

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМЕНИ В.П. СЕРБСКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

Шурова Екатерина Анатольевна

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ
ПОВЕДЕНИЕМ**

Специальность: 3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Клименко Т.В.

Москва 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1 СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ЛИЦ С РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)	9
1.1 Мировые социально-исторические аспекты рискованного сексуального поведения и коммерческого секса	9
1.2 История проституции в России.....	13
1.3 Проституция в современном Российском обществе	19
1.4 Возможности медико-социального сопровождения лиц с рискованным сексуальным поведением, употребляющих психоактивные вещества	32
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	39
2.1 Объекты и методы исследования	39
2.2 Социально-демографические и клинические особенности лиц с рискованным сексуальным поведением и проблемным употреблением психоактивных веществ	45
ГЛАВА 3 ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ЛИЦ С РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ.....	73
ГЛАВА 4 ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В РИСКОВАННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.....	91
4.1 Порядок организации программы медико-социального сопровождения	91
4.2 Терапевтическая эффективность программы медико-социального сопровождения по результатам клинико-катамнестического наблюдения	106
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	143
ВЫВОДЫ	151
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	154

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	155
ПРИЛОЖЕНИЯ	171

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ДЗМ	департамент здравоохранения Москвы
ИППП	инфекции, передающиеся половым путем
КШОПС	краткая шкала оценки психического статуса
МНПЦ	Московский научно-практический центр
МСМ	мужчины, практикующие секс с мужчинами
МСС	медико-социальное сопровождение
МНИЦ	Московский научно-исследовательский центр
ПАВ	психоактивные вещества
ПВА	патологическое влечение к алкоголю
РКС	работники коммерческого секса
РСП	рискованное сексуальное поведение
РФ	Российская Федерация
СМИ	средства массовой информации
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
США	Соединенные Штаты Америки
УРП	уровень реабилитационного потенциала
ХТИ	химико-токсикологическое исследование
ЦПЗП	Центр профилактики зависимого поведения

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. г. Москва как геополитический, экономический и административный центр России весьма привлекательна для лиц, практикующих коммерческие сексуальные услуги. Все больше граждан России и мигрантов, приехавших на заработки в РФ и г. Москву, выбирают предоставление сексуальных услуг как один из способов заработка. Огромная армия российской проституции (уличная, элитная, служебная, супружеская, интернет-виртуальная и т.п.) стала социальным слоем (массовым явлением) и превратилась в индустрию, использующую современные информационные технологии.

На сегодняшний день точной статистики о том, сколько граждан России предоставляют коммерческие секс - услуги нет. Статистика работников коммерческого секса (РКС) не ведется, так как в России нет соответствующего законодательства. По данным незарегистрированной ассоциации секс-работников «Серебряная роза» предоставлением коммерческих секс-услуг в России занимаются более трех миллионов человек (<http://silver-rose.ru/company>). Если набрать в поисковой системе Интернета слово «проститутки», то окажется, что только в Москве их около 200 тысяч.

В начале экономического кризиса (2014-2015 гг.) аналитики Общественного института социальных исследований (<http://www.cessi.ru>) прогнозировали, что резкое снижение доходов и безработица среди населения вынудят заниматься коммерческими сексуальными услугами до пяти миллионов россиян обоего пола. Исследования, проведенные в 2018 г. компанией «Profionlineresearch» (<https://profiresearch.ru>), показали, что 61 процент женщин не хотят вступать в сексуальные отношения с мужчиной, если не получают от этого материальной выгоды. Среди молодежи сформировалось толерантное отношение к сексуальным отношениям с противоположным полом за материальную выгоду. Нормой стали неупорядоченные сексуальные отношения, где один партнер в обмен на секс получает материальные блага от другого (<https://www.kommersant.ru/doc/1387830?ysclid=lr3wdqd9fk765148258>).

Негативные аспекты коммерческого секса не ограничиваются «куплей-продажей» сексуальных услуг. Проституция связана с распространением ВИЧ-инфекций, преступности, младенцев-отказников, с ростом заболеваемости туберкулезом и инфекциями, передающимися половым путем (ИППП) (Курилова Е.Н, Кутергин Н.Б., 2024). Первым ВИЧ-положительным жителем г. Москвы оказался мужчина, практикующий секс с мужчинами (МСМ), то есть ВИЧ-эпидемия в России и в ее столице началась именно среди МСМ (Калинин А.А., 2018).

Одной из наиболее актуальных проблемных аспектов коммерческого секса считается употребление РКС различных психоактивных веществ (ПАВ) (Вознюк К.С., Малкина Е.А., Коротких М.В., 2020; Шаназарова Е.В., Белов А.Е., 2024). Негативные аспекты употребления ПАВ среди РКС не ограничиваются только формированием у них синдрома зависимости к ПАВ. Употребление ПАВ нередко оказывается ключевым фактором в распространении среди РКС гемоконтактных инфекций и ИППП, поскольку в состоянии алкогольного или наркотического опьянения они часто не используют барьерные средства контрацепции (Вознюк К.С., Малкина Е.А., Коротких М.В., 2020), а социально-бытовая неустроенность многих РКС увеличивает вероятность развития у них туберкулеза и хронических неинфекционных заболеваний.

Таким образом, снижение уровня употребления ПАВ среди РКС может оказаться эффективным инструментом не только изменения вектора их социального поведения, но и снижения среди них заболеваемости гемоконтактными инфекциями, ИППП и хроническими неинфекционными заболеваниями.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработка и оценка эффективности программы медико-социального сопровождения вовлеченных в рискованное сексуальное поведение лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучение социально-психологических характеристик лиц с рискованным сексуальным поведением (РСП), имеющих психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ

2. Изучение структуры и клинико-динамических особенностей психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением ПАВ у лиц с РСП.

3. Разработка программы медико-социального сопровождения лиц с РСП, имеющих психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ.

4. Оценка эффективности программы медико-социального сопровождения лиц с РСП, имеющих психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением ПАВ.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА: Показано, что у лиц с РСП наблюдается высокий риск приобщения к немедицинскому употреблению ПАВ. Получены новые данные о клинико-динамических особенностях наркологических расстройств у лиц с РСП. Впервые показано, что употребление ПАВ лицами с РСП по механизму синэргического взаимодействия увеличивает вероятность развития и тяжесть медицинских и социальных последствий употребления ПАВ и РСП. Доказано, что с учетом синэргического взаимодействия наркологических расстройств и РСП для их эффективного преодоления необходимо комплексное воздействие на все составляющие данной патологической девиантной системы. Впервые разработана программа МСС лиц с РСП, имеющих наркологические расстройства. Выделена основные этапы МСС лиц с РСП и наиболее эффективные реабилитационные технологии, ориентированные на преодоление наркологических расстройств и на изменение вектора социальной активности данной категории пациентов. Впервые показано, что вовлечение в программы МСС лиц с РСП снижает у них вероятность употребления ПАВ и увеличивает вероятность отказа от РСП. Впервые показано, что для эффективного лечения наркологических расстройств у лиц с РСП необходимо также воздействовать на вектор их социальной активности.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ: Доказанное синэргическое взаимодействие наркологических расстройств и РСП обосновывает необходимость комплексного терапевтического воздействия на все составляющие данной патологической девиантной системы. Разработанная программа МСС позволяет организовать среди лиц с РСП профилактическую работу, ориентированную на снижение у них уровня потребления ПАВ, изменение вектора их социальной активности и сопряженные с этим инфекционные и неинфекционные заболевания.

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. РСП является фактором риска приобщения к немедицинскому употреблению ПАВ.
2. РСП и немедицинское потребление ПАВ характеризуются синэргическим взаимодействием и усугубляют медицинские и социальные последствия обеих форм девиантного поведения.
3. Медико-социальное сопровождение лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, и вовлеченными с РСП, должно быть ориентировано на коррекцию обеих форм девиантного поведения.
4. Вовлечение РКС в специализированные программы медико-социального сопровождения, ориентированного на преодоление обеих форм девиантного поведения, увеличивает вероятность их отказа от употребления ПАВ и от РСП.

ГЛАВА 1 СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ЛИЦ С РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

1.1 Мировые социально-исторические аспекты рискованного сексуального поведения и коммерческого секса

Рискованное сексуальное поведение (РСП) — половые контакты и в некоторых случаях сопутствующее им поведение (приём наркотиков, алкоголя), имеющие высокую вероятность последствий в виде нежелательной беременности или заражения одного из партнеров инфекцией, передающейся половым путем (ИППП), сочетание сексуальной активности с употреблением алкоголя и наркотиков (Брюно В.В., 2018; Брюно В.В., 2019). Рискованное сексуальное поведение тесно взаимосвязано с понятиями «проституция» и «коммерческий секс».

Проституция выступает как особая форма отношений между субъектом сексуальных потребностей и тем, кто может её удовлетворить за соответствующую плату (Русакова М.М., Яковлева А.А., 2010). Проститутка – секс-работник (любого пола), занимающийся сексом и оказывающий иные услуги сексуального характера за деньги (Герасимов Н.В., 2009). При этом для обозначения лиц, вовлеченных в проституцию, часто используют менее морально окрашенный термин «сексуальные работники» или работники коммерческого секса (РКС).

Как утверждает Г.И. Мавров с соавт. «коммерческий секс — любое соглашение между двумя и более лицами, в котором единственной и конечной целью является половой акт в обмен на материальное вознаграждение, для которого обязательными являются предварительные переговоры относительно цены». (Мавров Г.И. с соавт., 2006).

«Проституция, как сложный общественный, поведенческий и сексуальный феномен имеет много аспектов — сексуальный, юридический, социальный, психологический, медицинский, морально-этический. Общественное мнение во

все времена по-разному оценивало проституцию, объясняло ее причины, искало способы ограничения ее масштабов либо терпимо относилось к ее существованию и пыталось ее регулировать» (Мавров Г.И. с соавт., 2006).

По мнению Г.И. Маврова, взгляды на проституцию, как на «безнравственное явление, которое заслуживает яростного порицания и наказания, исторически сложились уже с первыми зачатками культурного развития» (Мавров Г.И. с соавт., 2006).

Существование проституции в древних цивилизациях Месопотамии впервые документально подтверждено в Кодексе Хаммурапи, датирующимся XVIII до н.э. Как отмечает Д.Г. Тимченко, такой элемент общественной жизни, как «проституция появилась лишь после введения строгой патриархальной моногамии и ограничения жизни замужней женщины исключительно домашней сферой, и в VII-VI веках до н.э. достигла вершины своего развития. Античная проституция была особой формой рабства, в занятие проституцией рекрутировали женщин и мужчин из сословия рабов. Господам разрешалось любое обращение с рабами, за исключением убийства. Кроме рабов проституцией занимались и вольноотпущенные» (Тимченко Д.Г., 2015).

Наибольшее распространение проституция получила за счет военных походов легионов. Начиная с V века до нашей эры, толпы профессиональных проституток сопровождали греческие войска. Тогда же, сформировалась дифференциация и классификация проституток, которая практически в неизменном виде сохранилась до современности. В своей работе И.А. Тарасова отмечала, что «к первому классу относились проститутки низшего разряда, они торговали своим телом, ничем не прикрывали своё ремесло, не использовали музыку и танцы при оказании сексуальных услуг. Ко второму классу греки относили проституток - музыкантов и отпущенных из рабства. Третью, самую дорогостоящую группу составляли проститутки с «благородными» манерами, владеющие навыками игры на музыкальных инструментах, умеющие танцевать, их называли гетерами. Гетеризм достиг вершины своего развития в IV и III веках до нашей эры в эпоху эллинизма» (Тарасова И.А., 2016). Античные проститутки

осознавали себя объектом наслаждения со стороны других лиц и в соответствии с этим строили свое поведение.

В работах Болтаевского А.А и соавт. отмечалось, что в средние века, в Европе проституция и как следствие, распространение публичных домов, были необходимы для того, чтобы отвлечь мужчин от соблазнения приличных девушек и женщин. Как отмечают авторы, «количество женщин значительно превышало количество мужчин, и женская конкуренция проявлялась во всех низкооплачиваемых сферах их деятельности: портнихи, прачки, торговки и другие. Безденежье вынуждало женщин заниматься профессиями, которые по своему характеру имели некоторое отношение к проституции: банщицы, официантки, домашняя прислуга» (Дюпуи Э., 2010; Болтаевский А.А., 2015). Так как публичные дома обычно располагались на окраинах поселений, для них придумали особые опознавательные признаки - «красный фонарь, горевший перед дверью, и разноцветная решётка на окнах. В эпоху средневековья публичные дома находились под юрисдикцией государства и городских советов, в задачи которых входили надзор, содержание и получение дохода от публичных домов, защита в судебных спорах, поскольку проституция составляла важную статью доходов города» (Куликова, М.С., Кулаков А.В., 2010). Именно в эпоху Ренессанса было решено узаконить проституцию, проявить снисхождение к проститутке и отвести ей своё место в социальной жизни общества (Дмитриева Н.В., Левина Л.В., 2013).

Жаклин Монро (2005) в своей статье “Женщины в проституции: результат бедности и основная тяжесть неравенства“ исследовала очень тесную взаимосвязь между бедностью и проституцией и показала, как одно часто является следствием другого. Ясно и незамедлительно указано, что основным мотивом проституции является экономика, что противоречит предположению о том, что женщины, занимающиеся проституцией, делают это свободно и по обоюдному согласию ответственных взрослых людей.

«В XVII-XVIII веках в больших городах открыто функционировали публичные дома; некоторые из них относили к числу достопримечательностей города. Публичные дома Лондона, Парижа и Берлина пользовались мировой

известностью. Борьба с проституцией в тот исторический период сводилась к обустройству приютов, насильственным помещением проституток в больницы, обрезанием у них волос, выселением пришлых проституток» (Дмитриева Н.В., Левина Л.В., 2013).

Наблюдавшееся в XIX веке ухудшение социально-экономического положения во многих развитых странах мира стало причиной увеличения числа женщин, готовых торговать своим телом. В конце XIX века «тайная проституция» стала намного превосходить по масштабам уличную проституцию, что являлось главным отличием от прежних эпох. Также «появилось значительное число женщин, для которых проституция была лишь дополнительным заработком: официантки, продавщицы, горничные. Другой формой скрытой проституции – стала готовность многих женщин оказывать интимные услуги мужчинам в интересах собственной карьеры или карьеры мужа. Государственные меры, предпринимаемые в XIX веке против проституции, сводились к жестокому обращению с проститутками и установлению над ними деспотической власти со стороны полиции. Часто полицейские становились сутенёрами. Для получения покровительства со стороны полиции проститутки старались завязать с ними контакт, используя для этого подкуп и оказание интимных услуг» (Вануркина, А.А., 2009).

Проведенные зарубежные исследования установили, что наличие неблагоприятного опыта в детском и подростковом возрасте повышает риск начала употребления ПАВ и развития зависимости от ПАВ в 7–10 раз (Ярцева Е.В. с соавт., 2018). Подход к комплексному изучению детского психотравматического опыта у взрослых и его влияния на различные аспекты здоровья был сформирован в США в 1995–1997 гг. по результатам проведения масштабного проекта. Был введен термин Adverse Childhood Experience (ACE), переведенный на русский язык как «неблагоприятный детский опыт», который включает психотравмирующие события в детском и подростковом возрасте (до 18 лет) (Катан Е.А., 2019). Многочисленными предыдущими исследованиями было показано, что психические травмы, перенесенные в детском возрасте, оказывают влияние на

последующую жизнь, формирование характера, психическое и физическое здоровье (Kempe С.Н., Helfer R.E., 1976). С начала 1960-х годов внимание исследователей все больше стал привлекать феномен жестокого обращения и внутрисемейного насилия по отношению к детям. По результатам этих исследований в конце 1970-х годов был описан так называемый «синдром избиваемого ребенка» (Kempe С.Н., Helfer R.E., 1976). Важным этапом эмпирического изучения насилия по отношению к детям стало первое американское национальное исследование проблемы (Gil D., 1973). Отечественными исследованиями на материале проституток из г. Санкт-Петербурга и г. Оренбурга также был выявлен высокий уровень детской сексуальной виктимизации и ревиктимизации во взрослой жизни (Русакова М.М., 2012).

Таким образом, проституция в течение многих веков являлась предметом дискуссий многих философов, историков, правоведов, моралистов, медиков, что связано как с моральной остротой проблемы, так и с деструктивным характером самого этого социального феномена. До настоящего времени многие существенные аспекты, и даже содержание понятия проституции остаются дискуссионными.

1.2 История проституции в России

Истоки проституции в России, как и в других странах уходят вглубь веков, что послужило поводом называть ее «древнейшей профессией». Но хотя свободные интимные отношения допускались и даже были частью некоторых языческих культов, собственно торговля интимными услугами появилась гораздо позже. «В древности и в средние века, когда проституция была широко распространена в странах Западной Европы и на Востоке, в русском государстве с его самобытной культурой, торговли телом, вероятнее всего не было. Ни один из русских летописцев не упоминает о проституции. На Руси как в других странах существовали внебрачные половые связи, но они не имели аспекта товарно-денежных отношений. Рынок сексуальных услуг не мог появиться раньше товарно-

денежных отношений, поэтому в России профессиональная проституция возникла только в конце XVII века» (Зотова О.В., 2008).

В допетровскую эпоху проституция развивалась в ситуации свободного выбора: она (проституция) «не была признана официально и не была регламентирована, что было крайне выгодно для её развития» (Панин С.Е., 2005). Положение женщин сильно изменилось в процессе реформ Петра I. Благодаря реформам, «женщина не только избавилась от постоянного надзора со стороны семьи или мужа, она стала участвовать во всех праздниках и развлечениях, стала их главным действующим лицом» (Панин С.Е., 2005). Мужчины также «стали более откровенны в своих интимных развлечениях, стали открыто заводить содержанок. Эти нововведения появились сначала в Петербурге, затем распространились в Москве и в других городах России» (Панин С.Е., 2005).

По приказу императора Всероссийского Николая I, в первой половине XIX века чиновники приступили к организации «врачебно-полицейских комитетов – специальных органов для контроля над публичными домами и «тайно промысляющими женщинами», что свидетельствовало о том, что вопрос отношения к проституции приобрел особую остроту» (Лобова Е.А., 2016). И уже в 1852 г. была организована специальная комиссия, целью которой был регулярный надзор за бродячими проститутками. Для реализации поставленной цели члены комиссии выявляли всех «бродячих женщин», которые занимались проституцией и не имели, установленных законом, медицинских билетов. Комитет по надзору за бродячими женщинами предложил «ввести так называемые расчётные книжки для предупреждения чрезмерной эксплуатации содержательницами публичных домов подчинённых им проституток» (Лобова Е.А., 2016).

Первое и единственное массовое эмпирическое исследование проституции того периода, охватившее практически всю территорию России, было проведено в 1889 г. по инициативе «Центрального статистического комитета Министерства внутренних дел Российской Империи». «Массовое исследование проституции в г. Санкт-Петербурге, а также изучение эффективности системы социального контроля над проституциями в виде врачебно-полицейского надзора, было

проведено в 1891-1893 гг. П.Е.Обозненко» (Лобова Е.А., 2016). В Российской империи в конце XIX – начале XX вв. активно изучали возможности проституции в сфере социального регулирования (Мартыненко Н.К., 2009). Проблема социального контроля над проституцией в то время изучалась в правовом аспекте юристами (Дергилева С.Ю., Геворкян Д.С., 2013). Для сдерживания эпидемии сифилиса в России помог вклад врачей-дерматовенерологов, которые занимались изучением проституции и ее распространением (Мартыненко Н.К., 2010). К сожалению, после ликвидации системы врачебно-полицейского надзора какие-либо количественные оценки масштабов проституции стали гораздо сложнее и проблематичнее. Можно лишь косвенно судить о ее масштабах по имеющимся данным из правонарушительной практики, и лишь отчасти – по статистическим данным распространенности венерических заболеваний.

В 1920-е годы господствовало убеждение о том, что проституция является пережитком капитализма и поддерживается массовой безработицей. Для этого, в качестве основных мер социальной реабилитации проституток предлагалось привлечение их к труду и повышение их образовательного уровня. В качестве дополнительных мер применялись репрессии, направленные на борьбу со «сводничеством и иными формами организованной сексуальной коммерции».

Занятие проституцией согласно действующему в 1920-1930-е гг. законодательству не являлось преступлением. Как говорила В.А. Одиноква «в Уголовном Кодексе РСФСР от 1922 года содержалось две статьи, устанавливающие уголовную ответственность в сфере коммерческого секса» (Одиноква В.А. с соавт., 2019). В 1930-е годы основная роль в преодолении проституции стала отводиться репрессивному компоненту социального контроля над проституцией, как в отношении организованных ее форм, так и в отношении самих проституток. В тот период наблюдался постепенный отказ от системы социальной реабилитации и организации помощи женщинам, которые были вовлечены в социальную коммерцию по различным причинам.

Социальная политика в виде репрессий по отношению к проституткам и проституции, проводившаяся в России с начала 1930-х гг., привела к почти

сорокалетнему отказу от ее научного изучения. Только в 1960-е годы появились фрагментарные исследования отечественных авторов, таких как: В.С. Мыскин, Ю.В. Александров, А.Н. Игнатов, М.И. Арсеньева, К.К. Горяинов, А.А. Коровин, Э.Ф. Побегайло. Данные авторы занимались изучением проституции в юридическом и медицинском аспектах.

В послевоенный период оценка масштабов, основных форм и социальных характеристик проституции стала еще сложнее по сравнению с периодом 1920-1930 гг. Исследования, связанные с изучением такого феномена как проституция, были прекращены почти полностью. За этот период «под грифом «Для служебного пользования» было проведено всего два эмпирических исследования проституции» (Одинокова В.А. с соавт., 2019).

Согласно исследованию В.С. Мыскина, проведенному в конце 1960-х годов «в г. Москве, по социальному происхождению и положению абсолютное большинство женщин, занимавшихся проституцией, относились к категории рабочих. Второе эмпирическое исследование проституции было проведено московскими криминологами К.К. Горяновым, А.А. Коровиным и Э.Ф. Побегайло в 1970-х гг.» (Муханова Е.Д., 2015). Благодаря проведенным исследованиям в послевоенный период, было выявлено, что социальный портрет проституткок второй половины 1960-х - первой половины 1970-х гг. по сравнению с 1920-1930-ми гг. изменился: повысился их образовательный уровень, улучшились жилищные условия и материальное положение.

Несмотря на сложившиеся мнение о том, что проституция несовместима с социалистическим образом жизни, на период с 1950-х по 1980-е гг. власти не решились на прямой уголовно-правовой запрет проституции. Но, как оказалось на практике, для преследования проституткок использовались как уголовно-правовое, так и административно-правовое регулирование. В частности, «Советом Министров СССР в 1956, 1966 и 1969 гг. были приняты постановления об укреплении паспортного режима в городах Москве, Ленинграде, Севастополе. Органам внутренних дел было предписано выселять из этих городов женщин, занимающихся проституцией, если они неоднократно задерживались за указанные

действия. Выселение из городов лиц, занимающихся проституцией, и конфискация их имущества считались административными мерами воздействия, и применялись судами СССР на протяжении долгих лет» (Курилова Е.Н., 2015).

Начиная с 1980-х годов участилась практика продажи молодых российских женщин и несовершеннолетних детей в бордели за границу. Большинство женщин шли на это осознанно, но некоторые даже не подозревали о цели своей поездки за границу.

«В 1980-х гг. в Грузии под руководством социолога и философа А.А. Габиани было проведено социологическое исследование проституции» (Драчук П.Э., 2018). Чуть позже появились публикации, которые были посвящены социологическому осмыслению и вторичному анализу результатов эмпирических исследований проституции, авторами которых являлись: Я.И. Гишинский, С.И. Голод и И.С. Кон» (Курилова Е.Н., 2015).

В конце 1980-х – начале 1990-х годов, в стране начали происходить социальные, экономические и политические изменения, которые способствовали общей либерализации сексуальных отношений, которые в свою очередь привели к значительному распространению оплачиваемых сексуальных услуг. И как отмечал П.Э. Драчук на тот период «особое значение для страны приобрела проблема контроля предложения оплачиваемых сексуальных услуг, вследствие эпидемии ВИЧ-инфекции, охватившей страну» (Драчук П.Э., 2018).

Во второй половине 1980-х годов «в крупных городах СССР ведущей формой профессиональной проституции была гостиничная, а уже в 1990-х годах на первый план вышли так называемые агентства по оказанию сексуальных услуг с рекламой в печати. В 1990-х годах было проведено исследование методом опроса и анкетирования проституток, сотрудников правоохранительных органов, врачей кожно-венерологических диспансеров, в результате которого был определен социальный портрет проституции» (Меренков А.В., Никитина М.Н. 2000).

Ю.М. Антоняном было проведено обследование московских проституток, оказывающих сексуальные услуги в крупных гостиницах города. По результатам обследования, он условно разделил их на три статуса: высокий, средний и низкий.

Согласно полученным данным «более половины проституток были отнесены к низшей категории: лаборантки, медсестры, мойщицы посуды и др. Около 15% составили учащиеся высших и средних специальных учебных заведений, социальное положение которых было ещё не определено. Почти 30% являлись иногородними жителями и приехали в столицу, чтобы улучшить своё материальное положение» (Антонян Ю.М., 2022).

По данным, полученным из средств массовой информации (СМИ) на то время «к основным факторам увеличения масштабов проституции можно было отнести высокий уровень преступности, охватившей и сексуальный бизнес, и низкий уровень жизни населения, обеспечивающий устойчивое предложение на рынке сексуальных услуг. Экспертами высказывалось мнение, что преодоление проблемы проституции или хотя бы снижение ее масштабов возможно за счет применения жестких правовых санкций, как в отношении организаторов, так и в отношении лиц, оказывающих интимные услуги, а также путем улучшения благосостояния общества. В публикациях шире представлены «заметные» формы проституции – уличная проституция и организованные притоны в крупных городах России, контролируемые криминальными структурами» (Бекмагамбетов А.Б., 2018).

В 2008 году в исследовании, проведенном Международной организацией труда, «эксперты изучали проституцию с точки зрения рынка труда и трудовой миграции, и пришли к выводу, что проституция является самостоятельным и весьма влиятельным сектором экономики. На индустрию секса в разных странах мира приходится от 2% до 14% валового внутреннего продукта. При этом проститутки и сутенеры не только зарабатывают сами, но и обеспечивают занятость в смежных профессиях. С учетом сутенеров, менеджеров, владельцев отелей и массажных салонов, а также служащих в некоторых сегментах индустрии туризма, число занятых в секс-секторе экономики достигает нескольких миллионов человек» (Кулагина И.Ю., 2014).

Таким образом, проституция является острой социальной проблемой, которая актуализируется в последние годы в связи со сложными социально-

экономическими преобразованиями (Чусова Ю.А., 2014). Научная традиция изучения проституции сформировалась в России на стыке таких областей знания как философия, социология, право, история, медицина и психология.

1.3 Проституция в современном Российском обществе

Отечественные исследования проведенные в XIX-XX вв. «заложили теоретическую и методологическую основу для изучения социального феномена проституции и разработки мер ее контроля. Но после масштабных политических сдвигов в России в начале XX в., исследования, выполненные в 1920-1930-х гг. уже отличались ограниченным охватом целевой группы, что было связано, прежде всего, с утратой статистической базы поднадзорной проституции, а также жесткими идеологическими ограничениями и узкой направленностью мер по преодолению проституции» (Русакова М.М., Яковлева А.А., 2010).

В своей работе, посвященной изучению проституции, Л.Д. Ерохина отмечает, что «в последние годы значительный объем исследований проституции и эффективности её социального контроля в России проводится в рамках освещения проблемы глобализации сексуальной индустрии, перемещения женщин и их последующей сексуальной эксплуатации» (Ерохина Л.Д., 2012). Как отмечала М.М. Русакова «ещё одним важным аспектом изучения проституции являются исследования 2000-х гг., направленные на выявление эпидемиологических характеристик лиц, вовлеченных в сексуальную индустрию, для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции» (Русакова М.М., 2014).

По мнению Г.И. Маврова и соавт. «несмотря на огромный выбор тематики исследований, такого феномена, как проституция, преобладающая их часть носит конкретно-прикладной характер, с направленностью на изучение юридических и социальных аспектов оказания коммерческих сексуальных услуг и не содержащих комплексных рекомендаций по контролю над проституцией и её социальными последствиями в условиях современной действительности» (Мавров Г.И., Пиньковская Л.И., 2013).

В нашей стране, современные социологи рассматривают проституцию как «один из видов девиантного поведения и определяется как вступление в случайные внебрачные сексуальные отношения, осуществляемые за плату, и не основанные на личной симпатии, влечении, или как оказание услуг сексуального характера на коммерческой основе» (Тонконогова А.С., 2020).

В своих трудах И.С. Алихаджиева отмечает «как рост инфляции или безработица, так и проституция стала обыденным явлением (Алихаджиева И.С., 2021). По оценке международной организации WalkFreeFoundation, в нашей стране «794 тыс. рабов, в том числе эксплуатируемых в сфере секса. Точное же число РКС и принудительно удерживаемых в секс-досуге лиц неизвестно. МВД России оценивает общее количество проституток в 1 млн чел., а по подсчетам экспертов их более 3 млн.» (Алихаджиева И.С., 2021). Возрастает как количество РКС, так и число уголовных дел по совершенным преступлениям в этой сфере: «более чем на 40%, до 387 выросло число уголовных дел, возбужденных по статьям «занятие проституцией» и «вовлечение в занятие проституцией»» (Одинокова В.А. с соавт., 2019).

П. Гольдштейн в своей классификации, разработанной в 1995, выделил семь категорий проституции, согласно их рангу во внутренней организации проституции (Гольдштейн П., 1995):

- уличная проституция – к данному рангу относится предложение платных секс-услуг на улице;
- вызов к клиенту (или так называемая «фирменная проституция») – оплачиваемая работа по обслуживанию клиентов на дому, в гостиницах, апартаментах и других местах с предварительным заказом по телефону или через сутенеров;
- салонная проституция – РКС оказывают секс-услуги под видом массажных, банных или спортивных услуг;
- бордельная проституция – к данному рангу относится работа по оказанию сексуальных услуг в специально отведенных для этого домах и апартаментах, стоит

отметить, что секс-работникам запрещено оказывать сексуальные услуги в других местах и покидать заведения без разрешения их менеджеров;

- сводничество – деятельность осуществляемая с целью обеспечить проституток клиентами за определенный процент от их заработка;

- институт содержанок – оказание высокооплачиваемых сексуальных услуг в течение длительного времени только одному мужчине;

- бартер – РКС оказывают свои услуги в обмен на другие услуги, материальные товары, продвижение в карьере, информацию и др.»

В своей работе О.В. Зотова сформулировала новые формы проституции, среди которых (Зотова О.В., 2008):

- лэп-дансинг – интимные танцы на коленях клиентов в барах или стриптиз-клубах;

- киберсекс – оказание секс-услуг в различных чатах или при помощи электронной почты.

В наше время киберпространство используют для размещения объявлений с предложениями секс-услуг и их продажи, на различных сайтах вывешиваются анкеты РКС. Как говорилось в трудах Е.В. Покатович и соавт. «на данный момент многие бордели, фирмы досуга, массажные салоны и прочие организации по оказанию секс-услуг отказались от дорогостоящих объявлений в СМИ в пользу рекламы в Интернете» (Покатович Е.В., Матюшонок В.Д., 2017).

В социально-экономическом аспекте детально описано понятие секс-индустрии, определены ее структура, классифицированы формы сексуальной деятельности и субъектов. Современную секс-индустрию отличает широкое использование новейших технологий, цифровой среды и интернет-ресурсов. В двух крупнейших городах России (в Москве и Санкт-Петербурге) уже открылись «досуговые центры» (в частности, высотка центра «Москва-сити»), различные отели с почасовой оплатой с возможностью аренды реалистичных силиконовых кукол; стоит отметить тот факт, что бизнес по аренде кукол развивается быстрыми темпами. Так за счет развития роботостроения, набирают популярность роботы, которые состоят из точно повторяющего человеческое строение тела

искусственного мультиплексного металлического каркаса, позволяющего менять их позу. Роботы секс-куклы с механическими движениями наделены искусственным интеллектом и функцией регулировки температуры.

В работе И.С. Алихаджиевой говорится, что «одной из «модных» услуг стал веб-каминг, или секс-позирование за плату. На просторах Интернета размещаются многотысячные объявления с телефонными номерами о вакансиях веб-модели или модели видео-чата, смысл которых непонятен для непосвященных. В этом сегменте секс-индустрии оказываются специфические услуги посредством цифровых средств коммуникации» (Алихаджиева И.С., 2021).

Интернет-ресурсы и возможность вести там анонимную коммерцию приводят к увеличению объемов продаж сексуальных услуг и используются в качестве инструмента для вовлечения в занятие проституцией или установления контроля над «самозанятыми» в сфере секс-услуг для вымогательства их дохода или иных преступлений (Алихаджиева И.С., 2021).

С точки зрения социальной организации, проституция считается чрезвычайно разнообразной. В большинстве стран мира существует иерархия не только в женской, но и в мужской проституции. Как правило, на вершине такой иерархии находятся независимые, самостоятельно занятые взрослые проститутки, которые осуществляют относительно высокий уровень контроля в сделках с клиентами и чьи доходы относительно высоки.

В Российской Федерации у организованной проституции иерархия представляет из себя сложную иерархическую пирамиду, в основании которой находятся работницы секс-индустрии разных категорий. Все ступени пирамиды имеет свою собственную структуру, которая представляет из себя все ту же иерархическую пирамиду. По мнению О.М. Дорошенко «наиболее сложной считается инфраструктура самой нижней ступени проституции. РКС представляют собой основную рабочую силу и в то же время «товар», приносящий доход их владельцу, получают мало или вообще не получают никакого финансового вознаграждения за свою деятельность и не могут осуществлять даже самый небольшой контроль над собой (например: контроль над использованием

презервативов). Это может быть связано с тем, что они физически принуждаются к определенному режиму работы третьим лицом-сутенером или содержателем борделя, либо с тем, что экономическая и социальная маргинализация или наркомания делают их бессильными в рамках сделок. Между этими двумя крайностями находятся проститутки, которые либо работают самостоятельно, либо вступают в какую-то форму трудовых отношений с третьим лицом» (Дорошенко О.М., 2021).

В работах М.М. Русаковой говорилось о том, что «являясь следствием социальных, экономических и нравственных деформаций, присущих обществу, проституция одновременно является причиной не только антисоциального, но и противоправного поведения отдельных лиц, и тесно связана с такими преступлениями, как притоносодержание, вовлечение в занятие проституцией, заражение венерической болезнью, заражение ВИЧ-инфекцией, распространение наркотиков» (Русакова М.М., 2019). Потребление сексуальных услуг часто связано с алкоголизацией, что в свою очередь повышает вероятность незащищенных сексуальных контактов и распространение заболеваний, передающихся половым путем (Русакова М.М., 2012; Антонова Д.В., Бочаров В.В., 2021).

По мнению Л.А. Бондаренко «проституция как асоциальное явление наносит огромный вред общественной нравственности, особенно воспитанию подрастающего поколения, поскольку основную массу проституток составляют молодые женщины» (Бондаренко Л.А., 2014). По данным исследования, проведенного М.К. Горшковым с соавт. «среди лиц, регулярно оказывающих сексуальные услуги за деньги, молодежь в возрасте 11-24 года составляет около 50%. Большинство лиц, регулярно занимающихся проституцией – это девушки и женщины (около 70%). Юношей и мужчин среди них менее трети – до 30%» (Горшков М.К., Шереги Ф.Э., 2010).

В современном обществе сфера «проституционных отношений» вызывает противоречивую и неоднозначную оценку общественности и реакцию со стороны органов государственной власти. «С одной стороны, распространение неолиберальных идей, при которых экономическая выгода становится

определяющей в решении вопросов взаимодействия государства, общества и частных лиц, приводит к тому, что проституцию рассматривают как вид высокодоходного бизнеса. Признавая рыночно-ориентированный характер проституции и не принимая во внимание моральную оценку и наличие легализации в тех или иных странах, Евростат стал учитывать доход от проституции в национальных счетах и балансе; специалистами разработаны методики учета дохода от незаконной экономической деятельности в национальных счетах, в том числе и в сфере секс-бизнеса. С другой стороны, остро стоят вопросы о дискриминации и эксплуатации проститутирующих» (Грис О.А., 2020).

В современной России женщины, которые были вовлечены в проституцию, чаще представлены в образе молодых, привлекательных, образованных, профессиональных и сексуальных, без какого-либо морального подтекста. Современных проституток, в первую очередь оценивают с точки зрения их профессиональности – а именно качества предоставляемых сексуальных услуг, а только потом – как потенциальных жертв обмана, жестокого обращения и различных жизненных обстоятельств (Ахметов А.А., 2021).

По данным исследования, проведенного М.М. Русаковой «мужчины-потребители сексуальных услуг представляются как социально успешные, среднего возраста, имеющие семью и высокооплачиваемую работу, обращающиеся к проституции как к одной из форм проведения досуга. Их отношение к женщинам, вовлеченным в проституцию, характеризуется позитивно, но факт оплаты сексуальных контактов позволяет им требовать исполнения любых своих желаний, оправдывает жестокое и унижающее обращение с РКС; покупка сексуальных услуг представляется нормальным явлением и личным делом каждого человека» (Русакова М.М., 2012).

В своих трудах А.С. Тонконогова отмечает, что «в настоящее время наблюдается такое явление, как психологическое раскрепощение российских женщин, усвоение ими гендерного равноправия, что привело к определенному социальному алгоритму: «Если мужчины пользуются услугами женщин – проституток, то женщины могут поступать аналогично – покупать себе мужчин-

проститутов для удовлетворения своих сексуальных фантазий и потребностей. Для РКС мужского пола типичны такие качества, как неуверенность, беспокойство, тревога по поводу своего социального положения, агрессивность, черствость, эгоцентризм и незрелость, грубость, чрезмерная озабоченность материальными критериями своего социального статуса, инфантильность. До 30% мужчин РКС в детском и подростковом возрасте были обделены вниманием родителей и лиц, их замещающих. Родители в дисфункциональных неблагополучных семьях не обеспечивают ребенку должного умственного и физического развития, своевременно не выявляют различного рода заболевания, причиняют им травмы в результате побоев и т.п. В России большинство случаев гомосексуальной проституции среди подростков и молодежи связаны с совершением в их отношении различных развратных действий: около 40% мужчин, занимающихся проституцией, выросли в неблагополучных семьях и являлись жертвами сексуального насилия со стороны своих родителей или иных близких родственников» (Тонконогова А.С., 2020).

В формировании «рискованного поведения» в сексуальной сфере имеются гендерные различия. Для женщин характерны более ранние проявления «рискованного сексуального поведения», связанного с аддиктивным поведением – употреблением алкоголя и наркотиков. Исследования показывают, что «многие из девушек-подростков, вовлеченных в занятие проституцией, проходили лечение от психических расстройств или злоупотребления ПАВ в стационарных учреждениях и имеют более высокий уровень суицидальных мыслей и попыток» (Дорошенко О.М., 2021).

Многие РКС употребляют наркотики; некоторые начинают предоставлять сексуальные услуги за очередную дозу наркотика. Так для группы наркозависимых проституток, которых как в России, так и за рубежом, становится все больше, занятие проституцией становится вторичным, не с целью заработка, а для удовлетворения потребности в ПАВ.

Исследование, проведенное Романенко В.В. в 2014 г. среди проституток в г. Санкт-Петербург показало, что употребление наркотиков было связано с высоким

уровнем стресса, вызванного их профессиональной деятельностью. Более 20% опрошенных РКС употребляли наркотики инъекционным способом последние 6 месяцев. Употребление наркотических веществ, особенно внутривенно, резко повышало риск заражения ВИЧ-инфекцией как самих РКС, так и их клиентов (Романенко В.В., 2015).

Проблема проституции актуальна и для регионов России. В работах А.А. Семериковой отмечалось, что «на Дальнем Востоке, действуют 149 преступных групп, занимающихся секс-бизнесом, причем 40 из них — международные. Они поставляют РКС в страны Юго-Восточной Азии и Западной Европы. Основными факторами, побуждающими молодых женщин торговать своим телом, являются следующие: низкие моральные устои в среде молодежи, недостаток финансовых средств, слабая государственная молодёжная политика, ложная убежденность в возможности получения «легких денег»» (Семерикова А.А., 2017).

Так, из-за особенностей социально-экономического развития дальневосточного региона, в г. Благовещенск, в данном городе сформировалось большое количество нетрудоустроенной и незанятой в какой-либо общественно-полезной деятельности молодежи. Благодаря географическому положению, наличию большого количества гостиниц и ресторанов, в город прибывает большое количество туристов из Китая, которые готовы щедро оплачивать секс-услуги. А благоприятные природные условия для сравнительно легкого доступа к наркотикам обуславливают занятия проституцией за наркотики. В регионах Дальнего Востока приобщение проституток к наркотикам и алкоголю, для облегчения управления ими приобрело массовый характер. Встречающиеся несовершеннолетние девочки в гостиницах и барах городов Дальнего Востока имеют большой опыт употребления наркотиков.

В своем докладе «Медико-социальные последствия проституции» Клеткина О.С., Войт Л.Н. еще в 2006 году отмечали, что «ежегодно жертвами секс-индустрии на Дальнем Востоке являются 70 000 россиянок, а значит, это перестает быть проблемой отдельно взятой женщины и приобретает глобальный характер.

Согласно статистике более 15 тысяч российских молодых женщин и детей находятся в Китае на положении «секс-рабов»» (Клеткина О.С., Войт Л.Н., 2006).

Проведённый в 2000 г. аутич-анализ 50 женщин РКС, работающих на улицах г. Красноярска, показал, что основное количество (более 70%) составили женщины в возрасте 20-29 лет со средним или неполным средним образованием, неработающие (до 80%). Около 60% женщин были потребителями инъекционных наркотиков, использовали общие шприцы и посуду для их обработки, ВИЧ инфекция выявлена у 4% (Прохоренков В.И. с соавт., 2001).

В Алтайском крае в 2017 г. результаты исследования показали, что возрастной состав РКС представлен следующим образом: 15-19 лет – 21,5%; 20-25 лет – 61%; 26-30 лет – 13%; старше 30 лет – 5%. Также выяснилось, что более 60% из числа опрошенных РКС считают, что обязательное использование презервативов является методом снижения риска заражения ВИЧ; около 25% РКС полагают, что невозможно избежать заражения ВИЧ-инфекцией при использовании презервативов при каждом сексуальном контакте и 11% РКС затруднились ответить на данный вопрос. Среди РКС выявлен наиболее высокий процент ответов на вопросы об употреблении алкоголя «один раз в неделю и чаще» (34%), «ежедневно» (22%), что также свидетельствует о повышенном риске ВИЧ-инфицирования в состоянии алкогольного опьянения (Максимова С.Г., 2004).

Исследования, проведенные в 2018г. в г. Санкт Петербург и г. Оренбурга с участием 896 проституток, показали, что все обследованные употребляли алкоголь и неинъекционные наркотики, как в процессе ожидания клиентов, так и непосредственно перед или во время сексуального контакта как возможность ухода от психотравмирующей реальности (Русакова М.М., 2019).

В 2017-2018 в исследовании, проведенном фондом «Шаги» совместно с организацией «Врачи мира», приняли участие 388 женщин и мужчин, занимающихся проституцией: около 70% опрошенных были россиянками, до 20% приехали из бывших республик СССР, 5% приехали из стран Африки. На употребление наркотиков указали около 40% опрошенных (из них: морфинисток –

8%, кокаинисток – 15%), более 50% РКС злоупотребляли алкоголем (Sereda JA et al, 2018).

Многие РКС употребляют ПАВ с целью психологического преодоления различных проблемных ситуаций, связанных с секс-бизнесом, включая стигматизацию, насилие, а также чувство вины по поводу своей «трудовой занятости». Большинство из них признают вред, связанный с употреблением ПАВ, и необходимость связанного с этим лечения (Nelson EE, Abikoye GE, 2019). Вид употребляемого ПАВ, масштабы и характер использования варьируются в зависимости от различных условий и регионов (Ongerі L et al., 2022).

Высокая нагрузка различными неинфекционными заболеваниями, в том числе психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, увеличивает у лиц с РСП риск неблагоприятных последствий для здоровья (Iaisuklang MG, Ali A, 2017).

Проблема профилактики ВИЧ-инфекции и СПИДа является одной из приоритетных в здравоохранении ввиду пандемического распространения вируса иммунодефицита человека, тяжелейших социально-экономических последствий эпидемии и отсутствия средств специфической профилактики. В группу риска входят потребители инъекционных наркотиков, мужчины, имеющие гомосексуальные контакты, а также РКС¹.

По результатам зарубежных исследований общий уровень распространенности ВИЧ-инфекции среди РКС составляет около 12% и значительно превышает (в 13,5 раза) таковой в общей женской популяции (Shannon Ketal., 2015; Zhang Letal., 2015).

В России распространенность ВИЧ-инфекции среди РКС остается неизвестной по причине труднодоступности работы с этой группой. Факторами,

¹СП 3.1.5.2826-10. Профилактика ВИЧ-инфекции: санитарно-эпидемиологические правила от 11 января 2011 года № 1 [Электронный ресурс] // КОДЕКС: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. URL: <http://docs.cntd.ru/document/902256311> (дата обращения: 03.08.2020).

способствующими распространению ВИЧ-инфекции среди РКС, являются: высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией на территории, раннее начало половой жизни, пренебрежение безопасным сексом, употребление наркотиков, низкий доступ РКС к медицинским услугам и программам профилактики. Незащищенный секс, внутривенное употребление наркотиков и низкая информированность о рисках инфицирования существенно увеличивают вероятность ВИЧ-инфицирования, а сами РКС представляют значительную угрозу для потребителей их услуг (Голоднова С.О. с соавт., 2020).

«РКС в большей степени подвергаются риску ВИЧ-инфицирования не только через половые контакты с партнерами, но и через инъекции наркотиков и, следовательно, могут заразить клиентов при сексуальных контактах. Большинство наркозависимых РКС занимают низшие ступени в иерархии проституции, но проститутки всех типов и рангов имеют дело с проблемой наркозависимости или аддикцией. Кроме того, опасными последствиями проституции являются венерические заболевания» (Зуев А.В. с соавт., 2009). По результатам исследования фонда «Шаги» (Москва, 2017) «около 30% опрошенных перенесли венерические заболевания, причем 24% их них – 2–3 раза, а 5% – более трех раз. Лишь 40% переболевших венерическими заболеваниями знали, от кого конкретно они заразились» (King E.J. et al., 2019). Изучается и влияние неблагоприятного детского опыта на эффективность реабилитации при употреблении ПАВ. Наличие неблагоприятного опыта в детском и подростковом возрасте повышает риск начала употребления ПАВ и развития зависимости в 7–10 раз. Неблагоприятный детский опыт, который включает психотравмирующие события в детском и подростковом возрасте (до 18 лет) включает три аспекта: насилие, пренебрежение и проблемы семьи. Насилие: эмоциональное, физическое и сексуальное; пренебрежение: эмоциональное и физическое; проблемы семьи: жестокое обращение с матерью, злоупотребление ПАВ, психическое заболевание в семье, развод родителей, отбывание наказания члена семьи в тюрьме. Установлена высокая распространенность неблагоприятного детского опыта и его длительное влияние

на эмоциональное состояние и здоровье у лиц, употребляющих ПАВ (Ярцева Е.В. с соавт., 2018; Eritsyayn K., Kolpakova O., 2017).

Взаимосвязь сексуального насилия и злоупотребления ПАВ изучалась в исследовании, проведенном в Гренландии. Выявлено, что по сравнению с мужчинами, женщины чаще становились жертвами сексуального насилия: примерно 30% женщин и 10% мужчин сообщили о факте сексуального насилия. Сексуальное насилие часто происходило наряду с другими неблагоприятными обстоятельствами детского возраста, такими как безнадзорность, злоупотребление алкоголем родителей, насилие в семье, разлука с семьей и финансовые проблемы семьи. Сексуальное насилие было тесно связано со злоупотреблением алкоголем и наркотиками в более позднем возрасте: жертвы сексуального насилия более чем в 2 раза чаще страдали от полинаркомании по сравнению с лицами, не являющимися жертвами сексуального насилия. Сексуальное насилие над детьми было связано с повышенным риском последующего употребления ПАВ, алкогольной и наркотической зависимости, как у мужчин, так и у женщин. Злоупотребление каннабисом и алкоголем, и каннабисом одновременно в 2 раза чаще встречалось среди лиц, подвергавшихся сексуальному насилию, по сравнению с лицами, не подвергавшимися сексуальному насилию (LethSVetal., 2021).

Как говорилось в трудах И.С. Алихаджиевльй «среди новых тенденций развития секс-индустрии можно выделить расширение перечня новых услуг и обновление ассортимента развлечений, в том числе удовлетворяющих запрос на сексуальные извращения. Особенно это заметно в столице и многомиллионных областных и краевых центрах, где наблюдается значительный рост криминального поиска и рекрутирования в секс-досуг детей, подростков, в том числе для гомосексуальной проституции и порносъеомок. Растет количество преступлений, связанных с проституцией: похищения людей, убийства, изнасилования, физическое и психическое насилие, незаконный оборот оружия и наркотиков, разбои и кражи. Одной из форм посредничества коммерческому сексу стала продажа девственности состоятельным мужчинам, в основном чиновникам,

политикам и предпринимателям, иностранцам, через посредников - эскорт-агентства» (Алихаджиева И.С., 2021).

Все чаще стали появляться притоны, замаскированные под разные студии массажа, стриптиз-клубы, участился вывоз российских девушек за рубеж, становится все более распространенным такой вид сексуальных услуг, как эскорт - сопровождение богатых клиентов (Володина А.Д., 2018). «Параллельно в обществе своё осмысление в социологическом плане получают такие формы проституции, как мужская, детская или гомосексуальная, а также глобализованные формы сексуального бизнеса –сексуальный трафик, сексуальный туризм, Интернет-порнография, в связи с чем обсуждаются проблемы прав человека, насилия, сексуальной эксплуатации и гендерного дисбаланса власти в обществе. Все это существенно расширяет понимание социального феномена проституции» (Романенко В.В., 2010).

Изучается феномен проституции в дискурсе российских СМИ. СМИ отражают существующие в обществе настроения, позитивные и негативные ценности и их же активно формируют в результате потребления медийного продукта населением. От объективности содержательного компонента о проституции и его морально-нравственной направленности в определенной мере зависит формирование этической оценки социумом этого явления. СМИ служат эффективным инструментом воздействия на мнение аудитории и способны пропагандировать ту или иную установку в отношении коммерческого секса. В информационной среде сама по себе проституция не обозначена проблемой особого социального риска, что говорит о необходимости разработки новой стратегии эффективного использования СМИ для пропаганды нетерпимости коммерциализации сексуальных отношений и неприятия социумом аморальных образцов сексуального поведения (Алихаджиева И.С., 2020).

Таким образом, в наши дни в общественном мнении, проституция представляет собой опасную, рискованную и изматывающую форму занятости с высоким доходом. Проституция повышает шанс заражения ИППП и злоупотребление ПАВ, а также является одним из видов криминального бизнеса,

основанного на эксплуатации, что обуславливает высокие риски данной деятельности.

1.4 Возможности медико-социального сопровождения лиц с рискованным сексуальным поведением, употребляющих психоактивные вещества

Медико-социальное сопровождение РКС – это система организационных медицинских и социальных мероприятий, направленных на оценку и прогнозирование социальных рисков и организацию своевременной реабилитации РКС для профилактики распространения заболеваний, употребления ПАВ и роста количества связанных с этим преступлений. В основе медико-социального сопровождения РКС лежит непрерывный мониторинг социального и медицинского характера. Научно-практической основой данного направления является аутрич-работа – особая форма социальной деятельности непосредственно в месте нахождения целевой группы. Как отмечает П.М. Айтбаева «единого определения аутрич-работы не существует. Европейский центр по мониторингу наркотиков и наркозависимости предлагает под аутрич-работой понимать деятельность, направленную на установление контакта с клиентами в привычных для них условиях — на улице, дома, в клубах и т.д. Аутрич позволяет работать с теми целевыми аудиториями, которые не обращаются в медико-социальные службы. Здесь используется подход, при котором индивидуальные права соблюдаются, а к потребностям относятся с пониманием и не осуждают» (Айтбаева П.М., 2017).

Аутрич работает сразу на нескольких уровнях: с человеком, с сообществом, в котором этот человек находится (ценностями и внутренней культурой), с обществом в целом (социальными службами, представителями власти, с общественными предрассудками) (Айтбаева П.М., 2017). Аутрич может выполняться различными людьми, как профессионалами: врачами, психологами, специалистами по социальной работе, так и непрофессионалами (к примеру, представители уязвимых групп), но прошедших специальную подготовку. «Чаще

всего, аутрич-работа проводится мультидисциплинарными командами. Как правило, в команду входят врач, психолог или специалист по социальной работе и водитель, который, помимо своих основных задач, частично берет на себя обязанности социального работника» (Айтбаева П.М., 2017).

Согласно трудам В.В. Паршиной, к основным задачами аутрич-службы относятся: «установление контакта с клиентами в местах их проживания и время препровождения; консультирование в условиях улицы; направление или сопровождение для получения помощи в другие службы (отделение временного проживания, реабилитационные центры и др.)» (Паршина В.В., 2016). П.М. Айтбаева отмечала, что «как правило, основными целевыми группами, для которых применимы методы аутрич-работы, являются так называемые маргинальные группы, к которым относятся: потребители инъекционных наркотиков, РКС и их клиенты, лица без определенного места жительства; делинквентные уличные подростки и др.» (Айтбаева П.М., 2017).

Технология аутрич-работы предполагает «поиск специалистами социальной службы своих потенциальных клиентов, а также перенос предоставления некоторых услуг (консультирование, информирование, профилактика, снижение рискованного поведения) из учреждений «на улицу», ближе к представителям уязвимых групп» (Чусова Ю.А., Сташкова М.В., 2014).

Одна из основных задач аутрич-работы – добиться изменения норм поведения в группе, что невозможно без изменения поведения отдельного человека. Однако изменение поведения – долгий и сложный процесс, поэтому задача всех специалистов – поддерживать человека в этом процессе. Процесс изменения поведения хорошо изучен с теоретической точки зрения, и выделены его основные этапы. Ниже приведена транс теоретическая модель, известная под именем ученого, ее описавшего, как «теория Прохазки» и включающая следующие основные этапы процесса изменения поведения (Большакова Н.Л., 2016):

«На первом этапе, который называется «Отторжение и начало осознания» человек не осознает, что у него есть проблема, не задумывается о необходимости изменений по причине недостатка информированности. Задачей является

предоставить недостающую информацию. Например, необходимо объяснить потребителям инъекционных наркотиков, что через общие шприцы передается ВИЧ-инфекция, и обучить их способам снижения риска заражения. Роль аутрич-работника на этой стадии заключается в том, чтобы предоставить новую информацию или помочь человеку по-новому интерпретировать уже известную ему информацию, чтобы помочь перейти на следующий этап.

На втором этапе – «Осознание» происходит «персонификация проблемы», то есть осознание проблемы как собственной, под влиянием каких-либо внешних факторов. Обозначить проблему не сложно – несколько афиш, рекламных роликов – и люди узнают о проблеме, но, чтобы они осознали, что эта проблема касается их лично, необходимо приложить много усилий. Как правило, человек думает, что болезнь может случиться с кем угодно, но только не с ним. И одна из самых трудных задач – добиться, чтобы люди поняли и осознали, что эта проблема касается непосредственно их самих.

Третий этап – «Решимость». На третьем этапе человек замотивирован на изменение поведения. Человек осознает проблему и получает информацию о том, как ее можно предотвратить, но для изменения поведения, необходима мотивация. Для создания хорошей мотивационной установки, требуется знать как можно больше о целевой группе, так как для каждого человека или группы людей установка может быть разной: желание сохранить здоровье, избежать проблем и др.

На четвертом этапе под названием «Действие» человек преодолевает препятствия, мешающие изменению поведения. Препятствия могут быть связаны с материальными проблемами (например, нет возможности приобрести новый шприц), а могут быть обоснованы определенными «ритуалами», существующими в среде (например, наркотики готовятся и употребляются в группе с использованием общей посуды). Материальные препятствия преодолеть легче, чем препятствия, связанные с ритуалами. Можно раздавать новые шприцы, дезинфицирующие материалы и др., тем самым помогая людям материально.

Гораздо труднее работать, когда среди потребителей существуют определенные ритуалы или мифы, разрушить которые очень сложно.

Следующий этап – «Поддержание действия». На пятом этапе происходит поддержание изменений. Необходимо сконцентрироваться на достигнутом и придерживаться новых моделей поведения на постоянной основе. Сделать это бывает очень трудно, так как сильное давление и соблазны побуждают вернуться к прежнему привычному и более комфортному поведению — к тому, что доставляло удовольствие или позволяло забыть о проблемах. Аутрич-работники закрепляют те достижения, которых удалось добиться на пути к изменениям. Как и на предыдущих этапах, если человек возвращается к прежнему образу жизни, его нельзя осуждать или обвинять. Напротив, необходимо понять, как тяжело для него сорваться. Работник программы должен помочь клиенту справиться с чувством поражения, подчеркивая, что те результаты, которых ему удалось достичь, пусть на короткий период, уже являются шагом в правильном направлении и заслуживают похвалы» (Большакова Н.Л., 2016).

Аутрич-работа в России начинает только определяться как один из методов социальной работы, реализуется в большей степени на базе некоммерческих организации (Большакова Н.Л., 2016). В России в настоящее время аутрич-работа существует лишь в виде социального проекта и осуществляется в экспериментальном порядке в Москве, Санкт-Петербурге, Иркутской области, Перми, Саратове и ряде иных регионов на базе социальных учреждений, реабилитационных центров и некоммерческих организаций. Помощь оказывается лишь некоторым социальным группам.

Аутрич-службы являются связующим звеном между учреждениями здравоохранения и другими службами, оказывающими медико-социальную помощь группам лиц социального риска. На текущий момент медико-социальное сопровождение РКС осуществляется далеко не в каждом городе РФ, а там, где учреждения были созданы, их деятельность не всегда может быть расценена как эффективная.

Часто в процессе социального сопровождения работы с уязвимыми группами (РКС, потребители инъекционных наркотиков) мы сталкиваемся с тем, что специалисты воспринимают социальное сопровождение, как деятельность, которой занимаются или должны заниматься только социальные службы, а не система здравоохранения. При таком понимании социальной работы РКС остаются без оказания необходимой помощи. Социальная работа для секс-работников имеет целью создания условий, которые благоприятствовали восстановлению или улучшению способностей РКС самостоятельно обустраивать свою жизнь.

Задачей работы специалистов медицинской службы отделения социально значимых заболеваний для мужчин и женщин РКС является:

1. Помощь в достижении полного воздержания от употребления всех видов ПАВ и алкоголя, в развитии стиля жизни свободного от наркотиков и алкоголя.
2. Улучшение физического, эмоционального и психологического состояния здоровья
3. Улучшение семейных отношений
4. Улучшение социального функционирования

В своем исследовании М.М. Русакова говорит, что «большинство программ помощи РКС – это программы профилактики ВИЧ и ИППП. Социальный контроль проституции смещен в направлении карательных мер. Если женщина принимает решение уйти из коммерческого секса, она оказывается одинока перед лицом сложностей – нужды, наркотической и алкогольной зависимости, психологических проблем. Мнения и опыт РКС в отношении «выхода из проституции» имеют значимые территориальные различия, возможность отказа от проституции зависит от потенциально широкого круга локально-специфических факторов, таких как социально-экономические условия, особенности организации секс-бизнеса, наркоситуация и другие» (Русакова М.М., 2012).

Таким образом, проституция – является значимой междисциплинарной проблемой, которая имеет серьёзные медико-социальные последствия для жителей нашей страны. В условиях современной России актуальность социальной

проблемы проституции по сравнению с предыдущим историческим периодом неизмеримо выросла.

В своем исследовании Е.С. Боярская с соавт. отметила, что «последствия роста распространенности проституции и соответственно её социальных и медицинских эффектов усугубляются слабой результативностью функционирования системы социального контроля в данной сфере общественной жизни. Научная дискуссия по проблеме контроля над проституцией в последние годы происходит параллельно с теоретическим осмыслением и попытками практического разрешения целого ряда других связанных с проституцией проблем, таких как сексуальность и сексуальное поведение, половое воспитание, права человека и превенция сексуальной эксплуатации. Эти проблемы находятся на стыке «приватного» и «общественного», что в значительной мере затрудняет осуществление социального контроля в названной сфере общественной жизни. Существующие в мировой практике модели социального контроля проституции априори не допускают их однозначного принятия или отвержения из-за спорности теоретического обоснования, так и соответствия российскому социокультурному контексту» (Боярская Е.С. с соавт., 2020).

Лица, вовлеченные в проституцию, находятся в зоне повышенного социального риска и рисков, связанных со здоровьем. РКС активно употребляют наркотики и алкоголь, находятся в фокусе мероприятий по контролю за распространением заболеваний, передающихся половым путем, включая ВИЧ-инфекцию, так как традиционно рассматриваются как один из источников этих заболеваний. Контроль над ИППП и ВИЧ-инфекцией среди РКС расценивается многими специалистами как одна из задач системы здравоохранения, особенно в регионах с высоким уровнем распространения этих заболеваний. Однако, это является сложной задачей, не только в отношении организации медицинской деятельности, но и с учетом особенностей секс-индустрии и существующих законов. В последние годы растет понимание того, что сами РКС могут вносить вклад в профилактику ИППП, включая ВИЧ-инфекцию, поэтому их поддержка,

сопровождение и обучение могут быть эффективной стратегией по снижению поведенческого риска в этой среде.

Изучается применение новых подходов в оказании комплексной помощи потребителям психоактивных веществ: успешно применяется фильмотерапия в психиатрии, наркологии и психологии (Боярская Е.С. с соавт., 2020). Современные представления об эффектах фильмотерапии основаны на «теории конструирования уровня Construal level theory (далее - CLT)» (SusanBA, 2013). CLT обосновывает связь между культуральным опытом пациента и свойственными ему паттернами поведения, а также возможность через проводник (фильм) перенести абстрактный опыт пациента на его когнитивные и поведенческие стереотипы и духовные представления с целью их позитивного изменения. (Eyal, T, LibermanN, 2012). Также «фильмотерапия оказывает паллиативное воздействие на такие состояния, как депрессия и тревога» (Carney J, 2020). Пациентам еженедельно демонстрируют специально подобранные фильмы и (или) их тематические нарезки с последующим обсуждением и анализом представленных в видеоматериалах проблемных ситуаций, что позволяет персонифицировать программы медико-социального сопровождения.

На данный момент существует только опыт организации комплексной системы оказания помощи лицам, употребляющим ПАВ, в пенитенциарной системе, основными результатами внедрения которой являются существенные личностные изменения: повышение мотивации к получению квалифицированной помощи и, как следствие, добровольное лечение, самодисциплина и движение по «социальным лифтам»; данная программа показала высокую эффективность (Боярская Е.С. с соавт., 2020). Комплексное медико-социальное сопровождение потребителей ПАВ с рискованным сексуальным поведением в настоящее время системно не реализовано.

Таким образом, необходимо совершенствование системы медико-социального сопровождения (МСС) лиц-потребителей ПАВ с рискованным сексуальным поведением.

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Объекты и методы исследования

В соответствии с заявленной целью и задачами данное исследование проводилось в два этапа. На первом этапе в период с 2018 г. по 2019 г. совместно с сотрудниками регионального благотворительного фонда борьбы со СПИДом «Шаги» была организована аутрич-работа с лицами с РСП в районе Ярославского и Щелковского шоссе, а также в саунах и ночных клубах города Москвы. Для проведения аутрич-работы с РКС, предоставляющими сексуальные услуги в районе Ярославского и Щелковского шоссе, использовался специализированный мобильный пункт, который был размещен в машине, где оказывались консультации по вопросам химической зависимости и связанным с ней проблемам полипрофессиональной бригадой специалистов:

1) специалисты по социальной работе и социальные работники проводили информационно-разъяснительную работу об организованных в г. Москве службах профилактики, диагностики и лечения наркомании, алкоголизма, ВИЧ-инфекции и инфекции, передаваемые половым путем;

2) на анонимной основе проводилось бесплатное экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию – обнаружение антител к ВИЧ с помощью иммуноферментного анализа.

В ходе аутрич-работы совместно с волонтерами фонда «Шаги» с лицами с РСП с целью выявления потребителей ПАВ было проведено анкетирование 460 лиц с РСП с использованием теста AUDIT (англ. Alcohol Use Disorders Identification Test) и теста на употребление наркотиков Dast (Drug abuse screening test).

Набор участников для анкетирования осуществлялся из числа обратившихся в мобильный пункт. Были обследованы все лица с РСП, которые дали информированное добровольное согласие принять участие в анкетировании. Из 460 проанкетированных лиц с РСП у 270 обследованных были выявлены проблемы, связанные с употреблением ПАВ. Среди медицинских последствий

обращают на себя внимание в первую очередь характерные изменения личности: постепенно происходят опустошение психики, снижение интересов и обеднение эмоций больных. Среди инфекционных заболеваний наиболее распространены гепатиты, СПИД и септицемии. Наблюдаются изменения типу интерстициального нефрита, нефротического синдрома или острой почечной недостаточности. Появляются осложнения, связанные с поражением дыхательной системы, приводящие к развитию хронических бронхитов, синуситов, пневмоний. Наиболее частой патологией являются заболевания сердечно-сосудистой системы — инфаркт миокарда, фибрилляция желудочков сердца, нарушения мозгового кровообращения. Непосредственным результатом наркотизации является также резкое снижение трудоспособности (Гречаная Т.Б., Егоров В.Ф., Архипов И.А., 1993). Характерным негативным социальным последствием злоупотреблением психоактивными веществами является искажение семейных связей, очень высока криминогенность (Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др, 1999). Из 270 лиц с РСП было выявлено:

- Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (код по МКБ-10: F15.1): 23; 8,5%;

- Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя (код по МКБ-10: F10.1): 30; 11,1%;

- Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания. (код по МКБ-10: F.19.252 «Н»): 30; 11,1 %

- Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. (код по МКБ-10: F 15.252): 47; 17,4 %;

- Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания. (код по МКБ-10: F.19.252 «Н»): 31; 11,5%

- Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. (код по МКБ-10: F10.252): 109; 40,4%;

С выявленными РКС-потребителями ПАВ было проведено краткое мотивационное консультирование, ориентировавшее лиц с РСП на обращение за специализированной наркологической помощью в Центр профилактики зависимого поведения (ЦПЗП) МНПЦ наркологии ДЗМ.

Критерии включения пациентов в исследование:

1. работа в сфере коммерческих сексуальных услуг более 6 месяцев;
2. возраст обследуемых 18 лет и старше;
3. психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ, в соответствии с критериями МКБ-10 (далее - наркологические расстройства);
4. Наличие добровольного информированного согласия на участие в данном исследовании и в программе медико-социального сопровождения.

Критерии невключения пациентов в исследование:

1. возраст обследуемых до 18 лет;
2. умственная отсталость;
3. эндогенные психические расстройства;
4. смена пола в прошлом.

Из 270 лиц с РСП, которые по результатам мотивационного консультирования обратились за специализированной наркологической помощью в соответствии с критериями отбора в группу исследования было выбрано 180 лиц с РСП. При наличии медицинских показаний лицам исследуемой группы предлагалось лечение в стационарных условиях (клинический филиал № 1 и клинический филиала № 2 МНПЦ наркологии ДЗМ, наркологический стационар ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского Минздрава России) или в амбулаторных условиях в ЦПЗП. Со всеми участниками исследования проводилось мотивационное консультирование на включение в программу медико-социального сопровождения (МСС) в амбулаторных условиях в ЦПЗП МНПЦ наркологии ДЗМ.

Лица исследуемой группы с РСП, помимо посещения ЦПЗП МНПЦ наркологии ДЗМ, состояли под диспансерным наблюдением у врача психиатра-нарколога по месту регистрации (районный филиал МНПЦ). В соответствии с приложением 2 к приказу МЗРФ № 1034н данным пациентам обязательно по графику проводили анализ ХТИ мочи. Участковый врач психиатр-нарколог оценивал состояние пациента за время его включения в программу ММС. Наличие единой МНИЦ позволяла получать доступ к результатам диспансерного наблюдения каждого пациента, включённого в программу МСС.

На втором этапе исследования все отобранные пациенты были включены в программу МСС. Проводилось исследование их основных социально-демографических и клинических характеристик и их динамика в процессе участия в программе МСС.

В рамках клинико-психопатологического обследования в качестве основного инструмента исследования использовалась «Базисная карта для клинико-эпидемиологических исследований», модифицированная в соответствии с целью и задачами настоящего исследования. Она включала вопросы, отражающие социально-демографические, клинико-anamнестические и социально-психологические характеристики обследованных пациентов (всего 86 вопросов).

Диагностика наркологического расстройства проводилась в соответствии с критериями МКБ-10.

Использовали следующие психометрические методы:

- визуально-аналоговая шкала влечения к алкоголю (VAS);
- визуально-аналоговая шкала влечения к наркотикам;
- шкала депрессии Бека (BDI);
- шкала тревоги Гамильтона;
- личностный опросник Шмишека;
- шкала оценки уровня реабилитационного потенциала;
- индекс тяжести зависимости;
- краткая шкала оценки психического статуса (КШОПС);
- тест аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA);

- международный опросник неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience International Questionnaire, ACE-IQ);

Полученные результаты были обработаны с использованием статистических методов, направленных на получение интенсивных и экстенсивных показателей, при помощи статистического пакета прикладных программ Statistica – 14.0. Источником числовой информации для аналитических процедур являлись таблицы с распределением частот тех или иных групп обследованных относительно собранных в инструменте исследования качественных признаков. Смысл анализа данных заключался в поиске сходства или различия между сравниваемыми группами, в том случае, если некие из изучаемых признаков были сопряжены с определенными группами обследованных, то частотное распределение одной группы достоверно отличалось от такового в другой группе (других групп).

Достоверность различий определялась по совокупному для таблицы критерию сопряженности χ^2 (хи-квадрат) Пирсона. Этот критерий показывает соотношение наблюдаемых относительных частот распределения (процентов, выраженных десятичной дробью) в ячейках таблицы и т.н. теоретических, которые наблюдались бы в анализируемой таблице в том случае, если частотные распределения по группам относительно исследуемых признаков не различались между собой. Расчет теоретических частот производился по относительным частотным распределениям в итоговой строке и итоговом столбце. Формула, по которой вычисляется критерий сопряженности для таблицы, в общем виде выглядит таким образом:

$$\chi^2 = E * (m-n) (2) / n$$

где m - эмпирические (наблюдаемые) частоты; n – теоретические частоты.

Проверка достоверности различий между группами (величина p , или вероятность ошибочного решения о достоверности различий) определялась величиной χ^2 для числа степеней свободы (degree of freedom, df) изучаемой таблицы которое является произведением числа строк в этой таблице минус единица на число столбцов минус единица. В этом случае, когда величина p не превышала 0,05,

решение о различиях сравниваемых групп считалось достоверным (вероятность правильного решения составляла более 95%).

Все показатели рассчитывались по общепринятым формулам с использованием компьютерной программы Microsoft Excel (Версия 10) и статистического пакета Statistica 14.0. При статистической обработке результатов определяли M среднюю арифметическую величину в группе, m -среднюю ошибку среднеарифметической величины. На основании этих показателей из числа наблюдений в группе (n) высчитали t – коэффициент Стьюдента, а затем определяли p – достоверность различий между средними показателями сравниваемых вариационных рядов. Различия считали достоверными при уровне значимости $p = 0,05$.

Для определения необходимости числа наблюдений и обоснования статистической репрезентативности полученных показателей были использованы общепринятые методы статистического исследования (Боярский А.Я., 1955; Кушников П.А., 1955; Мерков А.М., 1960, 1974; Бирюкова Р.Н., 1964):

$$n = t^*pq/m$$

$$m = t * pq/n, \text{ где}$$

t - коэффициент доверительности

n - искомое число наблюдений

m - предельная ошибка показателя

p - показатель распространенности.

Средние ошибки показателей определялись по формуле:

$$m = pq/n,$$

а средняя ошибка разности показателей по формуле:

$$m+m$$

Были использованы доверительные коэффициенты в пределах $t=2$, т.е. вероятность равнялась 0,9545 ($p>0,05$) и $t=3$ (0,9977, $p>0,01$), что вполне достаточно для исследования данного типа. Преимущественное большинство полученных клинико-эпидемиологических показателей находилось в пределах $t=3$ и более ($p>0,001$ и $p>0,0001$), поэтому в текстовой части и в таблицах диссертации

конкретные ошибки по каждому показателю нами не приводятся кроме тех величин, где ошибки находятся в пределах $t > 2$, то есть результат (показатель) является статистическим недостоверным для конкретного результата исследования.

Для внутригруппового сравнения параметров также использовался параметрический t-критерий Стьюдента и одновыборочный критерий Вилкоксона. Проверялась достоверность изменения каждого параметра с учетом времени и периодичности течения данных расстройств.

2.2 Социально-демографические и клинические особенности лиц с рискованным сексуальным поведением и проблемным употреблением психоактивных веществ

Все 180 лиц исследуемой группы, включенных в данное исследование по гендерной принадлежности, были разделены на две группы исследования:

группа 1 – мужчины (72 человека или 40,0% от общего числа обследованных);

группа 2 – женщины (108 человек или 60,0% от общего числа обследованных).

Таблица 2.1

Возраст лиц исследуемой группы с РСП на момент исследования

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
22-29 лет	55	76,4	54	50,0	109	60,6
30-39 лет	17	23,6	29	26,9	46	25,6
40-49 лет	0	0	16	14,8	16	8,9
50-57 лет	0	0	9	8,3	9	5,0
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

На момент исследования большинство лиц исследуемой группы были в возрасте 22-29 лет (60,6%). Средний возраст мужчин, на момент исследования, составлял 27 лет ($\pm 4,5$), а у женщин 33 года ($\pm 9,1$). Мужчины были достоверно

моложе женщин (средний возраст соответственно по группам исследования 27 лет и 33 года; $p < 0,01$) (табл. 2.1).

Таблица 2.2

Наследственная отягощенность у лиц исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего		Разница по группам, %
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Не отягощена	23	31,9	41	38,0	64	35,6	-6,1
Психические расстройства	13	18,1	19	17,6	32	17,8	0,5
Алкоголизм	24	33,3	27	25,0	51	28,3	8,3
Наркомания	7	9,7	9	8,3	16	8,9	1,4
Нет данных	5	6,9	12	11,1	17	9,4	-4,2
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0	-

У 2/3 обследованных (по группам исследования соответственно 18,1%; 17,6%) без достоверной разницы по группам исследования выявлена наследственная отягощенность по различным психическим расстройствам. Среди наследственной отягощенности психическими расстройствами встречались: личностные расстройства, аффективные расстройства, эндогенные психические расстройство (шизофрения). Чаше наследственность была отягощена алкоголизмом (соответственно 33,3% и 25,0%; $p < 0,01$), реже - наркоманией (синдром зависимости от опиоидов синдром зависимости от каннабиноидов; сочетанное употребление алкоголя и опиоидов) (табл. 2.2).

Таблица 2.3

Особенности антенатального периода лиц исследуемой группы с РСП

Патология беременности у матери	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Без особенностей	17	23,6	28	25,9	45	25,0
Токсикоз первой половины беременности	3	4,2	9	8,3	12	6,7
Токсикоз второй половины беременности	5	6,9	21	19,4	26	14,4
Угроза выкидыша	6	8,3	5	4,6	11	6,1
Психотравма	4	5,6	3	2,8	7	3,9
Соматическое заболевание у матери	7	9,7	11	10,2	18	10,0

Инфекционное заболевание у матери	4	5,6	2	1,9	6	3,3
Переношенность	2	2,8	0	0	2	1,1
Недоношенность	12	16,7	22	20,4	34	18,9
Нет данных	12	16,7	7	6,5	19	10,6
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0
Роды у матери						
Без особенностей	34	47,2	63	58,3	97	53,9
Кесарево сечение	26	36,1	35	32,4	61	33,9
Нет данных	12	16,7	10	9,3	22	12,2
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0
Раннее развитие						
Своевременное	31	43,1	82	75,9	113	62,8
С опережением	0	0	3	2,8	3	1,7
С отставанием	41	56,9	23	21,3	64	35,6
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

У 135 (75,0%) лиц исследуемой группы была выявлена патология антенатального периода:

- 1) токсикоз первой половины беременности (12; 6,7%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);
- 2) токсикоз второй половины беременности (26; 14,4%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);
- 3) беременность матери с угрозой выкидыша (11; 6,1%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);
- 4) беременность матери, осложненная соматическим заболеванием (18; 10,0%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);
- 5) беременность матери, осложненная, инфекционным заболеванием (6; 3,3%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);
- 6) беременность матери, осложненная психотравмирующей ситуацией (7; 3,9%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);
- 7) переношенная беременность (2; 1,1%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);

8) роды у матерей путем кесарево сечения (61; 33,9%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$);

9) антенатальный период, осложненный недоношенностью (34; 18,9%), по сравнению с протеканием беременности без патологии (45; 25%) ($p<0,01$); (табл. 2.3).

Раннее развитие у 113 лиц исследуемой группы (62,8%) было своевременным. У мужчин своевременное развитие отмечено достоверно чаще, чем у женщин (75,9%; 43,1%; $p<0,01$). В единичных случаях и только у женщин (3; 2,8%) отмечено раннее развитие с опережением. Раннее развитие с отставанием достоверно чаще наблюдалось у женщин (21,3%; 56,9%; $p<0,01$) (табл. 2.3).

Табл. 2.4

Нервно-психические стигмы в детском возрасте у лиц исследуемой группы
с РСП

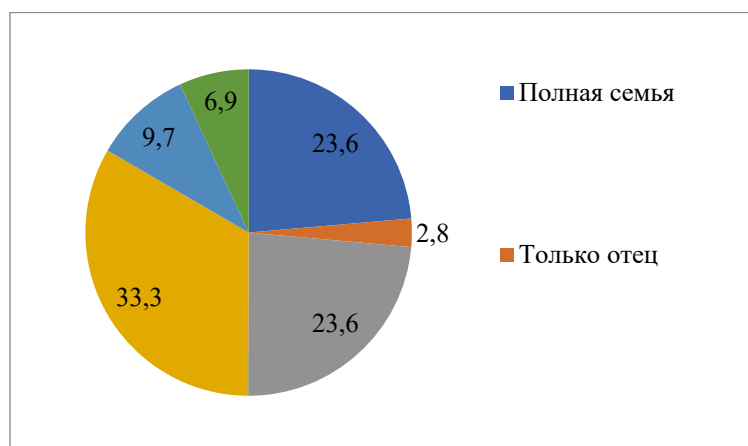
Психическая патология в детском возрасте	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствует	28	38,9	59	54,6	87	48,3
Аффективные расстройства	6	8,3	5	4,6	11	6,1
Проявления органического поражения головного мозга	14	19,4	11	10,2	25	13,9
Невротические расстройства	16	22,2	13	12,0	29	16,1
Нет данных	8	11,1	20	18,5	28	15,6
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

В детском возрасте у многих лиц исследуемой группы отмечались частые простудные заболевания (40,0%) и разнообразные нервно-психические стигмы (75; 41,7%):

- 1) частые смены настроения и агрессивность (6,1%);
- 2) ночной энурез, частые головные боли, снохождение, сноговорение (13,9%);
- 3) невротические расстройства (16,1%) (табл. 2.4).

Диаграмма 2.1

Структура нуклеарной семьи лиц исследуемой группы мужского пола
с РСП



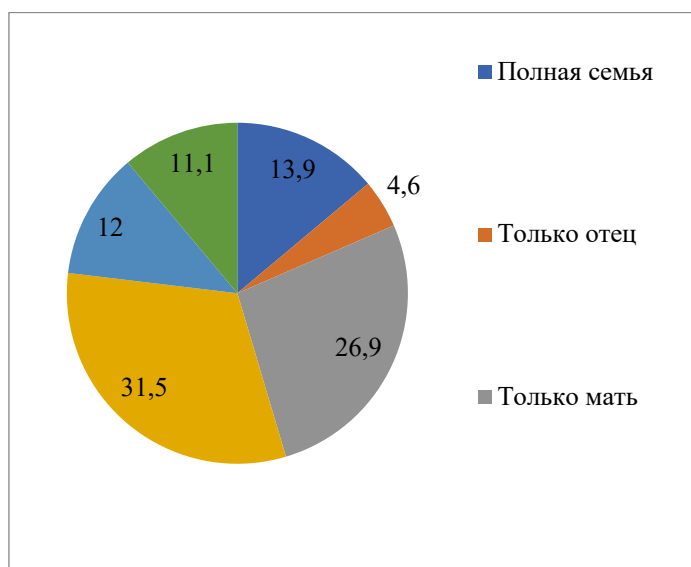
Только 32 респондентов из числа лиц исследуемой группы (17,8%) воспитывались в полной семье отцом и матерью. В большинстве случаев лица с РСП воспитывались в неполной семье: только матерью (46; 25,6%), только отцом (7; 3,9%), матерью и отчимом (57; 31,7%), бабушкой и дедом (21; 11,7%), в детском доме (17; 9,4%). У 53 лиц исследуемой группы (29,4%) родители развелись; у 15 респондентов (8,3%) родители умерли.

У мужчин исследуемой группы с РСК в полной семье воспитывались (17; 23,6%), воспитывались в неполной семье: только матерью (17; 25,6%), только отцом (2; 3,9%), матерью и отчимом (24; 31,7%), бабушкой и дедом (7; 11,7%), в детском доме (5; 9,4%) (диаграмма 2.1).

У женщин исследуемой группы с РСК в полной семье воспитывались (15; 23,6%); воспитывались в неполной семье: только матерью (29; 26,9%), только отцом (5; 4,5%), матерью и отчимом (34; 31,5%), бабушкой и дедом (13; 12,0%), в детском доме (12; 11,1%). (диаграмма 2.2). Среди обследованных лиц исследуемой группы мужчины достоверно чаще воспитывались в полной семье ($p < 0,01$).

Диаграмма 2.2

Структура нуклеарной семьи лиц исследуемой группы женского пола
с РСП

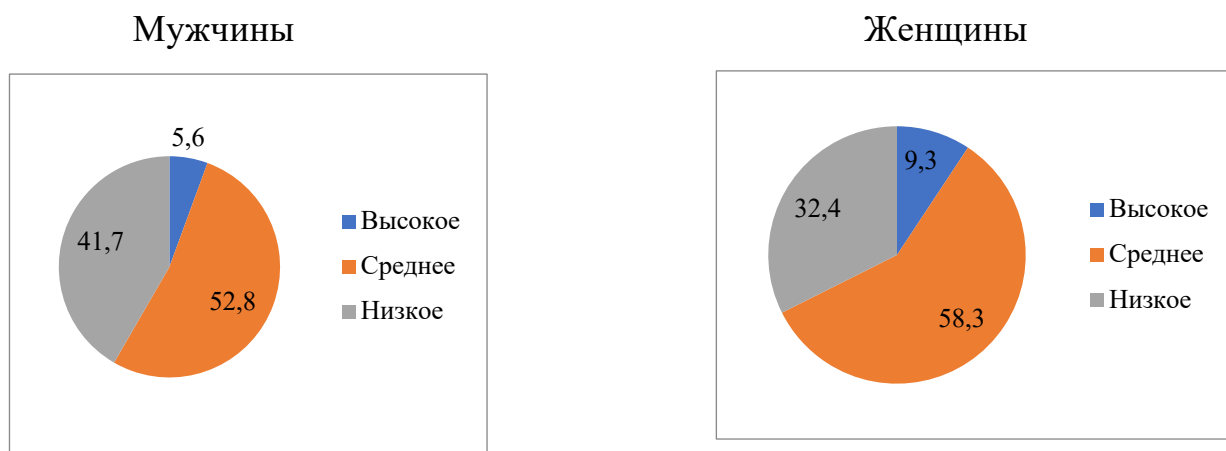


В основном, семьи респондентов имели среднее материальное положение. Материальный достаток в большинстве нуклеарных семей был средним (52,8%; 58,3%), либо низким (41,7%; 32,4%) без достоверной разницы по группам исследования. Менее 10% РКС охарактеризовали материальное положение своей семьи как высокое (диаграмма 2.3).

Материальное положение нуклеарной семьи у мужчин исследуемой группы составляло: высокое (4; 5,6%); среднее (38; 52,8%); низкое (30; 41,7%). У женщин исследуемой группы материальное положение нуклеарной семьи составляло: высокое (10; 9,3%); среднее (63; 58,3%); низкое (35; 32,4%). Среди обследованных лиц исследуемой группы женщины достоверно чаще проживали семье с высоким достатком ($p < 0,01$). Мужчины исследуемой группы достоверно чаще проживали семье с низким достатком ($p < 0,01$).

Диаграмма 2.3

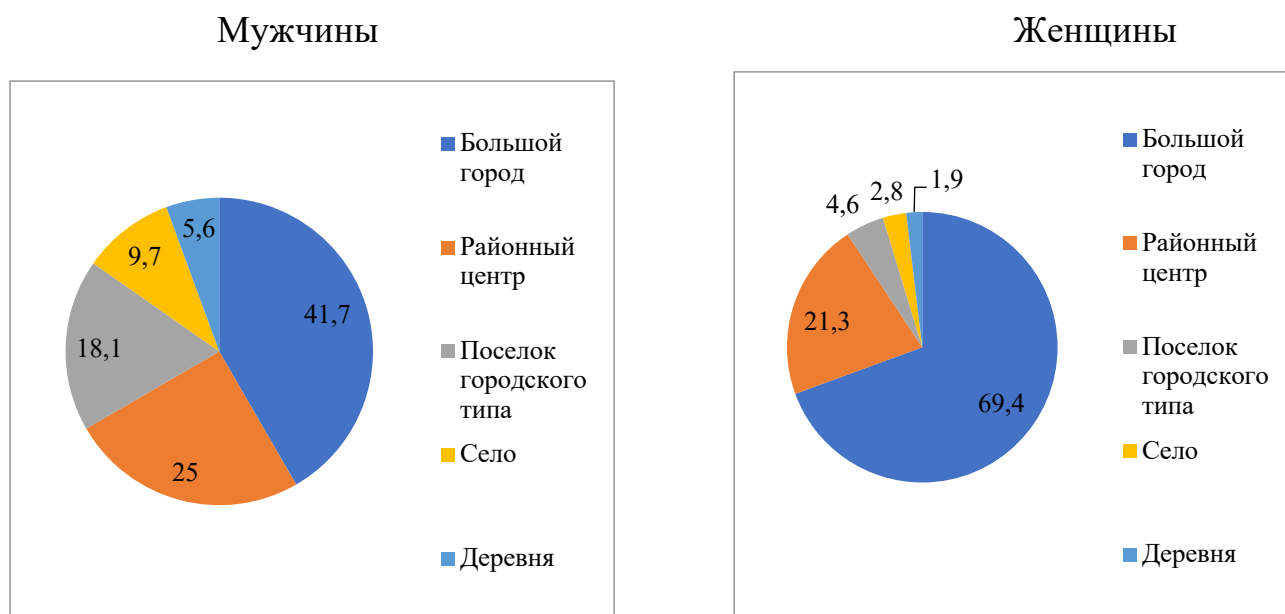
Материальное положение нуклеарной семьи лиц исследуемой группы с РСП



Большинство обследованных лиц до приезда в г. Москву (коренных москвичей среди обследованных не было) проживали в больших городах (108; 58,3%), реже - в районных центрах (41; 22,8%), в поселке городского типа (18; 10,0%), в селе (10; 5,6%), в деревне (6; 3,3%). Женщины по сравнению с мужчинами в детском возрасте чаще проживали в большом городе (69,4%) и районном центре (21,3%). Лица мужского пола в детском возрасте чаще проживали в поселках городского типа (18,1%); в селах (9,7%); в деревнях (5,6%) (диаграмма 2.4).

Диаграмма 2.4

Место проживания нуклеарной семьи лиц исследуемой группы с РСП



Нуклеарная семья мужчин исследуемой группы проживала в большинстве случаев в большом городе (30; 41,7%); в районном центре (18; 25,0%); в поселке городского типа проживали (13; 18,1%); наименьшее количество мужчин проживали в селах (7; 9,7%) и деревнях (4; 5,6%) (диаграмма 2.4).

Нуклеарная семья женщин исследуемой группы проживала в большинстве случаев в большом городе (75; 69,4%); в районном центре (23; 21,3%); в поселке городского типа проживали (5; 4,6%); наименьшее количество женщин проживали в селах (3; 2,8%) и деревнях (2; 1,9%) (диаграмма 2.4). Женщины исследуемой группы в сравнении с мужчинами исследуемой группы чаще проживали в больших городах ($p < 0,01$). Среди мужчин исследуемой группы отмечалось большее количество жителей деревень, сел и поселков городского типа ($p < 0,01$).

Табл. 2.4

Семейная среда в нуклеарной семье у лиц исследуемой группы с РСП, %

Семейная среда	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Проживание с членом семьи, злоупотребляющим алкоголем; наркотиками; лекарственными средствами	31	43,1	36	33,3	67	37,2
Проживание с членом семьи, который имеет психические расстройства, в том числе с попытками самоубийства	13	18,1	19	17,6	32	17,8
Проживание с членом семьи, который имел привлечения к уголовной ответственности	4	5,6	9	8,3	13	7,2
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Нуклеарные семьи у большинства лиц обследуемой группы были дисфункциональными ($p < 0,01$): члены семьи с психическими расстройствами и попытками самоубийства (32; 17,8%), привлекавшиеся к уголовной ответственности (13; 7,2%), злоупотребляющие алкоголем, наркотиками или лекарственными средствами (67; 37,2%). 39 мужчин и 54 женщины (54,2%; 50,0%) отмечали, что родители или один из родителей часто находились в состоянии

алкогольного или наркотического опьянения, причем 6 обследуемых мужчин и 19 женщин (8,3%; 17,6%) сообщили, что употребление ПАВ не позволяло родителям должным образом заботиться о своих детях (табл. 2.4).

В детском и подростковом возрасте обследуемые часто недоедали по вине родителей (9;12,5% и 27;25,0%), были свидетелями конфликтных ситуаций между родителями (47;63,5% и 81;75,0%), актов психологического насилия (22;30,6% и 22;20,4%); сцен физического насилия неоднократно (13;18,1% и 37;34,3%), эпизодически (56;77,8% и 60;55,6%) или однократно (3;4,2% и 11;10,2%). У большинства лиц исследуемой группы родители редко обращали внимание на проблемы и заботы своих детей (58;80,6% и 55;50,9%), не знали, чем занимались их дети во внешкольное время (58;80,6% и 73;62,0%).

Все обследованные лица своевременно в возрасте 7 лет начали обучение в общеобразовательной школе. Успеваемость в школе была чаще удовлетворительная (129; 71,7%), реже - неудовлетворительная (51; 28,3%).

С использованием Международного опросника неблагоприятного детского опыта (Adverse Childhood Experience International Questionnaire, ACE-IQ; модифицированная версия оригинального опросника, разработанного в 1995 г. в Кайзеровском центре) была получена информация о детском и подростковом психотравматическом опыте (WHO. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACEIQ); Катан Е.А. с соавт., 2019).

В отношении всех лиц исследуемой группы в детстве или подростковом возрасте совершалось насилие: психологическое насилие в виде оскорблений, унижений или издевательств (соответственно по группам исследования 37;51,4% и 26;24,1%); физическое насилие (21;29,2% и 36;36,1%). Их выгоняли из дома родители или опекуны многократно (17;23,6% и 49;45,4%), несколько раз (53;73,6% и 51;47,2%) или однократно (2;2,8% и 8;7,4%).

Таблица 2.5

Случаи сексуального насилия в детском и подростковом возрасте у лиц
исследуемой группы с РСП, %

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Наличие сексуального насилия	19	26,4	31	28,7	50	27,8
Отсутствие сексуального насилия	39	54,2	45	41,7	84	46,7
Отказались отвечать	14	19,4	32	29,6	46	25,6
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

В детском и подростковом возрасте многие из лиц исследуемой группы (50;27,8%) подверглись сексуальному насилию (19;26,4%; 31;28,7%) без достоверной разницы по группам исследования (таблица 2.5). В большинстве случаев сексуальное насилие было оказано со стороны близких родственников (43; 86,0%), достоверно реже сексуальное насилие было совершено неизвестными лицами (7; 14,0%; $p < 0,01$).

Табл. 2.6

Вид сексуального насилия в детском и подростковом возрасте у лиц
исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Прикасание или сексуальные ласки	5	26,3	5	16,1	10	20
Принуждение коснуться своего тела сексуально	4	21,1	6	19,4	10	20
Попытка насильственного орального, анального или вагинального полового акта	3	15,8	7	22,6	10	20
Совершение насильственного орального, анального или вагинального полового акта	7	36,8	13	41,9	20	40
Всего	19	100	31	100	50	100

У мужчин сексуальное насилие в детском возрасте чаще было без проникновения (12; 63,2%), реже – с проникновением (7; 36,8%). Девочки достоверно чаще подвергались сексуальному насилию с проникновением ($p<0,01$). Совершенный с ними насильственный половой акт всегда был с пенетрацией (13; 41,9%) (табл. 2.6).

Таблица 2.7

Возраст начала половой жизни у лиц исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
10-12 лет	11	15,3	9	8,3	20	11,1
13-14 лет	27	37,5	37	34,3	64	35,6
15-16 лет	29	40,3	47	43,5	76	42,2
17-18 лет	5	6,9	15	13,9	20	11,1
Всего	72	100%	108	100,0	180	100,0

У большинства обследованных половая жизнь началась в возрасте до 16 лет (88,9%). При этом дебют сексуальной активности у мальчиков произошел в более раннем возрасте: в возрасте 10-12 лет мальчики – 15,3%; девочки – 8,3% ($p<0,01$). Чаще всего дебют сексуальной активности приходился на возраст 13-16 лет (77,8% в обеих группах) (табл. 2.7).

Таблица 2.8

Первый сексуальный опыт среди лиц исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Романтические отношения	14	19,4	36	33,3	50	27,8
Насильственные действия сексуального характера в состоянии алкогольного опьянения	39	54,2	57	52,8	96	53,3
Насильственные действия сексуального характера в состоянии наркотического опьянения	19	26,4	15	13,9	34	18,9
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

У большинства лиц обследуемой группы без достоверной разницы по группам исследования первый сексуальный опыт имел насильственный характер, когда они находились в состоянии алкогольного (39; 54,2% и 57; 52,8%) или наркотического (19; 26,4% и 15; 13,9%) опьянения. Но у женщин достоверно чаще первый сексуальный контакт был связан с романтическими отношениями (19,4%; 33,3%; $p < 0,01$) (таблица 2.8).

Таблица 2.9

Возраст вовлечения в рискованное сексуальное поведение у лиц
исследуемой группы

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
17-18 лет	19	26,4	34	31,5	53	29,4
19-20 лет	47	65,3	61	56,5	108	60,0
21-22 лет	6	8,3	13	12,0	19	10,6
Всего	72	100%	108	100,0	180	100,0

Вовлечение в рискованное сексуальное поведение у большинства обследованных пришлось на возраст 17-20 лет (91,7%; 88,0%) (табл. 2.9).

Предыдущими исследователями вовлечение мужчин и женщин в рискованное сексуальное поведение связывалось с имеющимися у них явлениями социальной деградации, психическими и сексуальными отклонениями (Тарновский В.М., 1890.; Ломброзо Ч., 2012.; Ферро Г., 2015 и др.), с природой женской сексуальности (З. Фрейд, 1920), аномическим состоянием общества (Э. Дюркгейм, 1991г.), дезадаптивным поведением (Р. Мертон, А. Коэн, 2010), влиянием субкультур (Клауорд Р., Оулин Л., 2009), воздействием социальных норм и социального научения (Шоу К., Маккей Г., 1942; Сазерленд Э., 2001), социально-экономическим устройством общества (Энгельс Ф., 2009, Спайтзер С., 2012).

По результатам настоящего исследования обследованные мужского и женского пола свою вовлеченность в секс-бизнес связывали со сложным материальным положением (по группам соответственно 98,6%; 97,2%): с потребностью в финансах на содержание и лечение детей (16,5%), содержание

других членов семьи (21,6%), собственные нужды (34,7%), оплату за обучение (11,9%), на приобретение ПАВ (15,3%) (табл. 2.10).

Таблица 2.10

Мотивация к вовлечению в коммерческий секс у лиц исследуемой группы

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Улучшение своего материального положения	71	98,6	105	97,2	176	97,8
Принуждение для занятия проституцией (сексуальное рабство)	1	1,4	3	2,8	4	2,2
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Только в отношении 2,2% (4 человек) обследованных был установлен факт принуждения к занятиям коммерческими сексуальными услугами. И мужчины, и женщины исследуемой группы с РКС в равной степени нуждались в улучшении своего материального положения.

Таблица 2.11

Продолжительность участия в коммерческом сексе у лиц исследуемой группы с РСП

Продолжительность участия в коммерческом сексе	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1-2 года	7	9,7	37	34,3	44	24,4
3-4 года	48	66,7	36	33,3	84	46,7
5-7 лет	15	20,8	24	22,2	39	21,7
8-10 лет	2	2,8	11	10,2	13	7,2
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Большинство лиц исследуемой группы предоставляли коммерческие сексуальные услуги в течение 3-4 последних лет (46,7%). Однако, среди лиц исследуемой группы со стажем РСП 8-10 лет мужчин по сравнению с женщинами было достоверно меньше (2,8% и 10,2% соответственно, при $p < 0,01$). Женщины достоверно более продолжительное время были вовлечены в РСП по сравнению с мужчинами ($p < 0,01$) (табл. 2.11).

Таблица 2.12

Половая ориентация лиц исследуемой группы
с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гетеросексуальная	0	0	88	81,5	88	48,9
Гомосексуальная	51	70,8	0	0	51	28,3
Бисексуальная	21	29,2	20	18,5	41	22,8
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Среди мужчин, вовлеченных в РСП, к периоду настоящего исследования имели гомосексуальную ориентацию (51; 70,8%), а большинство женщин – гетеросексуальную (88; 81,5%). Бисексуальная ориентация наблюдалась в обеих группах достоверно реже ($p < 0,01$) и у мужчин – достоверно чаще (29,2%), чем у женщин (18,5%; $p < 0,01$) (табл.2.12).

Сексуальная ориентация у всех обследованных женщин до и после вовлечения в РСП была неизменной. 13 (25,5%) мужчин, имевших гетеросексуальную ориентацию, в процессе РСП были вынуждены вступать в гомосексуальные половые контакты, что они объясняли большими заработками при возможности предоставлять сексуальные услуги и мужчинам, и женщинам.

Из 180 обследованных с РСП 35,0% (63) предоставляли коммерческие сексуальные услуги в индивидуальном порядке, 65,0% (117) - в составе группы (работа на «точке» с предоставлением как индивидуальных услуг, так и участие в групповом сексе).

Лица с РСП мужского пола чаще предоставляли коммерческие сексуальные услуги в гостиницах г. Москвы (25; 34,7%), реже – в бане или сауне (19; 26,4%) и ночном стриптиз клубе (17; 23,6%), а женщины – на улице или вдоль автомобильной трассы (Ярославского, Щелковского шоссе) (49; 45,4%) и достоверно реже – в других местах: в ночных стриптиз клубах и закрытых мужских клубах г. Москвы (21; 19,4%), у себя дома (13; 12,0%), в массажном салоне (11; 10,2%) (табл.2.13).

Таблица 2.13

Место оказания коммерческих сексуальных услуг у лиц исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Массажный салон	0	0	11	10,2	11	6,1
Ночной стриптиз-клуб	17	23,6	21	19,4	38	21,1
Баня (сауна)	19	26,4	0	0	19	10,6
Улица (трасса)	0	0	49	45,4	49	27,2
У себя дома	11	15,3	13	12,0	24	13,3
В гостинице	25	34,7	14	13,0	39	21,7
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Вовлечение лиц исследуемой группы в РСП оказало влияние на семейное положение лиц исследуемой группы:

- 1) уменьшилось число лиц, состоящих в браке: до вовлечения в РСП 41 обследованных (37,2%) состояли в зарегистрированном (22,8%) или гражданском (14,4%) браке, в период оказания коммерческих сексуальных услуг – 31 человек (35,7%): 12 мужчин (16,1%) и 19 женщин (10,6%);
- 2) увеличилось количество разведённых лиц с 21 (11,7%) до 33 (18,3%); при этом причиной развода обычно заявлялось участие в коммерческом сексе;
- 3) увеличилось число лиц, которые не поддерживали постоянных семейных отношений с 92 человек (51,1%) до 99 человек (55,0%);
- 4) увеличилось количество лиц, которые не состояли в семейных отношениях: мужчин с 57 до 61 человека (84,7%) и женщин с 35 до 38 человек (35,2%) (табл.2.14).

Таблица 2.14

Семейный статус лиц исследуемой группы с РСП

	До вовлечения в РСП						После вовлечения в РСП					
Семейное положение												
	Мужчин ы		Женщин ы		Всего		Мужчины		Женщины		Всего	
	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Абс.	%	Абс.	%	Аб с.	%
Брак	0	0	41	38,0	41	22,8	0	0	29	26,9	29	16,1
Развод	0	0	21	19,4	21	11,7	0	0	33	30,6	33	18,3
В отноше ниях	15	20,8	11	10,2	26	14,4	11	15,3	8	7,4	19	10,6
Одино кие	57	79,2	35	32,4	92	51,1	61	84,7	38	35,2	99	55,0
Всего	72	100, 0	10 8	100, 0	18 0	100, 0	72	100, 0	108	100, 0	18 0	100, 0
Наличие детей												
Есть	0	0	45	41,7	45	25,0	0	0	49	45,4	49	27,2
Нет	72	100, 0	63	58,3	13 5	75,0	72	100, 0	59	54,6	13 1	72,8
Всего	72	100, 0	10 8	100, 0	18 0	100, 0	72	100, 0	108	100, 0	18 0	100, 0

На количество детей у исследуемых лиц вовлечение в РСП существенного влияния не оказало. О наличии детей не сообщил ни один мужчина РКС. У 4 женщин РКС после вовлечения в РСП дети появились. Большинство обследованных женщин, вовлеченных в коммерческий секс, имели к периоду настоящего исследования одного ребенка (27 женщин, 55,1%), достоверно реже – двух детей (17 женщин, 34,7%) или трех (5 женщин, 10,2%) (таблица 2.14).

Таблица 2.15

Социально-трудовой статус лиц исследуемой группы с РСП

	До занятия проституцией						Во время занятия проституцией					
Жилищные условия												
	Мужчин ы		Женщи ны		Всего		Мужчины		Женщин ы		Всего	
	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Абс.	%	Абс .	%	Аб с.	%
Коммунальн ая квартира	2	2,8	3	2,8	5	2,8	0	0	0	0	0	0
Отдельная квартира, собственник	4	5,6	7	6,5	11	6,1	9	12, 5	12	11, 1	21	11, 7
Съёмное жилье (снимаю сам)	27	37,5	76	70, 4	10 3	57, 2	36	50	80	74, 1	11 6	64, 4
Съёмное жилье (снимаю с друзьями)	39	54,2	22	20, 4	61	33, 9	27	38	16	14, 8	43	23, 9
Всего	72	100, 0	10 8	10 0,0	18 0	10 0,0	72	10 0,0	108	10 0,0	18 0	10 0,0
Условия проживания												
С родителями	35	48,6	39	36,1	74	41,1	24	33, 3	27	25, 0	51	28, 3
С близкими родственник ами	11	15,3	17	15,7	28	15,6	3	4,2	6	5,6	9	5,0
С друзьями	23	31,9	38	35,2	61	33,9	17	23, 6	26	24, 1	43	23, 9
Проживает один	3	4,2	14	13,0	17	9,4	28	38, 9	49	45, 4	77	42, 8
Всего	72	100, 0	10 8	100, 0	18 0	100, 0	72	10 0,0	108	10 0,0	18 0	10 0,0
Материальное положение												
Высокое	0	0	0	0	0	0	2	2,8	3	2,8	5	2,8
Среднее	29	40,3	62	57,4	91	50,6	41	56, 9	72	66, 7	11 3	62, 8
Низкое	43	59,7	46	42,6	89	49,4	29	40, 3	33	30, 6	62	34, 4
Всего	72	100, 0	10 8	100, 0	18 0	100, 0	72	10 0,0	108	10 0,0	18 0	10 0,0

За время предоставления коммерческих сексуальных услуг произошло изменение жилищных условий у лиц с РСП:

- 1) в 1,4 раза уменьшилось количество лиц с РСП, снимающих жилье с друзьями или знакомыми - до 43 человек (2,9%) (до вовлечения в РСП 61 человек; 33,9%);
- 2) на 7% увеличилось количество лиц с РСП, самостоятельно снимающих жилье – до 116 человек (64,4%) (до вовлечения в РСП 103 человека; 57,2%);
- 3) на 5,6% увеличилось собственников жилья до 21 человек (11,7%) (до вовлечения в РСП 11 человек; 6,1 %);
- 4) уменьшилось число лиц, проживающих в коммунальных квартирах с 5 человек (2,8%) до нуля (до вовлечения в РСП 5 человек; 2,8%);
- 5) уменьшилось на 23% число лиц, проживающих с родителями: 51 (28,3%) (до вовлечения в РСП 74 человека; 41,1%);
- 6) уменьшилось число лиц, проживающих с близкими родственниками в 3,1 раза - до 9 человек (5,0%) (до вовлечения в РСП 28 человек; 15,6%);
- 7) в 4,5 раза увеличилось число мужчин и женщин, проживающих одиноко – до 77 человек (42,8%) (до вовлечения в РСП 17 человек; 9,4%) (табл.2.16).

Таблица 2.16

Трудовая занятость у лиц исследуемой группы с РСП

	До вовлечения в РСП						После вовлечения в РСП					
	Мужчин		Женщи		Всего		Мужчин		Женщи		Всего	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Бытовые услуги	2	9,5	9	14,5	11	13,3	0	0	4	10,5	4	8,9
Гостиничные услуги	3	14,3	7	11,3	10	12,0	0	0	3	7,9	3	6,7
Торговля и общественное питание	1	4,8	11	17,7	12	14,5	0	0	5	13,2	5	11,1

Культурное обслуживание	15	71,4	35	56,5	50	60,2	7	10,0	26	68,4	33	73,3
Всего	21	100,0	62	100,0	83	100,0	7	10,0	38	100,0	45	100,0

До вовлечения в РСП исследуемые лица были трудоустроены. Небольшое количество исследуемых лиц, чаще женщины, были заняты в сфере бытовых услуг (13,3%), гостиничных услуг (12,0%), торговля и общественное питание (14,5%). Большая часть участников исследования обозначили сферу своей занятости до РСП как культурное обслуживание (60,2%). После вовлечения в РСП количество занятых в других сферах женщин не изменилось, мужчины РКС о наличии иной трудовой занятости после вовлечения в РСП практически не сообщали.

Наблюдалось ухудшение трудового статуса у лиц исследуемой группы:

1) уменьшилось число лиц исследуемой группы, которые имели основную трудовую занятость – до 45 человек (25,0%) (до вовлечения в РСП 83 человека; 46,1 %);

2) уменьшилось число лиц исследуемой группы, которые были заняты в предоставлении бытовых (8,9%) (до вовлечения в РСП 11 человек; 13,3 %) и гостиничных услуг (6,7%) (до вовлечения в РСП 10 человек; 12,0 %); в торговле и общественном питании (11,1%) (до вовлечения в РСП 12 человек; 14,5%); в сфере культурного обслуживания (73,3%) (до вовлечения в РСП 50 человек; 60,2 %) (табл. 2.17);

3) увеличилось количество случайных заработков, не связанных с какой-либо профессиональной деятельностью до 135 человек (75,0%) (до вовлечения в РСП 53,9 %).

Согласно субъективной оценке обследованных, произошли изменения в их материальном положении:

1) 2/3 лиц исследуемой группы сообщили об улучшении своего материального состояния в связи с оказанием сексуальных услуг (118; 65,6%) (до вовлечения в РСП 91 человек; 50,6%);

2) 34,4% лиц исследуемой группы сообщили, что их материальное положение осталось на низком уровне (табл. 2.16).

Увеличилось количество совершенных лицами исследуемой группы правонарушений за время вовлечения в РСП (табл.2.17):

- 1) увеличилось общее число совершенных правонарушений в 6,8 раз;
- 2) число совершенных правонарушений, связанных с незаконным оборотом наркотиков, увеличилось на 23,3%;
- 3) число совершенных имущественных правонарушений (кражи) увеличилось на 23,0%;
- 4) число совершенных правонарушений, связанных с вовлечением в занятие проституцией, увеличилось на 31,7%.

Таблица 2.17

Правонарушения у лиц исследуемой группы с РСП

	До вовлечения в РСП						После вовлечения в РСП					
	Мужчин ы		Женщин ы		Всего		Мужчин ы		Женщин ы		Всего	
	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%	Аб с.	%
Незаконный оборот наркотических средств Ст. 228 УК РФ	7	9,7	11	10,2	18	10,0	27	37,5	33	30,6	60	33,3
Кража ст. 158 УК РФ	2	2,8	1	0,9	3	1,7	11	15,3	15	13,9	26	14,4
Вовлечение в занятие проституцией Ст. 240 УК РФ	0	0	0	0	0	0	26	36,1	31	28,7	57	31,7
Не совершали правонарушений	63	87,5	96	88,9	159	88,3	8	11,1	29	26,9	37	20,6
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0	72	100,0	108	100,0	180	100,0

При этом в структуре совершенных правонарушений у лиц до и в процессе вовлечения в РСП преобладали правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. Обращает на себя внимание резкое снижение лиц, не совершавших правонарушения: до вовлечения в РСП 88,3% обследованных правонарушения не совершали, после вовлечения в РСП законопослушных лиц осталось только 20,6%.

Почти половина обследованных (81; 46,0%) сообщили о намерении продолжать в дальнейшем предоставлять коммерческие сексуальные услуги. Половина обследованных (95 человек; 54,0%) высказали намерение в будущем отказаться от предоставления коммерческих сексуальных услуг при улучшении их финансового положения. В отличие от женщин все обследованные мужского пола утверждали, что предоставляли коммерческие сексуальные услуги, так как им нравится внимание к себе со стороны клиентов, и им нравятся интимные отношения с разными партнерами.

Таблица 2.18

Соматические заболевания у лиц исследуемой группы с РСП

Заболевания	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Заболевание желудочно-кишечного тракта	26	36,1	60	55,5	86	47,8
Заболевание органов дыхания	3	4,2	11	10,2	14	7,8
Заболевания прямой кишки и заднего прохода	34	47,2	13	12,0	47	26,1
Заболевания мочевыделительной системы	7	9,7	14	13,0	21	11,7
Заболевание сердечно-сосудистой системы	2	2,8	7	6,5	9	5
Заболевания эндокринной системы	0	0	3	2,8	3	1,7
Отсутствуют	0	0	0	0	0	0
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Примерно у трети обследованных была выявлена соматическая патология. У мужчин достоверно чаще по сравнению с женщинами наблюдались заболевания

заднего прохода (трещины и свищи заднего прохода острые и хронические; недержание кала) (47,2%; 12,0%; $p < 0,01$), а у женщин - заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит; дуоденит; гастродуоденит; язвенная болезнь желудка) (36,1%; 55,5%; $p < 0,01$). Другие соматические заболевания отмечены достоверно реже и без достоверной разницы по группам исследования (табл. 2.18).

Работа в секс-бизнесе была связана с множеством факторов, влияющих на инфекции, передаваемые половым путем: большое количество сексуальных партнеров, нерегулярное использованием средств профилактики инфекций передаваемым половым путем, сексуальное насилие, работа во время менструации, употребление алкоголя и наркотиков, работа во время соматических заболеваний. Проституция рассматривается многими исследователями как наиболее значимый социальный фактор распространения инфекций передаваемым половым путем. РКС и их клиенты традиционно считаются группой риска распространения инфекций передаваемым половым путем, включая ВИЧ и гепатиты «В» и «С».

Таблица 2.19

Использование средств контрацепции барьерного типа в состоянии алкогольного или наркотического опьянения лиц исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Всегда	19	26,4	56	51,9	75	41,7
Иногда	21	29,2	15	13,9	36	20
Не помню	32	44,4	37	34,3	69	38,3
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Среди лиц исследуемой группы в состоянии алкогольного и наркотического опьянения всегда использовали средства барьерной контрацепции 75 респондентов – 41,7%; иногда -36 респондентов (20 %); затруднились ответить, сославшись на забывание 69 респондентов (38,3%) (табл. 2.19)

Одним из наиболее значимых факторов риска инфицирования инфекциями, передаваемыми половым путем, считается состояние алкогольного или наркотического опьянения, поскольку в состоянии опьянения ПАВ увеличивается вероятность пренебрежения лицами с РСП средствами контрацепции. По данным

настоящего исследования у обследованных мужчин достоверно реже отмечены незащищенные сексуальные контакты в состоянии опьянения ПАВ, чем у женщин (26,4%; 51,9%; $p<0,01$). Но данные различия могут быть еще более значимыми, поскольку значительная часть лиц исследуемой группы (44,4%; 34,3%) не смогли точно указать, использовали ли они или нет презервативы во время занятия сексом, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения (табл. 2.19).

Таблица 2.20

Формы выявленных инфекционных заболеваний у лиц исследуемой группы с РСП

Заболевания	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ВИЧ-инфекция	36	50,0	27	25,0	63	35
Хронический вирусный гепатит «С»	9	12,5	6	5,6	15	8,3
Отсутствуют	27	37,5	75	69,4	102	56,7
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Путем тестового экспресс-анализа слюны у 63 (35,0%) респондентов исследуемой группы была выявлена ВИЧ-инфекция, при этом ВИЧ-инфекция достоверно чаще выявлялась у мужчин (50,0% и 25,0%; $p<0,01$). Вирусный гепатит С также достоверно чаще выявлен у мужчин (12,5%; 5,6%; $p<0,01$) (табл. 2.20).

Таблица 2.21

Заболеваемость инфекциями передаваемые половым путем у лиц исследуемой группы с РСП

Заболевания:	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Трихомониаз	9	12,5	7	6,5	16	8,9
Хламидиоз	23	31,9	22	20,4	45	25
Микоплазмоз	0	0	18	16,7	18	10
Гонорея	5	6,9	0	0	5	2,8
Сифилис	1	1,4	0	0	1	0,6
Генитальный герпес	23	31,9	31	28,7	54	30
Отсутствуют	11	15,3	30	27,8	41	22,8
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Также у мужчин достоверно чаще выявлены трихомониаз ($p<0,01$), хламидиоз ($p<0,01$), гонорея ($p<0,01$), сифилис ($p<0,01$). Исключение составил микоплазмоз, который был выявлен только у женщин (табл. 2.21).

Все лица исследуемой группы, у которых были выявлены инфекции, передаваемые половым путем еще до начала исследования, наблюдались у врача венеролога и получали соответствующее лечение.

Таблица 2.22

Частота сдачи анализов на инфекции, передаваемые половым путем у лиц исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Только при появлении признаков инфекций передаваемые половым путем	28	38,9	49	45,4	77	42,8
Один раз в месяц	19	26,4	11	10,2	30	16,7
Один раз в 3 месяца	3	4,2	23	21,3	26	14,4
Один раз в 6 месяцев	5	6,9	13	12,0	18	10,0
После незащищенного сексуального контакта	0	0,0	7	6,5	7	3,9
Никогда	17	23,6	5	4,6	22	12,2
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

В отличие от мужчин, которые достоверно чаще придерживались регулярного лабораторного тестирования на инфекции передаваемые половым путем (26,4%; 10,2%; $p<0,01$), женщины обычно обращались за лабораторным тестированием только при появлении признаков инфекции передаваемые половым путем (38,9%; 45,4%; $p<0,01$) или после незащищенного секса (0%; 6,5%; $p<0,01$) (табл.2.22).

Таблица 2.23

Частоты обращаемости лиц исследуемой группы с РСП за психиатрической, психологической, наркологической помощью

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Никогда ранее не обращался	51	70,8	79	73,1	130	72,2
Обращался к врачу психиатру	1	1,4	2	1,9	3	1,7
Обращались к врачу психиатру-наркологу	9	12,5	8	7,4	17	9,4
Обращались к психологу	11	15,3	19	17,6	30	16,7
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Обращения за специализированной психиатрической и наркологической помощью были единичными, причем женщины достоверно чаще обращались за наркологической помощью (12,5%; 7,4%; $p < 0,01$) (табл. 2.23).

Большинство включенных в исследование лиц были ограничены в передвижениях, так как были приезжими и плохо знали г. Москву. У части из них (20,0%) отсутствовали документы. В силу специфики «трудовой занятости» они вели ночной образ работы, были физический и психически истощены, не доверяли социальным и медицинским службам, поэтому не обращались за медицинской и психологической помощью.

Таким образом, анализ социально-психологических характеристик лиц исследуемой группы с РСП мужского и женского пола показал, что для них было типично наличие разнообразных биологических и социальных стигм: высокая нагрузка наследственной отягощенности (64,4%) и в большей степени за счет алкоголизма (28,3%), патология беременности у матери (64,4%), развитие с отставанием (35,6%), многообразные нервно-психические расстройства (41,7%); воспитание в неполной и (или) дисфункциональной семье (82,2%), где дети нередко недоедали (до 25%), воспитывались в условиях гипоопеки и эмоциональной депривации, члены семьи злоупотребляли алкоголем,

привлекались к уголовной ответственности, допускали психологическое и физическое насилие в отношении друг друга.

Большинство лиц исследуемой группы с РСП в детском возрасте подвергались психологическому (51,4% и 24,1%), физическому (29,2% и 36,1%) и сексуальному (26,4% и 28,7%) насилию, которое часто совершалось со стороны близких родственников (43; 86,0%).

У большинства лиц исследуемой группы с РСП половая жизнь началась в возрасте до 16 лет (88,9%). При этом дебют сексуальной активности у мальчиков произошел в более раннем возрасте: в возрасте 10-12 лет мальчики – 15,3%; девочки – 8,3% ($p < 0,01$). Чаще всего дебют сексуальной активности пришелся на возраст 13-16 лет (77,8%). Первый сексуальный опыт часто носил насильственный характер и произошел в состоянии алкогольного (54,2% и 52,8%) или наркотического (26,4% и 13,9%) опьянения. Однако у женщин исследуемой группы первый сексуальный контакт достоверно чаще был связан с романтическими отношениями (19,4%; 33,3%; $p < 0,01$).

Вовлечение в РСП у большинства лиц исследуемой группы обследованных пришлось на возраст 17-20 лет (91,7%; 88,0%), и было связано с попытками решения различных экономических проблем.

Среди мужчин исследуемой группы, вовлеченных в РСП, большинство имели гомосексуальную ориентацию (70,8%), а большинство женщин – гетеросексуальную (81,5%). Сексуальная ориентация у женщин исследуемой группы до и после начала занятий проституцией оставалась неизменной, у 13 мужчин исследуемой группы произошло изменение гетеросексуальной ориентации на бисексуальную.

Лица мужского пола исследуемой группы чаще предоставляли коммерческие сексуальные услуги в гостиницах (34,7%), реже – в бане или сауне (19; 26,4%) и ночном стриптиз клубе (17; 23,6%), а женщины – на улице или вдоль автомобильной трассы (45,4%) и достоверно реже – в ночных стриптиз клубах (19,4%), у себя дома (12,0%), в массажном салоне (10,2%).

Сексуальные услуги часто предоставлялись в состоянии опьянения ПАВ, при этом только 26,4% мужчин и 51,9% женщин использовали средства защиты.

Вовлечение в лиц исследуемой группы в РСП существенно ухудшило их социальное функционирование: уменьшение числа лиц, состоящих в браке; увеличение числа разведённых лиц, лиц без постоянных семейных отношений; уменьшение числа лиц с РСП с постоянной трудовой занятостью и увеличение числа лиц со случайными заработками; в 6 раз увеличилось число совершенных лицами с РСП правонарушений, при этом, в структуре совершенных правонарушений до и в процессе занятий проституцией преобладали правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ. При этом 2/3 обследованных лиц сообщили об улучшении своего материального состояния и жилищных условий: уменьшилось количество лиц с РСП, снимающих жилье с друзьями или знакомыми и одновременно на 7% увеличилось количество лиц с РСП, самостоятельно снимающих жилье; на 5,6% увеличилось число собственников жилья; уменьшилось число лиц, проживающих в коммунальных квартирах; уменьшилось на 23% число лиц, проживающих с родителями.

Соматический статус у большинства лиц исследуемой группы с РСП был неблагополучным: у мужчин чаще наблюдались заболевания прямой кишки и заднего прохода, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит «С», трихомониаз (12,5% и 6,5%), хламидиоз (31,9% и 20,4%), гонорея (6,9% и 0%), сифилис (1,4% и 0%), а у женщин - заболевания желудочно-кишечного тракта и микоплазмоз. (36,1%; 55,5%; $p<0,01$). Без достоверной разницы по группам обнаруживался генитальный герпес (31,9% и 28,7%).

Мужчины исследуемой группы с РСП чаще обращались за медицинской помощью, в том числе для лабораторного тестирования на инфекции передаваемые половым путем (26,4%; 10,2%; $p<0,01$), женщины исследуемой группы с РСП обычно обращались за лабораторным тестированием только при появлении признаков инфекции передаваемые половым путем (38,9%; 45,4%; $p<0,01$) или после незащищенного секса (0%; 6,5%; $p<0,01$). В то же время женщины достоверно чаще

обращались за специализированной наркологической помощью (12,5%; 7,4%; $p < 0,01$).

Чуть менее половины лиц исследуемой группы с РСП (81; 46,0%) имели намерение продолжать в дальнейшем предоставлять коммерческие сексуальные услуги, лица мужского пола исследуемой группы утверждают, что занимаются проституцией, так как им нравится внимание к себе со стороны клиентов, интимные отношения с разными партнерами. Большая половина лиц исследуемой группы (95 человек; 54,0%) высказали намерение в будущем отказаться от предоставления коммерческих сексуальных услуг при улучшении их финансового положения.

ГЛАВА 3 ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА И РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ У ЛИЦ С РИСКОВАННЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Согласно имеющимся в литературе данным у потребителей ПАВ наблюдается высокая частота РСП (Шаболтас А.В., 2015). Лица, предоставляющие коммерческие сексуальные услуги, во всем мире представляют собой маргинализированную группу с повышенным риском заболеваемости различными неинфекционными заболеваниями, заболеваниями, передающимися половым путем, а также нередко злоупотребляющие различными ПАВ, что увеличивает риск неблагоприятных последствий для их здоровья (Iaisuklang MG, Ali A, 2017).

Таблица 3.1

Вид потребляемых спиртных напитков у лиц исследуемой группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Крепкий алкоголь	5	16,1	3	3,5	8	6,8
Вина (игристые, красные\белые)	19	61,3	68	79,1	87	74,4
Пиво	7	22,6	15	17,4	22	18,8
Всего	31	100,0	86	100,0	117	100,0

Большинство обследованных в данном исследовании лиц с РСП употребляли алкоголь (117; 65,0%). К периоду настоящего исследования среди употребляемых спиртных напитков женщины исследуемой группы с РСП чаще предпочитали употреблять вина (игристые, красные или белые) (87; 74,4%; мужчины - 61,3%; женщины - 79,1%); реже - светлое пиво ((22; 18,8%; мужчины - 22,6%; женщины - 17,4%) или крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк, виски) (8; 6,8%; мужчины - 16,1%; женщины - 3,5%). Лишь незначительная часть исследуемых лиц (8; 6,8%) употребляли крепкие алкогольные напитки (водка, коньяк, виски), причем мужчины в 4,5 раза чаще (5; 16,1%), чем женщины (3; 3,5%) (таблица 3.1).

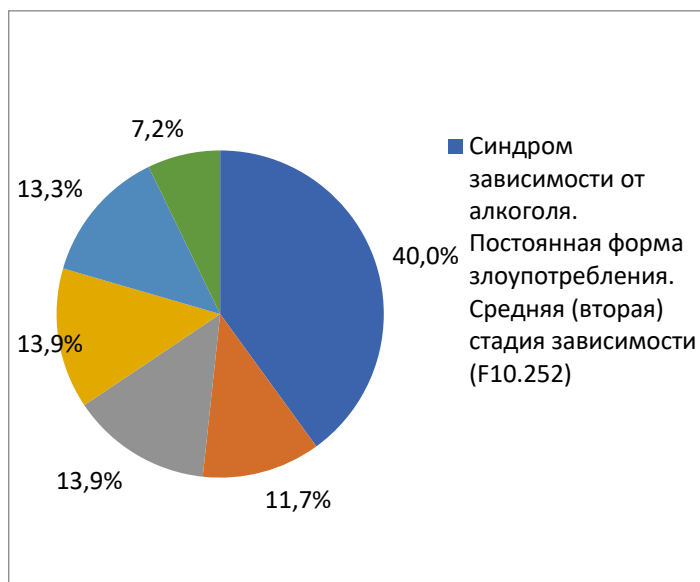
Достоверно реже лица с РСП употребляли психостимуляторы (24; 13,3%). Предпочтение отдавалось употреблению амфетамина и мефедрона, которые

усиливали половое влечение и эротико-сексуальные ощущения. Примерно у трети из них отмечено сочетанное употребление нескольких ПАВ – психостимуляторы, каннабиноиды, алкоголь (39;21,7%).

Никто из лиц исследуемой группы не употреблял наркотические средства опийной группы. Это может быть связано с тем, что употребление опиатов запрещено «внутренними правилами» нелегальных сообществ по оказанию коммерческих сексуальных услуг, и при выявлении факта употребления опиоидов лица с РСП не допускаются к данному виду деятельности в рамках данного нелегального сообщества.

Диаграмма 3.1

Структура наркологических расстройств у лиц исследуемой группы



У лиц с РСП были диагностированы следующие психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ (далее - наркологические расстройства), которые были верифицированы в соответствии с критериями МКБ-10 и расположены по нисходящей в зависимости от частоты их выявления среди лиц исследуемой группы с РСП (Диаграмма 3.1):

- Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. (код по МКБ-10: F10.252): 72;40,0%;

- Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания. (код по МКБ-10: F.19.252 «Н»): 21;11,7%;

- Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания. (код по МКБ-10: F.19.252 «Н»): 25;13,9%;

- Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя (код по МКБ-10: F10.1): 25;13,9%;

- Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. (код по МКБ-10: F 15.252): 24;13,3%.

- Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (мефедрон) (код по МКБ-10: F15.1): (13;7,2%).

Данная структура наркологических расстройств среди лиц с РСП сопоставима со структурой наркологической заболеваемости в Российской Федерации, где преобладают наркологические расстройства вследствие употребления алкоголя, и в последние годы наблюдается увеличение наркологической заболеваемости вследствие употребления каннабиноидов и психостимуляторов (Шайдеггер Ю.М., Усманова Н.Н., Клименко Т.В., 2022).

У обследованных лиц женского пола достоверно чаще наблюдался «Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости» (F10.252) (67; 62,0%; $p < 0,01$) и достоверно реже – «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» F10.1 (18;16,7%), «Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания» (F.19.252 «Н») (21;11,7%); «Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания» (F.19.252 «Н»): (3;2,8%), «Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов» F15.1 (3;2,8%) и «Синдром

зависимости от других стимуляторов. Средняя (вторая) стадия зависимости. Постоянная форма злоупотребления» F 15.252 (2;1,8%) (диаграмма 3.2; табл. 3.2).

Диаграмма 3.2.

Структура наркологической заболеваемости у женщин исследуемой группы



Среди лиц исследуемой группы мужского пола одинаково часто наблюдался «Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон), средняя (вторая) стадия зависимости. Постоянная форма злоупотребления» F 15.252 (22;30,6%) и «Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания» (F.19.252 «Н») (22;30,6%) и достоверно реже – «Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (мефедрон)» F15.1 (10;13,9%), «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» F10.1 (7;9,7%), «Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания» (F.19.252 «Н») (6;8,3%), «Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости» (F10.252) (5;6,9%) (диаграмма 3.3; табл. 3.2).

Диаграмма 3.3

Структура наркологической заболеваемости у мужчин исследуемой группы
с РСП

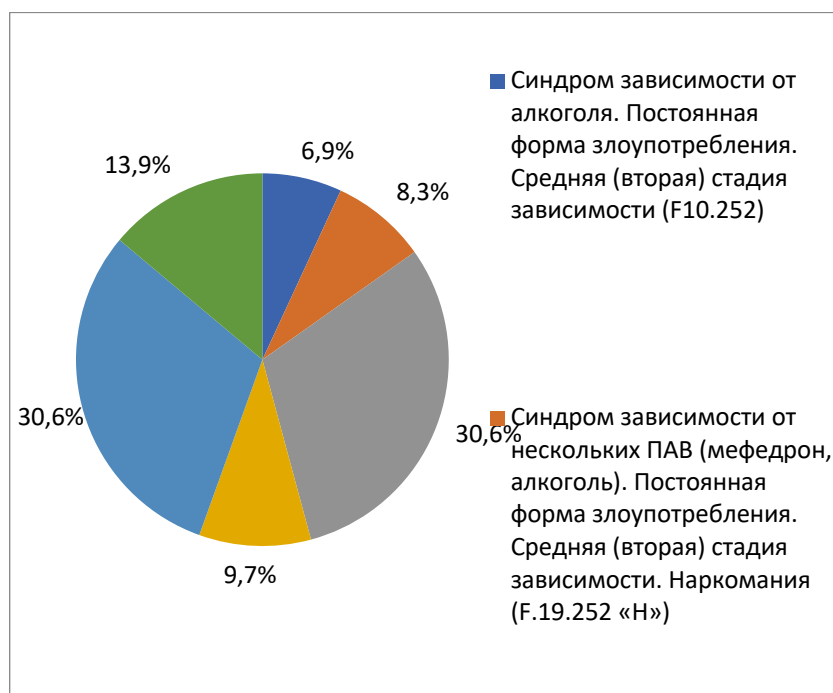


Таблица 3.2

Гендерная структура наркологических расстройств у лиц исследуемой
группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя F10.1	7	9,7	18	16,7	25	13,9
Синдром зависимости от алкоголя F10.2	5	6,9	67	62,0	72	40,0
Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (мефедрон) F15.1	10	13,9	3	2,8	13	7,2
Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон) F 15.2	22	30,6	2	1,8	24	13,3
Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) F.19.2	6	8,3	15	13,9	21	11,7

Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) F.19.2	22	30,6	3	2,8	25	13,9
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

Таким образом, у женщин исследуемой группы с РСП преобладали наркологические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (синдром зависимости от алкоголя-F10.2 и пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя - F10.1. У лиц мужского пола исследуемой группы преобладали наркологические расстройства, связанные с употреблением наркотических средств (табл. 3.2).

Таблица 3.3

Возраст первой пробы употребления ПАВ у лиц исследуемой
группы с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Возраст первой пробы употребления алкоголя						
До 14 лет	56	77,8	91	84,3	147	81,7
15-16 лет	14	19,4	14	13,0	28	15,6
17-18 лет	2	2,8	3	2,8	5	2,8
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0
Возраст первой пробы употребления наркотиков						
До 14 лет	27	65,9	14	63,6	41	65,1
15-16 лет	13	31,7	8	36,4	21	33,3
17-18 лет	1	2,4	0	0	1	1,6
Всего	41	100,0	22	100,0	63	100,0

Первые пробы ПАВ чаще и без гендерных отличий ($p>0,05$) приходились на возраст до 14 лет и были связаны с употреблением алкоголя ($p<0,01$). Достоверно реже первые пробы алкоголя пришлись на более старший возраст: 15-16 лет – у каждого пятого мужчины и у каждой седьмой женщины РКС; 17-18 лет – в единичных случаях и только у мужчин (табл. 3.3).

Первые пробы наркотиков по сравнению с первыми пробами алкоголя пришлось на более поздний возраст: до 14 лет впервые попробовали алкоголь две трети мужчин и женщин; остальные - в 15-16 лет и в единичных случаях в только 17-18 лет у мужчин, без статистической значимости ($p>0,05$) (табл.3.3).

У каждого шестого мужчины и у каждой второй женщины исследуемой группы алкоголь в дальнейшем оставался основным ПАВ, употребление которого приводило к формированию наркологических расстройств.

У 22,8% мужчин употребление алкоголя затем сочеталось с употреблением наркотических средств, у женщин это наблюдалось в 2 раза реже (12,2%).

Таблица 3.4

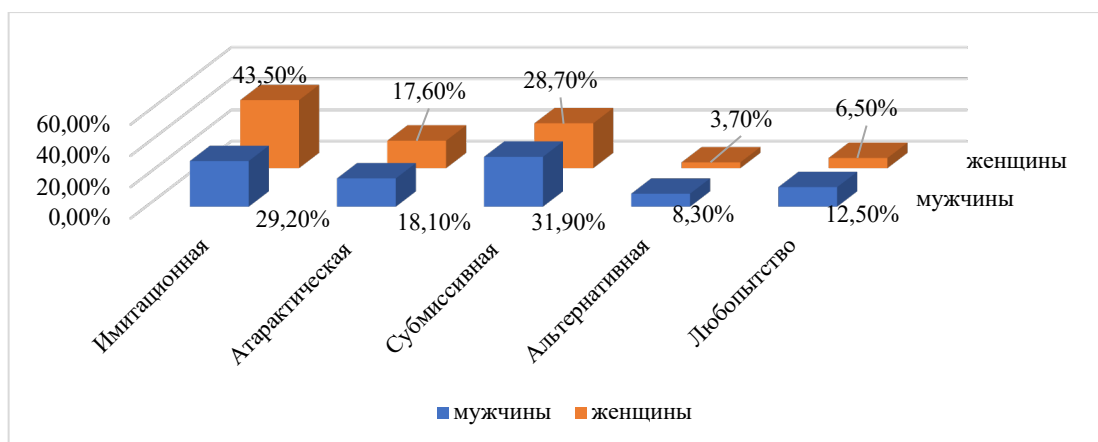
Вид первого употребляемого наркотического средства у лиц исследуемой группы

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Каннабиноиды	23	56,1	10	45,5	33	52,4
Психостимуляторы	18	43,9	12	54,5	30	47,6
Всего	41	100,0	22	100,0	63	100,0

Первые пробы наркотиков были связаны с употреблением каннабиноидов или психостимуляторов без гендерных различий ($p>0,05$) (табл.3.4).

Диаграмма 3.4

Мотивация первых проб ПАВ у лиц исследуемой группы



Таким образом, первые пробы ПАВ и у мужчин, и у женщин с РСП чаще приходились на возраст до 14 лет и были связаны с употреблением алкоголя. Мужчины начинали употреблять алкоголь достоверно в более старшем возрасте. В отличие от женщин, у которых в половине случаев алкоголь оставался единственным употребляемым ПАВ, мужчины в дальнейшем переходили на употребление наркотических средств или к сочетанному употреблению ПАВ. Употребление наркотиков мужчины незначительно чаще начинали с употребления психостимуляторов, а женщины - с каннабиноидов.

Первые пробы ПАВ чаще происходили под влиянием микросоциального окружения. У мужчин они чаще были связаны с имитационной (подражание старшим или авторитетным сверстникам или сексуальному партнеру – 21;29,2%) и субмиссивной (23;31,9%) мотивацией и достоверно реже – с атактической (нейтрализация отрицательных эмоциональных переживаний – 13;18,1%; $p<0,01$), с любопытством (9;12,5%; $p<0,01$) и в единичных случаях – как альтернативные реакции (протест против родителей, учителей – 6;8,3%; $p<0,01$) (типы преобладающей мотивации употребления ПАВ описаны по классификации В.Ю. Завьялова, 1990). У женщин первые пробы ПАВ чаще были связаны с имитационной формой мотивации (47;43,6%) и достоверно реже - с субмиссивной (31;28,7%; $p<0,01$), атактической (19;17,6%; $p<0,01$) мотивацией, с любопытством (7;6,5%; $p<0,01$) и альтернативными реакциями (4;3,7%) (Диаграмма 3.4).

Таблица 3.5

Мотивация употребления ПАВ к периоду данного исследования у лиц с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Снятие напряжение после секса с клиентом	7	9,7	13	12,0	20	11,1
Снятие напряжение до начала секса с клиентом	21	29,2	35	32,4	56	31,1

Повышение выносливости во время секса	17	23,6	13	12,0	30	16,7
По просьбе клиента	5	6,9	9	8,3	14	7,8
Нейтрализация отрицательных эмоциональных переживаний	22	30,6	38	35,2	60	33,3
Всего	72	100,0	108	100,0	180	100,0

К периоду настоящего исследования в большинстве случаев употребление ПАВ было связано с аддиктивной (97;54,0%) и атактической (32;17,8%) мотивацией без заметных гендерных отличий.

Среди субъективных причин употребления ПАВ на период проведения настоящего исследования были названы (табл. 3.5):

1. Нейтрализация субъективно дискомфортных эмоциональных переживаний, связанных с оказанием коммерческих сексуальных услуг (60; 33,3%). Причем с данной целью мужчины (22; 30,6%) по сравнению с женщинами (38; 35,2%) реже использовали ПАВ.

2. Снятие эмоционального напряжения до начала занятия сексом с клиентом (56; 31,1%). Примерно треть обследованных (мужчины - 21; 29,2%; женщины - 35; 32,4%) сообщили о наличии эмоционального напряжения вследствие постоянного воздействия профессиональных стрессирующих факторов: опасность заражения инфекциями передаваемыми половым путем, физическое насилие, психологическая травма, стигматизация и др. Эмоциональное напряжение возникало чаще появления чувства отвращения к клиенту, вины и стыда

Употребление ПАВ с целью нейтрализации отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с предоставлением коммерческих сексуальных услуг, наблюдалось не только при первом употреблении ПАВ, но и при последующих сексуальных контактах. Это объяснялось тем, что лица исследуемой группы с РСП болезненно переживали род своей деятельности, испытывали чувство стыда и страха перед своими родственниками и знакомыми, от которых скрывали свое занятие проституцией.

3. Для повышения физической и психологической выносливости во время занятий групповым многочасовым сексом (30; 16,7%). С этой целью мужчины (17; 23,6%) по сравнению с женщинами (13; 12,0%) почти в два раза чаще использовали ПАВ.

4. Снятие эмоционального напряжение после секса с клиентом (20; 11,1%).

5. По просьбе клиента (14; 7,8%) (табл.3.5).

Актуальное психофизическое состояние и жалобы на состояние здоровья при обращении за специализированной наркологической помощью в ЦПСЗЗ различались у лиц с РСП с различными наркологическими расстройствами.

Таблица 3.6

Характер жалоб лиц с алкогольной зависимостью при обращении к врачу
психиатру-наркологу

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Сильное желание употребить алкоголь	22	71,0	43	50,0	65	55,6
Утрата количественного и ситуационного контроля	5	16,1	24	27,9	29	24,8
Состояние физиологического неблагополучия после употребления алкоголя	4	12,9	19	22,1	23	19,7
Всего	31	100,0	86	100,0	117	100,0

Лица с синдром зависимости от алкоголя (F10.252) (89;49,4%) предъявляли жалобы на патологическое влечение к алкоголю (65; 55,6%), на психофизические расстройства в рамках синдрома отмены алкоголя (23;19,7%), утрату количественного и ситуационного контроля при употреблении алкоголя (29; 24,8%) (табл. 3.6).

Мужчины (4;12,9%) в отличие от женщин (17;19,8%) достоверно реже ($p<0,01$) отмечали наличие у них ИППП, развитие которых они связывали с незащищенным половым контактом в состоянии алкогольного опьянения.

Таблица 3.7

Клинические варианты синдрома отмены алкоголя у лиц с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Психопатологический	9	52,9	26	51,0	35	51,5
Соматоформный	8	47,1	24	47,0	32	47,0
Неврологический	0	0	1	2,0	1	1,5
Всего	17	100,0	51	100,0	68	100,0

Выявлялись типичные для синдрома зависимости от алкоголя (F10.252) психофизические расстройства:

1) средний уровень суточной толерантности к алкоголю: при употреблении вина достигала от 400,0 мл до 1,0 литра за сутки; при употреблении светлого пива - от 2,0 до 4,0 литров за сутки, при употреблении крепкого алкоголя - от 400,0 мл до 500,0 мл в сутки;

2) наличие запойной формы употребления алкоголя продолжительностью от 2 до 7 дней (2-3 дня у 26;38,2%; до 4 дней - у 16;23,5%; до 5 дней - у 12;17,6%; до 7 дней - у 10;14,7%; более 7 дней - у 4;5,9% РКС, причем только у женщин) и с периодичностью 2-3 раза в месяц (36;52,9%);

3) синдром отмены алкоголя с бессонницей, тревогой, дисфорическими реакциями (35;51,5%), головной болью, головокружениями, тошнотой, потливостью, астенией (24;35,3%), диспепсическими расстройствами (8;11,8%) и в единичных случаях (1;1,5%) и только у мужчин с судорожным синдромом.

Синдром отмены алкоголя (F10.3) чаще протекал по психопатологическому (бессонница, тревога, дисфория) или соматоформному (головная боль, головокружения, тошнота, потливость, астения, диспепсические расстройства) вариантам (8;47,1%; 24;47,0%) без достоверной разницы по группам исследования. У одной женщины (1;1,5%) в структуре синдрома отмены алкоголя наблюдались эпилептические припадки (F 10.31) (табл.3.7).

Таблица 3.8

Регулярность употребления алкоголя у лиц с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Продолжительность эпизодов употребления алкоголя						
По 2-3 дня	7	41,2	19	37,3	26	38,2
По 3-4 дня	5	29,4	11	21,6	16	23,5
По 4-5 дней	3	17,6	9	17,6	12	17,6
5-7 дней	2	11,8	8	15,7	10	14,7
Систематическое употребление	-	-	4	7,8	4	5,9
Всего	17	100,0	51	100,0	68	100,0
Регулярность алкогольных запоев						
1-2 раза в месяц	6	35,3	15	29,4	21	30,9
2-3 раза в месяц	7	41,2	29	56,9	36	52,9
Каждые 3 месяца	4	23,5	7	13,7	11	16,2
Всего	17	100,0	51	100,0	68	100,0

Длительность алкогольных запоев не имела гендерных различий ($p>0,05$). Чаще наблюдались алкогольные запои длительностью 2-3 дня (26;38,2%), реже – по 3-4 дня (16;23,5%), по 4-5 дней (12;17,6%), до 7 дней (10;14,7%) (табл.3.8).

Запои возникали с кратностью 2-3 раза в месяц (36;52,9%), реже - 1-2 раза в месяц (21;30,9%), каждые 3 месяца (11;16,2%). Достоверных различий по продолжительности и частоте запоев по группам исследования не выявлено табл. 3.8).

Потребители **психостимуляторов** («Пагубное употребление мефедрона; F15.1; 13;7,2%; синдром зависимости от мефедрона; F 15.252; 24;13,3%) при обращении к врачу психиатру-наркологу отмечали наличие у них ИППП, инфицирование которыми связывали с незащищенным сексом в состоянии наркотического опьянения (18;48,7%), причем лиц мужского пола это беспокоило меньше (5;15,8%), чем женщин (3;60,0%).

При обращении к врачу психиатру-наркологу мужчины с синдромом зависимости от мефедрона (F 15.252) достоверно чаще, чем женщины отмечали абстинентные расстройства (мужчины – 19;46,3%; женщины – 6;27,3%), рост

суточной толерантности (мужчины – 10;24,4%; женщины – 2;9,1%), патологическое влечение к ПАВ (мужчины – 5;12,2%; женщины -1;4,5%).

Психостимуляторы употреблялись преимущественно интраназально (39;83,3%) и в единичных случаях и только мужчины употребляли их внутривенно (2;4,3%) и внутримышечно (1;2,1%).

Рост толерантности у лиц исследуемой группы обеспечивался увеличением частоты приема в период серии, вплоть до круглосуточного введения, разовая доза существенно не увеличивалась и находилась на уровне 0,25-0,5 г, суточная доза могла достигать до 2,5-3,0 г.

Частота употребления психостимуляторов была различной: лица с пагубным (с вредными последствиями) употреблением мефедрона (F15.1) один раз в два-четыре месяца (8;12,7%); лица с синдромом зависимости от мефедрона (F 15.252) употребляли психостимуляторы 1-2 раза в месяц (35; 55,63%).

Психостимуляторы употреблялись с различной продолжительностью. Лица с пагубным употреблением мефедрона (F15.1) употребляли их от 1 до 2 дней (16; 66,7%). У лиц с синдромом зависимости от мефедрона (F15.252) длительность употребления была большей продолжительности: от 2 до 3 дней – 37;60,0%; от 3 до 4 дней – 16;26,7%; от 4 до 5 дней – 8;13,3%.

В период воздержания от употребления психостимуляторов наблюдались жалобы на нарушения памяти на недавние события.

Таблица 3.9

Клинические варианты синдрома отмены психостимуляторов у лиц с РСП

	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Психопатологический	9	69,2	2	100,0	11	64,7
Соматоформный	3	23,1	0	0	3	17,6
Неврологический	1	7,7	0	0	1	11,8
Всего	13	100,0	2	100,0	15	100,0

Синдром отмены стимуляторов развивался через 12-24 часа после последнего их употребления и достигал максимальной выраженности на 2-4 сутки.

Длительность синдрома отмены составляла от 7 до 14 дней. Клинически синдром отмены проявлялся апатией, астенией, психомоторной заторможенностью, головной болью, головокружением, снижением аппетита и сексуальной активности, нарушением сна при практически полной дезактуализации синдрома патологического влечения, редко – тремором кистей и дизартрией (табл. 3.9).

У 21 пациента исследуемой группы (11,7%) был выявлен «Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания» (F.19.252 «Н»); (6;8,3% у мужчин и 15;13,9% у женщин) и «Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания» (F.19.252 «Н») 25,13,9% (22;30,6% - мужчины; 3;2,8 - женщины).

Лица с РСП редко обращались за медицинской помощью. Они объясняли это переживанием стыда за свой образ жизни и род занятий. Из 180 обследованных лиц до обращения в ЦПЗП за специализированной наркологической помощью обращались только 10% пациентов. Обращения были в частные наркологические клиники. Причем мужчины (5;6,9%) по сравнению с женщинами (13;12,0%) достоверно реже обращались за наркологической помощью ($p < 0,01$).

Большинство обследованных лиц заявили о готовности обратиться за наркологической медицинской помощью в государственное учреждение, но только при условии соблюдения строгой анонимности обращения и отсутствии взятия под диспансерное наблюдение (мужчины - 22; 30,6%; женщины - 43; 39,8%).

При этом многие лица заявили о готовности обратиться в частные медицинские центры или к частнопрактикующим врачам психиатрам-наркологам, что они связывали со следующими обстоятельствами: отсутствие документов; отсутствие информации о доступных приезжим государственных медицинских учреждениях Москвы; невозможность обратиться за медицинской помощью в дневное время из-за ночного образа работы; недоверие государственным медицинским службам.

Часть обследованных лиц сообщили, что не будут обращаться в медицинские организации за наркологической помощью и попытаются решить проблемы, связанные с употреблением ПАВ, самостоятельно (11;15,3%; 27;25,0%).

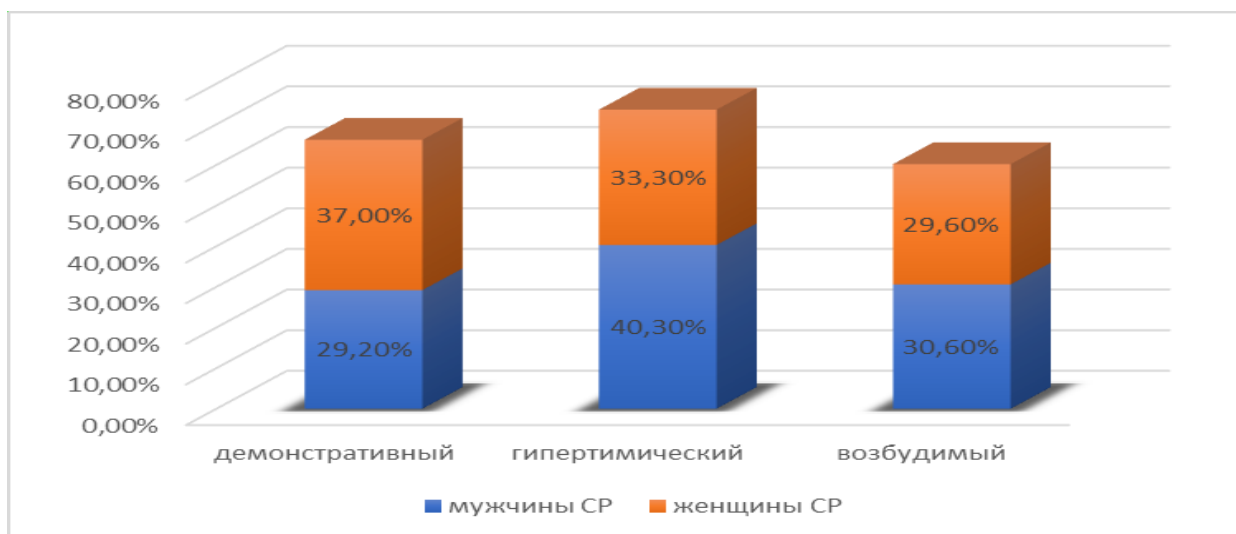
Среди факторов, которые препятствовали обращению за специализированной наркологической помощью, были названы следующие:

- значительные временные затраты на лечение, препятствовавшие продолжению занятий проституцией;
- сомнения в эффективности лечения наркологического расстройства;
- отрицание наличия наркологического расстройства;
- субъективная потребность в употреблении ПАВ для преодоления субъективно неприятных и сложных аспектов занятия проституцией;
- низкая мотивация к лечению и реабилитации;
- страх перед лицами, контролирующими бизнес, связанный с проституцией (т.н. «смотрящие»);
- отсутствие финансовых накоплений, необходимых на время участия в программе реабилитации.

Для диагностики у лиц исследуемой группы с РСП типа акцентуации личности применялся опросник Шмишека (диаграмма 3.5).

Диаграмма 3.5

Типы акцентуации личности мужчин и женщин с РСП



У 33,9% обследованных (61 человек) был выявлен демонстративный тип акцентуации личности (21 мужчина, 29,2%; 40 женщин, 37,0%): повышенная способностью к вытеснению, демонстративность поведения, легкость в установлении контактов, склонность к лживости, притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, к авантюризму, артистизму, позерству; потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда похвалы. Мужчины и женщины этого типа демонстрировали высокую приспособляемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений), при отсутствии глубоких чувств, обладали патологической способностью к вытеснению нежелательной информации.

В 36,1% случаев (65 человек) встречался гипертимический тип акцентуации личности (29 мужчина, 40,3%; 36 женщин, 33,3%): вспышки гнева, раздражения, особенно при сильном противодействии или неудаче; склонность к аморальным поступкам, повышенная раздражительность, прожектерство; манкирование своими обязанностями; трудно переносили условия жесткой дисциплины монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

В 30,0% случаев (54 человек) встречался возбудимый тип личности (22 мужчины, 30,6%; 32 женщины, 29,6%): недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями, физиологическая импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к хамству и брани, к трениям и конфликтам, в которых сами и являлись активной, провоцирующей стороной. Отмечались низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для них никакой труд не являлся привлекательным, работали лишь по мере необходимости, проявляли такое же нежелание учиться.

Таким образом, клиническая картина потребления ПАВ у лиц исследуемой группы с РСП имела следующие особенности:

Достоверно чаще встречались психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя: (53,9%; «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя»– 13,9% (F10.1), «Синдром зависимости от

алкоголя. Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости» – 40,0% (F10.252)), реже наблюдались психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением наркотических веществ: «Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон) (включая кофеин). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости» (13,3% (F15.252)) и «Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания» (F.19.252 «Н») и «Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (мефедрон) (включая кофеин) (7,2% (F15.1)).

У женщин преобладали наркологические расстройства, связанные с употреблением алкоголя (78,7%): «Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма злоупотребления. средняя (вторая) стадия зависимости» (F10.252) и «Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя» – 79,0% (F10.1). У лиц мужского пола исследуемой группы преобладали наркологические расстройства, связанные с употреблением наркотических средств (83,2%).

Первые пробы ПАВ чаще были связаны с употреблением алкоголя ($p < 0,01$) и чаще и без гендерных отличий приходились на возраст до 14 лет ($p > 0,05$). Женщины по сравнению с мужчинами, хотя и без достоверной разницы, начинали раньше употреблять алкоголь, а мужчины – наркотики ($p > 0,05$).

Наиболее частой мотивацией употребления алкоголя или наркотиков у лиц обоего пола были: аддиктивная (54,0%) и атарактическая (17,8%) мотивация. К периоду проведения настоящего исследования мотивацией употребления ПАВ в большей степени являлась нейтрализация отрицательных эмоциональных переживаний (33,3%) и снятие напряжения перед занятием сексом с клиентом (31,1%).

Обращение за медицинской помощью у лиц с РСП с алкогольной зависимостью было связано с жалобами на патологическое влечение к ПАВ, на синдром отмены ПАВ.

Большинство лиц с РСП обратились бы за наркологической помощью в государственное учреждение только при условии строгой анонимности, отсутствия постановки на наркологический учет (36,1%).

Выявленные клинические особенности психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ у лиц с РСП имеют существенное значение при организации медико-социального сопровождения лиц с РСП, а также осуществления профилактической работы среди лиц с РСП, ориентированной на изменение вектора их социальной активности, снижения употребления ПАВ и распространенности сопряженных с этим заболеваний.

ГЛАВА 4 ПРОГРАММА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВОВЛЕЧЕННЫХ В РИСКОВАННОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

4.1 Порядок организации программы медико-социального сопровождения

Медико-социальное сопровождение (далее - МСС) осуществлялось в ЦПЗП МНПЦ Наркологии ДЗМ. Участие в программе происходило на бюджетной основе после получения от участников программы информированного добровольного согласия на участие в программе. Вступлению в программу МСС предшествовала первичная беседа врача психиатра-нарколога с пациентом, клиническая оценка психического, соматического и неврологического состояния пациента, оформление пациентом информированного добровольного согласия на участие в программе МСС, ознакомление его с правилами и условиями его участия в программе МСС.

Целью программы МСС было формирование у лиц с наркологическими расстройствами, вовлеченных в РСП, установки на отказ от употребления ПАВ и нормативного вектора социальной активности.

Задачами программы МСС были:

- Формирование и поддержание мотивации и приверженности к участию в программе МСС;
- Формирование и поддержание у пациентов установки на изменение своего поведения за счет отказа от употребления ПАВ;
- Максимально возможное восстановление психического, физического и социального статуса пациентов;
- Реконструкция социальной активности и формирование нормативного вектора социального поведения.

В соответствии с поставленными задачами программа МСС была направлена на мотивирование пациентов на отказ от употребления ПАВ, осуществление

мероприятий по восстановлению психического и физического здоровья; формирование наркологической грамотности и санитарно-просветительную работу, направленную на формирование навыков и приверженности здоровому образу жизни, осознание вреда и отказ от РСП; оказание по потребности социально-правовой помощи.

В программе было выделено несколько последовательных этапов, которые были направлены на решение различных, но связанных между собой задач:

1) этап формирования мотивации к изменению своего поведения, связанного с употреблением ПАВ и РСП, и приверженности к участию в программе МСС как механизма реализации этого изменения;

2) этап личностной реконструкции, целью которого был отказ у лиц исследуемой группы от деструктивных и формирование конструктивных навыков и умений, необходимых для ведения здорового образа жизни;

3) этап личностного развития (роста), целью которого было формирование у пациентов комплексной системы ценностей и личностных ориентаций, обеспечивающих дальнейшее конструктивное психическое, психологическое, физическое и социальное функционирование и развитие.

Программа МСС осуществлялась в амбулаторных условиях и включала медицинскую помощь (медикаментозная терапия, психотерапия, психообразование) и все формы оказания социальной и правовой поддержки мужчинам и женщинам с наркологическими расстройствами, вовлеченным в РСП (Схема 4.1).

Программа МСС составлялась для каждого пациента индивидуально, чтобы максимально удовлетворять его потребностям, и включала необходимые конкретному пациенту мероприятия, учитывала его личностные особенности, уровень реабилитационного потенциала, особенности мотивации к изменению своего поведения и участию в программе МСС, риски, связанные с удержанием пациента в программе МСС с акцентом на развитие и восстановление тех навыков, которые были утрачены либо недостаточно сформированы вследствие наркологического расстройства, а также гендерные и возрастные характеристики

пациента, вид употребляемого ПАВ и мотивы его употребления, клинические особенности наркологического расстройства.

Схема 4.1

Основные компоненты программы медико-социального сопровождения



Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ, относятся к биопсихосоциодуховным расстройствам, развитие и формирование которых связано с комплексом биологических, клинических, психологических, социальных и духовных факторов, этиопатогенетическое значение которых различно на последовательных этапах формирования наркологического расстройства. В связи с этим успех программы МСС определялся эффективной организацией адресных медико-социальных вмешательств, направленных на коррекцию актуальных аспектов биопсихосоциодуховной системы наркологического расстройства.

Медикаментозное лечение являлось неотъемлемой частью медицинского сопровождения в программе МСС и проводилось в амбулаторном режиме согласно клиническим рекомендациям и стандартам оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» на всех последовательных этапах комплексного лечебно-реабилитационного процесса: лечение интоксикации ПАВ, синдрома отмены ПАВ, резидуальных психических и соматоневрологических расстройств, в том числе купирование патологического влечения к ПАВ; медицинская реабилитация.

В процессе реализации программы МСС пациентам прививалась наркологическая грамотность, необходимые знания и умения для предупреждения возобновления употребления ПАВ и поддержания здорового образа жизни. Формировалось критическое отношение к своему психическому, физическому, психологическому состоянию и социальному поведению, преодолевалась анозогнозия. Больных обучали альтернативным умениям и навыкам преодоления деструктивного поведения, связанного с употреблением ПАВ: навыки рефлексии и саморегуляции, планирования своих действий и своей жизни и принятия конструктивных решений, создания своего экологичного жизненного пространства, асертивности, произвольности, социальной наблюдательности, навыки противостояния негативному влиянию социального окружения, навыки ответственного и социально нормативного поведения, конструктивного взаимоотношения с окружающими.

Социальная поддержка по запросу пациента включала помощь в оформлении документов, в трудоустройстве, продолжении образования, правовой помощи в защите прав и законных интересов, организовывалось взаимодействие с различными государственными и негосударственными учреждениями по вовлечению пациентов в программы социальной реабилитации и (или) оказанию им и их семьям различных видов социальной помощи.

Программа МСС была рассчитана на 12 месяцев и включала не менее 24 посещений специалистов отделения социально значимых заболеваний Центра профилактики зависимого поведения по заранее установленному графику:

- Не менее 12 визитов к врачу психиатру-наркологу в установленное рабочее время с 9:00 до 17:00 с понедельника по пятницу;
- Не менее 24 психотерапевтических и психокоррекционных занятий, проводившихся врачом-психотерапевтом и (или) медицинским психологом в установленное рабочее время с 9:00 до 17:00 с понедельника по пятницу;
- Не менее 6 посещений специалиста по социальной работе и (или) социального работника при наличии проблемных жизненных обстоятельств или тяжелой жизненной ситуации пациента для решения имеющихся социальных проблем.

Для эффективной реализации программы требовалось:

- 1) организация полипрофессиональной бригады специалистов (врач психиатр-нарколог, врач психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и социальный работник, волонтеры) для реализации комплексных терапевтических вмешательств, направленных на конструктивное изменение функционирования пациентов на психическом, психологическом, соматоневрологическом и социальном уровнях;
- 2) использование доказавших свою эффективность реабилитационных технологий, обеспечивающих необходимые конструктивные изменения в мотивационной, когнитивной, эмоционально-волевой сферах личности пациентов;
- 3) мониторинг всех компонентов биопсихосоциодуховной конструкции наркологического расстройства с динамической фиксацией всех происходящих в ней терапевтических изменений посредством сбора, обобщения и анализа информации о пациенте для принятия в процессе реализации программы корректирующих решений.

Врачом психиатром-наркологом осуществлялось медикаментозное лечение и психотерапия наркологического расстройства и динамический контроль психофизического состояния пациентов, их поведения, соблюдения ими терапевтических назначений и режима воздержания от употребления ПАВ.

Врачом психотерапевтом и медицинским психологом проводились психотерапевтические и психокоррекционные занятия индивидуально и в мини

группах по 3-4 человека продолжительностью от 1,5 до 2 часов. Групповые занятия проводились в открытой форме с постоянным обновлением состава участников по мере завершения пациентами курса программы МСС и вступлением в программу новых участников. Целью групповой работы было осознание, раскрытие и переработка имеющихся у больных проблем, внутриличностных и межличностных конфликтов, а также коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основании анализа и использования межличностного взаимодействия для изменений на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровне.

Специалисты по социальной работе и социальный работник заключали с пациентами договор о социальном сопровождении, составляли социальный паспорт семьи, индивидуальные программы социального сопровождения пациентов. По запросу пациентов была организована помощь в оформлении документов, трудоустройстве, продолжении образования, защите прав и законных интересов пациентов.

Социально-психологическое сопровождение представляло собой систему мероприятий по созданию условий для восстановления нарушенной семьи и личности сопровождаемого, эффективного выполнения им и его семьей своих основных функций.

Было организовано психообразование пациентов и лиц из ближайшего окружения, которое помимо формирования наркологической грамотности включало формирование у пациентов навыков самостоятельного планирования своей жизни и дня.

Также к работе с пациентами в программе МСС привлекались волонтеры, большая часть которых была из числа бывших потребителей ПАВ. Волонтеры вовлекались для оказания пациентам психологической поддержки с опорой на собственный опыт преодоления наркологического расстройства и сохранения трезвости и помощи в социальной адаптации.

В процессе индивидуальной и групповой работы анализировались следующие вопросы:

1) личностные особенности пациента, проявляющиеся в социальной сфере его жизни, психологические механизмы защиты, копинг-стратегии;

2) особенности реагирования в общении с другими людьми, проживании стресса, конфликтов, сложности принятия решений и ответственности за свой выбор, аутодеструктивные тенденции, когнитивные искажения;

3) проблемы семейных отношений (семейные роли, сценарии, деструктивные установки, неэффективные инструменты и стратегии поведения в конфликте);

В процессе групповых и индивидуальных занятий использовались следующие методики:

1) мотивационное консультирование;

2) когнитивно-поведенческая психотерапия;

3) семейная психотерапия;

4) психокоррекционные вмешательства с использованием методик рационального, когнитивно-бихевиорального, экзистенциального и др. подходов, техник арт-терапии, элементов психодрамы, гештальт-терапии, транзактного анализа, релаксационных упражнений;

5) тренинги развития социальных навыков;

6) психообразование;

7) домашние задания и их обсуждение;

8) фильмотерапия с использованием тематического видеоматериала.

Большинство лиц исследуемой группы, которые включились в программу МСС, периодически высказывали намерение покинуть программу. В связи с этим со всеми участниками исследования с первого дня их включения в программу проводилось мотивационное консультирование, по результатам которого большинство пациентов продолжили свое участие в программе. Тематические занятия по мотивационному консультированию организовывались врачами психотерапевтами и (или) медицинскими психологами сначала ежедневно, по мере формирования и укрепления комплаенса реже (не реже одного раза в неделю) в традиционной методологии с использованием основных процессов коммуникации: открытые вопросы, аффирмации, активное слушание и резюмирование (Дроздова

Л.Ю. с соавт, 2020). Также элементы мотивационного консультирования включали в свою работу все члены полипрофессиональной бригады.

Мотивационное консультирование было организовано по «транстеоретической» модели, в основу которой положены следующие принципы:

- 1) изменения поведения являются процессом, а не событием;
- 2) незаинтересованность пациента в изменениях является обычной частью цикла изменения и не должно расцениваться как основание для отказа пациенту в медицинских вмешательствах;
- 3) пациент, который предпринимает усилия для изменения своего деструктивного поведения находится в качественно иной и более преимущественной ситуации по сравнению с пациентом, который таких усилий не предпринимает;
- 4) отношение пациента к изменению обычно неоднозначно, и посредством различных вмешательств необходимо уменьшить неоднозначное отношение к проблеме и повысить готовность к изменению.

Таким образом, формирование мотивации к участию в программе и к изменению своего деструктивного поведения рассматривалось как динамический процесс, и при проведении мотивационного консультирования учитывались все актуальные для пациента мотивы и побуждения, связанные с его деструктивным поведением, а даже неустойчивое осознание пациентом вреда от своего поведения расценивалось как качественно иная и принципиально более позитивная ситуация по сравнению с ситуацией, когда пациент не проявлял данного осознания или озабоченности.

В процессе мотивационного консультирования учитывалось, что установки на включение в программу МСС, на отказ от употребления ПАВ и на отказ от участия в секс-бизнесе формируются не сразу, не одновременно, не содружественно, но поэтапно:

- 1) первоначально формируется мотивация на получение краткосрочной медицинской помощи для купирования фазных наркологических расстройств

(состояние интоксикации ПАВ, синдром отмены ПАВ, психотическое состояние, связанное с употреблением ПАВ);

2) в последующем под влиянием целенаправленного мотивационного воздействия может сформироваться установка на отказ от употребления ПАВ;

3) и лишь потом может сформироваться установка на достижение позитивных социально-значимых целей, которая основана на осознании того, что позитивные изменения в собственной жизни возможны только на условиях полной трезвости.

Таким образом, в соответствии с динамикой мотивационных процессов у пациентов с наркологическими расстройствами при проведении мотивационных занятий учитывались взаимосвязь структуры личности пациента с его поведением, с особенностями его реагирования на имеющееся у него наркологическое расстройство, биопсихосоциодуховную природу наркологического расстройства, его стадию и актуальную фазу течения.

Психокоррекционные вмешательства были организованы в формате индивидуальной работы, работы в парах или в групповом формате и включали устные, письменные, рисуночные или игровые тренинговые двигательные задания.

Упражнения для групповых занятий индивидуально подбирались специалистами программы в зависимости от актуального состояния пациентов, состава группы, запроса участников и тематики занятия. Основными для включения являлись следующие блоки упражнений: знакомство и сплочение; получение обратной связи (каким меня видят другие); раскрытие чувств и самоанализ; снятие напряжения и релаксация; формирование позитивного будущего; по теме пройденного лекционного материала; коммуникативные навыки; личностный рост.

Важное значение имело психообразование, которое в мировой практике является наиболее распространенной формой работы с больными с различными формами зависимости от ПАВ (Redonna K.C. et al., 2009; Боярская Е.С., 2020) и было направлено на формирование у больных осознанного отношения к вопросам, касающимся РСП и наркологического расстройства.

Обязательный информационный еженедельный блок включал мини-лекции по следующим вопросам: 1) Семейные роли и сценарии; 2) треугольник Карпмана; 3) профессиональное самоопределение и необходимые навыки (составление резюме, прохождение собеседования); 4) границы личности; 5) любовь к себе; 6) негативное мышление; 7) компульсивное поведение; 8) процесс срыва; 9) механизмы защиты; 10) потребности; 11) планирование и тайм-менеджмент.

Важной частью программы МСС являлось формирование у пациентов навыков самопомощи. Все пациенты выполняли упражнения и домашние задания, направленные на укрепление мотивации к участию в программе МСС. Блок домашних заданий включал самостоятельные ответы больных на вопросы с последующим групповым обсуждением их с терапевтом (Приложение 1). Все пациенты выполняли упражнения и домашние задания (например, «Дневник самоанализа», направленные на укрепление мотивации к участию в программе МСС и к запланированным изменениям поведения с последующим их групповым обсуждением под руководством специалиста (врач психиатр-нарколог, медицинский психолог, специалист по социальной работе). После самостоятельного выполнения домашних заданий они представлялись и обсуждались индивидуально со специалистом или в группе с другими участниками программы МСС и врачом психотерапевтом и (или) медицинским психологом.

Фильмотерапия - просмотр и последующее обсуждение художественных или документальных фильмов или тематическая «нарезка» из фильмов, которые раскрывают различных аспекты немедицинского потребления ПАВ, наркологических расстройств, РСП, а также здорового образа жизни.

Целью фильмотерапии было повышение уровня наркологической грамотности пациентов, обучение их навыкам распознавания своих чувств и состояний, обучение критической оценке событий и жизненной ситуации, связанных с употреблением ПАВ и РСП, преодоления возникающих при выздоровлении проблем.

Специально выбранные врачом психотерапевтом фильмы были разделены на две группы: 1) основной список содержал фильмы, иллюстрирующие симптомы,

динамику и социальные последствия потребления ПАВ и РСП, а также возможности их терапии и реабилитации; 2) дополнительный список включал фильмы, затрагивающие морально-нравственные и экзистенциальные проблемы, вопросы поиска «себя», преодоления себя, жертвенности.

Фильмотерапия проводилась в три последовательных этапа:

- 1) просмотр фильма, специально выбранного в соответствии с актуальными потребностями групповой терапии и личностными особенностями участников;
- 2) ответы на мини-интервью, основой которого являлись саморефлексия, идентификация, самодиагностика и осознание возможных альтернатив поведения;
- 3) обсуждение просмотренного фильма, построенное на совокупности приемов, организующих групповую дискуссию по содержанию фильма в целом и ключевых моментов, и направленное на повышение эмоциональной вовлеченности участников и актуализацию их отношения к зависимости от алкоголя/наркотиков, повышение информированности в отношении заболевания, распознавание эффективных и неэффективных моделей поведения в определенных ситуациях, формирование альтернативных способов коммуникации и навыка самоанализа.

Мини-обсуждение фильмов включало следующие вопросы:

1. Похожа ли история героев фильма на Вашу жизнь? Если да, то чем?
2. Как Вы считаете, есть ли заболевание алкоголизм/наркомания у героев фильма? Поясните свой ответ.
3. Какие чувства вызвал у Вас фильм? Поясните свой ответ.
4. Как Вы считаете, зачем этот фильм показывают в рамках Курса социально-психологической работы с химически зависимыми? Достиг ли просмотр фильма этих целей для Вас?
5. Появилось ли у Вас желание что-то поменять в своей жизни?

Участники обсуждали различные сценарии разрешения конфликтных ситуаций, приводили примеры из своей жизни в связи с употреблением ПАВ и РСП в заданном фильмом ракурсе.

В задачу медицинского психолога входило инициирование группового обсуждения и обмен опытом по решению проблем, отраженных в фильме, о возможностях альтернативных стратегий решения сложных, конфликтных ситуаций, исходя из опыта, полученного в программе МСС. Обсуждение кинофрагментов инициировало у участников программы индивидуальные интерпретации происходящего на экране, интроекции и ауторефлексию в отношении себя и своего жизненного опыта, появление возможности «увидеть себя со стороны», задуматься над причинами своей интерпретации и мотивами поведения. Каждый участник групповой фильмотерапии получал свой уникальный опыт работы с собственными чувствами и убеждениями, который являлся как полноценным результатом социально-психологической работы, так и запросом для дальнейшей углубленной индивидуальной психокоррекции.

В процессе фильмотерапии решались следующие задачи социально-психологической работы:

- 1) самоидентификация пациента, идентификация своего поведения и внутреннего состояния с проявлениями зависимого поведения;
- 2) принятие пациентом связи между наличием заболевания и социальными последствиями продолжения употребления ПАВ, и как следствие, необходимость полного отказа от употребления веществ, изменяющих сознание, включая алкоголь;
- 3) преодоление сопротивления и предубеждений в отношении лечения/реабилитации, проявляющихся в виде отрицания, рационализации и других механизмов психологической защиты;
- 4) формирование у пациентов навыков конструктивного и эффективного планирования, построения межличностных коммуникаций, с учетом паттернов зависимого поведения;
- 5) формирование у пациентов навыков построения общения «на равных», обращения за помощью, осознания важности и нужности помощи, предоставляемой в группах само- и взаимопомощи для дальнейшей ресоциализации.

Были отмечены следующие преимущества данного метода для групповой социально-психологической работы:

1) снятие психологических защит и построение доверительных отношений в терапевтической группе, то есть нивелирование барьеров к терапии и лечению химической зависимости;

2) научение исследовать диапазон своих чувств, психоэмоциональных реакций, мотивов и моделей поведения на примере киногероев;

3) помощь киносюжетов в осознании нецелесообразности и неэффективности привычных, зависимых способов взаимодействия с семьей и социальным окружением;

4) обучение способам конструктивного взаимодействия с окружающими через анализ поведения киногероев и обсуждение киноматериалов;

5) предоставление возможности «посмотреть со стороны» на ситуацию, проанализировать возможные выгоды и риски для себя в аналогичной ситуации;

6) повышение мотивации и интереса к социально-психологической работе;

7) развитие творческого потенциала участников и расширение их кругозора. Искусство порождает новые потребности человека – в творчестве, поиске новых форм самовыражения и приобретает приоритет в его ценностно-смысловой и мотивационной сфере. Рождение новой потребности в творчестве и соответствующая трансформация всех жизненных отношений личности становится результатом фильмотерапии и способствует адаптации участников программы МСС в социальной среде.

В результате анализа медицинской документации, динамики психологического состояния участников фильмотерапии, включающего обратную связь и рефлекссию на просмотренные видео материалы, было отмечено повышение конструктивности оценок и высказываний пациентов в отношении событий своей жизни и актуальной ситуации. Просмотр фильмов, отражающих симптоматику и течение синдрома зависимости, вызывал у участников программы МСС актуальную идентификацию с героями, повышал уровень осознания причинно-

следственных связей, что приводило к снижению проявлений анозогнозической симптоматики и повышало мотивацию для обращения за социально-психологической помощью. Обсуждение конфликтных и социально-значимых ситуаций, по отзывам участников программы, привело к изменению отношения ко многим актуальным ситуациям, а также к выбору альтернативных способов решения конфликтов. Участники программы МСС в ходе интервью о значимости фильмотерапии отмечали положительные изменения, в том числе стабилизацию своего эмоционального состояния, улучшение настроения, повышение качества межличностного общения, формирование более конструктивного отношения к своей жизни, снижение уровня агрессии, снижение уровня алекситимии и повышение мотивации к сохранению трезвого образа жизни, а также расширение кругозора.

Программа МСС также включала **работу с родственниками** и значимым для пациентов социальным окружением. Поскольку большинство созависимых лиц не были информированы о специфике социальной занятости пациентов, задачи психокоррекционной работы с ними были сконцентрированы на проблеме преодоления наркологического расстройства и на решении социально-бытовых вопросов: 1) восполнение дефицита наркологической грамотности и информации о проблеме созависимости; 2) формирование критического отношения созависимых к своему состоянию и навыков конструктивного решения связанных с этим проблем; 3) вовлечение созависимых в совместную с полипрофессиональной бригадой специалистов деятельность по изменению поведения пациентов; 4) организация гармоничных семейных отношений и нормативной семейной ситуации.

В связи со спецификой работы с лицами с РСП, было затруднительно включать в программу родственников пациентов, однако по запросу родственников пациентов медицинским психологом и психотерапевтом проводились консультации по вопросам созависимости и химической зависимости. Продолжительность семейных встреч составляла до 1,5 часов.

Цель - вовлечение родственников потребителей ПАВ в программу коррекции созависимости для более быстрой и выраженной редукции интенсивности мотивации к употреблению ПАВ у участников программы МСС.

Задачами психокоррекционной работы с родственниками потребителей ПАВ, вовлеченных в РСП, были следующие:

1. Восполнение дефицита информации о проблеме созависимости членами семьи зависимого от ПАВ
2. Формирование критичного отношении созависимых к своему состоянию и эффективное влияние на зависимого от ПАВ
3. Активизация психологических предпосылок личностного роста созависимых вплоть до достижения устойчивой терапевтической ремиссии у зависимого от ПАВ
4. Выведение отношений в семье пациента на функциональный уровень

Близким лицам участников программы также рекомендовалось посещение лекций, групп самопомощи для родственников: Ал-Анон, Нар-Анон, И-Анон, проводимых в центре профилактики социально значимых заболеваний, а в случае необходимости, прохождение реабилитационных программ для созависимых.

Результатом консультирования родственников (значимых лиц) являлось такое изменение внутрисемейных отношений, в результате которых у пациента формировалась установка на лечение и трезвость. Основным показателем эффективности проводимой психокоррекционной работы с родственниками являлась доля пациентов, воздерживающихся от употребления ПАВ и сохраняющих трезвость.

Условия и правила участия лиц исследуемой группы в программе МСС предполагали, обязательный их отказ от употребления каких-либо ПАВ на время участия в программе, в том числе алкоголя и лекарственных средств, не прописанных лечащим врачом; проявления любых форм агрессии; вступления с другими участниками программы в романтические, сексуальные, коммерческие (любые предложения работы и бизнес проекты), финансовые (в т.ч. просьбы дать в долг или займы) отношения, а также политические споры.

Также на весь период участия в программе МСС пациент брал на себя следующие обязательства:

1. Участвовать без пропусков и опозданий в групповых и индивидуальных мероприятиях программы (освобождение от занятий было возможно только по согласованию с сотрудниками программы);
2. Выполнять все задания (в т.ч. домашние) и рекомендации специалистов программы;
3. Соблюдать конфиденциальность и не разглашать информацию личного характера о других участниках программы;
4. По направлению специалиста программы подвергаться контрольным мероприятиям по соблюдению режима трезвости: экспресс-анализ на употребление наркотических средств и психотропных веществ и лабораторные анализы на употребление алкоголя;
5. Не пользоваться мобильными телефонами во время занятий;
6. Бережно относиться к имуществу центра и участников программы;
7. Отказаться от курения в неотведенных для этого местах.

Нарушение трезвости, отказ от прохождения анализа на употребление ПАВ, пропуски занятий, не выполнение заданий и рекомендаций специалистов, причинение вреда другим участникам и их имуществу являлись поводом для отстранения от программы.

4.2 Терапевтическая эффективность программы медико-социального сопровождения по результатам клинико-катамнестического наблюдения

За период с 2020 г. по 2023г. в программу МСС были включены 180 пациентов, из них 108 женщин и 72 мужчины.

Из них:

- завершили программу 88 лиц исследуемой группы (48,9%): 36 мужчин (40,9%) ($p < 0,01$), что составило 50,0% всех участвовавших в исследовании мужчин

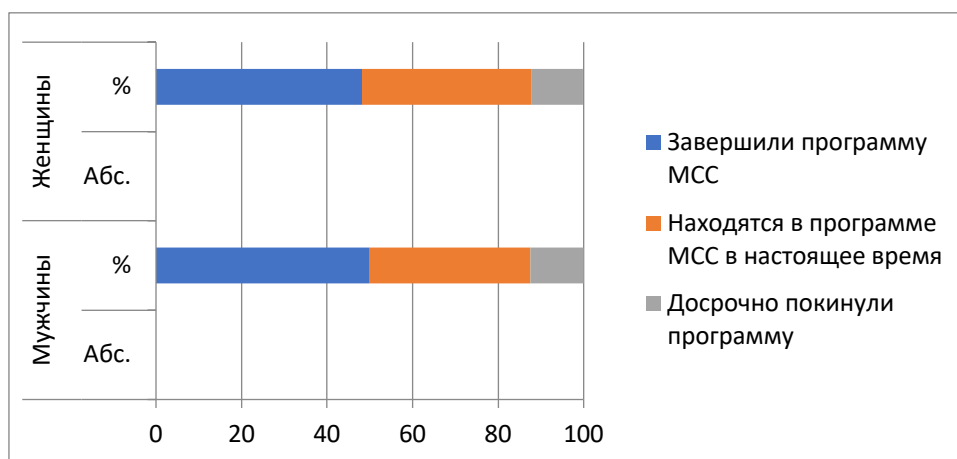
РКС и 52 женщины (59,1%), что составило 48,1% всех участвовавших в исследовании женщин с РКС.

- находятся в программе в настоящее время 70 пациентов: 27 мужчин (38,6%), что составило 37,5% всех участвовавших в исследовании мужчин РКС и 43 женщины (61,4%), что составило 39,8% всех участвовавших в исследовании женщин РКС.

- покинули программу 22 пациента: 9 мужчин (40,9%), что составило 12,5% всех участвовавших в исследовании мужчин РКС и 13 женщин (59,1%), что составило 12,0% всех участвовавших в исследовании женщин РКС (Диагр.4.1).

Диаграмма 4.1

Участие лиц исследуемой группы в программе МСС



Мотивационным компонентом для обращения к врачу психиатру-наркологу и вступление в программу послужили сложности, имеющиеся на сегодняшний день (соматические, психические расстройства, трудности в межличностных отношениях, совершение уголовных правонарушений), которые непосредственно возникли в результате употребления ПАВ. Однако, несмотря на систематически организованное мотивационное консультирование, 22 пациента вышли из программы досрочно: через 2 недели – 8 человек; через один месяц - 6 человек и через 3 месяца программу МСС покинули 5 человек (табл.4.1).

Таблица 4.1

Сроки и причины досрочного выхода лиц из программы МСС

Период нахождения в программе	Количество пациентов						Основная причина выхода из программы
	Мужчины		Женщины		Всего		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Первые две недели	3	33,3	5	50,0	8	42,1	Недостаточная мотивация на выздоровление от зависимости от ПАВ
Один месяц	3	33,3	3	30,0	6	31,6	Недостаточная мотивация на прекращение оказания коммерческих сексуальных услуг
Три месяца	3	33,3	2	20,0	5	26,3	Финансовые причины

В течение первых двух недель участия в программе основной причиной досрочного выхода из программы была недостаточная мотивация на выздоровление в рамках болезни зависимости от ПАВ; через месяц программу покинули участники с недостаточной мотивацией на прекращение оказания коммерческих сексуальных услуг; участники, покинувшие программу МСС через три месяца в качестве основной причины обозначили финансовую – «необходимость зарабатывать деньги» (табл.4.1).

Таблица 4.2

Наркологический диагноз пациентов, досрочно покинувших программу МСС

Диагноз	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма употребления. Средняя (вторая) стадия зависимости F10.252	0	0	6	46,2	6	27,3
Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). Постоянная форма злоупотребления.	5	55,6	6	46,2	11	50,0

Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания. (F.19.252 «Н»)						
Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания. (F.19.252 «Н»)	4	44,4	1	7,6	5	22,7

У всех 22 досрочно покинувших программу пациентов был диагностирован синдром зависимости от ПАВ (F10.252; F19.252 «Н») (табл.4.2), причем у мужчин чаще отмечалась зависимость от наркотических ПАВ (F19.252 «Н»), а у женщин - синдром зависимости от алкоголя (F10.252).

Изучение терапевтической эффективности программы МСС в отношении лиц с наркологическими расстройствами, вовлеченных в РСП, проводилось на трех последовательных этапах (т.н. точки тестирования) в процессе реализации программы МСС:

- тестирование 1 – перед вступлением в программу МСС;
- тестирование 2 – после 6 месяцев участия в программе МСС;
- тестирование 3 – после 12 месяцев участия в программе МСС;
- тестирование 4 – через 12 месяцев после завершения участия в программе.

Оценка эффективности программы МСС проводилась по следующим показателям:

- интенсивность патологического влечения к ПАВ;
- глубина депрессии, оцененная по Шкале депрессии А. Бека;
- уровень тревоги, оцененный по шкале Гамильтона,
- уровень реабилитационного потенциала;
- состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС);
- наличие аддиктивных установок, оцененное по тесту аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA);
- индекс тяжести зависимости;
- показатели социального функционирования (семья, работа, образование).

За период клинико-катамнестического наблюдения (2020 – июнь 2023 г.) из 88 пациентов, которые завершили программы МСС, воздержание от употребления ПАВ в течение не менее 12 месяцев наблюдалась у 60 пациентов (68,2%). Большинство воздержаний от употребления ПАВ пришлось на пациентов, которые прекратили участие в секс-бизнесе (50; 56,8%; $p < 0,01$). При сохранении активности в секс-бизнесе воздержание от употребления ПАВ наблюдалось достоверно реже (10; 11,4%; ($p < 0,01$)).

В процессе участия в программе у пациентов наблюдалась терапевтическая динамика наркологических расстройств, проанализированная на материале 88 пациентов, которые завершили программу МСС.

Оценка интенсивности патологического влечения к алкоголю (далее – ПВА), оценивалось по «Визуально-аналоговой шкале влечения к алкоголю» (VAS). Перед вступлением в программу интенсивность ПВА сильная (7-8 баллов) или сильнейшая (9-10 баллов) была выявлена у 89 (49,4%) пациентов с алкогольной зависимостью (соответственно 22 мужчины и 67 женщин). В процессе участия в программе МСС у всех пациентов с алкогольной зависимостью наблюдалось последовательное снижение интенсивности ПВА.

Перед вступлением в программу у всех у женщин исследуемой группы с РСП наблюдалось ПВА либо умеренной (67,9%) либо легкой (32,1%) степени интенсивности. У мужчин исследуемой группы с РСП наблюдалось ПВА либо умеренной (14,3%) либо легкой (85,7%) степени интенсивности.

Через 6 месяцев участия в программе влечение к алкоголю влечение к алкоголю легкой интенсивности (1-3 балла) было у 3 мужчин исследуемой группы (21,4%) и у 12 женщин исследуемой группы (42,8%); отсутствовала влечение у 11 мужчин исследуемой группы (78,6%) и у 15 женщин исследуемой группы (53,6%).

Через 12 месяцев участия в программе ПВА выявлено только у 1 мужчины исследуемой группы (7,1%) и у 6 женщин исследуемой группы (21,4%), обследованных и только легкой степени интенсивности (диаграмма 4.3; табл.4.3).

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, нами были выявлены статистически значимые различия в

интенсивности патологического влечения к алкоголю у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2), как через 6, так и через 12 месяцев ($p<0,01$)

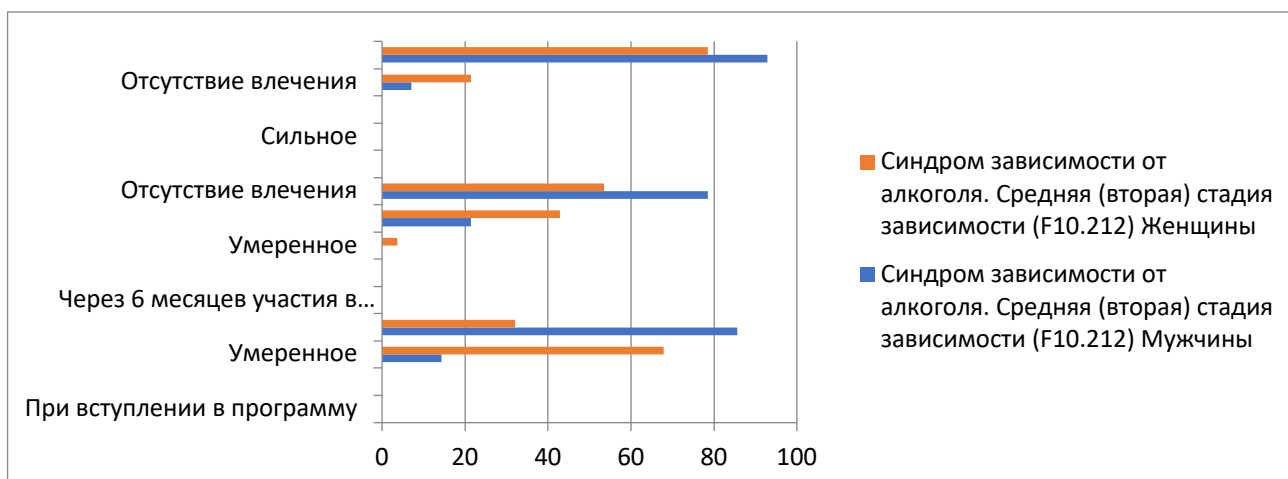
Таблица 4.3

Динамика интенсивности патологического влечения к алкоголю
(по В.Б. Альтшулеру) (N=42)

	Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)		Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)	
	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
При вступлении в программу				
Сильное	0	0	0	0
Умеренное	2	14,3	19	67,9
Легкое	12	85,7	9	32,1
Через 6 месяцев участия в программе				
Сильное	0	0	0	0
Умеренное	0	0	1	3,6
Легкое	3	21,4	12	42,8
Отсутствие влечения	11	78,6	15	53,6
Через 12 месяцев участия в программе				
Сильное	0	0	0	0
Умеренное	0	0	0	0
Отсутствие влечения	1	7,1	6	21,4
Легкое	13	92,9	22	78,6

Диаграмма 4.3

Динамика интенсивности патологического влечения к алкоголю у лиц
исследуемой группы, %



Таким образом, в процессе участия в программе МСС у большинства лиц исследуемой группы с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) наблюдалось последовательное снижение интенсивности ПАВ: перед вступлением в программу наблюдалось ПАВ от легкого (1-3 балла) до умеренного влечения (4-6 баллов). Через 12 месяцев участия в программе МСС до 16,7% лиц отмечали ПАВ легкой интенсивности (1-3 балла), у 78,6% женщин и у 92,9% мужчин ПАВ отсутствовало. При этом терапевтическая динамика ПАВ была более выраженной у мужчин – у них быстрее происходило нивелирование ПАВ ($p < 0,001$).

Таблица 4.4

Динамика интенсивности патологического влечения к наркотикам у мужчин и женщин (по М.А. Винниковой) (N=20)

	Синдром зависимости от других стимуляторов F 15.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) F 19.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) F19.2			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу												
Сильное	2	100	1	100	4	100	6	100	3	100	4	100
Умеренное	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Легкое	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Через 6 месяцев												
Сильное	1	50,0	0	0	1	25,0	2	33,3	1	33,3	3	75,0
Умеренное	1	50,0	1	100	3	75,0	4	66,7	2	66,7	1	25,0
Легкое	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Нет	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Через 12 месяцев												
Сильное	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Умеренное	0	0	0	0	1	25,0	1	16,7	2	75,0	3	75,0
Легкое	2	100	1	100	1	25,0	3	50,0	1	25,0	1	25,0

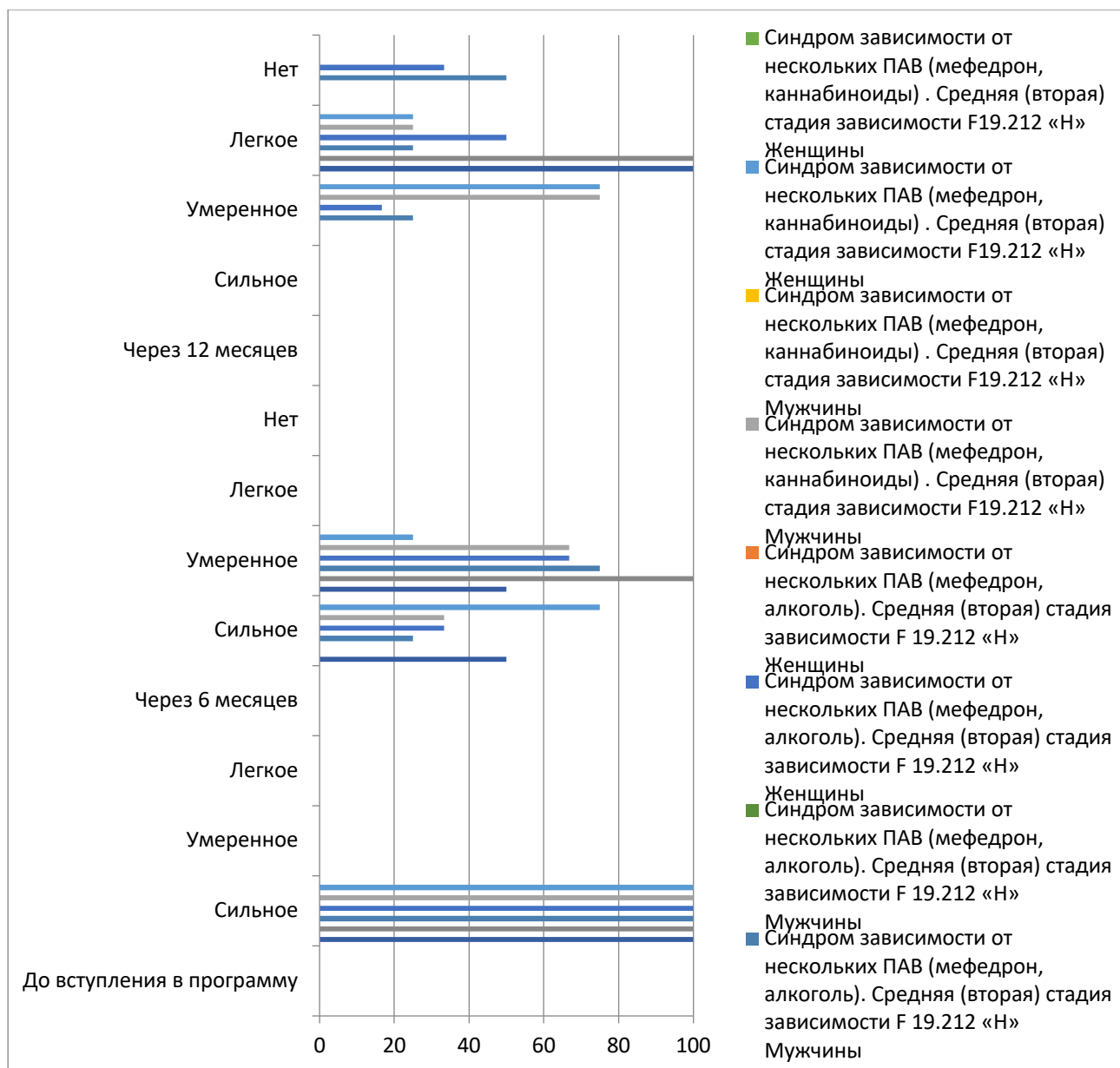
Нет	0	0	0	0	2	50, 0	2	33, 3	0	0	0	0
-----	---	---	---	---	---	----------	---	----------	---	---	---	---

При сравнении результатов, полученных до участия в программе МСС, через 6 и 12 месяцев участия в программе, были выявлены статистически значимые различия в интенсивности патологического влечения к наркотикам у пациентов: с синдромом зависимости от психостимуляторов (F15.2) ($p < 0,05$); синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2) ($p \leq 0,05$). Это говорит о том, что в ходе прохождения программы МСС у большинства пациентов снизилась интенсивность патологического влечения к наркотикам.

Интенсивность патологического влечения к наркотикам, измеренная по «Визуально-аналоговой шкале влечения к наркотику», показала, что перед вступлением в программу МСС наблюдалось влечение к наркотику сильной (7-8 баллов) или сильнейшей (9-10 баллов) интенсивности у всех пациентов с наркотической зависимостью как у мужчин (14; 42,4%), так и у женщин (19; 57,6%) (Табл. 4.4, Диагр. 4.4).

Диаграмма 4.4

Динамика интенсивности патологического влечения к наркотику, %



Таким образом, интенсивность патологического влечения к наркотикам была выше по сравнению с ПВА и при вступлении в программу (влечение сильной степени у всех пациентов; $p < 0,01$) и к ее завершению ($p < 0,01$). Терапевтическая динамика патологического влечения к наркотикам была лучше у мужчин по сравнению с женщинами, а также при зависимости от мефедрона и алкоголя по сравнению с зависимостью от мефедрона и зависимостью от мефедрона и каннабиноидов: к окончанию программы у пациентов с зависимостью

от мефедрона и алкоголя патологическое влечение полностью дезактуализировалось у 50,0% мужчин и у 33,3 % женщин ($p<0,05$). При зависимости от мефедрона отмечалось легкое влечение- у 100% мужчин и у 100% женщин ($p<0,05$), а при зависимости от мефедрона и каннабиноидов ни в одном случае не наблюдалось полной дезактуализации влечения.

Клинико-психометрическое исследование по Шкале депрессии А.Бека у пациентов с наркологическими расстройствами показало, что при первом тестировании до вступления больных в программу МСС умеренная депрессия (сумма баллов по шкале Бека от 22 до 28) была выявлена у всех лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя (табл. 4.5).

Таблица 4.5

Глубина депрессии у лиц с наркологическими
расстройствами, связанными с употреблением алкоголя
(по Шкале депрессии Бека) (N=63)

	Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя F10.1						Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)					
	Мужчины		Женщины		Всего		Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу												
Умеренная	9	100	12	100	21	100	14	100	28	100	42	100
Через 6 месяцев участия в программе												
Умеренная	5	55,6	5	41,7	10	47,6	5	35,7	10	35,7	15	35,7
Легкая	4	44,4	7	58,3	11	52,4	9	64,3	18	64,3	27	64,3
Через 12 месяцев участия в программе												
Легкая	3	33,3	3	15,0	6	28,6	3	11,4	5	17,9	8	19,0
Нет	6	66,7	9	85,0	15	71,4	11	88,6	23	82,1	34	81,0

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев участия в программе, были выявлены статистически значимые различия в глубине депрессии (от умеренной депрессии до вступления в программу до легкой депрессии и до полного отсутствия депрессивной симптоматики спустя 12 месяцев нахождения в программе ММС) у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя у большинства пациентов, как через 6, так и через 12 месяцев ($p < 0,05$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства лиц исследуемой группы снизился уровень депрессии (табл. 4.5).

По мере участия в программе МСС у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, снижалась частота и глубина оцененной по шкале Бека депрессии (Табл.4.6, Диагр.4.5). До вступления в программу у всех пациентов были выявлены депрессивные расстройства. Через 6 месяцев участия в программе МСС частота депрессии не изменилась, а через 12 месяцев участия в программе легкая депрессия наблюдалась только у 28,6% пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) и у 19,0% пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2).

По глубине депрессии: до вступления в программу отмечалась умеренная степень депрессии у всех обследованных лиц. Через 6 месяцев участия в программе изменилась глубина депрессии примерно одинаково у лиц с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) и с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2). Через 6 месяцев участия в программе умеренная депрессия сохранялась у 47,6% лиц с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) и у 35,7% лиц с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2), а легкая депрессия отмечалась у 52,4% пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) и 64,3% с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) (сумма баллов по шкале Бека составляла от 10 до 15). Через 12 месяцев участия в программе легкая депрессия сохранялась только у 28,8% лиц с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) и 19,0%

лиц с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) (сумма баллов по шкале Бека составляла от 4 до 9) (Табл. 4.6, диагрм.4.6).

Диаграмма 4.6

Терапевтическая динамика глубины депрессии у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя
(по шкале депрессии А. Бека)

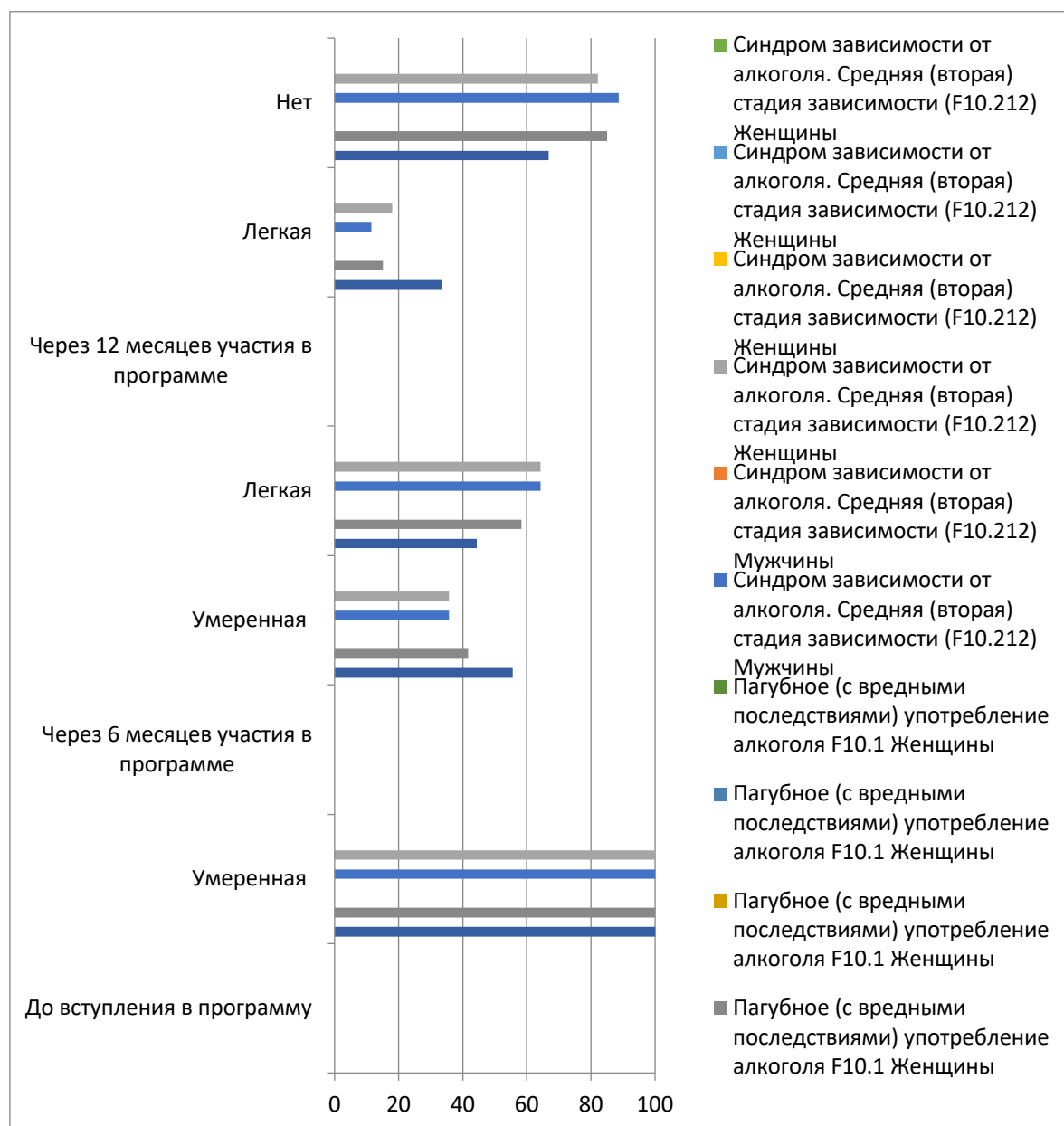


Таблица 4.6

Глубина депрессии у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств
(по Шкале депрессии Бека) (N=25)

	Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (мефедрон) F15.1				Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон) F 15.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). F 19.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) F19.2			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу																
Умеренная	4	100	1	100	2	100	1	100	4	100	6	100	3	100	4	100
Через 6 месяцев участия в программе																
Умеренная	3	75,0	1	100	2	100	1	100	1	25,0	2	33,3	1	33,3	3	75,0
Легкая	1	25,0	0	0	0	0	0	0	3	75,0	4	66,7	2	66,7	1	25,0
Через 12 месяцев участия в программе																
Легкая	1	25,0	1	100	2	100	1	100	3	75,0	1	16,7	2	66,7	1	25,0
Нет	3	75,0	0	0	0	0	0	0	1	25,0	5	83,3	1	33,3	3	75,0

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, были выявлены статистически значимые различия в глубине депрессии у большинства лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков: пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) ($p < 0,05$); синдром зависимости от других стимуляторов (F15.2) ($p < 0,001$); синдромом зависимости от нескольких ПАВ

(мефедрон, алкоголь) (F19.2) ($p < 0,001$); синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (F19.2) ($p < 0,05$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства пациентов наблюдалось снижение уровня депрессии уже через полгода после вступления в программу МСС.

У лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением наркотических средств, в том числе с их сочетанным употреблением, глубина депрессии к периоду вступления в программу определялась как умеренная у всех пациентов, затем она последовательно снижалась как через 6, так и через 12 месяцев участия в программе: медленнее при пагубном употреблении психостимуляторов (F15.1), быстрее – при синдроме зависимости от других стимуляторов (F15.2) (Табл.4.7).

До вступления в программу у всех пациентов выявлена умеренная депрессия, а к окончанию программы у большинства пациентов всех групп исследования депрессии не обнаружено. При этом терапевтическая динамика депрессии у мужчин была лучше, чем у женщин при алкогольной зависимости (к завершению программы отсутствие депрессии у 88,6% мужчин и 60,7% женщин ($p < 0,05$) и при пагубном употреблении психостимуляторов (соответственно 75,0% и 0%; $p < 0,01$) и хуже - при зависимости от мефедрона и алкоголя (25,0% и 83,3%; $p < 0,01$) и при зависимости от мефедрона и каннабиноидов (33,3% и 75,0%; $p < 0,05$). Таким образом, частота и глубина депрессии, оцененные по шкале А. Бека, последовательно снижались по мере участия обследованных лиц в программе МСС.

Динамика частоты и глубины депрессии по шкале Бека имела некоторые отличия в зависимости от вида употребляемого наркотика. При пагубном (с вредными последствиями) употреблении других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) как у мужчин, так и у женщин, депрессия в большинстве случаев сохранялась в умеренной степени выраженности в первые 6 месяцев, но через 12 месяцев участия в программе МСС депрессия отсутствовала у наибольшего количества пациентов среди всех обследованных лиц с наркологическими расстройствами.

При синдроме зависимости от других стимуляторов (мефедрон) (F15.2) умеренная депрессия наблюдалась у всех женщин и данный показатель не изменялся ни через 6, ни через 12 месяцев участия в программе МСС. Напротив, у мужчин с данным вариантом зависимости от ПАВ умеренная степень депрессии через 6 месяцев участия в программе МСС выявлялась в наименьшем проценте случаев и у 2/3 мужчин РКС полностью отсутствовала уже через 12 месяцев участия в программе МСС.

При синдроме зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F 19.2) почти у половины женщин уровень депрессии снизился от умеренной до субдепрессии уже через 6 месяцев участия в программе МСС, у остальных женщин снижение уровня депрессии произошло через 12 месяцев участия в программе МСС, причем почти у половины женщин - до полного отсутствия депрессивной симптоматики. У мужчин с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.212) умеренная депрессия сохранялась дольше: всего у четверти мужчин депрессивная симптоматика отсутствовала через 12 месяцев участия в программе МСС.

При синдроме зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (F19.2) умеренная депрессия в полтора раза чаще сохранялась у женщин, чем у мужчин как через 6, так и через 12 месяцев участия в программе МСС.

Таким образом, при пагубном (с вредными последствиями) употреблении других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) умеренная депрессия сохранялась дольше и требовала более длительного участия в программе МСС для ее нивелирования. У женщин с синдромом зависимости от других стимуляторов (мефедрон) (F15.2) уровень депрессии оставался без динамики по мере участия в программе МСС и требовал дополнительных мер для его коррекции. Мужчины с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2) и женщины с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (F19.2) дольше и наименее эффективно справлялись с депрессией.

По шкале Гамильтона у лиц РКС оценивался уровень выраженности тревожных состояний (Табл.4.7; 4.8).

Таблица 4.7

Тревожные состояния у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя (по шкале Гамильтона) (N=63)

	Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя F10.1						Синдром зависимости от алкоголя F10.2					
	Мужчины		Женщины		Всего		Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу												
Тревожное состояние	9	100	12	100	21	100	14	100	28	100	42	100
Через 6 месяцев участия в программе												
Тревожное состояние	6	66,7	4	33,3	10	47,6	8	57,1	6	21,4	14	33,3
Симптомы тревоги	3	33,7	8	66,7	11	52,4	6	42,9	22	78,6	28	66,7
Через 12 месяцев участия в программе												
Симптомы тревоги	2	8,3	1	22,2	3	14,3	3	7,1	2	21,4	5	11,9
Нет	7	91,7	11	77,8	18	85,7	11	92,9	26	78,6	37	88,1

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, были выявлены статистически значимые различия в тревожном состоянии у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, у большинства пациентов, как через 6, так и через 12 месяцев ($p < 0,001$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства обследованных лиц снизился уровень тревоги.

До вступления в программу МСС у всех лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, было выявлено тревожное состояние. По мере участия в программе МСС у них снижался уровень выраженности тревожных состояний: через 6 месяцев участия в программе у 47,6% пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) и у 33,3% пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2)

Тревожные состояния у лиц с наркологическими расстройствами,
связанными с употреблением наркотических средств (по шкале Гамильтона)
(N=25)

	Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов (мефедрон) F15.1				Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон) F 15.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). F 19.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) F19.2			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу																
Тревожное состояние	4	100	1	100	2	100	1	100	4	100	6	100	3	100	4	100
Через 6 месяцев участия в программе																
Тревожное состояние	1	25,0	0	0	1	50,0	0	0	3	75,0	2	33,3	1	33,3	2	50,0
Симптомы тревоги	3	75,0	1	100	1	50,0	1	100	1	25,0	4	66,7	2	66,7	2	50,0
Через 12 месяцев участия в программе																

Симптомы тревоги	1	25,0	0	0	0	0	0	0	1	25,0	1	25,0	1	33,3	1	25,0
нет	3	75,0	1	10,0	2	10,0	1	10,0	3	75,0	3	75,0	2	66,7	3	75,0

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, были выявлены статистически значимые различия в тревожном состоянии у большинства лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков: у пациентов с синдромом зависимости от других стимуляторов (F15.2) ($p \leq 0,01$); с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2) ($p < 0,01$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства пациентов наблюдалось снижение уровня тревоги уже через полгода после вступления в программу МСС.

У пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) и с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (F19.2) статистически значимые различия были выявлены только через 12 месяцев после первого тестирования, проведенного до вступления в программу МСС ($p < 0,001$).

До вступления в программу МСС у всех лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, было выявлено тревожное состояние. По мере участия в программе МСС снижался уровень выраженности тревожных состояний: через 6 месяцев участия в программе у четверти пациентов с пагубным употреблением психостимуляторов, у половины пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов и при сочетании синдрома зависимости от психостимуляторов с употреблением алкоголя, у 2/3 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с сочетанным употреблением каннабиноидов отмечались только отдельные симптомы тревоги, а через 12 месяцев участия в программе отсутствие тревожного состояния выявлено у 14,3% лиц с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1),

Нет нарушений (29-30 баллов)	3	33, 3	4	33, 3	7	33, 3	0	0	0	0	0	0
Легкие когнитивные нарушения (26–27 баллов)	6	66, 7	8	66, 7	14	66, 7	6	42, 9	10	35, 7	16	38, 1
Умеренные когнитивные нарушения (24–25 баллов)	0	0	0	0	0	0	8	57, 1	18	64, 3	26	61, 9
Через 12 месяцев участия в программе												
Нет нарушений (29-30 баллов)	3	33, 3	3	25, 0	6	28, 6	0	0	0	0	0	0
Легкие когнитивные нарушения (26–27 баллов)	6	66, 7	9	75, 0	15	71, 4	11	78, 6	18	64, 3	29	69, 0
Умеренные когнитивные нарушения (24–25 баллов)	0	0	0	0	0	0	3	21, 4	10	35, 7	13	31, 0

При пагубном (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) еще до вступления в программу МСС у 75,0% были выявлены легкие когнитивные нарушения, у 25,0% когнитивных нарушений не отмечалось (табл.4.9). Существенной динамики когнитивных нарушений после участия в программе МСС выявлено не было ни через 6, ни через 12 месяцев работы по программе МСС (p уровень $\geq 0,05$).

Таблица 4.10

Когнитивные нарушения у лиц исследуемой группы с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ (по КШОПС) (N=25)

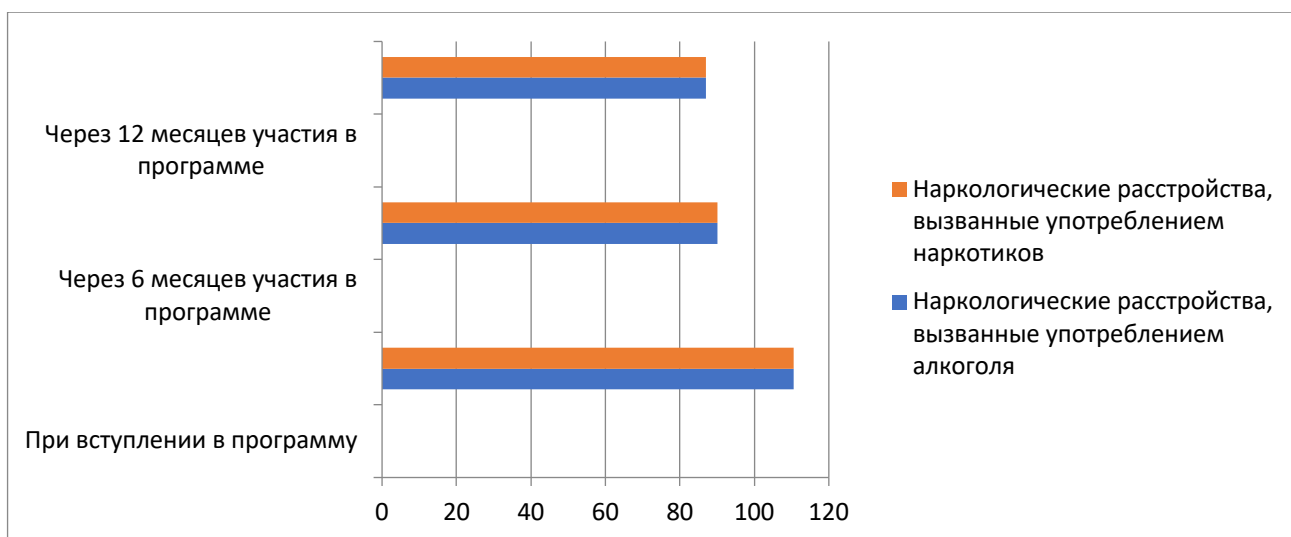
	Пагубное (с вредными последствиями) употребление других стимуляторов	Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон) F 15.2	Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь).	Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон,
--	--	--	---	--

	(мефедрон) F15.1								F 19.2				каннабиноиды) F19.2			
	Мужч ины		Женщ ины		Мужч ины		Женщ ины		Мужч ины		Женщ ины		Мужч ины		Женщ ины	
	Аб с.	%	Абс .	%	Аб с.	%	Абс .	%	Аб с.	%	Абс .	%	Аб с.	%	Абс .	%
До вступления в программу																
Нет наруше ний (29-30 баллов)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Легкие когнити вные наруше ния (26–27 баллов)	3	7 5, 0	1	1 0 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Умерен ные когнити вные наруше ния (24–25 баллов)	1	2 5, 0	0	0	2	1 0 0	1	1 0 0	4	1 0 0	6	1 0 0	3	1 0 0	4	1 0 0
Через 6 месяцев участия в программе																
Нет наруше ний (29-30 баллов)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Легкие когнити вные наруше ния (26–27 баллов)	4	1 0 0	1	1 0 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Умерен ные когнити вные	0	0	0	0	2	1 0 0	1	1 0 0	4	1 0 0	6	1 0 0	3	1 0 0	4	1 0 0

нарушения (24–25 баллов)																	
Через 12 месяцев участия в программе																	
Нет нарушений (29–30 баллов)	1	2 5, 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Легкие когнитивные нарушения (26–27 баллов)	3	7 5, 0	1	1 0 0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Умеренные когнитивные нарушения (24–25 баллов)	0	0	0	0	2	1 0 0	1	1 0 0	4	1 0 0	6	1 0 0	3	1 0 0	4	1 0 0	1 0 0

Диаграмма 4.10

Шкала оценки аддитивных установок Мак-Маллана-Гейлхар



При вступлении в программу у пациентов с пагубным употреблением алкоголя или наркотиков без гендерных различий чаще наблюдались легкие и достоверно реже умеренные когнитивные нарушения ($p < 0,05$), при зависимости от алкоголя - чаще умеренные и реже легкие когнитивные нарушения ($p < 0,05$), а при зависимости от наркотиков – только умеренные когнитивные нарушения. К периоду завершения программы у всех пациентов наблюдалось снижение когнитивного дефицита: при пагубном употреблении алкоголя и наркотиков, а также при алкогольной зависимости чаще наблюдались легкие когнитивные нарушения, и примерно у трети пациентов когнитивного дефицита не обнаружено ($p < 0,01$; $p < 0,05$). При зависимости от наркотиков не выявлено какого-либо терапевтического движения когнитивных нарушений: и при вступлении в программу и при ее завершении у всех пациентов наблюдались умеренные когнитивные нарушения (Табл. 4.10).

Основные искажения убеждений, присущие пациентам исследуемой группы, были исследованы с помощью теста аддиктивных установок Мак-Маллана–Гейлхар (MGAA). Анализ основных искажений убеждений потребителей ПАВ, вовлеченных в РСП, показал, что пациенты были более фиксированы на аффективных, гедонистических аспектах потребления ПАВ, для них были характерно обесценивание проблемы наркологического заболевания и усилий по преодолению зависимости, переоценка собственных возможностей, недооценка усилий специалистов. Недопонимание, игнорирование тяжести проблем, не учет психологических факторов зависимости, вели к низкому сотрудничеству с врачом и снижали мотивацию к лечению. Результат по тесту MGAA составил 110,5 баллов. Использование техник когнитивно-поведенческой и рационально-эмоционально-поведенческой терапии помогало дезактуализировать связанные с употреблением ПАВ искаженные убеждения: результат по тесту MGAA через 6 месяцев - 90 баллов; через 12 месяца - 87 баллов (диагр.4.10).

Таблица 4.11

Индекс тяжести зависимости у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, (N=42)

Индекс тяжести зависимости	Синдром зависимости от алкоголя (F10.212)		Синдром зависимости от алкоголя (F10.212)	
	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу				
Крайне тяжелый	0	0	0	0
Значительной тяжести	5	35,7	11	39,3
Средней тяжести	9	64,3	17	60,7
Через 6 месяцев участия в программе				
Значительной тяжести	0	0	4	14,3
Средней тяжести	9	64,3	24	85,7
Легкой степени	5	35,7	0	0
Через 12 месяцев участия в программе				
Средней тяжести	0	0	8	28,6
Легкой степени	14	100	20	71,4

Для оценки изменений состояния в процессе участия в программе МСС применялся **Индекс тяжести зависимости**, основанный на сообщениях о количестве, продолжительности проявлений и выраженности симптомов заболевания по следующему принципу: 0–1 балл – реальное заболевание отсутствует, лечение не показано; 2–3 балла – заболевание легкой формы, возможно, лечения не потребуется; 4–5 баллов – заболевание средней тяжести, показано какое-либо лечение; 6–7 баллов – заболевание значительной тяжести, требуется лечение; 8–9 баллов – крайне тяжелое заболевание, лечение совершенно необходимо (Табл.4.11).

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, были выявлены статистически значимые различия в индексе тяжести зависимости у РКС с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя у большинства пациентов, как через 6, так и через 12 месяцев ($p < 0,001$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства пациентов снизился индекс тяжести зависимости от алкоголя.

До вступления в программу МСС у всех лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, отмечался высокий индекс тяжести зависимости (8-9 баллов, крайне тяжелое заболевание, лечение совершенно необходимо). По мере участия в программе МСС снижался индекс тяжести зависимости: через 6 месяцев участия в программе у половины пациентов сохранялся высокий индекс тяжести зависимости (6-7 баллов, заболевание значительной тяжести, требуется лечение), у другой половины в обеих подгруппах отмечался средний индекс тяжести зависимости (4-5 баллов, заболевание средней тяжести, показано лечение), а через 12 месяцев участия в программе значительная тяжесть заболевания сохранялась у половины пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Средняя (вторая) стадия зависимости. В настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (F10.2). У остальных лиц исследуемой группы индекс тяжести зависимости сохранялся средним. У женщин с РКС индекс тяжести зависимости был ниже и снижался быстрее, чем у мужчин (Табл.4.11).

Таблица 4.12

Индекс тяжести зависимости у лиц
с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических
средств (N=33)

Индекс тяжести зависимости	Синдром зависимости от других стимуляторов F 15.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) F 19.2				Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) F19.2			
	Мужчин ы		Женщин ы		Мужчи ны		Женщи ны		Мужчи ны		Женщи ны	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу												
Крайне тяжелый	1	50,0	0	0	3	75,0	2	33,3	2	66,7	2	50,0
Значительной тяжести	1	50,0	1	100	1	25,0	4	66,7	1	33,3	2	50,0

Средней тяжести	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Через 6 месяцев участия в программе												
Значительной тяжести	0	0	0	0	3	75,0	4	66,7	1	33,3	3	75,0
Средней тяжести	2	100	1	100	1	25,0	2	33,3	2	66,7	1	25,0
Легкой степени	0	0	0	0	0		0		0			0
Через 12 месяцев участия в программе												
Средней тяжести	1	50,0	0	0	1	25,0	2	33,3	1	33,3	2	50,0
Легкой степени	1	50,0	1	100	3	75,0	4	66,7	2	66,7	2	50,0

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, были выявлены статистически значимые различия в индексе тяжести зависимости у большинства лиц с синдромом зависимости от других стимуляторов (F15.2) ($p < 0,001$); с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2) ($p < 0,001$); синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноидов) (F19.2) ($p < 0,001$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства пациентов наблюдалось снижение индекса тяжести зависимости спустя полгода после вступления в программу МСС.

До вступления в программу МСС у всех лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, отмечался высокий индекс тяжести зависимости (8-9 баллов, крайне тяжелое заболевание, лечение совершенно необходимо). По мере участия в программе МСС у них снижался индекс тяжести зависимости: через 6 месяцев участия в программе индекс тяжести зависимости 4-5 баллов, характеризующий заболевание средней тяжести, был отмечен у четверти РКС с синдромом зависимости от других стимуляторов (F15.2) и с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабидоидов) (F19.2) и у трети пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) и с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2). У остальных участников программы МСС с употреблением наркотических средств отмечался индекс тяжести 6-7 баллов, свидетельствовавший о значительной тяжести заболевания. Через 12 месяцев участия в программе у одних пациентов каждой подгруппы был выявлен средний индекс тяжести зависимости, а у других

– значительный. Через 12 месяцев участия в программе процент пациентов со средним индексом тяжести зависимости оказался выше среди лиц с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноидов) (F19.2). Достоверных гендерных различий по показателю индекс тяжести зависимости у пациентов с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, выявлено не было. Но имелись некоторые отличия степени тяжести зависимости, определяемые характером потребляемого вещества.

У всех женщин с синдромом зависимости от других стимуляторов (F15.2) индекс тяжести зависимости сохранялся на уровне заболевания значительной тяжести и через 6 и через 12 месяцев участия в программе МСС, а у мужчин с аналогичным синдромом через 6 месяцев участия в программе данный показатель снизился у 1/3 обследуемых, а через 12 месяцев отмечено снижение показателя до среднего уровня тяжести заболевания у половины пациентов-мужчин.

У пациентов с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2) отмечены наиболее быстрые изменения показателя индекса тяжести зависимости в процессе участия в программе МСС: уже через 6 месяцев почти у 40% пациентов наблюдалось снижение индекса тяжести до средних значений с последующим его снижением через 12 месяцев участия в программе до 60% как у женщин, так и у мужчин.

У пациентов с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (F19.2) индекс тяжести зависимости имел положительную динамику в наименьшем проценте случаев. Через 6 месяцев участия в программе МСС положительная динамика отмечена только у 1/5 женщин и 1/4 мужчин исследуемой группы. Однако, через 12 месяцев участия в программе МСС динамика данного показателя у пациентов мужчин оказалась значительно лучше (72,7% пациентов с заболеванием средней тяжести), чем у пациентов женщин (40% пациенток с заболеванием средней тяжести).

По Шкале оценки уровня реабилитационного потенциала (УРП) наркологических больных оценивалось состояние каждого пациента на его этапе

включения в программу МСС и последующая динамика его состояния в процессе реализации программы вплоть до её завершения (Табл.4.13).

Таблица 4.13

Интегральная оценка уровня реабилитационного потенциала у мужчин и женщин с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, (N=46)

Уровень реабилитационного потенциала	Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)				Синдром зависимости от алкоголя (F10.2)			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До вступления в программу								
Низкий	2	22,2	3	25,0	6	42,9	15	53,6
Средний	7	77,8	9	75,0	8	57,1	13	46,64
Высокий	0	0	0	0	0	0	0	0
Через 6 месяцев участия в программе								
Низкий	0	0	0	0	4	28,6	5	17,9
Средний	2	22,2	3	25,0	8	57,1	19	67,9
Высокий	7	77,8	9	75,0	2	14,3	4	14,3
Через 12 месяцев участия в программе								
Низкий	0	0	0	0	0	0	0	0
Средний	0	0	0	0	9	64,3	12	42,9
Высокий	9	100	12	100	5	35,7	16	57,1

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, были выявлены статистически значимые различия в УРП у большинства лиц с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) как через 6, так и через 12 месяцев ($p < 0,001$). У пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) статистические значимые различия были выявлены через 12 месяцев после первого тестирования проведенного до начала программы МСС ($p < 0,001$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства данных пациентов повысился УРП (табл. 4.13).

У РКС с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, УРП чаще был низким, как при пагубном (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1), так и при синдроме зависимости от алкоголя

(F10.2) (Табл.4.13). При этом доля лиц с низким УРП при пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) была почти в два раза больше, чем при синдроме зависимости от алкоголя (F10.2). У РКС с синдромом зависимости от алкоголя низкий, средний и средний с тенденцией к высокому УРП отмечались примерно с одинаковой частотой. У РКС с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) высокий УРП не выявлен ни у одного пациента. У 7,5% мужчин и 9,1% женщин с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) отмечался высокий уровень УРП.

Как до начала вступления в программу, так и через 6 месяцев участия в ней, УРП был выше у лиц с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1), чем у пациентов с пагубным употреблением алкоголя на тех же контрольных точках тестирования. Причем, положительная динамика была заметнее у женщин по сравнению с мужчинами с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1), и у мужчин по сравнению с женщинами с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2). Через 12 месяцев участия в программе МСС эта общая тенденция сохранялась. Показатели УРП у всех мужчин и женщин улучшились незначительно. Только у единичных пациентов уровень УРП достиг высокого уровня, а более чем у четверти пациентов он оставался низким. Стабильно более низким УРП был у пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1) на всех контрольных точках тестирования (табл. 4.13).

Таблица 4.14

Интегральная оценка УРП у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, (N=42)

Уровень реабилитационного потенциала	F15.1 Пагубное употребление наркотиков	Синдром зависимости и от других стимуляторов F 15.2	Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь). F 19.2	Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) . F19.2
--------------------------------------	---	---	--	--

	М Абс.; %	Ж Абс.. ;%	М Абс.; %	Ж Абс.. %	М Абс.. %	Ж Абс..;%	М Абс..;%	Ж Абс...;%
До вступления в программу								
Низкий	2; 50,0	0	1; 50,0	1; 100	2; 50,0	3; 50,0	1; 33,3	2; 50,0
Средний	2; 50,0	1; 100	1; 50,0	0	2; 50,0	3; 50,0	2; 66,7	2; 50,0
Через 6 месяцев участия в программе								
Низкий	1; 25,0	0	1; 50,0	0	1; 25,0	2; 33,3	2; 66,7	1; 25,0
Средний	3; 75,0	1; 100	1; 50,0	1; 100	3; 75,0	4; 66,7	1; 33,3	3; 75,0
Высокий	0	0	0	0	0	0	0	0
Через 12 месяцев участия в программе								
Низкий	0	0	0	0	0	0	0	0
Средний	3; 75,0*	0	1; 50,0	0	1; 25,0	2; 33,3	1; 33,3	1; 25,0
Высокий	1; 25,0*	1; 100*	1; 50,0*	1; 100*	3; 75,0*	4; 66,7*	2; 66,7*	3; 75,0*

При сравнении результатов, полученных до участия в программе, через 6 и 12 месяцев, были выявлены статистически значимые различия в УРП у большинства РКС с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков: у пациентов с пагубным (с вредными последствиями) употреблением других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) ($p < 0,001$); пациентов с синдромом зависимости от других стимуляторов (мефедрон) (F15.2) ($p \leq 0,01$); с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2) ($p < 0,05$); с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (F19.2) ($p < 0,001$). Это говорит о том, что в ходе участия в программе МСС у большинства пациентов наблюдалось повышение УРП уже через полгода после начала программы МСС.

У лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, чаще наблюдался низкий УРП (Табл.4.14). Доля лиц с низким УРП при пагубном (с вредными последствиями) употреблении других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) была почти в полтора раза выше, чем при

синдроме зависимости от наркотических веществ. У РКС с синдромом зависимости от наркотических веществ низкий, средний и средний с тенденцией к высокому УРП отмечались с немного более равномерной частотой. У РКС с пагубным (с вредными последствиями) употреблением других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) высокий УРП не выявлен ни у одного пациента. У РКС с синдромом зависимости от наркотических веществ в единичных случаях отмечался высокий уровень УРП (табл. 4.14).

Динамика УРП определялась видом потребляемого ПАВ. Перед вступлением в программу МСС у 2/3 лиц с «Пагубным (с вредными последствиями) употреблением других стимуляторов (мефедрон) (F15.1) как мужчин, так и женщин наблюдался низкий УРП без динамики через 6 месяцев и с незначительной динамикой через 12 месяцев участия в программе МСС. У лиц с синдромом зависимости от других стимуляторов (мефедрон) (F15.2) динамика УРП и у мужчин, и у женщин также была незначительной ни через 6, ни через 12 месяцев участия в программе. Среди лиц с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь) (F19.2) низкий, средний и средний с тенденцией к высокому УРП изначально определялся примерно в равной степени с сохранением данной тенденции в течение всего года работы по программе МСС. Наиболее заметно было увеличение показателя УРП у женщин с синдромом зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (F19.2) уже через 6 месяцев участия в программе с сохранением положительной динамики через 12 месяцев.

Данные катамнеза пациентов, участвовавших в программе МСС и динамика их социального функционирования (семья, работа, образование) также имели значение в оценке эффективности программы МСС. Участники программы МСС, отказавшиеся от РСП, существенно улучшили свое социальное функционирование (табл. 4.15).

Таблица 4.15

Динамика социального функционирования у лиц с РКС, отказавшихся от рискованного сексуального поведения, (N=60)

	F10.1 Пагубное употребл ение алкоголя		F10.2 Алкогoль ная зависимо сть		F15.1 Пагубное употребл ение наркотик ов		F 15.2 Зависимо сть от мефедрон а		F 19.2 Зависимо сть от мефедрон а и алкоголя		F 19.2 Зависимо сть от мефедрон а и каннабин оидов	
	М Абс.; %	Ж Абс.; %	М Абс.; %	Ж Абс.; %	М Абс.; %	Ж Абс.; %	М Абс.; %	Ж Абс.; %	М Абс.; %	Ж Абс.; %	М Абс.; %	Ж Абс.; %
Трудо устрои лись	3; 75,0	8; 66,7 *	9; 100 *	19; 100 *	0	6; 100 *	2; 100	1; 100 *	2; 50,0	4; 100	3; 100	3; 75,0 *
Обуче ние в ВУЗе	2; 50,0 *	1, 12,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Обуче ние в коллед ж	3; 75,0 *	0	3; 33,3 *	0	1; 25,0	0	0	0	0	1; 25,0	0	1; 25,0
Улучш или семей ные отнош ения	3; 75,0	8; 100	5; 55,6	3; 15,8	4; 100	6; 100 *	2; 100	1; 100 *	3; 75,0	4; 100 *	2; 66, 7	4; 100 *
Вступ или в брак	1; 25,0	2; 25,0 *	1; 11,1	2; 10,5	0	2; 33,3 *	0	0	0	1; 25,0	0	0

Из 60 пациентов, у которых в течение 12 месяцев после завершения программы МСС наблюдалась воздержание от употребления ПАВ, наблюдалось улучшение социального функционирования (табл. 7): все они либо трудоустроились, либо поступили или возобновили обучение в ВУЗе или в колледже, при этом мужчины по сравнению с женщинами достоверно чаще обучались в ВУЗе или в колледже ($p < 0,05$), а женщины достоверно чаще

трудоустраивались ($p<0,05$), улучшали семейные отношения ($p<0,05$) и вступали в брак ($p<0,05$).

Критериями успешности завершения программы МСС служили:

- Улучшение физического и психического здоровья пациента
- Пациент научился распознавать признаки возможного срыва и контролировать их
- Пациент готов отдалиться от других зависимых и формировать отношения с людьми, которые ценят трезвость и поддержание ремиссии
- Пациент планирует искать новые хобби и интересы
- После завершения программы МСС пациент готов поддерживать ремиссию с помощью диспансерного наблюдения и посещения групп само- и взаимопомощи
- Пациент планирует искать работу, не связанную с РСП

Оценка успешности участия в программе МСС по указанным критериям у РКС, отказавшихся от РСП, представлена в таблице 4.16.

Таблица 4.16

Критерии успешности завершения программы у лиц, отказавшихся от рискованного сексуального поведения.

	Пагубное (с вредными последствиями) употребление алкоголя F10.1				Синдром зависимости от алкоголя F10.2				Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон). F 15.2)			
	Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины		Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Улучшение физического и психического здоровья пациента	7	100	11	100	5	100	10	100	3	100	6	100

Пациент научился распознавать признаки возможного срыва и контролировать их	7	10 0	11	10 0	5	10 0	10	10 0	3	10 0	6	10 0
Пациент готов отдалиться от других зависимых и формировать отношения с людьми, которые ценят трезвость и поддержание ремиссии	5	71, 4	10	90, 9	4	80, 0	9	90, 0	3	10 0	5	83, 3
Пациент планирует искать новые хобби и интересы	5	71, 4	8	72, 7	3	60, 0	8	80, 0	2	66, 7	4	66, 7
После завершения программы МСС пациент готов поддерживать ремиссию с помощью диспансерного наблюдения и посещения групп само-и взаимопомощи	7	10 0	11	10 0	5	10 0	10	10 0	3	10 0	6	10 0

Пациент планирует искать работу, не связанную с РСП	7	10 0	11	10 0	5	10 0	10	10 0	3	10 0	6	10 0
Всего	7	10 0	11	10 0	5	10 0	10	10 0	3	10 0	6	10 0

Таким образом, результаты исследования пациентов, вовлеченных в РСП с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, показали, что разработанная программа МСС, основанная на сочетании воздействия на симптомы алкогольной и наркотической зависимости и пагубного употребления ПАВ и научения больных альтернативным умениям и навыкам преодоления специфического деструктивного зависимого поведения, показали ее эффективности для лиц, вовлеченных в РСП:

- 88 РКС успешно завершили программу; 9 мужчин (12,5%) и 13 женщин (12,0%) на момент завершения исследования оставались в программе МСС;
- Воздерживались от употребления ПАВ 61 человек (69,3% всех прошедших и завершивших программу МСС): процентное соотношение мужчин и женщин оказалось примерно одинаковым - 22 мужчины (62,9% всех прошедших и завершивших программу МСС мужчин) и 39 женщин (73,6% всех прошедших и завершивших программу МСС женщин);
- Прекратили коммерческую сексуальную деятельность 42 участника программы (47,7% всех прошедших и завершивших программу МСС), процентное соотношение мужчин и женщин оказалось примерно одинаковым - 15 мужчин (42,9% всех прошедших и завершивших программу МСС мужчин) и 27 женщин (50,9% всех прошедших и завершивших программу МСС женщин). Среди отказавшихся от РСП 42,9% составили пациенты с пагубным (с вредными последствиями) употреблением алкоголя (F10.1), 35,7% составили пациенты с синдромом зависимости от алкоголя. Средняя (вторая) стадия зависимости. В

настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление (F10.2), 21,4% составили пациенты с синдромом зависимости от психостимуляторов.

- Частота и уровень депрессии, оцененный по шкале А. Бека, последовательно снижались по мере участия больных в программе МСС. До вступления в программу частота депрессии составляла 100% у всех пациентов с наркологическими расстройствами.

- Частота и уровень тревожных состояний по шкале Гамильтона так же последовательно снижались по мере участия больных в программе МСС, как у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, так и у лиц с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических веществ. У лиц исследуемой группы с РКС с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, частота и уровень выраженности тревожного состояния, оцененные по Шкале Гамильтона, наблюдались до вступления в программу МСС у 100% РКС, были выше и нивелировались медленнее у лиц, употреблявших наркотические вещества, чем у РКС с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя.

- При пагубном (с вредными последствиями) употреблении алкоголя F10.1 у 75% РКС и у 100% РКС с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, были выявлены легкие когнитивные нарушения без существенной динамики после прохождения программы МСС.

- Анализ основных искажений убеждений потребителей ПАВ, вовлеченных в РСП, показал, что пациенты были более фиксированы на аффективных, гедонистических аспектах потребления ПАВ, для них были характерно обесценивание проблемы наркологического заболевания и усилий по преодолению зависимости, переоценка собственных возможностей, недооценка усилий специалистов. Недопонимание, игнорирование тяжести проблем, не учет психологических факторов зависимости, вели к низкому сотрудничеству с врачом и снижали мотивацию к лечению. Результат по тесту MGAA составил 110,5 баллов.

- До вступления в программу МСС у всех РКС с наркологическими расстройствами отмечался высокий индекс тяжести зависимости (8-9 баллов, крайне тяжелое заболевание, лечение совершенно необходимо). В процессе участия в программе МСС наблюдалось последовательное снижение интенсивности патологического влечения к алкоголю и к ПАВ.

- Интегральная оценка уровня реабилитационного потенциала. У РКС с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, УРП чаще был низким, как при пагубном употреблении алкоголя, так и при синдроме зависимости у алкоголя.

- Результаты работы характеризовались высоким процентом удержания пациентов в программе МСС (завершили программу 48,9% пациентов; продолжают работу по программе 38,9% пациентов; только 12,2% пациентов покинули программу до ее завершения). Данные катамнеза пациентов, участвовавших в программе МСС и динамика их социального функционирования (семья, работа, образование) также имели значение для прогноза эффективности программы МСС. Участники программы МСС, отказавшиеся от РСП, существенно улучшили свое социальное функционирование. 42 участникам программы (47,7% прошедших и завершивших программу) удалось изменить свой вектор социального функционирования: половина из них официально трудоустроилась, 30% улучшили отношения с семьей, 11,9% вступили в брак, около 5% приступили к получению образования.

Полученные в данном исследовании результаты позволили индивидуализировать и персонифицировать существующие подходы к медико-социальному сопровождению лиц с наркологическими расстройствами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

С целью разработки и оценки эффективности программы МСС лиц с наркологическими расстройствами, вовлеченных в РСП, в ЦПЗП МНПЦ наркологии ДЗМ были обследованы и включены в программу МСС в амбулаторных условиях 180 лиц с наркологическими расстройствами. Все они по гендерной принадлежности были разделены на две группы исследования:

группа 1 – мужчины (72; 40,0% от общего числа обследованных);

группа 2 – женщины (108; 60,0% от общего числа обследованных).

У обследованных лиц была выявлена высокая нагрузка разнообразными биологическими и социальными стигмами: наследственная отягощенность (61,1% мужчины; 50,9% - женщины) в большей степени за счет алкогольной зависимости (соответственно 33,3%; 25,0%), патология беременности у матери (59,7%; 67,6%), раннее развитие с отставанием (59,7%; 21,3%), многообразные нервно-психические расстройства (50,0%; 28,4%); воспитание в неполной и (или) дисфункциональной семье (61,2%; 42,5%), воспитание в условиях злоупотребления алкоголем членами семьи (43,1%; 33,3%), их привлечение к уголовной ответственности (5,6%; 8,3%), психологическое (51,4%; 24,1%), физическое (29,2%; 36,1%) и сексуальное (26,4%; 28,7%) насилие, в том числе со стороны близких родственников (10,8%; 30,2%).

У большинства пациентов половая жизнь началась в возрасте до 16 лет (93,1%; 86,1%). Дебют сексуальной активности у мальчиков пришелся на более ранний возраст (в возрасте 10-12 лет мальчики – 15,3%; девочки – 8,3%; $p < 0,01$). Чаще дебют сексуальной активности пришелся на возраст 13-16 лет (по 77,8% в обеих подгруппах). Первый сексуальный опыт часто носил насильственный характер и произошел в состоянии алкогольного (54,2%; 52,8%) или наркотического (26,4%; 13,9%) опьянения. У мужчин первый сексуальный контакт достоверно реже был связан с романтическими отношениями (19,4%; 33,3%; $p < 0,01$). Вовлечение в РСП у большинства обследованных пришлось на возраст 17-20 лет (91,7%; 88,0%), и было связано с попытками решения различных экономических проблем. Большинство пациентов-мужчин к периоду настоящего

исследования имели гомосексуальную ориентацию (70,8%), а большинство пациенток-женщин – гетеросексуальную (81,5%). У 13 (25,5%) мужчин после вовлечения в РСП произошло изменение гетеросексуальной ориентации на бисексуальную, у женщин до и после вовлечения в РСП сексуальная ориентация не изменилась. Мужчины чаще предоставляли коммерческие сексуальные услуги в гостиницах (34,7%), реже – в бане или сауне (26,4%), ночном стриптиз-клубе (23,6%), а женщины – на улице или вдоль автомобильной трассы (45,4%) и достоверно реже – в ночных стриптиз-клубах (19,4%), у себя дома (12,0%), в массажном салоне (10,2%). Сексуальные услуги часто предоставлялись в состоянии опьянения ПАВ. Мужчины реже использовали средства защиты (26,4%; 51,9%).

Первые пробы алкоголя у большинства пациентов пришлись на возраст до 14 лет (мужчины-56; 77,8%; женщины-91; 84,3%) и достоверно реже - на 15-16 лет (соответственно 14;19,4% и 14;13%; $p<0,01$) и в единичных случаях и только у мужчин - в возрасте 17-18 лет (2; 2,8%). Первые пробы наркотиков пришлись на более поздний возраст: до 14 лет впервые попробовали наркотики две трети мужчин и женщин (41; 65,1%); остальные - в возрасте 15-16 лет (21; 33,3%) и в единичных случаях и только у мужчин – в возрасте 17-18 лет (1;1,6%). У мужчин первые пробы ПАВ чаще были связаны с имитационной (21;29,2%) и субмиссивной (23;31,9%) мотивацией и достоверно реже – с атарактической (13;18,1%; $p<0,01$), с любопытством (9;12,5%; $p<0,01$) и в единичных случаях – с протестными реакциями (6;8,3%; $p<0,01$). У женщин первые пробы ПАВ чаще были связаны с имитационной мотивации (47;43,6%) и достоверно реже - с субмиссивной (31;28,7%; $p<0,01$), атарактической (19;17,6%; $p<0,01$), любопытством (7;6,5%; $p<0,01$) и протестными реакциями (4;3,7%).

К периоду настоящего исследования большинство пациентов употребляли алкоголь (65,0%), достоверно реже психостимуляторы (13,3%), обычно мефедрон. Примерно у четверти обследованных отмечено сочетанное употребление нескольких ПАВ – психостимуляторы (мефедрон), каннабиноиды, алкоголь

(21,7%). В большинстве случаев употребление ПАВ было связано без гендерных отличий с аддиктивной (97; 54,0%) и атарактической (32; 17,8%) мотивацией.

У обследованных пациентов диагностированы следующие наркологические расстройства (расположены по нисходящей): синдром зависимости от алкоголя (F10.2; 40,4%), пагубное употребление других стимуляторов (мефедрон) (F15.1; 8,5%), синдром зависимости от мефедрона (F 15.2; 17,4%), синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды; F.19.2; 11,5%), синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, алкоголь; F.19.2; 11,1%), пагубное употребление алкоголя (F10.1; 11,1%). У пациентов-мужчин преобладали наркологические расстройства, связанные с употреблением наркотиков (83,2%), у женщин - с употреблением алкоголя (79,0%) ($p < 0,05$).

Употребление ПАВ и вовлечение в РСП ухудшило социальное функционирование пациентов: уменьшилось число лиц, состоящих в браке (с 37,2% до 35,7%) и увеличилось число разведённых (с 11,7% до 18,3%) и лиц без постоянных семейных отношений (с 51,1% до 55,0%); уменьшилось число лиц с постоянной трудовой занятостью (с 46,1% до 25,0%) и увеличилось числа лиц со случайными заработками (с 53,9% до 75,0%); увеличилось число лиц, совершивших правонарушения (с 10,0% до 33,3%), в структуре которых до и после вовлечения в РСП преобладали правонарушения, связанные с незаконным оборотом наркотиков. В то же время сократилось число лиц, снимающих жилье с третьими лицами (с 33,9% до 2,9%), проживающих в коммунальных квартирах (с 2,8% до 0%) и с родителями (с 41,1% до 28,3%), и увеличилось число лиц, снимающих жилье самостоятельно (с 57,2% до 64,4%) и собственников жилья (6,1% до 11,7%).

Соматический статус у большинства пациентов к периоду включения в программу МСС был неблагополучным: у мужчин по сравнению с женщинами чаще наблюдались заболевания прямой кишки и ануса (47,2%; 12,0%; $p < 0,01$), ВИЧ-инфекция (50,0%; 25,0%; $p < 0,01$), вирусный гепатит С (12,5%; 5,6%; $p < 0,01$), трихомониаз (12,5% и 6,5%; $p < 0,05$), хламидиоз (31,9% и 20,4%; $p < 0,01$), гонорея (6,9% и 0%; $p < 0,01$), сифилис (1,4% и 0%; $p < 0,01$), а у женщин - заболевания желудочно-кишечного тракта (36,1%; 55,5%; $p < 0,01$) и микоплазмоз (0%; 16,7%;

$p < 0,01$). Без достоверной разницы по группам обнаруживался генитальный герпес (31,9% и 28,7%; $p > 0,05$). За медицинской помощью для лабораторного тестирования на ИППП чаще обращались мужчины (26,4%; 10,2%; $p < 0,01$), а за специализированной наркологической помощью – женщины (7,4%; 12,5%; $p < 0,01$).

Программы МСС была направлена на формирование у пациентов установки на отказ от употребления ПАВ и нормативного вектора социальной активности и включала несколько последовательных этапов: 1) этап формирования мотивации к изменению своего поведения, связанного с употреблением ПАВ и РСП; 2) этап личностной реконструкции, направленный на формирование конструктивных навыков и умений; 3) этап личностного развития (роста), ориентирующий пациентов на конструктивное психическое, психологическое, физическое и социальное функционирование и развитие. Программа рассчитана на 12 месяцев, осуществлялась в амбулаторных условиях, составлялась для каждого пациента индивидуально с учетом уровня его реабилитационного потенциала и включала медикаментозную терапию, психотерапию, психокоррекцию, психообразование и все формы социальной и правовой поддержки. Все включенные в программу пациенты состояли под диспансерным наблюдением у врача психиатра-нарколога по месту регистрации.

Изучение терапевтической эффективности программы проводилось на четырех последовательных этапах в процессе ее реализации: 1) перед вступлением в программу; 2) после 6 месяцев участия в программе; 3) после 12 месяцев участия в программе; 4) через 12 месяцев после завершения участия в программе.

Из 180 пациентов, включенных в программу МСС с 2020 г. по 2023 г.:

- завершили программу 88 пациентов (48,9%), из них 36 мужчин (40,9%) и 52 женщин (59,1%);

- находились в программе на конец 2023 года 70 пациентов, из них 27 мужчин (38,6%) и 43 (61,4%) женщины;

- преждевременно покинули программу 22 пациента: 9 (12,5%) мужчин и 13 (12,0%) женщин.

У всех 22 пациентов, досрочно покинувших программу, был диагностирован синдром зависимости от ПАВ: у мужчин чаще отмечалась зависимость от нескольких ПАВ (55,6%), а у женщин - синдром зависимости от алкоголя (46,2%).

Из 88 пациентов, которые завершили программу МСС, в течение последующих не менее 12 месяцев:

- 36 (40,9%) воздерживались от употребления ПАВ и прекратили участие в секс-бизнесе;

- 10 (11,4%) воздерживались от употребления ПАВ, но продолжили участие в секс-бизнесе;

- 14 (15,9%) отказались от участия в секс-бизнесе, но эпизодически употребляли ПАВ без развития рецидива наркологического расстройства;

- 28 (31,8%) после завершения программы МСС в течение первых трех месяцев возобновили употребление ПАВ и вернулись в секс-бизнес.

Таким образом, из 88 пациентов, которые завершили программу МСС, воздержание от употребления ПАВ в течение не менее 12 месяцев наблюдалась у 60 пациентов (68,2%). Большинство воздержаний от употребления ПАВ пришлось на пациентов, которые прекратили участие в секс-бизнесе (50; 56,8%; $p < 0,01$). При сохранении активности в секс-бизнесе воздержание от употребления ПАВ наблюдалось достоверно реже (10; 11,4%; ($p < 0,01$)).

В процессе участия в программе у пациентов наблюдалась терапевтическая динамика наркологических расстройств, проанализированная на материале 88 пациентов, которые завершили программу МСС.

Патологическое влечение к алкоголю при вступлении в программу у мужчин чаще было легкой (85,7%), а у женщин - умеренной (67,9%) степени выраженности, а к завершению программы у большинства пациентов оно дезактуализировалось (92,9%; 78,6%). Интенсивность влечения у женщин по сравнению с мужчинами была выше и к периоду включения в программу ($p < 0,01$) и к ее завершению ($p < 0,01$) (табл. 1).

Интенсивность патологического влечения к наркотикам была выше по сравнению с влечением к алкоголю и при вступлении в программу (влечение

сильной степени у всех пациентов; $p < 0,01$) и к ее завершению ($p < 0,01$). Терапевтическая динамика патологического влечения к наркотикам была лучше у мужчин по сравнению с женщинами, а также при зависимости от мефедрона и зависимости алкоголя по сравнению с зависимостью от мефедрона и зависимостью от мефедрона и каннабиноидов: к окончанию программы у пациентов с зависимостью от мефедрона и алкоголя патологическое влечение полностью дезактуализировалось у 50,0% мужчин и у 33,3 % женщин ($p < 0,05$), при зависимости от мефедрона - у 14,3% мужчин и у 11,1% женщин ($p < 0,05$), а при зависимости от мефедрона и каннабиноидов ни в одном случае не наблюдалось полной дезактуализации влечения.

До вступления в программу у всех пациентов выявлена умеренная депрессия, а к окончанию программы у большинства пациентов всех групп исследования депрессии не обнаружено. При этом терапевтическая динамика депрессии у мужчин была лучше, чем у женщин при алкогольной зависимости (к завершению программы отсутствие депрессии у 88,6% мужчин и 60,7% женщин ($p < 0,05$) и при пагубном употреблении психостимуляторов (соответственно 75,0% и 0%; $p < 0,01$) и хуже - при зависимости от мефедрона и алкоголя (25,0% и 83,3%; $p < 0,01$) и при зависимости от мефедрона и каннабиноидов (33,3% и 75,0%; $p < 0,05$).

При вступлении в программу у всех пациентов выявлено тревожное состояние, которое к окончанию программы у большинства пациентов было полностью купировано, при этом терапевтическая динамика тревоги была при всех наркологических расстройствах достоверно лучше у мужчин, чем у женщин.

При вступлении в программу у пациентов с пагубным употреблением алкоголя или наркотиков без гендерных различий чаще наблюдались легкие и достоверно реже умеренные когнитивные нарушения ($p < 0,05$), при зависимости от алкоголя - чаще умеренные и реже легкие когнитивные нарушения ($p < 0,05$), а при зависимости от наркотиков — только умеренные когнитивные нарушения. К периоду завершения программы у всех пациентов произошло снижение когнитивного дефицита: при пагубном употреблении алкоголя или наркотиков, а также при алкогольной зависимости чаще наблюдались легкие когнитивные

нарушения, и примерно у трети пациентов когнитивного дефицита не обнаружено ($p < 0,01$; $p < 0,05$). При зависимости от наркотиков не выявлено какого-либо терапевтического движения когнитивных нарушений: и при вступлении в программу и при ее завершении у всех пациентов наблюдались умеренные когнитивные нарушения (табл. 4).

Анализ основных искажений убеждений, оцененных по тесту MGAA (МакМаллин Р., 2001) у лиц с наркологическими расстройствами, вовлеченных в РСП, показал, что они были более фиксированы на аффективных, гедонистических аспектах потребления ПАВ с обесцениванием связанных с употреблением ПАВ медицинских и социальных проблем и усилий по их преодолению, что в совокупности с переоценкой собственных возможностей и недооценкой терапевтических усилий специалистов приводило к низкому сотрудничеству пациентов с врачом и снижало их мотивацию к лечению. Результат по тесту MGAA при вступлении в программу МСС 110,5 баллов. Использование техник когнитивно-поведенческой и рационально-эмоционально-поведенческой терапии помогало дезактуализировать связанные с употреблением ПАВ искаженные убеждения: результат по тесту MGAA через 6 месяцев - 90 баллов; через 12 месяца - 87 баллов.

Индекс тяжести зависимости до вступления в программу МСС у пациентов с алкогольной зависимостью был средней (64,3%) и реже значительной (35,7%; $p < 0,05$) тяжести, а у потребителей наркотиков зависимость была крайне тяжелой или значительной тяжести. К периоду завершения программы у всех больных наблюдалось снижение индекса тяжести зависимости, больше выраженное при алкогольной зависимости ($p < 0,01$), и по всем группам исследования – у мужчин, у которых зависимость легкой степени к периоду завершения программы была достоверно чаще, чем у женщин ($p < 0,05$).

Уровень реабилитационного потенциала к периоду вступления в программу без гендерных и нозологических различий был низкий или средний, а к завершению программы – у пациентов с пагубным употреблением алкоголя или наркотиков он повысился до высокого или среднего ($p < 0,05$), а при зависимости от

алкоголя и наркотиков у большинства пациентов он повысился до среднего и реже – высокого ($p < 0,05$). Во всех группах исследования у женщин восстановление уровня реабилитационного потенциала было лучше.

Из 60 пациентов, у которых в течение 12 месяцев после завершения программы МСС наблюдалась воздержание от употребления ПАВ, наблюдалось улучшение социального функционирования: все они либо трудоустроились, либо поступили или возобновили обучение в ВУЗе или в колледже, при этом мужчины по сравнению с женщинами достоверно чаще обучались в ВУЗе или в колледже ($p < 0,05$), а женщины достоверно чаще трудоустраивались ($p < 0,05$), улучшали семейные отношения ($p < 0,05$) и вступали в брак ($p < 0,05$).

ВЫВОДЫ

1. У лиц с наркологическими расстройствами, вовлеченных в РСП, в течение жизни наблюдались многообразные биологические и социальные стигмы: высокая нагрузка наследственной отягощенностью по алкогольным расстройствам; патология раннего периода развития; раннее начало половой жизни и ее ассоциация с опьянением ПАВ и различными формами принуждения (физического, психологического).

2. Участие в РСП и употребление ПАВ влияло на социальное функционирование и на состояние соматического и психического здоровья:

2.1. на фоне ухудшения брачных отношений, снижения трудовой и увеличения противоправной активности наблюдалось улучшение материального положения и жилищных условий;

2.2. ухудшение соматического состояния и развитие наркологических расстройств, у мужчин чаще связанных с употреблением наркотиков (83,2%), а у женщин – с употреблением алкоголя (79,0%);

2.3. В структуре наркологических расстройств у женщин преобладал синдром зависимости от алкоголя (62,0%), а у мужчин – синдром зависимости от мефедрона (30,6%) и синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды) (30,6%);

2.4. Употребление ПАВ было связано с аддиктивной (54,0%) и атарактической (17,8%) мотивацией без заметных гендерных отличий.

3. С учетом синэргического взаимодействия РСП и наркологических расстройств программа МСС была направлена на формирование ремиссии наркологического расстройства и формирование нормативного вектора социальной активности с отказом от РСП.

4. Участие в программе МСС у большинства пациентов приводило к формированию нормативной социальной активности с отказом от употребления ПАВ и РСП.

4.1. Из числа завершивших программу МСС в течение не менее 12 месяцев: 40,9% пациентов воздерживались от употребления ПАВ и прекратили участие в секс-бизнесе; 11,4% воздерживались от употребления ПАВ, но продолжили участие в секс-бизнесе; 15,9% отказались от участия в секс-бизнесе, но эпизодически употребляли ПАВ без развития рецидива наркологического расстройства.

4.2. Достоверно чаще состояния ремиссии наркологического расстройства продолжительностью от 12 месяцев наблюдались у пациентов, которые наряду с отказом от употребления ПАВ отказались от РСП (40,9%).

5. По результатам участия в программе МСС у пациентов наблюдалось терапевтическая динамика большинства клинико-динамических параметров наркологического расстройства с некоторыми гендерными различиями и различиями, связанными с видом потребляемого ПАВ.

5.1. Последовательно снижалась интенсивность патологического влечения к ПАВ, при этом у мужчин это происходило в более короткие сроки, чем у женщин.

5.2. Выравнивался аффективный фон за счет снижения частоты и выраженности депрессии и тревожных нарушений, при этом терапевтическая динамика депрессивных и тревожных расстройств происходила в более длительные сроки у потребителей наркотиков и особенно - психостимуляторов, в том числе при их сочетанном употреблении, а тревожные расстройства быстрее купировались у женщин.

5.3. Анализ основных искажений убеждений потребителей ПАВ, вовлеченных в РСП, показал, что пациенты были более фиксированы на аффективных, гедонистических аспектах потребления ПАВ, для них были характерно обесценивание проблемы наркологического заболевания и усилий по преодолению зависимости, переоценка собственных возможностей, недооценка усилий специалистов. Недопонимание, игнорирование тяжести проблем, не учет психологических факторов зависимости, вели к низкому сотрудничеству с врачом и снижали мотивацию к лечению. Результат по тесту MGAA составил 110,5 баллов. По мере прохождения программы менялись основные искаженные убеждения

оцененных по тесту MGAA: результат по тесту MGAA составил через 6 месяца прохождения программы составил 90 баллов; через 12 месяца прохождения программы составил 89 баллов.

5.4. Снижался индекс тяжести зависимости и повышался УРП. Наиболее заметно было снижение индекса тяжести зависимости и повышение УРП у лиц с алкогольными расстройствами.

5.5. Участники программы МСС, отказавшиеся от употребления ПАВ и РСП, существенно улучшили свое социальное функционирование: половина из них официально трудоустроилась, 30% улучшили отношения с семьей, 11,9% вступили в брак, около 5% приступили к продолжению образования.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Программы МСС лиц наркологическими расстройствами и РСП должны быть индивидуализированы и персонифицированы с учетом их биологических, социальных и клиническо-психологических особенностей:

- По сравнению с пациентами с пагубным употреблением ПАВ у пациентов с зависимостью от ПАВ и особенно у пациентов мужского пола наблюдается более низкая мотивация к участию в программе МСС, поэтому для них необходимо предусмотреть дополнительные занятия по мотивационному консультированию.

- Поскольку у женщин снижение интенсивности патологического влечения к ПАВ по сравнению с мужчинами происходит в более продолжительные сроки, для них необходимо предусматривать программы МСС большей длительности.

- Поскольку у потребителей наркотиков и особенно у потребителей психостимуляторов, в том числе при их сочетанном употреблении, по сравнению с лицами с алкогольными расстройствами терапевтическая динамика депрессивных и тревожных расстройств, а также снижение индекса тяжести зависимости и повышение УРП происходит в более продолжительные сроки, для них также требуются программы МСС большей длительности.

- Для всех пациентов с наркологическими расстройствами в программу МСС необходимо включать мероприятия, направленные на снижение уровня тревожности, тревожного состояния и глубины депрессии.

2. Сравнительно более высокие показатели 6-месячной ремиссии наркологического расстройства у лиц, которые отказались от участия в секс-бизнесе, по сравнению с аналогичным показателем у лиц, которые продолжили рискованное сексуальное поведение, позволяет говорить о необходимости комплексного терапевтического воздействия на данную категорию пациентов, направленного не только на достижение ремиссии наркологического расстройства, но также на отказ от участия в секс-бизнесе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айтбаева, П. М. Аутрич-работа как инновационный метод социальной работы в Кыргызстане / П. М. Айтбаева // Интерактивная наука. - 2017. - № 11. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/autrich-rabota-kak-innovatsionnyy-metod-sotsialnoy-raboty-v-kyrgyzstane> (дата обращения: 04.11.2021).
2. Алихаджиева, И. С. О новых тенденциях современной секс-индустрии и ее криминологических рисках / И. С. Алихаджиева // Актуальные проблемы российского права. - 2021. - № 4 (125). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/o-novyh-tendentsiyah-sovremennoy-seks-industrii-i-ee-kriminologicheskikh-riskah> (дата обращения: 04.11.2021).
3. Алихаджиева, И. С. Проституция в дискурсе российских средств массовой информации / И. С. Алихаджиева // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. - 2020. - Т. 10. - № 1. - С. 209–220.
4. Антонова, Д. В. Особенности рискованного поведения и ситуация болезни у ВИЧ-положительных потребителей наркотиков / Д. В. Антонова, В. В., Бочаров // Медицинская психология в России. - 2021. - Т. 13. - № 3. - С. 6. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-riskovannogo-povedeniya-i-situatsiya-bolezni-u-vich-polozhitelnyh-potrebiteley-narkotikov> (дата обращения: 17.01.2022).
5. Антонян, Ю. М. Субъективные причины проституции / Ю. М. Антонян // Общество и право. - 2022. - №1 (79). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/subektivnye-prichiny-prostitutsii> (дата обращения: 08.03.2023).
6. Анцыборов, А. В. Синтетические каннабиноиды: распространённость, механизмы формирования зависимости, психические нарушения, связанные с употреблением. Современное состояние проблемы / А. В. Анцыборов, В. В. Мрыхин // Интерактивная наука. - 2017. - №14. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sinteticheskie-kannabinoidy-rasprostranennost>

mehanizmy-formirovaniya-zavisimosti-psihicheskie-narusheniya-svyazann ye-s (дата обращения: 27.02.2023).

7. Ахметов, А. А. Отношение жителей Саратова к проституции как форме девиантного поведения на рубеже XIX-XX веков / А. А. Ахметов // Изв. Саратов. ун-та Нов.сер. Сер. История. Международные отношения. - 2021. - № 1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-zhiteley-saratova-k-prostitutsii-kak-forme-deviantnogo-povedeniya-na-rubezhe-xix-xx-vekov> (дата обращения: 06.11.2021).

8. Бекмагамбетов, А. Б. Вовлечение в занятие проституцией, организация и содержание притонов для занятия проституцией: криминологически значимая информация и перспективы политики противодействия преступности, связанной с торговлей людьми / А.Б. Бекмагамбетов // Право и практика. - 2018. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vovlechenie-v-zanyatie-prostitutsiey-organizatsiya-i-soderzhanie-pritonov-dlya-zanyatiya-prostitutsiey-kriminologicheski-znachimaya> (дата обращения: 06.11.2021).

9. Болтаевский, А. А. «Рабы любви»: проституция и ее роль в обществе / А. А. Болтаевский // Социодинамика. - 2015. - №11. - С.102-116. - URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=16919 (дата обращения: 08.03.2023).

10. Большакова, Н. Л. Аутрич-работа с наркозависимой молодежью: опыт России / Н. Л. Большакова // Символ науки. - 2016. - № 12-3. -URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/autrich-rabota-s-narkozavisimoy-molodezhyu-opyt-rossii> (дата обращения: 04.11.2021).

11. Бондаренко, Л. А. Проституция несовершеннолетних как социально-психологический феномен / Л. А. Бондаренко // Психопедагогика в правоохранительных органах. - 2014. - № 2 (57). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prostitutsiya-nesovershennoletnih-kak-sotsialno-psihologicheskiy-fenomen> (дата обращения: 06.11.2021).

12. Боярская, Е. С. Опыт системной помощи химически зависимым осужденным в пенитенциарных учреждениях УФСИН по Архангельской области /

Е. С. Боярская, О. С. Белова, Р. Н. Киселева // Вопросы наркологии. - 2020. - № 10 (193). - С. 34-44.

13. Боярская, Е. С. Возможности фильмотерапии в социально-психологической работе с химически зависимыми осужденными / Е. С. Боярская, О. С. Белова, И. Г. Ядрихинская, И. Н. Дудникова // Уголовно-исполнительная система на современном этапе и перспективы ее развития: сб. тез. выступлений и докладов участников Междунар. науч.-практ. конф. (Рязань, 18–19 нояб. 2020 г.): в 6 т. - Рязань: Академия ФСИН России, 2020. Т. 5: Материалы Всероссийского круглого стола с международным участием «Современная пенитенциарная практика: воспитательная, социальная и психологическая работа». - 2020. - С.79-84.

14. Брюно, В. В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в России. Часть 1 / В. В. Брюно // СНИСП. - 2018. - № 4 (24). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/riskovannoe-seksualnoe-povedenie-sovremennyh-podrostkov-v-rossii-chast-1> (дата обращения: 30.11.2021).

15. Брюно, В. В. Рискованное сексуальное поведение современных подростков в России. Часть 2 / В. В. Брюно // СНИСП. - 2019. - № 1 (25). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/riskovannoe-seksualnoe-povedenie-sovremennyh-podrostkov-v-rossii-chast-2> (дата обращения: 30.11.2021).

16. Вануркина, А. А. Проблемы борьбы с проституцией / А. А. Вануркина // Альманах современной науки и образования. - 2009. - № 1-2. - С. 38-40.

17. Винникова, М. А. Терапевтические стратегии модификационной профилактики при синдроме зависимости, вызванном сочетанным употреблением психоактивных веществ: обзор литературных данных / М. А. Винникова, Е. В. Ежкова, Р. А. Булатова // Профилактическая медицина. - 2018. - № 21(2). - С. 61-67.

18. Володина, А. Д. Предупреждение преступлений, связанных с проституцией / А. Д. Володина // Отечественная юриспруденция. -2018. - № 6 (31). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/preduprezhdenie-prestupleniy-svyazannyh-s-prostituttsiey> (дата обращения: 06.11.2021).

19. Герасимов, Н. В. Понятие проституции / Н. В. Герасимов // Вестник ВУиТ. - 2009. - № 71. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-prostitutsii> (дата обращения: 06.11.2021).

20. Голоднова, С. О. Факторы инфицирования и распространения ВИЧ среди лиц из групп социального риска / С. О. Голоднова, И. В. Фельдблюм, Л. В. Юркова, Е. В. Сармометов, В. В. Николенко // Анализ риска здоровью. - 2020. - №4. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-infitsirovaniya-i-rasprostraneniya-vich-sredi-lits-iz-grupp-sotsialnogo-riska> (дата обращения: 05.11.2021).

21. Гольдштейн, П. Профессия – проститутка. / П. Гольдштейн. - М., 1995. - 342 с.

22. Горшков, М. К. Молодежная проституция и изменение отношения к браку / М. К. Горшков, Ф. Э. Шереги // Мониторинг. - 2010. - № 4 (98). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/molodezhnaya-prostitutsiya-i-izmenenie-otnosheniya-k-braku> (дата обращения: 06.11.2021).

23. Гречаный, С. В. Сочетанное употребление стимуляторов и каннабиноидов у подростков с расстройствами поведения (клинико-динамические аспекты) / С. В. Гречаный // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. - 2013. - №4. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sochetannoe-upotreblenie-stimulyatorov-i-kannabinoidov-u-podrostkov-s-rasstroystvami-povedeniya-kliniko-dinamicheskie-aspekty> (дата обращения: 25.02.2023).

24. Грис, О.А. Социально-исторические аспекты процесса институционализации проституционных отношений / О. А. Грис // Преподаватель XXI век. - 2020. - №3-2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialno-istoricheskie-aspekty-protssessa-institutsionalizatsii-prostitutsionnyh-otnosheniy> (дата обращения: 29.07.2024).

25. Дергилева, С. Ю. Вопросы борьбы с регламентацией проституции и торговом женщинами в конце XIX – начале XX века в научной и общественной деятельности А.И. Елистратова и В.Ф. Дерюжинского / С. Ю. Дергилева, Д. С. Геворкян // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. - 2013. - № 4 (60). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/voprosy-borby-s-reglamentatsiey->

prostityutsii-i-torgom-zhenschinami-v-kontse-xix-nachale-xx-veka-v-nauchnoy-i-obschestvennoy-deyatelnosti-a-i (дата обращения: 06.11.2021).

26. Дмитриева, Н. В. История проституции. Подходы и парадигмы / Н. В. Дмитриева, Л. В. Левина // *Universum: психология и образование*. - 2013. - № 1 (1). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-prostitutsii-podhody-i-paradigmy> (дата обращения: 06.11.2021).

27. Дорошенко, О. М. Правовые и социальные аспекты оптимальной стратегии борьбы с проституцией несовершеннолетних / О. М. Дорошенко // *Вестник Московского университета МВД России*. - 2021. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pravovye-i-sotsialnye-aspekty-optimalnoy-strategii-borby-s-prostitutsiey-nesovershennoletnih> (дата обращения: 06.11.2021).

28. Драчук, П.Э. Социальные и экономические аспекты проблемы распространения ВИЧ-инфекции в России / П. Э. Драчук, Т. Э. Драчук, М. В. Пешикова, О. В. Пешиков // *Вестник СМУС 74*. - 2018. - № 2 (21). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-i-ekonomicheskie-aspekty-problemy-rasprostraneniya-vich-infektsii-v-rossii> (дата обращения: 06.11.2021).

29. Дроздова, Л. Ю. Технологии мотивационного консультирования / Л. Ю. Дроздова, О. В. Лищенко, О. М. Драпкина // *Профилактическая медицина*. - 2020. - 23(2). - С. 97-101.

30. Дюпуи, Э. Проституция в древности / Э. Дюпуи. - М.-СПб.: Книговек, 2010. - 272 с.

31. Ерохина, Л.Д. Глобализация международной торговли женщинами и организованной проституции в юго-восточных странах / Л. Д. Ерохина // *Russian Journal of Education and Psychology*. - 2012. - № 5. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/globalizatsiya-mezhdunarodnoy-torgovli-zhenschinami-i-organizovannoy-prostitutsii-v-yugo-vostochnyh-stranah> (дата обращения: 06.11.2021).

32. Зотова, О. В. Организация и содержание притонов для занятия проституцией как негативное социальное явление и особенности ее криминологической характеристики / О. В. Зотова // *ЮП*. - 2008. - № 6. - URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-i-soderzhanie-pritonov-dlya-zanyatiya-prostitutsiey-kak-negativnoe-sotsialnoe-yavlenie-i-osobennosti-ee-kriminologi> (дата обращения: 06.11.2021).

33. Зуев, А.В. Коммерческий секс и его последствия: исторический экскурс в проблему / А. В. Зуев, Г. В. Захарова, Е. А. Крук // Бюллетень сибирской медицины. - 2009. - № 1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommercheskiy-seks-i-ego-posledstviya-istoricheskiy-ekskurs-v-problemu> (дата обращения: 06.11.2021).

34. Катан, Е. А. Использование международного опросника неблагоприятного детского опыта для выявления психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте / Е. А. Катан // Медицинская психология в России. - 2019. - №2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ispolzovanie-mezhdunarodnogo-oprosnika-neblagopriyatnogo-detskogo-opyta-dlya-vyyavleniya-psihotravmiruyuschih-faktorov-v-detskom-i> (дата обращения: 02.02.2023).

35. Катан, Е. А. Структура стандартизированных факторов неблагоприятного детского опыта у наркологических пациентов / Е. А. Катан, В. В. Карпец, И. Д. Чехонадский, В. В. Данильчук, Е. С. Карпова // Оренбургский медицинский вестник. - 2019. - №4 (28). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-standartizirovannyh-faktorov-neblagopriyatnogo-detskogo-opyta-u-narkologicheskikh-patsientov> (дата обращения: 02.02.2023).

36. Клейн, Л. С. Другая любовь / Л. С. Клейн. - СПб.: Фолио-Пресс, 2000. - 860 с.

37. Клеткина, О. С. Медико-социальные последствия проституции / О. С. Клеткина, Л. Н. Войт // Образовательный вестник «Сознание». - 2006. - № 8. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnye-posledstviya-prostitutsii> (дата обращения: 04.11.2021).

38. Кон, И. С. Лики и маски однополый любви. Лунный свет на заре. 2-е изд., перераб. и доп. / И. С. Кон. - М.: ООО «Издательство Олимп»: ООО «Издательство АСТ», 2003. - 574 с.

39. Короткова, Е. В. Психологическое здоровье женщин, реализующих рентно-промискуитетное поведение / Е. В. Короткова // Северо-Кавказский психологический вестник. - 2009. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskoe-zdorovie-zhenschin-realizuyuschih-rentno-promiskuitetnoe-povedenie> (дата обращения: 06.11.2021).
40. Кошкина, Е. А. Факторы риска, связанные с опасным сексуальным поведением, среди потребителей алкоголя в молодежной среде / Е. А. Кошкина, Н. И. Павловская, С. Г. Коновалова, А. В. Кошкин // Вопросы наркологии. - 2004. - № 1. - С. 61-67.
41. Кулагина, И. Ю. Проституция как профессия. / И. Ю. Кулагина. - М., 2014. - С. 58.
42. Куликова, М.С. Гомосексуальная проституция как социальное явление: история и современность / М. С. Куликова, А. В. Кулаков // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. - 2010. № 4 (14). - С. 142-144.
43. Курилова, Е. Н. Проституция как социально-правовое явление и факторы, способствующие сексуальной эксплуатации несовершеннолетних / Е. Н. Курилова // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. - 2015. - № 4 (68). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prostitutsiya-kak-sotsialno-pravovoe-yavlenie-i-factory-sposobstvuyuschie-seksualnoy-ekspluatatsii-nesovershennoletnih> (дата обращения: 06.11.2021).
44. Лобова, Е. А. Эволюция медико-административной системы контроля над проституцией в Санкт-Петербурге (середина XIX - начало 30-х гг. XX В.) / Е. А. Лобова // Манускрипт. - 2016. - № 6-1 (68). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/evolyutsiya-mediko-administrativnoy-sistemy-kontrolya-nad-prostitutsiey-v-sankt-peterburge-seredina-xix-nachalo-30-h-gg-xx-v> (дата обращения: 06.11.2021).
45. Мавров, Г.И. Социальные аспекты проституции / Г. И. Мавров, Л. И. Пиньковская // Дерматология та венерология. - 2013. - № 1 (59). - С. 12-19.

46. Мавров, Г.И. Медицинские и социальные аспекты коммерческого секса / Г. И. Мавров, Г. П. Чинов, А. А. Ярошенко // Международный медицинский журнал. - 2006. - № 3. - С. 147-156.
47. Максимов, А. М. Психологические исследования мужской гомосексуальной проституции / А. М. Максимов // Консультативная психология и психотерапия. - 2011. - № 1 (68). - С. 137-155.
48. Максимова, С. Г. Социальные риски распространения эпидемии ВИЧ/СПИДа (на примере Алтайского края) / С. Г. Максимова, О. Е. Ноянзина, Д. А. Омельченко, Л. В. Султанов, Э. Р. Демьяненко // Известия АлтГУ. - 2004. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-riski-rasprostraneniya-epidemii-vich-spida-na-primere-altayskogo-kрая> (дата обращения: 06.11.2021).
49. Мартыненко, Н. К. К вопросу об истории проституции в России / Н. К. Мартыненко // Вестник ВУиТ. - 2009. - № 1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-istorii-prostitutsii-v-rossii> (дата обращения: 06.11.2021).
50. Мартыненко, Н. К. Сифилис как главная причина начала регламентации проституции в России в середине XIX века / Н. К. Мартыненко // Вестник ВУиТ. - 2010. - № 4. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sifilis-kak-glavnaya-prichina-nachala-reglamentatsii-prostitutsii-v-rossii-v-seredine-hih-veka> (дата обращения: 06.11.2021).
51. Меренков, А. В. Социальный портрет современной проститутки / А. В. Меренков, М. Н. Никитина // Социологические исследования. - 2000. - № 5. - С. 47-50.
52. Мудренко, О. С. Клинико-лабораторное обследование женщин, занимающихся коммерческим сексом / О. С. Мудренко, М. В. Яцуха // Вестн. дерматол., венерол. - 2000. - № 3. - С. 46–48.
53. Муханова, Е. Д. Феномен проституции в современном обществе / Е. Д. Муханова // Наука. Мысль: электронный периодический журнал. - 2015. - № 9. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-prostitutsii-v-sovremennom-obschestve> (дата обращения: 06.11.2021).

54. Нахимова, Я. Н. Социальные установки молодежи на употребление наркотиков и профилактика наркомании / Я. Н. Нахимова, Г. Ф. Ромашкина // Образование и наука. - 2017. - №6. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-ustanovki-molodezhi-na-upotreblenie-narkotikov-i-profilaktika-narkomanii> (дата обращения: 11.02.2023).

55. Одинокова, В. А. Теоретическое и эмпирическое определение проблемного потребления алкоголя / В. А. Одинокова // Теория и практика общественного развития. - 2014. - № 10. - С. 59-63.

56. Одинокова, В. А. Факторы вовлечения в проституцию в несовершеннолетнем возрасте: результаты эмпирического исследования взрослых женщин / В. А. Одинокова, К. Ю. Ерицын, М. М. Русакова, Н. М. Усачева // Журнал исследований социальной политики. - 2019. - № 2. - С. 267-280. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-vovlecheniya-v-prostitutsiyu-v-nesovershennoletnem-vozraste-rezultaty-empiricheskogo-issledovaniya-vzroslyh-zhenschin> (дата обращения: 06.11.2021).

57. Панин, С. Е. «Продажная любовь» в советской России (1920-е годы) / С. Е. Панин // Вестник Евразии. - 2005. - № 1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prodazhnaya-lyubov-v-sovetskoy-rossii-1920-e-gody> (дата обращения: 06.11.2021).

58. Паршина, В. В. Деятельность социальных учреждений по оказанию помощи женщинам, пострадавшим от насилия (на примере ГБУ города Москвы «Кризисный центр помощи женщинам и детям») / В. В. Паршина // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2016. - № 1-4. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/deyatelnost-sotsialnyh-uchrezhdeniy-po-okazaniyu-pomoschi-zhenschinam-postradavshim-ot-nasiliya-na-primere-gbu-goroda-moskvy-krizisnyu> (дата обращения: 06.11.2021).

59. Покатович, Е. В. Ценообразование на рынке онлайн-проституции / Е. В. Покатович, В. Д. Матюшонок // Экономическая политика. - 2017. - № 3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsenoobrazovanie-na-rynke-onlayn-prostitutsii> (дата обращения: 06.11.2021).

60. Прохоренков, В. И. Социальные, этические и медицинские проблемы коммерческого секса / В. И. Прохоренков, Т. Н. Гузей, Ю. Н. Павлова, Е. А. Татьяна // Сибирское медицинское обозрение. - 2001. - № 1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-eticheskie-i-meditsinskie-problemy-kommercheskogo-seksa> (дата обращения: 04.11.2021).

61. Романенко, В. В. Виды проституции в современном российском обществе / В. В. Романенко // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. - 2010. - № 4. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vidy-prostitutsii-v-sovremennom-rossiyskom-obschestve> (дата обращения: 06.11.2021).

62. Романенко, В. В. Трансформация социального пространства женской проституции (на примере молодых женщин, оказывающих сексуальные услуги в Санкт-Петербурге) / В. В. Романенко // ЖССА. - 2015. - № 5. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/transformatsiya-sotsialnogo-prostranstva-zhenskoy-prostitutsii-na-primere-molodyh-zhenschin-okazyvayuschih-seksualnye-uslugi-v-sankt> (дата обращения: 04.11.2021).

63. Руководство по психиатрии: В 2-х т. Т.2 / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 784 с.

64. Русакова, М. М. «Выход» из проституции: изменение индивидуальной реальности / М. М. Русакова // Теория и практика общественного развития. - 2012. - № 12. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/vyход-iz-prostitutsii-izmenenie-individualnoy-realnosti> (дата обращения: 07.11.2021).

65. Русакова, М. М. Адаптация и погружение в жизненных траекториях женщин, вовлеченных в проституцию / М. М. Русакова // Вестник РУДН. Серия: Социология. - 2019. - № 1. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-i-pogruzhenie-v-zhiznennyh-traektoriyah-zhenschin-vovlechnyyh-v-prostitutsiyu> (дата обращения: 06.11.2021).

66. Русакова, М. М. Влияние перенесенного в детстве сексуального насилия на вовлечение женщин в проституцию: Российский контекст / М. М. Русакова // RussianJournalofEducationandPsychology. - 2012. - № 5. - URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-perenesennogo-v-detstve-seksualnogo-nasilija-na-vovlechenie-zhenschin-v-prostitutsiyu-rossiyskiy-kontekst> (дата обращения: 08.01.2023).

67. Русакова, М. М. Научные основания эффективного социального контроля проституции: актуальное состояние и перспективные направления исследований / М. М. Русакова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. - 2014. - № 3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nauchnye-osnovaniya-effektivnogo-sotsialnogo-kontrolya-prostitutsii-aktualnoe-sostoyanie-i-perspektivnye-napravleniya-issledovaniy> (дата обращения: 06.11.2021).

68. Русакова, М. М. Потребление сексуальных услуг в современном российском обществе: объем, характеристики, мотивы / М. М. Русакова // ЖССА. - 2012. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/potreblenie-seksualnyh-uslug-v-sovremennom-rossiyskom-obschestve-obem-harakteristiki-motivy> (дата обращения: 06.11.2021).

69. Русакова, М. М. Социологическая модель жизненных траекторий женщин, вовлеченных в проституцию / М. М. Русакова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. - 2019. - № 3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskaya-model-zhiznennyh-traektoriy-zhenschin-vovlechennyh-v-prostitutsiyu> (дата обращения: 06.11.2021).

70. Русакова, М. М. Статистическая типология женской проституции / М. М. Русакова // Russian Journal of Education and Psychology. - 2012. - № 9. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/statisticheskaya-tipologiya-zhenskoy-prostitutsii> (дата обращения: 06.11.2021).

71. Русакова, М. М. Региональная специфика современной российской проституции (на примере Санкт-Петербурга и Оренбурга) / М. М. Русакова, А. А. Яковлева // Петербургская социология сегодня. - 2010. - № 2. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/regionalnaya-spetsifika-sovremennoy-rossiyskoy-prostitutsii-na-primere-sankt-peterburga-i-orenburga> (дата обращения: 06.11.2021).

72. Семерикова, А. А. Проституция и сексуальное насилие. Криминологический и виктимологический аспект / А. А. Семерикова //

Юридические исследования. - 2017. - № 9. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prostitutsiya-i-seksualnoe-nasilie-kriminologicheskii-i-viktimologicheskii-aspekt> (дата обращения: 06.11.2021).

73. СП 3.1.5.2826-10. Профилактика ВИЧ-инфекции: санитарно-эпидемиологические правила от 11 января 2011 года № 1 [Электронный ресурс] // КОДЕКС: электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. - URL: <http://docs.cntd.ru/document/902256311> (дата обращения: 03.08.2020).

74. Станская, А.А. Проституция несовершеннолетних — социальная и правовая проблема общества / А. А. Станская, М. Farley, С. Harcourt. - СПб.: Юр. центр «Пресс», 2005. - 323 с.

75. Тарасова, И.А. Проституция как социальное явление и ее правовая регламентация в зарубежных государствах: от Античности до Нового времени / И. А. Тарасова // Евразийское Научное Объединение. - 2016. - Т.1. - № 2 (14). - С. 50-53.

76. Тимченко, Д. Г. К истории изучения ранневизантийского гетеризма / Д. Г. Тимченко // *Viaintempore. История. Политология.* - 2015. - № 1 (198). - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-istorii-izucheniya-rannevizantiyskogo-geterizma> (дата обращения: 06.11.2021).

77. Тонконогова, А. С. Распространение мужской проституции в России как социальная проблема / А. С. Тонконогова // *Вопросы российской юстиции.* - 2020. - № 6. - С. 15-24. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranenie-muzhskoy-prostitutsii-v-rossii-kak-sotsialnaya-problema> (дата обращения: 04.11.2021).

78. Чусова, Ю. А. Уличная социальная работа (аутрич-работа) с беспризорными детьми / Ю. А. Чусова, М. В. Сташкова // *Baikal Research Journal.* - 2014. - № 3. - URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ulichnaya-sotsialnaya-rabota-autrich-rabota-s-besprizornymi-detmi> (дата обращения: 03.11.2021).

79. Шаболтас, А. В. Психологические основы превенции ВИЧ-инфекции / А. В. Шаболтас. – СПб.: Скифияпринт. - 2015. - 694 с.

80. Ярцева, Е. В. О влиянии неблагоприятного детского опыта на здоровье и злоупотребление психоактивными веществами / Е. В. Ярцева, Т. Б. Гречаная, Г. А. Корчагина, Р. Н. Исаев // Вопросы наркологии. - 2018. - № 5 (165). - С. 21-36.

81. Ярцева, Е. В. Распространенность неблагоприятного детского опыта у реабилитантов с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ / Е. В. Ярцева, Т. Б. Гречаная, Г. А. Корчагина, Р. Н. Исаев // Вопросы наркологии. - 2018. - № 7 (16). - С. 31-45.

82. Boyd S. A Canadian perspective on documentary film: Drug Addict. Int J Drug Policy. 2013. Nov. 24(6). P. 589-596.

83. Carney J. Culture and mood disorders: the effect of abstraction in image, narrative and film on depression and anxiety. Med Humanit Epub ahead of print: [02.08.2020]. URL: <https://mh.bmj.com/content/medhum/early/2019/10/31/medhum-2018-011459.full.pdf> (Accessed at: 08.03.2023)

84. Cepeda J.A., Eritsyan K., Vickerman P., Lyubimova A., Shegay M., Odinkova V., Beletsky L., Borquez A., Hickman M., Beyrer C., Martin N.K. Potential impact of implementing and scaling up harm reduction and antiretroviral therapy on HIV prevalence and mortality and overdose deaths among people who inject drugs in two Russian cities: a modelling study // Lancet HIV. 2018 Oct; 5(10). P. e578-e587.

85. Channele J. Environment and behavior of sexual risk in HIV infection among women in the United States: a systematic review. AIDS and behavior. 2017. (21)12. P. 3353-3365.

86. Eritsyan K., Kolpakova O. Runaway behavior among children in residential care in St. Petersburg: A qualitative study Psychology in Russia: State of the Art. 2017. Vol.10 Issue 4. P. 124–133. [Электронный ресурс]. http://psychologyinrussia.com/volumes/pdf/2017_4/psych_4_2017_11.pdf (Accessed at: 08.01.2023).

87. Farley M., Kelly V. Prostitution: a critical review of the medical and social sciences literature. Women & Crim. Justice. 2000. Vol. 11. No. 4. P. 29–64.

88. Gil Á, Ortega RM. Introduction and Executive Summary of the Supplement, Role of Milk and Dairy Products in Health and Prevention of Noncommunicable Chronic

Diseases: A Series of Systematic Reviews. *Adv Nutr.* 2019 May 1; 10 (suppl_2). P. 67-73.

89. Iaisuklang MG, Ali A. Psychiatric morbidity among female commercial sex workers. *Indian J Psychiatry.* 2017 Oct-Dec; 59(4): P. 465-470.

90. Kempe C.H., Helfer R.E. Child abuse and neglect: The family and the community. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Co., 1976. 438 pp.

91. King E.J., Niccolai L.M., Eritsyan K.U., Heimer R., Levina O.S. HIV testing among people who inject drugs in Ivanovo and Novosibirsk, Russia. *Cent Eur J Public Health.* 2019 Mar; 27(1). P. 50-53.

92. Leth S.V., Bjerrum M.L., Niclasen B.V. Polysubstance abuse among sexually abused in alcohol, drug, and gambling addiction treatment in Greenland: a cross sectional study. *Int J Circumpolar Health.* 2021. Dec; 80(1):1849909

93. Nelson E.E., Abikoye G.E. Multiple Barriers to Utilization of Drug Abuse Treatment by Female Street Sex Workers in Nigeria. *J Psychoactive Drugs.* 2019 Sep-Oct; 51(4). P. 383-390.

94. Onger L, Moshi V, Denckla CA, Bosire R, Singa B, Otieno P, Maingi C, Ouma L, Omolo D, Manduku V. Prevalence of Substance Use and Its Association with Sociodemographic and Behavioral Factors among Women Who Conduct Sex Work in Kenya. *J Psychoactive Drugs.* 2022 Mar 20. P. 1-9.

95. Redonna K.C., Fletcher B.W., Volkow N.D. Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System: Improving Public Health and Safety. *JAMA.* 2009. 301(2). № 14. P.183–190.

96. Shannon K. et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants / K. Shannon, S.A. Strathdee, S.M. Goldenberg, P. Duff, P. Mwangi, M. Rusakova, S. Reza-Paul, J. Lau [et al.]. *The Lancet.* 2015. Vol. 385. № 9962. P. 55–71.

97. Trope Y., Liberman N. Construal-level theory of psychological distance. *Psychological Review.* 2010 [Apr]. Vol. 117[2]. P. 440-463.

98. Weitzer R. New directions in research on prostitution. *Crime, Law & Social Change.* 2005. № 43. P.211-235.

99. WHO. Global status report on alcohol and health [Электронный ресурс]. 2011. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-and-health-2011> (дата обращения: 02.02.2023).

100. Zhang L., Chow E.P.F., Su S. et al. A systematic review and meta-analysis of the prevalence, trends, and geographical distribution of HIV among Chinese female sex workers (2000–2011): implications for preventing sexually transmitted HIV. *International Journal of Infectious Diseases*. 2015. Vol. 39. P. 76–86.

Приложение 1.

Клиническое наблюдение 1

Пациент - мужчина 1991 г.р. (34 года). Дед по отцовской линии, отец страдали алкоголизмом, отец находился на лечении в наркологическом стационаре с алкогольным психозом. Родился г. Тула в полной семье, вторым ребенком (есть старшая сестра). Мать по характеру спокойная, любящая, переживающая, по специальности медицинская сестра. Отец холодный, в состоянии алкогольного опьянения становился агрессивным, по специальности повар, с сыном общался по необходимости. Родился от второй беременности, протекавшей на фоне токсикозы 1 и 3 триместра. Вторых естественных. срочных родов. Рос и развивался соответственно возрасту. Посещать детский сад начал с 4 лет. Адаптировался быстро. Занятия в группе с другими детьми нравились, был общительным, веселым ребенком, но капризным: всегда настаивал на том, что хотел получить. Много времени уделял подвижным играм. Обучение в школе начал с 7 лет. Успеваемость была хорошей, учеба интересовала. В школьном коллективе проблем с адаптацией не возникло. Имел много друзей, пользовался авторитетом, любил быть в центре внимания, старался привлечь к себе других одноклассников. С 9 до 11 лет по настоянию матери в свободное от учебы время занимался балетными танцами. В 13 лет в связи с переездом в другой район был переведён в гимназию. В новой школе адаптировался быстро, гордился тем, что также быстро расположил к себе новых друзей, считал, что у него есть «притягательные» для других качества. Не отрицает, что старался быть в центре внимания, когда этого не получалось, переживал, мог разозлиться, был нетерпим к успехам других сверстников. Успеваемость была хорошей, учебный материал усваивал быстро: к занятиям не готовился, «делал уроки на ходу». Из предметов больше увлекала история, география. Много времени уделял занятиям танцами. Принимал неоднократное участие в танцевальных турнирах, занимал призовые места. В 18-летнем возрасте после окончания школы, поступил в Московский колледж культуры и спорта факультет социально-культурная деятельность. Обучение закончил.

Первая проба алкоголя в 14 лет: выпил 250 мл ликера, была тошнота, рвота. Ощущения не понравились, несколько лет не употреблял алкоголь. Будучи студентом, в компании сверстников в 18 лет впервые попробовал пиво. Ощущения были притягательными для пациента: нравилась «легкая эйфория», расслабленность и появившаяся раскованность. Описывает этот опыт подробно, эмоционально охвачено. С тех пор эпизодически употреблял пиво с друзьями: «для веселья». В возрасте 19 лет впервые в компании сверстников употребил гашиш. Состояние наркотического опьянения не понравилось: «не понравился тупняк, как будто в голове туман густой». В 20 лет в компании друзей в клубе впервые попробовал мефедрон интраназально. Первые ощущения понравились - приятное расслабление, подъем настроения, легкое головокружение, понравились. ощущения понравились: «было хорошо, весело, здорово». Совместно с другом снимал квартиру в Москве.

Будучи студентом, подрабатывал в одном из ночных клубах г. Москвы танцором. В этом же ночном клубе впервые оказал сусальные услуги женщине за

определённую плату. Эпизодически оказывал коммерческие сексуальные услуги женщинам в данном ночном клубе. Перешел работать танцором в другой ночной клуб г. Москвы. В данном ночном клубе регулярно оказывал коммерческие сексуальные услуги посетительницам клуба. До 24 лет мефедрон употреблял интраназально эпизодически: 1-2 раза в 3-4 месяца, суточная толерантность составляла 0,25 гр. С 24 летнего возраста форма употребления приобрела постоянный (2-3 раза в неделю) характер. Употреблял мефедрон интраназально в клубе во время работы, совместно с клиентками клуба. Также продолжал оказывать коммерческие сексуальные услуги. Употреблял мефедрон перед сексом, чтобы «усилить ощущения». Мог употреблять мефедрон на протяжении 3 дней, Толерантность составляла до 1 грамма в сутки. Пациент отмечал привлекательный для себя стимулирующий эффект мефедрона: «чувствовал себя секс-машиной», «голова не болит, как после алкоголя». Синдром отмены проявлялся аффективными расстройствами (преобладала тревога, фон настроения был заметно снижен, возникали частые вспышки раздражительности, стойкие нарушения сна), идеаторными расстройствами (постоянные размышления об употреблении мефедрона, преуменьшение степени наркотизации). В результате злоупотребления мефедрона регулярно пропускал работу, систематически опаздывал, был уволен из клуба. Для заработка продолжил оказывать коммерческие сексуальные услуги разместив свою анкету на сайте интимных услуг. По рекомендации друга стал оказывать коммерческие сексуальные услуги как женщинам так и мужчинам. Употреблял мефедрон перед встречей с мужчинами клиентами, чтобы нивелировать чувство брезгливости и отвращения. Несколько раз пытался самостоятельно перестать употребление мефедрона, однако при актуализации патологического влечения возобновлял прием наркотика. Во время встречи с клиентом стал свидетелем несчастного случая (совместно с клиентом употребляли мефедрон, чтобы в дальнейшем заняться сексом, клиент сел на подоконник и в дальнейшем выпал из окна 4 этажа). Испугался, что его привлекут к уголовной ответственности за распатроненные ПАВ.

Самостоятельно обратился в фонд «Шаги» за консультативной юридической помощью, где в дальнейшем с ним было проведено мотивационное интервью. Пациент обратился в ЦПНЗ МНПЦ Наркологии за консультативной наркологической помощью.

Психическое состояние. Сознание не помрачено. Ориентирован правильно. В беседу вступает легко, на вопросы отвечает в плане заданного. Анамнез излагает в рамках задаваемых вопросов, масштабы и последствия злоупотребления ПАВ несколько преуменьшает. В беседе о мефедроне оживляется, наличие влечения к ПАВ не отрицает. Фон настроения на момент осмотра снижен, без резких колебаний. Поступает на лечение в программу ММС, со слов, по собственной инициативе, установки на лечение вынужденные. На приеме при затрагивании субъективно-значимых тем краснел, повышал голос, становился тревожен, загибал пальцы, подергивал ногой. Себя характеризовал как человека со «сложным» характером: «вспыльчивый, но добрый». Отмечал, что мефедрон повлиял на его

характер. Рассказывал, что стал легко раздражаться по пустякам, обращать внимания на мелочи, говорил, что «сам себя» не узнает. Рассказывая об употреблении ПАВ, смущался, стыдился, высказывал раскаяние в своем поведении. Сообщил, что понял, что зависим от мефедрона: «без него ни расслабиться, ничего не могу». Отмечал, что в состоянии наркотического опьянения после употребления мефедрона любой клиент становился привлекательным. Однако после «перенесенного ужаса», когда стал свидетелем несчастного случая, боится возобновлять его употребление, так как осознал, как легко можно умереть. Мышление было оценено в целом, как последовательное, ближе к конкретному, несколько замедленное по темпу. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, обманы восприятия) не выявлялось. Критические и прогностические способности к заболеванию и собственному состоянию были недостаточны, считал, что имеет «проблемы с мефедроном, но если начнет курить марихуану, то зависимость не разовьется». Трезвеннические установки имели формальный характер, был склонен оговаривать сроки трезвости: «через год буду нормально как все в нашей профессии иногда выпивать или курить марихуану».

Соматическое состояние. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык суховат, обложен белым налетом. ЧСС 70 в мин, АД 115/80 мм. рт.ст. Температура 36.0С. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей.

Неврологическое состояние. Походка обычная Глазные щели симметричны, зрачки равновеликие, фотореакции живые. Движение глазных яблок в полном объеме, установочный нистагм средне- и крупноразмашистый при взгляде в стороны, вверх, вниз и спонтанный нистагм горизонтального характера. Реакция на конвергенцию несколько ослаблена. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Лицо симметрично. Отмечается легкая девиация языка вправо. Мышечная сила достаточная, тонус не изменен. Глубокие рефлексы с рук и ног живые, одинаковые с обеих сторон. Брюшные рефлексы живые. Патологические стопные знаки нет. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно, коленопяточную пробу выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчив. Отмечается тремор век. Чувствительность сохранена. Отмечается «мраморность» кожных покровов. Менингеальных знаков нет.

После проведенной беседы с врачом психиатром-наркологом пациент дал свое добровольное согласие и был включен в программу медико-социального сопровождения. Пациенту при включении в программу МСС был поставлен

диагноз: Синдром зависимости от других стимуляторов (мефедрон) (включая кофеин). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. (код по МКБ-10: F 15.252).

Результаты лабораторных и инструментальных исследований. Общий анализ крови. гемогл. 169,0г/л, эр. $5,65 \cdot 10^{12}/л$, цв.пок 0,89, Нт 52,2, тромб. $218 \cdot 10^9/л$, лейкоц. $7,2 \cdot 10^9/л$, ПЯ 1%, СЯ 56%, эоз. 3%, лимф. 35%, моноц. 5%, СОЭ 3 мм/ч. Общий анализ мочи. BIL neg, UBG norm, KET neg, ASC neg, GLU norm, PRO neg, ERY neg, pH 5.0, NIT neg, LEU neg, SG 1.005. Биохимический анализ крови. АЛТ 19.4 U/l (N 0-49), АСТ 30.3U/l (N 0-46), щел. фосфатаза 219.7U/l (N 100-290.0U/l), мочевины 4.11 mmol/l (N 2.10-7.10), билирубин пр. 2.89 mmol/l (N 0-5.10), билирубин общ. 12.44 mmol/l (N 0-21.0), глюкоза 4.46 mmol/l (N 4.1-6.40), белок общ. 70.8 g/l (N 64-83), холестерин 4.50 mmol/l (N 0-5.18), триглицериды 1.58 mmol/l (N 0.68-2.30), гамма-ГТ 20.5 U/l (N 8.0-61.0). Анализ крови на RW, анти-НСV, гепатиты. ВИЧ положительно. Анализ мочи на ПАВ. Тетрагидроканнабиноиды отрицательно, амфетамины отрицательно, опиоды отрицательно, барбитураты отрицательно, 3,4-метилendioксиметамфетамин 125,23 ng/ml, метадон отрицательно, кокаин отрицательно, метамфетамин отрицательно, бензодиазепины отрицательно, JHW отрицательно. Флюорография. Без патологии; ЭКГ. Синусовый ритм 60 уд/мин. Горизонтальное положение ЭОС. Неполный правый гемиблок.

Результаты экспериментально-психологического обследования. На фоне достаточной облегченности суждений и высказываний, личностной примитивности, с доминированием развлекательной мотивации поведения, незаинтересованности в результатах исследования, субъективных затруднений при ориентации в предлагаемых заданиях, обсуждении актуальных для испытуемого проблем отмечается невысокий уровень памяти, доступность продуцирования формальных примитивных, конкретных ассоциаций, малопроективных с трудностью осмысления абстрактных понятий, при этом ригидность и вязкость мыслительных функций, сложность выполнения операций группирования, дифференцирования свойств понятий сочетается с возможностью осмысления лишь простых проб, продуцирования конкретных ситуативных свойств. Интерпретация пословиц, метафор достаточно примитивны, буквальны. Обращает внимание личностные особенности испытуемого в виде неустойчивости эмоциональных реакций, импульсивности, сложности сдерживания непосредственных реакций, возможность появления агрессии, конфликтного поведения, мотивационных колебаний, уровня притязаний с ориентацией на самореализацию, поиск широких формальных контактов и вместе с тем уязвимости, фиксированности на ситуации неуспеха, сложности самостоятельного разрешения проблемных обстоятельств. Заключение. В структуре личности пациента с детства преобладали истеро возбудимые черты характера о чем

свидетельствуют данные анамнеза об отмечающихся у пациента на протяжении жизни таких личностных особенностях, как демонстративность, переоценка собственной личности, эгоцентризм, желание быть в центре внимания, а также настойчивость в удовлетворении собственных желаний, умение настоять на своем.

Перед вступлением в программу пациента оценка интенсивность патологического влечения к ПАВ составляла 7 баллов, интенсивность патологического влечения к наркотикам была высокой; глубина депрессии, оцененная по Шкале депрессии А.Бека к периоду вступления в программу определялась как умеренная (19 баллов); уровень тревоги, оцененный по шкале Гамильтона доходил до уровня тревожного состояния (22 балла); уровень реабилитационного потенциала был низким; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); среди аддиктивных установок, оцененное по тесту аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA) присутствовали такие установки как «Я всегда могу предсказать, что не потеряю контроль, приняв наркотик»; «Я лучше как любовник, когда пьян или принял наркотик»; «Мне нужно спиртное или наркотики. Чтобы эмоции не овладели мной»; «Мне лучше выпить или принять наркотик, чтобы чувствовать себя лучше»; Результат по тесту MGAA составил 110,5 баллов; индекс тяжести зависимости-значительной тяжести.

В ходе реализации программы на индивидуальных и групповых сессиях клиническим психологом пациенту было разъяснено, что психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ, относятся к биопсихосоциодуховным расстройствам, развитие и формирование которых связано с комплексом биологических, клинических, психологических, социальных и духовных факторов. Также у пациента формировалась наркологическая грамотность, необходимые знания и умения для предупреждения возобновления употребления ПАВ и поддержания здорового образа жизни. Сформировалось критическое отношение к своему психическому, физическому, психологическому состоянию и социальному поведению, преодолевалась анозогнозия. Пациент обучился альтернативным умениям и навыкам преодоления деструктивного поведения, связанного с употреблением ПАВ: навыки рефлексии и саморегуляции, планирования своих действий и своей жизни и принятия конструктивных решений, профилактика срыва, асертивности, произвольности, конструктивного взаимоотношения с окружающими. Социальный работник заключил с пациентом договор о социальном сопровождении. По запросу пациентов была организована помощь в получении консультативной помощи врача инфекциониста в московском Спид центре, продолжении образования, смене трудовой деятельности (временное трудоустройство через Московскую биржу труда).

Через 6 месяцев после вступлением в программу, интенсивность патологического влечения к наркотикам по-прежнему сохранялась сильной (7 баллов); глубина депрессии определялась как умеренная (18 баллов по шкале депрессии А.Бека); определялась тревожное состояние (22 балла по шкале Гамильтона); уровень реабилитационного потенциала был средним; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); результат по тесту MGAA составил 90 баллов; индекс тяжести зависимости-средней тяжести. Пациент закончил программу МСС, на протяжении 12 месяцев пребывания в программе воздерживался от употребления мефедрона, регулярно посещал врача психиатра-нарколога, занятия с клиническим психологом индивидуальные и групповые, также посещал собрания АН, в настоящее время проходит 12-ти шаговую программу.

По завершению программы МСС был поставлен диагноз: Синдром зависимости от других стимуляторов (включая кофеин). Средняя (вторая) стадия зависимости в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F 15.212.

Через 12 месяцев после вступлением в программу интенсивность патологического влечения к ПАВ оценивалась как легкая; глубина депрессии легкая (по шкале депрессии А.Бека 15 баллов); тревога отсутствовала; уровень реабилитационного потенциала был высоким; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); Результат по тесту MGAA составил 87 баллов; индекс тяжести зависимости-средней степени. Через 12 месяцев после окончания программы МСС пациент воздерживается от употребления мефедрона, продолжает посещать сообщество АН, трудоустроился (работает администратором), посещает танцевальные курсы.

Клиническое наблюдение 2.

Пациент - мужчина, 34 года. Отец, дед, бабушка по отцу, дед по матери злоупотребляли алкоголем. Бабушка по матери покончила жизнь самоубийством после самопроизвольного прерывания беременности. Родился в Г. Вологда. Отец, состоял в криминальных неформальных структурах, покинул семью вскоре после рождения пациента. Мать передала пациента на воспитание бабушке в поселок и уехала на заработки в Москву. В дальнейшем вышла замуж, родила двоих детей. Пациент родился в срок, от первой беременности, протекавшей без осложнений. Раннее развитие проходило в соответствии с возрастными нормами, от сверстников не отставал. В 2 года получил ЗЧМТ, точного диагноза не знает, знает об этом со слов бабушки. У специалистов не наблюдался. До 4 лет был капризным, легко возбудимым, драчливым ребенком, трудно находил общий язык со сверстниками. ДДУ не посещал, воспитывался дома. С 5 лет стал более общительным, веселым, озорным, часто участвовал в шалостях, был заводилой в компании. Обучение в школе начал в срок. На занятиях часто был неусидчив, интереса к учебе не проявлял. После 9 класса по собственному желанию поступил в кулинарный техникум, с учебой справлялся, однако потерял интерес к занятиям и забрал документы после первого семестра. В 16 лет поступил в училище, по специальности «парикмахер», спустя 3 года закончил обучение. На протяжении учебы к занятиям относился халатно, зачастую прогуливал. По специальности не работал, однако считает себя «отличным специалистом», «у меня талант». Часто менял места работы, «искал себя», «кем только не работал, но все быстро приедается, не люблю сидеть на одном месте». До 19 лет работал инструктором по альпинизму в детском парке, уволился по собственному желанию, «был страх за жизнь детей». В армии не служил в связи с отсрочкой по учебе. Большую часть времени проводил в компании знакомых, увлекался музыкой, татуировками. Эпизодически делал татуировки на руках, ногах. Самостоятельно рисовал эскизы к рисункам в память о значимых событиях, например, «расстался с парнем – нарисовал разбитое сердце, затем рисунок перестал нравиться, дорисовал паутину вокруг».

Первая проба алкоголя в 11 лет, выпил 1,5 л светлого пива в компании ровесников. Ощущения не понравились, затошнило, «упал, ничего не понимал». В 15 в квартире в компании ровесников повторно употребил алкоголь, 200 мл красного вина. Состояние алкогольного опьянения понравилось, сразу же почувствовал легкость, радость, «первые полчаса было весело», затем ощутил «желание пойти поспать». до 20 лет эпизодически пил алкогольные напитки, преимущественно красные вина, толерантность составляла до 500 мл. зависимость от алкоголя отрицал, «не тянет, не нравится, пил за компанию».

В 20 летнем возрасте был вовлечен в коммерческую сексуальную деятельность. Оказывал коммерческие сексуальные услуги мужчинам в сауне г.

Москвы. в этом же возрасте алкоголь стал употреблять 2-3 раза в неделю совместно с клиентами, суточная толерантность составляла до 1,0 дл. Красного вина. В состоянии алкогольного опьянения становился более раскованным, «клиентам нравилось, что становился дикарем в сексе». В возрасте 26 лет стал употреблять крепкий алкоголь, суточная толерантность составляла до 350-400 мл. В этом же возрасте после чрезмерного употребления алкоголя на следующий день испытывал состояние недомогания: тошноту, диспепсию, головные боли, повышение артериального давления ДО 140\90 ММ.РТ.СТ., тахикардию, слабость, отсутствие аппетита, раздражительность. При употреблении небольшого количества алкоголя данная симптоматика нивелировалась. Старался контролировать длительность употребления алкоголя, не выпивать более 1 дня. С 30 летнего возраста стал работать индивидуально, имел свою клиентскую базу, при этом по-прежнему оказывал коммерческие сексуальные услуги в сауне г. Москвы. С 30-летнего возраста алкоголь мог употреблять 2-3 дня подряд. В состоянии алкогольного опьянения становился грубым, раздражительным.

В возрасте 31 года поступил на лечение в частную наркологическую клинику, где был установлен диагноз: «F.10.262. Зависимость от алкоголя средней стадии, периодическая форма употребления, средне прогрессивное течение. F.10.30. Алкогольный абстинентный синдром (ААС) средней степени тяжести, неосложненный». При поступлении на первый план выходили нарастающие явления ААС, в структуре которого преобладали соматовегетативные, неврологические нарушения. Было проведено лечение в соответствии со стандартами диагностики и лечения наркологических больных: детоксикация, назначались транквилизаторы, ноотропные препараты, витамины группы В, С, симптоматические и общеукрепляющие средства. К 4 суткам соматовегетативные и неврологические расстройства ААС были купированы. В постабстинентном состоянии (ПАС) в структуре патологического влечения к алкоголю (ПВА) на первый план выходили идеаторные нарушения в виде навязчивых мыслей, сновидений, в поведении отмечалась неусидчивость, беспокойство, раздражительность, четко прослеживались суточные колебания настроения с ухудшением к вечеру. Было рекомендовано амбулаторное лечение, посещение сообщество АА, психотерапия, от которого больной отказался. В результате активации патологического влечения к алкоголю возобновил употребление спиртных напитков, суточная толерантность составляла до 0,5л. Крепкого алкоголя.

В возрасте 32 лет вступил в длительные отношения с клиентом, гражданином Испании, который предложил ему вступить с ним в брак на территории одной из стран Евросоюза. На одном из собраний работников сауны был проконсультирован сотрудником ЦПНЗ МНПЦ Наркологии, с ним было проведено мотивационное интервью.

Пациент обратился в ЦПНЗ МНПЦ Наркологии за консультативной наркологической помощью. Соматическое состояние. Спортивного телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски, татуировки в виде графических рисунков на левом предплечье. Отеков, гиперемии нет; дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД = 130/90 мм.рт.ст. Пульс удовлетворительного наполнения, ЧСС 90 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень ниже реберной дуги на 0,5 см, безболезненная при пальпации. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез регулярные.

Неврологическое состояние. Походка обычная. Лицо симметричное. Зрачки средних размеров, равновеликие. Реакция зрачков на свет, конвергенция вялые. Нистагм отсутствует. Язык по срединной линии. Сухожильные рефлексы живые, симметричные. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет уверенно. Менингеальных знаков не выявлено. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Психическое состояние. Сознание не помрачено. Ориентирован верно. Внешне опрятен. Многоглаголив. На вопросы отвечает подробно, плане заданного, развернуто, обстоятельно, зачастую отвлекается по побочным ассоциациям. Активно жестикулирует. Театрален, демонстративен. Стремится предстать в выгодном свете, склонен переоценивать собственную значимость, преподносит события в выгодном свете, желая предстать значительной личностью. С трепетом рассказывает об отце, о том, что он «бандит», но отношение к отцу теплое. Фон настроения в ходе беседы неустойчив. В начале беседы категорически отрицает влечение к ПАВ, утверждает, что негативно относится к алкоголю. Однако в дальнейшем сообщает, что стыдно признаться, что «есть тяга к алкоголю». С удовольствием обсуждает тему «элитного алкоголя». Дополняет, что «клиенты научили разбираться в элитных спиртных напитках». На лице сразу появляется улыбка, оживляется, в глаза появляется блеск. В дальнейшем с грустью отмечает, что «можно так всю жизнь пропить», «а хочется семью и любимого человека рядом». Мышление последовательное, обстоятельное, несколько замедленное по темпу. Интеллект соответствует полученному образованию. Память несколько снижена на события недавнего прошлого. Эмоционально лабилен. Склонен к переоценке значимости собственной личности. Словарный запас соответствует полученному образованию и образу жизни. Критика снижена. Установка на лечение, согласие на участие в программе МСС ситуационно обусловлены, больше формальные. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, обманы восприятия) не выявлено.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований. Общий анализ крови. Гемогл. 154,0 г/л, эр. 4,72*10¹²/л, цв.пок 0,98, Нt 45,1, тромб. 192*10⁹/л, лейкоц. 4,5*10⁹/л, СЯ 56%, эоз. 2%, лимф. 37%, моноц. 5%, СОЭ 7 мм/ч. Общий анализ

мочи. BIL 1, UBG norm, KET neg, ASC 20mg/dl, GLU norm, PRO neg, ERY neg, pH 5.0, NIT neg, LEU neg, SG 1.030. Биохимический анализ крови. АЛТ 51.4U/l (N-0-49), АСТ 39.9U/l (N-0-46), щел. фосфатаза 169.4U/l (N-100-290.0U/l), мочевины 3.87 mmol/l (N-2.10-7.10), билирубин пр. 2.92 mmol/l (N-0-5.10), билирубин общ. 12.10 mmol/l (N-0-21.0), глюкоза 4.78 mmol/l (N-4.1-6.40), белок общ. 63.7 g/l (N -64-83), холестерин 5.17 mmol/l (N-0-5.18), триглицериды 1.10 mmol/l (N-0.68-2.30), гамма-ГТ 25.3 U/l (N-8.0-61.0); Анализ крови на RW, ВИЧ, гепатиты. Отрицательный. Анализ мочи на ПАВ. Тетрагидроканнабиноиды отрицательно, амфетамины отрицательно, опиоиды отрицательно, барбитураты отрицательно, 3,4-метилendioксиметамфетамин отрицательное, метадон отрицательно, кокаин отрицательно, метамфетамин отрицательное, бензодиазепины отрицательно, JHW отрицательно. Флюорография. Без патологии. ЭКГ. Синусовый ритм, 70 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Умеренные метаболические изменения миокарда.

Результаты экспериментально-психологического исследования. Выявлены признаки нарциссической личности стенического круга. Характерны завышенная самооценка, идеи особой значимости и уникальности, низкая эмпатия, игнорирование интересов и мнения окружающих, высокая мотивация достижения. Личностной патологии соответствует аномальный (показатели по шкалам эгоцентризма и агрессии превышают патологический порог) коммуникативный стиль. В структуре личности пациента можно отметить наличие истеро-возбудимых черт. С детского возраста пациенту были свойственны возбудимость, вспыльчивость, неуправляемость, значимыми всегда были только личные желания, побуждения и потребности.

Пациенту при включении в программу МСС был поставлен диагноз: Синдром зависимости от алкоголя. Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. (код по МКБ-10: F 10.252). Перед вступлением в программу пациента оценка интенсивности патологического влечения к алкоголю составляла 6 баллов, что соответствовала умеренной интенсивности патологического влечения; глубина депрессии, оцененная по Шкале депрессии А.Бека к периоду вступления в программу определялась как умеренная (19 балла); уровень тревоги, оцененный по шкале Гамильтона доходил до уровня тревожного состояния (22 балла); уровень реабилитационного потенциала был низким; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); среди аддиктивных установок, оцененное по тесту аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA) присутствовали такие установки как «Парочка стопок мне только на пользу»; «Спиртное нужно мне, чтобы чувствовать себя более уверенно.»; «Мне нужно спиртное или наркотики. Чтобы эмоции не овладели мной»; «Мне лучше выпить, чтобы чувствовать себя лучше»; Результат по тесту MGAA составил 110,5 баллов; индекс тяжести зависимости-значительной тяжести.

В ходе реализации программы на индивидуальных и групповых сессиях клиническим психологом пациенту было разъяснено, причины, по которым можно считать алкоголизм болезнью. Был объяснен процесс развития болезни алкоголизма, циклы употребление – воздержание. Характеристики болезни зависимости: прогрессирующая, хроническая, излечимая, био-психо-, социальная. Неправильное понимание и применение концепции болезни. У пациента формировалась наркологическая грамотность, необходимые знания и умения для предупреждения возобновления употребления алкоголя и поддержания здорового образа жизни. Пациент приобрёл необходимые знания о концепции лечения химических зависимостей (алкоголизма) с точки зрения психо-социального подхода, различие между лечением и выздоровлением.

Этапы выздоровления. Начало выздоровления и принятие ответственности за него. Сформировалось критическое отношение к своему психическому, физическому, психологическому состоянию и социальному поведению, преодолевалась анозогнозия. Пациент обучился альтернативным умениям и навыкам преодоления деструктивного поведения, связанного с употреблением ПАВ: навыки рефлексии и саморегуляции, планирования своих действий и своей жизни и принятия конструктивных решений, профилактика срыва, асертивности, произвольности, конструктивного взаимоотношения с окружающими, что необходимо делать для выздоровления от психологической зависимости от алкоголя и наркотиков. Как планировать и анализировать день. Социальный работник заключил с пациентом договор о социальном сопровождении. По запросу пациентов была организована помощь в восстановлении комплекта документов: паспорта, снилс. Через 6 месяцев после вступлением в программу, интенсивность патологического влечения к алкоголю была легкой (2 баллов); глубина депрессии определялась как легкая (12 баллов по шкале депрессии А.Бека); определялась тревожное состояние (22 балла по шкале Гамильтона); уровень реабилитационного потенциала был средним; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); результат по тесту MGAA составил 90 баллов; индекс тяжести зависимости-средней тяжести.

Пациент закончил программу МСС, на протяжении 12 месяцев пребывания в программе воздерживался от употребления алкоголя, регулярно посещал врача психиатра-нарколога, занятия с клиническим психологом индивидуальные и групповые, также посещал собрания АА, в настоящее время проходит 12-ти шаговую программу Анонимных Алкоголиком. По завершению программы МСС был поставлен диагноз: Синдром зависимости от алкоголя. Средняя (вторая) стадия зависимости в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F 10.212. Через 12 месяцев после вступлением в программу интенсивность патологического влечения к алкоголю по-прежнему оценивалась

как легкая; глубина депрессии легкая (по шкале депрессии А.Бека 5 баллов); тревога отсутствовала; уровень реабилитационного потенциала был высоким; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); Результат по тесту MGAA составил 87 баллов; индекс тяжести зависимости-средней степени. Через 12 месяцев после окончания программы МСС пациент воздерживается от употребления алкоголя, заключил брак со своим партнером и в настоящее время проживает в Испании, не работает, занимается домашним хозяйством, посещает курса испанского языка. Планирует получить гражданство Испании.

Клиническое наблюдение 3.

Пациентка – женщина, 25 лет, Ранее за наркологической помощью не обращалась. Родилась и проживала в поселке городского типа в Нижегородской области. Данных об отце нет. Мать злоупотреблял алкоголем, беременность пациенткой первая, не желанная, мать хотела сделать аборт, но отец пациентки ее отговорил и за 2 месяца до родов расстался с матерью пациентки. Мать пациента спокойная по характеру, работала кладовщиком, в браке не состояла, неоднократно приводила домой разных мужчин, с которыми сожительствовала, воспитанием дочери не занималась. Пациентка воспитывалась бабушкой и дедом по материнской линии. Росла и развивалась соответственно возрасту. С детства отказывалась посещать детский сад, плакала, но с 5 лет охотно посещала детский сад, общалась с ровесниками, активно принимала участие в детских играх, «не хотела уходить из группы». С раннего детства преобладают неустойчивые черты, такие как ведомость, малоинициативность, недостаточность усидчивости и терпения, стремление достичь желаемого любыми способами, прослеживается слабость, несформированность эмоционально-волевой сферы. Обучение в общеобразовательной школе начала своевременно. С началом обучения, в случаях «затруднений» по урокам, со слов, начала испытывать головные боли. Быстро адаптировалась в новом коллективе. Отношения в классе складывались дружеские. Успеваемость была средней. В возрасте 7 лет мать забрала дочь к себе в связи со смертью бабушки и дедушки. Мать продолжала злоупотреблять алкоголем. в возрасте 8 лет сожитель матери совершал с ней развратные действия сексуального характера, трижды принуждал пациентку к орально-генитальному контакту. В 6 классе (13 лет) участились случаи головных болей, которые связывает с повышенными нагрузками в школе, переходным возрастом («гормональные перестройки»); головные боли не имели систематического характера, быстро снимались приемом анальгетических средств, поэтому к врачам с данной проблемой не обращались. Закончила 9 классов. В дальнейшем поступила в колледж по специальности повар-кондитер. Обучение не закончила, была отчислена после 3 курса за неуспеваемость. С 14 летнего возраста пациентки мать стала сожительствовать с новым мужчиной, совместно с ним распивала спиртные напитки. «Новый отчим» дарил подарки, часто разговаривал с пациенткой «по душам». В возрасте 14 во время празднования своего дня рождения в компании сверстников пациентка впервые употребила алкоголь (200 мл. шампанского) состояние алкогольного опьянения понравилось испытала подъем настроения, чувство веселья. До 16 летнего возраста алкоголь употребляла эпизодически, «по праздникам», толерантность составляла 300 мл игристых вин. В этом же возрасте в состоянии алкогольного опьянения вступила в сексуальную связь с «отчимом». Сожительствовала с «отчимом» на протяжении 2 лет. В 16 лет впервые употребила марихуану в компании знакомых. Почувствовала расслабление, «в голове мыслей не было, ни о чем не задумывалась, было на все «пофиг». Состояние интоксикации

понравилось, стала употреблять каннабиноиды с периодичностью до нескольких раз в неделю. Через 5-6 месяцев в отсутствие наркотика стала испытывать раздражительность, тревогу, беспокойство, резко ухудшалось настроение. В возрасте 18 лет мать узнала о сексуальных отношениях дочери и мужчины, с которым проживала, выгнала дочь из дома. Проживала у подруги. Работала в массажном интим салоне г. Нижний Новгород, сначала была администратором. Через 6 месяцев с начала трудовой деятельности в данном массажном салоне стала работать массажисткой интимного массажа. Изредка вступала в орально-генитальный контакт с клиентами за дополнительную плату. В возрасте 20 лет подруга предложила переехать в Московскую область на заработки. Совместно с 4 девушками снимали 2 комнатную квартиру. Работала массажисткой в массажном салоне, за дополнительную плату оказывала коммерческие сексуальные услуги клиентам. В возрасте 22 лет стала оказывать коммерческие сексуальные услуги в районе Щелковского шоссе. В этом же возрасте совместно с другими девушками, предоставляющими коммерческие сексуальные услуги употребила интраназально мефедром. Состояние наркотического опьянения понравилось испытала выжженную эйфорию, легкость, «ощущение стали яркими». На протяжении 6-8 месяц мефедрон употребляла 1-2 раза в неделю, перед сексуальным контактом с клиентом и/или совместно с клиентом. Суточная толерантность составляла до 0,5 гр. С 23 летнего возраста мефедром могла употреблять 2-3 дня подряд, суточная толерантность составляла до 1,0 гр. Клинически синдром отмены проявлялся апатией, астенией, психомоторной заторможенностью, головной болью, головокружением, снижением аппетита и сексуальной активности, нарушением сна. В состоянии наркотического опьянения неоднократно пренебрегала средствами барьерной контрацепции, трижды болела гонореей. Сотрудниками фонда «Шаги» в ходе аутич работы с ней было проведено мотивационное интервью. Пациентка обратилась в ЦПНЗ МНПЦ Наркологии за консультативной наркологической помощью.

Психическое состояние. Сознание не помрачено. В месте, времени и собственной личности ориентирована верно. Предъявляла жалобы на выраженное желание употребить наркотики. При расспросе сообщает, что часто чувствует усталость, снижение настроение, упадок сил. На вопросы отвечает кратко, после пауз, в плане заданного. Речь медленная по темпу. Выражение лица несколько печальное. Сидит в однообразной позе. Особого интереса к беседе не проявляет. Фон настроения преимущественно снижен, неустойчив. Самостоятельно беседу не поддерживает. При обсуждении семьи, родственников на глазах наворачиваются слезы. Сообщает, что «детства было ужасным», «хорошо было когда бабушка с дедом были живы», «когда стала жить с матерью было страшно домой возвращаться». Также сообщала, что детства «носила маску веселости, а на самом деле было всегда грустно и страшно». В подростковом периоде была склонна к мрачным размышлениям о бессмысленности жизни, «тяготах бытия». Характеризует себя самостоятельным,

«взрослым», однако не отрицает, что нуждается в опеке. Признается, что сильно изменилась с тех пор, как начала принимать наркотики. Начало употребления ПАВ связывает с желанием «забыться», «расслабиться», однако в последующем «мефедрон и трава» стали нужны «просто, чтобы работать, деньги зарабатывать». Отмечается наличие выраженного влечения к мефедрону, осознает невозможность самостоятельно прекратить употребление. Выражает беспокойность своим состоянием, понимает, что зависима от наркотиков, однако сообщает, что «есть уверенность» в результатах лечения. При обсуждении планов на будущее воодушевляется, сообщает, что хочет перестать оказывать коммерческие сексуальные услуги и найти работу, построить серьезные отношения с парнем. Мышление последовательное, конкретное, несколько замедленное по темпу. Суждения преимущественно поверхностные, незрелые. Интеллект соответствует полученному образованию. Память незначительно снижена. Эмоционально фон лабильный. Продуктивной психопатологической симптоматики (бред, обманы восприятия) не выявлено. Суицидальные мысли, тенденции не высказывает. Критические и прогностические способности к заболеванию и собственному состоянию снижены.

Соматическое состояние. Общее состояние удовлетворительное. Язык суховат, обложен белым налетом. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в мин, А/Д 120/80 мм. рт.ст. Температура 36.6С. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей. Неврологическое состояние. Походка обычная. Глазные щели симметричные. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена. Язык по срединной линии. Сухожильные рефлексы равномерно оживлены. Чувствительность не нарушена. В позе Ромберга устойчива. Пальценосовую пробу выполняет удовлетворительно. Отмечается легкий гипергидроз стоп и кистей, смешанный дермографизм. Очаговой неврологической, менингеальной симптоматики не выявляет. После проведенной беседы с врачом психиатром-наркологом пациентка дала свое добровольное согласие и была включена в программу медико-социального сопровождения. Диагноз: Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Постоянная форма злоупотребления. Средняя (вторая) стадия зависимости. Наркомания. (F.19.252 «Н»).

Результаты лабораторных и инструментальных исследований. Общий анализ крови. Гемогл. 139,0г/л, эр. 4,96*10¹²/л, цв.пок 0,84, Нт 42,9, тромб. 450*10⁹/л, лейкоц. 10,4*10⁹/л, ПЯ 1%, СЯ 59%, эоз. 2%, лимф. 32%, моноц. 6%, СОЭ 16 мм/ч. Общий анализ мочи. BIL neg, UBG norm, KET neg, ASC 20 mg/dl, GLU norm, PRO neg, ERY neg, pH 5.0, NIT neg, LEU neg, SG 1.030. Биохимический анализ крови.

АЛТ 84.1 U/l (N-0-49), АСТ 39.5 U/l (N-0-46), щел. фосфатаза 305.4 U/l (N-100-290.0U/l), мочевины 3.88 mmol/l (N-2.10-7.10), билирубин пр. 1.95 mmol/l (N-0-5.10), билирубин общ. 12.01 mmol/l (N-0-21.0), глюкоза 5.82 mmol/l (N 4.1-6.40), белок общ. 67.8 g/l (N -64-83), холестерин 6.02 mmol/l (N-0-5.18), триглицериды 2.06 mmol/l (N-0.68-2.30), гамма-ГТ 115.0 U/l (N-8.0-61.0). Анализ крови на RW, ВИЧ, гепатиты. Отрицательный. Анализ мочи на ПАВ. Тетрагидроканнабиноиды 42,01ng/ml, амфетамины отрицательно, опиоды отрицательно, барбитураты отрицательно, 3,4-метилendioксиметамфетамин 90,53 225 ng/ml, метадон отрицательно, кокаин отрицательно, метамфетамин отрицательно, бензодиазепины отрицательно, JHW отрицательно. Флюорография. Без патологии. ЭКГ. Синусовый ритм горизонтальное положение ЭОС. Признаки нагрузки на правый желудочек.

По данным психологического тестирования выявляется расстройство личности зависимого типа с ведущими характеристиками в виде заниженной оценки собственной индивидуальности, недостаточной самостоятельности, заинтересованности в помощи со стороны, привязанности к близким, страхе ответственности и трудностях принятия собственных решений, высоком уровне тревоги, страхе одиночества, общей личностной инфантильности. Перед вступлением в программу пациентки оценка интенсивность патологического влечения к ПАВ составляла 7 баллов, интенсивность патологического влечения к наркотикам была высокой; глубина депрессии, оцененная по Шкале депрессии А.Бека к периоду вступления в программу определялась как умеренная (19 баллов); уровень тревоги, оцененный по шкале Гамильтона доходил до уровня тревожного состояния (22 балла); уровень реабилитационного потенциала был низким; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); среди аддиктивных установок, оцененное по тесту аддиктивных установок Мак-Маллана – Гейлхар (MGAA) присутствовали такие установки как «Чтобы не чувствовать себя плохо, лучший способ – принять наркотики»; «Что-то внутри меня берет надо мной верх и заставляет меня прибегнуть к наркотикам»; «Мне нужно спиртное или наркотики. Чтобы эмоции не овладели мной»; «Мне лучше выпить или принять наркотик, чтобы чувствовать себя лучше»; Результат по тесту MGAA составил 110,5 баллов; индекс тяжести зависимости-значительной тяжести.

В ходе реализации программы на индивидуальных и групповых сессиях клиническим психологом пациенту было разъяснено, причины, по которым можно считать алкоголизм болезнью. Был объяснен процесс развития болезни алкоголизма, циклы употребление – воздержание. Характеристики болезни зависимости: прогрессирующая, хроническая, излечимая, био-психо-, социальная. Неправильное понимание и применение концепции болезни. У пациента формировалась наркологическая грамотность, необходимые знания и умения для предупреждения возобновления употребления алкоголя и поддержания здорового

образа жизни. Пациент приобрёл необходимые знания о концепция лечения химических зависимостей (алкоголизма) с точки зрения психо-социального подхода, различие между лечением и выздоровлением. Этапы выздоровления. Начало выздоровления и принятие ответственности за него. Причины сопротивления выздоровлению. Виды сопротивлений (смещение акцентов, покорность, неверие в силы, своеволие, пренебрежительность, превосходство, жалость, наивность, скрытность и др.). Преодоление сопротивлений. Сформировалось критическое отношение к своему психическому, физическому, психологическому состоянию и социальному поведению, преодолевалась анозогнозия. Пациент обучился альтернативным умениям и навыкам преодоления деструктивного поведения, связанного с употреблением ПАВ: навыки рефлексии и саморегуляции, планирования своих действий и своей жизни и принятия конструктивных решений, профилактика срыва, ассертивности, произвольности, конструктивного взаимоотношения с окружающими, что необходимо делать для выздоровления от психологической зависимости от алкоголя и наркотиков. Как планировать и анализировать день.

Социальный работник заключил с пациенткой договор о социальном сопровождении. По запросу пациентки была организована помощь в восстановлении документов: паспорт, снилс. Совместно с волонтерами сообщества АН, она посещала группы сообщества АН. Также пациентка стала посещать собрания сообщества ВДА.

Через 6 месяцев после вступлением в программу, интенсивность патологического влечения к наркотикам была умеренной (5 баллов); глубина депрессии определялась как умеренная (18 баллов по шкале депрессии А.Бека); определялась тревожное состояние (22 балла по шкале Гамильтона); уровень реабилитационного потенциала был средним; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); результат по тесту МГАА составил 90 баллов; индекс тяжести зависимости-средней тяжести.

Пациентка закончила программу МСС, на протяжении 12 месяцев пребывания в программе воздерживался от употребления наркотических веществ, регулярно посещал врача психиатра-нарколога, занятия с клиническим психологом индивидуальные и групповые, также посещал собрания АН, в настоящее время проходит 12-ти шаговую программу Анонимных Наркоманов. По завершению программы МСС был поставлен диагноз: Синдром зависимости от нескольких ПАВ (мефедрон, каннабиноиды). Средняя (вторая) стадия зависимости в настоящее время воздержание, но в условиях, исключающих употребление F 19.212.»Н».

Через 12 месяцев после вступлением в программу интенсивность патологического влечения к ПАВ оценивалась как умеренная глубина депрессии легкая (по шкале депрессии А.Бека 15 баллов); тревога отсутствовала; уровень реабилитационного потенциала был высоким; состояние когнитивных процессов, оцененное по краткой шкале оценки психического статуса (КШОПС) показало умеренные когнитивные нарушения (24 балла); Результат по тесту MGAA составил 89 баллов; индекс тяжести зависимости-средней степени. Через 12 месяцев после окончания программы МСС пациентка воздерживается от употребления наркотиков, прекратила коммерческую сексуальную деятельность, трудоустроилась (работает поваром в реабилитационном центре), продолжает посещать собрания сообщества ВДА, индивидуально посещает психолога, встречается с молодым человеком. Планирует получить среднеспециальное образование, вступить в брак.