночной терапии в сочетании с музыкой. Детям предлагалась для прослушивания музыка для релаксации «Волшебство леса» - музыкальная композиция длительностью 30 минут. Во время прослушивания композиции детям предлагалось красками нарисовать на бумаге, что им хочется, что они чувствуют. По окончании сессии проводилось обсуждение рисунков, причем в этот процесс активно привлекались дети. Они, наряду с психологом, пытались определить настроение и красоту рисунка, судьбу нарисованных персонажей, возможные пути улучшения их состояния. Следует особо подчеркнуть, что невозможно описать четкий алгоритм работы психолога либо психотерапевта, поскольку каждая новая сессия совершенно не похожа на другие. В любом случае следует организовать в целом позитивное направление каждого последующего занятия. Не следует ускорять процесс: если ребенок не чувствует достаточно ресурсов, чтобы преодолеть основной страх, полезно проработать «периферийные» страхи: рано или поздно, в той или иной форме «коренной» страх проявит себя в рисунке.

Необходимо заметить, что первая и последняя сессии были коррекционно-диагностическими, где наряду с другими методами исследования фиксировались эмоциональные нарушения. Всего проводилось 4 сессии в течение месяца.

По окончании курса рисуночной арт-терапии в экспериментальной группе было отмечено купирование эмоциональных комплексов практически у всех пациентов.

Динамику изменений можно проследить на примере Даши А. 6 лет, девочка – единственный ребенок в полной нуклеарной семье. Папа руководит торгово-закупочной фирмой, мама работает там же продавцом. Родители большую часть времени проводят на работе. Папа отличается крутым нравом,

не ласков, сдержан, но пользуется большим успехом у женщин, не однократно высказывал мысль, что хотел бы сына, а не дочь. Мама много внимания уделяет своей внешности, уходу за собой, сильно ревнует мужа, большую часть свободного времени затрачивает на выяснение отношений. Родители считают, что они материально хорошо обеспечивают ребенка, стараются выполнить её любые капризы, поэтому ей не на что жаловаться. Воспитатели в детском саду отмечали, что девочка панически боится темноты, часто устраивает «истерички», если не может получить желаемое, часто агрессивна по отношению к сверстникам. В беседе Даша сообщила, что боится темноты, ей кажется, что там кто-то стоит, а мама часто оставляет её одну в темной комнате, когда они ругаются с папой. По тесту Люшера выраженная тревога (!!!!!), средняя степень компенсации (!!!) – на первом месте фиолетовый цвет, на втором – серый, на третьем – коричневый.

При применении рисуночной методики на первой коррекционно-диагностической сессии рисунок (дерево без листвы на черном фоне) отличается крайней степенью проявления агрессии и негатива. Более того, девочка отказалась беседовать с психологом. На второй сессии рисунок гораздо более светлых тонов, но краски не яркие, как бы приглушенные, можно сказать, что присутствует «светлая грусть», одинокая фигурка девочки на скамейке под деревом вызывает щемящее чувство. В беседе девочка пояснила, что на дворе осень, птички улетают, скоро пойдет дождь. Девочка вышла погулять, но с ней никто не играет, и она сидит одна. На следующей сессии ребенок сообщил, что пришла весна, и девочка с мамой хочет повесить кормушку для птиц. Черная дыра дупла на этом рисунке символизирует тот страх темноты, который ещё остается в душе ребенка. На последней сессии рисунок отличается яркими красками, он производит впечатление света и радости, хотя черная птица отражает остатки тревоги в душе ребенка, а острые листья на пальме показывают довольно выраженное стремление к защите. Девочка пояснила, что летом они с мамой ездили на юг, там был пляж с желтым песком, и она много купалась в море. По тесту Люшера показатели тревоги резко снизились (!), компенсация хорошая (!).

В конце первой четверти первого года обучения (через полгода после окончания психокоррекции) в контрольной и экспериментальной группах вновь проведена диагностика эмоциональных комплексов, результаты которой представлены в сводной таблице (Приложение 2).

При анализе данной таблицы выявлено, что в экспериментальной группе 13 детей (70%) избавились от эмоциональных комплексов, что соответствует литературным данным<sup>3</sup>. А в контрольной группе

---

---

<sup>3</sup> Бахурина Е. Техника коррекции эмоциональных комплексов через рисование у детей 5-9 лет. September 22, 2004, 7:30 am/ - с.2

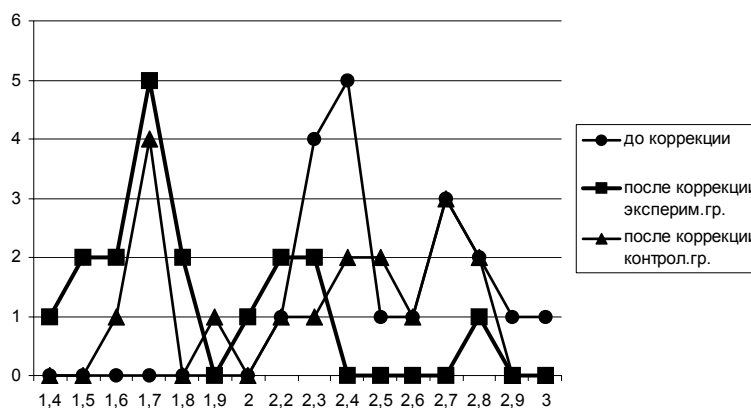
избавились от эмоциональных комплексов лишь 7 человек (около 40%), это обусловлено, с одной стороны, тем, что, как мы ранее указывали, дети в процессе самокоррекции способны избавляться от эмоциональных комплексов, не достигающих степени выраженности нозологии, но с другой стороны - поступление в школу является мощным стрессогенным

фактором, либо усиливающим уже имеющиеся эмоциональные нарушения, либо порождающим их.

Различия по степени выраженности эмоциональных комплексов в контрольной и экспериментальной группах иллюстрируются следующим графиком (см. рисунок 1) и подтверждаются критерием Манна - Уитни.

Рисунок 1

Уровень выраженности эмоциональных комплексов в экспериментальной и контрольной группах до и после коррекции



Таким образом, убедительно доказана эффективность арт-терапии, в данном случае рисуночной методики, для коррекции эмоциональных комплексов у детей дошкольного и младшего школьного возрастов, что ещё раз подтверждает гипотезу о том, что эмоциональные комплексы, имеющие корни в

глубинных бессознательных процессах, для своей коррекции требуют обращения к бессознательному, особенно у детей такого возраста, у которых ещё низка степень социализации, способность к рационализации отношения к себе, миру, окружающим и собственным комплексам.

#### Литература:

1. Абрамова Г. С. *Возрастная психология: Учебник для студентов вузов.* – М.: Академический Проект, 2001, 704 с.
2. Бахурина Е. *Техника коррекции эмоциональных комплексов через рисование у детей 5-9 лет.* September 22, 2004, 4 с.
3. Букаева С. К., Нургазина А. З., Коцугулова Р. М. *Арт-терапевтическое направление психотерапии \ Вопросы ментальной медицины и экологии.* – Т. IX. - № 2, 2003. – С. 15-19
4. Бурно М. Е. *Терапия творческим самовыражением.* - М.: Медицина, 1989, 678 с.
5. Венгер А. Л. *Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство.* – М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003, 160 с.
6. Егоров Б. Е. *Прогностические рисуночные методики в изучении бессознательного пациентов и особенности психотерапии пограничных поведенческих расстройств: Методические рекомендации. Изд. 3-е, доп. и перераб. \ под общ. ред. проф. Ю. В. Валентика и проф. Е. С. Романовой. Российская медицинская академия постдипломного образования.* - М., 2001, 47 с.
7. Кениг К. *Когда нужен психотерапевт... \ Пер. с нем.* – М.: ФОРУМ - ИНФРА-М, 1998, 462 с.
8. Копытин А. И. *Основы арт-терапии.* - СПб.: Лань, 1999, 372 с.
9. Макаров В. В. *Психотерапия нового века.* – М.: Академический Проект, 2001, 496 с.
10. *Проективная психология \ пер. с англ.* - М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000, 435 с.
11. Романова Е. С., Потемкина О. Ф. *Графические методы в психологической диагностике.* - М.: Дидакт, 1992, 345 с.
12. Сидоренко Е. В. *Методы математической обработки в психологии* – СПб: ООО «Речь», 2003, 350 с.
13. Собчик Л. Н. *Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера: Метод. руководство.* - М., 1990, 321 с.
14. Тейлор К. *Психологические тесты и упражнения для детей \ Пер. с англ. Е. Рыбиной.* – М.: Апрель Пресс, Изд-во Эксмо, 2003, 224 с.

15. Чада Ф. Педагогическое значение детских рисунков. – СПб, 1911, 234 с.

16. Лебединский В. В., Никольский О. С. и др. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. - М., 1990, 453 с.

17. Goodenough G., Harris D. B. Studies in psychology of children's drawings / II. 1928-1949 // Psychol. Bull., 1950. – Vol. 47

18. Through children's eyes. Geneva: WHO 2001; 53

Приложение 1

Сводная таблица выявления эмоциональных комплексов в исследуемой выборке

№	Наблюдение				Социометрия самооценка	Беседа наличие страхов	тест Люшера		Рис. тест		итого
	беспокойство	удлинение	отказ от общения	агрессия			тревога	компенсация	агрессия	негатив	
1	3	1	2	3	1	2	3	3	3	3	2,4
2	2	3	1	2	2	3	2	3	2	2	2,2
3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2,2
4	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1,7
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
6	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2,3
7	3	2	1	3	1	3	3	2	3	3	2,4
8	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2,3
9	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2,8
10	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2,3
11	3	1	1	3	1	3	3	3	3	2	2,3
12	3	2	2	2	1	3	2	3	2	3	2,3
13	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1,2
14	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2,7
15	2	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2,4
16	3	1	1	2	3	3	3	2	3	3	2,4
17	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2,4
18	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2,8
19	2	2	2	3	1	2	2	3	2	3	2,2
20	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1,3
21	1	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2,3
22	2	3	1	3	1	3	2	3	3	2	2,3
23	1	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2,4
24	2	3	2	3	1	3	2	2	3	3	2,4
25	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2,7
26	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2,7
27	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2,6
28	3	3	3	1	3	3	2	2	2	3	2,5
29	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2,5
30	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,1
31	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2,8
32	2	3	2	2	2	3	2	3	3	2	2,4
33	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2,9
34	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2,4
35	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2,9
36	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2,7
37	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2,8
38	3	2	2	1	1	3	2	3	3	3	2,3
39	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2,7
40	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2,7
M	2,4	2,225	2,05	2,3	2,2	2,7	2,45	2,5	2,65	2,6	2,3925
s	0,5538	0,487	0,51026	0,472	0,57435897	0,36923	0,3564	0,4103	0,387	0,4	0,1828
		0,217			0,50205965	0,52632	0,5079	-0,1056	0,492	0,55621	

Сводная таблица выявления эмоциональных комплексов в контрольной и экспериментальной группах после коррекции

№	Наблюдение				Социометрия	Беседа	тест Люшера		Рис. тест		итого
	беспокойство	удлинение	отказ от общения	агрессия			самооценка	наличие страхов	тревога	компенсация	
<i>Экспериментальная группа</i>											
1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1,5
2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1,4
3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2,8
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1,5
6	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1,6
7	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2,3
8	2	2	2	1	2	1	2	1	3	2	1,8
9	2	2	2	2	1	3	2	3	3	2	2,2
10	2	2	1	2	1	2	2	3	2	2	1,9
11	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2,5
12	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1,7
13	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1,7
14	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1,6
15	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1,7
16	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1,7
17	2	2	2	3	1	2	2	3	2	3	2,2
18	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1,7
M	1,7778	1,667	1,66667	1,833	1,66666667	2	1,8333	2,1667	2,056	2,11111	1,8778
s	0,4183	0,235	0,23529	0,382	0,47058824	0,47059	0,2647	0,3824	0,408	0,45752	0,1454
<i>Контрольная группа</i>											
1	2	3	1	3	1	3	2	3	3	2	2,3
2	1	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2,4
3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1,7
4	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2,7
5	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1,6
6	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	2,6
7	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1,6
8	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2,5
9	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2,8
10	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1,9
11	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2,9
12	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2,4
13	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2	1,7
14	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2,7
15	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2,8
16	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1,7
17	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2,7
18	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1,7
M	2,2222	2,111	2,05556	2,111	2,27777778	2,44444	2,2778	2,3333	2,333	2,44444	2,2611
s	0,6536	0,34	0,4085	0,34	0,56535948	0,37908	0,5654	0,3529	0,706	0,37908	0,2378



### К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Б. М. Аширбеков

г. Алматы

Со времен выделения постшизофренических депрессий (ПШД), как объекта отдельного изучения, в той или иной степени были рассмотрены различные аспекты данной патологии. Среди них одним из важных для проведения своевременной диагностики и дифференцированной терапии является уточнение психопатологических особенностей ПШД с разработкой клинической типологии. Проблема клинической типологии ПШД восходит к проблеме типологии депрессивного синдрома вообще. В МКБ - 10 принято деление депрессий, основанное на степени тяжести симптоматики, однако такой «количественный» подход, позволяя обосновывать применение тех или иных медицинских мер и в какой - то степени прогнозировать возможные риски, является малоприменимым при разработке конкретных методов терапии и выборе препаратов.

В психиатрической литературе можно встретить несколько классификаций депрессии, основанных на выделении в качестве варианты - образующего различных признаков (особенностей депрессивной симптоматики, ведущего аффекта, коморбидных расстройств, нозологии). Наиболее распространены классификации, предложенные Е. С. Авербухом (1962), Р. Kielholz (1962), О. П. Вертоградовой и В. М. Волошиным (1983), Р. Pichot (1983), Ю. Л. Нуллером, И. Н. Михаленко (1988), А. С. Тигановым (1997), и, возможно, менее известны систематики А. Б. Смулевича с соавторами (1997), Ю. Ю. Чайки и Ю. В. Чайки (2005). Несмотря на давность данной проблемы, в настоящее время отсутствует общепринятая единая систематика депрессий; вышеуказанные классификации обладают различными недостатками, вследствие которых они не получили широкого практического применения. Не существует единого мнения относительно и типологии ПШД. Анализ имеющихся работ дает нам картину разнообразия вариантов ПШД. Авторы в качестве типологического признака используют несколько, различных по сути, клинических феноменов. Так, в литературе описаны апатическая [8, 10, 11, 12, 13], адинамическая [12], апато-адинамическая [12], тоскливая [7, 8, 10], тоскливо-адинамическая [12], тревожная [10, 13], ипохондрические [11, 12, 13], психастено-фобическая [8, 12], астено-депрессивная [13], дисфорическая [12], дистимическая [7, 11, 13] деперсонализационная [10, 11] депрессии. Однако приводимые типологии вследствие отсутствия единого классификационного принципа вызывают затруднения в практическом использовании и малоприменимы в диагностической и терапевтической практике. Современное положение этой проблемы требует дальнейших исследований в данном направлении.

**Целью** данной публикации является разработка подходов к типологии ПДШ.

**Материалы и методы исследования.** Нами обследован 61 больной шизофренией с признаками ПШД согласно критериям МКБ - 10. Основным методом исследования – клинико-психопатологический. Дополнительно для выявления и оценки выраженности депрессии применялись: шкала для оценки депрессии Гамильтона (HDRS), предназначенная для объективной оценки состояния больного исследователем, и шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D), основанная на самооценке больного. В обследованной группе больных было лиц мужского пола – 23 человек; лиц женского пола – 38. Средний возраст обследованных составлял 40,44±9,34 лет.

К общим клиническим особенностям больных с ПШД можно отнести следующие особенности:

- во многих случаях жалобы на плохое настроение не носит активный характер;
- выявление сниженного настроения обычно происходит в ходе расспроса;
- у большинства больных внешние проявления депрессии (мимика, моторика);
- витальность депрессивных переживаний слабо выражена, вследствие чего, клиническая картина может внешне напоминать процессуальный дефект.

Практически у всех больных имели место нарушения ночного сна: позднее засыпание, пробуждения в течение ночи, раннее пробуждение с невозможностью в дальнейшем вновь уснуть. Во многих случаях ПШД не имели чётко очерченные временные границы; часто депрессии протекали длительно, вяло, с периодическими обострениями депрессивной симптоматики. Отмеченные особенности, в целом, подтверждают ранее приводимые в литературе клинические данные [9 - 13].

Психопатологическая картина ПШД может быть условно разделена на два основных компонента: депрессивную симптоматику на переднем плане и шизофреническую симптоматику (остаточные психотические и негативные нарушения). Депрессивная симптоматика включала в себя аффективный, идеаторный и моторный компоненты, соматовегетативные расстройства и коморбидные (именно депрессии) расстройства (депрессивно - ипохондрические, обсессивные расстройства). Депрессивная триада, являющаяся основной составляющей депрессивного синдрома, характеризовалась различными структурными вариантами, как правило, преобладали дисгармоничные и диссоциированные депрессии. Нередко идеаторный и моторный компоненты

---

---

были маловыраженными. Часто встречались комбинации видов депрессивного аффекта: тоскливого, тревожного, апатического, дистимического, однако во всех случаях можно было выделить доминирующий тип аффекта, который определял клинические особенности депрессии, как основной, синдромообразующий элемент депрессивного синдрома [3, 6, 14, 15].

Исходя из результатов проведенного обследования, больные были разделены на четыре группы:

- пациенты с тоскливым вариантом ПШД;
- пациенты тревожно-депрессивным вариантом ПШД;
- пациенты апатическим вариантом ПШД;
- пациенты дистимическим вариантом ПШД.

### Результаты исследования

В первую группу пациентов с преобладанием **тоскливого** аффекта в депрессивных переживаниях вошли 24 человека (39,34%). Выраженность депрессии по шкале Гамильтона, в среднем, составила 15,86±4,8 балла, что соответствует верхней границе малого депрессивного эпизода; по шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES - D) – 29,4±7,65 балла, что соответствует верхним пределам депрессии средней тяжести.

При беседе больные жаловались на чувство тоски, ощущение подавленности, «серое» настроение, упадок сил. В динамике в структуре аффективного комплекса часто отмечались и тревожные включения, носившие, однако, эпизодический, транзиторный характер. Идеаторный компонент проявлялся в невыраженной замедленности мышления, наплывах неприятных мыслей, идеях самоуничтожения, собственной неполноценности. Моторная заторможенность, считающаяся характерной для тоскливого аффекта, практически не отмечалась. Витальность переживаний выявлена лишь у нескольких больных; чаще отмечались суточные колебания настроения (у большинства пациентов в утреннее время). Достаточно редко встречались нарушения аппетита, запоры. У части пациентов в переживаниях звучали психогении: материальные и жилищные проблемы, неприятности в семье, ощущения никому ненужности и собственной бесполезности. Галлюцинаторные включения выявлены у 3 пациентов, «голоса» возникали эпизодически в течение недели, пациенты имели к ним критическое отношение, возникновение их, как правило, усиливало депрессивные переживания, связанные с осознанием наличия болезненных симптомов.

Преобладание **тревожного** аффекта отмечено у 16 больных (вторая группа). Выраженность депрессии по шкале Гамильтона составила в среднем 19,2±10,42 балла. По показателю стандартного отклонения видно, что выраженность депрессивной симптоматики имела достаточно большой размах - от слабовыраженной депрессии до большого депрессивного эпизода. По

шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES - D) среднее значение составило 36±8,97 балла (соответствует тяжелой депрессии).

Больные предъявляли жалобы на состояние тревоги, беспокойства, при этом часто не могли указать предмет своих опасений. Некоторые пациенты связывали свое тревожное состояние с неблагоприятными семейными обстоятельствами, высказывали страх перед возобновлением психотической симптоматики. Только у части больных тревога проявлялась в мимике, телесной моторике, у большинства характерной для тревоги проявлений ажитации не было. Помимо преобладающего тревожного аффекта можно было выявить у больных наличие тоскливого фона настроения, преходящих эпизодов подавленности. Однако на протяжении наблюдаемого депрессивного эпизода, как по длительности проявления, так и по воздействию на поведение и общее состояние в целом, превалировал тревожный аффект. У двух пациентов отмечалась тревожная депрессия с ипохондрическими переживаниями, у одного – тревожная депрессия с галлюцинаторными включениями.

**Апатическая** депрессия выявлена у 14 больных (третья группа). Выраженность депрессии по шкале Гамильтона составила в среднем 14,86±4,95 балла (соответствует малому депрессивному эпизоду), по шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D) – 28,5±6,72 балла (соответствует депрессии средней тяжести).

При расспросе больные отмечают отсутствие каких-либо желаний, стремлений, интереса к окружающему, все представляется пустым, пресным, лишеным смысла и ненужным. При слабой и умеренной выраженности депрессии, больные осознают болезненный упадок психического и физического тонуса, отмечают, что все приходится делать «через силу», «заставлять себя». При достаточной выраженности депрессии больные равнодушны, безразличны к себе и к окружающим явлениям. Как правило, субъективного ощущения сниженного настроения нет либо оно выражено слабо в виде тоскливого аффекта, часто выявлялись периоды подавленности или смутного беспокойства появляющиеся эпизодически в течение дня или недели. Витальность переживаний, идеи вины отсутствовали. Преобладают анергетические расстройства: снижение тонуса, упадок сил, вялость, затруднение в выполнении физической или умственной работы. Доминирование апатического аффекта определяло бездеятельность, безынициативность, пассивность больных. Наличие тоскливого фона, депрессивных переживаний, выявляемых при тщательном расспросе и в результате самооценки по субъективной шкале CES - D, позволяет разграничивать апатический депрессивный аффект от апатического дефицитарного шизофренического симптомокомплекса.

---

---

---

---

В четвертой группе больных с преобладанием дистимического аффекта (7 пациентов) выраженность депрессии по шкале Гамильтона составила в среднем 17,4,36 балла (нижняя граница большого депрессивного эпизода), по шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований (CES-D) – 37,67,4,34 балла (соответствует тяжелой депрессии).

Для больных характерен мрачный фон настроения с раздражительностью, замкнутостью. При беседе неохотно вступают в контакт, часто огрызаются, при вопросах о самочувствии склонны давать ответы типа «спросите у родных, они лучше знают». Часто пациенты высказывают отрывочные, несистематизированные идеи отношения (родные, соседи специально их раздражают, провоцируют). Внешне поведение таких больных напоминает клинику психопатоподобных изменений личности, но при тщательном расспросе выявляется невыраженное тоскливое настроение, без суточных колебаний, с частыми пассивными суицидальными мыслями. Внешние проявления немотивированного раздражения, гневливости часто были связаны с напряженностью депрессивного аффекта. Депрессивный статус больных подтверждается данными самооценки по шкале CES - D, по которой определяются достаточно высокие показатели выраженности депрессии.

Результаты ретроспективного анализа и наблюдения в динамике, показывают, что при всех вариантах ПШД ведущий аффект является устойчивым феноменом клинической картины. Колебания интенсивности аффекта могут приводить к выпячиванию на передний план других депрессивных или недепрессивных (к примеру, личностных особенностей) феноменов. Возможно появление на фоне основного аффективного компонента других видов аффекта, кратковременная смена аффекта, но эти изменения преходящи и не влияют на всю картину депрессии в целом.

#### *Литература:*

1. Kielholz P. *Diagnostic aspects in the treatment of depression // Depressive illness: Diagnosis, assessment, treatment / Ed. P. Kielholz. – Bern, 1962. – P. 11 - 13*
2. Вертоградова О. П., Волошин В. М. *Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака // Журнал невропатологии и психиатрии, 1983. – Т. 83. - № 8. – С. 1189 - 1194*
3. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. *Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988, 264 с.*
4. Тиганов А. С. *Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. – М.: РАМН НЦПЗ, 1997. – С. 12 - 26*
5. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Тхостов А. Ш., Зеленина Е. В., Андриющенко А. В., Иванов С. В. *Психопатология депрессий (к построению типологической модели) // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 28 - 53*
6. Чайка Ю. Ю., Чайка Ю. В. *К постановке проблемы ранговой структуры депрессивного синдрома / Украинський медичний альманах. – 2005. – Т. 8. - № 4 (додаток). – С. 259 - 261*
7. Becker R. E., Colliver J. A., Verhulst S. J. *Diagnosis of secondary depression in schizophrenia // J. Clin. Psychiatry, 1985. – Vol. 46. - N. 11, sect.2. – P. 4 - 8*
8. Абрамова И. В. *Аффективные расстройства в ремиссиях приступообразной шизофрении: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988, 165 с.*

#### **Заключение**

Таким образом, несмотря на то, что в подавляющем большинстве случаев в клинике постшизофренической депрессии проявляются все разновидности депрессивного аффекта, как правило, можно выделить доминирующий аффект, преобладающий по длительности проявления и устойчивости в динамике синдрома. Преобладающий аффект играет в клинической картине роль стержневого компонента, характер идеаторных и поведенческих компонентов (депрессивных и недепрессивных), в том числе остаточных психотических включений, зависит, в конечном счете, от характера доминирующего аффекта. К примеру, характер и фабула ипохондрических и обсессивных переживаний зависит от характера ведущего аффекта, на что указывал и Ю. Л. Нуллер [16].

Оценка выраженности шизофренических негативных расстройств представляла известную сложность вследствие «перекрытия» феноменологической картины негативного и депрессивного симптомокомплексов. Поэтому мы считаем, что при наличии актуальной депрессии достоверная оценка выраженности и качественных особенностей негативных (первичных, дефицитарных) нарушений и использование их в качестве типологического признака практически невозможно. Такое становится вероятным при длительном наблюдении в динамике в процессе успешного антидепрессивного лечения. Но в чисто практическом смысле это теряет свое значение.

Поскольку аффективный компонент депрессивного синдрома в наибольшей степени определяется патогенетическими механизмами депрессивного болезненного состояния [3], типология, опирающаяся на характер доминирующего аффекта, наиболее полно отражает клинические особенности ПШД. Учитывая тактику современной психофармакотерапии, ориентированной на выявление в качестве «мишеней» основных, ведущих синдромов в состоянии больных, важным является и практическая применимость предложенной типологии.

- 
- 
9. Вовин Р. Я., Гусева О. В. Тимический компонент негативного симптомокомплекса при шизофрении. Клиника и лечение // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение): сб. науч. тр. / Под ред. Р. Я. Вовина. – СПб.: Психоневролог. ин-т, 1991. – Т. 130. – С. 50 - 60
10. Гусева О. В. Депрессивные состояния на поздних этапах приступов шизофрении (клинико-психопатологическое исследование): Дис... канд. мед. наук. – Л., 1990, 242 с.
11. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995, 568 с.
12. Шумская К. Н. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности): Автореф. дис. ... канд. мед. наук [Электронный ресурс] // НЦПЗ РАМН / Библиотека. – М., [1999]. – Режим доступа: <http://psychiatry.ru/dissert/shumskaya.html>
13. Чайка Ю. Ю. Типология и динамика постшизофренических депрессий // Украинський вісник психоневрологик, 1999. – Т. 7, вип. 3. – С. 130 - 134
14. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий // Депрессия (психопатология, патогенез): сб. тр. Моск. НИИ психиатр. / Под ред. О. П. Вертоградской. – М., 1980. – С. 9 - 16
15. Волошин В. М. Различные типы депрессивной триады и их диагностическое значение // Депрессия (психопатология, патогенез): сб. тр. Моск. НИИ психиатр. / Под ред. О. П. Вертоградской. – М., 1980. – С.40 - 46
16. Нуллер Ю. Л. Депрессия и деперсонализация. – Л.: Медицина, 1981, 208 с.

## ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ «ОГРАНИЧЕННОЙ» (УМЕНЬШЕННОЙ) ВМЕНЯЕМОСТИ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

А. Т. Бабыкпаева

Обсуждение вопроса обоснованности введения в уголовное законодательство между вменяемостью и невменяемостью категории «ограниченной» (уменьшенной) вменяемости имеет более чем вековую давность. В пользу её признания говорили признанные психиатры XX века Э. Крепелин, В. М. Бехтерев, а также казахстанские психиатры Г. М. Кудьярова, Г. И. Зальцман [1]. Одним из веских аргументов приводилась необходимость гуманного подхода к людям, хотя и вменяемым, но страдающим психическими расстройствами. Этот аргумент созвучен с демократизацией судопроизводства и демократическими преобразованиями, которые проводятся в общей и судебной психиатрии Казахстана в последние годы.

Возражая против «уменьшенной» вменяемости, В. Х. Кандинский в 1890 г. считал, что в каждом случае «...логически возможно признать только одно из двух – или наличие, или отсутствие по вменению... Никакое среднее решение здесь невозможно...». В то же время, он признавал, что «... между нормальным умственным состоянием и полным сумасшествием существует длинный ряд промежуточных состояний... и в подобных случаях только внимательное изучение данного случая *in concreto*, то есть со всеми индивидуальными особенностями, позволяет решить вопрос о вменении [2].

В. П. Сербский в 1896, 1905, 1906 годах, ссылаясь на невозможность «совмещения наказания и лечения», на отсутствие «какой-либо правильной мерки для определения критерия «уменьшенной» вменяемости, которую стали бы применять и к тем случаям, где резко нарушена способность понимания и руководства своими поступками, её пределы представляются слишком слабо очерченным. Введение этого понятия повлечёт совмещение наказания и лечения и может привести к ошибкам и злоупотреблениям. Он также говорил, что «уменьшенная» вменяемость есть опасная бессмыслица [3 - 6]. 17 съезд французских психиатров (1907 г.), рассматривавший вопросы ответственности психически больных, решительно высказывался против положений об уменьшенной вменяемости [7].

Н. И. Бруханский в 1928 г. был против того, что «...эксперту предлагается альтернатива: вменяем - невменяем». Он утверждал, что без уменьшенной вменяемости не обойтись [8].

А. М. Халецкий в 1936 году писал: «Нет точной грани между лицами психически здоровыми и больными, а есть целый ряд переходных ступеней; поэтому в отношении лиц, находящихся в таких переходных состояниях, надо применять особые меры» [9].

В 1947 году, по утверждению Ц. М. Фейнберга, были допущены серьезные ошибки, также повлиявшие на

формирование отрицательного отношения к «уменьшенной» вменяемости, как в науке уголовного права, так и в судебной психиатрии. Чрезмерно широкая трактовка невменяемости, а также тот факт, что лица, направляемые в психиатрические больницы, достаточно быстро выписывались, запасаясь справками о душевной болезни, и вновь совершали преступления, сыграли отрицательную роль в практике применения уменьшенной вменяемости. Всё это привело к тому, что из всех, прошедших экспертизу в Институте судебной психиатрии им. В. П. Сербского в 1921 году, невменяемыми было признано 77,7% испытуемых, в 1922 году – 74,7%, в 1923 году – 60,5%. Значительный процент испытуемых был признан «уменьшено» вменяемыми: в 1921 году – 22,3%, в 1922 году – 21,3%, в 1923 году – 30%. Интересно отметить, что в 1921 году ни один испытуемый не был признан вменяемым. Эта практика получила отрицательную оценку, и с 1928 года признание «уменьшено» (ограниченно) вменяемыми прекратилось [10].

Европейские психиатры: Ch. M. Scherzinger в 1971 году в диссертации «Психические болезни и преступность» писал, что решающим фактором освобождения лица от уголовной ответственности является не психиатрический диагноз, а влияние заболевания на совершённое противоправное действие. Больные шизофренией признаются невменяемыми в тех случаях, когда правонарушение можно расценить как прямое проявление психоза. При «лёгких формах» шизофрении и при наличии шизофренических изменений личности он предлагал вносить заключение об «ограниченной» вменяемости [11].

A. Langeliiddeke, P. H. Bresser в 1976 году в книге по судебной психиатрии, останавливаясь на вопросах вменяемости при шизофрении, писали, что в тех случаях, где по миновании острого периода, когда состояние консолидировалось и остаётся таковым на протяжении нескольких лет, можно ставить вопрос о полной или «ограниченной» вменяемости [12].

В СССР (Союз Советских Социалистических Республик) с конца 20-х до середины 60-х годов XX века этот вопрос почти не рассматривался. О нем в уголовно-правовой литературе ничего не писалось, «уменьшенная» вменяемость отвергалась, как «ненаучная» постановка вопроса, причём иногда было больше резких возражений, чем аргументов в её пользу. Аналогичная ситуация была и в литературе по судебной психиатрии, где об «уменьшенной» вменяемости также либо не упоминалось, либо утверждалось, что реакционная концепция способствует распространению ошибочных взглядов.

Я. М. Калашник считал, что «уменьшенная» вменяемость кроме путаницы ничего не дает, и лишь связывает суд [13 - 16].

Е. К. Краснушкин в 1960 году называл «уменьшенную» вменяемость компромиссным решением юристов с психиатрами, завоеванием психиатров, которым, к сожалению, они не могут гордиться [17].

Вопрос об «уменьшенной» вменяемости стал предметом специального обсуждения на встрече юристов и психиатров, состоявшейся в марте 1965 года во Всесоюзном институте по изучению причин и разработке мер предупреждения преступности, где мнения участников встречи разделились [18].

В 1965, 1966 годах С. Ф. Семенов опубликовал работы в защиту «уменьшенной» вменяемости, где писал, что «...вся аргументация порочности этого понятия говорит лишь о порочности трактовки его и применения в ряде зарубежных стран. Не следует смешивать явления реальной действительности и отражение этих понятий, которые могут быть как материалистическими, так и идеалистическими. Понятие вменяемости и уменьшенной вменяемости, как и всякое понятие, характеризующее сознание человека, отражает объективную реальность, которая требует материалистической трактовки и критики идеалистического трактования. Уменьшенная вменяемость – качество сознания больного человека, характеризующее уменьшенную способность руководить своими действиями и отдавать отчёт в них. Это понятие отражает реально сниженный уровень сознания, снижение возможности человека управлять своими действиями и осмысливать их цель и значение [19 - 20].

С. Ф. Семёнов и А. А. Хомовский в середине 60-х годов XX столетия выступили в «Журнале невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова» и некоторых других юридических изданиях с предложениями о введении категории уменьшенной вменяемости. Однако их позиция была подвергнута сокрушительной критике со стороны ведущих психиатров того времени, которые неоднократно писали о том, что «...отнесение трудных для диагностики и оценки случаев в промежуточную группу уменьшенной вменяемости, лишённой по существу каких бы то ни было границ, ведёт к значительно большему субъективизму, устраняя стремление к чёткой экспертной оценке» [18, 20].

Д. Р. Лунц в 1967 и 1968 годах в своих работах занял противоположную позицию [21 - 23].

В последующем, вопросы на данную тему, время от времени, возобновлялись, но без особого энтузиазма со стороны судебных психиатров.

И. Е. Авербух, Е. А. Голубева в 1970 году уменьшенную вменяемость определяли, как пониженную способность отдавать себе отчёт в своих действиях и руководить ими [24].

Ю. К. Сущенко определял уменьшенную вменяемость, как состояние психики лица, когда его способность сознавать свои действия или руководить ими не утрачена совсем, но по сравнению с нормой понижена (ослаблена) в силу психических аномалий – некоторые формы психопатий, неврозы, дебильность, остаточные явления органического поражения головного мозга, психофизическое недоразвитие и другие явления психопатологии [25].

---

---

Н. И. Фелинская писала, что пограничная вменяемость - есть состояния, относящиеся к пограничным, между нормой и патологией, состояниям [26 - 28].

И. И. Карпец в 1983 году в статье с символическим названием «Полиция возвращается» говорил о том, что внешне привлекательная, якобы гуманистическая норма на деле оборачивается избавлением от ответственности тяжких преступников либо оставляет открытой дверь для разного рода злоупотреблений со стороны врачей-психиатров и судей [29].

Опыт зарубежных стран, в которых существует институт «ограниченной» вменяемости, свидетельствует о том, что разные психические состояния могут служить причиной такого экспертного решения. Кроме того, основополагающим при вынесении экспертных заключений об уменьшенной виновности является не только поиск психопатологии, сколько констатация комплекса таких признаков, как личностные и неврологические расстройства, тяжёлые психические травмы (в основном относящиеся к периоду детства), а также ситуационный конфликт с аффективной реакцией или интоксикацией [30].

Сравнение экспертных заключений, принятых в России с заключениями в ряде зарубежных стран, показывает, что в России «зона» невменяемости шире, главным образом за счёт тех состояний, которые за рубежом относятся к «зоне» ограниченной вменяемости [31].

В. Раш анализируя использование ограниченной вменяемости (уменьшенной ответственности) в ФРГ, указывал, что среди подпадающих под действие этой статьи, страдающих психопатией относительно немного, несмотря на то, что именно в отношении этих пациентов в стране предлагались особые меры по медико-социальной реабилитации с целью снижения повторных опасных действий [32].

В восьмидесятые годы прошлого столетия во время подготовки нового уголовного законодательства дискуссия об ограниченной вменяемости в Советском Союзе возобновилась. Позиция в поддержку ограниченной вменяемости наиболее полно была сформулирована Ю. М. Антоняном и С. В. Бородиным в 1987 году. Они подчёркивали, что ограниченная вменяемость – есть вариант вменяемости, что «ограничено вменяемый» субъект несёт уголовное наказание, что он ответственен перед законом. Вместе с тем, понятие ограниченной вменяемости является правовым отражением оценки влияния той или иной психической аномалии, психической недостаточности на криминальное поведение обвиняемого. Следствием этого влияния может быть

неполная либо недостаточно адекватная оценка ситуации, собственного места и роли в этой ситуации, нарушение контроля деятельности и способности регулировать поведение. Современные требования к защите прав граждан диктуют необходимость учитывать все особенности личности, мотивы и цели поведения, самовосприятия и возможность руководить своими поступками в криминальной ситуации [33].

Статья об «ограниченной» вменяемости была включена в теоретическую модель Уголовного кодекса 1987 года, подготовленную в Институте государства и права СССР. Но авторами так и не было найдено решающего аргумента, который бы убедил всех в праве на её существование. В 1991 году Верховный Совет СССР принял Основы уголовного законодательства СССР, где норма «ограниченная» вменяемость была впервые включена в Уголовный кодекс СССР. Однако распад СССР воспрепятствовал принятию новых уголовных кодексов союзных республик и, соответственно, включению этой нормы в республиканские, в том числе, и в казахстанский уголовный кодекс.

Лишь 13 декабря 1997 года был принят новый Уголовный кодекс Республики Казахстан, который вступил в силу 1 января 1998 года, где в статье 17 говорится о лицах с психическими расстройствами, не исключающими вменяемость.

Практика применения ограниченной вменяемости стационарной судебно – психиатрической экспертизой (СПЭ) имеет место лишь с 2000 года, а в некоторых регионах рекомендуется в единичных случаях, либо вообще не применяется. Подобная осторожность связана, видимо, с недостаточной разработанностью данного вопроса в Казахстане. Ежедневная практика показывает, что не все представители правоохранительных органов и судов готовы к применению статьи 17 Уголовного кодекса Республики Казахстан. Это обстоятельство указывает на то, что одной из приоритетных задач казахстанской судебной психиатрии является изучение и разработка структуры и судебно - психиатрических критериев психических расстройств с учётом положений статьи 17 УК РК.

Всё выше сказанное говорит о том, что по сей день проблема «ограниченной» вменяемости остаётся одной из актуальных в судебной психиатрии не только в Казахстане, но и в других государствах. Её внедрение и выработка судебно-психиатрических критериев позволят более гуманно подходить к лицам вменяемым, но психически больным совершивших правонарушения.

#### *Литература:*

1. Кудьярова Г. М., Зальцман Г. И. Судебная психиатрия. - Алматы, 1999. – С. 227
2. Кандинский В. Х. К вопросу о невменяемости. - Санкт-Петербург, 1890. – С. 239
3. Сербский В. П. Судебная психопатология. - Москва, 1898. – С. 44; 13
4. Сербский В. П. Законодательство о душевнобольных // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. - Москва, 1905. – С. 776-786

- 
- 
5. Сербский В. П. Продолжительность, течение и исходы душевных болезней // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – Москва, 1906. – Том 6, № 3. – С. 339 - 358
  6. Сербский В. П. Руководство к изучению душевных болезней. – Москва: Студенческое мед. изд. комис., 1906. – С. 576
  7. Шостакович Б. В., Огорок Е. М., Ушакова И. М. Расстройства личности и ограниченная вменяемость. Ограниченная вменяемость. Коллективная монография. – Москва, 2005. – С. 180
  8. Бруханский Н. И. Судебно-психиатрическое значение мягких форм шизофрении // Проблемы психиатрии и психопатологии. Биомедгиз, 1928. – С. 429 - 439
  9. Халецкий А. М. Вменяемость шизофреников // Труды первого Всесоюзного совещания по судебной психиатрии 22-24.12.1938 г. – Москва. – С. 60 - 65
  10. Фейнберг Ц. М. Судебно-психиатрическая экспертиза и опыт работы Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского за 25 лет // Проблемы судебной психиатрии. – Москва, 1947, Сб vi. – С. 7 - 9
  11. Rassat M - L. Droit penal. Presses Universitaires de France, 1987. – P. 382 - 383
  12. Langeliiddeke A., Bresser P. H. Gerichliche Psychiatria 4 Aufl-Berline-new-York: de Gruyter, 1976. – P. 451
  13. Калашник Я. М. Труды первого Всесоюзного совещания по судебной психиатрии 22-24.12.1936 года. – Москва, 1937. – С. 119 - 122
  14. Калашник Я. М. Психогенно-реактивные проявления у постпроцессуальных шизофреников // Проблемы судебной психиатрии. – Москва, 1938. – С. 126 - 144
  15. Калашник Я. М. Патологический аффект // Проблемы судебной психиатрии. – Москва, 1941. – Вып. 3. – С. 249 - 280
  16. Калашник Я. М. Проблемы судебной психиатрии. – Москва, 1961. – С. 55
  17. Краснушкин Е. К. К вопросу о так называемых мягких формах шизофрении (проблемы клиники, течения и этиопатогенеза шизофрении). Избранные труды. – Москва, 1960. – С. 348 - 374
  18. Хомовский А. А. Некоторые пути научного сотрудничества юристов и психиатров // Журнал невропатологии и психиатрии. – Москва, 1965. – № 10. – С. 1585 - 1588
  19. Семёнов С. Ф. Эпилепсия // Судебная психиатрия. – Москва, 1965. – С. 157 - 172
  20. Семёнов С. Ф. К вопросу об ограниченной вменяемости // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – Москва, 1966. – Вып. № 8. – С. 1268 - 1272
  21. Луниц Д. Р. О судебно-психиатрическом значении психических аномалий, не исключающих вменяемость // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – Москва, 1967. – Выпуск 4. – С. 605 - 608
  22. Луниц Д. Р. Оценка судом психических аномалий обвиняемого, не исключающих вменяемости // Журнал правосудие. – Москва, 1968. – № 2. – С. 86 - 94
  23. Луниц Д. Р. О задачах психиатра-эксперта при оценке психических аномалий, не исключающих вменяемости // Вопросы судебной психиатрии. – Москва, 1965. – С. 21 - 28
  24. Авербух И. Е., Голубева Е. А. К вопросу о вменяемости психически неполноценных лиц // Вопросы экспертизы в работе защитника. – Ленинград, 1970. – С. 92 - 93
  25. Суценко Ю. К. Уменьшенная вменяемость, как состояние психики // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – Москва, 1973. – Вып. № 3. – С. 604
  26. Фелинская Н. И. О понятии и классификации пограничных состояний // Проблемы судебной психиатрии. – Москва, 1982. – Выпуск 19
  27. Фелинская Н. И. К вопросу вменяемости при шизофрении. Шизофрения и алкоголизм. – Ташкент, 1978. – С. 295 - 297
  28. Фелинская Н. И. О взаимосвязи между психогенным заболеванием и патологической «почвой», на которой оно возникает // Психогенные (реактивные) заболевания на изменённой «почве». – Воронеж, 1982. – Выпуск 2. – С. 15 - 24
  29. Карпец И. И. Полиция возвращается // Из истории уголовной полиции ФРГ. – Москва, 1983. – С. 36
  30. Шостакович Б. В., Горинов В. В. Теоретическое обоснование применения института ограниченной вменяемости // Журнал неврологии и психиатрии. – Москва, 1995. – № 2. – С. 101 - 103
  31. Шостакович Б. В. Узловые проблемы современной судебной психиатрии // Неврологический вестник. – Казань, 1994. – Выпуск 1 - 2. – С. 74 - 76
  32. Раи В. Судебно-психиатрическое значение так называемых «психопатий» // Ограниченная вменяемость. – Москва, 1997. – С. 59 - 110
  33. Антонян Ю. А., Бородин С. В. Преступность и психические аномалии. – Москва, 1987. – С. 108, 124 - 157
- 
-

---

---

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ГЕРОИНОВОЙ НАРКОМАНИИ

Н. И. Распопова, А. Ю. Толстикова

г. Алматы

По прогнозам ВОЗ, количество психических и поведенческих расстройств имеет тенденцию к увеличению, и к 2020 году их доля среди всех заболеваний достигнет почти 50%, что превосходит прогнозируемое увеличение сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты эпидемиологических исследований показывают, что ежегодно в мире заболевают депрессией не менее 200 млн. человек и эта цифра постоянно растёт [Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж., 1997; Крыжановский А. В., 1995]. По данным Roberts A. J., 1996, депрессией страдает примерно каждый пятый человек, однако диагностируют депрессию лишь в 50% случаев.

Зарубежными исследователями (Costae Silva J. A., 1993) установлено, что заболеваемость депрессиями на сегодняшний день приближается к 3%, а риск заболеть депрессиями в течение жизни – к 20%. В течение 12 месяцев (один отдельно взятый год) депрессивные расстройства развиваются у 9,5% женщин и 5,8% мужчин. Этот эпидемиологический показатель, по данным S. L. Dubovsky (2003) составляет, соответственно, до 10% для мужчин и до 25% для женщин. Наиболее часто депрессивные расстройства развиваются у обоих полов в возрасте 30 - 40 лет. До 15% больных депрессией совершают суицидальные попытки (Т. Б. Дмитриева, 1998).

Высокая коморбидность депрессий и расстройств, связанных с зависимостью от ПАВ, неоднократно подтверждена в отечественных и зарубежных исследованиях. Выявлено, что депрессии различной степени тяжести развиваются у больных с зависимостью от ПАВ в 67% случаев, что во много раз превышает распространенность депрессии в общей популяции (I. E. Helzer, T. R. Pryzbeck., 1998). При этом у 10% имеет место тяжелая, часто суицидоопасная депрессия, полностью соответствующая критериям большого депрессивного эпизода.

В последнем пересмотре Международной классификации болезней (МКБ - 10) диагноз: Наркомания отсутствует. Данный вид патологии входит в общую с алкоголизмом группу расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Эти вещества относятся к стимуляторам центральной нервной системы (ЦНС), вызывающих болезненное пристрастие.

Настоящее десятилетие характеризуется ухудшением наркологической ситуации в Казахстане как в отношении распространения алкоголизма среди населения, так и в отношении потребления наркотиков. Аффективные нарушения при наркомании являются одними из наиболее частых психопатологических проявлений. Спектр расстройств эмоциональной сферы при употреблении ПАВ весьма обширен

и неоднороден. По данным литературы, развитию наркотической зависимости в ряде случаев предшествует злоупотребление алкоголем, что может объясняться общностью этиопатогенетических механизмов обоих заболеваний, в частности, нарушением активности серотонинэргических процессов и изменением дофаминового обмена. Иногда больные наркоманией пытаются преодолеть толерантность к опиоидам с помощью массивных доз алкоголя. Наиболее часто у больных наркоманией в постабстинентном состоянии отмечается пониженное настроение на фоне астении, сопровождающееся слабостью, вялостью, снижением волевой активности, повышенной истощаемостью психических процессов. В ряде случаев наблюдаются более очерченные депрессивные состояния с выраженной тревогой, иногда достигающей степени агитации, с суточными колебаниями аффекта с большей выраженностью в утренние часы. Нередко встречаются жалобы на тоску, которая, однако, не достигает степени витальной. Частыми являются расстройства дисфорического круга. Они свидетельствуют о наибольшей интенсивности патологического влечения к наркотику.

Представляет большой практический и научный интерес то, что в последние годы в сфере биологии употребления ПАВ возрос интерес исследователей к коморбидности депрессии и зависимости от ПАВ. Такая коморбидность может отражать общность ряда нейрохимических сдвигов, а именно, нарушение функции дофаминэргической, серотонинэргической, пептидной и других систем в лимбических структурах мозга. Среди нейропептидов наибольшее внимание привлекают кортикотропин – релизинг – фактор и нейропептид G. Однако до сих пор остается открытым вопрос, связана ли депрессия с предшествующей нейробиологической патологией или является следствием приема психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков), поскольку частота вторичных депрессий выше, чем первичных депрессивных синдромов. Так или иначе, по нашему мнению, больные с зависимостью от ПАВ с депрессивными проявлениями должны быть выделены в особую терапевтическую группу, в которой применение антидепрессантов может способствовать редукции зависимости от алкоголя и наркотиков.

Депрессия серьёзно влияет на качество жизни и адаптационные возможности пациентов. Доля больных, у которых депрессия существенно нарушает привычный образ жизни и трудоспособность, колеблется в зависимости от тяжести аффективного расстройства и возрастает от 18,1% до 52,3% при отчетливо выраженных формах депрессий (цит. по А. Б. Смулевичу, 2003).



В работах, посвященных изучению различных аспектов аутоагрессивности при психических расстройствах, связанных с зависимостью от ПАВ (И. М. Елисеев 1978, 1981; Е. Г. Трайнина 1981, 1986), отмечается высокая суицидальная активность этих больных. Выделены три основных фактора риска аутоагрессии у больных наркоманией: тип наркотической психопатизации личности; степень выраженности и качество патологического влечения к наркотику; значимость для личности содержания микросоциального конфликта. С учетом вышеуказанных факторов риска суицидальные попытки подразделялись на три основные группы: истинные, отмечавшиеся у лиц с депрессивным типом наркотической психопатизации личности и высокой личностной значимостью психотравм; демонстративно-шантажные – характерные для эмоционально-неустойчивого типа вторичной психопатизации при отсутствии значимости для личности конфликта; суицидальное поведение по типу импульсивного – при дисфорическом типе психопатизации и выраженным компульсивным влечением к наркотикам, когда малозначимый конфликт играл роль пускового механизма. Причем, в ряде случаев самоповреждения отмечались вне связи с микросоциальным конфликтом, независимо от типа наркотической психопатизации и являлись поведенческим выражением патологического влечения к наркотику.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что депрессии оказывают прямой и косвенный экономический ущерб обществу, вследствие чего возрастает потребность в разработке эффективных мер по совершенствованию диагностики и оптимизации лечения депрессивных расстройств, что определяет актуальность настоящего исследования.

Лечению зависимости от ПАВ посвящено немало исследований. Основными принципами терапии являются добровольность, индивидуализация, сочетание биологического, психотерапевтического и реабилитационного методов лечения. Выбор психофармакологических средств определяется психопатологической структурой синдрома зависимости и включает широкий спектр препаратов.

Депрессивная симптоматика при употреблении ПАВ может развиваться вследствие разных причин: может быть связана с биологическими, нейрохимическими, психогенными причинами, семейными и социальными последствиями употребления ПАВ. Кроме того, депрессия может быть вызвана применением специфической терапии, например, тетурама, при лечении алкогольной зависимости. Перечисленные возможности показывают насколько может быть сложна дифференциальная диагностика депрессивных состояний у больных, употребляющих ПАВ, но именно она определяет в конечном итоге успех тимоаналептической терапии.

Первичный выбор антидепрессанта при лечении депрессий у больных с зависимостью от ПАВ обычно осуществляется в соответствии с феноменологическим

подходом Кильгольца. В последние годы арсенал психотропных препаратов пополнился рядом новых тимоаналептиков (коаксил, флуоксетин, феварин, рекситин), лишенных холинолитических и седативных побочных эффектов трициклических антидепрессантов, а также позитивно влияющих на сферу влечений и агрессивность. При адекватном, дифференцированном применении, современные группы тимоаналептиков могут оказать значительную помощь в комплексной терапии депрессий у больных с зависимостью от ПАВ.

Данное исследование посвящено анализу 24 наблюдений больных, поступивших в НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК (2006 – 2007 г.г.) с различными жалобами соматического характера, которые при обследовании соматической патологии не обнаруживали, а при осмотре психиатром у них выявлялись признаки депрессивных расстройств. Критерием отбора пациентов, в группу обследованных были указания в анамнезе на наркотическую зависимость. Эти больные, как правило, скрывали от врачей-интернистов факт употребления наркотических средств в прошлом, а соматические жалобы связывали с подозрениями на наличие у них серьезных соматических заболеваний. Часть больных считала, что соматические расстройства могут быть последствием употребления наркотиков в прошлом, но об этом сообщали лишь в конфиденциальной беседе с врачом-психиатром, прося не ставить об этом в известность лечащего врача.

Все обследованные мужчины в возрасте от 20 до 34 лет, с явным преобладанием русских и лиц других славянских национальностей - 64,7%, казахи составили – 29,4%, 2 больных (5,9%) - корейцы.

18 больных страдали героиновой наркоманией, а у 6 больных периоды регулярного приёма героина перемежались с попытками перейти на «более легкий наркотик» - гашиш или сгладить симптомы абстиненции злоупотреблением алкоголем. Все обследованные заявляли, что прекратили употребление наркотических веществ задолго до поступления в соматический стационар и «тяги к наркотикам» не испытывали. Период ремиссии составлял от 6 месяцев до 2-х лет. 14 больных открыто сообщили о том, что прекратили приём наркотических средств после лечения в наркологических учреждениях, 12 из которых лечились анонимно, а 8 больных с уверенностью заявили, что отказаться от наркотиков смогли самостоятельно.

Больные красочно описывали период становления ремиссии, в структуре которого чётко прослеживались симптомы тревоги и депрессии с идеями самоуничтожения, самообвинения, тревожным сном с красочными абстинентными сновидениями сцен приготовления и употребления наркотических средств. Постепенно больные отмечали выравнивание настроения, говорили о нём, как о «нормальном», «обычном», но все констатировали, что с отказом от наркотиков «жизнь стала серой», «ничего

не радовало», чувствовали себя измененными, ущербными. Душевный дискомфорт сопровождался неприятными ощущениями в различных частях тела, наводя на мысли о тяжелых соматических недугах. Больные безуспешно обследовались у различных специалистов, обращались к народным целителям и экстрасенсам, стенично добивались направления на обследование в НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК.

При клинико-психопатологическом обследовании у этих больных выявлялись преимущественно тревожные депрессии – 21 пациент (61,8%), у 8 больных (23,5%) депрессию можно было характеризовать, как сенесто-ипохондрическую, а в 5 случаях (14,7%) - как дисфорическую.

В клинической картине депрессивных расстройств у этих пациентов, наряду с типичными симптомами в форме подавленного настроения, снижения активности, ослабления когнитивных функций, как правило, выявлялись признаки тревожных расстройств в виде неоправданных опасений за свое здоровье, внезапных приступов страха, сопровождавшегося сердцебиением, ощущением «нехватки воздуха», головокружением, тремором.

Учитывая выявленные клинические особенности депрессивных состояний в постабстинентном периоде героиновой наркомании, после полного клинического обследования в соматическом стационаре всем обследованным назначалась тимоаналептическая терапия препаратом Рексетин (пароксетин) в дозе от 20 до 50 мг в сутки.

Выбор препарата был обусловлен его целенаправленным воздействием на тревожно-депрессивные расстройства, благодаря специфическому механизму

действия: избирательная блокада обратного захвата серотонина пресинаптической мембраной; повышение свободного содержания серотонина в синаптической щели; усиление серотонинэргического действия в ЦНС, ответственного за развитие тимоаналептического эффекта. При этом, влияние данного препарата на мускариновые альфа и бета рецепторы незначительно, что определяет крайне слабую выраженность холинолитических, кардио-васкулярных и седативного побочных эффектов.

Клиническими испытаниями данного препарата доказано, что в ряду серотонинэргических препаратов, рексетин (пароксетин) является самым мощным и одним из наиболее специфических блокаторов обратного захвата серотонина (D. R. Thomas et al., 1987; I. F. Tulloch et al., 1992). В рандомизированных двойных слепых контролируемых исследованиях, включавших более 2,5 тысяч пациентов с тяжелой депрессией, было установлено, что пароксетин не уступает по своей эффективности имипрамину (мелипрамину) и amitриптилину (G. C. Dunbar et al., 1990; A. L. Laurusen et al., 1985; H. Kuhs et al., 1998, 1990; A. Bignammi et al., 1992; P. Stott et al., 1993), но в отличие от трициклических антидепрессантов (мелипрамин, amitриптилин) рексетин поддерживает повседневную активность, улучшает когнитивные функции (умственные способности), повышает бдительность и внимание, что особенно важно при вождении автотранспорта.

Оценка динамики психических расстройств у обследованных в процессе лечения рексетином проводилась по трем категориям с соответствующими клиническими критериями: «незначительное улучшение», «улучшение» и «значительное улучшение».

Таблица 1

*Эффективность 2- недельной терапии рексетином депрессивных состояний в постабстинентном периоде при героиновой наркомании*

Клиническая структура депрессии	Незначительное улучшение		Улучшение		Значительное улучшение		Итого:	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%
Тревожные	4	11,8	12	35,3	5	14,7	21	61,8
Сенесто - ипохондрические	5	14,7	3	8,8	-	-	8	23,5
Дисфорические	1	2,95	3	8,8	1	2,95	5	14,7
Итого:	10	29,45	18	52,9	6	17,65	34	100

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что к концу 2-й недели лечения рексетином у всех пациентов отмечалась положительная динамика. Более половины больных (52,9%) объективно обнаруживали признаки «улучшения» состояния, у 6 пациентов (17,65%) состояние можно было квалифицировать, как «значительное улучшение» и лишь у

29,45% улучшение состояния было «незначительным». Следует отметить быстрое наступление терапевтического эффекта при тревожных и дисфорических формах депрессивных состояний с относительно отсроченным тимоаналептическим действием рексетина при сенесто-ипохондрических формах депрессий.

*Эффективность 4-х недельной терапии рексетином депрессивных состояний  
в постабстинентном периоде при героиновой наркомании*

Клиническая структура депрессии	Незначительное улучшение		Улучшение		Значительное улучшение		Итого:	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%
Тревожные	1	2,95	6	17,65	14	41,2	21	61,8
Сенесто - ипохондрические	2	5,85	2	5,85	4	11,8	8	23,5
Дисфорические	-	-	2	5,85	3	8,85	5	14,7
Итого:	3	8,8	10	29,35	21	61,85	34	100

При дальнейшем наблюдении к концу 4-й недели приема больными рексетина «значительное улучшение» в психическом состоянии наступило у 61,85% пациентов, «улучшение» прослеживалось в 29,35% наблюдений, а отсутствие быстрой положительной динамики – «незначительное улучшение» наблюдалось только в трех случаях (8,8%).

Таким образом, клинический опыт применения рексетина показывает, что препарат обладает высокой терапевтической эффективностью и может быть рекомендован как препарат выбора при лечении депрессивных состояний в постабстинентном периоде при героиновой наркомании. Особо следует отметить его высокую терапевтическую эффективность при лечении тревожных и дисфорических клинических типов депрессий.

*Литература:*

1. Анохина И. П. Биологические механизмы зависимости от психоактивных веществ (патогенез) // *Лек. по клинической наркологии под ред. Н. Н. Иванца.* - М., 1995. - С. 16 - 39
2. Мосолов С. Н. Применение современных антидепрессантов в терапии депрессий // *Психиатрия и психофармакотерапия.* – М., 2000. - Вып. 1 № 1
3. Рохлина М. Л., Воронин К. Э. Ремиссии и причины рецидивов у больных моно - и полинаркоманиями // *В кн.: Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркомании.* – СПб., 1991. – С. 46 - 50
4. Толстикова А. Ю. Клинико-психопатологический анализ депрессивных состояний и суицидального поведения у больных с зависимостью от психоактивных веществ // *Вопросы ментальной медицины и экологии.* - Т. 2, 2003
5. Толстикова А. Ю. Опыт лечения постабстинентных депрессивных состояний циклическими антидепрессантами // *Мат. 2 съезда врачей и провизоров Республики Казахстан, г. Астана, 4-5 декабря, 2002 г.* – Т. 1
6. Толстикова А. Ю. Сравнительная оценка эффективности терапии депрессивных состояний циклическими антидепрессантами. Дис. кандидата медицинских наук. - Алматы, 2002
7. Kessler R. C., Me Gonagle K. A., Shanyang Z. et al. Lifetime on 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51(1): P. 8 - 19
8. Lepine J. P., Gastpar M., Mendlewich J., Tylee A. Depression in the community First Pan-European Study *Depres. Inter. Clin. Psychopharmacology* 1997; 12: P. 19 - 29
9. Muth E. A. et al. Antidepressant biochemical profile of the novel bicyclic compound Wy – 45.030 an ethyl cyclohexanol derivative. *Biochemical Pharmacology* 1986; Vol. 35, P. 4493 - 4497
10. Michael E. Thase, A. Richard Entsuah and Richard L. Rudolph // *British Journal of Psychiatry* 2001; Vol. 178, P. 234 - 241.
11. Ian M. Anderson and J. Guy Edwards. Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2001; Vol. 7, P. 170 - 180

## НАРКОЛОГИЯ

### ОБЩИЕ ДАННЫЕ О ХАРАКТЕРЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ НАРКОЗАВИСИМЫМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Л.Катков, О.Н.Комарова

г. Павлодар, г. Астана

В ходе реализации комплексной научно-технической программы Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании на 2005-2007 г.г. нам было важно получить реальную оценку существующего сектора наркологических услуг, оказываемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым. В настоящем сообщении приводятся результаты, полученные в основной исследуемой группе (n = 236) учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых, в отношении

характера оказываемой им наркологической помощи. Настоящая оценка проводилась на основании статико-математического анализа специальных карт для эпидемиологических исследований, заполняемых всеми представителями основной исследуемой группы. Ниже приведены основные фрагменты данного анализа.

В таблице 1 приведены данные относительно активного обращения за наркологической помощью в основной исследуемой группе.

Таблица 1

*Характеристика обращения за наркологической помощью в основной исследуемой группе ВИЧ-инфицированных наркозависимых (n = 236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Не обращался	236	66	28,1%	+/-5,7%
Обращался однократно	236	42	17,9%	+/-4,9%
Обращался многократно	236	128	54%	+/-6,4%

Как видно из данных, представленных в таблице 1, около трети (28,1%) представителей основной исследуемой группы самостоятельно за наркологической помощью не обращались. Меньшая часть данной группы (17,9%) обращалась однократно. И более половины (54%) – обращались многократно. Результаты, полученные по данному фрагменту, показывают, что у ВИЧ-инфицированных

наркозависимых присутствует значительная потребность в специализированной наркологической помощи.

В таблице 2 приведены данные относительно частоты обращений и специфики учреждений, куда представители исследуемой группы ВИЧ-инфицированных наркозависимых обращались по поводу имеющихся у них наркологических расстройств.

Таблица 2

*Сравнительная частота обращений, характеристика и статус наркологических учреждений, оказывающих специализированную помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимых (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Обращался в наркологический диспансер (государственный)	236	201	85,1%	+/-5%
Обращался в частные наркологические кабинеты	236	50	21%	+/-5,7%
Обращался в пункты доверия по НПО (программы снижения вреда)	236	39	16,4%	+/-5,2%
Обращался в многопрофильные больницы или поликлиники для снятия интоксикации	236	27	11,4%	+/-4,4%
Обращался к психотерапевтам для кодирования	236	22	9,3%	+/-4,1%

Таблица 2 (продолжение)

*Сравнительная частота обращений, характеристика и статус наркологических учреждений, оказывающих специализированную помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимых (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Обращался к психологам для постоянной поддержки	236	8	3,3%	+/-2,4%
Обращался в частные реабилитационные центры	236	5	2,1%	1,2<>5,3%
Обращался в государственные реабилитационные центры	236	13	5,6%	+/-3,2%
Обращался к народным целителям (колдунам, экстрасенсам и т.д.)	236	15	6,3%	+/-3,4%
Другое	236	4	1,6%	0,9<>4,7%

Как видно из данных, приведенных в таблице 2, по числу обращений лидируют государственные наркологические учреждения системы МЗ РК (наркологические диспансеры) – 85,1%. Далее идут частные наркологические кабинеты – 21%, пункты доверия при НПО (16,4%) и многопрофильные больницы и поликлиники, оказывающие услуги по медикаментозной детоксикации (11,4%). На пятом месте – психотерапевтические кабинеты, оказывающие услуги по кодированию от употребления наркотиков. Прочие формы наркологической помощи, в частности и такие, как государственные реабилитационные центры, востребованы в существенно меньшей степени. Все вышесказанное свидетельствует о том, что до настоящего времени система наркологической помощи, оказываемая за

счет бюджетных средств, является наиболее востребованной и привлекательной. В то же время существенный объем наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым, оказываемый в частном секторе, в секторе многопрофильных больниц и поликлиник, системе психотерапевтической помощи показывает необходимость активного вовлечения данных структур в систему комплексной многоплановой помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым.

Далее приведены некоторые характеристики длительности наблюдения наркозависимых с ВИЧ-статусом, а также – вариантов информирования о заражении ВИЧ среди респондентов основной исследуемой группы. Длительность пребывания с ВИЧ-статусом указана в таблице 3.

Таблица 3

*Длительность пребывания с официально установленным ВИЧ-статусом в основной исследуемой группе (n = 236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
До 1 года	236	27	11,1%	+/-4%
От 1 года до 2 лет	236	60	25,5%	+/-5,6%
От 2 до 3 лет	236	60	25,5%	+/-5,6%
От 3 до 5 лет	236	67	28,5%	+/-5,8%
Свыше 5 лет	236	22	9,4%	+/-3,7%

Как видно из данных, представленных в таблице 3, с наибольшей частотой в основной исследуемой группе представлены респонденты с ВИЧ-статусом от 1 до 5 лет (75,5%), т.е. в тот период, когда активная и наиболее деструктивная стадия инфекционного заболевания еще не разворачивается. Следовательно, вопрос достижения полноценной ремиссии для данного контингента в такой же степени актуален, как и для всего контингента наркозависимых.

Что же касается вопросов эпидемиологической значимости, то адекватная наркологическая помощь ВИЧ-инфицированным наркозависимым, ведущая к достижению устойчивой ремиссии – есть наиболее надежный способ профилактики опасного, в смысле заражения ВИЧ, поведения у данного контингента.

Распределение частоты вариантов информирования о ВИЧ-статусе приведены в таблице 4.

Распределение частоты вариантов информирования о ВИЧ-статусе среди респондентов основной исследуемой группы (n = 236)

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Узнал после добровольного тестирования (анализа крови)	236	155	66%	+/-6,1%
Узнал после принудительного тестирования (анализа крови)	236	49	20,9%	+/-5,2%
Узнал от тех, с кем пользовался общим инструментарием для инъекций (шприцы, посуда)	236	12	5,1%	+/-2,8%
Узнал от своих сексуальных партнеров	236	13	5,5%	+/-2,9%
Узнал во время проведения эпиднадзора среди наркопотребителей	236	7	3%	+/-2,2%
Другое	236	2	0,4%	0,3<>2,7%

Как видно из данных, приведенных в таблице 4, основной канал информирования о ВИЧ-статусе для респондентов исследуемой группы – информация о результатах прохождения добровольного тестирования (66%). Таким образом, условия анонимности и добровольности в области оказания информационных и тестовых услуг являются наиболее предпочтительными для наркозависимых с рискованным поведением в отношении ВИЧ. На втором месте по частоте информирования о ВИЧ-статусе стоит вариант принудительного тестирования (20,9%). Другие варианты информирования о ВИЧ-статусе, в

частности – передача информации от сексуальных партнеров и партнеров по наркопотреблению (использование общего инструментария) отмечались существенно реже – в 5,5% и 5,1% соответственно. Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту – еще одно подтверждение необходимости оказания специализированной помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым на приемлемых для них условиях.

В таблице 5 приведены данные относительно обращения за медицинской помощью в связи с идентификацией ВИЧ-статуса в основной исследуемой группе.

Таблица 5

Характеристика адресного обращения за медицинской помощью в связи с идентификацией ВИЧ-статуса в основной исследуемой группе (n = 236)

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Не обращался	236	30	12,7%	+/-4,3%
Обращался в СПИД-центр	236	197	83,4%	+/-4,7%
Обращался в многопрофильную поликлинику или больницу	236	4	1,7%	1<>4,3%
Обращался в инфекционную больницу	236	1	0,4%	0,3<>2,7%
Обращался в пункт доверия (программы снижения вреда) для ВИЧ-инфицированных наркопотребителей	236	5	2,1%	1,3<>4,8%
Обращался к психологу или психотерапевту	236	11	4,7%	+/-2,7%
Обращался в наркологический диспансер	236	25	10,6%	+/-3,9%
Обращался к народным целителям (биоэнерготерапевтам и т.д.)	236	0	0	0<>2,2%
Другое	236	0	0	0<>2,2%

Как видно из представленных данных, основная часть респондентов исследуемой группы после идентификации ВИЧ-статуса обращалась за медицинской помощью непосредственно в СПИД-центры по месту жительства (83,4%). Далее, по частоте обращения, стоят наркологические диспансеры (10,6%), психотерапевтические и консультативно-психологические службы (4,7%), программы снижения вреда (2,1%) и многопрофильные поликлиники (1,7%). Такое распределение, во-первых, показывает, что основная сфера озабоченности респондентов исследуемой группы – это собственно факт инфицирования ВИЧ со всеми возможными последствиями. Во-вторых, имеет значение полная анонимность и безопасность условий оказания специализированной помощи в СПИД-центрах, гарантируемая законодательством РК. До наркологических диспансеров, где такой гарантии не предоставляется, доходит

лишь десятая часть ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Обращает на себя внимание низкий процент обращения в программы снижения вреда, что, по всей видимости, объясняется скудным ассортиментом предоставляемых услуг и затруднительными условиями доступа. Полученные по данному фрагменту результаты дают представления о наиболее востребуемых видах помощи: консультирование по поводу ВИЧ и специфическая терапия; наркологическая помощь; психотерапия и психологическое консультирование; программы снижения вреда; многопрофильная медицинская помощь. А также подтверждает важность приемлемых условий ее оказания.

Сведения о регулярности получения медицинской и психологической помощи за последние 0,5 года в основной исследуемой группе отражены в таблице 6.

Таблица 6

*Характеристика периодичности медицинской и психологической помощи в основной исследуемой группе (n = 236) за последние 0,5 года*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Регулярная медицинская и психологическая помощь	236	117	49,6%	+/-6,4%
Нерегулярная медицинская и психологическая помощь	236	76	32,2%	+/-6%
Медицинской и психологической помощи не получаю	236	43	18,3%	+/-5%

Как видно из таблицы 6 регулярную медико-психологическую помощь в последние 0,5 года перед проведением настоящего исследования получали 49,6% ВИЧ-инфицированных наркозависимых основной исследуемой группы, и 32,2% получали ее не регулярно. То есть до 80% наркозависимых, информированных о ВИЧ-статусе, имеют мотивацию к улучшению собственного здоровья за счет

предоставления медицинских услуг. Вопрос, следовательно, заключается в объеме, качестве, условиях оказания специализированной помощи и ее эффективности.

Далее, нами исследовался фактический ассортимент специализированных услуг, предоставляемых контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Эти сведения отражены в таблице 7.

Таблица 7

*Характеристика ассортимента специализированных медицинских услуг, оказываемых основной исследуемой группе (n = 236) в последние 0,5 года*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
<i>Информационные услуги</i>				
1. знакомство с профильной печатной информацией целенаправленного профилактического и общего характера (например, о возможности получения профильной наркологической помощи)	236	199	84,3%	+/-5,2%
2. знакомство с профильной видеопродукцией	236	61	25,9%	+/-6,2%
3. информация в непосредственном контакте персонала с наркозависимыми	236	126	53,4%	+/-7,1%

Таблица 7 (продолжение)

Характеристика ассортимента специализированных медицинских услуг, оказываемых основной исследуемой группой ( $n = 236$ ) в последние 0,5 года

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
<i>Предоставление материалов</i>				
4. обмен шприцев	236	206	87,2%	+/-5,2%
5. раздача презервативов	236	159	67,3%	+/-7,4%
6. раздача дезинфекционных материалов	236	62	26,3%	+/-6,9%
7. раздача информационных материалов (поименованных в п. 1)	236	101	42,9%	+/-7,8%
<i>Профильное обучение зависимых от наркотиков</i>				
8. безопасные инъекции	236	184	78%	+/-6,6%
9. профилактика передозировок	236	172	72,7%	+/-7,1%
10. безопасный секс	236	156	66,1%	+/-7,6%
<i>Социальная помощь и поддержка</i>				
11. материальная помощь	236	104	43,9%	+/-9,4%
12. юридические услуги	236	59	28%	+/-8,5%
13. консультирование по социальным вопросам	236	97	41,1%	+/-9,3%
14. жилищные программы	236	9	3,7%	1,9<>9,1%
15. профессиональное обучение	236	24	10,3%	+/-5,8%
16. предоставление рабочих мест	236	24	10,3%	+/-5,8%
<i>Консультационные услуги</i>				
17. психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование)	236	178	75,5%	+/-7%
18. семейное консультирование (семьи зависимых лиц, созависимых)	236	69	29,4%	+/-7,5%
19. социальное консультирование	236	20	8,4%	+/-4,5%
20. реабилитационное консультирование	236	23	9,8%	+/-4,9%
21. социально-психологические тренинги	236	23	9,8%	+/-4,9%
<i>Диагностические технологии</i>				
22. многопрофильное врачебное консультирование (терапевтический, хирургический, инфекционный, ЗПП, фтизиатрический, ВИЧ/СПИД-профили и др. специальные профили)	236	147	62,1%	+/-6,8%
23. тестирование на ВИЧ/СПИД	236	200	84,6%	+/-5,1%
24. тестирование на гепатиты	236	137	57,9%	+/-6,9%
25. тестирование на ЗПП (заболевания, передаваемые половым путем)	236	127	53,8%	+/-7%
26. клиничко-психопатологическая диагностика	236	22	9,2%	+/-4,1
27. экспериментально-психологическая диагностика	236	2	0,5%	0,3<>3,4%
<i>Заместительная терапия</i>				
28. заместительная терапия с использованием метадона	236	0	0	0<>11,6%
29. заместительная терапия с использованием бупринорфина	236	0	0	0<>11,6%
30. заместительная терапия с использованием других препаратов	236	0	0	0<>11,6%



Таблица 7 (продолжение)

*Характеристика ассортимента специализированных медицинских услуг, оказываемых основной исследуемой группой (n = 236) в последние 0,5 года*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
<i>Мотивационные технологии</i>				
31. мотивационное интервью	236	104	44,1%	+/-16,7%
32. мотивационное консультирование	236	83	35,3%	+/-16,1%
33. мотивационная психотерапия	236	42	17,6%	+/-12,8%
<i>Лечебные технологии</i>				
34. амбулаторное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов, ВИЧ/СПИДа)	236	136	57,5%	+/-8%
35. стационарное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов, ВИЧ/СПИДа)	236	34	14,4%	+/-5,7%
36. реабилитационные программы с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ	236	8	3,4%	1,8<>8%
37. реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии для резидентов	236	3	1,4%	0,7<>5,2%
38. амбулаторные реабилитационные программы с исключением наркопотребления	236	3	1,4%	0,7<>5,2%
39. стационарные амбулаторные программы с исключением наркопотребления	236	16	6,8%	+/-4,1%

Из данных, представленных в таблице 7, следует, что по информационному профилю услуг, охват исследуемого контингента, в целом, достигал 84,3%. При этом, основной способ распространения информации – непосредственный контакт с персоналом. В данном пункте следует учитывать и сведения о раздаче информационных материалов, (охват 42,9%), приведенных в следующем классе специализированных услуг. Таким образом, по рассматриваемому сектору услуг основной вопрос заключается не в охвате – он, в целом, значительный – а в качестве предоставляемой информации.

По следующему профилю услуг (предоставление материалов) лидирует, безусловно, обмен шприцев – 87,2% охвата исследуемого контингента. На втором месте – раздача презервативов (67,3% охвата). То есть, согласно полученным данным, СПИД-центры, куда, в основном и обращаются ВИЧ-инфицированные наркозависимые, в значительной степени ориентированы на реализацию технологий третичной профилактики – снижения вреда. И в существенно меньшей степени на реализацию мотивационных технологий по прохождению полноценных программ медико-социальной реабилитации. Что, на наш взгляд, свидетельствует о недостаточно эффективной взаимосвязи наркологических учреждений со СПИД-центрами.

Следующим классом услуг по профилю обучения охвачено от 66,1% до 78%, исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Что, опять таки, подтверждает ориентацию СПИД-центров на технологии третичной профилактики – снижения вреда.

В отношении такого профиля специализируемых услуг, как социальная помощь и поддержка, охват существенно менее значительный - от 43,9% до 3,7%. Что связано с относительно высокой себестоимостью услуг данного профиля, а так же – дефицитом подготовленных кадров.

Профиль консультационных услуг по интенсивности охвата исследуемого контингента представлен неравномерно. Лидером здесь является общий профиль психологического консультирования (в основном – предтестовое и послетестовое консультирование) – 75,5% охвата. В то же время обращает на себя внимание недостаточный охват ВИЧ-инфицированных наркозависимых профилем собственно наркологического консультирования и социально-психологическими тренингами, проведение которых требует специальной квалификации персонала – от 29,4% до 9,8%. Таким образом, подтверждается тезис о недостаточно эффективном взаимодействии наркологических учреждений, СПИД-центров и профильных НПО.

Охват исследуемого контингента диагностическими технологиями представлен весьма интенсивно по профилям диагностики соматического состояния (от 84,6% - тестирование на ВИЧ, до 53,5% - тестирование на ЗПП). В то же время данный профиль крайне скудно представлен клинико-психопатологической диагностикой – 9,2% и экспериментально-психологической диагностикой – 0,5%. Эти данные следует интерпретировать в контексте ранее приведенных сведений о недостаточно эффективном взаимодействии СПИД-центров с системой наркологической помощи. А так же – с учетом общего дефицита подготовленных психологов и психотерапевтов в рассматриваемых секторах здравоохранения.

Профиль заместительной терапии, в силу непроработанности нормативно-правовых условий в Республике для его реализации - полностью отсутствует. Данное обстоятельство осложняет проведение стабильной антиретровирусной терапии контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Мотивационные услуги по степени охвата представлены крайне недостаточно (от 44,1% до 17%). При том, что в отношении исследуемого контингента залогом конструктивного движения от опасного к безопасному поведению и, далее, к отказу от наркопотребления является успешная мотивационная терапия.

Что же касается непосредственно лечебных технологий, то, за исключением амбулаторных форм лечения соматической патологии (включая лечение гепатитов и ВИЧ/СПИДа) – 57,9%, охват исследуемого контингента собственно наркологическим лечением и реабилитацией остаётся крайне незначительным – от 6,8% до 1,4%. Данный факт – еще один аргумент в пользу более тесного и эффективного взаимодействия наркологических учреждений, СПИД-центров и профильных НПО.

Субъективная оценка динамики соматического состояния за последний год среди исследуемого контингента отражена в таблице 8.

Таблица 8

*Субъективная оценка динамики соматического состояния за последний год в основной исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Без изменений	236	68	28,9%	+/-5,8%
Скорее ухудшилось	236	111	47,2%	+/-6,4%
Ухудшилось	236	49	20,9%	+/-5,2%
Скорее улучшилось	236	4	1,7%	1 <math>\diamond</math> 4,3%
Улучшилось	236	1	0,4%	0,3 <math>\diamond</math> 2,7%
Затрудняюсь ответить	236	3	1,3%	0,5 <math>\diamond</math> 3,2%

Как видно из таблицы 8 лишь около трети респондентов основной исследуемой группы (28,9%) отмечают более или менее стабильное соматическое состояние в течение последнего года. В общей сложности 68,1% отмечают ухудшение соматического состояния. И 2,1% - отмечают улучшение физического самочувствия. С одной стороны такая динамика обусловлена поступательным

темпом болезненных изменений в результате наркозависимости и ВИЧ. С другой – недостаточной эффективностью получаемой медицинской помощи.

В таблице 9 приведена субъективная оценка динамики психического состояния исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых за последний год.

Таблица 9

*Субъективная оценка динамики психического состояния за последний год в основной исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Без изменений	236	91	38,6%	+/-6,2%
Скорее ухудшилось	236	98	41,5%	+/-6,3%
Ухудшилось	236	43	18,2%	+/-4,9%
Скорее улучшилось	236	1	0,4%	0,3 <math>\diamond</math> 2,7%
Улучшилось	236	1	0,4%	0,3 <math>\diamond</math> 2,7%
Затрудняюсь ответить	236	2	0,8%	0,5 <math>\diamond</math> 3,2%

Как видно из таблицы 9, процент респондентов, оценивающих свое психическое состояние как достаточно

стабильное, несколько выше, чем по предыдущему пункту (38,6% против 28,9% в соотношении 1,34:1).

Далее, динамику в сторону ухудшения по психическому состоянию отмечают в общей сложности 59,7%, что несколько меньше чем по предыдущей позиции (соотношение 1:1,15). И лишь 0,8% отмечают улучшение психического состояния за последний календарный год. Полученные по данному фрагменту результаты, а также их сравнение с результатами предыдущего исследовательского фрагмента, показывают, что ВИЧ-инфицированные наркозависимые склонны связывать тяжесть своего состояния с соматическим заболеванием. В меньшей степени респонденты исследуемой группы рефлексируют и отслеживают динамику своего психического статуса.

Таким образом:

- у ВИЧ-инфицированных наркозависимых присутствует значительная потребность в специализированной наркологической помощи, оказываемой в государственных наркологических учреждениях;

- в государственное наркологическое учреждение ВИЧ-инфицированные наркозависимые обращаются после того, как получают информацию о ВИЧ-статусе в ходе процедуры добровольного тестирования;

- регулярную медицинскую и психологическую помощь предпочитают получать до 50% ВИЧ-инфицированных наркозависимых; при этом основными условиями, способствующими приверженности и сотрудничеству с лечебными учреждениями, являются безопасность и доступность.

## АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРЕПЯТСТВИЙ В ЕЕ ОКАЗАНИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.Л.Катков, О.Н.Комарова

г. Павлодар, г. Астана

В ходе реализации комплексной научно-технической программы Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем наркомании на 2005-2007 гг. в частности выяснялись как основные потребности, так и препятствия в оказании специализированной наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым. В настоящем сообщении приводятся результаты, полученные в основной исследуемой группе (n = 236) уценного контингента ВИЧ-инфицированных

наркозависимых. Настоящая оценка проводилась на основании статико-математического анализа специальных карт для эпидемиологических исследований, заполняемых всеми представителями основной исследуемой группы. Ниже приведены основные фрагменты данного анализа.

В таблице 1 приведены основные препятствия к обращению за специализированной наркологической помощью, выявленные у исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Таблица 1

*Основные препятствия обращения за профессиональной помощью ВИЧ-инфицированных наркозависимых основной исследуемой группы (n=236)*

Основная причина	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Страх огласки фактов ВИЧ-инфицирования среди близких	50,6%	+/-6,4%
Недостаток или отсутствие информации	47,7%	+/-6,4%
Страх огласки фактов употребления наркотиков среди близких	43,4%	+/-6,3%
Страх постановки на учет в наркологическое учреждение	37%	+/-6,2%
Отсутствие осознания необходимости профессиональной помощи	36,2%	+/-6,1%
Неверие в возможность успешной борьбы с наркотической зависимостью	33,6%	+/-6%
Страх постановки на учет в органы милиции	30,2%	+/-5,9%
Отсутствие желания улучшить состояние здоровья	17,4%	+/-4,9%

Основные препятствия обращения за профессиональной помощью  
ВИЧ-инфицированных наркозависимых основной исследуемой группы (n=236)

Основная причина	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Неверие в «человеческие» качества персонала профильных учреждений	15,7%	+/-4,7%
Отдаленность пунктов доверия и профильных лечебных учреждений	7,2%	+/-3,3%
Сомнение в профессиональной компетенции сотрудников профильных медицинских учреждений	6,8%	+/-3,2%
Иное (указать)	0,9%	0,5<>3,2%

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, на первом месте среди факторов, препятствующих обращению за профессиональной наркологической помощью, стоят вполне определенные опасения насчет того, что огласка статуса наркозависимого ВИЧ-инфицированного и постановка на адресный учет принесут скорее затруднения и издержки, чем дивиденды в области здоровья. Далее, заслуживает внимание фактор недостатка профильной информации (47,7% опрошенных). Прочие факторы связаны с отсутствием осознания необходимости лечения или мотивации на излечение (недостаток

мотивационного компонента информации). А также – с низкой степенью доверия к возможностям современной наркологии (низкое качество и эффективность наркологической помощи на местах). Таким образом, на первом плане – неприемлемые условия оказания специализированной наркологической помощи. На втором – ее низкое качество и эффективность, включая и информационный компонент.

В таблице 2 отражены базовые потребности в условиях оказания специализированной наркологической помощи среди контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Таблица 2

Базисные потребности в условиях оказания профессиональной наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым (n=236)

Предпочтительные условия	Среднее значение положительных ответов	Доверительный интервал
Гарантия безопасности (не будут ставить на учет)	72,2%	+/-5,7%
Отсутствие необходимости оплаты (бесплатность)	62,4%	+/-6,2%
Широкий выбор услуг	43,2%	+/-6,3%
«Человеческое» отношение персонала	41,4%	+/-6,3%
Высокий профессионализм персонала	31,2%	+/-5,9%
Надежда на полное освобождение от наркотической зависимости	28,6%	+/-5,8%
Надежда на то, что самочувствие улучшится	25,6%	+/-5,6%
Хорошая информированность о возможностях предлагаемой медико-социальной помощи	18,5%	+/-5%
Близость от места жительства	18,4%	+/-5%
Другое (указать)	0,4%	0,3<>2,7%

Как видно из таблицы 2 основная потребность в смысле условий оказания наркологической помощи, выявляемая у исследуемого контингента – гарантия безопасности – 72,2%. На втором месте – ее доступность (в смысле отсутствия необходимости оплаты за собственный счет) – 62,4%. Приведенные далее характеристики: широкий ассортимент услуг, высокий уровень профессионализма персонала и

др. касаются объема и качества специализированной наркологической помощи. То есть, с одной стороны, не должно быть никаких отрицательных стимулов, связанных с условиями оказания наркологической помощи. С другой – необходимо присутствие позитивных стимулов, мотивирующих ВИЧ-инфицированных наркозависимых на последовательное прохождение этапов наркологической

помощи. Немаловажным условием является доступность профессиональной помощи по месту жительства. Значимость данного факта отмечают 18,4% респондентов основной исследуемой группы.

В таблице 3 отражены предпочтения ВИЧ-инфицированных наркозависимых в отношении определенных услуг по оказанию специализированной наркологической помощи.

Таблица 3

*Характеристика востребованности услуг наркологического профиля в основной исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
<i>Информационные услуги</i>				
1. знакомство с профильной печатной информацией целенаправленного профилактического и общего характера (например, о возможности получения профильной наркологической помощи)	236	176	74,5%	+/-5,9%
2. знакомство с профильной видеопродукцией	236	76	32,1%	+/-6,3%
3. информация в непосредственном контакте персонала с наркозависимыми	236	88	37,3%	+/-6,5%
<i>Предоставление материалов</i>				
4. обмен шприцев	236	201	85,2%	+/-5,2%
5. раздача презервативов	236	153	64,6%	+/-7%
6. раздача дезинфекционных материалов	236	96	40,7%	+/-7,1%
7. раздача информационных материалов (поименованных в п. 1)	236	68	28,7%	+/-6,6%
<i>Профильное обучение зависимых от наркотиков</i>				
8. безопасные инъекции	236	154	65%	+/-7,4%
9. профилактика передозировок	236	174	73,8%	+/-6,8%
10. безопасный секс	236	131	55,6%	+/-7,7%
<i>Социальная помощь и поддержка</i>				
11. материальная помощь	236	152	64,6%	+/-7,1%
12. юридические услуги	236	104	44%	+/-7,4%
13. консультирование по социальным вопросам	236	43	18,4%	+/-5,8%
14. жилищные программы	236	51	21,7%	+/-6,1%
15. профессиональное обучение	236	60	25,3%	+/-6,5%
16. предоставление рабочих мест	236	107	45,4%	+/-7,4%
<i>Консультационные услуги</i>				
17. психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование)	236	85	36%	+/-6,9%
18. семейное консультирование (семьи зависимых лиц, созависимых)	236	139	58,8%	+/-7,1%
19. социальное консультирование	236	52	21,9%	+/-5,9%
20. реабилитационное консультирование	236	63	26,9%	+/-6,4%
21. социально-психологические тренинги	236	39	16,7%	+/-5,4%
<i>Диагностические технологии</i>				
22. многопрофильное врачебное консультирование (терапевтический, хирургический, инфекционный, ЗПП, фтизиатрический, ВИЧ/СПИД-профили и др. специальные профили)	236	195	82,8%	+/-5,1%
23. тестирование на ВИЧ/СПИД	236	158	67%	+/-6,4%
24. тестирование на гепатиты	236	119	50,2%	+/-6,8%
25. тестирование на ЗПП (заболевания, передаваемые половым путем)	236	108	45,9%	+/-6,8%

*Характеристика востребованности услуг наркологического профиля  
в основной исследуемой группе (n=236)*

<b>Наименование</b>	<b>Число наблюд.</b>	<b>абс</b>	<b>%</b>	<b>Доверитель- ный интервал</b>
<i>Диагностические технологии</i>				
26. клинико-психопатологическая диагностика	236	25	10,5%	+/-4,2%
27. экспериментально-психологическая диагностика	236	4	1,9%	1,1<>4,9%
<i>Заместительная терапия</i>				
28. заместительная терапия с использованием метадона	236	174	73,8%	+/-9,4%
29. заместительная терапия с использованием бупринорфина	236	0	0	0<>5%
30. заместительная терапия с использованием других препаратов	236	56	23,8%	+/-9,1%
<i>Мотивационные технологии</i>				
31. мотивационное интервью	236	16	7%	2,3<>17%
32. мотивационное консультирование	236	58	24,6%	+/-11,2%
33. мотивационная психотерапия	236	182	77,2%	+/-10,9%
<i>Лечебные технологии</i>				
34. амбулаторное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов, ВИЧ/СПИДа)	236	139	59,1%	+/-7,3%
35. стационарное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов, ВИЧ/СПИДа)	236	112	47,7%	+/-7,4%
36. реабилитационные программы с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ	236	46	19,3%	+/-5,8%
37. реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии для резидентов	236	62	26,1%	+/-6,5%
38. амбулаторные реабилитационные программы с исключением наркопотребления	236	50	21%	+/-6%
39. стационарные программы с исключением наркопотребления	236	66	28%	+/-6,7

Приведенные в таблице 3 результаты следует интерпретировать с учетом реального знакомства исследуемого контингента с соответствующим профилем услуг по оказанию специализированной наркологической помощи. В предпочтениях по профилю информационных услуг существенной разницы относительно реального объема оказываемой помощи (см. таблицу 31) выявлено не было.

Таким же образом дело обстоит и по профилю предоставления материалов и образовательному профилю – процент охвата по каждой разновидности услуг примерно соответствует заявляемой потребности.

По профилю социальной помощи и поддержки по ряду позиций была выявлена существенная разница между реальным объемом предоставляемой

помощи и потребностями в ее оказании. Так, по специфике материальной помощи соотношение потребностей и реального объема составляет 1,47:1 при P<0,05; по специфике юридических услуг – 1,57:1 при P<0,05; по жилищным программам – 5,86:1 при P<0,01; по профессиональному обучению – 2,46:1 при P<0,01; по предоставлению рабочих мест – 4,41:1 при P<0,01. Следовательно, реальная потребность в услугах социального профиля существенно превышает их предоставляемый объем.

По профилю консультационных услуг следует отметить существенное преобладание потребностей над реальным объемом по следующим позициям: семейное консультирование – соотношение 2:1 при P<0,05; социальное консультирование – 2,6:1 при P<0,01; реабилитационное консультирование – 2,74:1

при  $P < 0,01$ ; социально-психологические тренинги - 1,7:1 при  $P < 0,05$ . Таким образом, реальная потребность в тех видах консультирования, которые касаются непосредственно наркологических проблем у ВИЧ-инфицированных наркозависимых, существенно превышает объем получаемой профильной помощи.

Что касается профиля диагностических технологий, то за исключением первой позиции многопрофильного врачебного консультирования (соотношение потребностей к реальному объему 1,33 : 1 при  $P < 0,05$ ), существенных различий по другим спецификам услуг не отмечалось. Однако здесь следует иметь в виду, что смысл двух последних видов диагностики в данном разделе – клинико-психопатологической и экспериментально-психологической мог быт вполне ясен лишь тем респондентам, кто подвергался данной процедуре.

В отношении определения запросов по профилю заместительной терапии следует отметить существенную потребность по специфике терапии метадонотом, т.е. тем препаратом, который более или менее известен наркопотребителям (73,8%) и гораздо меньшую степень доверия к неизвестным препаратам.

По профилю мотивационных технологий обращает на себя внимание существенная потребность в мотивационной психотерапии (77,2% против 17,6% реального объема помощи в соотношении 4,38:1

при  $P < 0,01$ ), а не в более простых мотивационных технологиях.

Что касается потребностей в специализированных лечебных технологиях, то за исключением первой позиции – амбулаторного лечения соматической патологии, по всем другим позициям отмечается существенное и многократное превышение спроса над предложением: по стационарному лечению соматической патологии – 3,31:1 при  $P < 0,01$ ; по реабилитационным программам с дозированным употреблением ПАВ – 5,68:1 при  $P < 0,05$ ; по тем же программам с режимом заместительной терапии – 18,6:1 при  $P < 0,01$ ; по амбулаторным программам с полной абстиненцией – 15:1 при  $P < 0,01$ ; по стационарным программам – 4,1:1 при  $P < 0,01$ .

Таким образом, данный фрагмент исследования показывает существенную потребность ВИЧ-инфицированных наркозависимых в услугах по профилям: социальной помощи и поддержки; дифференцированных консультативных; заместительной терапии; мотивационной психотерапии; лечебно-реабилитационных. Причем потребность в услугах выше-названного профиля удовлетворяется далеко не полностью, либо не удовлетворяется вовсе.

В следующей таблице 4 приведены данные о том, насколько стабилен спрос на услуги, поименованные в предыдущем фрагменте, среди ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Таблица 4

*Характеристика устойчивости спроса на комплекс услуг наркологического профиля в основной исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Нужны постоянно	236	173	73,9%	+/-5,6%
Пункты непостоянно (эпизодически)	236	50	21,4%	+/-5,3%
Не нужны	236	4	1,3%	0,8<>3,8%
Нужны только некоторые элементы	236	9	3,4%	+/-2,3%

Как видно из таблицы 4 – более 70% представителей основной исследуемой группы отмечают стабильную и устойчивую потребность в специализированной наркологической помощи с ассортиментом услуг, представленным в предыдущем фрагменте. Эпизодическую потребность в такого рода помощи отмечают 21,4% респондентов. Таким образом, в общей сложности 95,3%

исследуемого контингента считает полезным и необходимым использование широкого ассортимента специализированных наркологических услуг.

В таблице 5 приводятся сведения относительно предпочтительных организаций и структур по получению профильной медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированными наркозависимыми.

Таблица 5

*Характеристика адресной предпочтительности профильной медико-социальной помощи в основной исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
СПИД-центры	236	189	80,8%	+/-5%
Государственные наркологические учреждения (диспансеры)	236	141	60,3%	+/-6,3%

*Характеристика адресной предпочтительности профильной медико-социальной помощи в основной исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Частные наркологические клиники	236	54	23,1%	+/-5,4%
Частные наркологические кабинеты	236	29	12,4%	+/-4,2%
Государственные многопрофильные клиники (стационары)	236	18	7,7%	+/-3,4%
Государственные многопрофильные поликлиники	236	9	3,8%	+/-2,5%
Инфекционные больницы	236	5	2,1%	1,3<>4,8%
Пункты доверия при профильных НПО	236	14	6%	+/-3%
Специальные центры при НПО, организованные ВИЧ-инфицированными	236	23	9,8%	+/-3,8%
Частные кабинеты, специализирующиеся на оказании медицинских услуг ВИЧ-инфицированным наркозависимым	236	11	4,7%	+/-2,7%
Психотерапевтические кабинеты государственные (с бесплатным лечением)	236	30	12,8%	+/-4,3%
Психотерапевтические кабинеты (частные)	236	12	4,7%	+/-2,7%
Кабинеты психологической поддержки государственные (с бесплатным консультированием)	236	44	18,8%	+/-5%
Кабинеты психологической поддержки частные	236	13	5,6%	+/-2,9%
Профильная помощь по вызову (по типу бригады скорой медицинской помощи)	236	12	4,7%	+/-2,7%

Как видно из таблицы 5, ВИЧ-инфицированные наркозависимые в основном предпочитают получать комплексную медико-социальную помощь в СПИД-центрах, где данная помощь сопровождается законодательно установленными гарантиями информационной безопасности (80,8%). На втором месте по рейтингу востребованности – государственные наркологические учреждения, где профильная наркологическая помощь оказывается бесплатно (60,3%). Далее, в порядке убывания, следуют частные наркологические клиники, кабинеты психологического консультирования и психотерапии, частные наркологические кабинеты и профильные НПО, где функционируют специальные центры, организованные ВИЧ-инфицированным. Другие

структуры пользуются существенно меньшим доверием исследуемого контингента. Результаты данного фрагмента показывают необходимость отмены адресного учета в системе наркологической помощи, ее интеграции со СПИД-центрами и профильными НПО, а также – широкого использования психотерапевтических и консультативно-психологических технологий в системе профильной наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым.

Нами также были исследованы предпочтительные формы контроля за состоянием здоровья ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Основные результаты, полученные по данному фрагменту, отражены в таблице 6.

Таблица 6

*Предпочтительные формы контроля за состоянием здоровья в исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Отсутствие контроля	236	47	20,1%	+/-5,2%
Контрольные посещения центра СПИД (1 раз в квартал)	236	110	46,7%	+/-6,5%



*Предпочтительные формы контроля за состоянием здоровья  
в исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Отсутствие контроля	236	47	20,1%	+/-5,2%
Контрольные посещения центра СПИД (1 раз в квартал)	236	110	46,7%	+/-6,5%
Контрольные посещения наркологического центра (1 раз в квартал)	236	47	20,1%	+/-5,2%
Визиты медицинского работника на дом (1 раз в квартал)	236	22	9,3%	+/-3,8%
Справки о состоянии здоровья по телефону (1 раз в квартал)	236	16	6,7%	+/-3,3%
Собственные письменные отчеты по форме (1 раз в квартал)	236	0	0	0<>2,3%
Собственные отчеты по телефону (ответы на стандартные вопросы) – 1 раз в 0,5 года	236	22	9,3%	+/-3,8%
Контрольные посещения пунктов доверия при НПО (1 раз в 0,5 года)	236	5	2,2%	1,3<>5,1%
Участие в поддерживающих и противорецидивных программах при НПО наркологического профиля	236	9	4%	+/-2,6%
Другое (указать)	234	0	0	0<>2,3%

Как видно из данных таблицы 6 около половины респондентов основной исследуемой группы (46,7%) в качестве основной формы контроля за состоянием здоровья предпочитают посещения СПИД-центров с частотой 1 раз в квартал. Далее, с одинаковыми показателями предпочтительности следуют контрольные посещения наркологических учреждений и полное отсутствие контроля (20,1%). На третьем месте располагаются такие формы контроля, как визиты медицинского работника на дом и собственные отчеты по телефону (9,3%). Из других форм предпочитаемого контроля следует отметить участие в поддерживающих и противорецидивных программах при НПО наркологического профиля (4%). Полученные по данному исследовательскому фрагменту результаты свидетельствуют о стремлении ВИЧ-инфицированных наркозависимых к сотрудничеству с медицинскими организациями в максимально безопасных условиях (что и обеспечивается

в СПИД-центрах, а также при заочном информировании о состоянии здоровья).

Таким образом:

- основные потребности исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых в специализированной помощи связаны с приемлемыми условиями оказания наркологических услуг (безопасность, доступность), их широким ассортиментом и высоким качеством;

- основные препятствия в получении специализированной наркологической помощи – с отсутствием соответствующих условий, недостаточным объемом и низким качеством предоставляемой наркологической помощи;

- общее количество респондентов, желающих сотрудничать с государственными и частными наркологическими учреждениями остается достаточно значительным (от 40% до 70% по различным формам сотрудничества).

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТНОШЕНИЯ  
К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ  
С КОМОРБИДНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

А.Л.Катков, С.О.Пакеев

В продолжение 2005-2006 г.г. в рамках комплексной программы научно-технических исследований

РНПЦ МСПН нами изучались социально-психологические особенности отношения к болезни и

здоровью у зависимых от опиоидов со следующими видами коморбидной патологии: хронический гепатит В и С (n=317), ВИЧ (n=121), органические психические расстройства травматической этиологии (n=62) и хронический пиелонефрит

(n=49). При этом были получены следующие результаты.

В таблице 1 приведены данные относительно оценок необходимости личного здоровья в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 1

*Сравнительные характеристики по оценке необходимости личного здоровья в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)*

Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
Чувствовать себя комфортно	43		48,3		78,4	<0,01	40,7		47,4	
Дальше прожить	37,2		32,2		98	<0,01	22,2		36,8	
Лучше справляться с работой, больше зарабатывать	31,5		45,3	<0,01	79,7	<0,01	29,6		52,6	
Хорошо выглядеть	23		28,9	<0,05	2,7	<0,01	44,4	<0,05	5,3	<0,05
Достичь своих жизненных целей	33,4		51,9	<0,01	15,5	<0,01	25,9		36,8	

Как видно из таблицы 1 такие мотивы достижения приемлемых уровней личного здоровья как состоятельность в работе, внешний вид и достижение жизненных целей сравнительно более актуальны для зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С (соотношения 1,44:1, при P<0,01, 1,24:1, при P<0,05; 1,55:1, при P<0,01). Обращает на себя внимание существенное преобладание первых трех мотивов к достижению приемлемых уровней здоровья – комфортного самочувствия, увеличения продолжительности жизни, производственной состоятельности, при очевидном преимуществе второго мотива (98,0%) – в клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом (соотношения по первым трем позициям – 1,82:1, при P<0,01; 2,63:1, при P<0,01; 2,53:1, при P<0,01). В тоже время, такие мотивы как внешний вид и достижение своих жизненных целей в данной подгруппе существенно менее актуальны (соотношения 1:8,52, при P<0,01; 1:2,15, при P<0,01). В следующих клинических подгруппах – с коморбидными органическими расстройствами и хроническим пиелонефритом прослеживается существенная и достоверная разница лишь по одному параметру – мотивам внешнего вида – (в соотношениях – 1,93:1, при P<0,05 для подгруппы с органическими расстройствами, 1:4,34 для подгруппы с хроническим пиелонефритом). Следует отметить, что для представителей последней подгруппы достаточно актуальным (52,6%) является мотив повышения работоспособности, но значения доверительного интервала перекрывали разницу с общей группой зависимых без коморбидной патологии. Результаты, полученные по настоящему фрагменту, свидетельствуют о весомом и неоднозначном влиянии фактора коморбидности на уровень и характер мотивации к достижению личного здоровья. Очевидно

тяжелые и неотвратимые последствия коморбидной патологии, обладающей и наибольшим стрессогенным потенциалом (ВИЧ), мотивируют на достижение витальных, биологических целей – дольше жить, лучше себя чувствовать, справляться с нагрузкой. Таким образом, проявляется и основная проблематика респондентов данной клинической подгруппы – страх смерти, плохое физическое и психическое самочувствие в результате реактивных наслоений (депрессия, тревога), неспособность справляться с нагрузками в результате сопутствующей астенизации. Менее очевидные и неоднозначные последствия коморбидной патологии мотивируют на достижение социальных маркеров здоровья – внешний вид, достижение жизненных целей, производственная состоятельность. Основная проблематика в клинических подгруппах с гепатитами, органическими расстройствами и хроническим пиелонефритом связана с преодолением собственно зависимости и негативных последствий наркопотребления.

В таблице 2 приведены данные относительно представлений об условиях и способах достижения приемлемых уровней здоровья в сравниваемых группах.

Как видно из таблицы 2 в клинической подгруппе с гепатитами В и С более интенсивно представлены такие векторы зависимости состояния здоровья человека, как наследственность (соотношение 1,31:1, при P<0,05) и сознательное отношение к собственному здоровью (соотношение 1,67:1, при P<0,01). При оценке способов повышения собственного уровня здоровья в данной подгруппе сравнительно более интенсивно представлена позиция внутреннего локуса контроля (соотношение 1,5:1, при P<0,01). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом отмечается более интенсивная представленность

Сравнительные характеристики представлений об условиях и способах достижения здоровья в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

<i>Вектор зависимости состояния здоровья человека</i>										
Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Наследственности (генетической предрасположенности)	25	32,8	<0,05	47,3	<0,01	25		31,6		
Экологии	27,8	18,1	<0,01	2	<0,01	20		21,1		
Уровня развития здравоохранения	18,4	22,9		42,6	<0,01	15		26,3		
Психологического (душевного) благополучия	28	31,9		11,5	<0,01	50	<0,05	42,1		
Сознательного отношения к собственному здоровью	28,5	47,6	<0,01	93,2	<0,01	40		21,1		
<i>Оценка способов повышения личного уровня здоровья</i>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
От собственных усилий по достижению здоровья	30,4	45,9	<0,01	50	<0,05	52	<0,05	31,6		
Затрудняюсь с ответом	18,6	11,8	<0,05	1,5	<0,05	20		15,8		

таких векторов зависимости состояния здоровья человека, как наследственность (1,89:1, при P<0,01); высокий уровень развития здравоохранения (2,32:1, при P<0,01); и, особенно, сознательное отношение к собственному здоровью (3,29:1, при P<0,01), при общем значении данного параметра в 93%. Существенно более интенсивно в данной клинической подгруппе представлена позиция внутреннего локуса контроля при оценке способов повышения собственного здоровья (соотношение по 1-ой позиции второго блока - 1,64:1, при P<0,05). В клинической подгруппе с органическими расстройствами травматической этиологии сравнительно более интенсивно представлены такой вектор зависимости состояния здоровья человека, как психологическое благополучие (соотношение 1,78:1, при P<0,05) и позиция внутреннего локуса контроля по отношению к собственному здоровью (соотношение 1,71:1, при P<0,05). В клинической подгруппе с коморбидным

хроническим пиелонефритом каких-либо достоверных различий по рассматриваемым параметрам найдено не было.

Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту, свидетельствует о том, что фактор коморбидности способствует формированию более адекватных и основанных на позиции внутреннего локуса контроля представлений о способах повышения уровня здоровья и факторах, его обуславливающих. При этом, чем более стрессогенным и отягчающим является фактор коморбидности, тем более интенсивно представлена позиция сознательного отношения к собственному здоровью. Таким образом, еще раз подтверждается антагонистическая функция фактора коморбидности по отношению к механизмам формирования анозгнозии в рамках зависимости от опиоидов.

В таблице 3 приведены сведения относительно представлений о здоровом образе жизни в сравниваемых группах.

Таблица 3

Сравнительные характеристики представлений о здоровом образе жизни в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
Воздержание от вредных привычек (курение, алкоголь, наркотики)	60,5	67,1	<0,05	90,5	<0,01	59,3		50		

Сравнительные характеристики представлений о здоровом образе жизни  
в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

Наименование	n=772			n=317			n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	
Наличие значимых жизненных целей, умение их достигать и получать от этого удовольствие	22	35,1	<0,01	41,9	<0,01	22,2		16,7				
Гармония в семье и на работе (учебе)	33,1	37,9		39,9		55,6	<0,05	38,9				

Как видно из таблицы 3 в клинической подгруппе с гепатитами В и С здоровый образ жизни существенно более интенсивно представлен по первым двум параметрам (соотношения 1,11:1, при P<0,05 и 1,59:1, при P<0,01) с преобладанием видения здорового образа жизни в качестве воздержания от приема ПАВ (67,1%). В то же время во второй клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом интенсивность данного параметра (воздержание от приема ПАВ) достигает 90,5%. А соотношения по первым двум позициям показывают более существенную разницу – 1,49:1, при P<0,01 и 1,9:1, при P<0,01. В клинической подгруппе с органическими расстройствами травматической этиологии

сравнительно более интенсивно представлена третья позиция с видением здорового образа жизни как гармонии в семье и на работе (соотношение 1,68:1, при P<0,05). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом достоверных различий со сравниваемой группой зависимых от опиоидов без признаков коморбидной патологии найдено не было. Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о сравнительно более высокой мотивации на здоровый образ жизни с полным отказом от приема ПАВ в подгруппе с ВИЧ.

В таблице 4 приведены данные об отношении к собственному здоровью и отношению к болезни в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 4

Сравнительные характеристики отношения к здоровью и болезни  
в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

Отношение к собственному здоровью												
Наименование	n=772			n=317			n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
С равнодушием	17,2	8,9	<0,01	12,2		23,1		15,8				
Время от времени что-либо предпринимаю для улучшения собственного здоровья	35,7	48,6	<0,01	59,5	<0,01	26,9		52,6	<0,05			
Уделяю этому вопросу много времени и внимания	6,6	8,1		1,1	<0,01	11,5		10,5				
Неукоснительно соблюдаю все требования здорового образа жизни	3,3	1,4		0	<0,05	7,7		0				
Вектор отношения к болезням												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
Переоценка (пессимистический прогноз)	10,3	4,8	<0,05	15,4		10,1		11,1				

Сравнительные характеристики отношения к здоровью и болезни  
в основных клинических подгруппах ( $n = 317$ ,  $n = 121$ ,  $n = 62$ ,  $n = 49$ )

Вектор отношения к болезням									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Пассивная реакция с пессимистическим прогнозом	16,7	10,7	<0,05	18,7		1,3	<0,05	5,6	
Адекватная (соответствующая ситуации) реакция	12,7	26,7	<0,01	33,3	<0,05	41,2	<0,01	33,3	<0,05

Как видно из таблицы 4 в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно более интенсивно представлена позиция отношения к здоровью, свидетельствующая об умеренной активности (соотношение по 2-ой позиции первого блока - 1,36:1, при  $P < 0,01$ ). А также – адекватная реакция на болезнь (соотношение 2,2:1, при  $P < 0,01$ ). Сравнительно менее интенсивно представлены такой вектор отношения к здоровью как равнодушие (1,9:1, при  $P < 0,01$ ), и к болезни – как пессимистический прогноз и пассивная реакция с пессимистическим прогнозом (соотношения 1:2,14, при  $P < 0,05$  и 1:1,56, при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с ВИЧ сравнительно более интенсивно представлена 1-ая позиция по блоку отношения к здоровью (соотношение 1,67:1, при  $P < 0,01$ ), а также – позиция адекватной реакции на болезнь (2,62:1, при  $P < 0,01$ ). Сравнительно менее интенсивно представлены вторая и третья позиции блока отношения к здоровью (соотношения 1:6,0, при  $P < 0,01$ , и 1:6,6, при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с органическими расстройствами травматической этиологии сравнительно более интенсивно представлена позиция с адекватным отношением к болезни (соотношение 3,24:1, при  $P < 0,01$ ), и менее интенсивно – позиция пассивной реакции с пессимистическим прогнозом (соотношение 1:12,85, при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом достоверные различия установлены по позициям умеренной активности в отношении достижения здоровья (соотношение 1,47:1, при  $P < 0,05$ ) и более адекватного отношения к болезни (соотношение 2,62:1, при  $P < 0,05$ ). Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о том, что фактор коморбидной патологии является достаточно стабильным стимулом для формирования более адекватного представления о болезни (т.е. – антагонистическим по отношению к механизмам, формирующим анозогностический синдром), и умеренной активности в отношении достижения приемлемых

уровней здоровья практически во всех анализируемых клинических подгруппах.

Выводы:

Относительно позитивное влияние фактора коморбидности, не связанной с выраженной патопластической деформацией и декомпенсированными формами висцеральной патологии, следующее:

- фактор «проявленной» коморбидности у зависимых от опиоидов способствует более адекватной и объективной информированности данного контингента относительно патогенного действия наркотиков и негативных последствий наркопотребления;

- данный фактор способствует формированию более адекватного образа болезни и типа отношения к болезни, связанного с осмысленными действиями по преодолению и компенсации возможных последствий заболевания;

- «проявленная» коморбидность способствует формированию более адекватного образа здоровья и адаптационного типа отношения к здоровью, стимулируя зависимых от опиоидов на достижение приемлемых уровней здоровья;

- исследуемый фактор способствует формированию адекватных представлений о способах достижения приемлемых уровней здоровья;

- фактор коморбидности стимулирует формирование внутреннего локуса контроля (интернальности) по отношению к болезни и здоровью, а также – терапевтическую динамику данного показателя, определяемую, в частности, по тесту УСК.

Фактор коморбидности обуславливает: меньшую интенсивность и длительность синдрома наркотической анозогнозии в динамике формирования терапевтической ремиссии.

Конструктивно-стрессовый вектор влияния коморбидности наиболее интенсивно представлен в клинических подгруппах зависимых от опиоидов с хроническими гепатитами В и С, ВИЧ, хроническим пиелонефритом. И в минимальной степени – в клинической подгруппе с органическими психическими расстройствами травматической этиологии.

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ  
С ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

А.Л.Катков, С.О.Пакеев

В продолжение 2005-2006 г.г. в рамках комплексной программы научно-технических исследований РНПЦ МСПН нами изучались социально-психологические особенности зависимых от опиоидов со следующими видами коморбидной патологии: хронический гепатит В и С (n=317), ВИЧ (n=121), органические психические расстройства

травматической этиологии (n=62) и хронический пиелонефрит (n=49). При этом были получены следующие результаты.

**1 Социально-психологические особенности семейных отношений в сравниваемых клинических подгруппах** представлены в таблице 1.

Таблица 1

*Сравнительные характеристики семейных отношений в основных клинических подгруппах*

<i>Основная стратегия воспитания детей в родительской семье</i>									
Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Подчинение старшим (наказания, запреты)	43	33	<0,01	66,7	<0,01	34,8		47,4	
Гиперопека	13,8	24	<0,01	33,3	<0,01	4,3	<0,05	15,8	
Безразличие, формализм	8,7	2,2	<0,01	1,2	<0,01	8,7		10,5	
<i>Взаимоотношения в собственной семье</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Формальные	16,4	8,4	<0,01	0		8,7		11,1	
Конфликтные с матерью	1,5	6	<0,01	25	<0,01	4,3		11,1	<0,05
Конфликтные с отцом	1,7	5,7	<0,01	2,5		4,3		0	
Конфликтные с братом (сестрой)	0,5	2,4	<0,05	3,4	<0,05	4,3		0	
<i>Ролевые позиции супругов</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Доминирование мужа	32,8	33,1		84,1	<0,01	77,8	<0,01	44,4	
Доминирование жены	13,3	1,8	<0,01	1,5	<0,05	11,1		0	
Паритет	53,3	65,1	<0,05	15,2	<0,05	11,1	<0,05	55,6	
<i>Отношение к наркозависимым в семье</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Суеверно-мистическое	10,9	4,6	<0,01	5,7		5,9		12,5	
Негативно-предубежденное	39,9	48	<0,05	50	<0,05	47,1		18,8	<0,05

Как видно из таблицы 1, в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно более интенсивно представлена такая форма дисгармоничного воспитания в родительской семье как гиперопека (соотношение 1,79:1, при P<0,01), в то время, как две

другие формы дисгармоничного воспитания – безраздельное подчинение старшим и формализм с безразличием – представлены менее интенсивно (соотношение 1:1,3, при P<0,01 и 1:3,95, при P<0,01). Далее, в клинической подгруппе с гепатитами В и С

более интенсивно представлены конфликтные отношения в семье (соотношения по 2-ой, 3-ей, 4-ой позициям второго блока, соответственно – 4,0:1 при  $P<0,01$ ; 3,35:1, при  $P<0,01$ ; 4,8:1, при  $P<0,01$ ); негативно-предубежденное отношение к наркозависимым (соотношение по 2-ой позиции четвертого блока – 1,2:1, при  $P<0,05$ ). И менее интенсивно – позиции доминирования супруги (соотношение – 1:7,39, при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с ВИЧ в отношении параметров стратегии воспитания в родительской семье прослеживается существенно более интенсивная представленность таких форм дисгармоничного воспитания, как безраздельное подчинение старшим (соотношение – 1,55:1, при  $P<0,01$ ), гиперопека (соотношение 2,41:1, при  $P<0,01$ ); и в существенно меньшей – формализм (соотношение 1:7,25, при  $P<0,05$ ). Достоверно чаще пациенты данной клинической подгруппы конфликтуют с ближайшими родственниками (соотношения по 2-ой и 4-ой позициям, соответственно – 16,66:1, при  $P<0,01$ ; 10,8:1, при  $P<0,05$ ). В рассматриваемой подгруппе в семейных отношениях достоверно чаще доминируют мужа (соотношение 2,56:1, при  $P<0,01$ ) и реже - жены (соотношение 1:8,87, при  $P<0,05$ ). Преобладает негативно-предубежденное отношение к наркозависимым (соотношение 1,25:1, при  $P<0,05$ ). В клинической подгруппе с органическими расстройствами достоверные различия с общей группой зависимых от опиоидов без признаков коморбидной патологии прослеживаются по параметру гиперопеки в родительской семье – этот показатель представлен

существенно менее интенсивно (соотношение 1:3,2 при  $P<0,01$ ). В данной подгруппе сравнительно чаще отмечаются доминирование мужа (соотношение 2,37:1, при  $P<0,01$ ), и реже – паритетные отношения супругов (соотношение 1:4,8 при  $P<0,05$ ). Что же касается клинической подгруппы с хроническим пиелонефритом, то достоверные отличия прослеживаются по параметру преобладания конфликтных отношений с матерью (соотношение 7,4:1 при  $P<0,05$ ), и менее интенсивной представленности негативно предубежденного отношения к наркозависимым (соотношение 2,12:1, при  $P<0,05$ ). Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту свидетельствуют о том, что дисгармоничные и конфликтные семейные отношения способствуют развитию коморбидной патологии у зависимых от опиоидов в различной степени. Такой фактор воспитания как гиперопека обнаруживает большую степень взаимозависимости с гепатитами и ВИЧ, и в меньшей – с органическими расстройствами. А такой фактор как безраздельное подчинение старшим в большей степени характерен для подгруппы с ВИЧ, и в меньшей – для подгруппы с гепатитами В и С.

## 2 Отношение к наркотикам и проблеме наркозависимости

В таблице 2 представлены данные относительно осведомленности о воздействии длительного употребления наркотиков на организм человека в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 2

*Сравнительные характеристики осведомленности о воздействии длительного употребления наркотиков в сравниваемых клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)*

Наименование	n=772			n=317			n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	
Отрицательно влияют на развитие умственных способностей человека	29,8	39,9	<0,01	50	<0,05	37,5		26,3				
Человек постепенно утрачивает физическое здоровье	25,2	46,3	<0,01	50	<0,05	50	<0,05	47,4				
Быстрая утрата физического здоровья с риском заболевания СПИД и ранней смерти	38,9	56	<0,01	50		54,2		42,1				
Тяжелые изменения психики и утрата физического здоровья, преждевременная смерть	27,5	51,5	<0,01	100	<0,01	45,8		47,4				
Никакое	5,4	2	<0,05	0		0		0				
У всех по-разному	14,8	24,4	<0,01	25		4,2		26,3				
Затрудняюсь с ответом	13	6,2	<0,01	0		12,5		5,3				

Как видно из таблицы 2 достоверная разница в клинической подгруппе с гепатитами В и С

прослеживается по параметрам существенно большей осведомленности о негативном влиянии

длительного наркопотребления на организм человека (соотношения по первым четырем позициям – 1,34:1, при  $P<0,01$ ; 1,83:1, при  $P<0,01$ ; 1,43:1, при  $P<0,01$ ; 1,87:1, при  $P<0,01$ ). В то же время в данной клинической подгруппе существенно меньше тех, кто отрицал наличие какого-либо вредного влияния длительного наркопотребления (соотношение 1:2,7 при  $P<0,05$ ), либо затруднялся с ответом (соотношение 1:2,09 при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом достоверные различия были отмечены по первой, второй и четвертой позициям (соотношения 1,67:1,  $P<0,05$ ; 1,98:1, при  $P<0,05$ ; 3,6:1, при  $P<0,01$ ). Данные по последней (четвертой) позиции должны быть особо отмечены, поскольку речь идет о 100% осведомленности контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых относительно таких последствий, как тяжелой, невосполнимой утрате здоровья и преждевременной смерти, то есть о реальной ситуации и перспективах в сфере собственного здоровья. Это очень важная характеристика рассматриваемой клинической подгруппы, выделяющая ее из всей анализируемой популяции зависимых от опиоидов. В следующей клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии достоверные отличия отмечены лишь по второй позиции (соотношение 1,98:1, при  $P<0,05$ ), что свидетельствует об актуальности темы физического

здоровья для респондентов данной клинической подгруппы. В то же время общая тенденция к более адекватной осведомленности относительно вредных последствий длительного наркопотребления, отмечаемая в первых двух клинических подгруппах, также имеет место и в рассматриваемой подгруппе, и в подгруппе с коморбидным хроническим пиелонефритом, где значения доверительных интервалов перекрывают разницу процентного соотношения по анализируемым параметрам.

Полученные по данному фрагменту результаты свидетельствуют о том, что фактор проявленной коморбидности способствует формированию более адекватных и полных представлений о негативных последствиях длительного наркопотребления. И, как следствие, - формированию более адекватной картины болезни. Таким образом, проявленный коморбизм препятствует развитию анозогностического синдрома тем больше, чем более тяжелой, в смысле последствий для здоровья, представляется коморбидная патология. Безусловным «лидером» в данном отношении является клиническая подгруппа с коморбидным ВИЧ-статусом.

В таблице 3 представлены сведения относительно осведомленности в сфере характеристик наркотической зависимости и масштабов распространения наркомании в Казахстане в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 3

*Сравнительные характеристики осведомленности о наркотической зависимости и масштабах распространения наркомании по Казахстану в основных клинических подгруппах*

<i>Характеристика наркозависимого</i>											
Наименование	n=772			n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Постоянно употребляет наркотики свыше 5 лет	22,2	15,2	<0,05	25		29,2		21,1			
Болезненное пристрастие, независимо от срока и частоты употребления	17,3	44,2	<0,01	45	<0,05	37,5	<0,05	31,6			
Затрудняюсь с ответом	26,1	10,9	<0,01	2,0	<0,01	16,7		21,1			
<i>Предположительные сведения о распространении наркозависимости в Казахстане</i>											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
От 1000 до 5000	17,4	3,6	<0,01	25		4,3		5,3			
Больше 100000	14,1	32,1	<0,01	75	<0,05	8,7		36,8	<0,05		
Не знаю. Затрудняюсь с ответом	45,7	42,4		3,0	<0,05	69,6	<0,05	42,1			

Как видно из таблицы 3 более адекватная осведомленность о наркотической зависимости, как в плане основных проявлений данного болезненного состояния, так и в отношении масштабов распространения

по Республике отмечается как в клинической подгруппе с гепатитами В и С, так и в подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом (соотношения по 2-ой позиции первого блока – 2,55:1, при  $P<0,01$  и 2,6:1,



при  $P < 0,05$ ; соотношения по 2-ой позиции второго блока – 2,28:1 при  $P < 0,01$ , и 5,32:1 при  $P < 0,05$  соответственно). Далее, в названных клинических подгруппах существенно меньше тех, кто затруднялся с ответами относительно характеристик и масштабов распространения наркотической зависимости (соотношения по 3-ей позиции первого и второго блоков – 1:2,39, при  $P < 0,01$  и 1:13,05, при  $P < 0,05$ ; а также – 1:15,23 при  $P < 0,05$  для подгруппы с ВИЧ, соответственно). Здесь также следует особо отметить преимущественную и адекватную информированность респондентов из подгруппы ВИЧ-инфицированных наркозависимых относительно рассматриваемых проблемных вопросов. В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии достоверные отличия установлены в отношении сравнительно более адекватных представлений о проявлениях наркотической зависимости (соотношение 2,17:1 при

$P < 0,05$ ) и большей неопределенности в отношении масштабов распространения данной патологии в РК (соотношение 1,52:1 при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом достоверные отличия прослеживаются по позиции сравнительно большей осведомленности о масштабах распространения наркозависимости по РК (соотношение 2,6:1, при  $P < 0,05$ ). Таким образом, отмеченные по предыдущему исследовательскому фрагменту закономерности, сохраняют свое значение и в отношении осведомленности зависимых от опиоидов с коморбидной патологией. Чем тяжелее последствия коморбидной патологии, тем более высокий и адекватный уровень осведомленности о характеристиках наркотической зависимости и масштабах ее распространения.

В таблице 4 приведены данные относительно распространения наркозависимости среди ближайшего окружения в сравниваемых группах.

Таблица 4

*Сравнительные характеристики распространения наркозависимости в ближайшем окружении пациентов в сравниваемых клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)*

Наименование	n=772			n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		P	%	P	%	P	%	P	%	P
Никто	29,8		<0,01	11,5	<0,01	5,5	<0,01	37,5		21,1	
1-2 человека	32,7		<0,01	10,8	<0,01	15	<0,05	16,7	<0,05	0	<0,01
От 5 до 9 человек	8,8		<0,01	16,4		10		4,2		15,8	
От 10 до 15 человек	3,1		<0,01	9,5		9,8	<0,05	4,2		0	
Свыше 15 человек	10,1		<0,01	38,4		50	<0,01	8,3		42,1	<0,01

Как видно из таблицы 4 в подгруппе с гепатитами В и С существенно меньше тех, кто имеет минимальный уровень наркопотребления среди ближайшего окружения (соотношения по 1-ой и 2-ой позициям – 1:2,59, при  $P < 0,01$  и 1:3,03, при  $P < 0,01$ , соответственно) и больше тех, кто имеет средний и максимальный уровни наркопотребления среди ближайшего окружения (соотношения по 3-ей, 4-ой и 5-ой позициям – 1,86:1, при  $P < 0,01$ ; 3,06:1, при  $P < 0,01$  и 3,8:1, при  $P < 0,01$ ). Для подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом, в целом, характерна такая же динамика распределения. Достоверные отличия были получены по 1-ой и 2-ой (соотношения 1:5,27, при  $P < 0,01$  и 1:2,18, при  $P < 0,05$ ) и 4-ой и 5-ой позициям (соотношения 3,16:1, при  $P < 0,05$  и 4,95:1, при  $P < 0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии достоверные отличия, показывающие менее интенсивную представленность минимального наркопотребления в ближайшем окружении были получены по второй позиции (соотношение 1:1,96, при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом сравнительно менее интенсивно представлена 2-ая позиция (соотношение 1:32,7, при  $P < 0,01$ ) и более интенсивно – 5-ая позиция (соотношение 4,14:1, при  $P < 0,01$ ). Полученные по данному

фрагменту результаты свидетельствуют о взаимозависимости инфекционных форм коморбидной патологии с наличием в ближайшем окружении значительного количества наркопотребителей. Что и объясняет основные механизмы распространения инфекционной патологии в популяции зависимых от опиоидов.

В таблице 5 приведены данные, характеризующие личное отношение к проблеме наркомании в сравниваемых клинических подгруппах.

Как видно из таблицы 5 в подгруппе с гепатитами В и С существенно меньше тех, кто демонстрирует облегченное, либо неопределенное отношение к проблеме наркозависимости и низкий уровень личной активности по ее преодолению (соотношения по 1-ой, 2-ой, 5-ой и 6-ой позициям – 1:4,19, при  $P < 0,01$ ; 1:3,38, при  $P < 0,01$ ; 1:1,96, при  $P < 0,01$ ; 1:4,16, при  $P < 0,01$ ). Сравнительно более интенсивно в данной подгруппе представлены те, кто с тревогой относится к своему будущему и будущему государства в связи с проблемой наркозависимости, а также собирается сделать все необходимое для адекватного решения этой проблемы (соотношения по 3-ей, 4-ой и 7-ой позициям – 2,32:1, при  $P < 0,01$ ; 1,78:1, при  $P < 0,01$ ; 1,82:1, при  $P < 0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом сохраняются

Сравнительные характеристики личного отношения к проблеме наркозависимости в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)

Определение личного отношения к проблеме наркомании									
Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Равнодушие (меня это не касается)	21,8	5,2	<0,01	25		17,4		5,3	
Легкое беспокойство	17,6	5,2	<0,01	0		4,3		10,5	
Тревогу за собственное будущее	26,8	62,2	<0,01	75	<0,01	43,5		73,7	<0,01
Тревогу за будущее государства	10,6	18,9	<0,01	1,5		30,4	<0,01	10,5	
Не определил своего отношения	16,7	8,5	<0,01	0	<0,05	13		10,5	
Личный вклад в решение проблемы наркомании									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Делать ничего не собираюсь	17,9	4,3	<0,01	2,5		13,6		5,3	
Сделаю все необходимое	18,2	33,1	<0,01	50	<0,01	18,2		47,4	<0,01

те же закономерности, при достоверных отличиях по третьей, пятой и седьмой позициям (соотношения 2,8:1, при P<0,01; 1:16,7, при P<0,05; 2,75:1, при P<0,01). Особо заслуживает внимание показатель в 75% по третьей позиции, демонстрирующей адекватную оценку собственного болезненного состояния и его перспектив. В клинической подгруппе с органическими расстройствами травматической этиологии достоверные отличия прослеживаются в плане более интенсивной представленности четвертой позиции (соотношение 2,87:1, при P<0,01). В клинической подгруппе с коморбидным хроническим пиелонефритом достоверные отличия прослеживаются по третьей позиции, демонстрирующей более интенсивную представленность тревоги за собственное будущее (соотношение 2,75:1, при P<0,01) и активности в отношении преодоления негативных последствий наркозависимости (соотношение 2,6:1, при P<0,01). Таким образом, во всех анализируемых

клинических подгруппах с коморбидной патологией, особенно в первой (с гепатитами В и С), второй (с ВИЧ) и четвертой с хроническим пиелонефритом, прослеживается существенно более адекватное и активное личное отношение к проблеме наркозависимости. Полученные по данному фрагменту результаты свидетельствуют о том, что фактор коморбидности, стимулируя развитие соматогенной тревоги и самоозабоченности, в тоже время способствует формированию активной позиции в отношении преодоления наркозависимости. Данный фактор наиболее выражен в отношении тех видов патологии, механизм распространения которых опосредованно связан с наркопотреблением.

В таблице 6 приведены данные относительно оценки эффективности общественных усилий, противодействующих распространению наркотической зависимости в РК в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 6

Сравнительные характеристики по оценке эффективности способов противодействия распространению наркозависимости в РК в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
Ужесточением законодательства в отношении хранения, употребления и распространения наркотиков	35,4	24,2	<0,01	33,3		38,1		2,5	<0,01

Сравнительные характеристики по оценке эффективности способов противодействия распространению наркозависимости в РК в основных клинических подгруппах ( $n = 317$ ,  $n = 121$ ,  $n = 62$ ,  $n = 49$ )

Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
Укрепление соответствующих подразделений силовых структур (МВД, КНБ)	28,4	15,8	<0,01	26,7		33,3		11,1	
Повышением объема и качества реабилитационных программ в отношении здравоохранения	18	30,8	<0,01	53,3	<0,01	19		10	
(Укоренение (распространением) общественной моды на здоровый образ жизни)	25,2	26		66,7	<0,01	14,3		15,6	
Коренным изменением деятельности системы образования и воспитания с учетом ситуации с наркоманией в РК	9,4	22	<0,01	33,3	<0,01	9,5		22,2	<0,05

Как видно из таблицы 6, в подгруппе с гепатитами В и С существенно меньше тех, кто связывает эффективность антинаркотических усилий с силовыми и внешне-контролирующими способами решения данной проблемы (соотношения по первым двум позициям – 1:1,46, при  $P < 0,01$ ; 1:1,8, при  $P < 0,01$ ). И существенно больше тех, кто полагается на ресурсы здравоохранения и образования (соотношения по третьей и шестой позициям – 1,71:1, при  $P < 0,01$  и 2,34:1, при  $P < 0,01$ ). Та же закономерность прослеживается и для подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом, для которой требуемые критерии достоверности были установлены по третьей, четвертой и пятой позициям (соотношения – 2,96:1, при  $P < 0,01$ ; 2,65:1, при  $P < 0,01$ ; 3,54:1, при  $P < 0,01$ ). Для клинической подгруппы с коморбидными органическими расстройствами существенных различий с общей группой по анализируемым параметрам найдено не было. В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом достоверно меньше было тех, кто полагается на внешний контроль (по первой

позиции соотношение – 1:14,2, при  $P < 0,01$ ). И больше тех, кто полагается на эффективность первичной профилактики в системе образования и воспитания (соотношение по пятой позиции – 2,36:1, при  $P < 0,05$ ). Полученные результаты свидетельствуют о том, что фактор коморбидности, механизм формирования которой опосредованно связан с наркопотреблением (гепатиты В и С, ВИЧ, хронический пиелонефрит), способствует формированию позиции внутреннего локуса контроля в отношении основных анализируемых параметров антинаркотической активности. Лицам с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии в меньшей степени свойственна позиция внутреннего локуса контроля в отношении оценок эффективности антинаркотических усилий.

### 3 Характеристика адаптационных способностей в основных клинических подгруппах

В таблице 7 приведены данные об уровне материальной обеспеченности и динамике данного показателя за последние 3 года в сравниваемых группах.

Таблица 7

Сравнительные характеристики материальной обеспеченности в основных клинических подгруппах ( $n = 317$ ,  $n = 121$ ,  $n = 62$ ,  $n = 49$ )

Материальная обеспеченность									
Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Недостаточно	35,4	36		97,3	<0,01	34,6		38,9	

Сравнительные характеристики материальной обеспеченности в основных клинических подгруппах ( $n = 317$ ,  $n = 121$ ,  $n = 62$ ,  $n = 49$ )

Материальная обеспеченность									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Скорее достаточно	18,2	17,3		0,7	<0,01	3,8	<0,05	11,1	
Затрудняюсь с ответом	13,9	8,2	<0,01	0,7	<0,01	11,5		5,6	
Оценка динамики уровня материальной обеспеченности за последние 3 года									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Понизился	30	29,8		88	<0,01	46,2		33,3	
Скорее понизился	22,6	29,5	<0,05	10	<0,01	15,4		22,2	
Скорее повысился	12,5	10,1		0	<0,01	3,8	<0,05	5,6	
Затрудняюсь ответить	12,8	6,6	<0,01	2	<0,01	11,5		5,0	

Как видно из таблицы 7 во всех анализируемых клинических подгруппах с коморбидной патологией отмечаются более существенные трудности с материальной обеспеченностью, чем в общей группе лиц с зависимостью от опиоидов без коморбидной патологии. В подгруппе с гепатитами В и С достоверные отличия, подтверждающие данную тенденцию, установлены по пятой позиции (соотношение 1,3:1, при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом достоверные тенденции, свидетельствующие об отрицательной динамике и сложностях с материальной обеспеченностью, выражены в максимальной степени. Так, недостаточный уровень материальной обеспеченности в этой подгруппе отмечают 97,3% респондентов (соотношение 2,75:1, при  $P < 0,01$ ), а скорее достаточный уровень – всего лишь 0,7% респондентов (соотношение 1:26,0 при  $P < 0,01$ ). Динамика в сторону понижения отмечалась в 88% случаев (соотношение 2,93:1, при  $P < 0,01$ ). При отсутствии динамики в сторону повышения материального обеспечения (0%, при

$P < 0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии рассматриваемые закономерности прослеживаются в достоверных различиях, отмечаемых по второй и шестой позициям (соотношения – 1:4,79 при  $P < 0,05$  и 1:3,29, при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом при наличии тенденций к понижению уровня материального благосостояния, достоверных различий установлено не было. Полученные по настоящему фрагменту результаты свидетельствуют о том, что уровень и динамика материальной обеспеченности в клинических подгруппах с коморбидными гепатитами В и С, органическими расстройствами и хроническим пиелонефритом в большей степени зависят от наличия химической зависимости, и в меньшей – от коморбидной патологии. В то же время отрицательная динамика в подгруппе с ВИЧ обусловлена в большей степени фактором коморбидности.

В таблице 8 приведены данные о скорости адаптации в исследуемых клинических подгруппах.

Таблица 8

Сравнительные характеристики скорости адаптации в основных клинических подгруппах ( $n = 317$ ,  $n = 121$ ,  $n = 62$ ,  $n = 49$ )

Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
Скорее легко	21	18,6		0,7	<0,01	16		16,7	
Скорее трудно	21,8	22,6		3,4	<0,01	16		11,1	
Медленно и с трудом	18,8	16,2		78,8	<0,01	24		22,2	
Затрудняюсь с ответом	20,4	10,2	<0,01	17,1		20		16,7	

Как видно из таблицы 8 в клинической подгруппе с гепатитами В и С достоверных отличий, свидетельствующих о снижении скорости адаптации, установлено не было. В то же время для клинической

подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом такие достоверные отличия установлены по первой и третьей позициям (соотношения 1:30 при  $P < 0,01$  и 1:4,19, при  $P < 0,01$ ). Для двух других клинических подгрупп

по анализируемым параметрам достоверных отличий установлено не было. Таким образом, в отношении скорости адаптации наиболее уязвимой является подгруппа с коморбидным ВИЧ-статусом. Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о том, что основным дезадаптирующим фактором в структуре коморбидной патологии является степень тяжести сопутствующего

фрагмента для субъекта и вероятности развития реактивных наслоений (депрессии, тревоги, астенизации), снижающих скорость и эффективность адаптационных процессов.

В таблице 9 приведены данные о частоте жизненных кризисов, способности к их преодолению и основном векторе интернальности по отношению к кризисным ситуациям в сравниваемых группах.

Таблица 9

*Сравнительные характеристики частоты жизненных кризисов, способностей их преодоления и вектора интернальности в данной сфере в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)*

<i>Частота жизненных кризисов</i>												
<b>Наименование</b>	<b>n=772</b>			<b>n=317</b>			<b>n=121</b>		<b>n=62</b>		<b>n=49</b>	
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>			
Редко	16,2	16,1		1,3	<0,01	11,5		16,7				
Скорее редко	22,1	22,3		1,3	<0,01	11,5		22,2				
Часто	13,6	20,1	<0,05	82,7	<0,01	15,4		33,3	<0,05			
<i>Оценка способности разрешения трудных жизненных ситуаций</i>												
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>			
Скорее легко	18,8	15,1		0,7	<0,01	14,8		27,8				
Скорее трудно	27,9	28,1		14	<0,01	22		18,3				
Трудно	15,9	18,2		77,3	<0,01	20,1		12,1				
<i>Способность к новому решению любой проблемы</i>												
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>			
Невозможно	9,1	13		66,9	<0,01	15,4		10,5				
Трудно	25,3	18,6	<0,05	23,8		30,8		21,1				
Скорее трудно	42,6	34,3	<0,05	6,6	<0,01	23,1		36,8				
Скорее легко	14,3	13,5		2,6	<0,01	7,7		31,6				
<i>Реакция на новую ситуацию</i>												
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>			
Интерес	17,6	19,6		0,7	<0,01	18,5		21,1				
Интерес и легкую тревогу	28,4	36,6	<0,01	3,3	<0,01	22,2		21,1				
Беспокойство и дискомфорт	27,1	17,6	<0,01	35,1		11,1	<0,05	26,3				
Общую заторможенность (вялость, замедленность действий)	5,2	6,1		44,4	<0,01	7,4		5,3				
<i>Вектор зависимости жизненных успехов и неудач</i>												
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>			
От моих собственных усилий	38,7	53,5	<0,01	25		40		47,4				
От усилий других людей	13,4	11,1		25		1,5	<0,05	5,3				

Как видно из таблицы 9, в клинической подгруппе с гепатитами В и С, несмотря на то, что жизненные кризисы возникают сравнительно более часто (соотношение 1,48:1, при  $P < 0,05$ ), адаптационные способности по их преодолению находятся на уровне общей группы, либо превышают их (соотношения по 2-ой и 3-ей позициям третьего блока, 2-ой и 3-ей позициям четвертого блока – 1:1,36, при  $P < 0,05$ ; 1,24:1, при  $P < 0,05$ ; 1,29:1, при  $P < 0,01$ ; 1:1,54, при  $P < 0,01$ , соответственно). Для респондентов данной клинической подгруппы более характерен внутренний локус контроля в отношении различных жизненных обстоятельств (соотношение по 1-ой позиции пятого блока – 1,38:1, при  $P < 0,01$ ). Для клинической подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом существенно более характерны частые жизненные кризисы (соотношения по первым трем позициям – 1:12,5, при  $P < 0,01$ ; 1:17,0, при  $P < 0,01$ ; 6,08:1, при  $P < 0,01$ ). Далее, в данной подгруппе обнаруживается существенно более низкий уровень способностей по их преодолению (соотношения по 3-ей позиции второго блока – 4,86:1, при  $P < 0,01$ , 1-ой позиции третьего блока – 7,35:1, при  $P < 0,01$ ; 4-ой позиции четвертого блока – 8,54:1, при  $P < 0,01$ ). Для клинической подгруппы с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии достоверные отличия, свидетельствующие о сравнительно более интенсивной представленности позиции внутреннего локуса контроля, отмечаются по 2-ой позиции пятого блока (соотношение 1:8,9, при  $P < 0,05$ ). Для клинической подгруппы с хроническим пиелонефритом каких-либо достоверных различий с данными по общей группе зависимых от опиоидов без коморбидной патологии установлено не было. Таким образом, общая оценка адаптационных способностей в изучаемых клинических подгруппах показывает сравнительно большую уязвимость по основным исследуемым параметрам зависимых от опиоидов с коморбидным ВИЧ-статусом, при общей тенденции к ухудшению адаптационных способностей во всех наблюдаемых клинических подгруппах. В тоже время следует отметить и более заметную тенденцию к преобладанию внутреннего локуса контроля в решении сложных жизненных ситуаций в клинических подгруппах с гепатитами В и С, органическими расстройствами и хроническим пиелонефритом. Для подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом по данному параметру отмечается обратная тенденция. Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту, свидетельствуют о том, что фактор коморбидности с менее выраженным травматическим аффектогенным воздействием способствует формированию компенсаторной противодействующей активности с механизмами внутреннего локуса контроля (гепатиты В и С, органические расстройства, хронические гепатиты) фактор коморбидности с максимальным реактивным потенциалом (ВИЧ) способствует тотальному снижению адаптационных возможностей.

#### **Выводы:**

Для формирования исследуемых видов коморбидной патологии в структуре зависимости от опиоидов – хронические гепатиты В и С, ВИЧ, органических психических расстройств травматической этиологии, хронических пиелонефритов – характерны следующие социально-психологические особенности.

Распространению гепатитов В и С среди зависимых от опиоидов способствует воспитание в неполной родительской семье; дисгармоничное воспитание в родительской семье по типу гиперопеки; отсутствие собственной семьи; конфликтные отношения в собственной семье; наличие значительного числа наркопотребителей (от 5 и более) в ближайшем окружении.

Наличие коморбидных гепатитов В и С в клинике зависимости от опиоидов способствует появлению дополнительных сложностей в психологической адаптации.

Распространению ВИЧ среди зависимых от опиоидов способствует воспитание в неполной родительской семье; дисгармония в воспитании по типу гиперопеки, безраздельного подчинения страшим; отсутствие собственной семьи; конфликтные отношения в собственной семье; доминирование мужа в супружеских и семейных отношениях; наличие значительного числа наркопотребителей (от 5 и более) в ближайшем окружении.

В отношении деструктивных последствий проявления коморбидного ВИЧ-статуса следует отметить появление мощного и постоянного действующего стрессогенного и аффектогенного фактора, дополнительно травмирующего психическую сферу зависимых от опиоидов; появление выраженных реактивных наслоений в виде постоянной депрессии, тревоги, астенизации; появление фактора дополнительной стигматизации в глазах окружающих и соответствующей ауторефлексии (идеи вины и малоценности); появление существенных сложностей в психологической адаптации (замедление скорости, снижение активности, нарастание «снежного кома» кризисных ситуаций и т.д.).

Дополнительными факторами риска в отношении распространения коморбидных органических расстройств травматической этиологии являются: воспитание в неполной родительской семье; отсутствие собственной семьи.

Дополнительными факторами риска в отношении распространения коморбидного хронического пиелонефрита в популяции зависимых от опиоидов являются воспитание в неполной родительской семье; отсутствие собственной семьи; конфликтные отношения в родительской семье (с матерью); наличие значительного числа наркозависимых (свыше 15 человек) в ближайшем окружении.

По вектору деструктивных последствий анализируемого вида коморбидности следует отметить единичные свидетельства сложностей в

психологической адаптации (сравнительно большая частота жизненных кризисов).

Наиболее выраженные и достоверные отличия между первыми двумя подгруппами с коморбидными гепатитами В, С и ВИЧ сосредоточены в степени деструктивного воздействия фактора коморбидности, максимально представленного в клинической подгруппе с

проявленным ВИЧ-статусом. Клиническая подгруппа с органическими психическими расстройствами по значению основных социально-психологических характеристик (за исключением условий воспитания в семье и собственному семейному статусу) приближается к основной группе зависимых от опиоидов без признаков коморбидной патологии.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФИЛЯ И ОБЪЕМА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ НАРКОЗАВИСИМЫМ В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, СПИД-ЦЕНТРАХ И ПРОФИЛЬНЫХ НПО РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

О.Н.Комарова

г. Астана

В настоящей статье приведены результаты анализа деятельности учреждений государственного сектора здравоохранения (наркологических учреждений – 14; СПИД-центров – 10 и профильных НПО – 22), имеющих наиболее тесные контакты с контингентом ВИЧ-инфицированных наркозависимых по Республике Казахстан.

1. В таблице 1 приведены данные о наличии профиля предоставляемых информационных услуг в анализируемых структурах (сведения об охвате данным профилем услуг учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых приведены в предыдущем разделе).

Таблица 1

*Характеристика информационного сектора услуг в государственных наркологических учреждениях (n = 14), СПИД-центрах (n = 10) и профильных НПО (n = 22)*

Специфика услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Знакомство с профильной печатной информацией целенаправленного профилактического и общего характера (например, о возможности получения профильной наркологической помощи)	84,6%	100%	94,7%
Знакомство с профильной видеопродукцией	54,5%	88,9%	57,9%
Информация в непосредственном контакте персонала с наркозависимыми	75%	100%	84,2%

Как видно из данных таблицы 1 во всех трех структурах информационные услуги представлены достаточно интенсивно с некоторым преимуществом по всем позициям центров СПИД и отставанием государственных наркологических учреждений. Профильные НПО занимают промежуточное положение.

Сопоставление этих данных с результатами, описанными в предыдущих статьях (характеристика услуг, оказываемых исследуемой группе ВИЧ-инфицированных наркозависимых по рассматриваемой информационной специфике; характеристика потребностей в предоставлении данного вида услуг) показывает, что объем информационных услуг, оказываемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым

в рассматриваемом секторе здравоохранения, соответствует потребностям исследуемого контингента. Однако, при оценке данного сектора услуг следует учитывать и тот факт, что в настоящем исследовательском фрагменте анализируется предоставление информации уже учтенному (охваченному) контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Что же касается внешней информации, адресованной к неучтенному контингенту наркопотребителей, в том числе – ВИЧ-инфицированным, то 47,7% респондентов основной исследуемой группы отметили ее недостаточность или отсутствие.

В таблице 2 приведены данные по сектору услуг предоставления материалов в анализируемых структурах.

*Характеристика сектора услуг по предоставлению материалов в государственных наркологических учреждениях (n = 14), СПИД-центрах (n = 10) и профильных НПО (n = 22)*

Специфика услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Обмен шприцев	22,2%	100%	75%
Раздача презервативов	11,1%	100%	76,5%
Раздача дезинфекционных материалов	11,1%	60%	56,3%
Раздача информационных материалов (поименованных в п. 1)	90%	100%	100%

Как следует из данных таблицы 2, в рассматриваемых структурах специфика услуг по раздаче материалов представлена достаточно интенсивно в СПИД-центрах и профильных НПО, где данные услуги являются основным средством обеспечения снижения вреда и профилактики распространения ВИЧ среди потребителей инъекционных наркотиков. В государственных наркологических организациях эта деятельность (за исключением специфики информационных материалов) представлена существенно менее интенсивно – лишь в тех учреждениях, которые получают социальные гранты на реализацию программ снижения вреда.

Сопоставление полученных данных с результатами предыдущего раздела (характеристики реального охвата и потребностей в предоставлении рассматриваемой специфики услуг среди исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых) показывает, что объем услуг по предоставлению материалов, в целом, соответствует потребностям учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

В таблице 3 приведены данные по наличию программ обучения исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых в анализируемых структурах.

Таблица 3

*Характеристика сектора услуг по программам обучения исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых в государственных наркологических учреждениях (n = 14), СПИД-центрах (n = 10) и профильных НПО (n = 22)*

Специфика услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Профильное обучение зависимых от наркотиков: безопасные инъекции	50%	100%	80%
Профильное обучение зависимых от наркотиков: профилактика передозировок	87,5%	60%	73,3%
Профильное обучение зависимых от наркотиков: безопасный секс	50%	100%	86,7%

Как видно из данных по таблице 3, в анализируемых структурах специфика профильного обучения, в целом, представлена достаточно интенсивно. Преимущество в секторе СПИД-центров и НПО отмечается по спецификам безопасных инъекций и безопасного секса. Преимущество наркологического сектора отмечается по специфике профилактики передозировок. Данное обстоятельство обусловлено основными акцентами в деятельности рассматриваемых структур.

Сопоставление полученных данных с результатами предыдущего раздела по аналогичной специфике услуг (реальный охват и потребности среди исследуемого контингента) показывает, что объем услуг по профильному обучению, в целом, соответствует

потребностям учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

В таблице 4 приведены данные по наличию профиля услуг социальной помощи и поддержке контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в анализируемых структурах.

Как видно из данных по таблице 4, в анализируемых структурах специфика услуг по социальной помощи и поддержке представлена неравномерно. В целом, следует отметить более интенсивную представленность по всем анализируемым секторам таких специфик, как юридические услуги, консультирование по социальным вопросам и, в существенно меньшей степени, предоставление рабочих мест. Соответственно, менее интенсивно представлены



*Характеристика сектора услуг по социальной помощи и поддержке, предоставляемых контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в государственных наркологических учреждениях (n = 14), СПИД-центрах (n = 10) и профильных НПО (n = 22)*

Специфика услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Материальная помощь	12,5%	22,2%	16,7%
Юридические услуги	50%	66,7%	66,7%
Консультирование по социальным вопросам	62,5%	77,8%	90,5%
Жилищные программы	0	11,1%	16,7%
Профессиональное обучение	11,1%	11,1%	10,5%
Предоставление рабочих мест	44,4%	33,3%	52,6%
Трудотерапия больных, страдающих алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией	12,5%	11,1%	0

такие спецификации как материальная помощь, жилищные программы, профессиональное обучение и трудотерапия. То есть, те спецификации, которые требуют наибольших затрат и квалифицированного, специального обученного персонала. В сравнительном аспекте по анализируемым секторам следует отметить некоторое преимущество СПИД-центров и НПО по первым четырем спецификам рассматриваемого профиля услуг, преимущество сектора государственных наркологических учреждений по специфике трудотерапии.

Сопоставление полученных данных с результатами предыдущего раздела по аналогичной специфике

услуг (реальный охват и потребности среди исследуемого контингента) показывает, что объем услуг, реализуемых по профилю социальной помощи и поддержки, покрывает от 15% до 60% специфических потребностей учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Притом, что влияние рассматриваемого сектора услуг на индексы качества жизни и социального функционирования рассматриваемого сектора услуг весьма значительно.

В таблице 5 приведены данные по наличию консультативного профиля услуг учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в анализируемых структурах.

Таблица 5

*Характеристика сектора консультативных услуг, предоставляемых учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в государственных наркологических учреждениях (n = 14), СПИД-центрах (n = 10) и профильных НПО (n = 22)*

Специфика услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование)	90,9%	100%	68,4%
Семейное консультирование (семьи зависимых лиц, созависимых)	90,9%	55,6%	84,2%
Социальное консультирование	45,5%	44,4%	66,7%
Реабилитационное консультирование	63,6%	33,3%	63,2%
Социально-психологические тренинги	58,3%	55,6%	31,6

Как видно из данных таблицы 5, в анализируемых структурах специфика консультативных услуг представлена, в целом, достаточно интенсивно. При этом лидируют такие спецификации как общий профиль психологического консультирования, а также - семейное консультирование. В сравнительном аспекте дифференцированные спецификации консультативных услуг

(со 2-ой по 5-ую) несколько более интенсивно представлены в секторе государственных наркологических учреждений и профильных НПО.

Сопоставление данных настоящего исследовательского фрагмента с результатами предыдущего раздела по аналогичной специфике услуг (реальный охват и потребность среди исследуемого контингента)

показывает, что анализируемый объем консультативных услуг покрывает от 35% до 60% соответствующих потребностей учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых. В отношении анализируемого сектора услуг следует также отметить его существенное влияние на индексы качества

жизни и социального функционирования у исследуемого контингента.

В таблице 6 приведены данные по наличию диагностического профиля услуг, оказываемых учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в анализируемых структурах.

Таблица 6

*Характеристика диагностического сектора услуг, предоставляемого учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в государственных наркологических учреждениях (n=14), СПИД-центрах (n=10) и профильных НПО (n=22)*

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Многопрофильное врачебное консультирование (терапевтический, хирургический, инфекционный, ЗПП, фтизиатрический, ВИЧ/СПИД-профили и др. специальные профили)	36,4%	66,7%	22,2%
Тестирование на ВИЧ/СПИД	80,0%	100%	54,5%
Тестирование на гепатиты	70,0%	90,0%	36,4%
Тестирование на ЗПП (заболевания, передаваемые половым путем)	70,0%	100%	36,4%
Клинико-психопатологическая диагностика	100%	22,2%	12,5%
Экспериментально-психологическая диагностика	33,3%	0	14,3%

Как видно из данных таблицы 6, специфика диагностических услуг в анализируемых структурах представлена неравномерно. По специфике многопрофильного врачебного консультирования лидирует сектор СПИД-центров (66,7%). В то же время данная специфика существенно менее интенсивно представлена в государственных наркологических учреждениях (36,4%) и профильных НПО (22,2%). В отношении тестирования на ВИЧ, гепатиты и ЗПП преимущество также остается за сектором СПИД-центров. Промежуточное положение занимает сектор наркологических учреждений. Тестовая диагностическая активность в существенно меньшей степени представлена в профильных НПО. Что же касается клинико-психопатологической и экспериментально-психологической диагностики, то первая специфика полностью представлена лишь в секторе наркологических учреждений. Вторая - в неполном объеме присутствует в секторе наркологических учреждений (33,3%) и секторе НПО (14,3%).

Сопоставление данных, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, с результатами, отраженными в предыдущем разделе по аналогичной

специфике услуг (реальный охват и потребность среди исследуемого контингента) показывает, что анализируемый объем по первой специфике многопрофильного врачебного консультирования покрывает до 70% потребностей учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Реализуемый объем по другим диагностическим спецификам, в основном, соответствует потребностям исследуемого контингента. В то же время при оценке данного сектора услуг следует учитывать низкую степень информированности исследуемого контингента относительно двух последних категорий услуг диагностического профиля.

Что касается профиля заместительной терапии, то в настоящее время данный сектор услуг, в связи с неразработанностью нормативной базы, в Республике Казахстан отсутствует. В то время как наличие потребности в заместительной терапии отмечают 73,8% исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

В таблице 7 приведены данные по наличию услуг в области мотивационной терапии, оказываемых учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в анализируемых структурах.

Таблица 7

*Характеристика сектора услуг по мотивационной терапии, предоставляемых учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в государственных наркологических учреждениях (n=14), СПИД-центрах (n=10) и профильных НПО (n=22)*

Основной профиль услуг	Наркологические организации	Центры СПИД	НПО
Мотивационное интервью	33,3%	33,3%	71,4%
Мотивационное консультирование	66,7%	100%	100%
Мотивационная психотерапия	71,4%	66,7%	50%

Как видно из данных таблицы 7, специфика услуг по мотивационной терапии, в целом, представлена неравномерно. По специфике мотивационного интервью следует отметить лидирующие позиции сектора НПО, где данная технология является, зачастую, единственной возможностью отслеживать динамику статуса клиентов (71,4%). Технологии мотивационного консультирования сравнительно более интенсивно представлены в секторе СПИД-центров и профильных НПО. А специфика мотивационной психотерапии - в секторе наркологических учреждений.

Сопоставление данных, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, с результатами, приведенными в предыдущем разделе по аналогичной специфике услуг (реальный охват и потребность среди исследуемого контингента) показывает, что объем реализуемых технологий мотивационного

интервью и консультирования, в целом соответствует потребностям исследуемого контингента. В то же время по специфике мотивационной психотерапии покрывается менее четверти потребностей учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Кроме того, следует иметь в виду и основную направленность мотивационной терапии. С учетом данных о незначительном потоке пациентов, направляемых для прохождения полноценных курсов медико-социальной реабилитации из СПИД-центров и профильных НПО в наркологические учреждения, возможен вывод о низкой эффективности профильной мотивационной терапии, проводимой в обозначенных секторах.

В таблице 8 приведены данные о наличии услуг по лечению и реабилитации учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых в анализируемых структурах.

Таблица 8

*Характеристика сектора услуг по лечению и реабилитации учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых, предоставляемых государственными наркологическими учреждениями (n=14), СПИД-центрами (n=10) и профильными НПО (n=22)*

<b>Основной профиль услуг</b>	<b>Наркологические организации</b>	<b>Центры СПИД</b>	<b>НПО</b>
Амбулаторное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов ВИЧ/СПИДа)	36,4%	100%	0
Стационарное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов ВИЧ/СПИДа)	54,5%	71,4%	33,3%
Реабилитационные программы с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ	0	0	0
Реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии для резидентов	0	0	0
Амбулаторные реабилитационные программы с исключением наркопотребления	63,6%	0	40%
Стационарные реабилитационные программы с исключением наркопотребления	90,9%	0	33,3%

Как видно из данных таблицы 8, специфика лечебно-реабилитационных услуг представлена, в целом, неравномерно. С большим отрывом по специфике амбулаторного и стационарного лечения соматической патологии лидирует сектор СПИД-центров. Далее, располагается сектор наркологических учреждений. В секторе НПО стационарное лечение соматической патологии проводится в комплексе с реализацией программ медико-социальной реабилитации (33,3%). Амбулаторные и стационарные реабилитационные программы с полной абстиненцией представлены, в основном, в секторе наркологических учреждений, и в меньшей степени - в секторе НПО. Данная спецификация услуг отсутствует в секторе СПИД-центров. Обращает на себя

внимание полное отсутствие такой специфики услуг, как реабилитационные программы с режимом заместительной терапии и дозированного употребления ПАВ.

Сопоставление данных, полученных по настоящему исследовательскому фрагменту, с результатами предыдущего раздела по аналогичной специфике услуг, показывает, что объем реализуемых лечебно-реабилитационных технологий (за исключением позиции амбулаторного лечения соматической патологии, где отмечается примерное соответствие потребностей с реализуемым объемом услуг) крайне недостаточный и многократно перекрывается соответствующими потребностями учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

По сути, речь идет о том, что потребности в специализированной лечебно-реабилитационной наркологической помощи удовлетворяются от 7% до 27% по основным спецификациям. Такое заметное несоответствие между существующими возможностями прохождения полноценной реабилитации в наркологических учреждениях и низким уровнем использования этих возможностей объясняется неприемлемыми условиями оказания данного вида помощи.

2. Взаимодействие наркологических учреждений, СПИД-центров, профильных НПО по вопросам оказания медицинской помощи наркозависимым (в том числе ВИЧ-инфицированным) осуществляется в рамках деятельности тематических комиссий при органах исполнительной власти, а также при выполнении соответствующих пунктов ведомственных приказов, обязывающих информировать профильные учреждения о выявлении ВИЧ-статуса наркозависимого. Каких-либо установленных стандартов или протоколов, регулирующих взаимодействие анализируемых структур по вопросам оказания профильной помощи наркозависимым (в том числе ВИЧ-инфицированным) в настоящее время в системе МЗ РК не существует.

При выявлении основных параметров взаимодействия наркологических учреждений, СПИД-центров, профильных НПО, проводимого в рамках настоящего исследования, было выявлено следующее. Исследуемые государственные наркологические учреждения (n=14) в 92,9% случаев в качестве основного параметра взаимодействия со СПИД-центрами

отмечают информационный обмен. Однако взаимодействие по данному параметру сектора государственных наркологических учреждений с профильными НПО отсутствует. Сектор СПИД-центров (n=10) в 100% случаев заявляет об интенсивном информационном обмене с государственными наркологическими учреждениями и профильными НПО. Анализируемый сектор НПО (n=22) в 100% случаев заявляет об информационном сотрудничестве со СПИД-центрами. Но такое сотрудничество отсутствует в отношении наркологических учреждений.

Аналогичным образом дело обстоит и по параметру обучения персонала. Встречная активность отмечается в парах наркологические учреждения – СПИД-центры и СПИД-центры – профильные НПО. Такого рода встречной активности не наблюдается между наркологическими учреждениями и НПО.

Такой важнейший профиль взаимодействия, как расширение ассортимента услуг, представляемых наркозависимым (в том числе ВИЧ-инфицированным) за счет оперативного использования имеющихся материально-технических и кадровых ресурсов, между рассматриваемыми структурами не практикуется. Между тем, активное взаимодействие по данному параметру могло бы снять часть проблем, с которыми сталкивается каждый из поименованных секторов.

3. Результаты экспресс-оценки основных проблем, с которыми сталкиваются анализируемые структуры, и которые снижают эффективность оказания профильной помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым, отражены в таблице 9.

Таблица 9

*Характеристика основных проблемных сфер государственных наркологических учреждений (n = 14), СПИД-центров (n = 10) и профильных НПО (n = 22)*

<b>Обозначение проблемной сферы</b>	<b>Наркологические организации</b>	<b>Центры СПИД</b>	<b>НПО</b>
Недостаток финансирования	90,9%	88,9%	46,2%
Недостаточность ассортимента и качества предоставляемых услуг	81,8%	77,8%	83,3%
Недостаточная профессиональная компетентность персонала организации	90,9%	77,8%	76,9%
Недостаточный уровень технического оснащения организации	100%	77,8%	83,3%
Необходимость разработки новой нормативно-правовой базы	54,5%	44,4%	58,3%
Необходимость внедрения новых лечебно-реабилитационных технологий	90,9%	55,6%	66,7%
Необходимость изменения штатного расписания и приема новых специалистов	81,8%	66,7%	38,5%
Низкий уровень доверия наркопотребителей к организации	81,8%	77,8%	69,2%
Необходимость улучшения организации деятельности имеющегося персонала	72,7%	66,7%	58,3%

Как видно из таблицы 9, поименованные проблемные сферы достаточно актуальны для всех

рассматриваемых секторов – наркологических учреждений, СПИД-центров, профильных НПО.

Причем такие проблемы, как недостаточность ассортимента и невысокий уровень качества предоставляемых услуг, недостаточный уровень компетенции персонала являются универсальными по степени интенсивности представленности в каждом секторе для всех анализируемых структур. В тоже время некоторые проблемные сферы по каждому сектору представлены с разной степенью интенсивности, что, в частности, свидетельствует о различных финансово-экономических и правовых условиях функционирования рассматриваемых структур. Так, например, недостаток бюджетного финансирования наиболее часто отмечают учреждения МЗ РК - наркологические учреждения и СПИД-центры, чья деятельность финансируется государственным бюджетом. Далее прослеживается существенная разница между сектором наркологических учреждений, секторами СПИД-центров и профильных НПО по комплексу проблем, связанных с качеством оказываемых услуг: техническое оснащение, необходимость внедрения новых технологий, необходимость изменения штатного расписания и приема новых специалистов, потребность в улучшении организации деятельности персонала. В секторе наркологических учреждений такого рода проблемы отмечаются сравнительно чаще. Вместе с тем данное обстоятельство свидетельствует о том, что технологии лечебно-реабилитационной работы становятся сложнее и требуют соответствующего ресурсного обеспечения. Заслуживает внимания один из самых низких совокупных показателей проблемной сферы – необходимость обновленной нормативно-правовой базы. Из чего следует, что существующая нормативная база, в основном, устраивает сектор СПИД-центров, наркологических учреждений и, в меньшей степени, сектор НПО. А вопросы необходимости нормативного регулирования взаимодействия всех трех рассматриваемых секторов в деле оказания профильной помощи наркозависимым (в том числе ВИЧ-инфицированным) остаются вне поля внимания руководителей соответствующих служб.

4. При расчетах экономической эффективности действующей модели наркологической помощи в Республике Казахстан мы исходили из следующих расчетных показателей: среднее количество ВИЧ-инфицированных наркозависимых, получивших стационарное лечение в государственных наркологических учреждениях МЗ РК в 2006 году – 623; показатель ремиссий, длительностью до 1 года среди наркозависимых, прошедших курсы стационарного лечения в 2006 году – 7,4%; средняя стоимость пролеченного случая в 2006 году составила по РК – 59907 тенге; средняя стоимость антиретровирусной терапии одного ВИЧ-инфицированного в год – 1143000 тенге; объем ВВП на душу населения по РК в 2006 году составил 636180 тенге. Кроме того, нами учитывались сведения дозорного эпиднадзора о том, что у большинства ПИН инъекционное и половое поведение остается опасным с точки зрения передачи ВИЧ.

Только 13,4 ПИН полностью принимают превентивное инъекционное и половое поведение в среднем по РК (данные из Программы по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы). В результате чего вероятность заражения ВИЧ, как минимум одного контактного лица, будет чрезвычайно высокой.

Таким образом, общий экономический эффект, получаемый от существующей модели наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым в системе государственных наркологических учреждений МЗ РК будет складываться из суммы показателей ВВП, полученных в результате производственной деятельности ВИЧ-инфицированных наркозависимых, находящихся в состоянии ремиссии, и показателей стоимости антиретровирусной терапии гипотетического количества контактных лиц, которая экономится в результате достижения ремиссии у определенного количества ВИЧ-инфицированных наркозависимых и их безопасного поведения в отношении данных контактных лиц.

Общий экономический эффект будет высчитываться по формуле:

$$ЭП_{эф} = \frac{(ВВП \text{ на } 1 \text{ жителя} * n_1) + (СмАРТ * n_1)}{(СмПЦ * n_2)}$$

где  $ЭП_{эф}$  – экономический показатель эффективности исследуемой модели

$n_1$  – общее число ВИЧ-инфицированных наркозависимых с ремиссией до 1 года

$n_2$  – общее число ВИЧ-инфицированных наркозависимых, прошедших курсы стационарного лечения в наркологических учреждениях в течение года

СтАРТ – стоимость антиретровирусной терапии на одного ВИЧ-инфицированного в год

$$ЭП_{эф} = \frac{(636180 \text{ т} * 46) + (1143000 \text{ т} * 46)}{(59907 \text{ т} * 623)} = 2,19$$

То есть, на каждую денежную единицу, вложенную в наркологическое лечение ВИЧ-инфицированных наркозависимых по действующей модели наркологической помощи, государство получает 2,19 денежных единиц экономического эффекта.

Показатель абсолютной стоимости пользы (АСП) высчитывается по формуле:

$$АСП = ОЭ_{ф} - ПЗ$$

В 2006 году показатель АСП для системы наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым в РК равен:

$$АСП = 81842280 \text{ т.} - 37322061 \text{ т.} = 44520219 \text{ т.}$$

Абсолютный показатель эффективности ( $АП_{эф}$ ) высчитывается по формуле:

$$АП_{эф} = \frac{АСП}{ПЗ} = \frac{44520219 \text{ т}}{37322061 \text{ т}} = 1,19$$

Таким образом, абсолютный показатель эффективности действующей модели наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым в 2006 году составил 1,19.

---

---

Экспертная оценка общей эффективности специализированной наркологической помощи, оказываемой учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых по Республике Казахстан, выставляемая с учетом вышеприведенных данных, будет следующая:

- степень соответствия общего сектора наркологических услуг (их ассортимента, объема, качества, условий оказания – доступности, приемлемости, стоимости) нуждам и запросам ВИЧ-инфицированных наркозависимых, с учетом всех вышеприведенных сведений, оценена – как *недостаточная*;

- степень соответствия содержания и условий оказания наркологических услуг этическим принципам уважения человеческого достоинства и соблюдения прав человека, с учетом сведений о принудительном характере лечения и высокого риска поражения в правах в результате адресного учета в наркологических учреждениях оценена - как *недостаточная*;

- степень соответствия квалификационного статуса специалистов характеристикам воспроизводимого сектора услуг, с учетом сведений о недостаточной укомплектованности и квалификации персонала наркологических учреждений РК оценена – как *недостаточная*;

- степень соответствия стандарта подготовки программ додипломного, последипломного, дополнительного образования и программ профессионального роста необходимым квалификационным характеристикам специалистов наркологического профиля, с учетом данных о недостатках стандарта додипломной подготовки и обновленном, в соответствии с современными требованиями, стандартом последипломного и дополнительного образования оценена – как *средняя*;

- степень соответствия стандарта организации системы наркологической помощи всем вышеперечисленным позициям, с учетом приоритета первой и второй позиции, в также сведений об отсутствии адекватного нормативного регулирования деятельности по оказанию первичной наркологической помощи и взаимодействию наркологических учреждений, СПИД-центров, профильных НПО на данном этапе оценена – как *недостаточная*;

- степень соответствия наркологической активности реальным тенденциям и фактам, наблюдаемым в среде ВИЧ-инфицированных наркозависимых оценена – как *недостаточная*.

Таким образом, общая оценка по параметру *адекватности*, суммирующая промежуточные оценки по вышеназванным шести позициям, показывает *недостаточную степень адекватности наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым в РК*.

Основные составляющие параметра *обоснованности* оценены следующим образом:

- степень реализации принципов научной обоснованности и доказательной эффективности каждого профессионального вмешательства, с учетом сведений об отсутствии масштабного внедрения уже апробированных форм эффективной наркологической помощи на первом этапе ее оказания, следует оценить как *недостаточную*;

- степень соответствия профессионального уровня специалистов наркологического профиля, включая лиц, ответственных за профессиональное образование и проведение научных исследований, с учетом сведений о квалификационных характеристиках научно-педагогических кадров в РК следует оценить – как *среднюю*;

- степень технологической оснащенности учреждений наркологического профиля, с учетом данных о фактической ресурсной обеспеченности ЛПУ наркологического профиля следует оценить – как *недостаточную*;

- степень оснащенности технологиями мониторинга сбора, хранения и анализа первичной информации по наркологической ситуации в РК, с учетом сведений о регулярном многоуровневом мониторинге наркологической ситуации в РК и включении в эту систему данных о ВИЧ-инфицированных наркозависимых отдельной графой с 2007 года следует оценить – как *среднюю*.

Таким образом, общая оценка по параметру *обоснованности*, суммирующая промежуточные оценки по вышеуказанным четырем позициям, с учетом приоритета первой позиции, показывает, в целом, *недостаточную степень обоснованности наркологической помощи ВИЧ-инфицированным наркозависимым в РК*.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА АССОРТИМЕНТА УСЛУГ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (СЕКТОР ВТОРИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ НАРКОЗАВИСИМЫМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

О.Н.Комарова, А.Л.Катков

г. Астана, г. Павлодар

Одной из задач комплексной научно-технической программы Республиканского научно-практического Центра медико-социальных проблем

наркомании на 2005-2007 г.г. являлась дифференцированная оценка существующего сектора наркологических услуг, оказываемых ВИЧ-инфицированным

наркозависимым. В настоящем сообщении приводятся результаты, полученные в основной исследуемой группе (n = 236) учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых, в отношении ассортимента наркологических услуг (сектор вторичной и третичной профилактики). Настоящая оценка проводилась на основании статико-математического анализа специальных карт для

эпидемиологических исследований, заполняемых всеми представителями основной исследуемой группы. Ниже приведены основные фрагменты данного анализа.

Далее, нами исследовался фактический ассортимент специализированных услуг, предоставляемых контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Эти сведения отражены в таблице 1.

Таблица 1

*Характеристика ассортимента специализированных медицинских услуг, оказываемых основной исследуемой группе (n = 236) в последние 0,5 года*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
<i>Информационные услуги</i>				
1. знакомство с профильной печатной информацией целенаправленного профилактического и общего характера (например, о возможности получения профильной наркологической помощи)	236	199	84,3%	+/-5,2%
2. знакомство с профильной видеопродукцией	236	61	25,9%	+/-6,2%
3. информация в непосредственном контакте персонала с наркозависимыми	236	126	53,4%	+/-7,1%
<i>Предоставление материалов</i>				
4. обмен шприцев	236	206	87,2%	+/-5,2%
5. раздача презервативов	236	159	67,3%	+/-7,4%
6. раздача дезинфекционных материалов	236	62	26,3%	+/-6,9%
7. раздача информационных материалов (поименованных в п. 1)	236	101	42,9%	+/-7,8%
<i>Профильное обучение зависимых от наркотиков</i>				
8. безопасные инъекции	236	184	78%	+/-6,6%
9. профилактика передозировок	236	172	72,7%	+/-7,1%
10. безопасный секс	236	156	66,1%	+/-7,6%
<i>Социальная помощь и поддержка</i>				
11. материальная помощь	236	104	43,9%	+/-9,4%
12. юридические услуги	236	59	28%	+/-8,5%
13. консультирование по социальным вопросам	236	97	41,1%	+/-9,3%
14. жилищные программы	236	9	3,7%	1,9<>9,1%
15. профессиональное обучение	236	24	10,3%	+/-5,8%
16. предоставление рабочих мест	236	24	10,3%	+/-5,8%
<i>Консультационные услуги</i>				
17. психологическое консультирование (включая предтестовое и послетестовое психологическое консультирование)	236	178	75,5%	+/-7%
18. семейное консультирование (семьи зависимых лиц, созависимых)	236	69	29,4%	+/-7,5%
19. социальное консультирование	236	20	8,4%	+/-4,5%
20. реабилитационное консультирование	236	23	9,8%	+/-4,9%
21. социально-психологические тренинги	236	23	9,8%	+/-4,9%
<i>Диагностические технологии</i>				
22. многопрофильное врачебное консультирование (терапевтический, хирургический, инфекционный, ЗПП, фтизиатрический, ВИЧ/СПИД-профили и др. специальные профили)	236	147	62,1%	+/-6,8%
23. тестирование на ВИЧ/СПИД	236	200	84,6%	+/-5,1%

Таблица 1 (продолжение)

Характеристика ассортимента специализированных медицинских услуг, оказываемых основной исследуемой группе (n = 236) в последние 0,5 года

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
<i>Диагностические технологии</i>				
24. тестирование на гепатиты	236	137	57,9%	+/-6,9%
25. тестирование на ЗПП (заболевания, передаваемые половым путем)	236	127	53,8%	+/-7%
26. клинико-психопатологическая диагностика	236	22	9,2%	+/-4,1
27. экспериментально-психологическая диагностика	236	2	0,5%	0,3<>3,4%
<i>Заместительная терапия</i>				
28. заместительная терапия с использованием метадона	236	0	0	0<>11,6%
29. заместительная терапия с использованием бупринорфина	236	0	0	0<>11,6%
30. заместительная терапия с использованием других препаратов	236	0	0	0<>11,6%
<i>Мотивационные технологии</i>				
31. мотивационное интервью	236	104	44,1%	+/-16,7%
32. мотивационное консультирование	236	83	35,3%	+/-16,1%
33. мотивационная психотерапия	236	42	17,6%	+/-12,8%
<i>Лечебные технологии</i>				
34. амбулаторное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов, ВИЧ/СПИДа)	236	136	57,5%	+/-8%
35. стационарное лечение соматической патологии (в том числе гепатитов, ВИЧ/СПИДа)	236	34	14,4%	+/-5,7%
36. реабилитационные программы с режимом дозированного употребления наркосодержащих веществ	236	8	3,4%	1,8<>8%
37. реабилитационные программы, предусматривающие режим заместительной терапии для резидентов	236	3	1,4%	0,7<>5,2%
38. амбулаторные реабилитационные программы с исключением наркопотребления	236	3	1,4%	0,7<>5,2%
39. стационарные амбулаторные программы с исключением наркопотребления	236	16	6,8%	+/-4,1%

Из данных, представленных в таблице 1, следует, что по информационному профилю услуг, охват исследуемого контингента, в целом, достигал 84,3%. При этом, основной способ распространения информации – непосредственный контакт с персоналом. В данном пункте следует учитывать и сведения о раздаче информационных материалов, (охват 42,9%), приведенных в следующем классе специализированных услуг. Таким образом, по рассматриваемому сектору услуг основной вопрос заключается не в охвате – он, в целом, значительный – а в качестве предоставляемой информации.

По следующему профилю услуг (предоставление материалов) лидирует, безусловно, обмен шприцев

– 87,2% охвата исследуемого контингента. На втором месте – раздача презервативов (67,3% охвата). То есть, согласно полученным данным, СПИД-центры, куда, в основном и обращаются ВИЧ-инфицированные наркозависимые, в значительной степени ориентированы на реализацию технологий третичной профилактики – снижения вреда. И в существенно меньшей степени на реализацию мотивационных технологий по прохождению полноценных программ медико-социальной реабилитации. Что, на наш взгляд, свидетельствует о недостаточно эффективной взаимосвязи наркологических учреждений со СПИД-центрами.

Следующим классом услуг по профилю обучения охвачено от 66,1% до 78%, исследуемого



контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Что, опять таки, подтверждает ориентацию СПИД-центров на технологии третичной профилактики – снижения вреда.

В отношении такого профиля специализируемых услуг, как социальная помощь и поддержка, охват существенно менее значительный - от 43,9% до 3,7%. Что связано с относительно высокой себестоимостью услуг данного профиля, а так же – дефицитом подготовленных кадров.

Профиль консультационных услуг по интенсивности охвата исследуемого контингента представлен неравномерно. Лидером здесь является общий профиль психологического консультирования (в основном – предтестовое и послетестовое консультирование) – 75,5% охвата. В то же время обращает на себя внимание недостаточный охват ВИЧ-инфицированных наркозависимых профилем собственно наркологического консультирования и социально-психологическими тренингами, проведение которых требует специальной квалификации персонала – от 29,4% до 9,8%. Таким образом, подтверждается тезис о недостаточно эффективном взаимодействии наркологических учреждений, СПИД-центров и профильных НПО.

Охват исследуемого контингента диагностическими технологиями представлен весьма интенсивно по профилям диагностики соматического состояния (от 84,6% - тестирование на ВИЧ, до 53,5% - тестирование на ЗПП). В то же время данный профиль крайне скудно представлен клинико-психопатологической диагностикой – 9,2% и экспериментально-психологической диагностикой – 0,5%. Эти

данные следует интерпретировать в контексте ранее приведенных сведений о недостаточно эффективном взаимодействии СПИД-центров с системой наркологической помощи. А так же – с учетом общего дефицита подготовленных психологов и психотерапевтов в рассматриваемых секторах здравоохранения.

Профиль заместительной терапии, в силу непроработанности нормативно-правовых условий в Республике для его реализации - полностью отсутствует. Данное обстоятельство осложняет проведение стабильной антиретровирусной терапии контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Мотивационные услуги по степени охвата представлены крайне недостаточно (от 44,1% до 17%). При том, что в отношении исследуемого контингента залогом конструктивного движения от опасного к безопасному поведению и, далее, к отказу от наркопотребления является успешная мотивационная терапия.

Что же касается непосредственно лечебных технологий, то, за исключением амбулаторных форм лечения соматической патологии (включая лечение гепатитов и ВИЧ/СПИДа) – 57,9%, охват исследуемого контингента собственно наркологическим лечением и реабилитацией остаётся крайне незначительным – от 6,8% до 1,4%. Данный факт – еще один аргумент в пользу более тесного и эффективного взаимодействия наркологических учреждений, СПИД-центров и профильных НПО.

Субъективная оценка динамики соматического состояния за последний год среди исследуемого контингента отражена в таблице 2.

Таблица 2

*Субъективная оценка динамики соматического состояния за последний год в основной исследуемой группе (n=236)*

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Без изменений	236	68	28,9%	+/-5,8%
Скорее ухудшилось	236	111	47,2%	+/-6,4%
Ухудшилось	236	49	20,9%	+/-5,2%
Скорее улучшилось	236	4	1,7%	1 <> 4,3%
Улучшилось	236	1	0,4%	0,3 <> 2,7%
Затрудняюсь ответить	236	3	1,3%	0,5 <> 3,2%

Как видно из таблицы 2 лишь около трети респондентов основной исследуемой группы (28,9%) отмечают более или менее стабильное соматическое состояние в течение последнего года. В общей сложности 68,1% отмечают ухудшение соматического состояния. И 2,1% - отмечают улучшение физического самочувствия. С одной стороны такая динамика обусловлена поступательным темпом болезненных изменений в результате наркозависимости и ВИЧ. С другой – недостаточной эффективностью получаемой медицинской помощи.

В таблице 3 приведена субъективная оценка динамики психического состояния исследуемого контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых за последний год.

Как видно из таблицы 3, процент респондентов, оценивающих свое психическое состояние как достаточно стабильное, несколько выше, чем по предыдущему пункту (38,6% против 28,9% в соотношении 1,34:1). Далее, динамику в сторону ухудшения по психическому состоянию отмечают в общей сложности 59,7%, что несколько меньше чем по

Субъективная оценка динамики психического состояния за последний год  
в основной исследуемой группе (n=236)

Наименование	Число наблюд.	абс	%	Доверительный интервал
Без изменений	236	91	38,6%	+/-6,2%
Скорее ухудшилось	236	98	41,5%	+/-6,3%
Ухудшилось	236	43	18,2%	+/-4,9%
Скорее улучшилось	236	1	0,4%	0,3<>2,7%
Улучшилось	236	1	0,4%	0,3<>2,7%
Затрудняюсь ответить	236	2	0,8%	0,5<>3,2%

предыдущей позиции (соотношение 1:1,15). И лишь 0,8% отмечают улучшение психического состояния за последний календарный год. Полученные по данному фрагменту результаты, а также их сравнение с результатами предыдущего исследовательского фрагмента, показывают, что ВИЧ-инфицированные наркозависимые склонны связывать тяжесть своего состояния с соматическим заболеванием. В меньшей степени респонденты исследуемой группы рефлексируют и отслеживают динамику своего психического статуса.

Таким образом:

- ассортимент наркологических услуг по сектору вторичной и третичной профилактики

наркозависимости, в целом, по Республике Казахстан, представлен неравномерно;

- профиль информационных услуг, услуг по предоставлению материалов, а также услуг по тематическому обучению - представлен, в целом, удовлетворительно;

- профиль услуг по оказанию социальной помощи и поддержки, консультативных, диагностических, мотивационных, заместительной терапии и лечебно-реабилитационных – представлен неудовлетворительно;

- ВИЧ-инфицированные наркозависимые в основном ориентированы на услуги по лечению соматического заболевания и на получение социальной помощи и поддержки.

## ОСОБЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ПИЕЛОНЕФРИТАМИ

С.О.Пакеев, А.Л.Катков

В продолжение 2005-2006 г.г. в рамках комплексной программы научно-технических исследований РНПЦ МСПН нами изучались особенности наркологического анамнеза у зависимых от опиоидов со следующими видами коморбидной патологии: хронический гепатит В и С (n=317), ВИЧ (n=121), органические психические расстройства травматической этиологии (n=62) и хронический пиелонефрит (n=49). При этом были получены следующие результаты.

### 1 Особенности наркологического анамнеза

В таблице 1 приведены данные относительно наследственной отягощенности и осложнениях в раннем развитии в сравниваемых клинических подгруппах.

Как видно из таблицы 1 в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно чаще фиксировались психопатологическая наследственная отягощенность

как по профилю алкоголизма, так и по профилю наркотической зависимости (соотношения 1,74:1, при P<0,01 и 5,37:1, при P<0,01). В этой же подгруппе отмечается достоверно менее интенсивная представленность такого фактора как отсутствие психодезадаптационных эпизодов в детстве (соотношение 1:1,15, при P<0,01). В то же время по другим анализируемым параметрам прослеживается тенденция к более благоприятному варианту психофизического развития в раннем детстве. Однако значения доверительных интервалов перекрывали полученную разницу процентного соотношения. В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом существенно интенсивнее была представлена психопатологическая наследственная отягощенность по профилю алкоголизма (соотношение 4,85:1, при P<0,01) и по профилю наркоманий (соотношение 9,12:1, при P<0,01). По данному параметру анализируемая клиническая

Сравнительные характеристики наследственной отягощенности (прием ПАВ) и осложнений в развитии в основных клинических подгруппах ( $n = 317$ ,  $n = 121$ ,  $n = 62$ ,  $n = 49$ )

<i>Психопатологическая отягощенность наследственности</i>									
Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Алкоголизм	8,6	15	<0,01	41,7	<0,01	13,8		13,3	
Наркомания	0,8	4,3	<0,01	7,3	<0,01	1,2		6,7	<0,05
<i>Протекание беременности</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
С осложнениями	6,4	3,8	<0,05	4,1	<0,05	29,4	<0,01	16,7	<0,05
Без осложнений	77,4	71,3		63,6		47,1	<0,01	75	
<i>Протекание родов у матери пациента</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
С осложнениями	7,8	5,2	<0,01	6,1		14,3	<0,05	16,7	<0,05
Без осложнений	67,7	67,9		68,7		57,1	<0,05	75	<0,05
<i>Психомоторное развитие до 3-х лет</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Соответствовало возрасту	93,7	97	<0,05	94		90,9		90	
Отставание в психическом развитии	2	1,0		0,7		4,5	<0,05	2,7	
Отставание в физическом развитии	1,8	0,8		5,4	<0,05	9,1	<0,05	6,7	<0,05
<i>Наличие психодезадаптационных эпизодов в детстве</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не было	76,3	66,2	<0,01	49,3	<0,01	48	<0,05	42,9	<0,05

подгруппа представляется наиболее неблагоприятной. Далее, обращает на себя внимание сравнительно более интенсивная представленность такого параметра как отставание в физическом развитии (соотношение 3,0:1, при  $P<0,05$ ) и сравнительно меньшая интенсивность фактора отсутствия психодезадаптационных эпизодов в детстве (соотношение 1:1,55, при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии более интенсивно представлен фактор протекания беременности с осложнениями (4,59:1, при  $P<0,01$ ). И, соответственно, менее интенсивно – фактор протекания беременности без осложнений (1:1,64, при  $P<0,01$ ). Далее, в данной подгруппе сравнительно чаще отмечалось отставание в психическом развитии (2,25:1, при  $P<0,05$ ) и в физическом развитии (5,85:1, при  $P<0,05$ ). А также –

меньшая интенсивность отсутствия психодезадаптационных эпизодов в детстве (1:1,59, при  $P<0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом относительно чаще отмечались наследственная отягощенность наркоманией (соотношение 8,37:1, при  $P<0,05$ ), осложненное протекание беременности (соотношение 2,61:1, при  $P<0,05$ ) и родов (соотношение 2,14:1, при  $P<0,05$ ), отставание в физическом развитии (соотношение 3,72:1, при  $P<0,05$ ). Сравнительно менее интенсивно было представлено отсутствие психодезадаптационных эпизодов в детстве (соотношение 1:1,78, при  $P<0,05$ ). Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту, свидетельствуют, что дополнительными рисками по профилю присоединения коморбидных гепатитов В и С, ВИЧ, хронического пиелонефрита являются психопатологическая отягощенность

приемам ПАВ и косвенные свидетельства частых психозадаптационных эпизодов в детстве, коморбидному ВИЧ-статусу, дополнительно, сопутствует отставание в физическом развитии. Для такого профиля коморбидности, как хронический пиелонефрит данный перечень расширяется за счет осложненных родов и отставания в физическом развитии. Что касается коморбидных органических расстройств, то, за исключением наследственных, все поименованные факторы раннего дизонтогенеза

являются зоной повышенного риска для данной патологии. Таким образом, фактор патологически деформированной почвы в наименьшей степени характерен для коморбидных гепатитов В и С, и в наибольшей – для хронических пиелонефритов и коморбидных органических расстройств травматической этиологии. Профиль ВИЧ занимает здесь промежуточное положение.

В таблице 2 представлены сведения относительно первых проб наркотических веществ в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 2

*Сравнительные характеристики возраста начала употребления наркотиков, их вида и реакций на первые пробы в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)*

<i>Возраст начала употребления наркотиков (полных лет)</i>											
Наименование	n=772			n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Возраст начала употребления наркотиков (полных лет)	22,6	20,0	<0,01	19,0	<0,05	18,7	<0,05	17,5	<0,05		
<i>Вид впервые употребленного наркотика</i>											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Героин	27,8	35,9	<0,05	7,1	<0,01	38,5		50	<0,05		
Марихуана, гашиш	32,1	26,7	<0,05	26		30,8		7,1	<0,05		
Опий	35,6	36,2		66,9	<0,01	30,8		42,9			
<i>Реакция на первые пробы наркотика</i>											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Дискомфорт	9,5	5,1	<0,05	7,4		10,2		6,7			
Эйфория	71,6	78	<0,05	62,2	<0,05	69,2		86,7			
Отсутствие выраженной реакции	11,6	12,7		23,6	<0,01	23,1		2,0			

Как видно из таблицы 2 для клинической подгруппы с гепатитами В и С характерен более ранний, средний возраст начала наркопотребления (соотношение количества лет на момент первой пробы наркотиков 1:1,13, при P<0,01). Сравнительно более часто впервые употребляется героин (соотношение 1,29:1, при P<0,05), и менее часто - марихуана (соотношение 1:1,28). Из первых реакций на пробу наркотиков в данной клинической подгруппе более характерны – эйфория (соотношение 1,09:1, при P<0,05) и менее характерны – дискомфорт (соотношение 1:1,86, при P<0,05). Для клинической подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом фиксируется еще более раннее вовлечение в наркозависимость (соотношение 1:1,19, при P<0,01). В качестве первого наркотика чаще использовался опий (соотношение

1,88:1, при P<0,01). В качестве первых реакций на наркопотребление относительно менее интенсивно была представлена эйфория (соотношение 1:1,15, при P<0,05) и более интенсивно – такой фактор, как отсутствие выраженной реакции (соотношение 2,03:1, при P<0,01). Для клинической подгруппы с органическими расстройствами травматической этиологии характерно сравнительно более раннее вовлечение в наркопотребление (соотношение 1:1,2, при P<0,05). По другим анализируемым параметрам достоверных различий не найдено. Для клинической подгруппы с хроническими пиелонефритами также характерен более ранний возраст приобщения к наркопотреблению (соотношение 1:1,29). В качестве первого наркотика респондентами данной группы чаще употреблялся героин (соотношение 1,8:1, при P<0,05)

и реже – марихуана (соотношение 1:4,52, при  $P < 0,05$ ). Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту, свидетельствуют о том, что дополнительными факторами риска по рассматриваемым видам коморбидности является сравнительно более ранний возраст начала наркопотребления, употребление героина или опия в качестве первой пробы наркотика. Специфика реакций на первые

пробы наркотика достоверно установлена в отношении первых двух клинических подгрупп, что, по-видимому, связано с особенностями действия в первые употребляемого наркотика.

В таблице 3 приведены данные относительно динамики формирования абстинентного синдрома и синдрома изменения толерантности в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 3

*Сравнительные характеристики динамики формирования абстинентного синдрома и синдрома изменения толерантности в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)*

<i>Формирование признаков абстинентного синдрома (наркотик)</i>										
Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1 г. от начала употребления	47,8	62,6	<0,01	69,5	<0,01	66,7	<0,05	85,7	<0,01	
2 ч. от начала употребления	31,6	25,7		26,5		16,7		7,1	<0,05	
3 г. от начала употребления	16,2	7,2	<0,01	13	<0,01	8,3		7,1		
4 г. от начала употребления	1,9	1,5		8,5	<0,01	8,3		0		
<i>Период формирования стадии « плато» (наркотики)</i>										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1 г. от начала формирования	39,8	52,3	<0,01	16,4	<0,01	45,5		83,3	<0,01	
2 г. от начала формирования	38	30,7		69,7	<0,01	36,4		3,1	<0,01	
3 г. от начала формирования	18,1	10,5	<0,01	13,8		14,3		16,7		
5 л. от начала формирования	1,2	1,6		0		0,2	<0,05	0		

Как видно из таблицы 3 в клинической подгруппе с гепатитами В и С отмечается сравнительно более раннее формирование отчетливых признаков абстинентного синдрома (соотношение по 1-ому году – 1,31:1, при  $P < 0,01$ ). А также – более ранний период формирования стадии «плато» в отношении используемого наркотика (соотношение по первому году 1,31:1, при  $P < 0,01$ ). Те же закономерности прослеживаются в подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом в отношении динамики формирования абстинентного синдрома (соотношение по 1-ому году 1,45:1, при  $P < 0,01$ ). В то же время в данной клинической подгруппе относительно реже стадия плато формируется в первый год активного наркопотребления (соотношение по первому году - 1:2,43, при  $P < 0,01$ ) и чаще – во второй год активного наркопотребления (соотношение по второму году – 1,83:1, при  $P < 0,01$ ). Что, по-видимому, следует объяснить

спецификой впервые используемого наркотического препарата в анализируемой клинической подгруппе (первый наркотик, преимущественно – опий). В подгруппе с коморбидными органическими расстройствами достоверные различия с общей группой зависимых от опиоидов без признаков коморбидной патологии отмечаются лишь по параметру более раннего формирования абстинентного синдрома (соотношение по первому году 1,39:1, при  $P < 0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом отмечается наиболее заметное смещение динамики формирования абстинентного синдрома и стадии плато в более ранние сроки (соотношение по первому году – 1,79:1, при  $P < 0,01$  и 2,09:1, при  $P < 0,01$ , соответственно). Таким образом, рассматриваемые виды коморбидной патологии соотносятся с менее благоприятными вариантами формирования абстинентного синдрома и

синдрома изменения толерантности. В наибольшей степени эти особенности выражены в клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом.

В таблице 4 приведены данные относительно распределения измененных форм наркотического опьянения в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 4

*Сравнительные характеристики распределения измененных форм наркотического опьянения в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49) в течение последнего года*

Наименование	n=772			n=317			n=121			n=62			n=49		
	%		P	%		P	%		P	%		P	%		P
Эйфории	50,6		<0,05	42		<0,05	24,3		<0,01	38,5		<0,01	40		<0,01
Апатии	13,9		<0,05	8,6		<0,05	5,3		<0,01	7,7		<0,01	33,3		<0,01
Утратой чувства такта и стыда	6,3			8,3			5,3			23,1		<0,05	0		
Замкнутости	4,8		<0,05	9		<0,05	0,7		<0,05	7,7		<0,05	13,3		<0,05
Тоски	2,8		<0,01	9,3		<0,01	19,2		<0,01	3,2		<0,05	13,3		<0,05
Плаксивости	0,8			2,2			4		<0,05	7,7		<0,05	2,3		
Дисфорических расстройств настроения	7,1			8,3			24,5		<0,01	17,7		<0,05	6,7		
Суицидальных тенденций демонстративного характера	2,1			2,8			25,8		<0,01	5,6		<0,05	1,8		

Как видно из таблицы 4 в клинической подгруппе с гепатитами В и С типичная форма наркотического опьянения с преобладанием эйфории представлена сравнительно реже (соотношение 1:1,20, при P<0,05). Также сравнительно более редко представлена форма наркотического опьянения с преобладанием апатии (соотношение 1:1,62, при P<0,05). В то же время измененные формы опьянения с преобладанием замкнутости и тоски представлены существенно чаще (соотношение 1,87:1, при P<0,05 и 3,32:1, при P<0,01, соответственно). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом реже отмечались формы наркотического опьянения с преобладанием эйфории (соотношение 1:2,08, при P<0,01), апатии (соотношение 1:2,62, при P<0,01) и замкнутости (соотношение 1:6,86, при P<0,05). И сравнительно более часто – измененные формы наркотического опьянения с преобладанием тоски (соотношение 6,87:1, при P<0,01), плаксивости (соотношение 5,0:1, при P<0,05), дисфорических расстройств настроения (соотношение 3,45:1, при P<0,01), а также – суицидальных тенденций демонстративного характера (соотношение 9,21:1, при P<0,01). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии отмечалось существенное преобладание измененных форм наркотического опьянения с утратой чувства такта и стыда (соотношение 3,66:1, при P<0,05), плаксивостью (соотношение 9,62:1, при P<0,05), дисфорическими расстройствами настроения (соотношение 2,49:1, при P<0,05) и суицидальными тенденциями демонстративного характера (соотношение 2,67:1, при P<0,05). В клинической подгруппе с коморбидным

хроническим пиелонефритом отмечается существенное преобладание наркотического опьянения с апатией (соотношение 2,39:1, при P<0,01) и тоской (соотношение 4,75:1, при P<0,05). Полученные по данному фрагменту результаты свидетельствуют, что анализируемые виды коморбидной патологии изменяют форму наркотического опьянения по типу дополнительной экзогенно-органической вредности (более характерного для подгруппы с органическими расстройствами), а также – по типу дополнительного психотравмирующего фактора (более характерного для подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом).

В таблице 5 приведены данные относительно особенностей клинических проявлений абстинентного синдрома в сравниваемых подгруппах.

Как видно из таблицы 5 в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно более интенсивно представлены средняя и тяжелая степени выраженности абстинентного синдрома в последний год перед поступлением на стационарное лечение (соотношения 1,33:1, при P<0,01 и 2,15:1, при P<0,01, соответственно). Кроме того, в данной подгруппе сравнительно более интенсивно представлены такие клинические проявления абстинентного синдрома как выраженные нарушения сна (соотношение 1,49:1, при P<0,01), выраженный соматический дискомфорт (соотношение 1,61:1, при P<0,01), тревожные состояния (соотношение 1,75:1, при P<0,01), судорожные реакции (соотношение 2,64:1, при P<0,05). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом сравнительно менее интенсивно представлены легкие формы абстинентного синдрома (соотношение 1:4,85, при P<0,01). И существенно более

Сравнительные характеристики особенностей проявления абстинентного синдрома в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

<i>Абстинентный синдром: выраженность в последний год</i>									
Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Представлен в легкой степени	25,7	21,5		5,3	<0,01	30,8		6,7	<0,05
Представлен в средней степени	36,7	48,7	<0,01	85,5	<0,01	38,5		53,3	<0,05
Представлен в тяжелой степени	10	21,5	<0,01	9,2		23,1	<0,05	26,7	<0,05
<i>Абстинентный синдром: особенности</i>									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
С понижением настроением	34,2	37,5		54,7	<0,01	30,8		33,3	
С выраженной астенией	34,2	38,4		33,9		61,5	<0,05	66,7	<0,05
С выраженными нарушениями сна	34,2	50,9	<0,01	42,6	<0,01	23,1		66,7	<0,05
С выраженным соматическим дискомфортом	29,4	47,4	<0,01	17,1	<0,01	38,5	<0,05	69,1	<0,01
С выраженным тревожным состоянием	14,6	25,6	<0,01	25,7	<0,01	23,1	<0,05	26,7	<0,05
С судорожными реакциями	2,2	5,8	<0,05	1,2		7,7	<0,05	21,3	<0,01

интенсивно представлена средняя степень тяжести абстинентного синдрома (соотношение 2,33:1, при P<0,01). Из особенностей следует отметить существенно более частые эпизоды сниженного настроения (соотношение 1,6:1, при P<0,01), выраженные нарушения сна (соотношение 1,24:1, при P<0,01), тревожные состояния (соотношение 1,77:1, при P<0,01). Сравнительно менее интенсивно в данной клинической подгруппе представлен выраженный соматический дискомфорт (соотношение 1:1,72 при P<0,01). Что, по-видимому, связано с преобладанием депрессивного компонента, маскирующего висцеропатические проявления абстинентного синдрома. В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии сравнительно более интенсивно представлена тяжелая степень абстинентного синдрома (соотношение 2,31:1, при P<0,05). Кроме того, в данной клинической подгруппе более интенсивно представлены такие особенности как выраженная астения (соотношение 1,8:1, при P<0,05), соматический дискомфорт (соотношение 1,39:1, при P<0,05), тревога (соотношение 1,58:1, при P<0,05), судорожные реакции (соотношение 3,5:1, при P<0,05). В клинической подгруппе с коморбидным хроническим

пиелонефритом сравнительно менее интенсивно представлена легкая степень абстинентного синдрома (соотношение 1:3,83, при P<0,05). И существенно более интенсивно представлены средняя и тяжелая степень выраженности абстинентного синдрома (соотношение 1,45:1, при P<0,05 и 2,67:1, при P<0,05, соответственно). Из клинических особенностей проявления данного состояния следует отметить существенно более интенсивную представленность патологических радикалов, как в количественном, так и в процентном соотношениях – выраженный астении (соотношение 1,96:1, при P<0,05), нарушений сна (соотношение 1,96:1 при P<0,05), выраженного соматического дискомфорта (соотношение 2,36:1, при P<0,01), тревоги (соотношение 1,83:1, при P<0,05), судорожных реакций (соотношение 9,68:1, при P<0,01). Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о том, что присоединение коморбидной патологии однозначно способствует утяжелению течения абстинентных состояний в его наиболее неблагоприятных клинических проявлениях. Каждый рассматриваемый вариант коморбидности имеет свои особенности формирования абстинентного состояния. Так, коморбидной ВИЧ-статус способствует более значительной

степени выраженности депрессивного компонента. Коморбидным органическим расстройством и хроническому пиелонефриту чаще сопутствуют тяжелая астенизация и судорожные реакции. При этом в наибольшей степени патологические компоненты астенического синдрома выражены в клинической подгруппе с хроническим

пиелонефритом. Что следует учитывать при оказании первой помощи пациентам с данным типом коморбидности.

В таблице 6 приведены данные, характеризующие состояние ремиссии в сравниваемых клинических подгруппах в последние 3 года перед поступлением на стационарное лечение.

Таблица 6

*Сравнительные характеристики ремиссий в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49) в последние 3 года перед поступлением на стационарное лечение*

<i>Максимальные сроки воздержания от употребления наркотиков в последние 3 года</i>										
<b>Наименование</b>	<b>n=772</b>		<b>n=317</b>		<b>n=121</b>		<b>n=62</b>		<b>n=49</b>	
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	<b>%</b>	<b>P</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	
до 3 месяцев	31,9	34,1		8,6	<0,01	41,7		38,5		
от 6 месяцев до 1 года	23,1	22,8		40,8	<0,01	16,7		23,1		
1-2 года	16,9	22,5		35,5	<0,01	8,7	<0,05	23,1		
2-3 года	3,9	0,7	<0,01	0	<0,05	0		0		
свыше 3 лет	3,1	0,3	<0,05	0	<0,05	0		0		
<i>Формы влечения к наркотикам в ремиссии</i>										
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	
Не испытывает	24,2	14,4	<0,01	0,7	<0,01	10,8	<0,05	26,7		
Эпизодическое, кратковременное, редко возникающее	17,7	20,9	<0,05	0,7	<0,01	15,4		13,3		
Эпизодическое, кратковременное, часто возникающее	22	19,6		8,6	<0,01	28,8	<0,05	26,7		
Компульсивное (контролируемое)	6,1	10,7	<0,05	9,3		7,7		20		
С четкой ситуационной обусловленностью	5,1	8,6		59,6	<0,01	7,7		3		

Как видно из таблицы 6 в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно менее интенсивно предоставлены такие сроки воздержания в ремиссиях, как от 2 до 3-х лет (соотношение 1:5,57, при P<0,01) и свыше 3-х лет (соотношение 1:10,3, при P<0,05). Кроме того в данной клинической подгруппе сравнительно реже респонденты не испытывают патологического влечения к наркотику (соотношение 1:1,68, при P<0,01). Сравнительно чаще патологическое влечение носит эпизодический, кратковременный характер (соотношение 1,18:1 при P<0,05), а также – характер компульсивного влечения (соотношение 1,75:1, при P<0,05). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ – статусом существенно меньше тех, у кого сроки ремиссии до 3-х месяцев (соотношение 1:3,67 при P<0,01), от 2 до 3 лет (соотношение 3,9% к 0), более 3-х лет (соотношение 3,1% к 0). И сравнительно больше тех, у кого сроки ремиссии составляли от 6 месяцев до 1 года и от 1 года

до 2-х лет (соотношение 1,77:1, при P<0,01 и 2,1:1, при P<0,01, соответственно). Кроме того, в данной подгруппе сравнительно менее интенсивно представлены такие характеристики как отсутствие патологического влечения (соотношение 1:34,6 при P<0,01), наличие кратковременного и редко возникающего влечения (соотношение 1:25,3, при P<0,01), наличие кратковременного и часто возникающего влечения (соотношение 1:2,56, при P<0,01). В то же время в анализируемой клинической подгруппе существенно более интенсивно представлен ситуационно-обусловленный запуск патологического влечения (соотношение 11,68:1, при P<0,01). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии сравнительно менее интенсивно представлены сроки ремиссии от 1 до 2-х лет (соотношение 1:1,94, при P<0,05). Кроме того в данной подгруппе сравнительно меньше тех, кто не испытывает патологического



влечения в ремиссии (соотношение 1:2,24 при  $P<0,05$ ), и сравнительно больше тех, кто отмечает кратковременное и частое возникающее влечение (соотношение 1,3:1 при  $P<0,05$ ). Для клинической подгруппы с хроническим пиелонефритом достоверных отличий не найдено. Результаты, полученные по настоящему фрагменту, показывают, что наиболее существенные отличия в отношении длительности ремиссий и характера патологического влечения в состоянии ремиссии сосредоточены в клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом, где фактор дополнительного диагноза тяжелого соматического заболевания играет наиболее существенную патопластическую роль. Следует

отметить и то обстоятельство, что фактор коморбидности в трех, из четырех анализируемых, клинических подгруппах способствовал формированию менее благоприятной ситуации с обострением патологического влечения в состоянии ремиссии. Таким образом, стрессогенное влияние фактора проявленной коморбидности способствует формированию более устойчивых ремиссий, а биологическое – менее благоприятной ситуации с обострением патологического влечения в состоянии ремиссии.

В таблице 7 приведены данные относительно частоты употребления наркотика в сравниваемых клинических подгруппах за последний год.

Таблица 7

*Сравнительные характеристики частоты употребления наркотика в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49) за последний год перед поступлением в стационар*

Частота потребления наркотика в последний год										
Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
Ежедневно	55,9		80,6	<0,01	89,7	<0,01	84,6	<0,05	71,4	
2-5 дней в неделю	19,3		6,2	<0,01	10,3	<0,05	15,4		14,3	
1 раз в неделю или меньше	14,4		4,2	<0,01	0	<0,01	0	<0,05	7,1	

Как видно из таблицы 7 в клинической подгруппе с гепатитами В и С существенно более интенсивно представлены ежедневное наркопотребление (соотношение 1,44:1, при  $P<0,01$ ) и сравнительно менее интенсивно – частота от 2-х до 5 раз в неделю, 1 раз в неделю и меньше (соотношения 1:3,11, при  $P<0,01$  и 1:3,43 при  $P<0,01$ ). Те же закономерности прослеживаются и для подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом (соотношения, соответственно 1,6:1, при  $P<0,01$ ; 1:1,87 при  $P<0,05$  и 0 к 14,4% при  $P<0,01$ ). А также – для подгруппы с органическими расстройствами травматической этиологии (соотношение по 1-ой позиции 1,51:1 при  $P<0,05$ ; соотношение по 3-ей позиции 0 к 14,4% при  $P<0,05$ ). Для клинической подгруппы с хроническим пиелонефритом характерны

те же тенденции. Однако значения доверительных интервалов перекрывают разницу процентного соотношения с общей группой зависимых от опиоидов без признаков коморбидной патологии. Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту, однозначно свидетельствует о том, что фактор коморбидности способствует формированию менее благоприятного алгоритма наркопотребления. Что косвенно подтверждает наличие более тяжелых форм проявления абстинентного синдрома у лиц с коморбидной патологией.

В таблице 8 приведены данные относительно частоты обращаемости в наркологические учреждения и адресного учета в системе наркологической помощи в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 8

*Сравнительные характеристики частоты обращаемости и адресного учета в наркологических учреждениях в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)*

Лечился по поводу наркомании (сколько раз)										
Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	
Лечился по поводу наркомании	1,2	2,4	<0,01	0,4	<0,01	2,1	<0,05	3,6	<0,01	

Сравнительные характеристики частоты обращаемости и адресного учета в наркологических учреждениях в основных клинических подгруппах ( $n=317$ ,  $n=121$ ,  $n=62$ ,  $n=49$ )

Состоит на учете в наркологическом учреждении									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Не состоит	14,3	40,9	<0,01	85,2	<0,01	16,7		35,7	
Состоит на диспансерном учете	83,5	57,6	<0,01	14,1	<0,01	83,3		64,3	

Как видно из таблицы 8 среднее количество обращений на лечение по поводу имеющейся наркотической зависимости существенно больше в клинической подгруппе с гепатитами В и С (соотношение 2:1, при  $P<0,01$ ). В данной клинической подгруппе существенно больше тех, кто не состоит на диспансерном учете в наркологических учреждениях (соотношение 2,86:1, при  $P<0,01$ ) и меньше тех, кто состоит (соотношение 1:1,45 при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом отмечается существенно более редкая обращаемость на лечение в наркологические учреждения (соотношение 1:3, при  $P<0,01$ ). В данной клинической подгруппе отмечается наибольший процент респондентов, не состоящих на учете (соотношение 5,96:1, при  $P<0,01$ ) и наименьший – состоящих на учете в наркологических учреждениях Республики (соотношение 1:5,92 при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами отмечается сравнительно более частое обращение за наркологической помощью (соотношение 1,75:1 при  $P<0,05$ ). А в клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом отмечается максимальное значение данного показателя (соотношение 3:1 при  $P<0,01$ ). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что на частоту обращаемости за профессиональной наркологической помощью действует сам по себе фактор коморбидности. Что, по-видимому, связано с более тяжелыми формами проявления абстинентного синдрома с одной стороны, и менее выраженной анозогнозией – с другой. А также – фактор дополнительной стигматизации препятствующий обращению за профессиональной помощью и постановке на учет в наркологические учреждения (в наибольшей степени последний фактор предоставлен в клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом). Кроме того, косвенное подтверждение получает факт формирования более тяжелого варианта абстинентных состояний у лиц с хронической почечной патологией.

Выводы:

1 Дополнительными факторами риска по профилю формирования такой коморбидной патологии, как хронические гепатиты В и С, являются:

- наследственная отягощенность алкоголизмом и наркоманией;

- наличие частых психодезадаптационных эпизодов в детстве;

- сравнительно более ранний возраст начала употребления наркотиков;

- употребление героина, либо опия в качестве первого наркотика в инъекционной форме;

- сравнительно более частое употребление наркотика.

В свою очередь, наличие коморбидных хронических гепатитов В и С способствует формированию следующих деструктивных особенностей клинического патоморфоза зависимости от опиоидов:

- более частых измененных форм наркотического опьянения с проявлениями замкнутости и тоски;

- более раннего формирования и представленности тяжелых вариантов абстинентных состояний с выраженными нарушениями сна, соматическим дискомфортом, судорожными реакциями;

- менее благоприятного варианта патологического влечения в состоянии ремиссии (компульсивное влечение).

2 Дополнительными факторами риска по профилю формирования такой коморбидной патологии, как ВИЧ, являются:

- наследственная отягощенность алкоголизмом и наркоманией;

- отставание в физическом развитии;

- сравнительно более ранний возраст начала употребления наркотиков;

- употребление опия в качестве первого наркотика в инъекционной форме;

- сравнительно более частое (ежедневное, до нескольких инъекций в день) употребление наркотика.

Наличие коморбидного ВИЧ-статуса способствует формированию следующих деструктивных особенностей клинического патоморфоза у зависимых от опиоидов:

- более частых измененных форм наркотического опьянения с преобладанием тоски, дисфорических расстройств настроения, суицидальных тенденций демонстративного характера;

- более тяжелых и длительных вариантов абстинентного синдрома с выраженными нарушениями сна, тревожными состояниями, частными и длительными эпизодами сниженного настроения;

---

---

- неблагоприятных вариантов в формировании патологического влечения в состоянии ремиссии (ситуационно-обусловленный запуск при наличии выраженной стигматизации, трудностей в социальной и психологической адаптации).

3. Дополнительными факторами риска по профилю формирования такой коморбидной патологии, как органические психические расстройства травматической этиологии (помимо основных факторов - перенесенных черепно-мозговых травм с формированием резидуальных расстройств с различной степенью выраженности) являются:

- протекания беременности с осложнениями;
- отставание в физическом развитии;
- отставание в психическом развитии;
- сравнительно более частые психодезадаптивные эпизоды в детстве;
- более раннее вовлечение в наркопотребление;
- более частое употребление наркотика (ежедневное) наличие коморбидных органических психических расстройств травматической этиологии способствует формированию следующих деструктивных особенностей клинического патоморфоза у зависимых от опиоидов:
  - более частых измененных форм наркотического опьянения с утратой чувства такта и стыда, плаксивостью, дисфорическими расстройствами настроения, суицидальными тенденциями демонстративного характера;
  - более раннего формирования абстинентных состояний и сравнительно более интенсивной

представленности его тяжелых форм с такими особенностями, как выраженная астения, соматический дискомфорт, тревога, судорожные реакции; сравнительно большей длительностью сомато-вегетативной составляющей абстинентного синдрома;

- менее благоприятного варианта представленности патологического влечения в состоянии ремиссии (по частоте актуализации), а так же - в абстинентном состоянии (по длительности проявлений);

4. Дополнительными факторами риска по профилю формирования такой коморбидной патологии, как хронический пиелонефрит, являются:

- наследственная отягощенность наркоманией;
- осложненное протекание беременности;
- отставание в физическом развитии;
- более ранний возраст начала употребления наркотиков;
- употребление героина в качестве первого наркотика.

Наличие коморбидного хронического пиелонефрита способствует формированию следующих деструктивных особенностей клинического патоморфоза у лиц, зависимых от опиоидов:

- более частых измененных форм наркотического опьянения с апатией, тоской;
- более раннему началу и интенсивной представленности тяжелых и длительных абстинентных состояний с выраженным соматическим дискомфортом, нарушениями сна, тревогой, судорожными реакциями.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

С.О.Пакеев, А.Л.Катков

В продолжение 2005-2006 г.г. в рамках комплексной программы научно-технических исследований РНПЦ МСПН нами изучались особенности терапевтической динамики основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов со следующими видами коморбидной патологии: хронический гепатит В и С (n=317), ВИЧ (n=121), органические психические расстройства травматической этиологии (n=62) и хронический пиелонефрит (n=49). При этом были получены следующие результаты.

В таблице 1 приведена средняя оценка степени выраженности основных психопатологических синдромов в баллах в сравниваемых клинических подгруппах.

Как видно из таблицы 1 в клинической подгруппе с гепатитами В и С степень выраженности в баллах

была представлена более интенсивно по спецификациям синдрома патологического влечения к наркотику (соотношение 1,21:1 при  $P<0,05$ ), психопатологического синдрома (соотношение 1,29:1 при  $P<0,05$ ), психоорганического синдрома (соотношение 1,25:1 при  $P<0,05$ ) и астенического синдрома (соотношение 1,2:1 при  $P<0,05$ ). В то же время в рассматриваемой клинической подгруппе сравнительно менее интенсивно представлен анозогностический синдром (соотношение 1:1,36 при  $P<0,05$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом степень выраженности в баллах существенно более интенсивно была представлена по таким спецификациям, как депрессивный синдром (соотношение 1,36:1 при  $P<0,01$ ), психоорганический синдром

Сравнительная характеристика степени выраженности (средняя оценка в баллах) основных психопатологических синдромов в исследуемых клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)

№	Обозначение синдрома	n=772	n=317			n=121		n=62		n=49	
		Средняя степень выраженности в баллах	Средняя степень выраженности в баллах	Р	Средняя степень выраженности в баллах	Р	Средняя степень выраженности в баллах	Р	Средняя степень выраженности в баллах	Р	
1	Абстинентный синдром (психическая составляющая)	2,9	3,2	-	3,2	-	3,1	-	2,8	-	
2	Абстинентный синдром (соматовегетативная составляющая)	3,4	3,5	-	2,4	<0,05	3,7	-	3,8	-	
3	Синдром патологического влечения к наркотику	2,9	3,5	<0,05	2,9	-	3,2	-	3,3	-	
4	Психопатоподобный синдром	2,4	3,1	<0,05	2,0	-	3,4	<0,05	2,0	-	
5	Депрессивный синдром	2,8	2,5	-	3,8	<0,01	2,5	-	2,9	-	
6	Психоорганический синдром	2,0	2,5	<0,05	2,8	<0,05	3,6	<0,05	3,3	<0,05	
7	Анозогностический синдром	3,0	2,2	<0,05	2,0	<0,05	3,5	<0,05	2,2	<0,05	
8	Астенический синдром	2,5	3,0	<0,05	3,5	<0,05	3,0	-	3,8	<0,05	

(соотношение 1,4:1 при  $P<0,05$ ), астенический синдром (соотношение 1,4:1 при  $P<0,05$ ) и сравнительно менее интенсивно - по таким спецификациям, как абстинентный синдром (соматовегетативная составляющая) - соотношение 1:1,42 при  $P<0,05$ , а также – анозогностический синдром (соотношение 1:1,5 при  $P<0,05$ ). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии сравнительно более интенсивная выраженность в баллах отмечалась по спецификациям психопатоподобного синдрома (соотношение 1,42:1 при  $P<0,05$ ), психоорганического синдрома (соотношение 1,8:1 при  $P<0,05$ ), а также - анозогностического синдрома (соотношение 1,16:1 при  $P<0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом более интенсивная выраженность в баллах фиксировалась по спецификациям психоорганического синдрома (соотношение 1,65:1 при  $P<0,05$ ), а также - астенического синдрома (соотношение 1,52:1 при  $P<0,05$ ). И сравнительно менее интенсивная – по спецификации анозогностического синдрома (соотношение 1:1,36 при  $P<0,05$ ). Результаты, полученные

по данному исследовательскому фрагменту, однозначно свидетельствуют о том, что рассматриваемые виды коморбидной патологии способствуют утяжелению степени психоорганического синдрома (здесь имеются ввиду уровни когнитивного и мнестического дефицита, фиксируемые в структуре абстинентных и постабстинентных состояний) и астенических проявлений. Что касается других анализируемых психопатологических спецификаций, то в сравниваемых клинических подгруппах существуют значимые различия по профилю психопатоподобного синдрома – интенсивные психопатоподобные проявления более характерны для подгрупп с гепатитами В и С, и с коморбидными органическими расстройствами, и в существенно меньшей степени – для клинических подгрупп с ВИЧ и хроническим пиелонефритом. Значимые различия между рассматриваемыми группами фиксируются по спецификациям синдрома патологического влечения, максимально представленного в подгруппе с гепатитами В и С, депрессивного синдрома, максимально представленного в подгруппе с ВИЧ. Следует

отметить и существенную разницу в степени выраженности анозогностического синдрома. В клинических подгруппах с гепатитами В и С, ВИЧ, хроническим пиелонефритом данный синдром существенно менее выражен, чем в подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии. Таким образом, фактор коморбидности оказывает неоднозначное влияние на степень выраженности основных психопатологических синдромов. Что связано с биологической

(максимально представленной в подгруппах с коморбидными органическими расстройствами и хроническим пиелонефритом) и стрессогенной (максимально представленной в клинической подгруппе с ВИЧ) патопластической спецификой анализируемых видов коморбидной патологии.

В таблице 2 приведены данные относительно средней длительности основных психопатологических синдромов в днях в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 2

*Сравнительные характеристики средней длительности основных психопатологических синдромов в исследуемых клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)*

дни

№	Обозначение синдрома	n=772		n=317			n=121		n=62		n=49	
		Средняя длительность в днях	Средняя длительность в днях	Р	Средняя длительность в днях	Р	Средняя длительность в днях	Р	Средняя длительность в днях	Р		
1	Абстинентный синдром (психическая составляющая)	11,7	11,8	-	16,3	<0,05	14,3	-	18,6	<0,05		
2	Абстинентный синдром (соматовегетативная составляющая)	15,4	17,1	-	11,2	<0,05	20,4	<0,05	21,1	<0,05		
3	Синдром патологического влечения к наркотику	11,5	17,2	<0,01	12,2	-	17,2	<0,05	16,2	<0,05		
4	Психопатоподобный синдром	21,4	23,1	-	12,8	<0,01	26,8	<0,05	14,0	<0,05		
5	Депрессивный синдром	11,4	11,8	-	18,3	<0,05	12,1	-	12,4	-		
6	Психоорганический синдром	10,4	11,3	-	12,9	-	16,7	<0,05	15,9	<0,05		
7	Анозогностический синдром	17,2	10,5	<0,01	8,0	<0,01	20,9	-	8,4	<0,01		
8	Астенический синдром	13,3	16,3	<0,05	21,5	<0,01	17,2	-	26,2	<0,01		

Как видно из таблицы 2, в клинической подгруппе с гепатитами В и С отмечались сравнительно более длительные проявления синдрома патологического влечения к наркотику (соотношение 1,49:1 при  $P<0,01$ ), а также – астенического синдрома (соотношение 1,22:1 при  $P<0,05$ ). В данной клинической подгруппе отмечалась достоверно меньшая длительность анозогностического синдрома (соотношение 1:1,64 при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом отмечались сравнительно более длительные проявления психической

составляющей абстинентного синдрома (мысли о желании употребить наркотик; сопутствующие аффективные нарушения; нарушения сна; поведенческие расстройства) - в соотношении 1,39:1 при  $P<0,05$ . И менее длительные проявления соматовегетативной составляющей данного синдрома, (неприятные телесные ощущения, выраженные вегетативные реакции) – в соотношении 1:1,37 при  $P<0,05$ . Кроме того, в данной клинической подгруппе отмечаются сравнительно менее длительные проявления психопатоподобного синдрома (соотношение 1:1,67 при

$P < 0,01$ ) и анозогностического синдрома (соотношение 1:2,15 при  $P < 0,01$ ). Сравнительно большая длительность отмечалась по спецификациям депрессивного синдрома (соотношение 1,6:1 при  $P < 0,05$ ) и астенического синдрома (соотношение 1,62:1 при  $P < 0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии отмечались сравнительно более длительные проявления соматовегетативной составляющей абстинентного синдрома (соотношение 1,32:1 при  $P < 0,01$ ). Такая же тенденция отмечается и в отношении психической составляющей абстинентного синдрома, однако значения доверительных интервалов перекрывают выявленную разницу. Далее, в данной клинической подгруппе отмечаются сравнительно более длительные проявления синдрома патологического влечения к наркотику (соотношение 1,49:1 при  $P < 0,05$ ), психопатоподобного синдрома (соотношение 1,25:1 при  $P < 0,05$ ) и психоорганического синдрома (соотношение 1,6:1 при  $P < 0,05$ ). По всем другим анализируемым спецификациям психопатологических проявлений также отмечается тенденция к увеличению длительности активного периода, без требуемых критериев достоверности. В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом отмечается существенное удлинение активного периода проявлений как психической, так и соматовегетативной составляющей абстинентного синдрома (соотношения 1,59:1 при  $P < 0,05$  и 1,37:1 при  $P < 0,05$ , соответственно), синдрома патологического влечения к наркотику (соотношение 1,41:1 при  $P < 0,05$ ), психоорганического синдрома (соотношение 1,53:1 при  $P < 0,05$ ) и астенического синдрома (соотношение 1,97:1 при  $P < 0,01$ ). Таким образом, полученные по настоящему исследовательскому фрагменту результаты, в целом, подтверждают закономерности,

выявленные при анализе степени выраженности основных психопатологических проявлений в рассматриваемых клинических подгруппах. Однако при этом следует отметить, что критерии достоверных различий по длительности периода активных психопатологических проявлений существенно чаще отмечались для двух последних анализируемых подгрупп – с коморбидными органическими расстройствами и хроническим пиелонефритом. Что свидетельствует о наиболее неблагоприятной биологической predisпозиции при рассматриваемых типах коморбидной патологии. Следует отметить и то обстоятельство, что в трех анализируемых подгруппах с гепатитами В и С, ВИЧ, и хроническим пиелонефритом неблагоприятная тенденция к утяжелению и удлинению подходов активной психопатологии отчасти компенсируется стрессогенной редуцией анозогностического синдрома как в отношении степени представленности отрицания факта болезни, так и в плане длительности данного статуса. В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами наблюдается обратная тенденция. Что, по-видимому, связано с отсутствием прямых и очевидных взаимосвязей между последствиями травм и наркопотреблением. А также - дополнительными сложностями в преодолении анозогнозии в связи с имеющимся когнитивным дефицитом и аффективной неустойчивостью.

*Особенности терапевтической динамики уровня интернальности в отношении здоровья и болезни в исследуемых клинических подгруппах*

В таблице 3 приведены данные относительно исходных показателей и терапевтической динамики уровня интернальности в отношении здоровья и болезни в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 3

*Сравнительные характеристики исходных значений уровня интернальности по отношению к здоровью и болезни и его терапевтической динамики в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49) по данным теста УСК*

Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
		%	P	%	P	%	P	%	P
исходное значение в баллах	3,3	3,8	<0,05	4,1	<0,01	3,4	-	3,9	<0,05
значения терапевтической динамики в баллах	+0,6	+1,7	<0,01	+1,0	<0,05	+0,8	-	+2,5	<0,01

Как видно из таблицы 3 в клинической подгруппе с гепатитами В и С исходные значения уровня интернальности (определяемые по данным теста УСК в баллах на 15-20 день пребывания в программе МСР) превышали аналогичные показатели, по общей группе зависимых от опиоидов без признаков коморбидности в соотношении 1,15:1 при  $P < 0,05$ . Соотношение аналогичных показателей динамики для данной клинической подгруппы составило 2,83:1 при  $P < 0,01$ . В клинической подгруппе с коморбидным

ВИЧ-статусом соотношение по двум рассматриваемым показателям составило 1,24:1, при  $P < 0,01$  и 1,67:1, соответственно. При этом в данной клинической подгруппе следует отметить диссоциацию в уровнях интернальности по отношению к болезни (по данному параметру фиксируют наиболее высокий уровень интернальности в сравниваемых клинических подгруппах) и к достижению приемлемых уровней здоровья (респонденты данной клинической подгруппы менее склонны принимать на себя

ответственность за достижение приемлемых уровней здоровья и качества жизни). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии каких-либо достоверных отличий по исследуемым параметрам найдено не было. В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом исходные значения уровня интернальности превышали аналогичные показатели по общей группе в соотношении 1,18:1 при  $P < 0,05$ , а показатели динамики уровня субъективного контроля – в соотношении 4,2:1 при  $P < 0,01$ . Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту, свидетельствуют о том, что фактор проявленной коморбидности способствует формированию более высоких уровней интернальности по отношению к болезни и здоровью у лиц с зависимостью от опиоидов, а так же – более интенсивной терапевтической динамики показателей по данному параметру. При этом, чем более очевидна для респондентов взаимозависимость фактора коморбидности с наркопотреблением и понятна степень ущерба, наносимого здоровью в связи с имеющимся соматическим заболеванием, тем более

выражены достоверные различия в основных клинических подгруппах.

Выводы:

Вектор патопластического влияния рассматриваемых видов коморбидности – хронических гепатитов В и С, ВИЧ, органических психических расстройств травматической этиологии, хронического пиелонефрита - на динамику основных клинико-психопатологических и клинико-психологических проявлений зависимости от опиоидов представлен: утяжелением экзогенно-органической составляющей патологического статуса зависимых от опиоидов, в частности в плане более интенсивных и длительных проявлений основных психопатологических синдромов в абстинентном и постабстинентном периоде становления терапевтической ремиссии, а также – в плане утяжеления реактивных психопатологических проявлений.

Деструктивный биологический вектор клинического патоморфоза более интенсивно представлен при таких формах коморбидности, как органические психические расстройства травматической этиологии и хронический пиелонефрит. Реактивно-стрессовый - при коморбидном ВИЧ-статусе.

## ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕМИССИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ

С.О.Пакеев

В продолжение 2005-2006 гг. в рамках комплексной программы научно-технических исследований РНПЦ МСПН нами изучались особенности формирования терапевтических ремиссий у зависимых от опиоидов со следующими видами коморбидной патологии: хронический гепатит В и С (n=317), ВИЧ (n=121),

органические психические расстройства травматической этиологии (n=62) и хронический пиелонефрит (n=49). При этом были получены следующие результаты.

В таблице 1 приведены данные относительно длительности терапевтической ремиссии в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 1

*Сравнительные характеристики длительности терапевтической ремиссии в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)*

Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
			P		P		P		P
длительность устойчивой ремиссии до 1 года	48,6	50	-	48,0	-	36,4	-	58,3	
длительность устойчивой ремиссии от 1 года до 2-х лет	24,2	26,4	-	28,1	<0,05	20	-	28,8	-
длительность устойчивой ремиссии от 2-х лет и более	6,8	12,6	<0,01	15,3	<0,01	7,3	-	14,1	<0,05
длительность неустойчивой ремиссии после срыва до 1 года	12,9	29,3	<0,01	4,6	<0,01	6,4	<0,05	6,7	<0,05

Как видно из таблицы 1 в клинической подгруппе с гепатитами В и С достоверные различия отмечаются по параметру более интенсивной представленности сроков ремиссии от 2-х лет и более (соотношение 1,85:1 при  $P<0,01$ ) и такого параметра, как длительность неустойчивой ремиссии после срыва до 1 года (соотношение 2,21:1, при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом более интенсивно представлены такие сроки длительности ремиссии, как от 1 года до 2-х лет, от 2-х лет и более (соотношения 1,16:1, при  $P<0,05$  и 2,25:1, при  $P<0,01$ , соответственно). В данной клинической подгруппе сравнительно менее интенсивно представлен такой параметр, как длительность неустойчивой ремиссии после срыва до 1 года (соотношение 1:2,8 при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с органическими расстройствами травматической этиологии отмечается сравнительно менее интенсивная представленность такого параметра как длительность неустойчивой ремиссии после срыва до 1 года (соотношение 1:2,02, при  $P<0,05$ ). По другим анализируемым параметрам каких-либо достоверных различий не найдено. В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом отмечается сравнительно

более интенсивная представленность ремиссий, длительностью от 2-х лет и более (соотношение 2,07:1 при  $P<0,05$ ). И сравнительно менее интенсивная представленность такого параметра, как длительность неустойчивой ремиссии после срыва до 1 года (соотношение 1:1,92, при  $P<0,05$ ). Результаты, полученные по данному фрагменту, свидетельствуют о том, что фактор проявленной коморбидности, являющейся антагонистическим по отношению к механизмам формирования наркотической анозогнозии, способствует формированию более длительных и устойчивых ремиссий. В наибольшей степени данное утверждение относится к тем клиническим подгруппам, где тяжесть соматической патологии в полной мере осознается ее носителями (лица с коморбидным ВИЧ-статусом и хроническим пиелонефритом). В то же время, в отношении длительности неустойчивой ремиссии, значение имеют другие факторы (уровень социальной адаптации, характер обострения патологического влечения в состоянии ремиссии и т.д.).

В таблице 2 приведены данные относительно уровня социальной динамики в состоянии ремиссии в сравниваемых клинических подгруппах

Таблица 2

*Сравнительные характеристики социальной динамики в состоянии ремиссии в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)*

Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
			P		P		P		P
Высокий	20,3	20,5		16,7	<0,05	18,3		9,1	<0,05
Средний	65,8	53,5		56,7		52,4		54,5	
Низкий	7,9	26	<0,01	25,7	<0,05	30,2	<0,05	36,4	<0,05

Как видно из таблицы 2, в клинической подгруппе с гепатитами В и С низкий уровень социальной динамики представлен более интенсивно (соотношение 3,29:1 при  $P<0,01$ ). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом менее интенсивно представлен высокий уровень социальной динамики (соотношение 1,21:1, при  $P<0,05$ ) и более интенсивно – низкий уровень социальной динамики (соотношение 3,25:1, при  $P<0,05$ ). В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии сравнительно более интенсивно представлен низкий уровень социальной динамики (соотношение 3,82:1, при  $P<0,05$ ). В клинической подгруппе с хроническим пиелонефритом сравнительно менее интенсивно представлен высокий уровень социальной динамики (соотношение 1:2,24, при  $P<0,05$ ) и сравнительно более интенсивно - низкий уровень социальной динамики (соотношение 4,61:1, при  $P<0,05$ ). Результаты, полученные по данному исследовательскому фрагменту, свидетельствуют о снижении способностей к социальной адаптации у лиц с коморбидной патологией

в соответствии со степенью тяжести сопутствующих соматических расстройств и фактором дополнительной стигматизации. По первому из двух перечисленных признаков выделяется клиническая подгруппа с хроническим пиелонефритом. По второму – с коморбидным ВИЧ-статусом.

В таблице 3 приведены характеристики уровней психологической адаптации в состоянии ремиссии в сравниваемых клинических подгруппах.

Как видно из таблицы 3 в клинической подгруппе с гепатитами В и С каких либо достоверных отличий в уровнях психологической адаптации в сравнение с общей группой зависимых от опиоидов найдено не было. В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом относительно меньше лиц с высоким уровнем психологической адаптации (соотношение 1:2,28 при  $P<0,01$ ) и относительно больше – лиц с низким уровнем психологической адаптации (соотношение 2,42:1 при  $P<0,05$ ). В двух других клинических подгруппах – с коморбидными органическими расстройствами и хроническим пиелонефритом - отмечается та же закономерность,



Сравнительные характеристики уровней психологической адаптации в состоянии ремиссии в основных клинических подгруппах (n=317, n=121, n=62, n=49)

Наименование	n=772	n=317		n=121		n=62		n=49	
			P		P		P		P
Высокий	41,2	38,2		18,1	<0,01	22,3	<0,05	17,3	<0,05
Средний	52,9	57,3		47,6		51,7		63,6	
Низкий	5,9	4,5		14,3	<0,05	7,8		9,1	

однако достоверные отличия были установлены лишь по первому параметру менее интенсивной представленности высокого уровня психологической адаптации в состоянии терапевтической ремиссии (соотношения 1:1,85, при  $P<0,05$  и 1:2,38, при  $P<0,05$ ). Таким образом, рассматриваемые виды коморбидной патологии способствуют снижению уровней психологической адаптации в соответствии со степенью тяжести сопутствующих психологических (дистрессовых), когнитивных и соматических расстройств. В данном отношении наиболее неблагоприятной является клиническая подгруппа с коморбидным ВИЧ-статусом. Наименее неблагоприятной – подгруппа с коморбидными гепатитами В и С. Сопоставление результатов, полученных по двум последним фрагментам, с длительностью терапевтической ремиссии в исследуемых клинических подгруппах показывает, что фактор коморбидности, затрудняя процессы социальной и психологической адаптации, в то же время способствует увеличению сроков терапевтической ремиссии. Таким образом, в данном случае длительность ремиссии

поддерживается не столько позитивным подкреплением (удовлетворение от результатов трезвой жизни), сколько фактором негативного подкрепления (обоснованный страх неотвратимой утраты здоровья и жизни). Что, безусловно, должно учитываться в программах противорецидивной и поддерживающей терапии для зависимых от опиоидов с коморбидной патологией.

Выводы:

Фактор коморбидности, затрудняя процессы социальной и психологической адаптации, в то же время способствует увеличению сроков терапевтической ремиссии.

Длительность ремиссии поддерживается не столько позитивным подкреплением (удовлетворение от результатов трезвой жизни), сколько фактором негативного подкрепления (обоснованный страх неотвратимой утраты здоровья и жизни).

Полученные данные, безусловно, должны учитываться в программах противорецидивной и поддерживающей терапии для зависимых от опиоидов с коморбидной патологией.

### СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И В, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

С.О.Пакеев

г. Шымкент

В продолжение 2005-2006 г.г. в рамках комплексной программы научно-технических исследований РНПЦ МСПН нами изучались социально-демографические особенности зависимых от опиоидов со следующими видами коморбидной патологии: хронический гепатит В и С (n=317), ВИЧ (n=121), органические психические расстройства травматической этиологии (n=62) и хронический пиелонефрит (n=49). При этом были получены следующие результаты.

В таблице 1 приведены сравнительные данные относительно распределения исследуемых клинических подгрупп по полу.

Как видно из таблицы 1 достоверные отличия по данному признаку отмечаются лишь в подгруппе зависимых от опиоидов с хроническим пиелонефритом. Лица мужского пола представлены здесь менее интенсивно в соотношении 1:1,28, при  $P<0,05$ , а лица женского пола более интенсивно в соотношении 2,59:1, при  $P<0,01$ . Та же тенденция, но при отсутствии критериев достоверности прослеживается в клинической подгруппе с коморбидной ВИЧ-инфекцией и органическими расстройствами травматической этиологии. Полученные по данному фрагменту результаты свидетельствуют

Сравнительные характеристики распределения исследуемых клинических подгрупп (n=317, n=121, n=62, n=49) по полу

Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
Мужчины	87,8		89,7		83,5		80		68,4	<0,05
Женщины	12,2		10,3		16,5		20		31,6	<0,05

о сравнительно большей уязвимости женщин по отношению к такому виду коморбидной патологии, как хронические пиелонефриты.

В таблице 2 приведены данные относительно распределения по возрасту в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 2

Сравнительные характеристики распределения основных клинических подгрупп (n=317, n=121, n=62, n=49) по возрасту

Наименование	n=772		n=317		n=121		n=62		n=49	
	%		%	P	%	P	%	P	%	P
17...<22	9,6		12,2		12,4		6,7		5,3	
22...<27	13,3		35,6	<0,01	21,5	<0,01	13,3		31,6	
27...<32	14,1		26,7	<0,01	23,2	<0,01	30	<0,05	26,3	
32...<37	3,9		12,4	<0,01	24	<0,01	10		10,5	
37...<42	2,3		5,7	<0,01	8,3	<0,01	10	<0,05	5,3	
42...<47	21,2		3,6	<0,01	4,9	<0,01	10		5,3	
47...<52	11,4		1,4	<0,01	4,1	<0,01	6,7		0	

Как видно из таблицы 2 наиболее существенные и однотипные отличия относительно возрастного распределения прослеживаются в клинических подгруппах с гепатитами В и С и ВИЧ. И в первой и во второй подгруппе наблюдается существенное преобладание лиц молодого и среднего возраста: по возрастной группе от 22 до 27 лет – в соотношении 2,67:1, при P<0,01 и 1,61:1, при P<0,01, соответственно; по возрастной группе 27-32 года – в соотношении 1,89:1, при P<0,01 и 1,64:1, при P<0,01; в возрастной группе от 32 до 37 лет – в соотношении 3,18:1, при P<0,01 и 6,15:1, при P<0,01, соответственно; в возрастной группе от 37 до 42 лет – в соотношении 2,48:1, при P<0,01 и 3,61:1, при P<0,01. В этих же клинических подгруппах с коморбидными гепатитами В и С, и ВИЧ отмечается существенно менее интенсивная представленность возрастной группы от 42 и старше: в возрастной группе от 42 до 47 лет – в соотношении 1:5,89, при P<0,01 и 1:4,33, соответственно; в возрастной группе от 47 до 52 лет – в соотношении 1:8,14, при P<0,01 и 1:2,78, соответственно. В двух других клинических подгруппах с коморбидными органическими расстройствами и хроническими пиелонефритами прослеживаются те же тенденции. Однако достоверные отличия установлены лишь для клинической подгруппы с коморбидными органическими расстройствами. В данной подгруппе преобладают пациенты возрастной группы от 27 до 32 лет (в соотношении 2,12:1, при P<0,05) и возрастной группы 37-42 года (в соотношении

4,35:1, при P<0,05). Таким образом, общая закономерность к сокращению средней продолжительности жизни для зависимых от опиоидов с коморбидной патологией в наибольшей степени характерна для клинической подгруппы с гепатитом В и С, клинической подгруппой с ВИЧ. И в наименьшей – для клинической подгруппы с органическими расстройствами травматической этиологии. Для клинической подгруппы с хроническими пиелонефритами значения доверительных интервалов перекрывают объемы процентных соотношений. Однако, общая тенденция сопоставима с двумя первыми клиническими подгруппами.

В таблице 3 приведены данные об этнической принадлежности в сравниваемых клинических подгруппах.

Как видно из таблицы 3 в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно более интенсивно представлены лица коренной национальности (соотношение 1,34:1, при P<0,01), корейской национальности (соотношение 2,93:1, при P<0,01) и татарской национальности (соотношение 1,6:1, при P<0,01). В то же время представители славянской группы – русские и украинцы представлены менее интенсивно (1:1,21, при P<0,01 и 1:1,7, при P<0,01, соответственно). Менее интенсивно в данной клинической подгруппе представлены лица узбекской национальности (соотношение 1:4,8, при P<0,01). В клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом отмечается обратное соотношение для

Сравнительные характеристики этнической принадлежности в основных клинических подгруппах (n=312, n=121, n=62, n=49)

Наименование	n=772			n=317			n=121			n=62			n=49		
	%		P	%		P	%		P	%		P	%		P
Казахская	24,4		<0,01	32,7		<0,01	9,1		<0,01	48,1		<0,05	22,2		
Украинская	8,7		<0,05	5,1		<0,01	15,8		<0,01	7,4			5,6		
Русская	52		<0,01	42,9		<0,01	53,8			25,9		<0,05	42,2		
Корейская	1,5		<0,01	4,4		<0,01	1,6			3,7			11,1		
Узбекская	3,4		<0,01	0,7		<0,01	2,5			3,7			0		
Татарская	3,5			5,6			6,7		<0,05	3,7			0		
Таджикская	0			0,5			1,6		<0,05	0			0		

представителей коренной национальности (соотношение 1:2,68, при P<0,01). Для украинцев (соотношение 1,82:1, при P<0,01) и представителей татарской национальности (соотношение 1,91:1, при P<0,01) сохраняется такая же преобладающая тенденция. Обращает на себя внимание появление в данной клинической подгруппе таджиков при их отсутствии среди зависимых от опиоидов без коморбидной патологии, в третьей и четвертой клинической подгруппах. В клинической подгруппе с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии достоверные отличия получены в отношении представителей казахской (соотношение 1,97:1, при P<0,05) и русской (соотношение

1:2,0, при P<0,05) национальностей. В клинической подгруппе с коморбидным хроническим пиелонефритом сравнительно больше представителей корейской национальности (соотношение 7,4:1, при P<0,05), и меньше – представители русской национальности (соотношение 1:2,34, при P<0,01). Таким образом, каждая исследуемая клиническая подгруппа имеет свои отличительные этнокультуральные характеристики, которые следует учитывать при разработке соответствующих профилактических и диагностических программ.

В таблице 4 приведены данные о местах жительства и работы пациентов в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 4

Сравнительные характеристики мест жительства и работы в основных клинических подгруппах (n=312, n=121, n=62, n=49)

Наименование	n=772			n=317			n=121			n=62			n=49		
	%		P	%		P	%		P	%		P	%		P
Сельская местность	5,9		<0,05	2,3		<0,05	1,0		<0,01	5,9			7,7		

Как видно из таблицы 4, достоверные отличия в двух первых клинических подгруппах в сторону уменьшения прослеживаются по параметру проживания и работы в сельской местности (соотношения – 1:2,56, при P<0,01 для клинической подгруппы с гепатитами В и С; <1:5,9, при P<0,01 для клинической подгруппы с ВИЧ). В тоже время никаких достоверных отличий по данному признаку не получено

для других клинических подгрупп. А для подгруппы с хроническим пиелонефритом прослеживается тенденция к увеличению данного показателя. Таким образом, фактор принадлежности к городской популяции является повышенным риском лишь в отношении коморбидных гепатитов В и С и ВИЧ.

В таблице 5 приведены данные об образовательном статусе в сравниваемых группах.

Таблица 5

Сравнительные характеристики образовательного статуса в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

Наименование	n=772			n=317			n=121			n=62			n=49		
	%		P	%		P	%		P	%		P	%		P
Неграмотный	2,4		<0,05	0,5		<0,05	0,8			0			5,3		
Начальное (неполное среднее)	10,0			12,4			11,6			14,3			5,3		

Сравнительные характеристики образовательного статуса в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

Наименование	n=772			n=317			n=121			n=62			n=49		
	%	%	P	%	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	
Среднее (среднее специальное)	71,3	60,7	<0,01	85,1	<0,01		60,7		68,4						
Высшее	7,8	20,5	<0,01	2,5			21,4	<0,05	21,1	<0,05					
Неполное высшее	0,2	5,6	<0,01	0			3,6		0						

Как видно из таблицы 5, в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно менее интенсивно представлены лица без образования (соотношение 1:4,8, при P<0,05) и со средним образованием (соотношение 1:1,17, при P<0,01), сравнительно более интенсивно – лица с высшим образованием (соотношение 2,63:1, при P<0,01) и неполным высшим (соотношение – 28:1, при P<0,01). В следующей клинической подгруппе с коморбидным ВИЧ-статусом достоверно более интенсивно были представлены лица со средним образованием (соотношение 1,2:1, при P<0,01). В следующих клинических подгруппах, напротив,

отмечалось преобладание лиц с высшим образованием: для подгруппы с органическими расстройствами травматической этиологии – в соотношении 2,74:1, при P<0,05; для подгруппы с хроническим пиелонефритом – в соотношении 2,7:1, при P<0,05. Таким образом, фактор высшего образования, являясь сдерживающим по отношению к ВИЧ, не выполняет данной функции по отношению к другим, рассматриваемым формам коморбидной патологии.

В таблице 6 представлены данные о сферах профессиональной деятельности в сравниваемых клинических подгруппах.

Таблица 6

Сравнительная характеристика основных сфер занятости в основных клинических подгруппах (n = 317, n = 121, n = 62, n = 49)

Наименование	n=772			n=317			n=121			n=62			n=49		
	%	%	P	%	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	
Сельское хозяйство	4,8	1,8	<0,05	0	<0,01		14,8	<0,05	17,6	<0,05					
Бизнес, финансы	6	19,3	<0,01	0,8	<0,01		7,4		11,8						
Торговля, бытовое обслуживание	3,3	6,8	<0,05	1,6			3,7		11,8	<0,05					

Как видно из таблицы 6, в клинической подгруппе с гепатитами В и С сравнительно менее интенсивно представлена занятость в сфере сельского хозяйства (соотношение 1:2,66, при P<0,05) и сравнительно более интенсивно – занятость в таких сферах, как бизнес и финансы, торговля и бытовое обслуживание (соотношения – 3,22:1, при P<0,01 и 2,06:1, при P<0,05). Данная сфера преобладающей занятости является характерной для городского населения. В клинической подгруппе с ВИЧ сравнительно менее интенсивно представлены такие сферы занятости, как сельское хозяйство, бизнес и финансы (соотношения - <1:4,8, при P<0,01 и 1:8,57, при P<0,01, соответственно). Что следует объяснить принадлежностью респондентов данной клинической подгруппы к городскому населению и низким процентом лиц с завершённым высшим образованием. В следующих клинических подгруппах с органическими расстройствами травматической этиологии и хроническим пиелонефритом достоверные

отличия прослеживались в отношении более интенсивной занятости в сфере сельского хозяйства (соотношения 3,08:1, при P<0,05 и 3,67:1, при P<0,05). Полученные по настоящему фрагменту результаты являются дополнительным подтверждением того обстоятельства, что городское население является более уязвимым по отношению к коморбидным гепатитам В и С, а также ВИЧ. В то же время как другие анализируемые виды коморбидности в равной степени характерны как для городского, так и для сельского населения.

Данные о семейном положении в сравниваемых клинических подгруппах приведены в таблице 7.

Как видно из таблицы 7, в клинической подгруппе с гепатитом В и С относительно больше тех, кто холост (не замужем), живет в незарегистрированном браке, либо женат (замужем), но проживает отдельно от семьи (соотношения – 1,45:1, при P<0,01; 3,66:1, при P<0,01; 9,0:1, при P<0,01, соответственно). И существенно меньше тех, кто живет в полной

Сравнительные характеристики семейного положения в основных клинических подгруппах ( $n = 317$ ,  $n = 121$ ,  $n = 62$ ,  $n = 49$ )

Наименование	n=772			n=317			n=121		n=62		n=49	
	%	%	P	%	P	%	P	%	P	%	P	
Холост (не замужем)	35,1	51	<0,01	58,8	<0,01	46,4		63,2	<0,05			
Незарегистрированный брак	1,8	6,6	<0,01	7,5	<0,01	3,6		0				
Женат (замужем), но живут отдельно	0,3	2,7	<0,01	1,6		0		0				
(для детей) живет в полной семье	21,5	0,5	<0,01	0	<0,01	3,6	<0,01	0	<0,05			

родительской семье (соотношение 1:43,0, при  $P < 0,01$ ). Такие же тенденции характерны для клинической подгруппы с коморбидным ВИЧ-статусом, однако требуемые критерии достоверности здесь установлены в отношении преобладания холостых (не замужних) – в соотношении 1,69:1, при  $P < 0,01$ ; живущих в незарегистрированном браке – в соотношении 4,39:1, при  $P < 0,01$ ; проживающих в неполной родительской семье – в соотношении  $> 21,5:1$ , при  $P < 0,01$ . Для подгруппы с органическими расстройствами достоверные различия установлены в отношении проживающих в полной родительской семье (соотношение 1:5,97, при  $P < 0,01$ ). А для подгруппы с хроническим пиелонефритом – в отношении более интенсивного представительства холостых и незамужних (соотношение – 1,8:1, при  $P < 0,05$ ), а также – в отношении менее интенсивной представленности лиц, проживающих в полной родительской семье (соотношение  $< 1:21,5$ ). Таким образом, фактор отсутствия или неполной семьи способствует формированию практически всех исследуемых видов коморбидной патологии.

Выводы:

Распространению гепатитов В и С среди зависимых от опиоидов способствует принадлежность к коренной и корейской национальности; принадлежность к городской популяции.

Распространению ВИЧ среди зависимых от опиоидов способствует принадлежность к украинской, татарской и таджикской национальности; принадлежность к городской популяции; низкий образовательный уровень.

Дополнительными факторами риска в отношении распространения коморбидных органических расстройств травматической этиологии являются: принадлежность к коренной национальности.

Дополнительными факторами риска в отношении распространения коморбидного хронического пиелонефрита в популяции зависимых от опиоидов являются принадлежность к женскому полу.

Наличие коморбидных гепатитов В и С в клинике зависимости от опиоидов способствует сокращению средней продолжительности жизни; появлению дополнительных сложностей в социальной адаптации.

В отношении деструктивных последствий проявления коморбидного ВИЧ-статуса следует отметить появление выраженных трудностей в социальной адаптации; высокие риски утраты трудовой занятости; сокращение средней продолжительности жизни.

В отношении деструктивных последствий коморбидных органических расстройств травматической этиологии следует отметить косвенные и единичные свидетельства (тенденции) повышенных трудностей в социальной адаптации, касающиеся, в основном, динамики материальной обеспеченности; косвенные свидетельства ограничения средней продолжительности жизни зависимых от опиоидов с коморбидными органическими расстройствами травматической этиологии.

Наиболее выраженные и достоверные отличия между первыми двумя подгруппами с коморбидными гепатитами В, С и ВИЧ сосредоточены в степени деструктивного воздействия фактора коморбидности, максимально представленного в клинической подгруппе с проявленным ВИЧ-статусом. Клиническая подгруппа с органическими психическими расстройствами по значению основных социально-демографических приближается к основной группе зависимых от опиоидов без признаков коморбидной патологии. Для клинической подгруппы с хроническим пиелонефритом следует отметить фактор половой принадлежности (более интенсивную представленность женского пола), выделяющий данную клиническую подгруппу из числа всех рассматриваемых. По значениям других анализируемых параметров данная подгруппа приближается к первым двум (с коморбидными хроническими гепатитами В и С и ВИЧ).

### ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ КОАКСИЛА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В. И. Шушкевич

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о важной роли психологических факторов в возникновении и течении соматических заболеваний. Стресс и депрессивные расстройства влияют на иммунный статус больных (Wrizin H., 1994); поведение, связанное со склонностью к враждебности, повышает риск развития сердечно - сосудистых заболеваний, доказано, что желудочковая аритмия и ишемия миокарда могут быть вызваны стрессом (Willich Z. N. et al, 1993); отмечена необходимость подключения антидепрессантов при купировании хронического болевого синдрома (К. О. Чахаева и др., 2004). Всё выше перечисленное приводит к использованию психотропных препаратов в общесоматической практике.

По данным ВОЗ в терапии психотропными препаратами нуждается более половины больных, страдающих соматическими заболеваниями средней и тяжелой степени выраженности (Kisely S. R. et al., 1996). Только депрессивные, тревожные и соматизированные расстройства встречаются почти у 50% пациентов первичной медицинской сети (Kinmayer U. et al., 1996). А при отдельных формах патологии, в частности, у больных сахарным диабетом, частота психических нарушений достигает 92,7% (Елуимова Е. В., 1995; Коркина М.В. и др., 1997). При этом наличие психических расстройств у соматических больных увеличивает стоимость лечения в несколько раз (Welles K. B. et al., 1989). Например, расходы на лечение больных сахарным диабетом, страдающих депрессиями, возрастает в 4,5 раза, по сравнению с такими же больными без психических расстройств (Egede L. E. et al., 2002).

Таким образом, психические нарушения, возникающие у пациентов с соматическими заболеваниями, по степени инвалидизации не уступают психотическим расстройствам, а сочетание соматической патологии с депрессией является фактором повышенной заболеваемости и смертности от соматических болезней (Smit Y. C., 2003).

Всё вышесказанное подтверждает актуальность исследования проблемы использования психотропных средств в условиях общесоматической сети.

#### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось в амбулаторных условиях поликлиники. До назначения препарата все пациенты подвергались тщательному психическому и соматоневрологическому обследованию. Психический статус определяли традиционным

клиническим методом. Для изучения побочных эффектов препарата учитывали также показатели массы тела, артериального давления, частоты сердечных сокращений, ЭКГ, ЭЭГ, общих анализов крови, мочи и дополнительных биохимических гематологических исследований.

Коаксил назначали после отмены предшествующей терапии в стандартной дозировке 27,5 мг в сутки (в 3 приема) или 25 мг в сутки для пожилых пациентов (в 2 приёма). Длительность лечения составляла от 6 недель до года. Часть больных была обследована катamnестическим методом спустя 1 год после начала терапии. Во время исследования не допускали назначения других антидепрессантов. Разрешалось использование транквилизаторов, преимущественно в качестве снотворных средств, а также препаратов для лечения сопутствующих соматических заболеваний.

Статистическую обработку результатов производили с помощью непараметрических методов.

Выборку исследования составили 45 пациентов в возрасте от 24 до 62 лет с явным преобладанием женщин (30 человек), проходивших лечение у врача – психиатра психотерапевтического кабинета ГККП «Городская поликлиника г. Рудного Костанайской области» по поводу различной психосоматической патологии и принимавших коаксил за период 2006 – 2007 г.г.

По нозологическим формам это были пациенты с гипертонической болезнью - 15 человек. С язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки - 12 человек (26,7%), с бронхиальной астмой - 8 человек (17,8%), с сахарным диабетом - 5 человек (11,1%), с хроническим болевым синдромом - 5 человек (11,1%). Причём тревожные, депрессивные и другие невротические расстройства отмечались у всех вышеуказанных пациентов. Депрессия невротического уровня была диагностирована у всех пациентов. В эту группу были включены больные с невротической депрессией – 30 человек, климактерической депрессией – 15 человек. Последняя подгруппа была представлена женщинами с патологически протекающим климактерическим синдромом с выраженными депрессивными и тревожно-депрессивными нарушениями. У всех этих больных помимо аффективной симптоматики большое место занимали вегетососудистые проявления, характерные для так называемого типичного климактерического синдрома (приливы жара, потливость и др.) и атипичного его варианта (психовегетативные пароксизмы).

Основную массу больных с депрессией невротического уровня составляли впервые заболевшие пациенты. Из лиц, впервые заболевших, 30 пациентам (66,6%) ранее проводилась терапия антидепрессантами и транквилизаторами без видимого эффекта.

Из исследования исключались больные с делирием, деменцией, амнестическим и другими когнитивными расстройствами (рубрики по МКБ - 10 F00 - F06); наркоманиями (F10 - F19); шизофренией и другими психотическими расстройствами (F20 - F29); посттравматическим стрессорным расстройством (F43.1); острым стрессорным расстройством (F43.0).

### Результаты исследования

В ходе проведенного исследования коаксил позволил добиться улучшения состояния у всех обследованных пациентов.

Эффект коаксила проявляется у пациентов с депрессиями невротического уровня достаточно быстро, и значимое улучшение отмечалось уже к третьей неделе терапии, а дальнейшее применение препарата способствовало закреплению достигнутого эффекта. Следует отметить также высокую эффективность коаксила в отношении тревожных и соматовегетативных расстройств. Анксиолитический эффект коаксила отмечается многими исследователями. Мы обратили внимание, что действие на тревогу при применении коаксила опережает собственно антидепрессивное действие препарата и проявляется уже с первых дней терапии. Это позволяет пациенту быстро почувствовать улучшение состояния и повышает приверженность больных терапии коаксилом. В группе больных с невротической депрессией 5 пациентов злоупотребляли алкоголем с целью снятия стресса, тревоги и улучшения настроения. Назначение коаксила этим пациентам способствовало быстрому улучшению психического состояния и устранению почвы для употребления спиртных напитков. Помимо этого, высокая эффективность коаксила в отношении астенического компонента депрессии и адаптогенный эффект препарата помогали приспосабливаться к стрессовым условиям, предупреждая дальнейшее развитие депрессии и уменьшая потребность в алкоголе. Эти эффекты коаксила имеют крайне важное значение в наркологической практике, так как пациенты чувствуют положительное влияние препарата на их состояние и сами стремятся к выполнению предписаний врача.

Так, у 40 пациентов изменилось отношение к своей болезни, углубились знания в понимании развития тех или иных симптомов, что значительно уменьшило тревожность и другие невротические симптомы у данной группы больных.

Отмечено уменьшение посещений врачей - интернистов на 30%, уменьшилось время дней нетрудоспособности на 25,5% и уменьшилось количество случаев нетрудоспособности у вышеуказанных пациентов на 35,5%, по сравнению с больными, не проходившими лечения у психиатра поликлиники.

В условиях общесоматической поликлиники традиционная фармакотерапия депрессий с использованием трициклических антидепрессантов (ТЦА) у больных с коморбидной соматической патологией зачастую не даёт терапевтического эффекта именно из-за неблагоприятного соматотропного воздействия, а также высокой чувствительности этой группы больных даже к незначительному усугублению телесного дискомфорта (Костюкова Е. Г., 2002).

Смещение акцента при фармакотерапии психических расстройств с эффективности на переносимость особенно явно проявляется в амбулаторной практике, т.е. в области пограничной психической патологии. Поскольку для этой группы пациентов требования к качеству жизни с сохранением на фоне проводимой психофармакотерапии, хотя бы прежнего уровня социального функционирования, являются первостепенными. От их соблюдения зависит и продуктивность контакта с врачом, и комплаентность больного. Так, например, побочный эффект (ПЭ) ТЦА часто вызывают у пациентов существенный дискомфорт и являются причиной несоблюдения режима или отказа от терапии. Кроме того, при лечении депрессии невротического уровня, выраженные побочные эффекты ТЦА, могут приводить к усилению социальной дезадаптации. Чувства не состоятельности и даже к утяжелению симптоматики депрессии (Костюкова Е. Г., 2002).

По принципу минимальной достаточности, глядящему, что при определении необходимой дозы препарата следует стремиться к достижению равновесия между благоприятным терапевтическим действием ПЭ в рамках пограничных психических расстройств (ППР), соблюдается особенно тщательно (В. У. Katzung, 1998) отмечено, что отношения определенного эффекта лекарства к терапевтическому или побочному эффектам основывается на оценочных суждениях. Данные суждения зависят, прежде всего, от клинического контакта применения лекарства, и не посредственно не связаны с фармакологическими механизмами, лежащими в его основе. Седация, возникающая при применении тимоаналептиков, расценивается как терапевтический эффект в начале терапии ажитированной депрессии и как неблагоприятная при поддерживающем лечении, а нежелательные миоларелаксирующие действия бензодиазепамина, тетразапама выступают основными действиями в ревматологической и травматологической клиниках. С этой точки зрения, можно говорить о едином спектре психотропной активности препарата, включая в это понятие все его эффекты, вне зависимости от терапевтической желательности или не желательности. В таком виде представление об «идеальном» препарате заключается не столько в сведении его побочного эффекта к минимуму, сколько в соответствии его психофармакологического профиля клиническому профилю больного. Одной из серьезных проблем, предвещающих непосредственное изучение побочного

эффекта, является их регистрация. Например, 7% пациентов активно сообщали о сексуальных побочных эффектах при приёме селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), тогда как при применении специализированных шкал распространенность подобных расстройств достигла 55% (Monteayo A. L. et al., 1996). По мнению некоторых отечественных авторов (Аведисова А. С., 1996) практически ориентированный, качественный анализ спектра побочных эффектов (ПЭ) антидепрессантов позволяет выделить 2 основных их типа:

- экстенсивный тип (менее благоприятный), характеризующийся, прежде всего, соматоневрологическими симптомами, ухудшающими их общее самочувствие;

- интенсивный тип (более благоприятный), характеризующийся проявлением или усилением психической симптоматики, имманентной состоянию больных.

При этом развитие опасных состояний (задержка мочеиспускания, аритмия, коллапс и др.), а также не согласие и отказы больных от терапии значительно чаще возникают на фоне побочных эффектов симптоматики экстенсивного типа. Исследования, учитывающие внутренние факторы при оценке переносимости лекарственных препаратов, только начинают проводиться. Однако роль сопутствующей соматической патологии в возникновении нежелательных явлений уже установлена многими фактами. Так, наличие у больных с депрессией таких сопутствующих заболеваний, как глаукома, атония кишечника, симптомов нейрогенного мочевого пузыря, нарушение сердечной деятельности, как правило, ухудшает переносимость тимоаналептической терапии (Громова В. В., 1998, Смолевич А. Б., 1983, 2001), что подтверждается и нашими наблюдениями. У больных с сердечно-сосудистой патологией ТЦА могут чаще оказывать кардиотоксическое действие, вызывая нарушение сердечной проводимости и снижение сократительной способности миокарда (Robinson D., 1996; Schwart P., 1978; Cassem N., 1982; Glassman A., 1984). У больных, предрасположенных к параксизмальным расстройствам, применение ТЦА, клозапина гораздо более рискованно в плане дополнительного снижения порога судорожной активности и возникновения соответствующих нарушений (Масолов С. Н., 1995).

Возраст, как предиктор переносимости, известен тем, что неблагоприятная реакция при психофармакотерапии у пожилых людей развивается чаще и быстрее, чем у пациентов более молодого возраста, в основном, вследствие изменения фармакодинамических и фармакокинетических показателей (Yest D. B. et al., 1998; Mort Y. R. et al., 2002; Preskorn S. H., 1993).

Избирательность реагирования на психотропные препараты связана также с конституционально-психологическими особенностями индивида. Для пациентов с тревожными личностными чертами, с

наклонностью к соматизации характерны конгруэнтные их особенностям «анксиоподобные» (психические и соматические) побочные реакции на проводимую фармакотерапию (Uhlenhuth E. H. et al., 1998), что коррелирует и с нашими наблюдениями. На переносимость психофармакотерапии также влияют клиничко-психопатологические особенности самого психического расстройства. Большинство клиницистов (Yerard et al., 1991) расценивают преобладание тревожного аффекта и соматизированный тип депрессии как наиболее неблагоприятный прогностический фактор в отношении развития нежелательных явлений тимоаналептической терапии.

С. Р. Масолов (2002) и соавторы утверждают, что холинолитические побочные эффекты особенно тяжело переносятся пациентами с паническими расстройствами, что существенно ограничивает возможность длительной поддерживающей и профилактической терапии.

По мнению Аведисовой А. С. (1996), при терапии amitриптилином пациентов с депрессивными расстройствами происходит диссоциация между объективной и субъективной оценкой больными побочных эффектов. При этом их субъективная оценка становится более отрицательной по мере улучшения психического состояния пациентов, что также нашло подтверждение и в наших наблюдениях.

По данным Н. Roberis (1985) и нашим наблюдениям на переносимость психофармакотерапии больными с неглубоким уровнем поражения психической деятельности и достаточной критикой к своему состоянию существенным образом влияет уровень субъективной значимости того или иного побочного эффекта. Замечено, чем более сохранена личность пациента, тем большее требование предъявляет он к проведению терапии, и, прежде всего, в части минимализации побочных эффектов, негативно влияющих на его обыденную жизнь и затрудняющих выполнения социальных функций.

При этом наиболее тяжело переносятся нежелательные реакции по типу гиперстимуляции с усилением тревоги, беспокойства, повышением мышечного тонуса, диареей и головными болями.

Во всех работах по коаксилу авторы отмечают блестящую переносимость препарата. В нашем исследовании всего у пяти больных наблюдались незначительные побочные явления. Трудности засыпания легко корригировались назначением гипнотических препаратов. Лишь у двух пациенток пожилого возраста лечение коаксилем не было закончено в связи с появлением плаксивости, которая исчезла при отмене препарата. Других побочных эффектов и осложнений зафиксировано не было.

Таким образом, активное применение психотропных препаратов в условиях общей соматической сети должно учитывать проблемы переносимости психофармакологической терапии (побочных эффектов, нежелательных лекарственных реакций, нежелательных явлений, возникающих в процессе



Основные результаты опубликованных в литературе контролируемых исследований  
эффективности КОАКСИЛА (К) с препаратом сравнения (ПС)

Источник	Объем выборки		Длительность лечения, дни	Препарат сравнения	Оценочные шкалы	Эффект
	всего больных	КОАКСИЛ / препарат сравнения				
G. Ostapzeff	47	24/23	45	Имипрамин	BPRS	K=И
C. Weiss и соавт.	40	20/20	30	Номифеназин	HAM-D	K=H
D. Loo и соавт.	129	64/65	56	Амитриптилин	MADRS	K=A
J. Guelfi и соавт.	265	135/130	42	Амитриптилин	MADRS, HAM-A	K=A
G. Bersani и соавт.	300	150/150	42	Амитриптилин	HAM-D	K=A
L. Chaby и соавт.	83	42/41	60	Мапротилин	MADRS,	K>M
					HAM-A	K>M
					CGI,	K>M
					HSCL	K=M
G. Invernizzi и соавт.	229	111/118	42	Амитриптилин	HAM-D, CGI	K=A

Примечание. Оценочные шкалы: BPRS - краткая психиатрическая оценочная шкала; HAM-D - шкала Гамильтона для оценки депрессий; MADRS - шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии; HAM-A - шкала Гамильтона для оценки тревоги; HSCL - перечень симптомов Хопкинса; CGI - шкала общего клинического впечатления. В графе «эффект» препараты обозначены по первым буквам названия.

Таблица 2

Риск возникновения побочных эффектов КОАКСИЛА по данным литературы (в процентах)

Побочные эффекты	Риск возникновения, %		
	Р. Чапуу и соавт. (n=140)	J. Guelfi и соавт. (n=1858)	G. Invernizzi и соавт. (n=111)
Утомляемость	5,3	0,6	10,8
Головные боли	-	0,6	7,2
Нарушения внимания	5,3	-	-
Возбуждение	-	2,7	-
Расстройства зрения	6,1	-	-
Нарушения сна	18,4	0,9	8,1
Сонливость	-	3,6	-
Горечь во рту	-	4,1	-
Сухость во рту	9,2	12,2	11,7
Тошнота	-	2,9	-
Запоры	8,3	4,2	8,1
Увеличение массы тела	-	3,3	-
Сердцебиения	5,3	-	-
Дизурия	7,5	-	-

лечения психосоматической патологией). Только в этом случае, будет достигнута полная эффективность применения психотропных препаратов в клиниках общесоматической сети, что коррелирует с полученными нами данными по терапии 45 пациентов в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного Костанайской области» в условиях психотерапевтического кабинета за 2 - летний период наблюдения (2006 – 2007 годы).

#### Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о хорошей эффективности коаксила при лечении больных с депрессивными нарушениями невротического уровня. Это связано с особенностями действия препарата, хорошей переносимостью и возможностью длительного применения даже у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями. В отличие от других антидепрессантов

---

---

коаксил обладает сочетанием нескольких эффектов: антидепрессивного, анксиолитического, энергизирующего и вегетотропного.

Энергизирующее действие коаксила проявляется повышением жизненного тонуса, появлением бодрости и энергии и не сопровождается инверсией аффекта.

Наличие перечисленных свойств коаксила позволяет проводить лечение большим депрессией не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях, в том числе назначать терапию работающим пациентам, не снижая, а повышая качество их жизни.

*Литература:*

1. Mokaer E., Retorri M. C., Kamoun A. Pharmacological antidepressive effects and tianeptine-induced 5-HT uptake increase. *Clin Neuropharmacol*, 1988; 11 (Suppl. 2): S. 33-43. - P. 32 - 42
  2. Defrance R., Marey C., Kamoun A. Antidepressant and anxiolytic activities of tianeptine. *Ibid.*: 574-582
  3. Delalleau B., Dulcire C., Le Moine P., Kamoun A. Analysis of the side effects of tianeptine. *Ibid.*: 583 - 589
  4. Delbende C., Tranchand-Bunel D., Tarozzo G. et al. Effect of chronic treatment with the antidepressant tianeptine on the hypothalamo-pituitary-adrenal axis. *Eur J Pharmacol* 1994; 251: 245 - 251
  5. Thomas G. Tianeptine in PTSD: a double-blind study versus placebo. Protocol and methodological issues. XI World Congress of Psychiatry, August, 1999; Hamburg
  6. Duman R. S. Neurotrophic factors in the action of stress and antidepressant treatment, CINP, Glasgow, 12 - 16 July, 1998
  7. Uno H., Flugge G., Thieme C., Jöhren G. et al. Degeneration of the hippocampal pyramidal neurons in the socially stressed tree shrew. *Neurosci*, 1991; *Abstr Soc (17)*: 52
  8. Вейн А. М., Воробьева О. В. Неврологические маски депрессии (эффективность тианептина) // *Журн. невропатол. и психиатр.* 2000; 6. - С. 21 - 23
  9. Alby J. M., Ferrery M., Cabane J. et al. Efficacy of tianeptine (Stablon) in the treatment of major depression and dysthymia, with somatic complaints. *Ann Psychiatry* 1993; 8 (2): P. 136 - 144
  10. Dalery J., Dagens-Lafant V. et al. Value of tianeptine in the treatment of recurrent, unipolar, major depressions. *Encephale* 1997; 23: 56-64
  11. Guelfy J. D., Pichot P., Dreyfus J. F. Efficacy of tianeptine in anxious-depressed patients. Results of a controlled multicenter trial versus amitriptyline. *Neuropsychobiol* 1989; 22: P. 41 - 48
  12. Chaby L., Grinsztejn A., Weitzman J. J. et al. Etats anxio-depressifs de la femme en periode perimenopausique et menopausique. Etude de l'efficacite et de l'acceptabilite de la tianeptine versus maprotiline. *Presse Med* 1993; 22: 1133 - 1138
  13. Анорусенко М. П., Шешенис В. С., Яковлева О. Б. Использование тианептина (коаксила) при лечении поздних депрессий // *Журн. невропатол. и психиатр.* 1999; 2: С. 25 - 33
  14. Винникова М. А., Небаракова Т. П., Агибалова Т. В. и др. Применение коаксила при лечении больных героиновой наркоманией // *Вопр. наркол.*, 2000; 2: С. 22 - 26
  15. Дробижев М. Ю., Сыркин А. Л., Полтавская М. Г. и др. Лечение тианептином (коаксилом) тревожных депрессий у больных ишемической болезнью сердца // *Журн. невропатол. и психиатр.*, 2000; 4: С. 44 - 47
  16. Аведисова А. С., Бородин В. И. К проблеме нежелательных явлений при фармакотерапии пограничных психических расстройств // *Российский психиатрический журнал*. - № 2, 2004. - С. 24-29
  17. Нозоренко Г. И., Коркина М. В., Елфимова Е. В. Методологические аспекты оказания психиатрической помощи больным многопрофильного соматического стационара и поликлиники // *Журн. Неврологии и психиатрии*. - Т. 104. - № 5, 2004. - С. 53-57
  18. Чахаева К. О., Аведисова А. С., Еришова Е. М. Антидепрессанты при хроническом болевом синдроме // *Российский психиатрический журнал*. - № 2, 2004. - С. 61-67
  19. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях // *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2002. - № 1. - С. 2 - 7
  20. Дробижев М. Ю. Распространенность психических расстройств в общемедицинской сети // *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2002. - № 5. - С. 175 - 180
  21. Елфимова Е. В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете. Автореф. Дис. к.м.н. - М., 1995
  22. Козырев В. Н. Модели интеграции психиатрической службы в системе медицинской помощи населению. Автореф. дисс. д.м.н. - М., 2000
  23. Коркина М. В., Елфимова Е. В., Мориллов В. В. Пограничные психические нарушения при сахарном диабете // *Журн. Неврология и психиатрия*, 1997, 97; 2. - С. 140-143
  24. Назаренко Г. Е., Полубенцева Е. И. Управление качеством медицинской помощи. - М.: Медицина, 2000
  25. Раас Б. К. Консультативная психиатрия: вклад психиатрии в диагностику и лечение пациентов общего профиля // *Соц. и клинич. психиатрия*, 1997; 7; 2: С. 42 - 46
  26. Смолевич А. Б., Серкин А. Р. Психофармакотерапия и проблемы организации психиатрической помощи в соматическом стационаре // *Клинич. Мед.*, 2000; 10: С. 22 - 27
- 
-

- 
- 
27. Смолевич А. Б. Депрессия в общей медицине. - М., МИА, 2001. - С. 183 - 190
  28. Аведисова А. С. // Соц. и клин. психиатрия, 1996. - Т. 6, выпуск 3. - С. 97 - 101
  29. Авруцкий Г. Я., Вовин Р. Я. и соавт. Биологическая терапия психических заболеваний. - Л., 1975
  30. Белоусов Ю. Б., Моисеев В. С. Клиническая фармакология и фармакотерапия. - М., 1997
  31. Бородин В. И. Пограничная психиатрия: сборник научных трудов (под ред. Ю. А. Александровского). - М., 2001. - С. 197 - 204
  32. Вейн А. М. Вознесенская Т. Г. и соавт. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение). - М., 2002
  33. Громова В. В. Побочные действия лекарственных средств \ под. ред. Лопатина. - М., 1976. - С. 69 - 73
  34. Мамин Д. И. Побочные действия психотропных средств. - М., 2000
  35. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб., 1995
  36. Райский В. А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. - М., 1988
  37. Шушкевич В. И. Роль ирритирующей триады в генезе пограничной нервно-психической патологии // Сб. Вопросы психиатрии и наркомании, Костанай, 1991. - С. 72
  38. Шушкевич В. И. Об опыте психотерапевтической работе на промышленном предприятии // Сб. Вопросы психиатрии и наркомании, Костанай, 1991. - С. 212
  39. Шушкевич В. И., Литвинович В. Д. Об опыте комплексной психотерапевтической работы на базе поликлиники общесоматической сети // Вопросы ментальной медицины и экологии. - Т. 3. - № 3, 1997. - С. 28 - 31

### ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РАБОТА ЦЕЛИТЕЛЕЙ – ТАБИБОВ

Д. У. Адылов

г. Бишкек

Язычество, как мировоззренческая система, развивавшаяся и усложнявшаяся на протяжении тысячелетий, является творческим естеством народа (Рыбаков Б. А., 1975). Поэтому уничтожить её силой субъективных желаний или волею государственных постановлений невозможно считает Г. А. Айтпаева (1995). А непрерывность языческого сознания является основной идеей концепции коллективного бессознательного К. Юнга (1991), и близка к идее «генетической памяти» Л. Гумилева (1988). Принятие ислама народами Кыргызстана как основной религии не противоречило их ранним верованиям: произошел сплав религиозной идеологической системы с языческой религиозно - философской системой местного населения (Исраилова Ч., 1988). Религиозные идеи античного Ближнего Востока распространились далеко вглубь Центральной и Северной Азии и в значительной степени повлияли на сибирский и центрально-азиатский шаманизм, придав ему его нынешний вид (Элиаде М., 1998). В то же время религия выходит за рамки шаманизма. Древние тюркские целительские верования не остались однородными. По-видимому, они в начале разделились на два течения. Первое целительское течение – «куучу», больше схожее по своей сущности с шаманизмом. Второе - «бакши» по уйгурским письменным источникам X века означал грамотного человека (Малов С. Е., 1951), а Ч. Ч. Валиханов (1961) писал, что кыргызы шамана называют бакшы, что по монгольским понятиям означает учитель.

По-видимому, в более позднем периоде в основном из восточных целителей, не теряя древних тюркских верований, выделились табибы. На формирование их целительской картины мира достаточное влияние оказывала восточные медицинские традиции: китайская, корейская, тибетская и другие. Их в нашем обследованном контингенте из 358 целителей было 42 человека (11,7%). Табиб (табыб, знахарь) - это целитель, использующий наряду с традиционными и исламскими верованиями лекарственную терапию, умеющий лечить вывихи и переломы, использующий пульсовую диагностику, имеющий свою классификацию болезней («холодные и жаркие») и систему терапевтических методов (иглотерапия) и лекарств от них.

Табибы, прекрасно разбирающиеся в древнетюркских и исламских медицинских познаниях, все-таки больше тяготели к чисто практической работе, почти лишенной мистического обрамления своей деятельности. Практически все табибы очень хорошо разбирались в китайской и тибетской медицине, фитотерапии.

Многие табибы работали официально в Центре народной медицины, имея среднее медицинское образование или при поликлиниках в качестве массажистов, санитаров. Целители, имеющие среднее специальное медицинское образование или имеющие диплом медицинского Вуза, работали медицинскими сестрами или врачами и соответственно имели рабочее место или кабинет. Часть целителей принимали пациентов в различных оздоровительных, общественных организациях или снимали помещения и осуществляли деятельность нелегально, т.к. «Закон о медицинской помощи» в стране запрещает лечебную деятельность лицам, не имеющим медицинского образования. В селах целители выделяли для работы комнату или реже ее часть. Оборудование целительских рабочих мест было различным: от доступных медицинских приборов до обычных в этой традиции четок, камешков, амулетов (тумаров), камчи, ножа, ремней. Одежда большинства табибов была повседневной или преимущественно белая, у части табибов и лица, имеющие медицинское образование, пользовались медицинским халатом.

Подготовка к индивидуальной работе у обследованных нами целителей была различной. У табибов она включала в себя приготовление лекарств и предметов для лечения. После приветствия пациента табибы начинали расспрос, нередко похожий на врачебный (некоторые целители имели составленный строго по схеме вопросник). Если у бакши расспрос мог сопровождаться отступлениями в прошлый опыт, когда подобный пациент был излечен, демонстрацией различных возможностей целителя, которые подкреплялись показом разных сертификатов и удостоверений различных «школ», семинаров, курсов по экстрасенсорике, по фитотерапии, по массажу, по психологическим теориям. Такие отступления более характерны были для ясновидящих и экстрасенсов. Бакши могли показать свое интервью или статью о нем в газете. Реже они имели свою печатную работу (брошюру). Табибам такие отступления были не характерны.

Затем табибы приступали к обследованию пациента, которое также было различным. Обследование могло включать пульсовую диагностику; осмотр кожи, рта, глаз; ощупывание тела (особенно волосистой части головы), определение запаха пота, наблюдение за характером дыхания и кашля. Обследование было разным и по длительности: от нескольких минут до получаса и дольше. И чем больше стаж работы у целителя, тем меньше времени он тратил на обследование. Обследование

---

---

заканчивается заключением о наличии соматической болезни или психологической проблемы.

Затем, в зависимости от выявленного недуга применялась какая-либо из различных процедур. Всегда, после проведенной процедуры, давались советы по изменению образа жизни или поведения. Они касались различных аспектов жизни пациента: отношений пациента с близкими, коллегами и человеком, диеты, фитотерапии, вправлении вывихов и пр. Обычно табибы никогда не берутся лечить раковые болезни, кровотечения, психотические состояния, инфаркты, инсульты и некоторые другие заболевания и направляют пациентов с подобной патологией к врачам. Наиболее опытные табибы строго проводят отбор людей, пришедших на приём. Для лечения они оставляют немного пациентов. Остальным же они рекомендуют пойти на приём к тому или иному врачу и реже к другому целителю.

Табибы (лекари, дарыгеры), хотя хорошо разбирались в вопросах древней языческой и современной языческой и исламской целительской традиции, больше уделяли внимания практическим вопросам

лечения: вправлению вывихов, лечению переломов при помощи шин, кровопусканию, иглотерапии, использованию трав, массажу, диетотерапии. При этом они могли использовать магию, проводить заговоры, снимать порчу, делать амулеты, заговаривать болезни. Как куучу или бакшы табиб мог использовать психотерапевтические притчи, поучительные истории. Прием пациентов у табиба был всегда индивидуальным. Процесс взаимодействия с пациентом у табиба обычно подчинялся определенному алгоритму: опрос, обследование, диагностика, лечение. Знание народной прикладной медицины требует длительного труда и больших знаний, пожалуй, поэтому среди обследованных нами целителей табибов было всего 42 человека (11,7%).

Кыргызское целительство имеет многовековую историю и, в нее органично вписались достижения различных медицинских культур. В настоящее время кыргызское целительство включает древние тюркские и исламские верования, в том числе и практический опыт табибов.

#### *Литература:*

1. Айтпаева Г. А. *Религиозные мотивы в кыргызском романе (60 - 90 годы)*. - Бишкек, 1995. - 131 с.
2. Валиханов Ч. Ч. *Собр. соч. в 5 Т.* - Алма-Ата, 1961, т. 1. - 407 с.
3. Исраилова Ч. *Ислам и языческие верования кыргызов севера Кыргызстана //Актуальные проблемы образования и науки.* - Бишкек, 1998. - С. 53-57
4. Малов С. Е. *Памятники древнетюркской письменности.* - М., 1951. - 459 с.
5. Рыбаков Б. А. *Языческое миропонимание//Наука и религия.* - 1975. - № 2. - С. 56-60
6. Элиаде М. *Шаманизм: архаичные техники экстаза. Пер. с англ.* - Киев: «София», 1998. - 384 с.
7. Юнг К. Г. *Психология и религия //Архетип и символ.* - М., 1991. - С. 133 - 134

## **ИНДИВИДУАЛЬНАЯ РАБОТА ЦЕЛИТЕЛЕЙ – БАКШИ**

Д. У. Адылов

г. Бишкек

Анализ процесса исцеления показывает, что его основой является определённая система взглядов, включающая выяснение сущности причин заболеваний и способов избавления от них. Такая система, независимо от того отвечала ли она господствующему уровню знаний, имела всегда характер концепции и содержание ее, сообщалось пациенту через таких лиц, которые обладали атрибутами знаний – шаманов, целителей (Ледер С., Высокинська - Гонсер Т., 1990). Хотя целитель в ходе подготовки к лечению и в процессе его применяет различные процедуры и средства, но сущность лечебного процесса заключается не только в назначении тех или иных средств, но и в передаче пациенту определенных суждений, убеждений и целительской системы ценностей. Она заключается и во влиянии на

эмоциональное состояние пациента и в побуждении его к определенным формам поведения. Поэтому целитель большое внимание уделял своей подготовке к началу работы. Поведение целителя при подготовке к работе могла значительно усилить мотивацию пациента к лечению. Этап подготовки помогал самому целителю входить в такое состояние, когда он мог, осуществляя руководство пациентом, придать пациенту уверенность в исцелении.

Подготовка к индивидуальной работе бакши включала омовение и чтение молитвы. Многие целители работали официально в центре народной медицины, имея среднее медицинское образование, или при поликлиниках в качестве массажистов, санитаров. Целители, имеющие среднее специальное медицинское образование или имеющие диплом

медицинского ВУЗа, работали в качестве среднего медицинского персонала или врачами и, соответственно, имели рабочее место или отдельный кабинет. Часть целителей принимали пациентов в различных оздоровительных, общественных организациях или снимали помещения и осуществляли деятельность нелегально, т.к. «Закон о медицинской помощи» запрещает в стране лечебную деятельность лицам, не имеющим медицинского образования. В селах целители выделяли для работы комнату или реже её часть. Оборудование целительских рабочих мест было различным: от доступных медицинских приборов до обычных в этой традиции четок, камешков, амулетов (тумаров), камчи, ножа, ремней, Корана. Одежда большинства бакши была преимущественно белая, а лица, имеющие медицинское образование, пользовались медицинским халатом. После приветствия пациента целители начинали расспрос, нередко похожий на врачебный (некоторые целители имели составленный строго по схеме вопросник). Затем целители приступали к обследованию пациента, которое также было различным. Обследование могло включать пульсовую диагностику; осмотр кожи, рта, глаз; ощупывание тела (особенно волосистой части головы), определение запаха пота, наблюдение за характером дыхания и кашля. Обследование было разным и по длительности: от нескольких минут до получаса и дольше. И чем больше стаж работы у целителя, тем меньше времени он тратил на обследование. Во время исследования целители могли задавать вопросы, чаще в утвердительной форме. На что пациенты утвердительно кивали головой соглашаясь, реже – спорили с целителем.

Обследование заканчивается заключением о наличии соматической болезни или психологической проблемы, вызванной воздействием темных сил или духов. При этом, целитель исходя из своей системы воззрений, интерпретировал и объяснял пациенту, что его проблема возникла в результате неправильного образа жизни, неправильной оценки причин своего поведения или поведения близких, неадекватности предыдущего лечения. Затем бакши применялась какая-либо из различных процедур: введение в транс молитвами; перевод болезни в животное (черного петуха, кошку, барана); изгнание “черной” энергии из тела и т.п. Всегда, после проведенной процедуры, давались советы по изменению образа жизни или поведения. Они касались различных аспектов жизни пациента: отношений пациента с близкими, коллегами и человеком, оказывающего, по мнению целителя, на пациента негативное влияние; диеты, фитотерапии, использовании “магических” предметов и пр. Магические предметы, заранее “заговаривались” целителем и вручались пациенту.

В индивидуальной работе бакши широко использовали заговоры. При проведении заговоров целитель фиксировал внимание на больной части

тела пациента. Сначала целитель психологически настраивал пациента через обращение к духам, затем произносил заговор, в котором просил духов вылечить больную часть тела у этого пациента. Завершался заговор словами подкрепления, обращенными в будущее (“С этого времени оберегай этого человека”). Заговоры обычно подкреплялись невербальными действиями, имеющими психотерапевтическое воздействие. Воздействие могло проводиться нитками (разного цвета), когда целитель должен был на рассвете бросить их в воду (символ очищения). Заговаривал целитель чай, воду, хлеб, мясо и реже - другие продукты, необходимые, с его точки зрения, для диетотерапии пациента. Затем обговаривался ритуал приема этих продуктов, с описанием ощущений, которые могли возникнуть при правильном их приеме. Прием заговоренной пищи здесь служит действием, имеющим психотерапевтический смысл.

Очень часто целители использовали в индивидуальной работе и амулеты – тумары. После выслушивания пациента и его осмотра целитель прочитывал молитву, затем выписывал изречения из Корана на бумаге и зашивал бумагу в кожаный мешочек треугольной формы. Обычно у целителя имелся заранее подготовленный арсенал тумаров. Тумар заговаривался и вручался пациенту. Пациент должен был постоянно носить тумар на шее. Тумар способствовал устойчивому улучшению состояния пациента, так как оберегал от “злого влияния”. При выдаче лекарственных средств и трав, они также заговаривались целителем. Этому способствует прочно укоренившееся в населении представление о том, что всякого рода словесные воздействия целителя усиливают целебную силу трав, настоев, продуктов.

Проведение заговоров проходит с использованием разных способов гипнотизации. Часто, проводя заговор, бакши пристально смотрел в глаза пациенту. На самом деле, целитель смотрит в один глаз, чаще - в левый глаз. А пациенту кажется, что целитель смотрит ему в глаза. Этот прием известен издавна и он помогает лицу, проводящему заговор, лучше сосредотачиваться на содержании заговора и следить за пациентом. Фиксация взгляда целителя может быть и на переносице пациента. Это создает такой же эффект и у пациента, и у целителя. Опытные психотерапевты также используют эти приемы при введении в состояние транса. Они описаны в руководствах по проведению гипноза. Другим способом гипнотизации служило предложение целителя пациенту фиксировать свой взгляд на горящей свече или блестящем предмете или на чётках определенного цвета. Фиксация внимания пациента могла быть ориентирована на сохранении определенной позы или на определенном положении конечностей. Для усиления гипнотического воздействия целитель мог применять легкие касательные движения.

Работа бакши: целителя - профессионала была дополнена религиозным исламским содержанием:

---

---

его поведение определялось во многом предписаниями Корана, перед работой, и в определенные периоды суток совершалось омовение. А омовение в исламе – это сакральный акт очищения и перехода от обычного состояния к молитвенному (другому состоянию сознания).

В зикири бакши органично были включены обращения, к аллаху наряду с обращениями к Умай - эне, Манас - Ата, Хан - Тенгри, Камбар – Ата, духам, ибо каждый способ лечебной магии был основан на глубокой вере в сверхъестественные силы (а большинство кыргызов верят и в языческие и в исламские магические силы). В силу этого сами способы взаимодействия бакши с пациентом стали предметом веры и фетишизации. Это и внимательное ознакомление с больными, зачастую без опроса, и установления причин болезни при помощи гадания на камешках, лопаточной кости

барана или прорицания и сам процесс лечения. У бакши «все применяемые способы лечения содержат различные виды суггестии - магической, прямой, косвенной, хорошо подкрепленной наглядными действиями» (Шарманов Т. Ш., Атчабаров Б. А., 1978). В процессе лечения (зикир салу, куран окуу, дем-салуу и. т.п.) бакши мог зачитывать исламизированные зикири или читать только суры Корана, как при индивидуальном приеме, так и при проведении коллективной суггестии (магии.) Элементы симпатической магии: приготовление оберегов, амулетов, снятие сглаза и смена имени также сопровождалась зикирами, заговорами, сурами из Корана.

Кыргызское целительство имеет многовековую историю и в нее органично вписались достижения различных медицинских культур, куда органично вписались и традиции бакши.

*Литература:*

1. Ледер С., Высокинська-Гонсер Т. Исторический очерк развития групповой психотерапии и основные теоретические направления//Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. – М.: Медицина, 1990. – С. 12 - 45
2. Шарманов Т. Ш., Атчабаров Б. А. Резюме//Очерки по истории народной медицины Казахстана. – Алма-Ата, 1978. – С. 188

### **К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОЙ ТИПОЛОГИИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ**

Б. М. Аширбеков

В статье разработаны подходы к типологии постшизофренических депрессий и описаны варианты, выделенные на основе единого типологического признака – характера доминирующего депрессивного аффекта. Ключевые слова: постшизофренические депрессии, типология депрессий.

### **ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ «ОГРАНИЧЕННОЙ» (УМЕНЬШЕННОЙ) ВМЕНЯЕМОСТИ ПО ДАННЫМ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

А. Т. Бабыкпаева

Гуманный подход к людям, хотя и вменяемым, но страдающим психическими расстройствами - этот аргумент созвучен с демократизацией судопроизводства и демократическими преобразованиями, которые проводятся в общей и судебной психиатрии Казахстана в последние годы.

### **ОБЩИЕ ДАННЫЕ О ХАРАКТЕРЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ НАРКОЗАВИСИМЫМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

А. Л. Катков, О. Н. Комарова

В статье «Общие данные о характере наркологической помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан» А.Л.Каткова, О.Н.Комаровой приводятся общие данные о наркологической помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным наркозависимым на территории Республики Казахстан. В частности, приводятся сведения об учреждениях, в которые наиболее часто обращается учтенный континент ВИЧ-инфицированных наркозависимых за профильной помощью; о мотивах обращения за наркологической помощью, о приверженности к такого рода помощи. Проводится интерпретация полученных результатов.

Ключевые слова: наркологическая помощь, наркозависимые, ВИЧ-статус.

### **АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ НАРКОЗАВИСИМЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРЕПЯТСТВИЙ В ЕЕ ОКАЗАНИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

А. Л. Катков, О. Н. Комарова

В статье «Анализ основных потребностей ВИЧ-инфицированных наркозависимых в специализированной наркологической помощи и препятствий в ее оказании по Республике Казахстан» А.Л.Каткова, О.Н.Комаровой анализируются базисные потребности учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых в специализированной наркологической помощи, включая такие характеристики как: условия оказания, качество, уровень профессионализма, доступность. Выявляются основные препятствия к оказанию наркологической помощи исследуемому контингенту. Приводятся сведения о наиболее предпочтительных способах и формах оказания профильной помощи наркозависимым лицам, живущим с ВИЧ.

Ключевые слова: наркологическая помощь, потребности, препятствия, контроль, наркозависимые, ЛЖВС.



---

---

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ И БОЛЕЗНИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

А. Л. Катков, С. О. Пакеев

В статье А.Л.Каткова, С.О.Пакеева «Социально-психологические характеристики отношения к здоровью и болезни у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом» проанализирован основной вектор воздействия фактора коморбидности на социально-психологические характеристики отношения к здоровью и болезни у зависимых от опиоидов. В частности, показано, что фактор коморбидности способствует уменьшению анозогнозии по интенсивности и длительности проявления данного психопатологического феномена, формированию более адекватного представления о наркотической зависимости как болезни, формированию более адекватной модели здоровья у химически зависимых лиц. Отмеченные особенности в большей степени отмечались у лиц с относительно более выраженной коморбидной патологией.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, коморбидная патология, отношение к здоровью и болезни.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

А. Л. Катков, С. О. Пакеев

В статье А.Л.Каткова, С.О.Пакеева «Социально-психологические особенности зависимых от опиоидов с гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом» проанализированы основные социально-психологические особенности, имеющие отношение к рискам формирования коморбидной патологии при опиоидной зависимости. А также – основные деструктивные социально-психологические факторы, связанные с феноменом коморбидности. В частности, показано, что более высокие риски возникновения коморбидной патологии связаны с неполной родительской семьей, отсутствием собственной семьи и другой семейной дисгармонией. А основные деструктивные социально-психологические факторы – с постоянным дистрессом и ожиданием неблагоприятных последствий в связи с тяжелым соматическим заболеванием. Отмеченные особенности более выражены в случаях с более тяжелой соматической патологией.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, коморбидность, семейная дисгармония, дистресс.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФИЛЯ И ОБЪЕМА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ НАРКОЗАВИСИМЫМ В НАРКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, СПИД-ЦЕНТРАХ И ПРОФИЛЬНЫХ НПО РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

О. Н. Комарова

В статье «Характеристика профиля и объема специализированных услуг, предоставляемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым в наркологических учреждениях, СПИД-центрах и профильных НПО Республики Казахстан» О. Н. Комаровой приводятся сведения об объеме и структуре наркологической помощи, оказываемой учтенному контингенту ВИЧ-инфицированных наркозависимых в наркологической учреждениях МЗ РК, СПИД-центрах и профильных НПО. Полученные сведения сопоставляются с данными о реальных потребностях ВИЧ-инфицированных наркозависимых в определенных условиях наркологического профиля. Делаются выводы о степени соответствия наркологической помощи потребностям исследуемого контингента.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные наркозависимые, наркологические учреждения, СПИД-центры, НПО, потребности, услуги.

---

---

## **ХАРАКТЕРИСТИКА АССОРТИМЕНТА УСЛУГ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (СЕКТОР ВТОРИЧНОЙ И ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ), ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ НАРКОЗАВИСИМЫМ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

О. Н. Комарова, А. Л. Катков

В статье «Характеристика ассортимента услуг наркологического профиля (сектор вторичной и третичной профилактики), предоставляемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан» О.Н.Комаровой, А.Л.Каткова приводятся сведения об охвате ВИЧ-инфицированных наркозависимых услугами наркологического профиля, реализуемыми в Республике Казахстан. Делаются выводы об ассортименте и объеме реализуемых профильных услуг. Анализируются основные предпочтения контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых в профильной наркологической помощи. А также – соотношения потребности в такого рода помощи и реальных объемов, оказываемых в ЛПУ наркологического профиля.

Ключевые слова: наркологическая помощь, услуги, ассортимент, объем, потребность, охват.

## **ОСОБЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ПИЕЛОНЕФРИТАМИ**

С. О. Пакеев, А. Л. Катков

В статье С.О.Пакеева, А.Л.Каткова «Особенности наркологического анамнеза у зависимых от опиоидов с гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и хроническими пиелонефритами» проанализированы основные особенности наркологического анамнеза в двух аспектах: в плане выявления факторов, способствующих формированию коморбидной патологии; в плане выявления деструктивного воздействия коморбидной патологии на динамику становления зависимости от опиоидов. В частности, показано, что каждому типу коморбидной патологии способствуют как общие, так и специфические факторы наркологического анамнеза. Установлено, что феномен генерализованного коморбизма способствует формированию неблагоприятного сценария наркотической зависимости с измененными формами опьянения, импульсивным влечением, быстрым темпам нарастания социальной дезадаптации.

Ключевые слова: наркологический анамнез, опиоидная зависимость, коморбидная патология.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ОСНОВНЫХ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

С. О. Пакеев, А. Л. Катков

В статье С.О.Пакеева, А.Л.Каткова «Особенности терапевтической динамики основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом» проанализированы основные особенности терапевтической динамики при опиоидной зависимости, осложненные соответствующей коморбидной патологией. В частности, показано, что наличие коморбидной патологии способствует утяжелению абстинентных и постабстинентных проявлений опиоидной зависимости, удлинению сроков основных психопатологических проявлений в ходе прохождения первого этапа реабилитационной программы. У пациентов с ВИЧ-статусом отмечались более выраженные реактивные наслоения.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, коморбидная патология, терапевтическая динамика.

---

---

## **ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ РЕМИССИЙ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

С. О. Пакеев

В статье С.О.Пакеева «Особенности формирования терапевтических ремиссий у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом» были проанализированы основные векторы воздействия фактора коморбизма на длительность и качество терапевтической ремиссии у зависимых от опиоидов. В частности, показано, что у последних при ухудшении социальной адаптации (качество ремиссии) длительность ремиссии, напротив, увеличивается. Данный факт интерпретируется как негативное подкрепление воздержания от употребления наркотиков.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, коморбидная патология, длительность и качество ремиссии.

## **СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С КОМОРБИДНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С И В, ВИЧ, ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ И ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ**

С. О. Пакеев

В статье С.О.Пакеева «Социально-демографические особенности зависимых от опиоидов с коморбидными хроническим гепатитом С и В, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и хроническим пиелонефритом» были проанализированы основные социально-психологические особенности, с одной стороны, способствующие формированию коморбидной патологии; с другой – являющиеся как следствие. В частности, показано, что каждому типу коморбидной патологии соответствует своя специфика представленности анализируемых социально-демографических факторов.

Ключевые слова: опиоидная зависимость, коморбидная патология, социально-демографические факторы.

## **ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРИМЕНЕНИЯ КОАКСИЛА В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

В. И. Шушкевич

В данном исследовании «Об особенностях применения коаксила в условиях многопрофильной поликлиники» проанализированы результаты лечения 45 пациентов в ГККП «Городская поликлиника г. Рудного» Костанайской области за период с 2006 по 2007 годы. Отмечена необходимость учёта проблемы переносимости психофармакологической терапии (побочных эффектов, нежелательных лекарственных реакций и др.), что гарантирует эффективность применения психотропных препаратов в клиниках общесоматической сети. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о хорошей эффективности коаксила при лечении больных с депрессивными нарушениями невротического уровня. Это связано с особенностями действия препарата, хорошей переносимостью и возможностью длительного применения даже у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями.

---

---

## THE RESUME

### **TO A QUESTION ABOUT CLINICAL TYPOLOGY OF POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSIONS**

B. M. Ashirbekov

This article justifies approaches towards the typology of post-schizophrenic depressions and also describes variants that were derived on the basis of a single typological sign such as the character of a dominant depressive affect.

Keywords: post-schizophrenic depressions, typology of depressions.

### **HISTORICAL ASPECT OF THE «LIMITED» (REDUCED) RESPONSIBILITY ACCORDING TO THE MEDICAL LITERATURE**

A. T. Babykpaeva

The humane approach to people, though of sound-mind, but suffering mental frustration - this argument is conformable with democratization of legal proceedings and democratic transformations which are spent in the general and judicial psychiatry of Kazakhstan within last years.

### **THE GENERAL DATA ABOUT CHARACTER OF THE NARCOLOGICAL HELP RENDERED BY HIV-INFECTED DRUG ADDICTS IN REPUBLIC KAZAKHSTAN**

A. L. Katkov, O. N. Komarova

In article «the General data about character of the narcological help rendered by HIV-infected drug addicts in Republic Kazakhstan» A. L. Katkov, O. N. Komarova cite the general data about the narcological help rendered by HIV-infected drug addicts in the territory of Republic Kazakhstan. In particular, the data on establishments in which the considered contingent of a HIV-infected drug addicts most often addresses for the profile help are resulted; about motives of the reference behind the narcological help, about adherence to such help. Interpretation of the received results is spent.

Keywords: the narcological help, drug addicts, a HIV-status.

### **THE ANALYSIS OF BASIC NEEDS OF HIV-INFECTED DRUG ADDICTS IN THE SPECIALIZED NARCOLOGICAL HELP AND OBSTACLES IN ITS RENDERING ON REPUBLIC KAZAKHSTAN**

A. L. Katkov, O. N. Komarova

In article «the Analysis of basic needs of HIV-infected drug addicts in the specialized narcological help and obstacles in its rendering on Republic Kazakhstan» A. L. Katkov, O. N. Komarova analyze the basic needs of the considered contingent of HIV-infected drug addicts in the specialized narcological help, including such characteristics as: conditions of rendering, quality, a level of professionalism, availability. The basic obstacles to rendering the narcological help to an investigated contingent come to light. Data on the most preferable ways and forms of rendering of the profile help to drug addicts living with HIV are resulted.

Keywords: the narcological help, needs, obstacles, the control, drug addicts, the vital Medical products.

---

---

**SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ATTITUDE TO HEALTH AND ILLNESS AT DEPENDENT FROM OPIOIDS WITH COMORBIDE HEPATITES B AND C, HIV, ORGANIC FRUSTRATION TRAUMATIC ETIOLOGY AND PYELONEPHRITIS**

A. L. Katkov, S. O. Pakeev

In A. L. Katkov, S. O. Pakeev's article «Socially-psychological characteristics of the attitude to health and illness at dependent from opioids with comorbide hepatites B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and pyelonephritis» is analyzed the basic vector of influence of the factor comorbism on socially-psychological characteristics of the attitude to health and illness at dependent from opioids. In particular, it is shown, that the factor comorbism promotes the reduction of anozognosy on intensity and the duration of display of the given psychopathological phenomenon, the formation of more adequate representation about narcotic dependence as to illness, the formation of more adequate model of health at chemically dependent persons. Noted features in a greater degree were marked at persons with rather more expressed comorbide pathology.

Keywords: opioid dependence, opioid pathology, the attitude to health and illness.

**SOCIALLY-PSYCHOLOGICAL FEATURES DEPENDENT FROM OPIOIDS WITH HEPATITES B AND C, HIV, ORGANIC FRUSTRATION TRAUMATIC ETIOLOGY AND PYELONEPHRITIS**

A. L. Katkov, S. O. Pakeev

In A. L. Katkov, S. O. Pakeev's article «Socially-psychological features dependent from opioids with hepatites B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and pyelonephritis» are analyzed the basic socially-psychological features concerning risks of formation comorbide pathology at opioid dependence. And also - the basic destructive social-psychological factors are connected with a comorbide phenomenon. In particular, it is shown, that higher risks of occurrence of comorbide pathology are connected with incomplete parental family, absence of own family and other family disharmony. And the basic destructive social-psychological factors - with constant distress and expectation of adverse consequences in connection with heavy somatic disease. Noted features are more expressed in cases with heavier somatic pathology.

Keywords: narcotic dependence, comorbism, family disharmony, distress.

**THE CHARACTERISTIC OF A STRUCTURE AND VOLUME OF THE SPECIALIZED SERVICES GIVEN BY HIV-INFECTED DRUG ADDICTS IN NARCOLOGICAL ESTABLISHMENTS, AIDS-CENTERS AND PROFILE SPO OF REPUBLIC KAZAKHSTAN**

O. N. Komarova

In article «The Characteristic of a structure and volume of the specialized services given by HIV-infected drug addicts in narcological establishments, AIDS-centers and profile SPO of Republic Kazakhstan» are resulted by O. N. Komarova of data on volume and structure of the narcological help, rendered to the considered contingent of a HIV-infected drug addicts in narcological establishments MS RK, AIDS-centers and profile SPO. The received data are compared to data about real needs of a HIV-infected drug addicts in the certain conditions of a narcological structure. Conclusions about a degree of conformity of the narcological help to needs of an investigated contingent are done.

Keywords: HIV-infected drug addicts, narcological establishments, AIDS-centers, SPO, needs, services.

**THE CHARACTERISTIC OF ASSORTMENT OF SERVICES OF A NARCOLOGICAL STRUCTURE (SECTOR OF SECONDARY AND TERTIARY PREVENTIVE MAINTENANCE), GIVEN TO HIV-INFECTED DRUG ADDICTS IN REPUBLIC KAZAKHSTAN**

O. N. Komarova, A. L. Katkov

In article «The Characteristic of assortment of services of a narcological structure (sector of secondary and tertiary preventive maintenance), given to HIV-infected drug addicts in Republic Kazakhstan» O. N. Komarova,

---

---

---

---

A. L. Katkov result the data on scope of a HIV-infected drug addicts by the services of a narcological structure done in Republic Kazakhstan. Conclusions about assortment and volume of profile services are done. The basic preferences of a contingent of HIV-infected drug addicts in the profile narcological help are analyzed. And also - the correlations of need for such help and the real volumes rendered in MPE of a narcological structure.

Keywords: the narcological help, services, assortment, volume, need, range.

**FEATURES OF THE NARCOLOGICAL ANAMNESIS AT DEPENDENT FROM OPIOIDS  
WITH HEPATITES B AND C, HIV, ORGANIC FRUSTRATION TRAUMATIC  
ETIOLOGY AND CHRONIC PYELONEPHRITISES**

S. O. Pakeev, A. L. Katkov

In S. O. Pakeev, A. L. Katkov's article «Features of the narcological anamnesis at dependent from opioids with hepatitis B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and chronic pyelonephritises» are analyzed the basic features of the narcological anamnesis in two aspects: by way of revealing the factors promoting the formation comorbide pathology; by way of revealing the destructive influence of comorbide pathology on dynamics of becoming dependent from opioids. In particular, it is shown, that comorbide pathologies promote each type as the general, and specific factors of the narcological anamnesis. It is established, that the phenomenon of generalized comorbism promotes the formation of the adverse script of narcotic dependence with the changed forms of intoxication, an impulsive inclination, to fast rates of increase social desadaptation.

Keywords: the narcological anamnesis, opioid dependence, comorbide pathology.

**FEATURES OF THERAPEUTIC DYNAMICS OF THE BASIC PSYCHOPATHOLOGICAL  
SYNDROMES AT DEPENDENT FROM OPIOIDS WITH COMORBIDE HEPATITES B AND C,  
HIV, ORGANIC FRUSTRATION TRAUMATIC ETIOLOGY AND PYELONEPHRITIS**

S. O. Pakeev, A. L. Katkov

In S. O. Pakeev, A. L. Katkov's article «Features of therapeutic dynamics of the basic psychopathological syndromes at dependent from opioids with comorbide hepatitis B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and pyelonephritis» are analyzed the basic features of therapeutic dynamics at opioid dependences complicated by corresponding comorbide pathology. In particular, it is shown, that the presence of comorbide pathology promotes weighting abstinent and post-abstinent displays of opioid dependence, lengthening of terms of the basic psychopathological displays during the passage of the first stage of the rehabilitation program. At patients from a HIV-status more expressed jet stratifications were marked.

Keywords: opioid dependence, comorbide pathology, therapeutic dynamics.

**FEATURES OF FORMATION OF THERAPEUTIC REMISSIONS AT DEPENDENT  
FROM OPIOIDS WITH COMORBIDE HEPATITES B AND C, HIV,  
ORGANIC FRUSTRATION TRAUMATIC ETIOLOGY AND PYELONEPHRITIS**

S. O. Pakeev

In S. O. Pakeev's article «Features of formation of therapeutic remissions at dependent from opioids with comorbide hepatitis B and C, HIV, organic frustration traumatic etiology and pyelonephritis» have been analyzed the basic vectors of influence of the factor comorbism on duration and quality of therapeutic remission at dependent from opioids. In particular, it is shown, that within the last group at deterioration of social adaptation (quality of remission) the duration of remission, on the contrary, increases. The given fact is interpreted as a negative reinforcement of abstention from the use of drugs.

Keywords: opioid dependence, comorbide pathology, duration and quality of remission.

---

---

**SOCIALLY-DEMOGRAPHIC FEATURES DEPENDENT FROM OPIOIDS  
WITH COMORBIDE CHRONIC HEPATITES C AND B, HIV, ORGANIC  
FRUSTRATION TRAUMATIC ETIOLOGY AND CHRONIC PYELONEPHRITIS**

S. O. Pakeev

In S. O. Pakeev's article «Socially-demographic features dependent from opioids with comorbide chronic hepatitis C and B, HIV, organic frustration traumatic etiology and chronic pyelonephritis» have been analyzed the basic socially-psychological features, on the one hand, promoting the formation comorbide pathology; on the other - being as consequence. In particular, it is shown, that to each type of comorbide pathology there corresponds the specificity presentation of analyzed socially-demographic factors.

Keywords: opioid dependence, comorbide pathology, socially-demographic factors.

**ABOUT FEATURES OF APPLICATION OF COAXIAL IN CONDITIONS  
OF A VERSATILE POLYCLINIC**

V. E. Shushkevich

In the given research «About features of application of coaxial in conditions of a versatile polyclinic» the results of treatment of 45 patients in SCFE «The City Polyclinic of Rudny» in Kostanay area for the period with 2006 for 2007 are analyzed. The necessity of the account of a problem of bearableness of psycho-pharmacological therapies (by-effects, undesirable medicinal reactions, etc.) is noted, that guarantees efficiency of the application of psychotropic preparations in clinics of general somatic networks. The results of carried out the research testify to good efficiency of coaxial at treatment of patients with depressive infringements of a neurotic level. It is connected with the features of the action of a preparation, good bearableness and an opportunity of long application even at patients with accompanying somatic diseases.

---

---

**БИБЛИОГРАФИЯ К ЖУРНАЛУ  
«ВОПРОСЫ МЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ»  
ЗА 2007 ГОД**

**РЕДАКТОРСКИЕ СТАТЬИ**

Катков А. Л. Полюс психического здоровья – проблемы идентификации (заключение). – Т. 13. - № 1, 2007  
Макаров В. В. IX съезд Профессиональной Психотерапевтической Лиги. Расширенные тезисы ежегодного отчётного доклада президента съезду Профессиональной психотерапевтической лиги. – Т. 13. - № 3, 2007

**ПСИХОТЕРАПИЯ**

Авторизированная стенограмма дискуссии «Личность психотерапевта», состоявшейся 04.06.2006 г. в рамках работы VIII съезда Профессиональной психотерапевтической лиги. – Т. 13. - № 1, 2007  
Адылов Д. У. Ритуалы и обряды в целительской практике. – Т. 13. - № 4, 2007  
Бундало Н. Л. Психотерапия посттравматического стрессового расстройства. – Т. 13. - № 2, 2007  
Бурно М. Е. Профессионализм и клиническая психотерапия. – Т. 13. - № 2, 2007  
Галеева Н. И. Модифицированный вариант терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно на интегрированных уроках музыки и психологии как способ формирования целостного восприятия мира, познания себя и других. – Т. 13. - № 2, 2007  
Добролюбова Е. А. Клуб «ТТС» («Терапия творческим самовыражением») в ПКБ № 12 г. Москвы. – Т. 13. - № 2, 2007  
Еремин А. А. Система Станиславского и методы НЛП. – Т. 13. - № 2, 2007  
Когай О. С., Лапина Т. П. Коррекция эмоциональных комплексов через рисование у детей дошкольного и младшего школьного возраста. – Т. 13. - № 4, 2007  
Любченко М. Ю., Мациевская Л. Л. К вопросу о тактике и эффективности психотерапии психосоматических пациентов. – Т. 13. - № 1, 2007  
Линде Н. Д. Эмоционально-образное направление психотерапии. – Т. 13. - № 2, 2007  
Махновская Л. В. Клиническая психотерапия в психоневрологическом диспансере. – Т. 13. - № 2, 2007  
Москвитин П. Н. Экзистенциально-гуманистические факторы позитивной психодрамы. – Т. 13. - № 3, 2007  
Потапова Т. Ф. Использование проективных методов исследования в процессе психотерапии. – Т. 13. - № 1, 2007  
Филиппова Г. Г., Печникова Е. Ю. Перинатальная психология и психотерапия – новое направление науки и практики. – Т. 13. - № 2, 2007  
Чаплыгина В. Ю. «Предмет» психотерапии с точки зрения дианализа. – Т. 13. - № 3, 2007  
Чеглова И. А. Персональный бренд. Архетипы успешности. – Т. 13. - № 3, 2007

**ПСИХИАТРИЯ**

Алтынбеков С. А., Булгачев Ж. Ж., Негай А. П., Абпазова Д. А., Сарсенова Р. О., Макашева Н. П., Сабенов Б. С., Шайхутдинов Д. Ф. Клиническая структура психических расстройств, выявленных у обследованных больных Приаралья. – Т. 13. - № 1, 2007  
Аширбеков Б. М. Постшизофренические депрессии: клинико-социальный аспект (обзор). – Т. 13. - № 3, 2007  
Аширбеков Б. М. К вопросу о клинической типологии постшизофренических депрессий. – Т. 13. - № 4, 2007  
Бабыкпаева А. Т. Исторический аспект «ограниченной» (уменьшенной) вменяемости по данным медицинской литературы. – Т. 13. - № 4, 2007  
Джолдыгулов Г. А. К вопросу о перспективах системы психиатрической помощи в Республике Казахстан. – Т. 13. - № 2, 2007  
Красильников Г. Т. О психической норме и патологии (клиническая лекция). – Т. 13. - № 3, 2007  
Миронов В. В., Семеновская Н. А. Анализ клинико-социальных параметров и характера криминальных действий лиц, страдающих олигофренией по данным СПЭЖ Костанайской областной психиатрической больницы за период 2004 - 2006 годов. – Т. 13. - № 2, 2007  
Новикова М. Ю. Показания для направления к детскому врачу-психиатру ПНД (райпсихиатру ЦРБ). – Т. 13. - № 1, 2007  
Новикова М. Ю. Показания для направления к участковому врачу-психиатру ПНД (райпсихиатру ЦРБ). – Т. 13. - № 1, 2007  
Распопова Н. И., Толстикова А. Ю. Особенности диагностики и терапии депрессивных состояний в постабстинентном периоде при героиновой наркомании. – Т. 13. - № 4, 2007

---

---



---

---

Суатбаев Н. Р. Особенности нейрофизиологической функциональной диагностики в психиатрическом учреждении. – Т. 13. - № 2, 2007

Сармантаева К. Р., Дахова Л. Н., Сысоева Н. П. Особенности течения туберкулеза и психических заболеваний при их сочетании. – Т. 13. - № 2, 2007

Шайхутдинов Д. Ф. 100 лет Кызылординской областной психоневрологической больницы (1907 - 2007 г.г.). – Т. 13. - № 2, 2007

Шайхысламова Н. К., Оспан Т. Б., Лободенко А. Г., Садыкова Б. К. Применение препарата энкорат-хроно в комплексном лечении больных шизофренией. – Т. 13. - № 3, 2007

Шайхысламова Н. К., Оспан Т. Б., Лободенко А. Г., Садыкова Б. К. Применение энкората-хроно в комплексном лечении алкогольного делирия. – Т. 13. - № 3, 2007

Шахметов Б. А., Хамзамулина М. Д., Букашов Т. С. Роль ПМСП в охране психического здоровья. – Т. 13. - № 1, 2007

Шахметов Б. А., Хамзамулина М. Д., Измаилова Н. Т. Политика ментального здоровья в Казахстане на уровне ПМСП. – Т. 13. - № 1, 2007

Шахметов Б. А., Хамзамулина М. Д., Хамитов И. Ф. Подходы к реформированию психиатрической службы на уровне ПМСП. – Т. 13. - № 1, 2007

## НАРКОЛОГИЯ

Алтынбеков С. А., Шахметов Б. А. Нейролингвистическое программирование в терапии и профилактике наркозависимости с включением феномена антинаркотической устойчивости и оптимального комфортного состояния. – Т. 13. - № 1, 2007

Аманова Ж. Ш., Сысоева Н. П. Психодиагностические методики в определении степени риска вовлечения в зависимость от ПАВ. – Т. 13. - № 2, 2007

Барматин В. Н., Махметов Р. Б. К вопросу о применении основных биохимических показателей, используемых при судебно-медицинской экспертизе отравлений наркотическими и психотропными веществами. – Т. 13. - № 3, 2007

Борисов Д. Е. Вирус зависимости или что находится внутри драматического треугольника. – Т. 13. - № 2, 2007

Дауренбаев М. Т. Авторская методика исследования и прогнозирования состояния человека (на примере определения продолжительности ремиссии и рецидива наркозависимого состояния). – Т. 13. - № 3, 2007

Катков А. Л., Комарова О. Н. Общие данные о характере наркологической помощи, оказываемой ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан. – Т. 13. - № 4, 2007

Катков А. Л., Комарова О. Н. Анализ основных потребностей ВИЧ-инфицированных наркозависимых в специализированной наркологической помощи и препятствий в ее оказании по Республике Казахстан. – Т. 13. - № 4, 2007

Катков А. Л., Пакеев С. О. Социально-психологические характеристики отношения к здоровью и болезни у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом. – Т. 13. - № 4, 2007

Катков А. Л., Пакеев С. О. Социально-психологические особенности зависимых от опиоидов с гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом. – Т. 13. - № 4, 2007

Каражанова А. С., Сексенова Ж. Х., Ахметбекова А. П., Сыздыкбаева Ш. М., Жаксалыкова М. Х., Маликов М. К. Особенности клиники алкоголизма и злоупотребления спиртными напитками несовершеннолетними на этапах реабилитации. – Т. 13. - № 3, 2007

Комарова О. Н. Социальные, демографические и клинко-психопатологические особенности учтенного контингента ВИЧ-инфицированных наркозависимых. – Т. 13. - № 3, 2007

Комарова О. Н. Характеристика профиля и объема специализированных услуг, предоставляемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым в наркологических учреждениях, СПИД-центрах и профильных НПО Республики Казахстан. – Т. 13. - № 4, 2007

Комарова О. Н., Катков А. Л. Характеристика ассортимента услуг наркологического профиля (сектор вторичной и третичной профилактики), предоставляемых ВИЧ-инфицированным наркозависимым в Республике Казахстан. – Т. 13. - № 4, 2007

Логинов И. П. Этнические аспекты психотерапии опиоидной зависимости. – Т. 13. - № 2, 2007

Лаврентьев О. В., Пазылхаир М. П., Гловатский В. В., Мухаметжанов О. М. Особенности внутренней картины болезни и здоровья у пациентов зависимых от опиоидов. – Т. 13. - № 2, 2007

Пакеев С. О., Катков А. Л. Особенности наркологического анамнеза у зависимых от опиоидов с гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и хроническими пиелонефритами. – Т. 13. - № 4, 2007

Пакеев С. О., Катков А. Л. Особенности терапевтической динамики основных психопатологических синдромов у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом. – Т. 13. - № 4, 2007

---

---

---

---

Пакеев С. О. Особенности формирования терапевтических ремиссий у зависимых от опиоидов с коморбидными гепатитами В и С, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и пиелонефритом. – Т. 13. - № 4, 2007

Пакеев С. О. Социально-демографические особенности зависимых от опиоидов с коморбидными хроническим гепатитом С и В, ВИЧ, органическими расстройствами травматической этиологии и хроническим пиелонефритом. – Т. 13. - № 4, 2007

Россинский Ю. А., Рубцова Е. М., Нуралиев Б. Ж. Сублингвальное употребление ПАВ кустарного производства: насвай. – Т. 13. - № 3, 2007

Тампишева Д. Р., Юсинова Б. Ж., Абдуллина Г. С. Опыт клинического применения антидепрессанта венлафаксина в терапии постабстинентных расстройств у больных героиновой наркоманией. – Т. 13. - № 1, 2007

### **ПОГРАНИЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ**

Алтынбеков С. А., Бултачиев Ж. Ж. Клинические особенности расстройств адаптации. – Т. 13. - № 1, 2007

Алтынбеков С. А., Бултачиев Ж. Ж., Негай А. П., Сарсенова Р. О., Макашева Н. П., Абпазова Д. А., Сабенов Б. С., Шайхутдинов Д. Ф. Результаты психодиагностического исследования клинических проявлений расстройств адаптации. – Т. 13. - № 1, 2007

Бултачиев Ж. Ж. Комплексная программа терапии расстройств адаптации у жителей экопатогенных территорий Приаралья. – Т. 13. - № 3, 2007

Кузнецов В. Н. Области исследования тревоги и стресса на современном этапе (материалы XXVII конференции Общества по исследованию стресса и тревоги (STAR). – Т. 13. - № 1, 2007

Назлюян Г. М. Одиночество и смерть в клиническом ракурсе (к проблеме нормы и патологии в психиатрии). – Т. 13. - № 3, 2007

Сарсенова Р. А., Бултачиев Ж. Ж. Организация работы среди детей и подростков, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами. – Т. 13. - № 2, 2007

### **ПОГРАНИЧНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Акажанова А. Т. Психолого-педагогические особенности противоправного поведения девочек-подростков. – Т. 13. - № 3, 2007

Асанов В. А., Киселева Л. В. Динамика ЭЭГ до и после удаления интрадуральной невриномы С-2 корешка спинного мозга. – Т. 13. - № 1, 2007

Бултачиев Ж. Ж. Индивидуально-типологические особенности в группах с различными типами расстройств адаптации. – Т. 13. - № 1, 2007

Бултачиев Ж. Ж. Личностно-типологические особенности больных с расстройствами адаптации. – Т. 13. - № 1, 2007

Бултачиев Ж. Ж. Распространённость и структура невротических синдромов у детей и подростков Приаралья. – Т. 13. - № 2, 2007

Негай А. П., Бултачиев Ж. Ж., Макашева Н. П., Сарсенова Р. О., Абпазова Д. А., Сабенов Б. С., Шайхутдинов Д. Ф. Варианты расстройств адаптации. – Т. 13. - № 1, 2007

Ходорева Т. В. Опыт лечения истерического ступора. – Т. 13. - № 2, 2007

### **ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ. ВАЛЕОЛОГИЯ.**

Алтынбеков С. А., Шахметов Б. А. Психогигиена – как превенция социальных катастроф. – Т. 13. - № 1, 2007

Бултачиев Ж. Ж. Стратегии преодоления стрессовых ситуаций, предпочитаемые больными с расстройствами адаптации. – Т. 13. - № 1, 2007

Галеева Н. И. Создание творческих видеоклипов. – Т. 13. - № 2, 2007

Москвитин П. Н., Денисова К. В. Мониторинг состояния нервно-психического здоровья психотерапевтов и психологов и задачи акмеологии. – Т. 13. - № 3, 2007

Москвитин П. Н. Об изучении типологической персонологии психотерапевтов и медицинских психологов. – Т. 13. - № 3, 2007

### **ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА**

Шушкевич В. И. Об особенностях применения коаксила в условиях многопрофильной поликлиники. – Т. 13. - № 4, 2007

---

---

## ИНФОРМАЦИЯ, ОБЗОРЫ

Макаров В. В. Рецензия на руководство для врачей П. И. Сидорова, А. Г. Соловьева, И. А. Новиковой / Под ред. акад. РАМН П. И. Сидорова «Психосоматическая медицина: Руководство для врачей». - М.: МЕДпресс-информ, 2006, 568 с. – Т. 13. - № 1, 2007

Старостин В. В. Принцип сперматозоида в творчестве Владимира Высоцкого. – Т. 13. - № 3, 2007

## ДИСКУССИОННАЯ ТРИБУНА

Адылов Д. У. Индивидуальная работа целителей – табибов. – Т. 13. - № 4, 2007

Адылов Д. У. Индивидуальная работа целителей – бакши. – Т. 13. - № 4, 2007

Биркин А. А. Сколько же лет человечество читает?. – Т. 13. - № 2, 2007

Волобаев В. М. Психотерапия, как фактор борьбы с коррупцией. – Т. 13. - № 3, 2007