

ИЛЮК

Руслан Дмитриевич

**КЛИНИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И
ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВИЧ-
ИНФЕКЦИЕЙ И ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ, У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ**

14.01.27 – наркология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург
2020

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант: **Крупницкий Евгений Михайлович,**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты:

Корчагина Галина Александровна, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Национального научного центра наркологии – филиала федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Сиволап Юрий Павлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Городнова Марина Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации

Защита состоится 24 декабря 2020 г. в 12:00 часов на заседании совета Д 208.093.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук, на соискание степени кандидата наук на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте института: <https://bekhterev.ru>

Автореферат разослан « _____ » _____ 2020 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы и степень ее разработанности. Зависимость, вызванная употреблением опиоидов, характеризуется множеством негативных медицинских и социальных последствий (Пятницкая И.Н., 1994; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001; Кошкина Е.А. с соавт., 2005, 2012, 2014; Иванец Н.Н. с соавт., 2001, 2008; Клименко Т.В., 2009; Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., 2016; Киржанова В.В. с соавт., 2019; Torban M.N. et al., 2011; Volkow N.D. et al., 2019). Опиоидная наркомания, при которой употребление наркотических веществ осуществляется преимущественно внутривенно, является наиболее распространенной формой наркологических расстройств (Киржанова В.В. с соавт., 2020; UNODC, 2017), сопровождающихся смертельными (Богданов С.И., 2010; Доклад о наркоситуации в Российской Федерации, 2018; Degenhardt L. et al., 2010; Jones C. et al., 2015; Alho H. et al., 2020) и несмертельными передозировками (Всемирный доклад о наркотиках, 2015; Bergenstrom A. et al., 2008; Grau L.E. et al., 2009; Green T.C. et al., 2009), а также инфицированием ВИЧ (Киржанова В.В. с соавт., 2020; Degenhardt L. et al., 2013; UNODC, 2017).

У потребителей наркотиков, в том числе опиоидзависимых, часто встречаются психические и поведенческие расстройства (Менделевич В.Д., 2003; Сиволап Ю.П., 2007; Бохан Н.А., Семке В.Я., 2009; Зобин М.Л., Яровой В.С., 2012; Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., 2016; Daley D.C., Moos H., 2002; Pani P.P. et al., 2010; Goldner E.M. et al., 2014), регистрируются специфические индивидуально-психологические характеристики (Ланда А.Н., 1989; Козлов А.А., 1999; Менделевич В.Д. 2002, Budhachandra Y. et al., 2007), использование неконструктивных копинг-стратегий, низкий уровень осмысленности существования и удовлетворенности жизнью (Бузина Т.С., Шаталов П.Н., 2011; Брюханов А.В., 2012; Зенцова Н.И., Каклюгин Н.В., 2012). Обращают на себя внимание проблемы качества жизни (КЖ) наркологических больных (Бойко Е.О., 2009; Городнова М.Ю., 2014; Колотилин М.Г., 2014; Станько Э.П., Игумнов С.А., 2014; Fischer J.A. et al., 2013; Lin S.H. et al., 2013), агрессивности и состояний гнева (Бисалиев Р.В., Великанова Л.П., Гришина Е.И., 2004; Zweben J.E. et al., 2004; Nichols T.R. et al., 2008; Fernandez E., Scott S., 2009; Plyuk R.D. et al., 2012), а также стигматизации и дискриминации наркозависимых (Александров А.А., 2006). Пациенты с позитивным ВИЧ-статусом в большей мере подвержены возникновению психических расстройств (Бешимов А.Т., 2006; Rabkin J.G. et al., 1997; Klinkenberg W.D., Sacs S., 2004; Desrosiers A. et al., 2017). ВИЧ оказывает негативное воздействие на поведение и смысло-жизненные ориентации больных, а также на стратегии совладания с субъективно трудными жизненными ситуациями (Тухтарова И.В., 2003; Тулупьева Т.В. с соавт., 2007; Шарок В.В., 2009). ВИЧ снижает адаптационные возможности личности (Budhachandra Y. et al., 2007; Ellis R., Langford D., Masliah E., 2007) и удовлетворенность КЖ инфицированных (Литвинцев С.В., Барков Д.А., Улюкин И.М., 2006; Briongos Figuero L.S. et al., 2011; Lee T.S.H. et al., 2013; Dal-Bo M.J. et al., 2015; Desrosiers A. et al., 2017, Shrestha R. et al., 2017). У опиоидзависимых с ВИЧ отмечается «наслоение» стигм (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003; Ветрова М.В. с соавт., 2018). Сочетание наркозависимости и ВИЧ-инфекции существенно утяжеляет состояние наркологических пациентов (Disney E. et al., 2006; Krupitsky E.M. et al., 2006; Goldner E.M. et al., 2014).

Большинство выполненных исследований затрагивают лишь отдельные аспекты патологических состояний и нарушений психосоциального функционирования опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом (Remien R.H., Rabkin J.G., 2001; Kozlov A.P. et al., 2006; Abad N. et al., 2015). В то же время биопсихосоциальная парадигма предусматривает системный подход к изучению взаимодействия многообразных патологических факторов, лежащих в основе формирования коморбидных заболеваний (Незнанов Н.Г., 2009; Engel G.L., 1977). Для целостного представления характера расстройств при опиоидной наркомании, в том числе сочетанной с ВИЧ, требуется проведение комплексных исследований, позволяющих максимально охватить и сравнить социально-психологические, поведенческие и клинические характеристики опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами.

В настоящее время в Российской Федерации наблюдается неблагоприятная ситуация с распространением ВИЧ-инфекции (Справка ВИЧ-инфекция..., 2020). Риск инфицирования ВИЧ наркопотребителей напрямую взаимосвязан с использованием контаминированного инструментария для инъекций и небезопасным сексуальным поведением (Должанская Н.А. с соавт., 2005; Титова Е.А. с соавт., 2010; Должанская Н.А., 2013; Sánchez J. et al., 2002; Rawson R.A. et al., 2002; Pechansky F. et al., 2005; Kruse G.R. et al., 2009; Ramsey S.E., Bell K.M., Engler-Field P.A., 2010). ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно передается в общей популяции половым путем (Справка ВИЧ-инфекция..., 2018). Росту числа инфицированных ВИЧ способствует широкая распространенность рискованных форм поведения, которые определяются сложным комплексом биопсихосоциальных факторов (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Шарок В.В., 2009; Бунас А.А., 2013; Mohr P.N., Biele G., Heekeren H.R., 2010; Karlsson Linnér R. et al., 2019). Полученные данные расширили представления о механизмах и моделях рискованного поведения, однако большинство работ фокусируется на изучении отдельных его аспектов – эпидемиологических, социологических, психологических, медико-биологических (Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015). Для лучшего понимания природы такого сложного феномена, как рискованное поведение потребителей инъекционных наркотиков (ПИИ), связанное с риском инфицирования ВИЧ, требуется проведение комплексных исследований, позволяющих системно подходить к оценке и анализу взаимодействия его основных детерминант.

Интегративная оценка качества жизни (КЖ) является одним из важнейших направлений в изучении функционирования наркологических больных (Новик А.А., Ионова Т.И., 2004; Winklbaur V. et al., 2008; Fischer J.A. et al., 2013). Несмотря на важность роли КЖ в формировании аддиктивного поведения, факторы, ассоциированные с самим КЖ, при опиоидной зависимости мало изучены. На сегодняшний день практически отсутствуют данные о социальных, психологических, поведенческих, медико-биологических характеристиках, связанных с удовлетворенностью КЖ у опиоидзависимых дифференцированно от их ВИЧ-статуса.

В структуре аддиктивных расстройств значительное место занимают агрессия и гнев (Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E., 2004), существует тесная взаимосвязь между потреблением ПАВ и характером агрессии (Илюк Р.Д. с соавт., 2012; Nichols T.R. et al.,

2008). Вместе с тем факторогенез состояний гнева и агрессивности у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом остается недостаточно исследованным.

Обращает на себя внимание один из основных феноменов аддиктивных расстройств – не критичное отношение больного с зависимостью к своему заболеванию – анозогнозия (Демина М.В., 2004; Благов Л.Н., 2009; Габоев В.Н., 2010). Анозогнозия препятствует обращаемости наркологических больных за медицинской помощью (Pal H.R. et al., 2003; Goldstein R.Z. et al., 2009), снижает эффективность лечения и реабилитации (Kim J.S. et al., 2007; Williams A.R. et al., 2018). Наиболее хорошо изучена алкогольная анозогнозия (Рыбакова Ю.В. с соавт., 2011), однако отношение к болезни при опиоидной зависимости как многокомпонентное явление исследовано не в полной степени, противоречиво освещены факторы, влияющие на ее формирование, отсутствуют надежные психометрические инструменты комплексной оценки анозогнозии.

Известно, что введение опиоидов приводит к нейроструктурным изменениям и дезинтеграции почти всех нейрхимических систем головного мозга (Robinson T.E., Kolb B., 2004; Koob G.F., Volkow N.D., 2016), а также к нарушениям нейрокогнитивного функционирования (Rapelí P., 2006). Несмотря на многочисленные исследования, вопросы, касающиеся методологии оценки мозговой дисфункции и верификации нарушений высших психических процессов при употреблении опиоидов, требуют уточнения и дальнейшей разработки (Тархан А.У., 2008; Бушара Н.М. с соавт., 2009). В генезе формирования мозговых повреждений при опиоидной зависимости большую роль играет передозировка опиоидами (Jamshidi F. et al., 2013). Количество острых отравлений опиоидами неуклонно растет во всем мире (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2015).

Передозировка — наиболее распространенная причина смертности среди лиц, потребляющих героин (Degenhardt L. et al., 2010). За последние десятилетия в США смертность от передозировки героина выросла на 400% (Jones C. et al., 2015). Один из 20–25 случаев передозировки является смертельным (Всемирный доклад о наркотиках, 2015). При многократных передозировках кумулятивный риск смертельного исхода возрастает (Green T.C. et al., 2009). Вероятность передозировки увеличивается во много раз, если наркозависимые ВИЧ-инфицированы (Green T.C. et al., 2012). Необходимо отметить, что большинство работ в основном посвящены токсикологии или эпидемиологии передозировок, и лишь немногие направлены на изучение обстоятельств опасного превышения доз опиатов (Grau L.E. et al., 2009; Overdose death rates, 2020). В соответствии с этим, изучение особенностей и факторов опиоидных передозировок, обстоятельств смертельных и несмертельных передозировок, характера оказания первой помощи при передозировках, последствий передозировок у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом не только представляет теоретический интерес, но и востребовано практическим здравоохранением. Нелетальная передозировка, которую опиоидзависимые многократно переносят в течение жизни, сопровождается церебральной гипоксией, может вызывать микро- и макроструктурные повреждения нервной ткани, нарушать работу различных отделов головного мозга, осложнять физическое и психическое функционирование (Stohler R. et al., 1999; Cunha-Oliveira T., Rego A.C., Oliveira C.R., 2008; Solis E. et al., 2017). Использование томографии ГМ и

других методов нейровизуализации позволяет выявить различную степень и локализацию повреждений нервной ткани при зависимостях от ПАВ, в том числе и при опиоидной наркомании (Луцик А.А. с соавт., 2001; Ананьева Н.И., Трофимова Т.Н., Семенов С.Е., 2013; Тарумов Д.А., Шамрей В.К., Железняк И.С., 2018), а применение более чувствительных компьютерных тестовых нейропсихологических батарей расширило исследовательские возможности оценки функциональной активности зон мозга и нарушений высших психических процессов (Бушара Н.М. с соавт., 2009). Несмотря на распространенность феномена несмертельной передозировки, многие ее последствия – социальные, психологические, психопатологические, включая нейрокогнитивные нарушения и повреждения мозговых структур, остаются недостаточно исследованными.

Цель исследования — комплексное изучение клинических, социально-психологических и поведенческих нарушений, а также факторов, связанных с ВИЧ-инфекцией и передозировкой, у больных с синдромом зависимости от опиоидов.

Задачи исследования:

1. Определить характер медико-социальных последствий употребления опиоидных наркотиков на основе оценки социально-демографических особенностей, профиля наркопотребления, рискованных форм поведения, данных о статусе ВИЧ-инфицированности и наличии передозировок, видов получаемой медицинской помощи у наркопотребителей, поступивших на стационарное лечение, а также изучить аналогичную информацию о потребителях наркотиков, находящихся в ближайшем окружении обследованных. Оценить субъективные представления наркозависимых о комплексе проблем, связанных с употреблением наркотических веществ.

2. Провести сравнительное исследование социально-демографических, клинических и психопатологических характеристик, а также особенностей инъекционного и полового поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, у зависимых от опиоидов с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ).

3. Провести сравнительное исследование личностных характеристик, показателей агрессии, гнева, стигматизации, способов совладающего поведения, а также смысложизненных ориентаций и особенностей качества жизни (КЖ) у зависимых от опиоидов с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами.

4. Выявить клинические, психологические, поведенческие предикторы развития агрессии и гнева у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Определить факторы, влияющие на формирование агрессии и гнева у опиоидзависимых, инфицированных ВИЧ.

5. Изучить взаимосвязь показателей качества жизни с социальными, клиническими и психологическими характеристиками у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами. Выявить факторы, ассоциированные с КЖ, у опиоидзависимых, инфицированных ВИЧ.

6. Изучить социально-психологические, клинические корреляты связанного с риском заражения ВИЧ инъекционного и полового поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Выявить факторы, ассоциированные с рискованным поведением опиоидзависимых, инфицированных ВИЧ.

7. Выявить особенности нарушений высших психических функций (ВПФ) у больных с неосложненной зависимостью от опиоидов.

8. Изучить анозогнозию при опиоидной зависимости как многомерный клинико-психологический феномен. Исследовать взаимосвязь отдельных компонентов анозогнозии с социально-демографическими и клиническими характеристиками опиоидзависимых, наличием ВИЧ-инфекции и многократных передозировок в анамнезе.

9. Провести комплексное исследование обстоятельств и факторов риска опиатных передозировок. Изучить социально-демографические, аддиктивные и психопатологические характеристики ПИН, перенесших передозировки. Идентифицировать и описать знания ПИН об опиатных передозировках и отношении к ним. Определить информированность ПИН о принципах предотвращения передозировок и оказания помощи при передозировках.

10. Провести сравнительное исследование клинических и личностных характеристик, выраженности психопатологической симптоматики, показателей агрессии, гнева, стигматизации, способов совладающего поведения, а также качества жизни у перенесших передозировки опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами.

11. Провести комплексное исследование социально-психологических, клинических характеристик и нейрокогнитивных функций у опиоидзависимых пациентов, перенесших передозировку опиоидами. С помощью воксель-базированной морфометрии (ВБМ) выявить изменения кортикальных и субкортикальных структур головного мозга у перенесших многократные передозировки опиоидами. Изучить взаимосвязь между клиническими, психопатологическими характеристиками, показателями качества жизни, импульсивности, нейрокогнитивного функционирования и поражением церебральных структур у опиоидзависимых пациентов, перенесших передозировки опиоидами.

Научная новизна исследования. В выполненной работе получены новые данные о механизмах формирования и феноменологии осложнений, вызванных ВИЧ и многократными передозировками при опиоидной зависимости, разработаны новые подходы и алгоритмы комплексной, квантифицированной и дифференцированной диагностики расстройств, сочетающихся с опиоидной зависимостью. Впервые проведено исследование, в котором максимально охвачены биопсихосоциальные характеристики опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Показано, что ВИЧ-позитивный статус существенно утяжеляет состояние соматического и психического здоровья, а также социального функционирования наркозависимых, обуславливает формирование более сложного патологического состояния, являющегося результатом взаимодействия многообразных факторов. Впервые выявлены предикторы формирования агрессии и гнева у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Определены корреляты рискованного в отношении ВИЧ-инфицирования инъекционного и полового поведения, характерные для опиоидзависимых обеих групп, а также факторы, ассоциированные с рискованным поведением пациентов как инфицированных, так неинфицированных ВИЧ. Установлена многоуровневая структура общих и специфических клинических, социально-психологических и поведенческих характеристик, связанных с качеством жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Разработаны и применены психометрические инструменты многокомпонентной оценки анозогнозии при опиоидной наркомании и комплексного изучения феноменологии передозировок. Новым является то, что изучены особенности анозогностического отношения к болезни при опиоидной

зависимости, а также определен комплекс клинических, социальных факторов, оказывающих влияние на формирование отдельных аспектов анозогнозии. Продемонстрирована роль ВИЧ и передозировок в генезе формирования анозогнозии. Изучены факторы, ассоциированные с опиоидными передозировками, описаны обстоятельства смертельных и несмертельных передозировок, особенности оказания первой помощи при передозировках, идентифицированы знания наркозависимых о передозировках и принципах предотвращения передозировок. Впервые установлено, что нефатальные передозировки опиоидами сопровождаются морфометрическими изменениями кортикальных структур головного мозга, мозолистого тела, формирований лимбической системы и образований, составляющих нейробиологическую базу аддикции, которые в совокупности с нейрокогнитивной дефицитностью, недостаточностью ингибиторных функций, высокой импульсивностью, психопатологическими и аддиктивными нарушениями, а также с низкой удовлетворенностью КЖ формируют у опиоидзависимых сложный комплекс расстройств, ассоциированный с многократно перенесенными острыми отравлениями опиоидами.

Теоретическая и практическая значимость работы. Результаты работы способствуют оптимизации и решению сложных диагностических задач, возникающих при идентификации факторов рискованного и агрессивного поведения, оценке анозогнозии при опиоидной зависимости, выявлению особенностей и обстоятельств передозировок, определению степени мозговой дисфункции, верификации изменений структур ГМ и нейрокогнитивных нарушений, обусловленных употреблением опиоидов, многократными передозировками и наличием ВИЧ-инфекции. Интегративная и многоосевая оценка всего комплекса нарушений, которая является одним из важнейших направлений изучения функционирования больных со сложной комбинацией заболеваний, позволяет повысить эффективность диагностической помощи, индивидуализировать тактику лечебных, реабилитационных, профилактических и социально ориентированных интервенций. Данные о характере нарушений у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, общие и специфические корреляты рискованного инъекционного и полового поведения опиоидзависимых, инфицированных или неинфицированных ВИЧ, предикторы формирования агрессии и гнева, корреляты качества жизни целесообразно учитывать психологам, социальным работникам, врачам-психиатрам и психиатрам-наркологам, врачам-психотерапевтам при составлении индивидуальных планов лечения и реабилитации, а также при разработке и проведении программ профилактики распространения опасных инфекций среди населения и наркозависимых. Благодаря новым сведениям о структуре и выраженности отдельных компонентов опиоидной анозогнозии открываются возможности дифференцированного подхода к ее коррекции. Системный анализ оценки обстоятельств и факторов передозировок, особенностей социальных, поведенческих характеристик, семейного функционирования, течения зависимости и психопатологической симптоматики, нейрокогнитивных и морфофункциональных нарушений позволяет дифференцированно подходить к разработке профилактических мероприятий, направленных на снижение рисков передозировок и уровня смертности от употребления опиоидов. При разработке и внедрении стратегий и стандартов, направленных на повышение доступности и качества медико-социальной помощи

большим наркологического профиля, их удовлетворенности взаимодействием с системой здравоохранения, важно учитывать наиболее острые проблемы, с которыми сталкиваются потребители ПАВ при обращении за наркологической помощью, а также принимать во внимание биопсихосоциальный статус наркозависимых. Необходимо, чтобы система оказания медицинской и социальной помощи соответствовала потребностям и особенностям как ВИЧ-инфицированных, так и неинфицированных ВИЧ потребителей наркотиков. Следует создать все условия для того, чтобы в случае острого отравления опиоидами наркозависимые могли получить квалифицированную неотложную помощь.

Внедрение результатов исследования в практику. Полученные результаты внедрены в учебные программы постдипломного образования по направлению «Наркология» ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, работу отделения терапии больных аддиктивных расстройств ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, работу ГБУЗ «Ленинградский областной наркологический диспансер им. А.Я. Гриненко», работу Санкт-Петербургского ГБУЗ «Городская наркологическая больница».

Положения диссертации, выносимые на защиту:

1. В структуре негативных медико-социальных последствий употребления опиоидов у наркозависимых, госпитализированных в наркологические стационары, и наркопотребителей, находящихся в их ближайшем окружении, наиболее значимыми являются: инфицирование ВИЧ, высокая частота передозировок, высокий уровень рискованного поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, расстройства физического и психического здоровья, социальные и правовые проблемы, снижение качества жизни.

2. Опиоидная зависимость сопровождается специфическими изменениями социальных, клинических, психопатологических и личностных характеристик, нарушениями высших психических функций, поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ и совладанием со стрессовой ситуацией, смысложизненных ориентаций, показателей агрессии, гнева, стигматизации, а также качества жизни. ВИЧ-позитивный статус утяжеляет социальное функционирование, состояние соматического и психического здоровья наркозависимых, обуславливает формирование специфичных только для данной группы наркологических и психопатологических расстройств, а также индивидуально-психологических и поведенческих отклонений.

3. При опиоидной зависимости агрессивность, гнев, качество жизни, **анозогнозия**, рискованное в отношении ВИЧ-инфицирования инъекционное и половое поведение зависят от демографических (пол и возраст), социальных, индивидуально-психологических, аддиктивных, психопатологических характеристик, а также от ВИЧ-статуса опиоидзависимых.

4. Анозогнозия при опиоидной зависимости представляет собой сложный клиничко-психологический феномен, который характеризуется диссоциацией отдельных ее компонентов, связанных с социально-демографическими и клиническими характеристиками опиоидзависимых, наличием ВИЧ и многократных передозировок в анамнезе.

5. Передозировка опиоидами – распространенный феномен среди опиоидзависимых, в основном мужского пола, развитие которого сопряжено с тяжестью зависимости,

вариабельностью качества наркотика, снижением толерантности, сочетанным употреблением опиоидов и других ПАВ, а также с рядом таких факторов, как количество ранее перенесенных передозировок, информированность ПИН о передозировках, вид оказываемой помощи, наличие социальных проблем, состояние соматического и психического здоровья.

6. По сравнению с наркозависимыми, не инфицированными ВИЧ и перенесшими острые отравления опиоидов, у опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией и передозировками в анамнезе отмечается большее количество социальных проблем, бóльшая выраженность эмоции вины и гнева, соматических жалоб и психопатологических проявлений, высокий показатель стигматизации по ВИЧ-статусу, меньшая удовлетворенность качеством жизни, более низкий уровень осмысленности жизни.

7. У перенесших нефатальные передозировки опиоидами регистрируются специфические воксель-морфометрические изменения кортикальных и субкортикальных структур головного мозга, выявляются психопатологическая симптоматика, нарушения нейрокогнитивного функционирования и контроля над исполнительными функциями, а также низкая удовлетворенность состоянием собственного здоровья. Увеличение частоты передозировок ассоциировано с ростом импульсивности, аддиктивными и когнитивными нарушениями, а также с нейровизуализационными изменениями в определенных структурах мозга.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Результаты диссертационного исследования являются достоверными и обоснованными, что обеспечивается достаточным объемом наблюдений и репрезентативностью выборок испытуемых, использованием комплекса валидных методов исследования, соответствующих поставленной цели и задачам исследования, корректным применением современных математико-статистических методов анализа данных. Сформулированные в диссертационной работе положения, выводы и рекомендации аргументированы и логически обоснованы исходя из системного анализа результатов исследования.

Основные результаты исследования были доложены и обсуждены на следующих научных конференциях: 16-я Международная конференция «СПИД, рак и общественное здоровье» (Санкт-Петербург, 2007), 17-я Международная конференция «СПИД, рак и общественное здоровье» (Санкт-Петербург, 2008), I Российский национальный конгресс по наркологии с международным участием (Москва, 2009), XV съезд психиатров России (Москва, 2010), Междисциплинарный российский конгресс «Человек и проблемы зависимостей» (Санкт-Петербург, 2011), Конференция с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» (Санкт-Петербург, 2012), Конференция с международным участием «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии» (Санкт-Петербург, 2013), Конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» (Санкт-Петербург, 2014), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», XVI съезд психиатров России (Казань, 2015), VI Национальный конгресс по социальной психиатрии и наркологии «Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее»

(Санкт-Петербург, 2016), Научно-практическая конференция с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития» (Санкт-Петербург, 2016), Всероссийский конгресс с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания» (Санкт-Петербург, 2016), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева «Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности» (Санкт-Петербург, 2017), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная памяти профессора Р.Я. Вовина (90-летию со дня рождения) «Клиническая психиатрия 21 века: интеграция инноваций и традиций для диагностики и оптимизации терапии психических расстройств» (Санкт-Петербург, 2018), Международный конгресс «Современные технологии в диагностике и терапии психических и неврологических расстройств» (Санкт-Петербург, 2019).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 36 работ в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации для опубликования основных результатов диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук, в том числе 23 статьи, из которых 6 проиндексированы в Scopus. Издано 11 пособий и методических рекомендаций в соавторстве с Е.М. Крупицким, Д.И. Громыко, Н.А. Ерофеевой Н.А. и другими. Опубликовано 1 монография в соавторстве с Крупицким Е.М, Торбаном М.Н. Доля участия автора в сборе и обработке данных составила не менее 85%, в обобщении и анализе результатов – 90%.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 389 страницах печатного текста и состоит из введения, восьми глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников, 3 приложений. Работа иллюстрирована 39 таблицами и 3 рисунками. Библиографический указатель включает 834 источников, из них 297 на русском языке и 537 зарубежных публикаций.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал исследования. Для реализации поставленных задач было проведено 7 исследований, в которых приняли участие 719 человек. Обследуемые, подписавшие информированное согласие, составили различные группы исследования: основные клинические, нормативного контроля и сравнения. В сравнительном кросс-секционном исследовании (№ 1), посвященном анализу основных медико-социальных последствий употребления наркотиков у наркопотребителей, проходивших стационарное лечение, приняли участие 150 потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). В комплексном кросс-секционном сравнительном исследовании (№ 2) социально-психологического и психического функционирования, смысложизненных ориентаций, показателей агрессии, гнева, стигматизации, поведения, связанного с риском ВИЧ-инфицирования и способами совладания со стрессом, а также качества жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, участвовали 193 человека: 46 пациентов с диагнозом «опиоидная зависимость» (ОЗ), 57 пациентов с ОЗ и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ), а также 90 здоровых испытуемых,

которые составили контрольную группу (КГ). Анализ предикторов формирования агрессии и гнева, а также коррелятов рискованного поведения и КЖ в группах ОЗ и ОЗВИЧ проводился на основании данных, полученных в сравнительном исследовании вышеуказанных групп. В кросс-секционном экспериментально-психологическом исследовании анозогнозии при опиоидной зависимости (№ 3) участвовали 53 больных с диагнозом ОЗ. В работе применялся метод экспертных оценок. В экспериментально-психологическое кросс-секционное исследование нарушений высших психических функций у больных с неосложненной зависимостью от опиоидов (№ 4) было включено 35 больных с ОЗ, 26 больных алкоголизмом, а также 33 здоровых испытуемых, которые составили контрольную группу. В кросс-секционном исследовании особенностей и обстоятельств опиатных передозировок (№ 5) приняли участие 60 потребителей опиатных наркотиков: 30 являлись пациентами наркологического стационара, 30 были активными потребителями опиатных наркотиков, группу контроля составили 29 здоровых испытуемых. В кросс-секционном исследовании медико-социальных и психологических последствий перенесенных передозировок опиоидами у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом (№ 6) участвовали 52 опиоидзависимых, из которых 25 пациентов были ВИЧ-негативными, а 27 – ВИЧ-позитивными. В комплексном кросс-секционном исследовании социально-психологических, клинических характеристик, а также нейрокогнитивного функционирования и морфометрических изменений ГМ у опиоидзависимых пациентов, многократно перенесших нелетальную передозировку опиоидами (№ 7), приняли участие 88 человек: 10 пациентов с диагнозом «синдром зависимости от опиоидов», перенесших передозировки, 10 опиоидзависимых без передозировок в анамнезе, 68 здоровых испытуемых, которые составили две группы нормативного контроля.

Критерии включения: возраст более 18 лет, диагностированная по МКБ-10 зависимость от опиоидов (F11.20; F11.21), инъекционное употребление наркотиков, способность дать информированное согласие на участие в исследовании. Воздержание от употребления наркотика на момент скрининга от 7 до 21 суток, в исследовании № 7 – не менее 21 дня, № 4 – воздержание от алкоголя и препаратов опиоидного ряда не менее 14 суток. Для двух групп потребителей наркотиков критерием включения в исследование служило регулярное употребление наркотика перед проведением опроса: не менее 6 месяцев для ПИН в исследовании № 1, и не менее месяца в исследовании № 5; для «скрытого контингента» (№ 1) – минимум три раза в неделю, не менее четырех месяцев в течение последнего полугодия. В исследованиях № 2 и № 6 критерием включения для группы ОЗВИЧ являлось сочетание опиоидной зависимости (F11.20; F11.21) и ВИЧ-инфекции. В исследованиях № 6 и № 7 в группу ОЗП включались потребители опиоидов, имевшие передозировки опиоидов в анамнезе, а в группу ОЗ в исследованиях № 4 и № 7 – не переносившие передозировок. В исследовании № 4 критерием включения для группы АЗ выступало наличие алкогольной зависимости.

Критерии невключения: отсутствие добровольного информированного согласия на участие в исследовании, наличие таких заболеваний, как шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия. В исследование не включались лица, имевшие выраженный когнитивный дефицит, декомпенсированную неврологическую и/или

соматическую патологию, принимавшие психотропные средства или психоактивные вещества (за исключением групп активных наркопотребителей), а также пациенты с некупированным синдромом отмены, наличием зависимости от других ПАВ (за исключением никотина) либо начавшие психотерапию. В исследование № 4 не включались лица, имевшие нарушения двигательных и чувствительных функций верхних конечностей периферического происхождения; выраженные расстройства зрения, слуха, заикание; черепно-мозговые травмы в анамнезе; ВИЧ-инфекцию; туберкулез; передозировки опиатами. В исследование № 7 не включались пациенты, имевшие тяжелые черепно-мозговые травмы и другие органические поражения головного мозга, СПИД, нейроинфекции, онкологические заболевания, клинически нестабильное серьезное заболевание: печеночную или почечную недостаточность, кардиоваскулярные, легочные, эндокринные, инфекционные или метаболические нарушения, беременность и положительный результат анализа на содержание ПАВ (морфина, кокаина, амфетаминов, метамфетаминов, метадона) в моче или алкоголя в выдыхаемом воздухе перед включением в исследование.

Методы исследования. В работе были использованы клиничко-анамнестический, клиничко-психологический, экспериментально-психологический, нейро-визуализационный и статистический методы исследования. Применялись следующие инструменты и методы исследования: Опросник «Индекс тяжести зависимости» — Addiction Severity Index (ASI), русскоязычная версия (McLellan A.T. et al., 1980, 1992; Индекс тяжести зависимости, версия Treatnet..., 2009) — для оценки тяжести опиоидной зависимости (использовался в исследованиях №№ 5, 7); Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), русскоязычная версия (DeRogatis L.R., 1977; Тарабрина Н.В., 2001) — для определения актуального психопатологического симптоматического статуса обследуемых (№№ 2, 5, 6, 7); Шкала качества жизни — Health Status Survey (SF-36), русскоязычная версия (Ware J.E., Kosinski M., 2001; Садальская Е.В., Ениколопов С.Н., 2001) — для оценки качества жизни, связанного со здоровьем (№ 7); Визуально-аналоговая шкала «Влечение к психоактивному веществу на сегодняшний день» (ВАШ) — для измерения субъективной оценки больным степени желания употребить ПАВ (№ 2); Опросник для оценки депрессии С.А. Монтгомери и М. Асберга (MADRS) (Montgomery S.A., Asberg M., 1979) — для определения общей тяжести симптомов депрессии (№ 2); Тест оценки степени риска ВИЧ-инфицирования (RAV) (Navaline H.A. et al., 1994) — для выявления особенностей поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ (№ 2); 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF) (Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoка M.M., 1970; Капустина А.Н., 2007) — для оценки индивидуально-психологических особенностей личности (№№ 2, 6); Опросник «Характеристики и ориентации гнева» Ч.Д. Спилбергера (STAXI) (в адаптации С.Л. Соловьевой) (Spielberger C.D., 1988; Соловьева С.Л., Меркурьева А.А., Ковалева М.В., 2000) — для изучения ситуационного и личностного уровней агрессивности, характера проявлений этого свойства, а также преимущественной направленности и степени контроля над агрессивными проявлениями (№№ 2, 6); Опросник «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI) (Buss A.H., Durkee A., 1957; Райгородский Д.Я., 2009) — для изучения особенностей проявления агрессии (№№ 2, 6); Опросник

смысло-жизненных ориентаций (PIL) (Crumbaugh J.S., 1968; Леонтьев Д.А., 2000) — для исследования целей и осмысленности жизни, а также способности управлять ею (№№ 2, 6); Опросник для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ) (Lazarus R.S., Folkman S., 1988; Вассерман Л.И. с соавт., 2009) — для изучения особенностей совладающего со стрессом поведения (№ 2); Модифицированная шкала стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка (LINK) (Link B.G. et al., 1997) — для измерения косвенной, «проективной» готовности респондентов стигматизировать/дискриминировать людей по статусу «наркозависимость» и «ВИЧ-инфицированный» (№№ 2, 6); Шкала импульсивности Е.С. Барратта (Barratt impulsivity scale, BIS-11) (Barratt E.S., Patton J., Stanford M., 1995; Enikolopov S. N., Medvedeva T.I., 2015) — для оценки уровня импульсивности (№ 7); Модифицированная нейропсихологическая методика исследования мягкой неврологической симптоматики, адаптированная для больных с аддиктивной патологией (Вассерман Л.И. с соавт., 1987; Тархан А.У., 2008), — применялась в исследовании № 4 для выявления нарушений высших психических функций; Опросник Всемирной организации здравоохранения «Качество жизни-100» (WHOQOL-100) (Murphy V. et al., 2000; Бурковский Г.В. с соавт., 1998) — для оценки качества жизни в целом (№№ 2, 6); Полуструктурированный опросник оценки мнений наркозависимых об опасениях и характере проблем, связанных с употреблением наркотических веществ, — применялся в исследовании № 1; Для оценки широкого спектра причин, факторов риска, обстоятельств и других аспектов передозировок в исследованиях №№ 5, 7 применялся Оригинальный опросник по изучению передозировок; Для изучения не критичного отношения опиоидзависимых к своему заболеванию как многокомпонентного явления использовался Оригинальный опросник «Анозогнозии при опиоидной зависимости» (№ 3); Компьютеризированная батарея нейропсихологических проб комплекса САНТАВ и E-Prime САНТАВ (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) — применялась в исследовании № 7 для изучения нейрокогнитивных функций; Клиническая карта, в которой регистрировались основные социально-демографические характеристики, объемы и характер получаемой медицинской помощи, аддиктивный, соматический, инфекционный и психопатологический статус обследованных, использовалась во всех исследованиях; Исследование изменений в головном мозге (ГМ) выполнялось на магнитно-резонансном томографе (МРТ) Atlas Exelart Vantage XGV (Toshiba, Япония) с магнитной индукцией 1,5 Тл с проведением в последующем воксель-базированной морфометрии (ВБМ) в программе FREESURFER (№ 7).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистических пакетов IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Для количественных показателей приведены средние значения, среднеквадратические отклонения и частично стандартные ошибки среднего. Для качественных признаков приведены частоты и доли в процентах. Количественные показатели предварительно проверялись на соответствие распределения нормальному закону при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Для выявления различий между группами обследуемых при соответствии распределения нормальному закону применяли дисперсионный анализ и Т-критерий Стьюдента, в ином случае – критерии Манна–Уитни или W-критерий Уилкоксона. Для сравнения качественных признаков были построены таблицы сопряженности и использовался точный

критерий Фишера. В случае множественных сравнений применялась поправка Бонферрони. Для выявления связей между признаками применялись коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена. Регрессионный анализ был использован для исследования предикторов передозировок (ПД) у обследуемых, перенесших и наблюдавших ПД за последние 12 месяцев. Для выявления предикторов агрессии и гнева были построены модели множественной регрессии. В качестве зависимых переменных использованы показатели психометрических шкал — «индекс агрессивности» (BDHI), «индекс враждебности» (BDHI), «обида» (BDHI), «чувство вины» (BDHI), «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» (STAXI), «экспрессия гнева вовне» (STAXI); в качестве независимых переменных — клинические, социально-демографические характеристики, а также значения психометрических шкал опросников SCL-90-R, 16PF, VCQ, LINK. Для каждой модели приведен скорректированный (adjusted) R² – коэффициент детерминации, показывающий, какую долю изменчивости зависимого показателя объясняет изменчивость предикторов, включенных в модель. Различия между группами принимались статистически значимыми, если полученные р-значения были менее 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Анализ основных медико-социальных последствий употребления наркотиков у наркопотребителей, проходивших стационарное лечение в государственных наркологических учреждениях. Результаты оценки мнений наркозависимых об опасениях и характере проблем, связанных с употреблением наркотических веществ

Обследовано 150 потребителей наркотиков. Из 149 ответивших 69,1% были мужчинами и 30,9% – женщинами. Средний возраст респондентов – 28,48 года (SD = 5,04). Доля лиц в возрасте от 25 до 34 лет составила 68,7%, моложе 25 лет – 20,7%; старше 35 лет – 10,6%. Из 146 наркопотребителей 61,64% имели законченное среднее специальное или среднее образование (32,9% и 28,8% соответственно); незаконченное высшее и высшее – 16,4%. В качестве основного источника средств к существованию респонденты указывали: помощь родителей или родственников – 28,6%, случайные заработки – 22,4%, постоянную работу – 17,0%, временную работу – 12,9%, «другие источники доходов, в том числе и незаконные доходы» – 12,2%, помощь супруга или партнёра – 6,8%. 72% опрошенных проживали с лицами, употребляющими ПАВ. 96% респондентов (n = 144) основным наркотиком (ПАВ, наиболее часто употреблявшимся в течение последних 6 месяцев), назвали героин, 3,33% (n = 5) – метадон, 0,66% (n = 1) – метамфетамин. Средняя длительность употребления героина составила 8,5 года (SD = 4,3). Доля респондентов, имеющих длительный стаж употребления героина (4 и более лет), составила 85,4% (n = 123). Из 143 опрошенных в течение последних 30 дней 86,0% (n = 123) употребляли героин ежедневно. Инъекционный путь введения опиоидов назвали 99,3% из 143 опрошенных. 68,8% респондентов употребляли героин в количестве не более 2 грамм; 7,2% – в дозе менее 0,5 грамма. У 13,0% (n = 18) опрошенных суточная доза превышала 3 грамма. Поведение ПИН (n = 148) характеризовалось частым использованием чужих шприцев, игл, а также другого общего инъекционного инструментария (59,5% и 62,2% соответственно), 62,8% — делились с другими ПИН своими, ранее использованными, шприцами (или

иглами). Обследование госпитализированных ПИН указывает на то, что рискованные формы поведения сопровождаются высоким уровнем инфицирования ВИЧ (54,6% из 141), вирусом гепатита С (95,9% из 146). Из 147 ПИН 37,4% сообщили, что в течение года перенесли передозировку. 71,3% из 150 опрошенных ранее уже находились на лечении в том же учреждении, в которое они поступили в последний раз. У 80,6% из 129 респондентов длительность периода между последней и предыдущей госпитализациями составила менее 1 года. Основным видом лечения ПИН в стационаре была детоксикационная терапия (72,7%, n = 109). Психосоциальная помощь была оказана 28,7% (n = 43) пациентов. На наркологическом учете состояли 112 обследованных (74,7%). Из-за проблем с наркотиками 50,7% задерживались полицией.

150 респондентов назвали 505 других представителей «скрытой группы наркопотребителей» (СГН), которые регулярно употребляли наркотики разными способами в течение последнего полугодия. Гендерный состав «скрытой группы»: 63,2% мужчин и 36,8% женщин. Средний возраст 27,93 года (SD = 5,45), в пределах от 16 до 56 лет. 2/3 «скрытых наркопотребителей» имели среднее или среднее специальное, высшее или незаконченное высшее образование, а 1/3 — неполное среднее. Источником средств к существованию являлись случайные доходы (34,7%), помощь родителей и родственников (23,4%), постоянная трудовая занятость (13,8%), а также «другое» – в основном незаконные доходы (15,6%). Оценка данных по основному и наиболее часто употребляемому наркотику показала, что представители СГН в подавляющем большинстве употребляют героин (94,6%) и другие наркотики опийной группы (2,0%), 85,3% – употребляют их ежедневно. Среди «скрытых наркопотребителей» инъекционный путь введения наркотиков являлся преобладающим (97,0%), при этом чужими иглами и (или) шприцами пользовались 72,2%. Средняя продолжительность наркотического стажа в «скрытой группе наркопотребителей» составила 8,7 года. Со слов респондентов, около половины представителей СГН (44,6%) не состоят под диспансерным наблюдением. Из-за проблем с наркотиками 73,2% представителей СГН задерживались сотрудниками правоохранительных органов. Таким образом, опиоидная зависимость сопровождается негативными медико-социальными проблемами: низким уровнем доходов, противоправной деятельностью, рискованными формами поведения, инфицированием ВИЧ и вирусными гепатитами, а также высокой частотой передозировок и рецидивов заболевания. Ближайшее окружение респондентов не отличается по социально-демографическим, поведенческим и аддиктивным характеристикам.

Анкетирование установило (n = 150), что к проблемам, которые беспокоят наркозависимых в наибольшей степени, относятся: страх преждевременной смерти от передозировки ПАВ (n = 101, 67,3%), неизлечимость ВИЧ (n = 98, 65,3%), негативное отношение к ВИЧ-инфицированным и наркопотребителям 57,3% (n = 86), а также низкий уровень качества жизни (n = 87, 58,0%), отсутствие целей и смысла жизни (n = 85, 56,7%), наркологический учет (n = 106, 70,7%). Значительные опасения вызывают: наркозависимость, не позволяющая сохранять трезвость (n = 124, 82,7%), низкая эффективность лечения наркотической зависимости (n = 83, 55,3%), отсутствие доступной и анонимной наркологической помощи и реабилитации (n = 81, 54,0%).

2. Результаты комплексного исследования социально-демографических, клинических и психопатологических характеристик, поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, особенностей личности, смысложизненных ориентаций, показателей агрессии, гнева, стигматизации, способов совладающего поведения, качества жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом

Социально-демографические и клинические показатели обследованных. Группу опиоидзависимых (ОЗ) составили 46 пациентов: 31 мужчина (67,4%) и 15 женщин (32,6%). В группу опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией на субклинической стадии (ОЗВИЧ) вошли 57 пациентов: 32 мужчины (56,1%) и 25 женщин (43,8%). Средний возраст респондентов в группе ОЗ составил 24 года (SD = 5), ОЗВИЧ – 26 лет (SD = 4). Образование в группах ОЗ и ОЗВИЧ: незаконченное среднее образование – 2 человека (4,4%) vs. 13 (22,8%), среднее – 16 (34,8%) vs. 25 (43,9%), среднее специальное – 19 (41,3%) vs. 14 (24,6%), незаконченное высшее – 5 (10,9%) vs. 1 (1,7%), высшее – 4 (8,7%) vs. 1 (1,7%). Проблемы с трудоустройством отмечены у 20 респондентов (43,5%) vs. 41 (71,9%). Семейное положение: женаты или замужем – 2 человека (4,4%) vs. 6 (10,5%), гражданский брак (сожительство постоянное) – 8 (17,4%) vs. 10 (17,5%), разведены – 5 (10,9%) vs. 12 (21,1%). Время формирования абстинентного синдрома от начала потребления опиоидов – 1,7 года (SD = 0,6) vs. 1,5 года (SD = 0,6), средняя длительность употребления опиоидов у ОЗ составила 70 (SD = 14) месяцев vs. 80 (SD = 20) месяцев. О наличии гепатита С сообщили 28 человек (61%) vs. 74% (n = 45). Средняя длительность ВИЧ-инфекции в группе ОЗВИЧ равнялась 49,7 (SD = 9) месяца. *Контрольная группа.* В группу вошли 90 человек, 54 мужчины (60%) и 36 женщин (40%). Средний возраст респондентов 22,7 года (SD = 5).

Клинические и социальные характеристики, имеющие статистически значимые различия ($p \leq 0,05$): количество незанятых (не учащихся и не работающих) в группе ОЗВИЧ больше, чем в группе ОЗ (73,7% vs. 47,8%). ОЗВИЧ, в отличие от ОЗ, чаще проводят свободное время с зависимыми от ПАВ (66,7% vs. 32,6%). В близком окружении ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ чаще встречались ВИЧ-инфицированные (64,9% vs. 38%), в том числе среди половых партнеров (49,1% vs. 4,4%). Гедонистическая мотивация потребления опиоидов (61,4% vs. 23,9%) и активационная мотивация потребления алкоголя (8,8% vs. 2,2%) чаще отмечались у ОЗВИЧ, чем у ОЗ. Активное противодействие родственников потреблению опиоидов (58,7% vs. 26,32%) и инициатива лечения, исходящая от семьи (52,2% vs. 17,5%), чаще регистрировались в группе ОЗ по сравнению с ОЗВИЧ. В группе ОЗ чаще, чем у ОЗВИЧ, причинами ремиссий являлись терапевтические воздействия (43,5% vs. 19,3%). У пациентов ОЗВИЧ регистрировались более старший возраст начала потребления опиоидов: 19,22 (SD = 3,32) vs. 17,80 (SD = 3,41); продолжительнее последняя ремиссия: 9,33 (SD = 13,88) vs. 2,94 (SD = 2,21), больше длительность заболевания гепатитом В: 56,48 (SD = 30,82) vs. 30,82 (SD = 18,83) и гепатитом С: 68,05 (SD = 44,43) vs. 34,96 (SD = 21,38); большее количество потребляемого алкоголя: 115,60 (SD = 47,77) vs. 88,21 (SD = 38,19) в пересчете на чистый этанол/неделю, $p \leq 0,05$. Полученные данные свидетельствуют о большей выраженности медико-социальных проблем в группе больных с синдромом зависимости от опиоидов и коморбидной ВИЧ-инфекций.

Результаты исследования выраженности психопатологической симптоматики по данным опросника *Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*. При оценке значений шкалы SCL-90-R в исследуемых группах выявлены статистически значимые различия: в группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются более высокие показатели, по сравнению с КГ, по субшкалам соматизация (SOM), обсессивно-компульсивные расстройства (О-С), депрессия (DEP), тревожность (ANX), враждебность (HOST), паранойяльные симптомы (PAR), психотизм (PSY), общая сумма баллов, общий индекс тяжести (GSI), индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI), общее число утвердительных ответов (PST – широта симптоматики); в группе ОЗВИЧ наблюдаются более высокие, чем у ОЗ и КГ, значения показателей SOM, DEP, ANX, PSY, общая сумма баллов; о более тяжелом психопатологическом состоянии свидетельствуют высокие значения интегративных индексов: GSI, PSDI, PST; у больных ОЗВИЧ показатель РНОВ выше, чем у КГ ($p \leq 0,05$). В группе ОЗВИЧ максимальные показатели отмечаются по шкалам SOM и DEP (рис. 1).



Рис. 1. Средние значения показателей выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), а также проявлений депрессии (MADRS) у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным (ОЗ), ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) статусами и в контрольной группе (КГ). Статистически значимые различия между группами ($p \leq 0,05$) по результатам дисперсионного анализа: 1 – ОЗ–ОЗВИЧ, 2 – ОЗ–КГ, 3 – ОЗВИЧ–КГ

Результаты исследования проявлений депрессии по данным шкалы С.А. Монтгомери и М. Асберга (MADRS). Суммарный балл по шкале MADRS в группе ОЗВИЧ составил 10,05 ($SD = 2,24$) и был выше, чем у ОЗ – 8,98 ($SD = 1,65$) ($p \leq 0,05$), что указывает на наличие

клинически значимой, но не выраженной депрессивной симптоматики, которая больше представлена у опиоидзависимых с коморбидной ВИЧ-инфекцией. При сравнительной оценке показателей депрессивных симптомов выявлены следующие статистически значимые различия: в группах ОЗ и ОЗВИЧ средние значения шкал «объективные признаки подавленности», «субъективные признаки подавленности», «внутреннее напряжение», «недостаточный сон», «нарушение концентрации внимания», «апатия», «пессимистические мысли», «суицидальные мысли» и «общий балл» выше, чем в КГ ($p \leq 0,05$). В группе ОЗВИЧ наблюдаются более высокие, чем у ОЗ, средние значения по субшкалам «внутреннее напряжение», «снижение аппетита», «апатия», «утрата способности чувствовать», «общий балл», но у ОЗ выше значения по субшкале «недостаточный сон» ($p \leq 0,05$) (рис. 1).

Результаты исследования степени риска ВИЧ-инфицирования по данным теста оценки степени риска ВИЧ-инфицирования (ТОСР). В группе ОЗВИЧ значимо выше, чем у ОЗ ($p \leq 0,05$), выраженность показателей: риск инфицирования ВИЧ половым путем – $6,61_{\text{озвич}}$ ($SD = 1,80$) vs. $5,78_{\text{оз}}$ ($SD = 1,23$), итоговая величина ТОСР – $0,32_{\text{озвич}}$ ($SD = 0,06$) vs. $0,29_{\text{оз}}$ ($SD = 0,06$). Показатель риска инфицирования ВИЧ инъекционным путём в группе ОЗВИЧ – $6,12$ ($SD = 1,34$) больше, чем в группе ОЗ – $5,72$ ($SD = 1,60$), однако статистической значимости по этому показателю выявлено не было. При анализе отдельных утверждений шкалы ТОСР установлено, что пациенты из группы ОЗВИЧ чаще, чем ОЗ, применяли использованные иглы – 54% ($n = 31$) vs. 30% ($n = 14$) ($p \leq 0,01$); обменивались уже использованными иглами – 56% ($n = 32$) vs. 29% ($n = 13$) ($p \leq 0,01$), бывали в местах, где собираются наркозависимые для потребления ПАВ, – 74% ($n = 42$) vs. 59% ($n = 27$) ($p \leq 0,05$), обменивались или делились посудой (несколько раз в месяц), в которой приготавливали наркотики, – 21% ($n = 12$) vs. 4% ($n = 2$) ($p \leq 0,05$). Другие ПИН реже применяли переданные им уже использованные иглы от ОЗ – 17% ($n = 8$) ($p \leq 0,001$), чем ОЗВИЧ – 55% ($n = 31$). 24% ($n = 11$) опрошенных из группы ОЗ всегда использовали новые иглы, у ОЗВИЧ этот показатель равен 0 ($p \leq 0,001$). Высокий уровень сексуального риска в группе ОЗВИЧ обусловлен тем, что большинство опрошенных практиковали сексуальные отношения с ВИЧ-инфицированными – 72% ($n = 41$), в группе ОЗ – 0% ($p \leq 0,001$). Женщины группы ОЗВИЧ чаще, чем ОЗ, занимались коммерческим сексом – 23% ($n = 13$) vs. 13% ($n = 6$), имели большее количество половых партнеров (2 и более) – 23% ($n = 13$) vs. 11% ($n = 5$). Во время секса используют презервативы «обычно» – 35% ($n = 16$) опрошенных из группы ОЗ и 16% ($n = 9$) – ОЗВИЧ. Пациенты с ВИЧ-инфекцией эпизодически (несколько раз в месяц) потребляли кокаин – 9% ($n = 5$), ОЗ – 0% .

Результаты исследования индивидуально-психологических особенностей личности по данным 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF). Исходя из полученных данных сформированы усредненные индивидуально-психологические профили опиоидзависимых (рис. 2). В коммуникативной сфере в группах ОЗ и ОЗВИЧ, по сравнению с КГ, более выражены показатели таких личностных факторов, как настороженность, подозрительность, недоверчивое отношение к людям «L», склонность к рискованному поведению, готовность подчиняться мнению и требованиям других людей «Q₂». У пациентов с ОЗ доминируют упрямство и напористость «E», а у ОЗВИЧ – осторожность и дипломатичность «N». В эмоциональной сфере у ОЗ и ОЗВИЧ, по

сравнению с КГ, выше значения факторов, свидетельствующих о большей тревожности «О», раздражительности, фрустрированности, ранимости, напряженности «Q4», черствости по отношению к окружающим «I». Пациенты из группы ОЗ более авантюرنы и смелы в социальных контактах «Н», им более свойственны несдержанность, своенравие, конфликтность, беспечность «F», чем КГ. Адаптивность регуляторных свойств личности у опиоидзависимых обеих групп снижена, они менее дисциплинированы, хуже контролируют свои эмоции и поведение, более импульсивны «Q3», а также больше пренебрегают общепринятыми правилами и нормами «G». В группах ОЗ и ОЗВИЧ преобладают прагматичность и бедное воображение, мыслительная ригидность «M». Следует отметить, что данный фактор входит в интеллектуально-личностный блок и ассоциирован с умственными способностями (Капустина А.Н., 2007). В группе ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов отмечались самые низкие, по сравнению с ОЗ и КГ, показатели в интеллектуально-эмоциональной сфере: низкий самоконтроль «Q3», эмоциональная неустойчивость, фрустрированность «С», ригидность и конкретность мышления «В» (рис. 2).

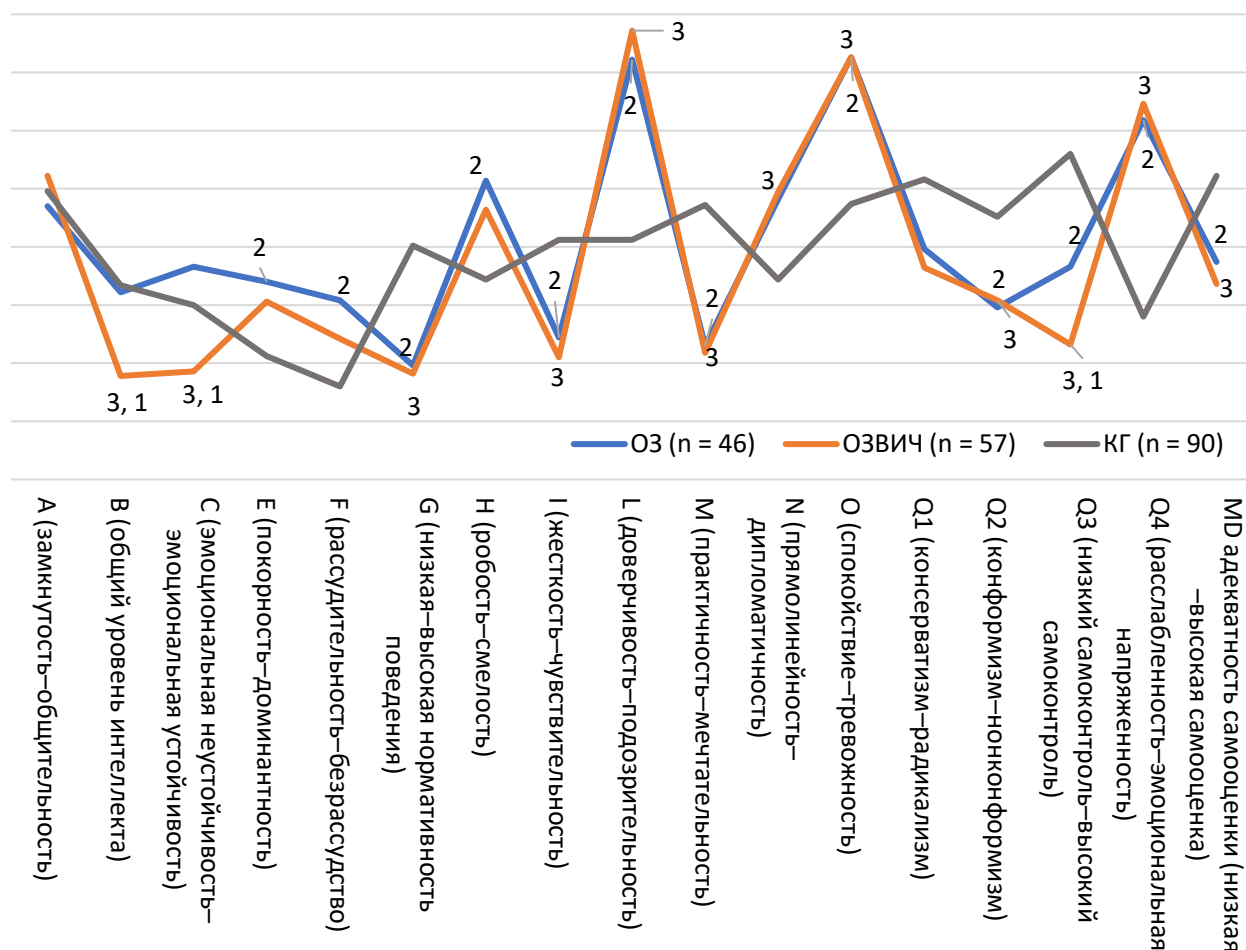


Рис. 2. Средние значения показателей 16-факторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF) у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным (ОЗ), ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) статусами и в контрольной группе. Статистически значимые различия между группами ($p \leq 0,05$) по результатам дисперсионного анализа: 1 – ОЗ–ОЗВИЧ, 2 – ОЗ–КГ, 3 – ОЗВИЧ–КГ

Результаты исследования характеристик и ориентаций гнева по данным опросника Ч.Д. Стилбергера (STAXI). Пациенты ОЗ и ОЗВИЧ имеют более высокие уровни «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» (СРГЛ) и «экспрессии гнева вовне» (ЭГВ) по сравнению с КГ ($p \leq 0,05$). Уменьшение способности контролировать и подавлять гнев приводит к увеличению интенсивности эмоций гнева как личностно-динамической особенности и большей ориентации гнева наружу: показатели СРГЛ и ЭГВ в группе ОЗВИЧ выше, чем у ОЗ ($p \leq 0,05$), кроме того, у ВИЧ-позитивных респондентов значения «экспрессия гнева – контроль» ниже, а «гнев-темперамент» – выше, чем в КГ ($p \leq 0,05$) (рис. 3).

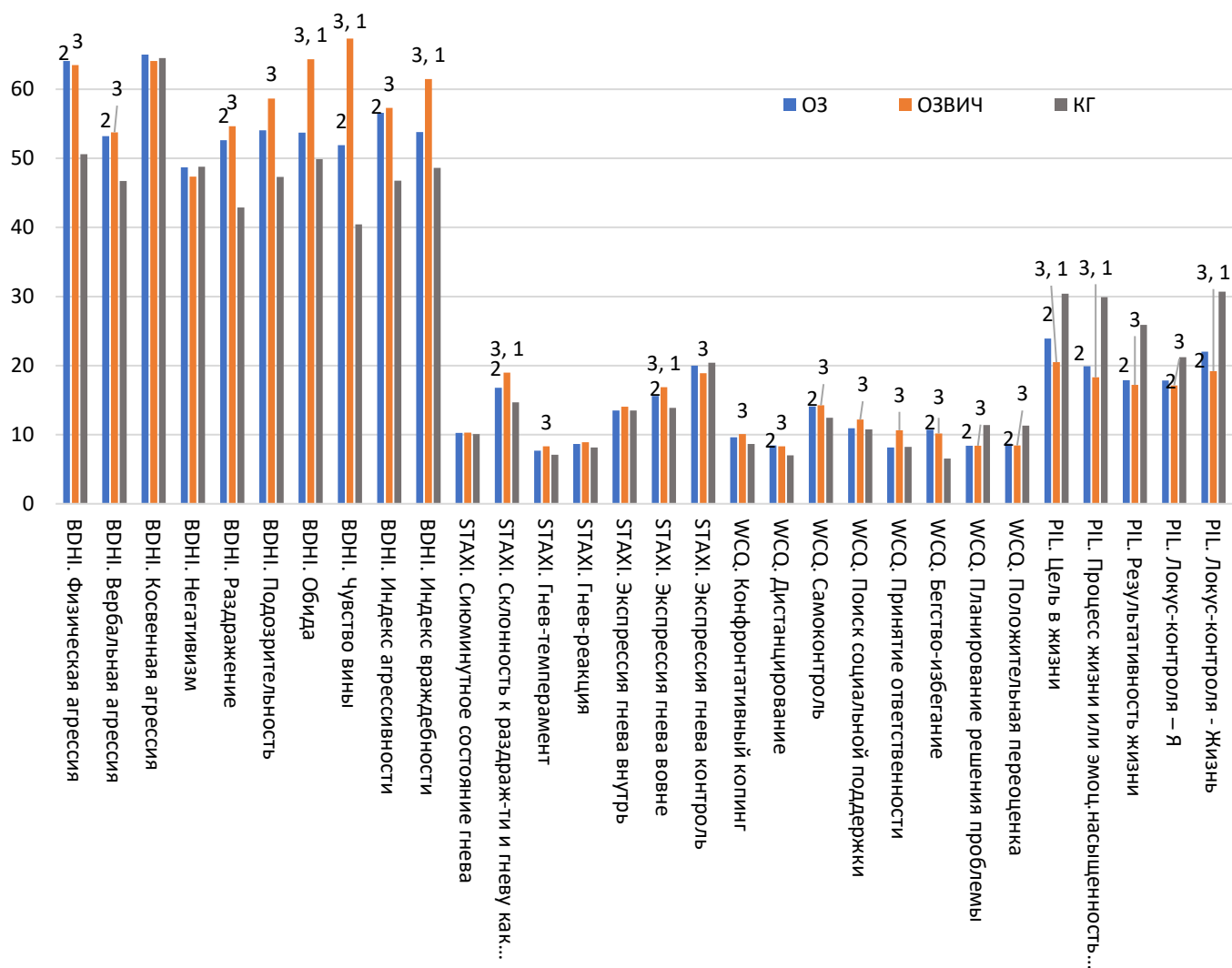


Рис. 3. Средние значения показателей и форм агрессии (ВДН1), характеристик и ориентаций гнева (STAXI), копинг-стратегий (WCQ), смысложизненных ориентаций (PIL) у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным (ОЗ), ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) статусами и в контрольной группе. Статистически значимые различия между группами ($p \leq 0,05$): 1 – ОЗ–ОЗВИЧ, 2 – ОЗ–КГ, 3 – ОЗВИЧ–КГ

Результаты исследования показателей и форм агрессии по данным опросника А. Басса и А. Дарки (BDHI). В группах ОЗВИЧ и ОЗ параметры «физической агрессии», «вербальной агрессии», «раздражения», «чувства вины» и «индекса агрессивности» выше,

чем в КГ ($p \leq 0,05$) (рис. 3). Следовательно, у опиоидзависимых обеих групп отмечается высокий уровень агрессивности и раздражительности, а также готовность к использованию физической и вербальной агрессии. В группе ОЗВИЧ выше показатели «обиды», «чувства вины», «индекса враждебности» по сравнению с ОЗ и КГ, а также «подозрительности» по сравнению с КГ ($p \leq 0,05$). Высокие показатели чувства вины у пациентов обеих групп могут свидетельствовать о негативных переживаниях из-за совершенных ими поступков. Более высокие значения враждебности и обиды, а также максимально выраженное чувство вины в группе ОЗВИЧ, возможно, связаны как с медико-социальными проблемами, дискриминацией, так и с осознанием наличия тяжелой инфекционной патологии.

Результаты исследования копинг-стратегий по данным опросника Р.С. Лазаруса (WCQ). ОЗ и ОЗВИЧ чаще, чем испытуемые в КГ, прибегают к стратегиям «дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» ($p \leq 0,05$); в группе ОЗВИЧ уровень применения копинг-стратегий «конфронтативный копинг» и «поиск социальной поддержки», выше, чем в КГ ($p \leq 0,05$). Таким образом, опиоидзависимые, как правило, используют неэффективные способы совладающего поведения: уход от проблемы, избегание, подавление и сдерживание эмоций, неконструктивное разрешение трудностей, необходимость прикладывание чрезмерных усилий для регулирования своих мыслей и действий. Данные пациенты меньше склонны фокусироваться на существующих проблемах, искать в них позитивный смысл. У ВИЧ-инфицированных респондентов регистрируется высокий уровень конфликтных способов разрешения и преодоления ситуации, при этом они в большей степени склонны к поиску информационной и действенной поддержки со стороны близких, социального окружения (рис. 3).

Результаты исследования целей и осмысленности жизни по данным опросника смысложизненных ориентаций (PIL). Показатели «цель в жизни», «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией», «локус контроля – Я», «локус контроля – Жизнь» и «общий показатель» в группах ОЗВИЧ и ОЗ ниже, чем в КГ ($p \leq 0,05$) (рис. 3). Результаты исследования свидетельствуют о том, что у опиоидзависимых отмечаются затруднения в формировании планов на будущее, утрата уверенности в своих силах, способности жить в соответствии со своими целями и представлениями. Прожитая часть жизнь оценивается респондентами негативно, а процесс жизни воспринимается как неинтересный и эмоционально не насыщенный. В группах опиоидзависимых низкий уровень убежденности в том, что они могут контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и их реализовывать. У ОЗВИЧ значения по шкалам «цель в жизни», «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «локус контроля – Жизнь» были меньше по сравнению с ОЗ ($p \leq 0,001$), что указывает на еще более низкий уровень смысла существования, удовлетворенности своей жизнью в настоящем, уверенности в том, что жизнь подвластна сознательному контролю. Наличие ВИЧ-инфекции усугубляет негативное восприятие их жизненных перспектив и приводит к пересмотру целей и планов на будущее (рис. 3).

Результаты исследования стигматизации по данным методики Б.Г. Линка (LINK). У потребителей опиоидов обеих групп отмечаются высокие показатели стигматизации/дискриминации по признакам наркозависимости и ВИЧ-инфицированности, что может быть связано с отрицательным опытом взаимодействия ОЗ

и ОЗВИЧ с социальным окружением: $14,93_{оз}$ ($SD = 1,54$) и $14,93_{оз}$ ($SD = 1,54$) vs. $6,61_{кг}$ ($SD = 1,15$) балла ($p \leq 0,05$). Более высокий уровень стигматизации по ВИЧ-инфекции регистрируется в группе ОЗВИЧ: $14,60_{озвич}$ ($SD = 1,85$) vs. $10,52_{оз}$ ($SD = 1,07$) vs. $5,14_{кг}$ ($SD = 0,91$) ($p \leq 0,05$). Из этого можно заключить, что серопозитивные пациенты максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы, которая приписывает стигматизируемым набор нежелательных характеристик, таких как опасность, ненадежность, непредсказуемость, и сопровождается значительной социальной изоляцией и дискриминацией.

Результаты исследования качества жизни по данным опросника ВОЗКЖ-100 (WHOQOL-100). У больных с ОЗ и ОЗВИЧ показатели в «физической сфере», «психологической сфере», «уровне независимости», «социальных отношениях» достоверно хуже, чем у контрольной группы (рис. 4). Установлено, что субъективная удовлетворенность общим качеством жизни (ОКЖ) в группах ОЗ и ОЗВИЧ ниже по сравнению с КГ (ОЗ = $86,97$, $SD = 1,01$ vs. ОЗВИЧ = $81,58$, $SD = 14,39$ vs. КГ = $94,85$, $SD = 8,17$; $p < 0,05$). Снижение ОКЖ указывает на то, что пациенты обеих групп менее удовлетворены своим физическим и психологическим состоянием, уровнем независимости, а также межличностными взаимоотношениями и внешними условиями жизни (материальные условия, физическая безопасность, доступность качественной медицинской и социальной помощи). В группе ОЗВИЧ оценка КЖ в «психологической сфере» и сфере «уровень независимости» ниже по сравнению с пациентами группы ОЗ и КГ (рис. 4). Это свидетельствует о большем избытке отрицательных эмоций (F8), снижении самооценки и работоспособности (F12), наличии беспокойства о своей внешней привлекательности (F7). Пациенты с ОЗВИЧ хуже других респондентов могут справляться с повседневными делами (F10), обходиться без лекарств, лечения и посторонней помощи (F11). Хотя показатели КЖ в «физической сфере» не имели значимых различий между группами опиоидзависимых, значения субсфер «F1 – физическая боль и дискомфорт» и «F2 – жизненная активность и усталость», входящих в данный домен, у ОЗВИЧ были меньше, чем у ОЗ. Оценка КЖ, связанного с физическим функционированием, у пациентов с опиоидной зависимостью ниже, возможно вследствие неприятных кратковременных или длительных болезненных ощущений, недомогания, недостатка бодрости, наличия подавленности, при этом у ОЗВИЧ данные параметры хуже, чем у ОЗ и в КГ ($p < 0,05$). По сравнению с КГ, в группе ОЗВИЧ ниже показатели в сферах «окружающая среда» ($p \leq 0,001$), «духовность» ($p \leq 0,001$), то есть ВИЧ-позитивные пациенты получают меньше медико-социальной поддержки и практической помощи со стороны близкого окружения, у них меньше возможностей по организации своего отдыха и досуга (F21), а также по приобретению знанию и новой информации (F20) (рис. 4). Для пациентов группы ОЗВИЧ характерны низкая удовлетворенность уровнем доходов и финансовыми ресурсами (F18), отсутствие ощущения физической безопасности и защищенности (F16). Существующий медико-социальный статус и наличие тяжелого, смертельно опасного заболевания снижают удовлетворенность в «духовной сфере». Таким образом, при опиоидной зависимости нарушения носят комплексный характер и затрагивают все стороны биопсихосоциального функционирования пациентов. ВИЧ-позитивный статус утяжеляет состояние соматического, психического и социального здоровья наркозависимых,

обуславливает формирование специфичных только для данной группы аддиктивных и психопатологических расстройств, а также индивидуально-психологических и поведенческих отклонений.

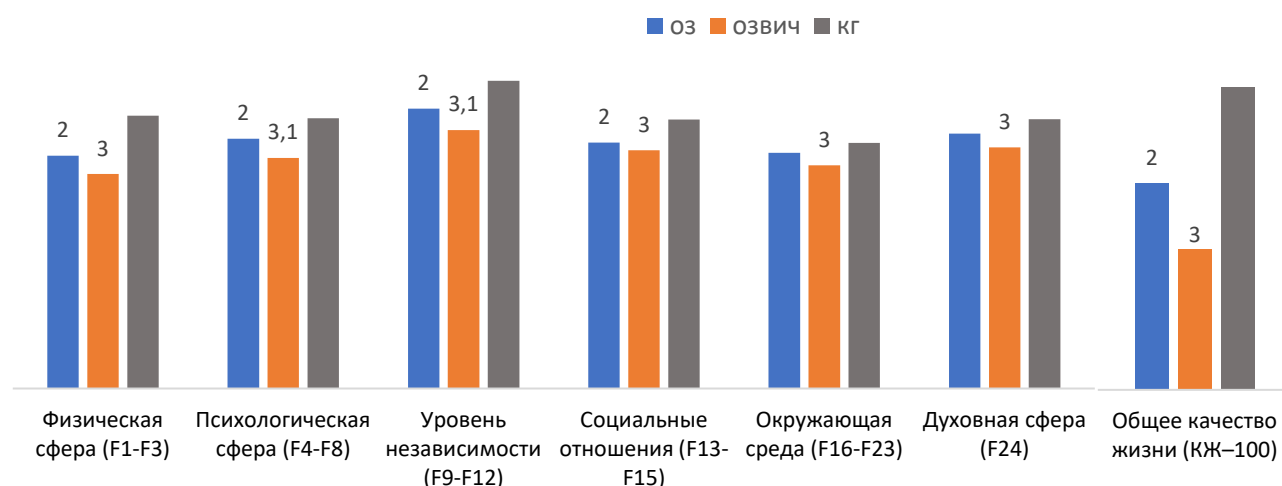


Рис. 4. Средние значения показателей основных сфер качества жизни опросника WHOQOL-100 у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным (ОЗ), ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) статусами и в контрольной группе (КГ). Статистически значимые различия между группами ($p \leq 0,05$): 1 – ОЗ–ОЗВИЧ, 2 – ОЗ–КГ, 3 – ОЗВИЧ–КГ. (F – субсферы, входящие в домену КЖ)

3. Предикторы агрессии и гнева у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

На основании данных обследования опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами впервые проведен комплексный анализ социально-психологических и клинических факторов формирования различных видов агрессии и гнева. С помощью метода множественной линейной регрессии выявлены предикторы показателей агрессии и гнева при опиоидной зависимости с учетом ВИЧ-статуса обследованных.

Предикторы показателей «индекса агрессивности», «индекса враждебности», «обиды», «чувства вины» (BDHI) у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным (ОЗ) и ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) статусами. Определены предикторы «индекса агрессивности» у больных с ОЗ – это резидуально-органическое поражение мозга и наличие энцефалопатий, эмоционально-поведенческих нарушений, сформированных в детско-подростковом возрасте ($B_1 = 6,57$), толерантность к ПАВ ($B_2 = 4,37$), длительность всех ремиссий ($B_3 = -0,57$), «низкий–высокий самоконтроль» (16PF) ($B_4 = -5,74$), «спокойствие–тревожность» (16PF) ($B_5 = -11,13$), «соматизация» (SCL-90-R) ($B_6 = -14,98$), «конфронтативный копинг» ($B_7 = 2,52$) (VCQ) (Примечание: B_1, \dots, B_n – номера и коэффициенты предикторов; константа уравнения множественной регрессии $B_0 = 152,71$; скорректированный $R^2 = 0,91$). Следовательно, у опиоидзависимых с ВИЧ-отрицательным статусом в формировании агрессивных форм поведения значение имеют высокие дозы принимаемых опиоидов, наличие психоневрологических расстройств в детстве, готовность идти на конфликт,

низкие «самоконтроль» и способность ощущать тревогу в сложных ситуациях, а также лучшее состояние соматического здоровья. Вероятность враждебного отношения («индекса враждебности») в группе серонегативных пациентов тем выше, чем меньше представлена органическая обусловленность поведения – меньше количество ЧМТ в анамнезе ($B_1 = -15,46$), чем больше случаев лечения синдрома отмены опиоидов ($B_2 = 1,86$) и чем в большей степени выражены личностные характеристики, блокирующие реализацию прямых форм агрессии в поведении (16PF): покорность («покорность–доминантность», $B_4 = -5,25$), робость («робость–смелость», $B_5 = -7,59$), неорганизованность, непостоянство и склонность к асоциальному поведению («низкая–высокая нормативность поведения», $B_3 = -3,38$); $V_0 = 164,23$, $R^2 = 0,89$.

В группе ОЗ зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия возникают с большей вероятностью при наличии эмоциональной неустойчивости, робости и недостаточной социальной адаптивности, тенденции к переживанию эмоций внутри и сдерживанию их проявлений в поведении, а также внутренней напряженности (16PF): «эмоциональная неустойчивость–устойчивость» ($B_1 = -5,79$), «прямолинейность–дипломатичность» ($B_2 = -4,53$), «робость–смелость» ($B_4 = -5,96$), «сдержанность–экспрессивность» ($B_5 = -6,73$), «расслабленность–напряженность» ($B_6 = 4,40$); $V_0 = 103,64$, $R^2 = 0,92$. На формирование «чувства вины» влияют: установка на отказ от употребления наркотиков ($B_1 = -11,99$), количество ремиссий ($B_2 = 4,43$), наличие (длительность) вирусного гепатита В ($B_5 = 11,90$), снижение самоконтроля (VCQ) ($B_4 = -1,95$) и такая черта личности (16PF), как уступчивость, податливость («покорность–доминантность» (16PF) ($B_3 = -2,64$); $V_0 = 89,93$, $R^2 = 0,93$.

Для группы ОЗВИЧ предикторами «индекса агрессивности» являются: показатели личностных черт (16PF) «консерватизм–радикализм» ($B_1 = 2,93$), «практичность–мечтательность» ($B_2 = -2,94$), а также копинг-механизм (VCQ) «бегство-избегание» ($B_3 = 0,67$); $V_0 = 47,31$, $R^2 = 0,47$. Таким образом, вероятность высокой агрессивности у ВИЧ-инфицированных лиц, страдающих наркозависимостью, тем выше, чем больше готовность к нарушению привычек и устоявшихся традиций, чем выраженнее «конкретное» практическое мышление и меньше «фантазийность и мечтательность». Больные ВИЧ испытывают высокую эмоциональную напряженность, раздражительность, что приводит к дисбалансу в системе защитно-совладающего поведения и выражается в избегающем, пассивно-оборонительном стиле преодоления стресса, в том числе с помощью употребления ПАВ. У ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых в регрессионную модель «индекса враждебности» входят такие факторы, как «тревожность» ($B_1 = 17,30$), «психотизм» (SCL-90-R) ($B_2 = 21,10$), а также стигматизация по ВИЧ-статусу (LINK) ($B_3 = 2,58$); $V_0 = 29,43$, $R^2 = 0,41$. Пациенты группы ОЗВИЧ максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы, они в большей степени, чем другие респонденты, переживают тревогу, депрессию и другие негативные эмоции, в том числе в связи с несправедливым к ним отношением, оскорблениями, дискриминацией, что проявляется в отгороженности и недоверчивом отношении к окружающим. Факторами «обиды» являются: показатель стигматизации по ВИЧ-статусу (LINK) ($B_2 = -3,61$), и копинг-стратегия «бегство-избегание» (VCQ) ($B_1 = 1,86$); $V_0 = 102,40$, $R^2 = 0,35$.

«Чувство вины» определяют такие факторы, как половая принадлежность ($B_5 = 11,80$), образование ($B_6 = 4,27$), стигматизация по статусу ВИЧ-инфицированность (LINK) ($B_1 = -1,16$), толерантность ($B_4 = 11,19$), количество передозировок в анамнезе ($B_2 = 9,52$) и «межличностная сензитивность» (SCL-90-R) ($B_3 = 21,37$); $V_0 = 83,98$, $R^2 = 0,60$. Анализ факторов показывает, что переживание «вины» в большей степени свойственно женщинам, чувствующим свою «неполноценность» при межличностных взаимодействиях. Более высокий уровень образования повышает рефлексивность. Возможно, снижение восприятия стигматизирующего воздействия сопровождается усилением наркотизации и повышением толерантности, приводит к передозировкам, что усиливает негативную оценку своего поведения.

Предикторы показателей «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» и «экспрессия гнева вовне» (STAXI) у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным (ОЗ) и ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) статусами. Факторами, определяющими «склонность к раздражительности и гневу как личностной особенности», в группе ОЗ являются «обсессивность-компульсивность» (SCL-90-R) ($B_4 = 9,66$), большее количество случаев детоксикационного лечения ($B_2 = 0,44$), применение копинг-стратегии «бегство-избегание» (VCQ) ($B_3 = 0,44$) и в меньшей степени – мужской пол ($B_1 = -2,96$), $V_0 = 8,23$, $R^2 = 0,73$. Чем короче длительность гепатита С ($B_1 = -0,05$), меньше выраженность показателей «соматизация» ($B_2 = -9,82$), «депрессия» (SCL-90-R) ($B_4 = -6,80$) и «принятие ответственности» (VCQ) ($B_5 = -1,06$), а также чем больше «межличностная сензитивность» (SCL-90-R) ($B_3 = 5,44$) и значения стигматизации наркозависимых (LINK) ($B_6 = 0,35$), тем выше «экспрессия гнева вовне» в группе ОЗ; $V_0 = 21,23$, $R^2 = 0,67$.

У пациентов ОЗВИЧ, и в меньшей мере у мужчин ($B_2 = -3,76$), снижение количества передозировок ($B_1 = -1,95$), а также других негативных проявлений наркологического заболевания может сопровождаться уменьшением стигматизации (LINK) по статусу «наркозависимость» ($B_6 = -0,78$). Однако аддиктивно-инфекционный болезненный фон, попытки преодолеть стрессовую ситуацию неадаптивными способами (VCQ) – «конфронтативный копинг» ($B_4 = 0,57$), «бегство-избегание» ($B_5 = -0,29$), в сочетании с плохой индивидуальной волевой регуляцией и самоконтролем («низкий–высокий самоконтроль», 16PF, $B_3 = -1,51$), обуславливают «склонность к раздражительности и гневу»; $V_0 = 39,12$, $R^2 = 0,62$. Большее количество опиоидных передозировок ($B_1 = 0,94$) в совокупности с такими личностными характеристиками (16PF), как недоверчивое и осторожное отношение к людям, консерватизм («доверчивость–подозрительность», $B_2 = 0,70$; «консерватизм–радикализм», $B_4 = -0,30$), а также с психопатологическими жалобами («паранойяльные симптомы», SCL-90-R, $B_3 = 1,36$), потенцируют «экспрессию гнева вовне» в группе инфицированных ВИЧ; $V_0 = 10,88$, $R^2 = 0,48$.

4. Корреляционные взаимосвязи показателей КЖ с социальными, клиническими и психологическими характеристиками у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

С помощью корреляционного анализа выявлена многоуровневая структура общих и специфических биопсихосоциальных характеристик, связанных с качеством жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Определены корреляты КЖ, характерные

для опиоидзависимых обеих групп, а также факторы, ассоциированные с КЖ, у пациентов неинфицированных или инфицированных ВИЧ.

Установлено, что *общими факторами, связанными с удовлетворенностью «общим качеством жизни» (ОКЖ) у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, являются:* отсутствие проблем с трудоустройством (0,38_{оз}; 0,44_{озвич}), меньшая толерантность к опиоидам (-0,38_{оз}; -0,41_{озвич}); наличие целей и смыслов в жизни (PIL, 0,65_{оз}; 0,59_{озвич}); удовлетворенность самореализацией (PIL, 0,36_{оз}; 0,47_{озвич}); более высокие показатели шкал «локус контроля – Я» (PIL, 0,41_{оз}; 0,29_{озвич}), «локус контроля – Жизнь» (PIL, 0,42_{оз}; 0,30_{озвич}), а также такие личностные характеристики 16PF, как «эмоциональная устойчивость» (0,67_{оз}; 0,45_{озвич}); «склонность к доминированию» (0,47_{оз}; 0,40_{озвич}); «адекватность самооценки» (0,35_{оз}; 0,59_{озвич}). Вышеперечисленные биопсихосоциальные характеристики коррелируют практически со всеми сферами опросника WHOQOL-100. Снижение восприятия боли и физического дискомфорта (F1) у опиоидзависимых обеих групп связано с установкой на отказ от потребления опиоидов (0,28_{оз}; 0,27_{озвич}), большими частотой и объемом получения медицинской помощи (0,29_{оз}; 0,32_{озвич}), с меньшим использованием таких способов совладающего поведения (WCQ), как «конфронтация» (-0,37_{оз}; -0,35_{озвич}), «бегство-избегание» (-0,37_{оз}; -0,28_{озвич}), «поиск социальной поддержки» (-0,30_{оз}; -0,28_{озвич}). Способность организовать досуг и получать удовольствие от отдыха («F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование») ассоциирована с меньшей выраженностью диссомнических расстройств (-0,34_{оз}; -0,22_{озвич}).

Качество жизни *опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом связано с рядом специфических факторов.* Для позитивной оценки ОКЖ в группе ОЗ имеют значение большая критичность к своему наркологическому заболеванию (0,35) и низкая склонность реагировать эмоцией обиды (BDHI, -0,42). Росту удовлетворенности психологическим состоянием («психологическая сфера», ПС) и возможности самостоятельно справляться с повседневными делами («уровень независимости», УН) способствуют сохранность интеллектуальных свойств личности (16PF, 0,33_{пс}; 0,40_{ун}), длительные ремиссии после реабилитации (0,45_{пс}; 0,52_{ун}) и меньшая выраженность проявлений физической агрессии (BDHI, -0,31_{пс}; -0,35_{ун}). В группе ОЗ отмечается отрицательная корреляционная связь между уровнем КЖ в «психологической сфере» и «индексом враждебности» (BDHI, -0,31), а также показателем КЖ в сфере «уровень независимости» и выраженностью ЧМТ (-0,55). Менее выраженная прогрессивность наркологического заболевания (-0,44), более поздний возраст формирования зависимости (0,36), а также личностная черта «чувствительность» (16PF) (0,30) улучшают КЖ субсферы «F1 – физическая боль и дискомфорт». Длительное течение опиоидной зависимости ассоциировано со снижением (-0,37), а успешные лечебно-реабилитационные мероприятия – с повышением (0,53) жизненной активности и восстановлением уверенности больных в своих силах («F2 – жизненная активность, энергия и усталость»). Возобновление потребления наркотика негативно сказывается на возможностях восстановления сил и получения отдыха (F21, -0,43).

Более короткая длительность ВИЧ-инфекции (-0,37), гепатита С (-0,43) и употребления опиоидов (-0,41), меньшие проявления депрессии (SCL-90-R, -0,27), такие личностные черты, как «общительность» (16PF, 0,50), «смелость» (16PF, 0,39), а также

менее конфликтные отношения пациента с отцом (-0,43) являются *специфическими коррелятами ОКЖ в группе ОЗВИЧ*. Ухудшение показателей КЖ в «психологической сфере» и сфере «уровень независимости» у данных больных сопряжено с обострением влечения к алкоголю (-0,41_{пс}, -0,33_{ун}), а также с большей шириной регистрируемых психопатологических нарушений (SCL-90-R, -0,26_{пс}, -0,27_{ун}). Улучшение КЖ в сфере «уровень независимости» у опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией связано с более молодым возрастом (-0,29) и бóльшим количеством госпитализаций, позволяющим компенсировать проблемы, сопряженные с соматическим здоровьем (0,37), а в «психологической сфере» – с уменьшением стигматизирующего отношения к ВИЧ-инфицированным (LINK, -0,30). Субъективная удовлетворенность КЖ в субсфере «F1» в группе ОЗВИЧ ассоциирована с менее выраженными личностными чертами (16PF) «напряжение» (-0,28) и «подозрительность» (-0,35), а также с бóльшими «самоконтролем» (0,39) и «нормативностью поведения» (0,33). Уверенность в себе и в своих силах, более спокойный характер реагирования в трудных ситуациях («тревожность», 16PF, -0,27) и более «конкретное» практическое мышление («интеллект», 16PF, -0,31), в сочетании с совладающим поведением по типу «положительной переоценки» (WCQ, 0,27), коррелируют с ростом жизненной активности и энергии (F2). Нонконформизм (16PF, 0,39) в совокупности с показателями низкой личностной тревожности (16PF, -0,38) и копингом «дистанцирование» (WCQ, -0,33) связаны с большей удовлетворенностью отдыхом и досугом (F21). Передозировки опиоидами снижают КЖ в «духовной сфере» обеих групп (-0,31_{оз}; -0,32_{озвич}). Бóльшее количество передозировок за последний год в группе ОЗ коррелирует с ухудшением КЖ в сфере «социальные отношения» (-0,41). Чем меньше регистрируется передозировок у пациентов с ОЗ за последний год (-0,43) и чем меньше они присутствовали при передозировках (-0,43), тем выше удовлетворенность КЖ в сфере «окружающая среда».

5. Общие и специфические биопсихосоциальные характеристики, связанные с рискованным инъекционным и половым поведением опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом

Определены статистически значимые (в диапазоне от $p \leq 0,05$ до $p \leq 0,001$) корреляты рискованного поведения, характерные для опиоидзависимых обеих групп, а также факторы, ассоциированные с общим риском (ОР), рискованным инъекционным (РИ) и половым (ПР) поведением пациентов, неинфицированных или инфицированных ВИЧ.

Установлено, что *общий риск инфицирования инъекционным и половым путём* у потребителей опиоидов вне зависимости от ВИЧ-статуса сопряжен с более молодым возрастом (ОР: -0,66_{оз} vs. -0,64_{озвич}; ИР: -0,56_{оз} vs. -0,58_{озвич}; ПР: -0,50_{оз} vs. -0,38_{озвич}), меньшей длительностью потребления ПАВ (ОР: -0,47_{оз} vs. -0,58_{озвич}; ИР: -0,34_{оз} vs. -0,41_{озвич}; ПР: -0,43_{оз} vs. -0,43_{озвич}) и меньшей длительностью коморбидного гепатита В (ОР: -0,30_{оз} vs. -0,64_{озвич}; ИР: -0,55_{оз} vs. -0,48_{озвич}; ПР: -0,53_{озвич}), большей выраженностью депрессивной симптоматики (MADRS) (ОР: 0,48_{оз} vs. 0,43_{озвич}; ИР: 0,40_{оз} vs. 0,29_{озвич}; ПР: 0,37_{оз}; vs. 0,33_{озвич}), неадаптивным использованием копинг-стратегии «самоконтроль» (WCQ) (ОР: 0,29_{оз} vs. 0,28_{озвич}; ИР: 0,29_{озвич}; ПР: 0,35_{оз}), а также с заострением таких характеристик личности, как «безрассудство», «эмоциональная напряженность» (16PF)

(ОР, ИР, ПР, $r_{\text{ОЗ/ОЗВИЧ}} =$ от 0,20 до 0,70), снижением стигматизирующего воздействия по статусу «наркозависимость» (LINK) (ОР: $-0,57_{\text{ОЗ}}$ vs. $-0,40_{\text{ОЗВИЧ}}$; ИР: $-0,57_{\text{ОЗ}}$ vs. $-0,34_{\text{ОЗВИЧ}}$; ПР: $-0,31_{\text{ОЗ}}$ vs. $-0,25_{\text{ОЗВИЧ}}$). ИР в группах ОЗ и ОЗВИЧ коррелирует с большим уровнем влечения к опиоидам ($0,40_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,39_{\text{ОЗВИЧ}}$); такими чертами личности (16PF), как «доминантность» ($0,45_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,28_{\text{ОЗВИЧ}}$), «подозрительность» ($0,39_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,30_{\text{ОЗВИЧ}}$), «нонконформизм» ($0,49_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,27_{\text{ОЗВИЧ}}$). Выявлена отрицательная корреляция между потребностью в семейном образе жизни опиоидзависимых обеих групп с инъекционным риском инфицирования ($-0,45_{\text{ОЗ}}$ vs. $-0,29_{\text{ОЗВИЧ}}$). Параметр ИР прямо коррелирует с показателями опросника STAXI «гнев-реакция» ($0,51_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,29_{\text{ОЗВИЧ}}$) и «экспрессия гнева вовне» ($0,35_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,40_{\text{ОЗВИЧ}}$). Копинг-стратегия «конфронтация» (WCQ) коррелирует с ИР ($0,51_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,41_{\text{ОЗВИЧ}}$). Опиоидзависимые обеих групп с доминирующей конфронтативной копинг-стратегией поведения чаще посещали места группового потребления ПАВ ($0,38_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,26_{\text{ОЗВИЧ}}$), использовали чужие ($0,30_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,26_{\text{ОЗВИЧ}}$) и обменивались своими бывшими в употреблении иглами ($0,27_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,31_{\text{ОЗВИЧ}}$). Установлена положительная корреляция между ПР и временем, прошедшим с момента последнего употребления наркотика ($0,29_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,28_{\text{ОЗВИЧ}}$), при этом с увеличением времени, прошедшего с момента последнего потребления опиоидов, ОЗ и ОЗВИЧ чаще употребляли алкогольные напитки ($0,33_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,46_{\text{ОЗВИЧ}}$) и имели большее количество сексуальных контактов и сексуальных партнеров ($0,28_{\text{ОЗ}}$ vs. $0,43_{\text{ОЗВИЧ}}$).

К специфическим коррелятам, повышающим инъекционный риск (ИР) заражения в группе ОЗ, относятся: низкий уровень образования ($-0,37$), более короткая длительность ремиссий ($-0,33$), нарушения сна ($-0,30$), меньшая выраженность личностного фактора «тревожность» (16PF, $-0,35$) и показателя «межличностная сензитивность» (SCL-90-R, $0,30$), а также наличие судорожных состояний в анамнезе ($0,33$), состояний гнева (STAXI, $0,31$) и увеличение проявлений индивидуальной черты «смелость» (16PF, $0,31$).

В группе ОЗВИЧ корреляционный анализ выявил наличие обратной связи между ИР и длительностью ВИЧ ($-0,38$), а также возрастом начала половой жизни ($-0,37$). Пациенты ОЗВИЧ с ранним началом половой жизни чаще делали себе инъекции героина ($-0,29$), посещали места группового потребления ПАВ ($-0,49$), не дезинфицировали свои иглы для инъекций ($0,34$). Корреляционный анализ указывает на то, что чем выше параметр «субъективные признаки подавленности» (MADRS), тем больше проявления ИР ($0,31$), тем больше частота употребления ($0,26$) и шире спектр ПАВ (опиоиды, психостимуляторы, алкоголь), которые употребляют респонденты группы ОЗВИЧ ($0,31$), и тем меньше они беспокоятся об опасности возможного инфицирования ($-0,29$). Инъекционное рискованное поведение ОЗВИЧ ассоциировано с низкой индивидуальной дисциплинированностью, ориентацией на собственные желания и потребности, снижением регуляции эмоций и поведения: показатель ИР взаимосвязан с фактором «низкий–высокий самоконтроль» (16PF, $-0,31$). ОЗВИЧ с низким самоконтролем чаще обменивались использованными иглами с большим количеством наркопотребителей ($-0,30$). Употребление алкоголя повышает риск заражения инъекционным путём ($0,32$).

Определены специфические корреляты рискованного полового поведения (ПР). В группе ОЗ параметр ПР взаимосвязан с образованием ($-0,39$), показателем MADRS – нарушение концентрации внимания ($0,31$), а также с личностными чертами (16PF): «общительность» ($0,51$) и «тревожность» ($-0,36$). Чем более выражена общительность, тем реже опиоидзависимые использовали презервативы при сексуальных контактах ($-0,30$), не

тревожась о возможном инфицировании ВИЧ половым путем (-0,26). В группе ОЗВИЧ показатель ПР взаимосвязан с меньшими продолжительностью употребления седативных и снотворных средств (-0,57), «межличностной сензитивностью» (SCL-90-R, -0,30), а также с показателями гнева (STAXI) – «экспрессией гнева внутрь» (-0,26) и «экспрессией гнева вовне» (-0,28). Большой риск инфицирования половым путем ассоциирован с периодичностью употребления алкоголя (0,32), выраженностью апатии (MADRS) (0,27), общей продолжительностью употребления стимуляторов (0,41). Следует отметить, что чем чаще респонденты группы ОЗВИЧ потребляли алкоголь, тем больше у них было половых партнеров (0,44), тем реже они использовали презервативы (-0,39), а также употребляли более широкий спектр ПАВ (0,43). При этом чем меньше чувство беспокойства и дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия, тем чаще респонденты потребляли психостимуляторы (-0,27), а также имели большее количество половых партнеров (-0,26), чаще обменивались сексуальными услугами на ПАВ (-0,26).

6. Результаты исследования нейрокогнитивных расстройств у больных с неосложненной опиатной зависимостью

Для выявления нарушений высших психических функций (ВПФ) была применена модифицированная нейропсихологическая методика исследования мягкой неврологической симптоматики, адаптированная для больных с аддиктивной патологией (Вассерман Л.И. с соавт., 1987; Тархан А.У., 2008). Группу зависимых от опиоидов ($n = 35$) составили 25 мужчин и 15 женщин, средний возраст $24 \pm 0,67$ года (диапазон 18–36 лет). Средняя длительность зависимости составила $4,74 \pm 0,48$ года, средний возраст начала заболевания – $19,23 \pm 0,53$ года. В контрольную группу (КГ, $n = 33$) вошли 18 мужчин и 15 женщин, возраст от 20 до 38 лет, средний возраст $27,2 \pm 0,7$ года. В результате исследования было установлено, что на фоне снижения общей работоспособности и истощаемости у больных с ОЗ показатели нейропсихологического исследования свидетельствуют о наличии мозговой дефицитарности диффузного характера (рис. 5). В группе ОЗ чаще ($p \leq 0,05$) отмечаются ошибки при проведении тестов «Кулак — ладонь — ребро (правый)» и «Кулак — ладонь — ребро (левый)», по сравнению с КГ, что указывает на нарушение динамического праксиса. Более высокие погрешности ($p \leq 0,05$) у наркозависимых данной группы выявляются при проведении проб «Понимание логико-грамматических структур (понимание отношений между 3 предметами)», «Географический гнозис», «Дорожный тест Money», свидетельствующие о дисфункции зрительно-пространственного гнозиса. У ОЗ чаще ($p \leq 0,05$) наблюдаются нарушения слухоречевой кратковременной памяти: «Повторение серий слов в условиях интерференции», «Повторение серий триграмм в условиях интерференции», «Повторение фраз в условиях интерференции», «Пересказ рассказов в условиях интерференции». Выявленные достоверно более частые ошибки при проведении тестов «Идентификация невербализуемых геометрических фигур», «Идентификация невербализуемых геометрических фигур в условиях интерференции», «Идентификация эмоционального состояния по мимике» говорят о наличии нарушений зрительной кратковременной памяти в данной группе испытуемых ($p \leq 0,05$). На наличие дисфункции зрительного предметного гнозиса у ОЗ указывает высокая частота ошибок при проведении проб Лурия 1 ($p \leq 0,05$) и

Лурия 2 ($p \leq 0,05$). Выявленные достоверные различия между группами ОЗ и КГ по показателям нарушений динамического праксиса, пространственного гнозиса, слухоречевой памяти, зрительной памяти и зрительного гнозиса свидетельствуют о дисфункции всех отделов головного мозга: лобных, теменных, височных, затылочных.

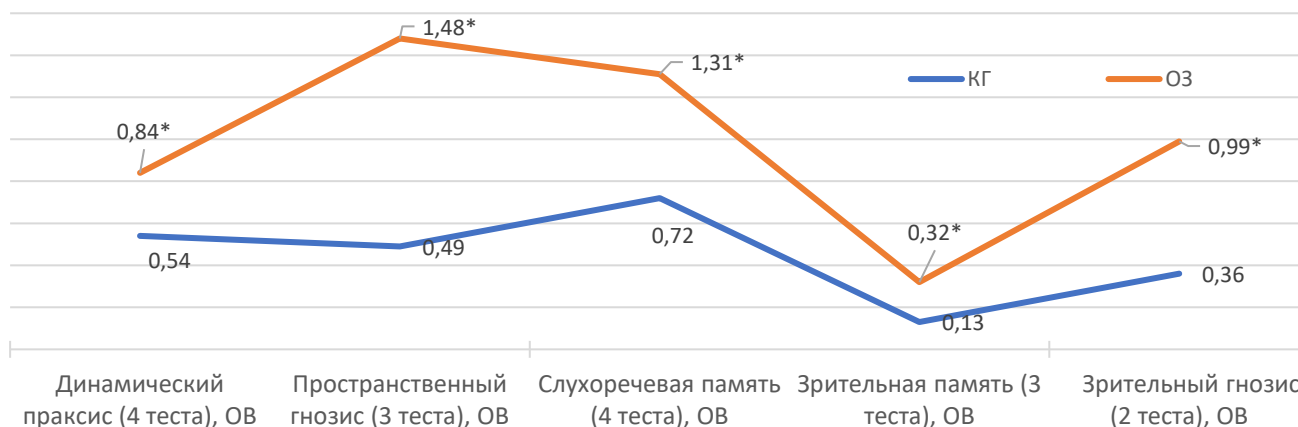


Рис. 5. Показатели относительной выраженности ВПФ, у больных с опиоидной зависимостью и нормативной группы (ОВ каждой функции является результатом деления суммы баллов на количество тестов). * $p \leq 0,05$

Обобщенные показатели у ОЗ значимо выше, чем в нормативной группы, что говорит о наличии нарушений ВПФ: общее количество баллов – 22,41 (SD = 9,65) vs. 12,36 (SD = 3,82), количество тестов, выполненных с нарушениями, – 15,29 (SD = 4,92) vs. 10,17 (2,75), ОВ нейропсихологической симптоматики (НПС) – 0,75 (SD = 0,32) vs. 0,41 (SD = 0,13), с преобладанием левополушарных нарушений ($p \leq 0,05$).

Сравнение ОВ нарушений отдельных ВПФ у ОЗ и больных алкоголизмом ($n = 26$, средний возраст $31,27 \pm 0,95$ года, средний стаж зависимости $7,8 \pm 0,42$ года, средний возраст начала заболевания $24,75 \pm 0,61$ года) указывает на несколько бóльшую выраженность расстройств у наркозависимых. В первую очередь это касается пространственного гнозиса («Географический гнозис») и слухоречевой памяти («Повторение серий слов и серий триграмм в условиях интерференции»), то есть функций, связанных с левыми теменно-височными структурами ($p \leq 0,05$).

7. Результаты исследования анозогнозии при опиоидной зависимости. Анализ взаимосвязей отдельных компонентов анозогнозии с социально-демографическими и клиническими характеристиками опиоидзависимых

Объектом исследования были 47 (88,7%) мужчин и 6 (11,3%) женщин с диагнозом «синдром зависимости от опиоидов», находящихся в раннем постабстинентном периоде, средний возраст составил $34,0 \pm 5,2$ года, срок воздержания от употребления опиоидов – $13,5 \pm 7,3$ дня, средний стаж зависимости – $12,2 \pm 5,6$ года. 30 (56,6%) больных были трудоустроены. 41 (77,4%) пациент сообщил, что получает от кого-нибудь материальную помощь. 26 (49,1%) пациентов судимы более одного раза. За последний год административные правонарушения совершил 31 (58,5%) больной. Под наркологическим

наблюдением состояли 28 (52,8%) человек. Наследственность, отягощенная алкоголизмом, отмечалась в 32 (60,4%) случаях. Толерантность к опиоидам на момент поступления в стационар составила $2,3 \pm 1,3$ грамма. Передозировки опиоидами переносили 35 (66,0%) больных, причем 26 (74,3%) – многократно. Среднее количество обращений за помощью по поводу опиоидной зависимости – $3,2 \pm 2,9$ раза. 28 (52,3%) наркозависимых в прошлом принимали участие в реабилитационных программах. Средняя суммарная продолжительность ремиссий составляла $48,0 \pm 40,0$ мес. Наличие ВИЧ-инфекции подтвердили 27 (50,9%) больных, ее средняя длительность – $60,1 \pm 50,0$ мес. Гепатитом С были инфицированы 49 (92,5%) больных, гепатитом В – 11 (20,8%); длительность гепатита С – $41,6 \pm 83,0$ мес., длительность гепатита В – $37,0 \pm 92,0$ мес. Хронические соматические заболевания отмечались у 8 (15,1%) пациентов. Среднее количество госпитализаций из-за соматических проблем составило $3,5 \pm 2,8$ раза. ЧМТ отмечались у 24 (45,3%) опиоидзависимых: легкими были 9 (37,5%), средней тяжести – 6 (25,0%), тяжелыми – 5 (28,3%). Для изучения некритичного отношения опиоидзависимых к своему заболеванию нами специально разработан опросник «Анозогнозия при опиоидной зависимости», в котором выделены отдельные компоненты анозогнозии при опиоидной зависимости (АОЗ): неинформированность (НИ), непризнание симптомов заболевания (НСЗ), непризнание заболевания (НЗ), непризнание последствий заболевания (НПЗ), эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ), несогласие с лечением (НЛ), неприятие трезвости (НТ). Независимая врачебная экспертная оценка уровня анозогнозии по всем ее компонентам осуществлялась в континууме от 1 до 3 баллов. Выявлены корреляционные взаимосвязи (внешнекритериальная валидность) между результатами заполнения самоопросника и экспертными оценками по субшкалам «непризнание заболевания» (0,52, $p < 0,001$), «несогласие с лечением» (0,54, $p < 0,001$), «непризнание симптомов заболевания» (0,34, $p < 0,001$), «эмоциональное неприятие заболевания» (0,45, $p < 0,001$), «несогласие с трезвостью» (0,39, $p < 0,001$). Рассчитаны средние значения показателей каждого из компонентов АОЗ. Установлено, что наименьшим ($1,43 \pm 0,64$ балла) оказался средний экспертный балл по непризнанию симптомов заболевания (НСЗ), наибольшими ($1,98 \pm 0,57$) – по эмоциональному неприятию заболевания (ЭНЗ) и несогласию с трезвостью (НТ) ($1,98 \pm 0,57$). То есть, признавая в той или иной мере наличие наркотической зависимости у себя, больные не демонстрируют озабоченности этим фактом и не принимают решение отказаться от употребления ПАВ.

Сравнительный анализ показателей анозогнозии и их взаимосвязь с социально-демографическими и клиническими характеристиками больных с опиоидной зависимостью. Выявлено, что у женщин неинформированность и несогласие с лечением ниже, чем у мужчин: НИ – $1,33 \pm 0,52$ vs. $1,98 \pm 0,53$, НЛ – $1,33 \pm 0,52$ vs. $1,98 \pm 0,57$ ($p \leq 0,05$). У сохранивших трудовую занятость выше ($p \leq 0,05$) непризнание заболевания: $1,73 \pm 0,64$ vs. $1,70 \pm 0,64$; непризнание последствий заболевания: $2,17 \pm 0,39$ vs. $1,85 \pm 0,48$. Эмоциональное неприятие заболевания: $1,88 \pm 0,51$ vs. $2,33 \pm 0,65$ ($p \leq 0,05$) – ниже в случае, если больному кто-либо материально помогает. У больных, лечение которым было назначено судом, по сравнению с теми, кто сам обратился за наркологической помощью, выше неинформированность ($2,08 \pm 0,49$ vs. $1,59 \pm 0,50$), непризнание заболевания ($2,04 \pm 0,60$ vs. $1,32 \pm 0,48$) и несогласие с лечением ($2,27 \pm 0,45$ vs. $1,55 \pm 0,5$), $p \leq 0,05$. У

них же (получающих лечение по суду) несогласие с лечением выше, чем у тех лиц, которые обратились к наркологу по требованию родственников: $2,25 \pm 0,50$ vs. $1,59 \pm 0,50$ ($p \leq 0,05$). У состоящих под диспансерным наблюдением выше ($p \leq 0,05$) непризнание последствий заболевания: $2,07 \pm 0,47$ vs. $1,76 \pm 0,44$ и несогласие с трезвостью: $2,18 \pm 0,55$ vs. $1,76 \pm 0,52$, чем у не наблюдающихся у нарколога. При отягощенной по алкоголизму наследственности ниже показатель несогласия с лечением: $1,73 \pm 0,58$ vs. $2,09 \pm 0,53$, $p \leq 0,05$. Непризнание последствий заболевания было ниже в группе больных с тяжелыми соматическими заболеваниями: $1,50 \pm 0,54$ vs. $2,00 \pm 0,43$ ($p \leq 0,05$) и наличием ЧМТ в анамнезе: $1,75 \pm 0,44$ vs. $2,00 \pm 0,40$ ($p \leq 0,05$). У ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых по сравнению с больными без ВИЧ-инфекции выше показатели непризнания заболевания: $1,93 \pm 0,62$ vs. $1,50 \pm 0,58$ ($p \leq 0,05$) и несогласия с лечением: $2,11 \pm 0,51$ vs. $1,69 \pm 0,62$ ($p \leq 0,01$).

По данным корреляционного анализа выявлена прямая связь между степенью конфликтности семейных взаимоотношений и НИ (0,48); частотой административных правонарушений за последний год с НИ (0,29) и НСЗ (0,30); количеством судимостей с ЭНЗ (0,33) и НЛ (0,33); суммарной длительностью ремиссий и НПЗ (0,43), длительностью ВИЧ и НИ (0,32) и НЛ (0,34); длительностью гепатита В и НПЗ (0,50). Установлена обратная корреляционная связь между сроком воздержания от опиатов и НТ (-0,38); длительностью опиоидной зависимости и НИ (-0,36); толерантностью перед поступлением и НПЗ (-0,40), частотой передозировок и ЭНЗ (-0,29); количеством эпизодов наркологического лечения и НИ (-0,28), а также НЗ (-0,32); количеством прохождений реабилитации и НИ (-0,30), ЭПЗ (-0,33), НЛ (-0,37); количеством госпитализаций из-за соматических проблем и НИ (-0,58), а также НПЗ (-0,43); тяжестью ЧМТ и НЛ (-0,53).

8. Результаты исследования особенностей передозировок у потребителей инъекционных опиатных наркотиков

Средний возраст принявших участие в исследовании ($n = 60$) составил 30,8 года ($SD = 7,5$) (61,7% — мужчины и 38,3% — женщины). Средний возраст первого употребления опиатов — 20,3 года ($SD = 5,8$). Среднее количество лет, прошедших от первого потребления опиатов до первой ПД, — 4,5 года ($SD = 6,0$). 74,6% ПИН ($n = 44$) отметили героин как наиболее употребляемый наркотик; 70% ($n = 42$), как правило, принимали наркотики в группе. При помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI) установлено, что наиболее высокие оценки отмечены в разделах «работа / средства к существованию» 0,75 ($SD = 0,26$), «психиатрический статус» 0,39 ($SD = 0,24$), «семья и социальные связи» 0,38 ($SD = 0,21$). Выявлены достоверные различия ($p < 0,001$) между всеми средними показателями опросника SCL-90-R у потребителей инъекционных опиоидных наркотиков (ПИН ОЗ) и нормативными данными. Установлено, что наиболее высокие показатели отмечались у ПИН ОЗ по шкалам «обсессивно-компульсивные расстройства», «межличностная сензитивность» «враждебность», «тревожность», «соматизация», «общий индекс тяжести текущего состояния GSI», что указывает на повышенный уровень психического дистресса у группы ПИН ОЗ. Статистически значимых гендерных и возрастных различий между группами контроля и опиоидзависимых не выявлено. *Личный опыт передозировок.* 75% ($n = 45$) испытали ПД опиатами, из которых 30 — мужчины

(66,6%) и 15 (33,3%) — женщины. Среднее количество перенесенных ПД на протяжении жизни равнялось четырем (IQR 16). Средний возраст первой ПД составил 21,5 года (IQR 9). Среднее время между первым употреблением опиатов и первой ПД равнялось 4,5 года (SD = 6,0). 45% пациентов, когда-либо переносивших ПД, по крайней мере одну из них перенесли в течение последнего года (60%). Лишь 8 опрошенных (17,8%) после ПД были однократно госпитализированы. Во время своей последней ПД 95,6% ПИН ОЗ использовали героин, сочетали употребление героина с алкоголем — 11,1%, с другими опиатами — 8,9%. Непосредственно перед ПД 24,4% ПИН находились на лечении от наркомании и 18,2% были в заключении или под арестом. Наибольшее количество ПД произошло дома у потребителей наркотиков (42,2%). Среди других мест ПД наиболее часто упоминались: на улице — 20%, дома у друга — 17,8%. В 77,8% случаев рядом с передозировавшимся были другие люди. Основными свидетелями ПД являлись другие наркопотребители (42%), в 1/5 случаев рядом находились супруг/супруга, в 13% — родственники. Попытки оказания помощи предпринимались в 60% случаев. В большинстве случаев (36,5%) оказания первой помощи пострадавшим применялось неспецифическое воздействие — растирание различных частей тела, тряска и т. п. 25% респондентов оценили вероятность ПД у себя в течение ближайшего года как «очень высокую» или «весьма высокую», и примерно такой же процент опрошенных (28,3%) были «очень обеспокоены» или «весьма обеспокоены» этим риском.

Данные свидетелей передозировок. 98,3% участников исследования когда-либо присутствовали при ПД. 66,1% в течение последнего года были свидетелями по крайней мере одной ПД. Девять участников сообщили о присутствии при одной или более смертельных ПД в течение последнего года, из чего можно сделать вывод о том, что примерно одна из десяти (10,2%) ПД была смертельной. Все жертвы наблюдаемой ПД употребляли героин инъекционным путем (91,5%). В дополнение к героину, в 59,3% случаев погибшие употребляли алкоголь, в 8,5% — амфетамины, еще в 5% — неизвестные вещества. Чаще всего ПД происходили дома у пострадавших (n = 18; 30,5%) или дома у друзей пострадавших (n = 15, 25,4%), но значительное число ПД случилось также и в общественных местах (n = 15; 25,4%). Во время последней наблюдавшейся ПД одновременно присутствовало двое и более человек (SD = 3,1; median = 2), и большинство из них были наркопотребителями (n = 51; 86,4%). По мнению опрошенных, наиболее частой причиной последней наблюдаемой ПД было: совместное потребление алкоголя и наркотиков (n = 19; 32,2%); высокое качество наркотика (n = 17; 28,8%); предшествующий период воздержания от употребления опиатов, как добровольного (n = 7; 11,9%), так и вынужденного (n = 5; 8,5%) (лечение наркозависимости или пребывание в условиях заключения). Первая помощь пострадавшему от ПД была оказана: в большинстве случаев — находящимися рядом наркопотребителями (n = 47; 78,3%), персоналом медучреждений — в 10% (n = 6), сотрудниками скорой медицинской помощи — в 6,6% (n = 4) случаев. При оказании помощи пострадавшему от ПД свидетели наиболее часто применяли неспецифическое «физическое» воздействие (см. выше) (n = 40; 66,6%) и непрямой массаж сердца или искусственное дыхание (n = 34; 56,6%). Высокоактивный антагонист опиатных рецепторов Налоксон (по данным респондентов) был применен только в 3,3% случаев. Наблюдавшие ПД были более обеспокоены своим и чужим риском ПД в будущем. Они

также считали ПД в будущем более вероятной, имели достоверно более высокие баллы по шкале «соматизация» SCL-90-R и по шкалам (ASI): «семья и социальные связи» и «наркотическая зависимость». *Данные бюро судебно-медицинской экспертизы.* 92,6% из 27 погибших были мужчинами, средний возраст составил 35 лет ($SD = 8,2$). Во всех случаях, кроме одного (метадон), умершие употребляли героин. В 63% случаев в крови был обнаружен алкоголь в сочетании с героином. 66,7% смертей произошло дома у пострадавшего. *Предикативные факторы (за 30 дней) последней ПД:* большое количество перенесенных ПД за всю предшествующую жизнь; высокие значения шкалы «соматизация» SCL-90-R; более высокая оценка вероятности ПД у себя в будущем; более высокие оценки в категории «семейные проблемы» (ASI), отражающие более серьезное восприятие семейных проблем по сравнению с теми, кто не переносил ПД в последний год. Установлено, что важную роль играют конфликтные отношения с матерью. Наркозависимые высказывали обеспокоенность семейными проблемами и считают важным получение помощи в связи с семейными проблемами. Дополнительными факторами риска ПД являются импульсивность, повышенная возбудимость и снижение контроля над поведением.

9. Результаты сравнительного исследования социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, перенесших передозировку опиоидами

Обследованы 52 человека (34 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет: с диагнозом опиоидная зависимость (F11.20; F11.21) – 25 пациентов (ОЗП); опиоидная зависимость (F11.20; F11.21) и ВИЧ-инфекция на субклинической стадии (B20–B24) – 27 пациентов (ОЗПВИЧ). Все пациенты перенесли передозировки опиоидами. *В группу ОЗП вошли* 18 (72,0%) мужчин и 7 (28,0%) женщин; средний возраст респондентов 23,16 года ($SD = 5,61$); общая продолжительность употребления опиоидов составила 67,2 месяца ($SD = 60,96$). Однократно перенесли передозировку на протяжении жизни 16 человек (64,0%), многократно (2 раза и более) – 7 (28,0%). Наиболее частыми причинами передозировок были названы ($n = 22$): длительное воздержание от наркотиков – 1 (4,0%), недавняя детоксикация – 4 (16,0%), большое количество принятого ПАВ – 8 (32,0%), высокая концентрация опиоидов – 3 (12,0%), алкогольное опьянение – 6 (24,0%). *В группу ОЗПВИЧ* включены 16 (59,3%) мужчин и 11 (40,7%) женщин; средний возраст респондентов 25,04 года ($SD = 4,18$); общая продолжительность употребления опиоидов – 76,7 месяца ($SD = 49,37$). Длительность ВИЧ составила 42,0 месяца ($SD = 32,03$; Median = 37,0). Однократно перенесли передозировку на протяжении жизни 14 человек (51,9%), многократно (2 раза и более) – 13 (48,1%). Наиболее частыми причинами передозировок были названы ($n = 27$): длительное воздержание от наркотиков – 4 (14,8%), недавняя детоксикация – 2 (7,4%), большое количество принятого ПАВ – 4 (14,8%), высокая концентрация опиоидов – 6 (22,2%), прием стимуляторов – 3 (11%), алкогольное опьянение – 8 (29,6%). Группы по возрасту и полу между собой не различались. Выявлены достоверные различия между ОЗП и ОЗПВИЧ по ряду клинико-социальных показателей: длительность максимальной ремиссии – 4,9 мес. ($SD = 4,90$) vs. 12,4 мес. ($SD = 15,66$); среднее количество употребляемого алкоголя в неделю в пересчете на чистый этанол – 223,75 мл ($SD = 469,55$)

vs. 543,21 мл (SD = 676,22); общая продолжительность употребления кокаина 18,6 мес. (SD = 13,30) vs. 48,0 мес. (SD = 30,98); длительность гепатита В – 27,7 мес. (SD = 13,00) vs. 46,5 мес. (SD = 17,02); гепатита С – 30,8 мес. (SD = 15,09) vs. 66,6 мес. (SD = 47,18); не работает (не учится) – 10 чел. (41,7%) vs. 21 чел. (77,8%); проблемы с трудоустройством – 8 чел. (33,3%) vs. 17 чел. (63,0%); свободное времяпрепровождение с зависимыми от ПАВ – 7 чел. (29,2%) vs. 19 чел. (70,4%), ($p \leq 0,05$), соответственно.

При оценке значений психопатологической симптоматики по шкале SCL-90-R в исследуемых группах выявлены различия ($p \leq 0,05$): в группах ОЗПВИЧ отмечаются более высокие показатели, по сравнению с ОЗП и КГ, по шкалам: «соматизация»: 0,46 (SD = 0,11) vs. 0,99 (SD = 0,48) vs. 0,29 (SD = 0,17); «депрессия»: 0,53 (SD = 0,18) vs. 0,82 (SD = 0,38) vs. 0,40 (SD = 0,20); «тревожность»: 0,45 (SD = 0,24) vs. 0,68 (SD = 0,46), vs. 0,27 (SD = 0,15); «психотизм»: 0,31 (SD = 0,13) vs. 0,46 (SD = 0,32) vs. 0,23 (SD = 0,15). На большую выраженность психопатологических нарушений в группе ОЗПВИЧ ($p \leq 0,05$) указывают интегральные показатели шкалы SCL-90-R: «общая сумма баллов», «общий индекс тяжести» (GSI), «индекс наличного симптоматического дистресса» (PSDI), «общее число утвердительных ответов» (PST), которые выше, чем в других группах (рис. 6).

У опиоидзависимых, перенесших передозировки, с ВИЧ-позитивным статусом больше, чем в группах ОЗП и КГ, выражены: экспрессия гнева вовне (STAXI), чувство вины (BDHI) (рис. 6); меньше – личностные черты (16PF), соответствующие факторам С (эмоциональная устойчивость) и Q₁ (консерватизм, преобладание прагматичности и конкретности в мыслительных процессах): С – 6,16_{озп} (SD = 1,14) vs. 4,78_{озпвич} (SD = 1,15), 5,50 (SD = 1,30), Q₁ – 6,48_{озп} (SD = 2,14) vs. 5,44_{озпвич} (SD = 1,50), 6,58 (SD = 1,99) $p \leq 0,05$). Сравнительный анализ данных, полученных с помощью опросника СЖО (PIL), выявил ряд различий между группами: показатели «цель в жизни», «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «локус контроля – Жизнь» в группе ОЗПВИЧ были ниже, чем в ОЗП и КГ ($p \leq 0,05$). Это свидетельствует о том, что у ОЗПВИЧ в большей степени отмечаются затруднения в формировании планов на будущее, низкий уровень убежденности в том, что они могут контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и их реализовывать. Прожитая часть жизнь оценивается ими более негативно, процесс жизни воспринимается как неинтересный и эмоционально не насыщенный. Данные, полученные по субсферам опросника ВОЗКЖ-100 (WHOQOL-100), отражены в интегральных показателях КЖ: в группе ОЗПВИЧ показатели «психологическая сфера», «уровень независимости», «окружающая среда», «духовная сфера» значимо ниже, чем у других респондентов ($p \leq 0,05$) (рис. 6). Показатель общего качества жизни у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом также был ниже, чем в группах ОЗП и КГ: 89,54_{оз} (SD = 9,11) vs. 80,58_{озпвич} (SD = 14,75) vs. 94,85_{кг} (SD = 8,17). Снижение значений субъективной удовлетворенности общим качеством жизни указывает на то, что опиоидзависимые с ВИЧ-позитивным статусом, перенесшие передозировки, меньше других удовлетворены своим физическим и психическим состоянием, уровнем независимости, а также межличностными взаимоотношениями и внешними условиями жизни (материальная и финансовая обеспеченность, физическая безопасность, доступность качественной медицинской и социальной помощи).



Рис. 6. Средние значения шкал и субшкал опросников SCL-90-R, BDHI, STAXI, LINK, PII, а также сфер качества жизни (WHOQOL-100) у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным (ОЗП) и ВИЧ-позитивным (ОЗПВИЧ) статусами, перенесших передозировку опиоидами. Статистически значимые различия между группами ($p \leq 0,05$): 1 – ОЗПВИЧ–ОЗП, 2 – ОЗП–КГ, 3 – ОЗПВИЧ–КГ

10. Последствия несмертельных передозировок опиоидами: результаты исследования качества жизни, клинических, психопатологических характеристик, импульсивности, нейрокогнитивного функционирования и МРТ воксель-базированной морфометрии головного мозга у опиоидзависимых пациентов

В группу опиоидзависимых без передозировок (ОЗ) вошли 10 пациентов: 7 мужчин (70%) и 3 женщины (30%). Средний возраст опиоидзависимых составил 34,10 года ($SD = 5,57$). В группу опиоидзависимых с передозировками (ОЗП) включены 10 пациентов: 5 мужчин (50%) и 5 женщин (50%), средний возраст – 34,30 года ($SD = 8,47$). Общее количество передозировок (в течение жизни) в группе ОЗП – 7,3 ($SD = 6,86$). Основной причиной передозировки названо: превышение дозы принятого наркотика (изменение чистоты ПАВ) – 50%, сочетанное употребление ПАВ и психотропных препаратов – 20%, алкогольное опьянение – 30%. У всех перенесших передозировку (100%) токсическое превышение доз опиоидов сопровождалось потерей сознания, угнетением дыхания, цианозом кожных покровов (со слов опрошенных, которым сообщили свидетели передозировок). Возраст первой передозировки – 22,6 года ($SD = 6,50$); число передозировок за последний год – 1,50 ($SD = 1,35$). 40% респондентов в группе ОЗП были сильно обеспокоены тем, что могут испытать передозировку в будущем, 60% были озабочены проблемами с общим здоровьем, при этом они меньше ориентированы на отказ от потребления ПАВ. В группе ОЗП 100% опрошенных в основном употребляли наркотики в одиночестве (в группе ОЗ – 60%). Обследуемые обеих групп между собой не различались по возрасту, полу, общей продолжительности употребления опиоидов, максимальной толерантности к наркотическому веществу, количеству раз лечения от опиоидной

зависимости, длительности и наличию сопутствующих заболеваний. *Группы контроля:* группу психометрического контроля КГ1 составили 33 респондента (21 мужчина и 12 женщин), средний возраст – 33,98 года ($SD = 5,91$), группу МРТ контроля КГ2 – 35 здоровых человек (20 мужчин и 15 женщин), средний возраст – 33,60 года ($SD = 5,84$). Статистически значимых гендерных и возрастных различий между группами контроля и опиоидзависимыми выявлено не было.

При помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI) установлено, что у пациентов ОЗП по сравнению с группой ОЗ выше показатели ASI «употребление наркотиков», что свидетельствует о большем количестве проблем, связанных с потреблением опиоидов и других ПАВ. При оценке психопатологических жалоб у опиоидзависимых выявлено повышение показателей по всем шкалам SCL-90-R по сравнению с КГ1 (за исключением NOS – «враждебность» в группе ОЗ) ($p < 0,05$). В группе ОЗП регистрируется достоверно больше жалоб по шкалам «депрессия», «тревожность» и «психотизм», чем у ОЗ и КГ1 ($p < 0,05$). О тяжести психопатологического состояния и глубине расстройств в группе ОЗП свидетельствует показатель GSI, который больше, чем в других группах ($p < 0,05$) (Таблица 1). По данным шкалы Барратта (BIS-11), интегральный показатель «общая импульсивность» в группе ОЗП составил 71,00 ($SD = 5,10$), то есть импульсивность находится на патологическом уровне. Значение «общей импульсивности» в группе ОЗП выше ($p < 0,05$), чем в группах ОЗ и КГ1. Показатели субшкал «двигательная импульсивность» и «способность к планированию и самоконтроль», а также шкал «когнитивная сложность», «настойчивость/усидчивость» в группе ОЗП больше ($p < 0,05$) контрольных значений (КГ1). По данным опросника SF-36 установлено, что в обеих группах опиоидзависимых субъективное восприятие КЖ ниже ($p < 0,05$), по сравнению с КГ1, по шкалам «социальное функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «психическое здоровье». В группе ОЗП показатели шкал «интенсивность боли» и «ролевое (физическое) функционирование» меньше ($p < 0,05$) нормативных значений (КГ1). По данным шкалы «общее здоровье» пациенты из группы ОЗП оценивают состояние своего здоровья хуже ($p < 0,05$), чем обследованные из групп ОЗ и КГ1. Результаты исследования, полученные при помощи методик ASI, SCL-90-R, BIS-11, SF-36, представлены в Таблице 1.

Результаты исследования нейрокогнитивных функций на комплексе CANTAB и E-Prime ($p < 0,05$). При изучении параметров теста «Отложенный выбор по образцу» (Delayed Matching to Sample, DMS), который оценивает краткосрочную зрительную память, установлено, что в группе ОЗП, по сравнению с ОЗ и КГ2, меньше процент правильных ответов, предъявляемых с 12-секундной задержкой (12000 ms delay), количество общих правильных ответов (all delays) и правильных ответов в отношении стимулов, предъявляемых с 12-секундной задержкой (12000 ms delay), при этом у ОЗ последние два показателя ниже нормативных (КГ2). Тест «Кембриджские чулки» (SOC), направленный на диагностику способности к пространственному планированию, показал, что респондентам из группы ОЗП требуется большее ($p < 0,05$) число ходов при решении задач в пять ходов (SOC, 5 moves), по сравнению с ОЗ и КГ2. С помощью «Теста с остановкой и переключением внимания» (SST), позволяющего оценивать уровень импульсивности и невнимания, выявлено что в группе ОЗП, по сравнению с ОЗ и КГ2, регистрируется

меньший процент правильных ответов базовой части (SST). «Тест интерференции цвета и слова Струупа» продемонстрировал лучшее время реакции на инконгруэнтный стимул (STROOP incong-RT) у обследуемых КГ, чем у ОЗП и ОЗ. При этом самый длинный латентный период реакции на инконгруэнтный стимул отмечен у пациентов ОЗП ($p < 0,05$). Из полученных данных следует, что у пациентов ОЗП нарушения нейрокогнитивного функционирования и контроля над исполнительными функциями выражены больше, чем у наркопотребителей ОЗ и в группе контроля (Таблица 1).

Таблица 1. Средние значения психометрических показателей нейрокогнитивных функций у опиоидзависимых без передозировок (ОЗ), с передозировками (ОЗП) в анамнезе и в нормативной группе (КГ1)

Психометрические показатели		ОЗ (n = 10) (SD)	ОЗП (n = 10) (SD)	КГ1 (n = 33) (SD)
(ASI) Употребление наркотиков		0,12 (0,08)	0,25 (0,10) ¹	–
(BIS-11) Когнитивная сложность		12,90 (1,97)	14,20 (2,15) ³	11,5 (2,6)
(BIS-11) Настойчивость/ усидчивость		8,10 (1,45)	8,80 (2,04) ³	6,9 (1,8)
(BIS-11) Двигательная импульсивность		22,80 (3,36)	24,80 (2,25) ³	22,0 (4,0)
(BIS-11) Способность к планированию и самоконтроль		25,50 (3,50)	27,80 (4,02) ³	23,6 (4,9)
(BIS-11) Общая импульсивность		64,00 (7,30)	71,00 (5,10) ^{1,3}	62,3 (10,3)
(SF-36) Ролевое (физическое) функционирование		60,00 (39,44)	40,00 (41,16) ³	77,9 (35,3)
(SF-36) Интенсивность боли		67,50 (21,87)	50,50 (31,15) ³	70,2 (23,4)
(SF-36) Общее здоровье		64,50 (11,17)	53,00 (12,06) ^{1,3}	70,1 (21,4)
(SF-36) Социальное функционирование		71,25 (14,49) ²	52,50 (30,51) ³	83,6 (23,0)
(SF-36) Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием		53,33 (42,17) ²	46,67 (42,16) ³	83,1 (31,6)
(SF-36) Психическое здоровье		62,00 (13,37) ²	48,40 (24,40) ³	75,2 (17,6)
(SCL-90-R) Соматизация		0,89 (0,63) ²	1,42 (0,92) ³	0,50 (0,03)
(SCL-90-R) Обсессивно-компульсивные расстройства		1,02 (0,50) ²	1,13 (0,57) ³	0,50 (0,05)
(SCL-90-R) Межличностная сензитивность		0,97 (0,53) ²	1,02 (0,62) ³	0,62 (0,06)
(SCL-90-R) Депрессия		0,98 (0,51) ²	1,68 (0,80) ^{1,3}	0,49 (0,04)
(SCL-90-R) Тревожность		0,87 (0,59) ²	1,48 (0,64) ^{1,3}	0,39 (0,04)
(SCL-90-R) Враждебность (HOS)		0,68 (0,44)	1,21 (0,72) ³	0,56 (0,07)
(SCL-90-R) Фобическая тревожность		0,41 (0,43) ²	0,53 (0,47) ³	0,17 (0,02)
(SCL-90-R) Паранойяльная симптоматика		0,70 (0,52) ²	1,13 (0,54) ³	0,26 (0,04)
(SCL-90-R) Психотизм		0,44 (0,47) ²	1,22 (0,62) ^{1,3}	0,23 (0,03)
(SCL-90-R) Общий индекс тяжести, GSI		0,81 (0,40) ²	1,29 (0,54) ^{1,3}	0,42 (0,01)
CANTAB / E-Prime	DMS Percent correct (12000 ms delay)	84,00 (9,66)	66,00 (16,47) ^{1,3}	88,6 (12,10)
	DMS Total correct (12000 ms delay)	8,40 (0,97) ²	6,60 (1,65) ^{1,3}	9,2 (1,10)
	DMS Total correct (all delays)	25,40 (3,03) ²	23,00 (2,21) ^{1,3}	26,50 (0,58)
	SOC Mean moves (5 moves)	5,68 (1,00)	7,00 (1,28) ^{1,3}	5,50 (0,50)
	STOP slide 3 RESPS (SST)	98,73 (1,64)	94,95 (5,89) ^{1,3}	97,93 (1,61)
	STROOP incong-RT	1103,39 (224,80) ²	1567,78 (750,0) ^{1,3}	815 (180)

Примечание: ¹ Статистически значимые различия между группами ОЗ и ОЗП ($p < 0,05$) по критерию Манна–Уитни. ² Статистически значимые различия между группами ОЗ и КГ1 ($p < 0,05$) по t-критерию. ³ Статистически значимые различия между группами ОЗП и КГ1 ($p < 0,05$) по t-критерию

Морфометрические показатели головного мозга у опиоидзависимых без передозировок (ОЗ), с передозировками (ОЗП) в анамнезе и в нормативной группе (КГ2) по данным МРТ воксель-базированной морфометрии. Обнаружено, что атрофические изменения мозговых структур (согласно показателю средней толщины коры по программе Freesurfer – Thick Avg) у пациентов ОЗП выражены больше, чем в группе ОЗ, в левой гемисфере (Lh): в лобной области – в глазничной части нижнелатерального края нижней лобной извилины (Pars orbitalis, $p = 0,05$); в височной доле, конвексимально – в верхней височной извилине в поперечной ее части (G temp sup-G T transv, $p = 0,009$); в правой гемисфере (Rh): в лобной области – в глазничной части нижнелатерального края лобной доли (Pars orbitalis, $p = 0,05$); нижней и внутренней поверхности височно-затылочной области – в веретенообразной (Fusiform, $p = 0,007$), язычной (Lingual, $p = 0,035$) и парагиппокампальной (Parahippocampal, $p = 0,02$) извилинах (рис. 7).

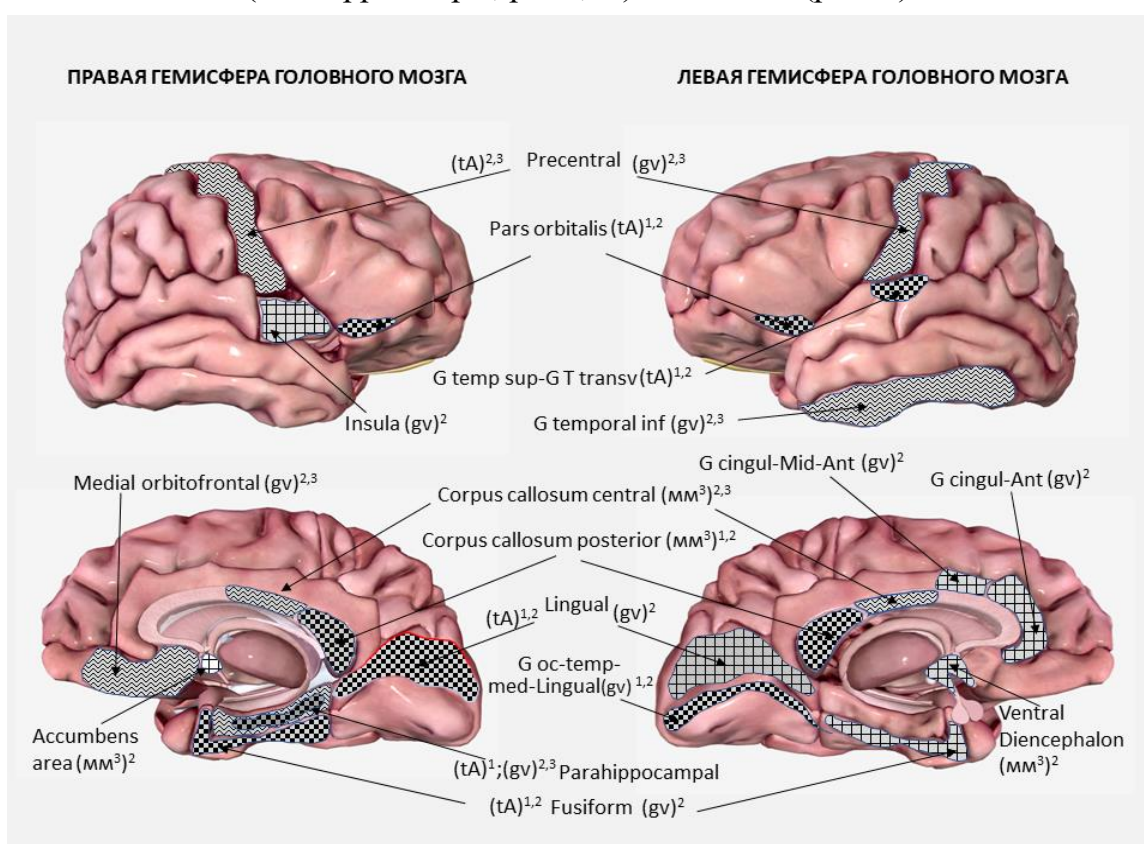


Рис. 7. Изменения коры и структур головного мозга (ГМ) опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами (ОЗП), по сравнению с опиоидзависимыми без передозировки (ОЗ) и контрольной группой (КГ2), по данным МРТ воксель-базированной морфометрии. ¹ Статистически значимые различия между группами ОЗП и ОЗ по критерию Манна–Уитни ($p \leq 0,05$). ² Статистически значимые различия между группами ОЗП и КГ2 по критерию Манна–Уитни ($p \leq 0,05$). ³ Статистически значимые различия между группами ОЗ и КГ2 по критерию Манна–Уитни ($p \leq 0,05$). tA – Thick Avg (средняя толщина коры ГМ), gv – GrayVol (объем серого вещества ГМ), G – извилина.

▣ – выделены пораженные структуры в группе ОЗП, по сравнению с ОЗ и КГ2

▣ – выделены пораженные структуры в группе ОЗП, по сравнению с КГ2

▣ – выделены пораженные структуры в группе ОЗП и ОЗ, по сравнению с КГ2

В группе ОЗП морфометрические показатели толщины коры были меньше нормативных (КГ2), в левой гемисфере (Lh): в лобной области – в верхней височной поперечной извилине (G temp sup-G T transv, $p = 0,008$); в правой гемисфере (Rh): в лобной области – в глазничной части нижнелатерального края лобной доли (Pars orbitalis, $p = 0,043$), прецентральной извилине (Precentral, $p = 0,003$); нижней и внутренней поверхности височно-затылочной области – в веретенообразной (Fusiform, $p = 0,001$), язычной (Lingual, $p = 0,03$) извилинах. Объем серого вещества (Grayvol) в группе ОЗП был достоверно меньше, чем в группе ОЗ, в левой гемисфере (Lh): в затылочно-средне-височно-язычной извилине (G oc-temp med-Lingual, $p = 0,036$), и меньше, чем в нормативной группе (КГ2), в левой доле ГМ (Lh): в прецентральной (Precentral, $p = 0,016$), средне-передней и передней цингулярной извилинах (G cingul-Ant, $p = 0,033$; G cingul-Mid-Ant, $p = 0,025$); затылочно-средне-височно-язычной (G oc-temp med-Lingual, $p = 0,028$), нижней височной (G temporal inf, $p = 0,000$), язычной (Lingual, $p = 0,019$), веретенообразной извилинах (Fusiform, $p = 0,023$); в правой доле (Rh): в глазничной части нижнелатерального края лобной доли (Pars orbitalis, $p = 0,007$); медиальной орбитофронтальной (Medial orbitofrontal, $p = 0,038$), парагиппокампальной (Parahippocampal, $p = 0,050$) извилинах, а также в инсулярной коре (Insula, $p = 0,016$). В группе ОЗП по сравнению с контрольной группой (КГ2) регистрируется уменьшение морфометрических показателей структур в правой гемисфере ГМ (Rh) – в области прилежащего ядра (Accumbens area, $p = 0,026$), а в левой (Lh) – в вентральном диэнцефалоне (Ventral Diencephalon^{мм3}, $p = 0,015$), также отмечаются изменения в центральном (CC centralis, $p = 0,001$) и заднем отделах мозолистого тела (CC posterior^{мм3}, $p = 0,021$), при этом атрофия в заднем отделе мозолистого тела (CC posterior^{мм3}, $p = 0,023$) у пациентов с передозировкой выражена больше, чем в группе ОЗ (рис. 7).

В результате корреляционного анализа установлено ($p < 0,05$), что с большим количеством передозировок в течение жизни коррелируют высокая частота сочетанного употребления различных ПАВ, включая алкоголь (0,74), большее количество детоксикаций (0,63) и реабилитационного лечения опиоидной зависимости (0,90). Выявлена взаимосвязь ($p < 0,05$) между увеличением количества перенесенных передозировок в течение жизни и атрофией мозговых структур (показатель Thick Avg), в правой гемисфере: каудальном отделе лобной извилины (Rh. Caudal middle frontal, $-0,69$), прецентральной извилине (Rh. Precentral, $-0,68$). Отмечается положительная корреляционная связь между количеством передозировок за последний год и высокой частотой употребления различных ПАВ, включая алкоголь (0,56), и показателем объема (GrayVol) инсулярной коры (Rh. Insula, 0,68). Согласно полученным данным, чем больше регистрировалось передозировок в течение всей жизни в группе ОЗП, тем выше показатель «общей импульсивности» (TOT) опросника BIS-11 (0,63) и хуже зрительная память, о чем свидетельствует меньший процент правильных ответов в отношении стимулов, предъявляемых без задержки, по данным САНТАВ: DMS Percent correct (0 ms delay), $r = -0,80$; DMS Total correct (0 ms delay), $r = -0,80$.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее значимыми медицинскими последствиями инъекционного употребления опиоидов у наркозависимых, проходящих стационарное лечение, а также у

наркопотребителей, находящихся в их ближайшем окружении, являются: высокий уровень рискованного (в отношении ВИЧ-инфицирования) инъекционного и полового поведения, инфицирование ВИЧ, высокая частота передозировок, рецидивов заболевания и случаев повторного лечения, противоправная деятельность, а также низкий уровень трудовой занятости и доходов. Значительные опасения у опиоидзависимых вызывают: страх преждевременной смерти от передозировки ПАВ, неизлечимость ВИЧ, негативное отношение к ВИЧ-инфицированным и наркопотребителям, неудовлетворенность низким уровнем качества жизни, отсутствие целей и смысла жизни, низкая эффективность лечения наркотической зависимости, отсутствие доступной и анонимной наркологической помощи и реабилитации, наркологический учет, проблемы с правоохранительными органами.

2. У опиоидзависимых больных с ВИЧ-положительным статусом (ОЗВИЧ) по сравнению с опиоидзависимыми с ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) отмечается более неблагоприятное социальное (трудовое, семейное, правовое) положение, у них короче период формирования синдрома зависимости, преобладает гедонистическая мотивация потребления опиоидов, они чаще употребляют алкоголь и стимуляторы. В группе ОЗВИЧ более выражены, чем у ОЗ, широта спектра психопатологической симптоматики (PST), глубина дистресса (PSDI) и отмечаются более высокие значения показателей «соматизации», «депрессии», «тревожности», «психотизма», «суммарный показатель» (SCL-90-R), а также «общий балл по шкале депрессии» (MADRS). У пациентов ОЗВИЧ регистрируется более высокий уровень риска передачи инфекции половым путем (ТОСР).

3. У опиоидзависимых выявлены снижение всего комплекса коммуникативных, эмоциональных, интеллектуальных и адаптивно-регуляторных личностных характеристик (16PF), преобладание дезадаптивных копинг-стратегий (WCQ), низкий уровень осмысленности (PIL) и качества жизни (WHOQOL-100), высокие показатели стигматизации по «наркостатусу» (LINK) и переживания гнева (STAXI), а также раздражительности, физической, вербальной агрессии и индекса агрессивности (BDHI). Коморбидная ВИЧ-инфекция усугубляет личностную дисфункциональность (16PF), ведет к более низкому уровню понимания осмысленности жизни (PIL) и удовлетворенности качеством жизни в «психологической сфере», «уровне независимости», а также в сфере «окружающая среда» и в «духовной сфере» (WHOQOL-100). В группе ОЗВИЧ регистрируются высокий уровень стигматизации по статусу «ВИЧ-инфицированность» (LINK), агрессии, враждебности, обиды и чувства вины (BDHI), а также конфликтные способы разрешения и преодоления стрессовых ситуаций (WCQ), высокие индивидуально-динамические показатели гнева сочетаются с наименьшей способностью контролировать и подавлять гнев (STAXI).

4. У опиоидзависимых, инфицированных ВИЧ, в факторогенезе агрессивности, враждебности (BDHI) и гнева (STAXI) играют роль ВИЧ-стигматизация (LINK), тревожность, замкнутость, изолированность (SCL-90-R), радикализм и низкий самоконтроль (16PF). Утяжеление наркозависимости, многократные передозировки, межличностная сензитивность и подозрительность (SCL-90-R), переживания, сопряжённые с дискриминацией в связи с ВИЧ-статусом (LINK), обуславливают экспрессию гнева вовне (STAXI) и формирование чувств вины и обиды (BDHI). Изменение толерантности, наличие симптоматики обсессивно-компульсивного спектра и психоневрологических проблем в детстве, эмоционально-коммуникативные свойства личности, меньшая выраженность

соматических и депрессивных проявлений (SCL-90-R), а также высокая готовность идти на конфликт участвуют в формировании агрессии (BDHI) и гнева у опиоидзависимых с ВИЧ-отрицательным статусом.

5. Факторами, связанными с большей удовлетворенностью общим качеством жизни у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, являются легкое течение наркологического заболевания, меньшая дезадаптация регуляторных и эмоционально-коммуникативных свойств личности, лучшая самооценка, наличие целей и смыслов в жизни, устойчивость интересов, а также трудовая занятость. Вышеперечисленные клинические и психосоциальные характеристики коррелируют практически со всеми сферами КЖ. Мотивация к трезвости, меньший уровень конфронтации и отрицания проблем, поиск социальной поддержки, большая частота получения медицинской помощи сопряжены с улучшением КЖ (WHOQOL-100) в субсфере «F1 – физическая боль и дискомфорт», а редукция диссомнических расстройств повышает степень удовлетворения от отдыха (F21) у пациентов с ОЗ и ОЗВИЧ. Передозировки опиоидами снижают КЖ в «духовной сфере» (WHOQOL-100) у пациентов обеих групп. Более короткая продолжительность ВИЧ-инфекции и стажа наркотизации, меньшая выраженность депрессии, лучшие коммуникативные качества личности и семейные отношения ассоциированы с большей удовлетворенностью общим КЖ в группе ОЗВИЧ. Низкий уровень КЖ в «психологической сфере» сопряжен с высокими показателями влечения к алкоголю, стигматизацией в связи ВИЧ-статусом (LINK) и большей широтой психопатологических нарушений (SCL-90-R). КЖ в группе ОЗВИЧ в сфере «уровень независимости» связано с более молодым возрастом и бóльшим количеством госпитализаций из-за соматических проблем.

6. Общий риск инфицирования инъекционным и половым путём у потребителей опиоидов вне зависимости от ВИЧ-статуса сопряжён с более молодым возрастом, меньшей длительностью наркотизации и коморбидных инфекций, большей выраженностью депрессии (MADRS), дезадаптивным сверхконтролем (WCQ), низкими показателями стигматизации по статусу «наркозависимость» (LINK), а также с такими характеристиками личности, как безрассудство и эмоциональная напряженность (16PF). Крэйвинг, дистанцирование от семьи, склонность к подозрительности, доминированию и нонконформизму (16PF), бóльшее выражение гнева вовне (STAXI), а также конфронтативное копинг-поведение (WCQ) увеличивают инъекционный риск (ИР), а длительность трезвости — половой риск (ПР) инфицирования ВИЧ. К коррелятам, повышающим ИР в группе ОЗ, относятся: меньший уровень образования, отсутствие ремиссий, нарушение сна, наличие судорожных состояний, снижение показателей межличностной сензитивности INT (SCL-90-R), высокий показатель гнев-реакции, экспрессия гнева вовне (STAXI), повышенная готовность к риску (Н) и низкая тревожность (16PF). Низкие образование и тревожность (16PF), большой уровень общительности (16PF), а также снижение концентрации внимания (MADRS) сопряжены с риском инфицирования ВИЧ половым путем. В группе ОЗВИЧ инъекционное рискованное поведение ассоциировано с ранним началом половой жизни, меньшей длительностью ВИЧ, большей мотивацией к употреблению алкоголя, низким самоконтролем (16PF), подавленностью (MADRS). Факторами, связанными с риском ВИЧ-инфицирования половым путем, являются апатия (MADRS), большая продолжительность употребления стимуляторов и

алкоголя, снижение частоты приема снотворных и седативных веществ, уменьшение межличностной сензитивности (SCL-90-R) и экспрессии гнева внутрь и вовне (STAXI).

7. У больных с неосложненной опиоидной зависимостью выявлены нейрокognитивные нарушения, которые характеризуются субклиническими расстройствами динамического праксиса, пространственного гнозиса, слухоречевой памяти, зрительной памяти и зрительного гнозиса, что свидетельствует об умеренной дисфункции всех отделов коры головного мозга.

8. Профиль опиоидной анозогнозии характеризуется диссоциацией отдельных ее компонентов: наименее выражен показатель «непризнание симптомов заболевания», наиболее – «эмоциональное неприятие заболевания» и «несогласие с трезвостью», из чего следует, что, признавая в той или иной мере наличие наркотической зависимости у себя, больные не демонстрируют озабоченности этим фактом и не принимают решение оставаться трезвыми. Высокие показатели анозогнозии сопряжены с длительными ремиссиями и большей продолжительностью ВИЧ-инфекции, высокими уровнями деликвентного поведения и конфликтности семейных отношений, диспансерным наблюдением у психиатра-нарколога. Низкий уровень анозогнозии ассоциирован с гендерными характеристиками (женским полом), худшими показателями трудовой занятости и благосостояния, наследственной отягощенностью алкоголизмом, большей тяжестью наркологической и соматической патологии, наличием частых передозировок, добровольностью обращения за медицинской помощью. В целом большая часть полученных данных указывает на то, что чем тяжелее клинические проявления опиоидной зависимости и ее последствия, тем менее выражена анозогнозия.

9. Передозировка опиоидами (ПД) — распространенное явление среди опиоидзависимых. Смертельные и несмертельные ПД чаще происходят у мужчин, в месте проживания ПИН или на улице. Наиболее частыми причинами ПД являются совместное потребление алкоголя и наркотиков и снижение толерантности, а также вариабельность качества наркотика. Данные психометрического исследования указывают на актуальность соматических и психопатологических проблем (SCL-90-R, ASI) у опиоидзависимых с ПД в анамнезе. В большинстве случаев ПИН являются свидетелями передозировки и теми, кто оказывает первую помощь при этом состоянии, которая чаще всего бывает неполноценной. Специализированная медицинская помощь оказывается сравнительно редко, так же как и применение антагониста опиатных рецепторов налоксона, являющегося эффективным средством купирования ПД. ПИН недостаточно информированы о принципах предотвращения ПД и оказания помощи при ПД, но они заинтересованы в консультировании по данным вопросам. Предикторами передозировок являются: большое количество ПД в анамнезе; прогноз ПД у себя в будущем; наличие дисфункциональных семейных отношений и жалоб соматического характера.

10. ВИЧ-позитивные опиоидзависимые чаще переносят многократные передозировки, чем ВИЧ-негативные ПИН. Повышенный риск передозировок в группе опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом обусловлен более частым употреблением алкоголя и стимуляторов, колебаниями концентрации опиоидов в принимаемом наркотике, изменением толерантности, а также сниженными адаптационно-компенсаторными возможностями организма (наличие коморбидных вирусных инфекций). По сравнению с

опиоидзависимыми без ВИЧ-инфекции, перенесшими многократные ПД, у пациентов с ВИЧ-инфекцией, опиоидной зависимостью и передозировками в анамнезе отмечаются меньшая удовлетворенность качеством жизни практически во всех ее сферах и уверенность в том, что жизнь неподвластна контролю, а также более низкий уровень осмысленности существования. Коморбидное состояние сопровождается большими уровнями стигматизации по статусу «ВИЧ-инфицированность», проявлениями чувства вины и гнева, большей выраженностью соматических жалоб и таких психопатологических проявлений, как соматизация, депрессия, тревога.

11. У многократно перенесших передозировку опиоидами регистрируются воксель-морфометрические (ВБМ) изменения в лобных, нижних и внутренних височно-затылочных отделах ГМ, мозолистом теле, островковой коре, формированиях лимбической системы, а также в структурах, составляющих нейробиологическую базу аддикции (области прилежащего ядра, вентральный диэнцефалон). В этой группе пациентов отмечаются высокие показатели импульсивности (BIS-11), психотизма, депрессии, тревожности (SCL-90-R), худшая удовлетворённость состоянием собственного здоровья (SF-36), а также снижение рабочей памяти, когнитивной гибкости, способности к пространственному планированию, концентрации внимания и контроля над исполнительными функциями (CANTAB). Увеличение числа передозировок взаимосвязано со снижением толерантности, потреблением опиоидов в сочетании с алкоголем или другими ПАВ, ростом импульсивности, ухудшением памяти, а также с морфометрическими изменениями прецентрального, каудально-фронтального и инсулярного кортекса в правом полушарии головного мозга. Выявленные нарушения формируют сложный комплекс расстройств, ассоциированный с острыми отравлениями опиоидами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При разработке и проведении диагностических программ по выявлению клинических, социально-психологических и поведенческих нарушений, связанных с ВИЧ-инфекцией и передозировкой, у больных с синдромом зависимости от опиоидов рекомендуется основываться на биопсихосоциальном подходе, который позволяет системно и целостно оценивать состояние больных со сложной комбинацией заболеваний, а также индивидуализировать тактику лечебных, реабилитационных, профилактических и социально ориентированных интервенций.

2. Для выявления нарушений высших психических функций у ПИН рекомендуется использовать модифицированную нейропсихологическую методику, адаптированную для больных с аддиктивной патологией (Вассерман Л.И. с соавт., 1987; Тархан А.У., 2008), которая показала высокую эффективность и информативность в выявлении широкого спектра нейрокогнитивных расстройств высших психических функций на доклиническом уровне. Для уточнения локализации и степени поражения мозговых структур, возникающего вследствие многократных передозировок, целесообразно использовать воксель-базированную морфометрию ГМ.

3. Для комплексной и квантифицированной оценки обстоятельств передозировок предлагается использовать оригинальный опросник по изучению передозировок, который

позволяет оценить широкий спектр причин, факторов риска, обстоятельств и другие аспекты передозировок.

4. В связи с тем что большинство опиоидзависимых указывают на важность консультирования и прохождения обучения по вопросам предотвращения передозировок и помощи при них, актуальными направлениями превенции ПД являются: обучение распознаванию признаков передозировки, информирование наркоманов об изменениях толерантности после периода воздержания, об опасности совместного употребления опиатов с алкоголем и другими депрессантами. Программы по профилактике передозировок необходимо проводить как среди наркопотребителей (независимо от стажа наркотизации), так и среди их родителей, супругов и партнеров.

5. Рекомендуется широко внедрять программы доступа к антагонисту опиатов налоксону, а также обучать наркозависимых и их близкое окружение основам оказания первой доврачебной помощи при передозировках, и в том числе правильному применению налоксона. Диагностика коморбидных соматических и психических расстройств, коррекция межличностных отношений и решение существующих внутрисемейных проблем могут стать важным шагом на пути предотвращения будущих передозировок. Члены семьи также могут повлиять на решение наркозависимого пройти лечение от зависимости после перенесенной несмертельной передозировки.

6. Выявленный комплекс расстройств, ассоциированный с многократными передозировками опиоидов и характеризующийся социальными, клиническими, психопатологическими, поведенческими, нейрокогнитивными и нейроморфологическими нарушениями, следует учитывать при разработке профилактических программ и проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

7. При реализации программ, направленных на снижение распространения ВИЧ-инфекции, превентивную работу рекомендуется фокусировать не только на мероприятиях обмена шприцев, игл и распространении средств предохранения барьерного типа, используемых при сексуальных контактах, но и на интервенциях, направленных на обучение конкретным стратегиям и навыкам безопасного поведения, позволяющим уменьшить риск инфицирования ВИЧ, связанный как с инъекционным употреблением наркотиков, так и, в особенности, с передачей инфекции половым путем. Следует сосредоточить внимание на проведении профилактических программ, ориентированных на женщин из групп риска.

8. Социально-терапевтическое воздействие необходимо сконцентрировать на повышении образования, профорientации, информационной поддержке, трудоустройстве, организации групп самопомощи и терапевтических сообществ, психотерапевтическое – на улучшении коммуникативных, эмоциональных, интеллектуальных характеристик наркопотребителей, выработке навыков самоконтроля, преодолении анозогнозии, снижении уровня стигматизации, агрессии и рискованных форм поведения, а также на обретении новых жизненных смыслов, целей и ценностей.

Список основных работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи, опубликованные в журналах, определенных перечнем ВАК РФ

1. Ilyuk, R.D. Psychosocial and Contextual Correlates of Opioid Overdose Risk among Drug Users in St. Petersburg, Russia / L.E. Grau, T.C. Green, R. Heimer, M. Torban, E.M. Krupitsky, R.D. Ilyuk, K.N. Blinnikova, A.P. Kozlov // Harm Reduction Journal. – 2009. – Vol. 6 (17). – P. 113-121. – doi: 10.1186/1477-7517-6-17.
2. Ilyuk, R.D. Social and structural aspects of the overdose risk environment in St. Petersburg, Russia / T.C. Green, L.E. Grau, K.N. Blinnikova, M. Torban, E.M. Krupitsky, R.D. Ilyuk, A.P. Kozlov, R. Heimer // International Journal of Drug Policy. Special issue: Risk environments and drug harms. – 2009. – Vol. 20 (3). – P. 270-276. – doi: 10.1016/j.drugpo.2008.07.002.
3. Илюк, Р.Д. Изучение особенностей передозировок у потребителей инъекционных опиатных наркотиков в Санкт-Петербурге / Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, М.Н. Торбан и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т.110, № 5. – С. 33-44.
4. Илюк, Р.Д. Нейрокогнитивные расстройства у больных неосложненной опиатной зависимостью и их нейропсихологическая диагностика / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, А.У. Тархан и др. // Экология человека. – 2010. – № 6. – С. 52-60.
5. Илюк, Р.Д. Характеристика эмоциональных расстройств у зависимых от психоактивных веществ / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, И.В. Берно-Беллекур // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2011. – № 2. – С.155-164.
6. Ilyuk, R.D. Practices and Attitudes of Addiction Treatment Providers in the Russian Federation / M.N. Torban, R. Heimer, R.D. Ilyuk [et al.] // Journal of Addiction Research and Therapy. – 2011. – Vol. 2 (1). – P. 1-6. – doi: 10.4172/2155-6105.1000104.
7. Ilyuk, R.D. Hostility and anger in patients dependent on different psychoactive drugs / R.D. Ilyuk, D.I. Gromyko, A.S. Kiselev [et al.] // Activitas Nervosa Superior. – 2012. – Vol. 54 (3-4). – P. 125-134. – doi: 10.1007/BF03379590.
8. Илюк, Р.Д. Агрессивное поведение и гнев в структуре зависимостей от различных ПАВ / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, Е.В. Ильюшкина и др. // Психическое здоровье. – 2012. – Т.10, № 12 (79). – С.118-127.
9. Илюк, Р.Д. Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опишной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение / Р.Д. Илюк, М.Н. Торбан, И.В. Берно-Беллекур и др. // Наркология. – 2012. – № 9 (129). – С. 71-79.
10. Илюк, Р.Д. Методы оценки анозогнозии при наркологических заболеваниях / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк // Неврологический вестник. – 2012. – Т. 44, № 4. – С. 65-74.
11. Илюк, Р.Д. Показатели агрессии и гнева при зависимостях от различных ПАВ / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, Е.В. Ильюшкина и др. // Наркология. – 2012. – Т.11, № 8 (128). – С. 58-67.
12. Илюк, Р.Д. Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом. Сообщение 1: Сравнительный анализ клинических, социально-психопатологических показателей, а также поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ / Р.Д. Илюк, З.О. Джалилова, Д.И. Громыко и др. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 3. – С.44-56.

13. Илюк, Р.Д. Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами. Сообщение 2: Сравнительный анализ личностных характеристик, показателей агрессии и гнева, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, стигматизации, качества жизни / Р.Д. Илюк, Е.В. Ильющкина, В.С. Святенко и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 25-41.
14. Илюк, Р.Д. Предикторы агрессии и гнева у больных с синдромом зависимости от опиоидов с различным ВИЧ-статусом / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, В.В. Бочаров и др. // Вопросы наркологии. – 2017. – № 12 (160). – С. 57-84.
15. Илюк, Р.Д. Последствия несмертельных передозировок опиоидами: результаты исследования качества жизни, клинических, психопатологических характеристик, импульсивности, нейрокогнитивного функционирования и МРТ воксель-базированной морфометрии головного мозга у опиоидзависимых пациентов / Р.Д. Илюк, Н.И. Ананьева, Н.А. Ерофеева и др. // Вопросы наркологии. – 2018. – № 10-11 (170). – С. 55-100.
16. Илюк, Р.Д. Социально-психологические, клинические и поведенческие корреляты качества жизни опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами / Р.Д. Илюк, Н.А. Ерофеева, Д.И. Громыко и др. // Вопросы наркологии. – 2019. – № 7 (178). – С. 5-32.

Другие научные публикации в журналах, определенных перечнем ВАК

17. Илюк, Р.Д. Изучение анозогнозии у зависимых от опиоидов / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, В.В. Пушина и др. // Вопросы наркологии. – 2017. – №8 (156). – С. 143-145.
18. Илюк, Р.Д. Взаимосвязь показателей стигматизации и риска инфицирования у потребителей инъекционных опиоидных наркотиков с различным ВИЧ-статусом / З.О. Джалилова, Р.Д. Илюк, А.С. Киселев // Вопросы наркологии. – 2018. – №5 (165). – С. 105-108.
19. Илюк, Р.Д. Изучение взаимосвязи социально-демографических, клинических характеристик и показателей анозогнозии при опиоидной зависимости / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк и др. // Вопросы наркологии. – 2018. – №5 (165). – С. 63-66.
20. Илюк, Р.Д. Предикторы качества жизни у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом / Н.А. Ерофеева, Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко и др. // Вопросы наркологии. – 2018. – №5 (165). – С. 110-113.
21. Илюк, Р.Д. Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, перенесших передозировку опиоидами / Р.Д. Илюк, Р.Р. Бетуганов, Д.И. Громыко и др. // Вопросы наркологии. – 2018. – №5 (165). – С. 113-116.
22. Илюк, Р.Д. Клинические, психологические и социальные корреляты качества жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ статусом / Н.А. Ерофеева, Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко // Вопросы наркологии. – 2019. – №8 (179). – С. 73-74.
23. Илюк, Р.Д. Социально-психологические, нейрокогнитивные и клинические корреляты поражения структур головного мозга у опиоидзависимых пациентов, перенесших нефатальные передозировки опиоидами / Р.Д. Илюк, Н.И. Ананьева, Н.А. Ерофеева и др. // Вопросы наркологии. – 2019. – №8 (179). – С. 75-76.

Другие научные публикации

24. Илюк, Р.Д. Исследование представлений врачей-наркологов РФ о работе наркологической службы / М.Н. Торбан, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий и др. – СПб.: НИПНИ им В.М. Бехтерева, 2010. – 59 с.
25. Илюк, Р.Д. Особенности передозировок при употреблении опиатов и роль психических нарушений в их развитии: методические рекомендации / Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, М.Н. Торбан. – СПб.: НИПНИ им В.М. Бехтерева, 2011. – 32 с.
26. Илюк, Р.Д. Особенности агрессии и гнева при зависимостях от различных психоактивных веществ: пособие для врачей / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, И.В. Берно-Беллекур и др. – СПб.: НИПНИ им В.М. Бехтерева, 2012. – 52 с.
27. Илюк, Р.Д. Многомерная оценка качества жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом: сборник методических рекомендаций / Р.Д. Илюк, Н.А. Ерофеева, Д.И. Громыко и др. // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы / под ред. Н. Г. Незнанова. – СПб.: ИПК «КОСТА», 2019. – С. 350-383.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- АОЗ – анозогнозия при опиоидной зависимости
- ВБМ – воксель-базируемая морфометрия
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВПФ – высшие психические функции
- ГМ – головной мозг
- ИР – риск заражения инъекционным путем
- КГ – контрольная группа
- КЖ – качество жизни
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- НИ – неинформированность
- НЛ – несогласие с лечением
- НП – нейропсихологическая диагностика
- НПЗ – непризнание последствий заболевания
- НС – непризнание симптомов заболевания
- НТ – неприятие трезвости
- ОВ – относительная выраженность
- ОЗ – опиоидная зависимость / опиатная зависимость / опиоидзависимые
- ОЗВИЧ – опиоидная зависимость и ВИЧ-инфицирование / опиоидзависимые с ВИЧ
- ОЗП – сочетание опиоидной зависимости и многократных передозировок
- ОЗПВИЧ – сочетание ВИЧ-инфекции, опиоидной зависимости и многократных передозировок
- ПАВ – психоактивное вещество
- ПД – передозировка
- ПИН – потребители инъекционных наркотиков
- ПИН ОЗ – потребители инъекционных наркотиков с синдромом зависимости от опиоидов
- ПР – риск заражения половым путем
- СГН – скрытая группа наркопотребителей
- ЧМТ – черепно-мозговая травма
- ЭНЗ – эмоциональное неприятие заболевания