

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и  
неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской  
Федерации

*На правах рукописи*

**Илюк Руслан Дмитриевич**

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

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Специальность 14.01.27 – Наркология

Научный консультант:  
доктор медицинских наук, профессор  
Крупницкий Евгений Михайлович

Санкт-Петербург, 2020

ВВЕДЕНИЕ .....	14
ГЛАВА 1. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ, ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	30
1.1. Вопросы эпидемиологии опиоидной наркомании, ВИЧ-инфекции и передозировок опиоидами .....	30
1.2. Социально-психологические, поведенческие и медико-биологические факторы риска заражения ВИЧ инъекционным и половым путем у потребителей ПАВ .....	34
1.2.1. Основные понятия и модели рискованного поведения.....	34
1.2.2. Основные группы факторов рискованного поведения.....	35
1.2.3. Факторы рискованного поведения .....	36
1.2.3.1. Семья и материальное положение.....	36
1.2.3.2. Образование и знание о путях распространения ВИЧ .....	36
1.2.3.3. Генетические маркеры рискованного поведения .....	37
1.2.3.4. Нейрональные структуры и рискованное поведение .....	38
1.2.3.5. Импульсивность и рискованное поведение.....	39
1.2.3.6. Возраст и рискованное поведение.....	39
1.2.3.7. Гендерные различия и рискованное поведение .....	40
1.2.3.8. Употребление ПАВ и рискованные формы поведения.....	41
1.2.3.9. Рискованное сексуальное поведение у потребителей наркотиков .....	43
1.2.3.10. Коморбидные инфекционные заболевания и рискованное поведение потребителей наркотиков .....	44
1.2.3.11. Коморбидная психическая патология при наркотической зависимости и рискованное поведение.....	45
1.2.3.12. Личностные особенности и рискованное поведение .....	46
1.2.3.13. Копинг-стратегии, показатели осмысленности жизни, экзистенциальные ценности и рискованное поведение.....	47

1.3. Агрессивное поведение и гнев в структуре синдрома зависимости от опиоидов и других ПАВ. Социально-психологические, поведенческие и медико-биологические факторы агрессии и гнева у зависимых от ПАВ.....	49
1.3.1. Психологические аспекты агрессии и гнева .....	49
1.3.2. Роль нейрональных механизмов и патологических изменений головного мозга в генезе агрессии .....	50
1.3.3. Особенности агрессивного поведения у потребителей ПАВ .....	51
1.3.4. Характеристика гнева у потребителей ПАВ .....	53
1.3.5. Взаимосвязь агрессии и гнева у зависимых от различных ПАВ.....	54
1.3.6. Агрессия и гнев при коморбидных заболеваниях у потребителей ПАВ, в том числе инфицированных ВИЧ .....	54
1.4. Вопросы качества жизни у зависимых от ПАВ. Социально-психологические, поведенческие и медико-биологические факторы качества жизни наркопотребителей .....	56
1.4.1. Качество жизни в медицине и в наркологии.....	56
1.4.2. Качество жизни у потребителей наркотиков .....	58
1.4.3. Качество жизни у больных ВИЧ-инфекцией .....	59
1.4.4. Качество жизни и факторы, связанные с качеством жизни, у наркозависимых, инфицированных ВИЧ.....	61
1.5. Особенности анозогнозии и методы ее оценки при наркологических заболеваниях .....	63
1.5.1. Клинические и экспериментально-психологические методы оценки анозогнозии, применяемые в российской наркологии .....	64
1.5.2. Подходы и методы, применяемые для оценки опиоидной анозогнозии.....	67
1.6. Нейрокогнитивные расстройства и их нейропсихологическая диагностика при опиоидной наркомании.....	68
1.6.1. Механизмы возникновения мозговой дисфункции у потребителей опиатов... ..	68
1.6.2. Нейрокогнитивные нарушения при опиатной зависимости и их диагностика с помощью нейропсихологических методов исследования .....	71
1.7. Передозировка опиоидами: механизмы, основные проявления, социально-психологические, поведенческие и клинические факторы.....	74

1.7.1. Патологический механизм опиоидной передозировки и ее последствия .....	74
1.7.2. Факторы риска передозировки опиоидов: пол, возраст, качество жизни, обстоятельства и стаж наркопотребления, способ введения наркотика, сочетанное употребление опиоидов и других ПАВ, чистота наркотика, толерантность, отягощенность психическими расстройствами .....	75
1.7.3. Опиоидная передозировка у ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков. Факторы, влияющие на риск развития передозировок у пациентов инфицированных ВИЧ.....	80
<b>ГЛАВА 2. 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 .....</b>	<b>82</b>
2.1. Дизайн и объект исследования. Процедуры набора исследуемой группы. Методы исследования.....	82
2.1.1. Дизайн исследования.....	82
2.1.2. Объект исследования.....	82
2.1.3. Процедуры набора исследуемой группы.....	82
2.1.3.1. Критерии включения .....	82
2.1.3.2. Критерии невключения .....	83
2.1.4. Методы исследования .....	83
2.2. Результаты обследования потребителей наркотиков, находящихся на лечении в государственных наркологических учреждениях.....	83
2.2.1. Социально-демографические и поведенческие особенности.....	83
2.2.2. Особенности употребления ПАВ .....	85
2.2.3. Рискованное инъекционное поведение и передозировки .....	87
2.2.4. Обследование на парентеральные инфекции.....	88
Результаты обследования на парентеральные инфекции .....	88
2.2.5. Особенности оказания медицинской помощи .....	88

2.3. Результаты обследования «скрытой группы наркопотребителей».....	90
2.3.1. Основные социально-демографические характеристики «скрытой группы» наркопотребителей.....	90
2.3.2. Употребление наркотических веществ в «скрытой группе» .....	90
2.3.3. Рискованное поведение в «скрытой группе» наркопотребителей .....	91
2.4. Результаты оценки мнений наркозависимых об опасениях и характере проблем, связанных с употреблением наркотических веществ .....	91
 ГЛАВА 3. 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. ....	
3.1. Дизайн и объекты исследования. Процедуры набора исследуемой группы. Методы исследования.....	94
3.1.1. Дизайн исследования.....	94
3.1.2. Объекты исследования .....	95
3.1.3. Процедуры набора исследуемой группы.....	95
3.1.3.1. Критерии включения .....	95
3.1.3.2. Критерии невключения .....	95
3.1.4. Методы исследования .....	96
3.2. Результаты сравнительного исследования социально-демографических, клинических и психопатологических характеристик, поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, у зависимых от опиоидов с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами.....	102
3.2.1. Показатели экстраполируемости результатов исследования .....	102
3.2.2. Социально-демографические и клинические показатели обследуемых .....	102
3.2.3. Клинические и социально-демографические характеристики, имеющие статистически значимые различия .....	104
3.2.4. Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).....	105

3.2.5. Результаты исследования депрессивных проявлений при помощи шкалы С.А. Монтгомери и М. Асберга .....	107
3.2.6. Результаты исследования степени риска ВИЧ-инфицирования, по данным теста оценки степени риска ВИЧ-инфицирования (ТОСР) .....	108
3.2.7. Обсуждение сравнительного исследования клинических и социально-психопатологических показателей, а также поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ.....	109
3.3. Результаты сравнительного исследования личностных характеристик, смысложизненных ориентаций, показателей агрессии, гнева, стигматизации, способов совладающего поведения, а также качества жизни у зависимых от опиоидов с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами .....	116
3.3.1. Результаты исследования личностных особенностей при помощи 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF).....	116
3.3.2. Результаты исследования показателей гнева, выявленных при помощи опросника STAXI Ч.Д. Спилбергера.....	117
3.3.3. Результаты исследования агрессии при помощи опросника А. Басса и А. Дарки (BDHI) .....	118
3.3.4. Результаты исследования смысложизненных ориентаций опиоидзависимых при помощи опросника СЖО (PIL) .....	119
3.3.5. Результаты исследования копинг-стратегий с использованием опросника Р.С. Лазаруса (WCQ).....	120
3.3.6. Результаты исследования стигматизации/дискриминации при помощи модифицированной шкалы методики Б.Г. Линка (LINK).....	121
3.3.7. Результаты исследования качества жизни при помощи ВОЗЖ-100 (WHOQOL-100).....	122
3.3.8. Обсуждение результатов сравнительного исследования личностных характеристик, показателей агрессии и гнева, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, стигматизации, а также качества жизни .....	124
3.4. Результаты исследования клинических, психологических, поведенческих прогностических факторов развития агрессии и гнева у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами.....	131

3.4.1. Предикторы показателей «индекса агрессивности» (BDHI), «индекса враждебности» (BDHI), «обида» (BDHI), «чувства вины» (BDHI) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ).....	135
3.4.2. Предикторы показателей «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» (STAXI) и «экспрессия гнева вовне» (STAXI) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ).....	140
3.5. Результаты исследования взаимосвязей показателей качества жизни (WHOQOL-100) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-положительным статусами .....	143
3.5.1. Корреляционные связи показателя общего качества жизни с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах пациентов с ВИЧ-негативным и ВИЧ-положительным статусами.....	146
3.5.2. Корреляционные связи показателя общего качества жизни с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом .....	148
3.5.3. Корреляционные связи показателя общего качества жизни с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-положительным статусом.....	148
3.5.4. Корреляционные связи показателей качества жизни «психологическая сфера» и «уровень независимости» с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом.....	150
3.5.5. Корреляционные связи показателей качества жизни «психологическая сфера» и «уровень независимости» с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-положительным статусом .....	151
3.5.6. Корреляционные связи субсфер качества жизни «F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия и усталость», «F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование» с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-положительным статусами.....	153
3.6. Результаты исследования взаимосвязей показателей рискованного поведения с социальными, клиническими и психологическими характеристиками у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-положительным статусами .....	157

3.6.1. Общие корреляционные связи показателей «общий балл ТОСР», «риск инфицирования инъекционным путём» (ИР) и «риск инфицирования половым путём» (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами .....	159
3.6.2. Общие корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путём (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах пациентов с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами.....	163
3.6.3. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путём (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом.....	167
3.6.4. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путём (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом .....	169
3.6.5. Общие корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путём (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах пациентов с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами.....	171
3.6.6. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путём (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группе пациентов с ВИЧ-негативным статусом.....	172
3.6.7. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путём (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группе пациентов с ВИЧ-позитивным статусом ....	173
<b>ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АНОЗОГНОЗИИ ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ АНОЗОГНОЗИИ С СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОПИОИДЗАВИСИМЫХ.....</b>	<b>177</b>
4.1. Дизайн и объекты исследования. Процедуры набора исследуемой группы. Методы исследования.....	177
4.1.1. Дизайн исследования.....	177
4.1.2. Объекты исследования .....	177



4.1.3. Процедуры набора исследуемых групп .....	177
4.1.3.1. Критерии включения .....	177
4.1.3.2. Критерии невключения .....	178
4.1.4. Методы исследования .....	178
4.1.4.1. Разработка структуры опросника «Анозогнозии при опиоидной зависимости» .....	178
4.1.4.2. Методика применения опросника «Анозогнозия при опиоидной зависимости» .....	180
4.2. Результаты исследования .....	181
4.2.1. Демографические и клинические показатели обследуемых.....	181
4.2.2. Исследование внешнекритериальной валидности.....	183
4.2.3. Оценка дифференцирующей силы каждого утверждения.....	183
4.2.4. Результаты клинической оценки анозогнозии.....	183
4.2.5. Средние значения компонентов анозогнозии по экспертным оценкам .....	183
4.2.6. Исследование уровней анозогнозии по ее отдельным компонентам на основе экспертных оценок.....	184
4.2.7. Исследование совокупности индивидуальных профилей анозогнозии .....	185
4.2.8. Сравнительный анализ показателей анозогнозии и их взаимосвязь с социально-демографическими и клиническими характеристиками больных с опиоидной зависимостью .....	186
4.2.9. Результаты корреляционного анализа .....	187
4.2.10. Обсуждение результатов.....	189

## ГЛАВА 5. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ .....

192

5.1. Дизайн и объекты исследования. Процедуры набора исследуемой группы. Методы исследования.....	192
5.1.1. Дизайн исследования.....	192
5.1.2. Объекты исследования .....	192
5.1.3. Процедуры набора исследуемых групп.....	192

5.1.3.1. Критерии включения .....	192
5.1.3.2. Критерии не включения .....	193
5.1.4. Методы исследования .....	193
5.2. Результаты исследования .....	194
5.2.1. Социально-демографические и клинические характеристики обследованных пациентов .....	194
5.2.2. Данные нейропсихологической диагностики нейрокогнитивных нарушений у больных опишной наркоманией и здоровых испытуемых .....	194
5.2.3. Результаты корреляционного анализа .....	200
5.2.4. Обсуждение результатов .....	201
<b>ГЛАВА 6. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕДОЗИРОВОК У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИАТНЫХ НАРКОТИКОВ .....</b>	<b>203</b>
6.1. Дизайн и объект исследования. Процедуры набора исследуемой группы. Методы исследования .....	203
6.1.1. Дизайн исследования .....	203
6.1.2. Объект исследования .....	203
6.1.3. Процедуры набора исследуемой группы .....	203
6.1.3.1. Критерии включения в исследование .....	204
6.1.3.2. Критерии не включения в исследование .....	204
6.1.4. Методы исследования .....	204
6.2. Результаты исследования .....	206
6.2.1. Основные характеристики исследованной группы .....	206
6.2.2. Результаты исследования при помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI) .....	208
6.2.3. Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) .....	209
6.2.4. Информированность наркопотребителей о передозировках .....	210
6.2.5. Феноменология передозировок .....	210
6.2.5.1. Личный опыт передозировок .....	211

6.2.5.2. Данные свидетелей передозировок .....	212
6.2.5.3. Результаты сравнения обследуемых, не видевших и видевших за последний год передозировки.....	213
6.3. Предикторы последней передозировки .....	215
6.4. Данные Бюро судебно-медицинской экспертизы.....	217
6.5. Обсуждение результатов .....	217
<b>ГЛАВА 7. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕДОЗИРОВКУ ОПИОИДАМИ.....</b>	
7.1. Дизайн и объект исследования. Процедуры набора исследуемой группы. Методы исследования.....	222
7.1.1. Дизайн исследования.....	222
7.1.2. Объект исследования.....	222
7.1.3. Процедуры набора исследуемых групп.....	222
7.1.3.1. Критерии включения .....	222
7.1.3.2. Критерии невключения .....	223
7.1.4. Методы исследования .....	223
7.2. Результаты исследования.....	224
7.2.1. Демографические и клинические показатели обследуемых.....	224
7.2.2. Результаты исследования, полученные при помощи психометрических методик SCL-90-R, 16PF, STAXI, BDHI, LINK, PIL, WHOQOL-100.....	225
7.3. Обсуждение результатов исследования.....	235
<b>ГЛАВА 8. ИЗУЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ НЕСМЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕДОЗИРОВОК ОПИОИДАМИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, КЛИНИЧЕСКИХ, ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, ИМПУЛЬСИВНОСТИ, НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ВОКСЕЛЬ-БАЗИРОВАННОЙ МОРФОМЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ.....</b>	
8.1. Дизайн и объекты исследования. Процедуры набора исследуемой группы. Методы исследования.....	238

8.1.1. Дизайн исследования.....	238
8.1.2. Объекты исследования .....	238
8.1.3. Процедуры набора исследуемых групп.....	238
8.1.3.1. Критерии включения в группу опиоидзависимых без передозировок (ОЗ) .....	239
8.1.3.2. Критерии включения в группу опиоидзависимых с передозировками (ОЗП) .....	239
8.1.3.3. Критерии невключения .....	239
8.1.3.4. Критерии исключения .....	239
8.1.4. Методы исследования .....	240
8.2. Результаты исследования.....	243
8.2.1. Результаты психометрического исследования.....	243
8.2.1.1. Социально-демографические и клинические характеристики обследованных пациентов.....	243
8.2.1.2. Результаты исследования при помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI) .....	245
8.2.1.3. Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).....	246
8.2.1.4. Результаты исследования при помощи шкалы импульсивности Барратта (BIS-11).....	246
8.2.1.5. Результаты исследования при помощи Шкалы качества жизни SF-36 ....	247
8.2.2. Результаты исследования нейрокогнитивных функций на комплексе САНТАВ (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) и E-Prime .....	249
8.2.3. Результаты морфометрического исследования головного мозга опиоидзависимых без передозировок (ОЗ) и с передозировками (ОЗП) в анамнезе, а также в нормативной группе (КГ2) по данным МРТ ВБМ.....	250
8.2.4. Корреляционные взаимосвязи между показателями нейрокогнитивного функционирования (САНТАВ/Е-Prime) и данными воксель-базированной морфометрии мозговых структур у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами.....	254

8.2.5. Корреляционные взаимосвязи между показателями импульсивности (BIS-11) и данными воксель-базированной морфометрии мозговых структур у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами .....	255
8.2.6. Корреляционные взаимосвязи между показателями опросников «Индекс тяжести зависимости» (ASI), выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), качества жизни (SF-36) и данными воксель-базированной морфометрии мозговых структур у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами .....	255
8.2.7. Корреляционные связи между количеством перенесенных передозировок и клиническими, психометрическими, нейрокогнитивными (CANTAB/E-Prime), а также морфометрическими показателями (по данным МРТ ВБМ) головного мозга у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами .....	256
8.3. Обсуждение результатов исследования.....	257
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	267
ВЫВОДЫ.....	285
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	290
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ .....	292
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	295
ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....	368
ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	375
ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	387

## ВВЕДЕНИЕ

**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; Bergstrom 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; Pyuk 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 смысложизненные 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 РФ 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 B. 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 – некритичное 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 нейрохимических 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 15 лет 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 клинко-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 отношение 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 дефицитарностью, 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, 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 больным 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.

**Методология и методы исследования.** Для реализации поставленных задач было проведено 7 исследований, в которых приняли участие 719 человек. Протоколы исследований и формы добровольного информированного согласия были одобрены Локальным этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. 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 аналитическом 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 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 четырёх 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 исследования № 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.

В работе были использованы клиничко-анамнестический, клиничко-психологический, экспериментально-психологический, нейровизуализационный 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 (RAB) (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., Tatsuoka 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 смысложизненных 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; Епиколопов С. Н., Медведева Т.И., 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» (ВОЗЖ-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 некритичного отношения опиоидзависимых к своему заболеванию как многокомпонентного явления использовался Оригинальный опросник «Анозогнозии при опиоидной зависимости» (№ 3);
- Компьютеризированная батарея нейропсихологических проб комплекса CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) и E-Prime (CANTAB, 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, 16-PF, VCQ, LINK. Для каждой модели приведен

скорректированный (adjusted) R<sup>2</sup> – 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.

**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 клинико-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).

**Личный вклад автора.** Тема диссертации, ее план, основные идеи и содержание разработаны лично автором на основании литературных данных и результатов собственных исследований. Автором сформулированы цель, задачи исследования и рабочие гипотезы, разработана методика исследования и индивидуальные регистрационные карты, осуществлен сбор материала, выполнены обобщение и анализ результатов исследования, научно обоснованы выводы и практические рекомендации. Доля участия автора в сборе и обработке данных составила 85%, в проведении исследований – 90%, в обобщении и анализе результатов – 90%.

**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 Крупицким Е.М., Громыко Д.И., Ерофеевой Н.А., Берно-Беллекурором И.В., Булековым И.С., Овечкиной И.В., Пименовой Л.В., Рыбаковой Ю.В., Семеновой Ю.С., Киселевым А.С., Тархан А.С., Торбаном М.Н., Шишковой А.М., Опубликована 1 монография в соавторстве с Крупицким Е.М, Торбаном М.Н.

**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».

**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 источника, из них 297 на русском языке и 537 зарубежных публикаций.

**ГЛАВА 1. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ.  
ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И  
ПЕРЕДОЗИРОВКОЙ, ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ.  
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ  
АСПЕКТЫ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

**1.1. ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ, ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ПЕРЕДОЗИРОВОК ОПИОИДАМИ**

По последним оценкам ВОЗ, в мире насчитывается около 31 млн потребителей наркотиков, из них более 12 млн человек наркотизировались инъекционным путем (UNODC, 2017, World Drug Report, 2019). Употребление опиоидов в подавляющем большинстве случаев осуществляется инъекционным способом, что является основным путем передачи инфекционных заболеваний (ВИЧ, вирусных гепатитов В и С) (Degenhardt L. et al., 2013) и передозировок. Около 1,7 млн потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) инфицированы ВИЧ (UNODC, 2017).

Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что в последние годы в РФ отмечается тенденция к снижению числа потребителей и зависимых от наркотиков, при этом опиоидная наркомания является наиболее распространенной и тяжелой нозологической формой наркологического заболевания (Киржанова В.В. с соавт., 2020).

В 2018 году наркологическими учреждениями РФ зарегистрирован 423 391 пациент (Киржанова В.В. с соавт., 2020) в связи с потреблением наркотиков (больных наркоманиями и пациентов с пагубным употреблением наркотиков), что меньше, чем в предыдущие годы: в 2015 г. – 544 563 человека (Киржанова В.В. с соавт., 2016), в 2010 г. – 547 081 человек (Кошкина Е.А. с соавт., 2011). Количество больных с синдромом зависимости от наркотиков в 2018 году составило 250 634 (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. их было 311 785 (Киржанова В.В. с соавт., 2016), а в 2010 г. – 350 936 человек (Кошкина Е.А. с соавт., 2011).

В 2018 году выявлено 196 854 потребителя инъекционных наркотиков (ПИН) (Киржанова В.В. с соавт., 2020), что существенно меньше, чем в 2015 г. – 298 155 (Киржанова В.В. с соавт., 2016) и в 2010 г. – 393 534 (Кошкина Е.А. с соавт., 2011). С диагнозом опиоидной наркомании в 2018 году зарегистрирован 152 471 человек (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. их число составляло 230 576 человек (Киржанова В.В. с соавт., 2016), а в 2010 г. – 304 380 человек (Кошкина Е.А. с соавт., 2011).

Количество впервые зарегистрированных больных с синдромом зависимости от наркотиков в 2018 году также уменьшилось до 14 964 человек (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. их количество составляло 20 641 человек (Киржанова В.В. с соавт., 2016), в 2010 г. – 24 908 человек (Кошкина Е.А. с соавт., 2011). Количество больных с синдромом зависимости от опиоидов в 2018 году снизилось до 4171 человек (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. их было 8883 (Киржанова В.В. с соавт., 2016), в 2010 г. – 20726 (Кошкина Е.А. с соавт., 2011). Доля повторного поступления в стационар больных с синдромом зависимости от наркотиков в течение года в 2018 г. составила 28,6% (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. она была 28,5% (Киржанова В.В. с соавт., 2016), в 2010 г – 33,7% (Кошкина Е.А. с соавт., 2011).

В 2018 году отмечалось снижение удельного веса ПИН в общем числе зарегистрированных потребителей наркотиков до 46,5% (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. их было 54,8% (Киржанова В.В. с соавт., 2016), в 2010 г. – 71,9% (Кошкина Е.А. с соавт., 2011). Число ВИЧ-позитивных лиц среди зарегистрированных ПИН в 2018 году составило 51 213 человек (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. таковых было 63 121 чел. (Киржанова В.В. с соавт., 2016), в 2010 г. – 56 486 чел. (Кошкина Е.А. с соавт., 2011).

Несмотря на уменьшение количества ПИН, доля ВИЧ-позитивных среди зарегистрированных ПИН в 2018 году увеличилась до 26,0% (Киржанова В.В. с соавт., 2020), в 2015 г. их удельный вес составил 21,2% (Киржанова В.В. с соавт., 2016), в 2010 г. – 14,4% (Кошкина Е.А. с соавт., 2011).

В настоящее время отмечается неблагоприятная тенденция с заражением ВИЧ-инфекцией населения РФ. По состоянию на 30 апреля 2020 г. количество зарегистрированных ВИЧ-инфицированных увеличилось до 1 452 942 больных (Справка ВИЧ-инфекция..., 2020), в 2015 г. их количество составляло 1 008 675 человек (Справка ВИЧ-инфекция..., 2015), в 2010 г. – 589 581 (Справка ВИЧ-инфекция..., 2010). Умерли к 30 апреля 2020 г. 25,2% от числа всех зарегистрированных инфицированных ВИЧ (Справка ВИЧ-инфекция..., 2020).

Пораженность ВИЧ-инфекцией на 30 апреля 2020 г. составила 740,8 на 100 тыс. населения России, в 2018 году этот показатель равнялся 686,2 на 100 тыс. населения (Справка ВИЧ-инфекция..., 2018), в 2015 г. – 543,3 (Справка ВИЧ-инфекция..., 2015), в 2010 г. – 368,5 (Справка ВИЧ-инфекция..., 2010).

ВИЧ-инфекция стремительно распространяется в общей популяции половым путем. Вместе с тем ВИЧ-инфицирование через употребление инъекционных наркотиков (преимущественно опиоидов) остается одним из ведущих факторов заражения.

Большинство больных, впервые выявленных в первом полугодии 2020 г., заразились при гетеросексуальных контактах (61,6%), доля инфицированных ВИЧ при употреблении наркотиков снизилась до 34,9% (Справка ВИЧ-инфекция..., 2020). В 2018 году доля впервые

ВИЧ-инфицированных при гетеросексуальных контактах составила 57,5% (Справка ВИЧ-инфекция..., 2018), 2015 г. – 44,0% (Справка ВИЧ-инфекция..., 2015), 2010 г. – 38,6% (Справка ВИЧ-инфекция..., 2010).

Доля впервые ВИЧ-инфицированных при употреблении наркотиков в 2018 г. составляла 39,0% (Справка ВИЧ-инфекция..., 2018), в 2015 г. – 53,6% (Справка ВИЧ-инфекция..., 2015), в 2010 г. – 59,2% (Справка ВИЧ-инфекция..., 2010). В первой половине 2020 года среди всех инфицированных ВИЧ с известной причиной заражения почти 60% были заражены при употреблении наркотиков (Справка ВИЧ-инфекция..., 2020).

Употребление опиоидов сопровождается высоким риском преждевременной смерти. Смертность среди потребителей опиоидов многократно выше, чем у лиц сопоставимого возраста и пола, относящихся к обычному населению и не употребляющих опиоиды (Oppenheimer E., 1994). Одна из основных причин высокой смертности опиоидзависимых – острое отравление опиоидами («передозировка»). По экспертным оценкам, в мире ежегодно от передозировки опиоидов умирают 99 000–253 000 человек (Передозировка опиоидов..., 2013). Метаанализ 58 когортных исследований показал, что передозировка является наиболее распространенной причиной смертности среди лиц, потребляющих героин, – 6,5 случая смерти на 1000 человеко-лет (Degenhardt L. et al., 2013). За последние 15 лет в Соединенных Штатах смертность от передозировки героина выросла на 400% (Jones C. et al., 2015). Смертность от передозировки также неуклонно растет в Европе и Австралии (Rogers R.D., Robbins T.W., 2001; EMCDDA, 2015).

В Европе в 2015 году была зарегистрирована 8441 смерть от передозировок героином и другими опиоидами, что на 6% больше по сравнению с 7950 смертями в 2014 году. На долю Великобритании приходится 31% от этих смертей. Германия занимает второе место с 15% (EMCDDA, 2017). В 2017 году в Европейском Союзе было зарегистрировано более 8200 случаев смерти от одного или нескольких запрещенных наркотиков. Эта оценка превышает 9400 смертей, если включить Норвегию и Турцию. Мужчины составляют четыре пятых умерших от наркотиков. Большинство преждевременных смертей регистрируются среди людей в возрасте от 30 до 40 лет. Опиоиды, часто героин, участвуют в восьми-девяти случаях из каждых 10 случаев смерти от наркотиков, о которых сообщалось в Европе (EMCDDA, 2019).

На территории Российской Федерации в 2018 году зарегистрировано 16 336 случаев отравлений наркотическими веществами (2017 г. – 18 132). Наибольшее число передозировок наркотиками наблюдалось в трех федеральных округах: Северо-Западном — 29,4 (на 100 тыс. населения), Сибирском – 16,2 и Центральном – 13,9. В указанных регионах показатели отравлений наркотическими веществами превышают среднероссийский уровень в 1,2–2,6 раза (Доклад о наркоситуации в Российской Федерации, 2018, 2019).



В последние годы у героиновых наркоманов фиксируется переход на синтетические аналоги опиатов: метадон, карфентанил, 3-метилфентанил. По данным Роспотребнадзора, в 2018 году отравления метадоном занимают ведущее место в структуре летальности от передозировки наркотическими веществами – 37,1% (1505 чел.), другими опиоидами – 27,1% (1098 чел.) и героином – 14,4% (582 чел.) (Доклад о наркоситуации в Российской Федерации, 2019).

Наиболее высокие показатели отравлений метадоном выявляются в четырех субъектах Российской Федерации: г. Санкт-Петербурге – 29,1 (на 100 тыс. населения); Ленинградской области – 10,8; г. Москве – 6,9, Московской области – 5,3. Известно, что среднероссийский показатель составляет 2,3 (Доклад о наркоситуации в Российской Федерации, 2019).

Число умерших от потребления наркотиков в Российской Федерации в 2018 году составило 4445 человек (в 2017 г. — 4825 человек) (Доклад о наркоситуации в Российской Федерации, 2019).

В *Санкт-Петербурге* за последние годы происходит рост числа отравлений и летальных исходов вследствие употребления наркотиков. По данным Управления Роспотребнадзора по г. Санкт-Петербургу, в 2019 году в Центр лечения острых отравлений НИИ Скорой помощи поступило 3916 пациентов с наркотическими отравлениями (2018 год – 3539; 2017 год – 2715; 2016 год – 1781). Число летальных исходов в Петербурге 2016 году составило 528, в 2017 – 582, в 2018 – 587 соответственно (Выписка из доклада..., 2020).

Смертность в Санкт-Петербурге, связанная с острым отравлением наркотиками, по данным судебно-медицинской экспертизы составляет 11,3 на 100 тыс. населения (Выписка из доклада..., 2020).

Несмотря на то что в последние годы смертность от передозировок опиатами в Санкт-Петербурге в целом снижается (в 2014 – 756 чел., 2015 – 657 чел., 2016 – 403 чел.) (Выписка из доклада..., 2013; Доклад о наркоситуации в Санкт-Петербурге, 2015, 2016), ситуация с острыми отравлениями метадоном резко ухудшилась. По данным токсикологической службы Санкт-Петербурга, в 2011 г. с передозировками метадоном были госпитализированы 233 пациента, тогда как в 2017 г. таких больных было уже 1204. Если в 2011 г. смертельным исходом закончились 23 случая отравления наркотиками, то в последние годы в среднем умирает  $45,2 \pm 7$  пациентов, и чаще всего причиной смертельных отравлений по-прежнему является метадон (Шикалова И.А. с соавт., 2019).

Похожая ситуация отмечается и в *Москве*. В 2017 году среди взрослого населения Москвы (лица в возрасте от 18 лет и старше) в структуре отравлений наркотическими и психотропными препаратами преобладали отравления «тяжёлыми» наркотическими средствами: метадоном – 27,7%, героином – 21,5% и другими опиоидами – 14,5%. При анализе структуры причин отравлений с летальным исходом среди всех возрастных групп в 2017 году высокий уровень

летальных случаев регистрировался в результате потребления метадона — 27,4% (Т 40.3 по МКБ-10); героина — 21,1% (Т40.1); других опиоидов — 14,2% (Т40.2). При рассмотрении структуры причин случаев с летальным исходом от острых отравлений наркотическими и психотропными веществами в динамике за 5 лет (2013–2017 годы) наблюдаются увеличение доли отравлений метадонем и снижение доли отравлений опиоидами (Доклад о результатах мониторинга..., 2017). В соответствии с данными Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения города Москвы, в 2019 году фиксируется рост на 47,5% (с 840 до 1239) числа случаев смерти граждан от отравления наркотическими средствами и психотропными веществами по сравнению с 2018 годом. Показатель смертности от употребления наркотиков и психотропных веществ в Москве равен 9,8 смертельных случая на 100 тыс. населения в 2019 году (в 2018 г. – 6,7). В общем числе смертельных исходов от употребления наркотиков отмечается рост количества смертей от опиоидов – 728 (2018 г. – 536) и синтетических наркотиков – 449 (2018 г. – 221) (Доклад о результатах мониторинга..., 2019).

## **1.2. СОЦИАЛЬНО ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ВИЧ ИНЪЕКЦИОННЫМ И ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПАВ**

Возрастанию числа инфекций у ПИН способствует и распространенность рискованного поведения среди данного контингента, что обуславливает необходимость тщательного изучения и понимания этого явления.

### **1.2.1. Основные понятия и модели рискованного поведения**

На сегодняшний день отсутствует единый подход к пониманию и трактовке данного феномена. С одной стороны, рискованное поведение относят к «особому стилю поведения, который с высокой степенью вероятности может привести к потере здоровья, физического и социального благополучия личности» (Бунас А.А., 2013), с другой – риск рассматривают как «ценность современного общества, обусловленную динамичностью происходящих в нем преобразований» (Пузыревич Н.Л., 2010).

Многие определяют рискованное поведение как действие с неопределенным исходом. При этом предполагается, что у каждого индивида существует свой предпочтительный уровень риска, к которому он стремится (гомеостатическая теория Г. Уальда) (Дик П.В., 2008). В рамках концепции ожидаемой полезности рискованное поведение понимается как следствие снижения способности адекватно оценивать риск, серьезность последствий и субъективности восприятия норм поведения (теория целенаправленного поведения А. Эйзен, М. Фишбейн) (Starr C., Whipple

С., 1980). Другие исследователи считают, что установка на нерискованное поведение зависит от степени предполагаемого риска, преобладающей мотивации и приобретенного опыта (стратегии рискованного и нерискованного поведения Ф. Буркардта) (Дик П.В., 2008).

Описаны два типа рискованного поведения: «risk-taking behavior» (рискованное поведение) и «sensation seeking behavior» (поиск ощущений). Поведение типа «risk-taking» характеризуется выраженной когнитивной активностью и наличием объективной выгоды. Стремление к физическому и социальному риску ради получения новых ощущений и переживаний свойственно поведению второго типа. Употребление наркотиков – пример поведения «sensation seeking» (Zuckerman M., 1986).

### **1.2.2. Основные группы факторов рискованного поведения**

Обосновываясь на анализе современных данных, можно выделить следующие группы факторов, оказывающих влияние на формирование и поддержание рискованного поведения. Условно их можно разделить на три группы.

I. Социальные: микросоциальные – образование, информированность, трудоустроенность и материальное положение, особенности воспитания, семейные взаимоотношения, круг общения, наличие или отсутствие рискованного поведения у друзей и родственников, профессия и др. (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Шарок В.В., 2007; Личко А.Е., 2010; Бунас А.А., 2013; Корчагина Г.А., Фадеева Е.В., Колпаков Я.В., 2014); макросоциальные – правила и нормы общества, социальные и экономические проблемы, стигматизация, дискриминация, коммерциализация интимной сферы, рискованное поведение как социокультурный феномен и как явление, сформированное ожиданиями других людей (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Пузыревич Н.Л., 2010; Шаболтас А.В., 2014; Илюк Р.Д. с соавт., 2015).

II. Медико-биологические: генетические (Strawbridge R.J. et al., 2018; Karlsson Linnér R. et al., 2019); нейробиологические (Евдокимов А.Г., 2010; Rao H. et al., 2008; Mohr P.N., Biele G., Heekeren H.R., 2010); возрастные (Профилактическая работа с несовершеннолетними..., 2004; Кошкина Е.А. с соавт., 2005); гендерные (Gilbert P.V. et al., 2003; Absalon J. et al., 2006); аддиктивные (употребление ПАВ, зависимость от ПАВ) (Кошкина Е.А. с соавт., 2005; Pechansky F. et al., 2005); психопатологические (депрессия, тревога, шизофрения и т. д.) (Беляева В.В., Ручкина Е.В., 1996; Disney E. et al., 2006; Buffardi A.L. et al., 2008; Armstrong G. et al., 2013; Goldner E.M. et al., 2014); инфекционные (Красносельских Т.В. с соавт., 2010; Зелтынь Т.В., Бузина Т.С., 2015; Des Jarlais D.C. et al., 2009) и др.

III. Психологические и поведенческие: особенности темперамента, личности, когнитивного функционирования, ценностной сферы, копинг-стратегии и др. (Тулупьева Т.В. с

соавт., 2007; Шарок В.В., 2009; Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015; Verdejo-García A., Lawrence A.J., Clark L., 2008).

### **1.2.3. Факторы рискованного поведения**

#### ***1.2.3.1. Семья и материальное положение***

Одним из важнейших социальных факторов, формирующих негативное отношение к рискованному поведению, является влияние со стороны членов семьи (Должанская Н.А. с соавт., 2003; Дик П.В., 2012).

В семье усваиваются правила и нормы поведения ее членов в различных сферах жизнедеятельности, вырабатываются ценностно-мотивационные основы репродуктивного здоровья, а также осуществляется урегулирование ответственности и обязательств (Васильева Э.К., 1975; Антонов А.И., Медков В.М., 1996).

Показано, что благополучное семейное окружение и адекватный родительский контроль взаимосвязаны с более поздним началом половой жизни и применением безопасных сексуальных практик (Kartikayan S.K., Chatruvedi R.M., Bhalerao V.R., 1992; DiClemente R.J. et al., 2005).

Относительно более благополучное материальное состояние в основном не работающих ВИЧ-инфицированных наркозависимых может поддерживаться либо иждивенческой моделью, либо нелегальным доходом, связанным с проституцией, торговлей наркотиками и другой криминальной практикой, что повышает кратность инъекций и расширяет спектр потребляемых ПАВ, увеличивая риск инфицирования ВИЧ (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007).

#### ***1.2.3.2. Образование и знание о путях распространения ВИЧ***

Преобладание среднего уровня образования является показателем потенциального социального неблагополучия группы, проблем с трудоустройством, плохой информированности о заболеваниях, передающихся парентеральным путем, и неосознания последствий рискованного поведения, что в свою очередь приводит к усилению социальных девиаций внутри сообщества (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Fluk H., 2001).

Между низким уровнем образования и совместным использованием инъекционного оборудования установлена прямая взаимосвязь (Liu J.B. et al., 2009). В другом исследовании показано, что 60% обследованных ПИН не имели знаний о заболеваниях, распространяемых инъекционным путем (Shariful Islam S.M. et al., 2015).

Наиболее информированными о путях инфицирования ВИЧ являются женщины, предоставляющие платные сексуальные услуги. Наибольшее расхождение между знаниями о предохранении от инфицирования ВИЧ половым путем и использованием средств предохранения наблюдается у мужчин (Плавинский С.Л. с соавт., 2009).

Недостаточная осведомленность и пренебрежение способами профилактики ИППП, отсутствие половой культуры, не сформированные моральные нормы, недооценка последствий способствуют инфицированию ВИЧ лиц с ранним сексуальным дебютом (Лиознов Д.А., Николаенко С.Л., 2010; Takács J. et al., 2006). Вместе с тем даже при наличии знаний о путях заражения ВИЧ-инфекцией и способах профилактики существенного изменения рискованного поведения и отказа от инъекционного потребления ПАВ в группе ПИН не происходит (Звартау Э.Э. с соавт., 2005; Шарок В.В., 2007; Avants K. et al., 2000).

Таким образом, несмотря на информированность о путях передачи инфекций, в том числе ВИЧ, наркозависимые продолжают употреблять ПАВ инъекционным путём, сохраняя высокий уровень реализации рискованного поведения.

### ***1.2.3.3. Генетические маркеры рискованного поведения***

Близнецовый метод исследования установил, что различные уровни толерантности к риску являются умеренно наследуемыми (~ 30%), хотя оценки в литературе варьируются (Cesarini D. et al., 2009; Harden K.P. et al., 2017).

В работе с целью изучения разнообразных факторов, влияющих на риск заболеваний, которые распространены в среднем и старшем возрасте, были обследованы 116 255 клиентов биобанка Великобритании (UK Biobank). Участники этого исследования давали ответ (да/нет) на вопрос: «Считаете ли вы себя рискующим?». Установлено, что «рискующие» (по сравнению с контрольной группой) чаще были мужчинами, курильщиками табака и имели психические расстройства в анамнезе. Генетические локусы, связанные с рискованным поведением, были идентифицированы на хромосомах (Chr) 3 (rs13084531) и 6 (rs9379971). Рискованное поведение разделяло значительный генетический риск с шизофренией, биполярным расстройством, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и посттравматическим стрессовым расстройством, а также с курением и ожирением. Была выявлена положительная связь между полиморфизмом Chr3, rs13084531 и рискованным поведением, а также уровнями экспрессии CADM2. Авторы указывают, что ген CADM2 может играть фундаментальную роль в рискованном поведении, а также связан с когнитивным функционированием, сопряженным с получением награды. Отмечается, что CADM2 ассоциирован со скоростью обработки информации, исполнительным контролем, личностными качествами человека, повышенным

потреблением алкоголя, длительностью каннабиноидной зависимости, ожирением, психическими расстройствами (Strawbridge R.J. et al., 2018).

Идентификация генетических детерминант рискованного поведения проведена и в другом масштабном исследовании. В выборке из более чем одного миллиона человек (UK Biobank) выполнен полногеномный поиск ассоциаций (genome-wide association studies, GWAS) с общей толерантностью к риску. Верифицировано 99 локусов генов, связанных с общей устойчивостью к риску. Степень рискованного поведения коррелировала (от 0,25 до 0,50) с определенным набором генетических маркеров. В данном исследовании было проведено секвенирование панели генов нейромедиаторных систем. Обнаружено, что гены, связанные с общей устойчивостью к риску, высоко экспрессируются в тканях мозга и указывают на роль глутаматергической и ГАМК-ергической нейротрансмиссии. Нарушение баланса между возбуждающей и тормозной нейроактивностью может способствовать изменению общей толерантности к риску (Karlsson Linnér R. et al., 2019).

#### ***1.2.3.4. Нейрональные структуры и рискованное поведение***

При изучении центральных механизмов рискованного поведения с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии головного мозга (ФМ) показано влияние префронтальной коры на активный волевой контроль при принятии решений в условиях риска (Rao H. et al., 2008; Mohr P.N., Biele G., Heekeren H.R., 2010).

При исследовании ЭЭГ установлено, что функции исполнительного контроля, в том числе рабочая память, переключение внимания, механизмы распознавания конфликта и ошибок, связаны с тета-активностью (Sauseng P. et al., 2006). Тета-активность фронто-центральных отделов головного мозга отражает функционирование системы мониторинга действий (Zhang D. et al., 2014).

Кроме того, есть данные о том, что навязывание ритмов в тета-диапазоне в ходе транскраниальной электростимуляции переменным током левой префронтальной коры способствует более высокой вероятности принятия рискованного решения (Sela T., Kilim A., Lavidor M., 2012).

Реализация рискованных поступков сопровождается страхом – базовой эмоцией, сигнализирующей об опасности, что приводит к мобилизации защитных реакций и отказу от опасных действий.

Ярким примером связи между эмоцией страха и патологией ЦНС является болезнь Урбаха—Вите – редкое генетическое заболевание, которое впервые было зарегистрировано Эрихом Урбахом и Камилло Вите в 1929 году (Urbach E., Wiethe C., 1929). В основе заболевания

лежит полное разрушение миндалевидного тела, в результате чего наблюдаются абсолютное отсутствие страха и высокий уровень рискованного поведения (Brand M. et al., 2007; Feinstein J.S. et al., 2011).

Вместе с тем показано, что префронтальная и сенсорная кора головного мозга, гипоталамус, гиппокамп, таламус, перегородка, стволовые структуры ГМ, при ведущей роли ядер амигдаларного (миндалевидного) комплекса, участвуют в развитии страха у людей (Kohls G. et al., 2013; *The Amygdala and Its Allies*).

#### ***1.2.3.5. Импульсивность и рискованное поведение***

Растет число работ, в которых подтверждается взаимосвязь между импульсивностью и зависимостью от ПАВ, а также рискованным поведением (Kirby K.N., Petry N.M., Bickel W.K., 1999; Moeller F.G. et al., 2001). Импульсивность представляет собой сложный феномен, в основе которого лежит склонность человека к быстрым, незапланированным реакциям на внутренние или внешние раздражители без учета негативных последствий как для него самого, так и для других (Moeller F.G. et al., 2001). Зависимость от ПАВ, сочетающаяся с патологической импульсивностью, сопровождается худшими результатами лечения, высоким уровнем рецидивов, а также рискованными формами поведения и потребления ПАВ (Verdejo-García A., Lawrence A.J., Clark L., 2008; Evren C. et al., 2011). В исследованиях получено достаточно данных о связи между различными регионами головного мозга и импульсивностью (Aron A.R. et al., 2003; Moeller F.G. et al., 2005; Matsuo K. et al., 2009; Chunming Xie. et al., 2011; Crunelle C.L. et al., 2014). Установлена значимая роль в контроле над импульсами префронтального кортекса (Илюк Р.Д. с соавт., 2018; Crews F.T., Boettiger C.A., 2009).

#### ***1.2.3.6. Возраст и рискованное поведение***

Высокий уровень рискованного поведения у подростков является хорошо известным феноменом (Профилактическая работа с несовершеннолетними..., 2004; Blakemore S.J., Burnett S., Dahl R.E., 2010). Раннее начало (до 18 лет) употребления наркотика инъекционным путем увеличивает вероятность заражения парентеральными инфекциями в 2 раза (Кошкина Е.А. с соавт., 2005).

Фактически одной из причин рискованного поведения, раннего начала потребления наркотиков или вступления в небезопасные сексуальные связи в подростковом возрасте является гиперчувствительность мезолимбической системы награды мозга (Blakemore S.J., Burnett S., Dahl R.E., 2010; Cohen J.R. et al., 2010).

Установлено, что рискованное поведение подростков связано с неравномерным созреванием двух нейробиологических систем (Romer D., 2010). Первая локализуется в лимбической и паралимбической областях коры головного мозга и обеспечивает интенсивность эмоциональной реакции. Максимальная активность названных структур отмечается в период полового созревания. Это приводит к тому, что подростки, особенно в присутствии значимых людей и стимулов, ведут себя более рискованно, желая получить вознаграждение с целью удовлетворения потребностей и интересов (Steinberg L., 2008).

Вторая нейросистема, отвечающая за контроль над импульсами, прогнозирование и обеспечивающая разумность суждений, локализована в основном в префронтальной и теменной коре головного мозга, ее развитие продолжается до 20 лет (Steinberg L., 2008).

В процессе взросления происходит значительное увеличение связей между мозговыми структурами, в результате растет способность принимать менее рискованные и более взвешенные решения, осуществлять долгосрочное планирование, а также выбирать большее вознаграждение в будущем вместо меньшего в настоящем времени (Knutson B. et al., 2001; Casey B.J., Getz, S., Galvan A., 2008).

Область коры, отвечающая за принятие обдуманных решений, у подростков функционирует со «взрослой» интенсивностью только при условии сильной стимуляции, и для адекватной оценки подростком рискованности своего поведения необходим сильный внешний раздражитель (Blakemore S.J., Burnett S., Dahl R.E., 2010).

Свойственная подросткам и лицам молодого возраста реакция группирования со сверстниками, частая неконтролируемая смена настроения также влияют на неадекватность оценки риска и принятие рискованных решений (Профилактическая работа с несовершеннолетними..., 2004).

Решение, принятое в компании сверстников, оказывается более рискованным по сравнению с индивидуальными решениями, принятыми до групповой дискуссии (Stoner J., 1968; Steinberg L., 2004).

### ***1.2.3.7. Гендерные различия и рискованное поведение***

Предположительно гендерные различия в проявлениях рискованных форм поведения наиболее выражены в детском возрасте (чаще регистрируются у мальчиков) и нивелируются в процессе взросления (Abiona T.C. et al., 2009).

Хотя между мужчинами и женщинами, не потребляющими наркотики, различий в потребности новых ощущений не выявлено, женщины оценивают наличие риска выше, чем мужчины (Gerra G. et al., 1999).



Рискованному сексуальному поведению более подвержены мужчины, чаще меняющие сексуальных партнеров, вступающие в случайные связи. Общество терпимее относится к такому поведению среди мужчин, поэтому оно в меньшей степени оценивается негативно (Absalon J. et al., 2006).

В случае одинаковой выраженности риска инфицирования ВИЧ у мужчин и женщин, потребляющих инъекционные наркотики, ВИЧ-инфекция чаще передается от инфицированного мужчины к женщине, чем от инфицированной женщины ее половому партнеру (Leynaert B., Downs A.M., De Vincenzi I., 1998; Gilbert P.V. et al., 2003). Данный факт косвенно подтверждается большим числом ВИЧ-инфицированных женского пола среди ПИН (Eluwa G.I. et al., 2013).

Рискованное сексуальное поведение среди потребителей ПАВ более выражено у женщин, чем у мужчин. Лица женского пола чаще вступают в сексуальную связь с партнером, потребляющим ПАВ инъекционно, и чаще потребляют ПАВ совместно (Rowan-Szal G.A. et al., 2000; Elifson K.W., Klein H., Sterk C.E., 2006; Abiona T.C. et al., 2009).

Мужчины, потребляющие инъекционные наркотики, предпочитают в качестве сексуальных партнерш женщин без химической зависимости, реже потребляют с ними ПАВ и при этом редко используют презервативы (Miller M., Neaigus A., 2002; Kwiatkowski C.F., Booth R.E., 2003; Wright P.V. et al., 2007).

Потребители инъекционных наркотиков женского пола, по сравнению с мужчинами, чаще участвуют в предоставлении платных сексуальных услуг и вступают в сексуальные отношения с партнерами с более выраженным рискованным поведением (Tyndall M.W. et al., 2002). Среди ПИН 5,7% мужчин и 45,6% женщин предоставляли сексуальные услуги в обмен на деньги и наркотики, 26,8% мужчин и 5,0% женщин сами пользовались коммерческими сексуальными услугами (Красносельских Т.В. с соавт., 2010).

#### ***1.2.3.8. Употребление ПАВ и рискованные формы поведения***

Потребление различных ПАВ, даже нерегулярное или случайное, развитие наркотической зависимости и формирование синдрома отмены, поиск и прием наркотика парентеральным способом значительно увеличивают риск заражения различными инфекциями, в том числе ВИЧ (Pechansky F. et al., 2005).

Опиоидзависимые посещают места группового потребления наркотиков, контактируют с большим количеством инъекционных партнеров, часто осуществляют обмен иглами, шприцами и наркотическим веществом (Кошкина Е.А. с соавт., 2005).

Изучение поведенческих реакций наркозависимых свидетельствует о том, что для них вопрос безопасности (использование индивидуального и стерильного инструментария) в

состоянии синдрома отмены выглядит малозначимым и становится актуальным только после приема наркотика (Рахманова А.Г., Ахтырская Н.А., Сизова Н.В., 2000).

Установлено, что инъекционное рискованное поведение ПИН в отношении инфицирования ВИЧ реализуется при непосредственном и опосредованном использовании контаминированного инструментария для инъекций, иных приспособлений, воды и посуды, которую другие ПИН уже использовали для промывки своих шприцев и разведения наркотика (Предупреждение ВИЧ-инфицирования среди молодых людей..., 2001; Должанская Н.А., Бузина Т.С., 2002; Fluk H., 2001; Des Jarlais D.C. et al., 2009). Многократное использование шприцев потребителями инъекционных наркотиков повышает вероятность заражения парентеральными инфекциями в 1,9 раза (Кошкина Е.А. с соавт., 2005). По оценкам других авторов, риск заражения ВИЧ в результате инъекции инфицированным шприцем составляет от 0,63% до 2,4% (медианное значение 0,8%, т. е. примерно 1 заражение на 125 инъекций); риск заражения в результате использования другого инфицированного оборудования не был учтён (Baggaley R.F. et al., 2006).

Употребление психостимуляторов напрямую взаимосвязано с парентеральным способом введения, количеством инъекций и отказом от предохранения при сексуальных контактах (Hudgins R., McCusker J., Stoddard A., 1995). Для зависимых от стимуляторов характерна высокая вероятность повторных инъекций наркотика: частота приема ПАВ может достигать до 1 инъекции в 20 минут многократно в течение нескольких суток (Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001). У потребителей стимуляторов наблюдаются многократный обмен между собой и повторное использование шприцев, в то время как зависимые от героина чаще обмениваются раствором наркотика, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц (Molitor F. et al., 1999; Zule W.A., Desmond D.P., 1999; Kruse G.R. et al., 2009). От 30% до 80% опиоидзависимых могут наркотизироваться в том числе и стимуляторами (Vanderplasschen W. et al., 2012).

В ряде сравнительных исследований отмечается сходство по демографическим и поведенческим показателям у зависимых как от опиоидов, так и от стимуляторов. Но психостимуляторная наркомания сопровождается более высоким уровнем риска инфицирования ВИЧ в связи с групповой формой потребления ПАВ и беспорядочными сексуальными отношениями без предохранения (Титова Е.А. с соавт., 2010; Rawson R.A. et al., 2002; Kruse G.R. et al., 2009).

Результаты многих исследований доказывают наличие взаимосвязи между тяжестью наркологического заболевания и склонностью к риску. Низкий реабилитационный потенциал и рискованное поведение в отношении ВИЧ имеют общие предикторы – сниженный контроль поведенческих импульсов и нарушение способности к регуляции эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях (Robinson T.E., Berridge K.C., 2003; Witkiewitz K., Marlatt G.A., 2004).

### ***1.2.3.9. Рискованное сексуальное поведение у потребителей наркотиков***

Потребители наркотиков демонстрируют высокий уровень сексуального риска. Многие авторы обращают внимание на игнорирование большинством наркозависимых, в том числе и с ВИЧ-позитивным статусом, применения средств защиты при половых контактах. Наиболее частыми причинами отказа от использования презервативов являются: «нежелание менять привычки сексуального поведения», «уверенность в половом партнере», «негативное отношение к презервативам» (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007).

Проведенные исследования доказывают наличие прямой взаимосвязи между частотой алкоголизации и вероятностью риска полового инфицирования ВИЧ (Boyer C.V. et al., 2000; Serwonka E.R., Isbell T.R., Hansen C.E., 2000). Опрос потребителей этанола показывает, что в результате растормаживающего действия алкоголь повышает вероятность рискованного поведения, в частности, облегчая вступление в сексуальные отношения. В ряде случаев злоупотребление алкоголем сочетается с промискуитетом и проституцией (Siziya S. et al., 2008). У лиц подросткового возраста вероятность реализации рискованного сексуального поведения возрастает в состоянии алкогольного опьянения, приводящего к тяжелым негативным последствиям: около 76% подростков с ВИЧ-инфекцией постоянно употребляли алкоголь (Conner L.C. et al., 2013). В наркологическом анамнезе больных ПИН в большинстве случаев первым ПАВ является алкоголь. Переход к инъекционным наркотикам не приводит к отказу от алкоголизации, а вероятность сочетания различных ПАВ становится дополнительным фактором поведенческого риска (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Pechansky F. et al., 2005). По некоторым данным, до 38% ПИН могут совмещать потребление алкоголя и наркотических веществ (Лиознов Д.А. с соавт., 2006).

Установлено различие в профиле сексуального риска у зависимых от опиатов и стимуляторов. У потребителей героина, как правило, отмечается снижение сексуального влечения, а прием стимуляторов вызывает сексуальную расторможенность. Наркотизация стимуляторами на начальных этапах часто определяется потребностью в снятии психологических барьеров и повышении сексуальной активности, что приводит к риску инфицирования тяжелыми заболеваниями, передающимися половым путем (Hudgins R., McCusker J., Stoddard A., 1995). В другом исследовании рискованного поведения наркопотребителей сообщается об активации сексуальных функций в результате приема опиатов у 19% мужчин и 17% женщин, а приема стимуляторов – у 58% мужчин и 62% женщин. О том, что во время опийной интоксикации было нескольких половых партнеров, сообщили 3% мужчин

и 2% женщин, а при стимуляторной – одна треть опрошенных мужчин и женщин (Rawson R.A. et al., 2002).

Зависимые от героина женщины могут использовать стимуляторы для повышения половой активности с целью предоставления платных сексуальных услуг. Полиупотребление усиливает рискованное сексуальное поведение женщин и повышает вероятность их заражения: ВИЧ-инфекция диагностируется чаще у женщин (18,2%), чем у мужчин (8,7%) (Sanchez J. et al., 2002).

Расширение спектра потребляемых ПАВ отражает выраженную склонность к поведению типа «поиск ощущений», что приводит к снижению реабилитационного потенциала и повышает инъекционный и сексуальный риск инфицирования ВИЧ (Илюк Р.Д. Громыко Д.И., Берно-Беллекур И.В., 2009; Zuckerman M., 1986).

#### ***1.2.3.10. Коморбидные инфекционные заболевания и рискованное поведение потребителей наркотиков***

Среди потребителей ПАВ регистрируется высокий уровень заражения различными инфекционными заболеваниями (ВИЧ, вирусные гепатиты В и С) (Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации..., 2019; Executive summary conclusions and policy implications, 2017). Специфичность сочетания инфекционной патологии и зависимости может быть обусловлена видом предпочитаемого ПАВ: опиоидов, психостимуляторов и т. д. (Roth A.M. et al., 2015). Эмоциональные переживания по поводу первичного заболевания – наркомании – у потребителей ПАВ более выражены, чем переживания из-за ко-инфекций. Большинство зависимых от ПАВ с коморбидной инфекционной патологией считают заболевание гепатитом С незначительным и легко излечимым (Зелтынь Т.В., Бузина Т.С., 2015). Следует отметить, что вирус гепатита С является биомаркером, определяющим рискованное сексуальное поведение ПИН (Dore G.J. et al., 2010).

Наличие ВИЧ-инфекции часто не приводит к существенной трансформации в мышлении и поступках ПИН — до 66% ПИН продолжают рискованное поведение после того, как узнали о своем диагнозе ВИЧ (Avants K. et al., 2000).

У ВИЧ-инфицированных ПИН наблюдается снижение мотивационного потенциала и осмысленности жизни, что способствует сохранению рискованного поведения и значительно повышает вероятность инфицирования инъекционных и сексуальных партнеров.

По некоторым данным, в случаях выявления ВИЧ-инфекции у одного из постоянных партнеров ВИЧ-негативные ПИН могут снижать частоту совместного потребления

инъекционных наркотиков, но не задумываются об изменении сексуального поведения (Красносельских Т.В. с соавт., 2010).

В результате продолжения рискованного инъекционного и сексуального поведения у пациентов с ВИЧ происходит заражение новыми штаммами ВИЧ, кроме того, отмечается коинфицирование герпесом, туберкулезом, сепсисом, сифилисом и другими заболеваниями, передающимися парентеральным путем, что приводит к дополнительным проблемам со здоровьем (Najera I. et al., 1994; Thio C.L. et al., 2002; Dore G.J. et al., 2010).

#### ***1.2.3.11. Коморбидная психическая патология при наркотической зависимости и рискованное поведение***

Наибольшая склонность к риску наблюдается у наркозависимых с антисоциальными личностными расстройствами (Disney E. et al., 2006). У мужчин с опиоидной зависимостью чаще диагностируется антисоциальное личностное расстройство, а у женщин – посттравматическое стрессовое расстройство (Kidorf M. et al., 2004). Среди других психопатологических нарушений, оказывающих влияние на готовность к рискованному поведению у зависимых от ПАВ, отмечаются: депрессия, генерализованное тревожное расстройство, фобии.

Ранее проведенные исследования свидетельствуют о том, что потребность в риске является неотъемлемой особенностью индивидуумов с патопсихологическими нарушениями и чаще встречается при наличии гипертимно-неустойчивой и истероидной психопатии (Психопатические расстройства у подростков, 1987; Личко А.Е., 1991).

У потребителей ПАВ часто выявляются такие черты характера, как пренебрежительное отношение к принятым нормам поведения, переживание скуки, поиск новых ощущений, стремление к необычным формам поведения, что в совокупности обуславливает импульсивность и готовность к риску (Eklund J.M., Klinteberg B., 2005).

Обследование опиоидзависимых показывает, что наличие коморбидной психопатологической симптоматики осложняет течение наркологического заболевания. При этом тяжесть психопатологии определяет более выраженное рискованное поведение зависимых от опиоидов в отношении инфицирования ВИЧ (Disney E. et al., 2006).

В систематическом обзоре и метаанализе на основании экспертной оценки 11 научных работ выявлен высокий уровень коморбидной психической патологии у наркозависимых. В приведенных данных авторы указывают на наличие депрессии у 27% опиоидзависимых, тревоги – у 29%, что является существенной проблемой для здравоохранения и требует разработки адекватных и эффективных клинических стратегий (Goldner E.M. et al., 2014).

Депрессивная симптоматика, представленная ощущением скуки, характерна для наркозависимых и взаимосвязана с рискованным сексуальным и инъекционным поведением (Stein M.D. et al., 2003; German D., Latkin C.A., 2012). У ПИН с депрессией чаще выявляется сексуальный тип рискованного поведения, чем инъекционный (Buffardi A.L. et al., 2008). Инфицирование ВИЧ половым путём выше при клинически не выраженной депрессии и в большей мере соответствующей уровню дистимии. Значительное нарастание идеаторного и моторного компонентов депрессии приводит к ослаблению полового влечения (Schweiger U. et al., 1999). По мнению других авторов, наличие выраженных пессимистических и суицидальных мыслей, отражающих тяжесть депрессивного состояния, приводит к снижению контроля над побуждениями, препятствует адекватной оценке риска заражения ВИЧ и способствует продолжению инъекционного потребления наркотиков, а также отказу от использования презервативов (Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Киселев А.С., 2014). Потребители инъекционных наркотиков с тяжелой депрессивной симптоматикой в 4 раза чаще пользуются общими иглами и шприцами. У ПИН с суицидальными мыслями на 82% больше сексуальных партнеров и в 5 раз выше вероятность незащищенного полового контакта с работниками коммерческого секса. Однако при наличии выраженной сопутствующей тревоги у наркозависимых вероятность обмена иглами или шприцами меньше на 30%, а вероятность незащищенных половых контактов с платными сексуальными партнерами снижается на 70% (Armstrong G. et al., 2013).

#### ***1.2.3.12. Личностные особенности и рискованное поведение***

В структуре личности, склонной к рискованному поведению, на первый план выступают такие черты, как импульсивность, стремление к новым ощущениям, неконформизм и частое переживание скуки (Бузина Т.С., Шаталов П.Н., 2011; Егоров А., Гречаный С., 2013).

Существует предположение о том, что величина приемлемого риска является индивидуальным свойством, по которому можно делить людей на более или менее рискованных (Coombs C.H., Kaolan M.F., Schwartz S., 1975). В этой связи Р. Кеттелл включил такие черты личности, как осторожность, сдержанность при принятии решений или, напротив, большая рискованность, несдержанность (Factor F – Seriousness), в структуру одного из основных показателей – «Самоконтроль» (Self-Controlled/Conscientious/Unrestrained) – при создании 16-факторного личностного опросника (Cattell H. E. P, Schuerger J.M., 2003).

Рискованное поведение статистически значимо коррелирует с такими личностными особенностями, как экстраверсия, эмоциональная неустойчивость, интернальность в межличностных взаимоотношениях, а также готовность и склонность к риску (Бисалиев Р.В., Великанова Л.П., 2004; Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015).

Лица, склонные к рискованному сексуальному поведению, обладают такими характеристиками, как нерешительность, неуверенность, а также им свойственны эгоцентричность, враждебность, раздражительность, низкий уровень когнитивного контроля (Шарок В.В., 2007; Бузина Т.С., Шаталов П.Н., 2011).

К факторам, влияющим на рискованное поведение, относят отсутствие установок на сохранение здоровья, деформацию системы ценностей, низкую устойчивость к стрессам (Профилактическая работа с несовершеннолетними..., 2004; Boyer C.V. et al., 2000).

Показано, что рискованное поведение ПИН взаимосвязано с когнитивными установками, особенностями окружения и такими характеристиками, как неуверенность в себе, низкая самооценка (Шарок В.В., 2007). Известно, что потребители инъекционных наркотиков воспринимают себя как беспомощных, неспособных достичь успеха в жизни вследствие низкого уровня развития самосознания, самоуважения и аутосимпатии (Личко А.Е., 1991).

Эмоциональная лабильность, раздражительность, снижение контроля над экспрессией гнева, характерные для опиоидзависимых, приводят к увеличению агрессивности (Профилактическая работа с несовершеннолетними..., 2004; Pyuk R.D. et al., 2012). Агрессивные действия во многих случаях, особенно у подростков, являются следствием эмоциональных расстройств, в том числе и «тоскливого аффекта», что объясняет феномен «повышенного удовольствия от опасности» (Buffardi A.L. et al., 2008). У лиц, склонных к агрессивному поведению, высокий порог напряженности, их не пугают опасные и стрессовые ситуации. Предполагается, что для хорошего самочувствия таким людям необходимы определенная степень напряженности и желание испытать новые ощущения и переживания, что может выражаться в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений и переживаний. С помощью методики «Склонность к поиску ощущений» М. Цукермана выявлено существование связи между потребностью в новых ощущениях и предрасположенностью подростков к поведению, связанному с приемом наркотиков (Сенцов И.Г., Спектор С.И., Богданов С.И., 2004).

Некоторые авторы рассматривают рискованное поведение как аутоагрессивное отклоняющееся поведение (Личко А.Е., 1991; Менделевич В.Д., 2001).

### ***1.2.3.13. Копинг-стратегии, показатели осмысленности жизни, экзистенциальные ценности и рискованное поведение***

Формирование стойкой зависимости у лиц, потребляющих ПАВ, в сочетании с дезадаптивными копинг-стратегиями (отрицание, избегание, конфронтация) приводит к

нарастанию негативных последствий, в том числе и к рискованному поведению (Брюханов А.В., 2012; Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015).

При получении известия об инфицированности ВИЧ психосоциальная дезадаптация пациентов с зависимостью от ПАВ продолжает нарастать. Такие механизмы психологической защиты, как отрицание, вытеснение и регрессия, свойственные потребителям наркотиков, и после инфицирования ВИЧ способствуют сохранению поведения с выраженным риском (Тухтарова И.В., Дремков Д.Ю., 2002).

ВИЧ-инфицированные с высокой склонностью к рискованному поведению демонстрируют более агрессивное поведение в проблемных ситуациях и, по сравнению с людьми с низкой склонностью к риску, чаще используют конфронтативные копинг-стратегии (Тулупьева Т.В. с соавт., 2007). Данный тип совладающего поведения предполагает определенную степень враждебности и готовность к риску.

Неконструктивное совладающее поведение (уход в себя, избегание) взаимосвязано с депрессивной симптоматикой, в то время как конструктивное (когнитивная переоценка, поиск социальной поддержки) – приводит к уменьшению дезадаптации и раздражения, что снижает риск инъекционного инфицирования ВИЧ (Fleishman J., Fogel B., 1994; McClure J.B. et al., 1996).

Ценностная сфера наркопотребителей, склонных к рискованному поведению, характеризуется подверженностью внешним влияниям, отсутствием конкретных интересов и целей, низким уровнем осмысленности существования, недостаточной целеустремленностью, отсутствием планов на будущее, недостаточностью регуляторной функции самосознания (Грюнталь Н.А., Елшанский С.П., 2002; Шарок В.В., 2009).

Ценностная структура потребителей ПАВ обладает низкой побудительной силой, в большей мере ориентирована на биологические потребности и пассивное взаимодействие с окружающей действительностью (Грюнталь Н.А., Елшанский С.П., 2002; Шарок В.В., 2009; Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015).

Лицам, практикующим рискованное сексуальное поведение, свойственны безответственное отношение к себе и противоположному полу, низкая значимость таких ценностей, как жизнь и здоровье (Шарок В.В., 2009).



### **1.3. АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ГНЕВ В СТРУКТУРЕ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ И ДРУГИХ ПАВ. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ АГРЕССИИ И ГНЕВА У ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ**

Агрессия занимает значительное место в структуре аддиктивных расстройств и проявляется семейными, межличностными конфликтами, различными формами насилия (Nurco D.N. et al., 1984; Miczek K.A. et al., 1994; Martin-Storey A. et al., 2011).

#### **1.3.1. Психологические аспекты агрессии и гнева**

Агрессия определяется как «любой ответ субъекта, который доставляет, вербально или невербально, вредные воздействия другому лицу» (Hollandsworth J.G., 1977). По мнению Э. Фромма (1994), агрессия является «природным механизмом», защищающим от внешних воздействий. Доброкачественная адаптивная агрессия возникает при угрозе жизненно важным функциям организма, злокачественная неадаптивная агрессия – не является защитным механизмом и характерна только для человека (Фурманов И.А., 2007). К. Лоренц доказал, что агрессивность является врожденным, инстинктивно обусловленным свойством организма (Лоренц К., 1994). Теория «социального научения» рассматривает агрессию как социально усвоенную форму поведения. А. Бандура полагал, что агрессивному поведению человек обучается посредством наблюдения за окружающими людьми (микросоциум, средства массовой информации) и накапливает свой индивидуальный опыт деструктивных форм поведения (Бандура А., 2000). Агрессия имеет различную выраженность и проявляется в большом количестве феноменов (Psychology of aggression, 2005). Г. Аммон разработал представление о трех формах реализации агрессии: конструктивной, деструктивной, дефицитарной (Аммон Г., 2000). Агрессия реализуется в виде гетероагрессивного и аутоагрессивного поведения. Агрессивные побуждения и намерения сдерживаются рядом тормозящих факторов: ценностных (мотивы и цели в жизни); социально-нормативных; диспозиционных (черты личности); эмоциональных (страх, чувство вины, тревога); коммуникативных (сопереживание и эмпатия); интеллектуальных (познавательные процессы); зрелых психологических защитных механизмов (Сафуанов Ф.С., 2003).

По мнению А. Басса и А. Дарки, выделяются следующие виды реакций: физическая, косвенная и вербальная агрессия, негативизм, обида, подозрительность и чувство вины (Резапкина Г.В., 2008). Враждебная агрессия направлена на нанесение вреда, а инструментальная является средством для достижения другой цели (Bushman V.J., Anderson C.A., 2001). В

зависимости от причин возникновения, выделяются ситуационный, импульсивно-садистический и сверхценный варианты агрессивного поведения (Барденштейн Л.М., 2005).

Аффективно-динамическая модель связывает агрессию с реакцией на кризисную ситуацию, развивающуюся вследствие депривации или фрустрации актуальных потребностей (Фурманов И.А., 2007).

Гнев, согласно теории К.Э. Изарда, – сильное отрицательное эмоциональное состояние, протекающее чаще в форме аффекта и возникающее в ответ на препятствия в достижении целей (Изард К.Э., 2006).

Реакция гнева может варьировать по интенсивности и продолжительности, часто сопровождается психомоторным возбуждением и когнитивными искажениями. Гнев в когнитивном плане – это злость, ярость, часто с представлением о нанесении вреда. Когда гнев достигает степени ярости, возможны искажения процесса мышления с возникновением иррационального поведения (Kassinove H., Sukhodolsky D.G., 1995).

Г. Спенсер разработал теорию о биологическом происхождении человеческих эмоций из аффективных и инстинктивных реакций животных. Гнев рассматривается им как «заторможенная драка», а сопровождающие его моторные реакции – как рудименты агрессии (Спенсер Г., 2008).

Согласно теории У. Джеймса и Я.Г. Ланге, состояние гнева сопровождается рядом физиологических и моторных реакций (Джеймс У., 2011).

Вспышки гнева имеют различную динамику проявления. Гнев может протекать кратковременно с высокой интенсивностью, а может накапливаться в течение длительного времени с дальнейшей психомоторной разрядкой. На высоте аффекта могут наблюдаться перцептивные искажения и дефекты (Когнитивная психотерапия расстройств личности, 2002).

Гнев не является формой агрессии и не всегда приводит к агрессивному поведению (Изард К.Э., 2006; Кассинов Г., Тафрейт Р.Ч., 2006).

Характеристиками гнева являются его сиюминутное состояние, личностная склонность к раздражительности и гневу, гнев-темперамент, выраженность реакций гнева, направленность гнева внутрь и вовне и контроль экспрессии гнева (Кассинов Г., Тафрейт Р.Ч., 2006).

### **1.3.2. Роль нейрональных механизмов и патологических изменений головного мозга в генезе агрессии**

В исследовании N.H. Kalin показано, что защитные и атакующие виды агрессии имеют различные нейрональные механизмы. Защитная агрессия связана с активностью правой лобной доли и высокой активностью кортизола (Kalin N.H., 1999). Атакующая агрессия сочетается с

низкой серотонинергической активностью мозга, высоким уровнем тестостерона и низким – кортизола (Шабанов П.Д., 2015).

Выраженность импульсивного агрессивного поведения у пациентов с расстройствами личности коррелирует с количеством рецепторов, связывающих серотонин (Cossago E.F., Vermap M.E., Kavoussi R.J., 1997). Обобщение данных многих авторов показало наличие связи стойкого антисоциального поведения с выраженными нарушениями серотонинергических механизмов центральной нервной системы (Lewis C.E., 1991).

Агрессивность может быть связана с особенностями функционирования дофаминергической системы (Lyske E., Modigh K., Roos B.E., 1969; Lewis C.E., 1991). Отмечено, что повышение уровня норадреналина приводит к увеличению агрессивности, а его снижение сопровождается уменьшением агрессивности (Lyske E., Roos B.E., 1974). Согласно нейрональной модели, агрессивное поведение связано с облегчением проведения импульса за счет снижения порога электрической проводимости нейронных мембран (New A.S. et al., 1997).

В исследованиях И.М. Тонконового показано, что для лиц, склонных к насилию, по данным компьютерной и магниторезонансной томографии, характерна высокая частота встречаемости признаков органического поражения головного мозга с доминированием нарушений передненижнего фрагмента височной доли и миндалин головного мозга (Тонконогий И.М., 2007). М.Т. Wong с соавторами выявили у 372 пациентов, совершивших агрессивно-насильственные общественно опасные действия, изменения в височных долях, проявляющиеся в морфологических и биоэлектрических нарушениях (медленные и острые волны), коррелировавших с выраженностью агрессии (Wong M.T. et al., 1994).

В результате обследования лиц, склонных к агрессии, обнаружено, что три области мозга участвуют в формировании агрессивного поведения: гипоталамус, миндалины и орбитальная область префронтальной коры (MacLean W.E. et al., 1985; Weiger W.A., Bear D.M., 1988).

### **1.3.3. Особенности агрессивного поведения у потребителей ПАВ**

Длительное потребление ПАВ за счет токсического действия на центральную нервную систему вызывает специфические изменения личности с нарушением иерархии ценностей (Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б., Иришкин Д.А., 2004), что часто приводит к асоциальным и противоправным действиям, различным формам агрессивного поведения, в том числе связанным с необходимостью добычи средств для приобретения алкоголя и наркотиков. Показано, что частота потребления героина, кокаина и нескольких веществ одновременно коррелирует с частотой правонарушений (Nurco D.N. et al., 2001). Агрессивному поведению также способствует социальная стигматизация зависимых от ПАВ.

Характеристики агрессии у зависимых от ПАВ имеют свои особенности и связаны с видом употребляемого ПАВ.

Для опиоидной зависимости, особенно в состоянии отмены опиоидов, характерен высокий уровень агрессивного поведения. В условиях систематического потребления героина снижение первоначального эйфоризирующего действия данного ПАВ приводит к формированию негативных эмоциональных состояний, таких как враждебность и подозрительность (Meyer R.E., Mirin S.M., 1979). У больных опиоидной наркоманией отмечаются нарушения социальной адаптации (Оруджев Н.Я., 1998), которые в большей мере проявляются психопатоподобными расстройствами (Букановская Т.И., 1996), обуславливающими разнонаправленность вектора агрессии в зависимости от уровня стрессоустойчивости и адаптационного потенциала (Бисалиев Р.В., Великанова Л.П., Гришина Е.И., 2004). Преступления, совершаемые зависимыми от героина, часто обусловлены их попытками найти средства для приобретения новой дозы (Nurco D.N. et al., 1984).

При стимуляторной зависимости агрессия связана с различными факторами. Низкие дозы стимуляторов могут усиливать различные позитивные и негативные варианты социального поведения; высокие дозы часто приводят к дезорганизации в социальном взаимодействии, вызывают раздражительность, агрессивное поведение, возбуждение, галлюцинации (Pihl R.O., Peterson J., 1995). Потребление стимуляторов может вызывать параноидное расстройство, сопровождающееся актами насилия (Meyer R.E., Mirin S.M., 1979). Показано, что метамфетамин является препаратом, наиболее часто вызывающим агрессивное поведение (Treatment for stimulant use disorders, 1999; Swan N., 2003; Black E., Degenhardt L., 2006).

Агрессия у потребителей стимуляторов и галлюциногенов чаще всего проявляется при наличии психопатологических нарушений, кроме того, она связана с деятельностью пациентов, направленной на самообеспечение данными веществами (Miczek K.A. et al., 1994).

При полисубстантной зависимости злоупотребление алкоголем и наркотиками является фактором агрессивного и насильственного поведения личности. Комбинированный прием больших доз наркотиков и алкоголя повышает риск домашнего и уличного насилия (Schwartz J., Beyette V., 1997). Чем больше различных ПАВ потребляет зависимый, тем выше у него уровень агрессивных реакций (Shand F.L. et al., 2011). На выраженность агрессивного поведения влияют ситуационные реакции, провоцирующее и фрустрирующее поведение окружающих (Krahe B., 2001).

Пациенты с зависимостью от алкоголя характеризуются высокой степенью аутоагрессивных проявлений, риск совершения суицида у таких больных составляет 7% (Inskip H.M., Harris C., Barraclough B., 1998). Исследования связи алкогольной зависимости и агрессивности показали наличие у 23,4% зависимых от алкоголя агрессивно-садистической

формы поведения (Trbović M., 1987). Установлено, что у людей с изначально высокой и умеренной агрессией, в отличие от людей с изначально низким уровнем агрессии, после употребления алкоголя происходит ее значительное увеличение (Pihl R.O., Peterson J., 1995).

В формировании и развитии агрессии большое значение имеет гнев как эмоциональное состояние, которое сопровождается физиологическими реакциями, когнитивными искажениями и варьирует по интенсивности, продолжительности, частоте (Карлов В.А., 1990).

#### **1.3.4. Характеристика гнева у потребителей ПАВ**

Выраженные состояния гнева, снижение контроля гнева и экспрессия гнева вовне характерны для зависимых от ПАВ (Kalin N.H., 1999; Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E., 2004; Zweben J.E. et al., 2004; Fernández-Serrano M.J. et al., 2010).

Изучение проявления гнева у 270 потребителей ПАВ выявило, что наиболее выраженной компонентой гнева является его экспрессия вовне (Nichols T.R., et al., 2008). структуре влечения к опиоидам у наркозависимых эмоция гнева играет важную роль (Dhawan A. et al., 2002). При обследовании потребителей опиоидов и кокаина обнаружено, что эмоция гнева часто сочетается с депрессивным состоянием, при этом наибольший уровень гнева выявлен у злоупотребляющих кокаином (Aharonovich E., Nguyen H.T., Nunes E.V., 2001).

Исследование гнева и насилия у 2025 подростков показало, эмоция гнева в сочетании с тревогой и депрессией являются триггерами потребления ПАВ, а систематическое потребление ПАВ компенсирует состояние гнева (Nichols T.R. et al., 2008).

Обследование 152 матерей, потребляющих ПАВ, выявило у них высокие уровни реакции гнева, депрессии и нарушения контроля гнева, которые эффективно компенсировались в результате психокоррекционных мероприятий (Hien D. et al., 2010).

E. Fernandez и S. Scott (2009), обследовав 26 наркозависимых с использованием опросника STAXI и самоопросника, выявили у них высокие показатели гнева. В результате использования комплексной программы профилактики, вмешательства и реабилитации у испытуемых отмечалось в большей мере снижение гнева по шкале «личностная склонность к раздражительности и гневу», чем по шкале «сиюминутное состояние гнева». При этом у больных в большей степени наблюдалось снижение частоты и продолжительности гнева, чем его интенсивности (Fernandez E., Scott S., 2009).

Изучение влияния гендерных различий в проявлении гнева при потреблении ПАВ существенных особенностей не выявило (Nichols T.R. et al., 2008; Fernandez E., Scott S., 2009).

### **1.3.5. Взаимосвязь агрессии и гнева у зависимых от различных ПАВ**

В исследовании, проведенном на 210 злоупотребляющих ПАВ, было отмечено наличие у них высоких уровней реакции гнева и склонности к агрессии, показано, что психокоррекционные мероприятия, в том числе семейная психотерапия, уменьшают уровень гнева, приводят к снижению агрессивности и сокращению злоупотребления ПАВ (Wodarski J. S., 2010).

Сравнительная оценка 136 человек в состоянии алкогольного опьянения с изначально высоким, средним и низким уровнями гнева показала, что наибольшая выраженность агрессии отмечена у испытуемых со средним уровнем гнева, несколько меньшая – у пациентов с высоким уровнем гнева, а участники с низким показателем эмоции гнева проявляли самую низкую агрессию (Parrott D.J., Zeichner A., 2002).

Агрессия в состоянии алкогольного опьянения в наибольшей степени возрастала у лиц с высоким уровнем подавления гнева по опроснику STAXI (Norström T., Pape H., 2010). Люди, имеющие опыт насилия в семье, в состоянии алкогольного опьянения демонстрируют усиление гнева в сочетании с вербальной агрессией (Eckhardt C.I., 2007).

В 2011 году в НИПНИ им. В.М. Бехтерева проведено исследование 311 зависимых от ПАВ. Исследование продемонстрировало, что величина агрессии и гнева напрямую зависит от вида потребляемого ПАВ, клинических и социально-демографических характеристик наркологических больных. Максимальные значения и наиболее широкий спектр различных форм агрессии регистрируются у больных с полисубстантной зависимостью. У потребителей стимуляторов выраженность показателей агрессии меньше, чем у пациентов с полисубстантной зависимостью, но больше по сравнению с другими респондентами. При опиоидной зависимости уровни агрессии выше, чем в алкогольной и контрольной группах. Склонность к раздражительности и гневу является личностной особенностью всех зависимых от ПАВ. Индукция разных форм агрессии во всех группах больных обусловлена в значительной степени экспрессией гнева вовне. Предиктором агрессии и гнева для всех нозологических групп потребителей ПАВ является эмоциональная лабильность, при опиоидной зависимости – отсутствие потребности в семейном образе жизни, установка на лечение, неупотребление галлюциногенов на протяжении жизни (Илюк Р.Д. с соавт., 2012).

### **1.3.6. Агрессия и гнев при коморбидных заболеваниях у потребителей ПАВ, в том числе инфицированных ВИЧ**

Агрессивное поведение при расстройствах личности связано с неустойчивостью эмоционально-волевой сферы и незавершенностью формирования самосознания (Барденштейн

Л.М., 2005). О.Ф. Kernberg называет аффекты «первичными строительными психобиологическими блоками агрессивных влечений» (Kernberg O.F., 1992). D.E. Morrison обращает внимание на обязательное эмоциональное сопровождение агрессивного влечения, которое «получает силу» от аффекта (Morrison D.E., 1998). Н.М. van Praag отмечает, что у больных «независимо от диагноза часто встречается снижение настроения и агрессия», причем расстройства настроения «идут рука об руку с проявлениями агрессии». Он выдвинул гипотезу, постулирующую существование единого биологического субстрата депрессии, тревоги и агрессивности, который связан с нарушениями серотонинергической системы (van Praag Н.М., 1998). Стойкие во времени деструктивные проявления агрессивности встречаются у людей с гиперстенической психопатией и антисоциальными тенденциями (Горинов В.В., Горшков И.В., 1995; Горшков И.В., Горинов В.В., 1997).

Агрессивность у наркологических больных может быть связана с последствиями черепно-мозговых травм. Наиболее высокую степень подверженности девиантному поведению имеют пациенты с энцефалопатией (Холыст Б., 1980). Резидуально-органическая церебральная патология с выраженным когнитивным дефицитом, низкая фрустрационная толерантность, гиперактивность способствуют возникновению агрессивного и деструктивного поведения (Попов Ю.В., Вид В.Д., 2002).

К.В. Koh с соавторами, обследовавшие мужчин с депрессией и асоциальным личностным расстройством, показали наличие у них высокого уровня агрессии, направленной на себя и окружающих (Koh К.В. et al., 2008). Непсихотический уровень агрессии часто протекает с тоскливым и адинамическим компонентами, а психотический – с тревожным и дисфорическим (Барденштейн Л.М., 2005).

У лиц с обсессивными расстройствами агрессия встречается в 16% случаев (Schwartz J., Beuyette V., 1997). По результатам метаанализа обсессивно-компульсивных расстройств, проведенного в 2008 году, агрессия является одним из структурных симптомов данного расстройства. В связи с этим авторы полагают необходимым включение ее в структуру обсессивно-компульсивного расстройства по DSM-V (Bloch M.H. et al., 2008).

По данным А.Т. Бешимова, у 52,8% ВИЧ-инфицированных выявляются клинически очерченные проявления психических расстройств и у 16,8% – субклинические, среди которых наиболее часто отмечаются депрессивно-фобические (34,8%) (Бешимов А.Т., 2006). Часто такие нарушения протекают с проявлениями агрессии. Более подробный обзор научной литературы, посвященной проблеме агрессии и гнева при зависимостях от ПАВ, опубликован и доступен по ссылке: Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Ильющкина Е.В. и др., 2012.

## **1.4. ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ПАВ. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ**

### **1.4.1. Качество жизни в медицине и в наркологии**

Различные аспекты качества жизни (КЖ) обсуждаются в работах многих философов, политологов, социологов (Генкин Б.М., 2001; Калинина Г.В., 2006; Pigou A.C., 1920; Galbraith J.K., 1998; Staquet M.J., Nays R.D., Fayers P.M., 1998; Wood-Dauphinee S., 1999). Изначально исследования КЖ были ориентированы на оценку жизни людей в конкретных условиях общественной среды. Со временем изучение КЖ стало все больше концентрироваться на внутреннем состоянии человека: КЖ начали связывать не столько с уровнем благосостояния, сколько с ощущением довольства жизнью в целом и отдельными ее сферами.

Группа экспертов ВОЗ указывает, что КЖ определяется как «образ жизни в результате комбинированного воздействия факторов, влияющих на здоровье, счастье, включая индивидуальное благополучие в окружающей среде, удовлетворительную работу, образование, социальный успех, а также свободу, возможность свободных действий, справедливость и отсутствие какого-либо угнетения» (The WHOQOL Group, 1998). Помимо перечисленных детерминант, на КЖ оказывают влияние возраст, пол, национальность, характер трудовой деятельности, традиции, культура, религиозные предпочтения, двигательная активность, особенности репродуктивного поведения, общественно-политической жизни и др. (Булич Э.Г., Муравов И.В., 2003). Следовательно, качество жизни зависит от многих факторов и является многовекторным понятием.

Сам термин «качество жизни» (КЖ) (Quality of life, QoL) впервые появился в медицине в середине XX столетия и был ориентирован на оценку психологических и социальных последствий при онкологических заболеваниях (Karnofsky D.A., Burchenal J.H., 1947). В 1966 году вышла статья J.R. Elkinton «Medicine and Quality of Life» в журнале «Annals of Internal Medicine», которая ознаменовала введение понятия «качество жизни» в медицину (Elkinton J.R., 1966). В 1977 году термин «качество жизни» стал названием одной из рубрик библиографической базы «Cumulated Index Medicus» (MEDLINE) и с этого момента активно используется в медицинской науке и практике (Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П., 1999).

Еще в 1948 году ВОЗ определила понятие здоровья не только как отсутствие болезни, но и как наличие физического, психологического и социального благополучия (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007). С тех пор КЖ расценивают как важный показатель процесса лечения и реабилитации. В таком контексте пациент рассматривается не только как субъект лечения, но и как личность. В



процессе развития заболевания происходят переосмысление своего существования, ценности здоровья и изменение внутренних переживаний и возможностей личности взаимодействовать с окружающим миром (Вассерман Л.И. с соавт., 2001), почти все аспекты жизнедеятельности пациента становятся опосредованными состоянием актуального психического и соматического здоровья (Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L., 1993).

На сегодняшний день считается, что КЖ является характеристикой биопсихосоциального функционирования, которая опирается на субъективное восприятие пациента (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007).

Так как КЖ в первую очередь касается состояния здоровья, более корректной является формулировка «КЖ, связанное со здоровьем». Понятие «health-related quality of life» было предложено в 1982 году R.M. Kaplan и J.W. Bush, которые выделили характеристики здоровья, сказывающиеся на уровне благополучия и удовлетворения теми или иными сторонами жизни (Kaplan R.M., Bush J.W., 1982). КЖ больного человека в медицине – это интегральный феномен, включающий физический, психологический и социальный компоненты (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007; The WHOQOL Group, 1998). Качество жизни, связанное со здоровьем, обобщенно отражает степень адаптации человека к болезни и возможность выполнения привычных функций, соответствующих его социально-экономическому статусу (Литвинцев С.В., Барков Д.А., Улюкин И.М., 2006; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2007).

Современные подходы оценки КЖ, связанного со здоровьем, отдают предпочтение субъективным характеристикам самого индивида перед клиническими оценками экспертов. Самооценка пациентом своего состояния позволяет точнее характеризовать КЖ (Detmar S.B. et al., 2000).

Исследование качества жизни пациента является важным аспектом экспертной работы: параметры КЖ могут влиять на выбор тактики терапии и приверженность к лечению, позволяют оценить как его эффективность, так и побочные эффекты, помогают формированию прогноза (Ong L.M. et al., 1995; Committee for medicinal products for human use, 2005; Lahmek P. et al., 2009).

Сейчас известно приблизительно 1200 различных инструментов оценки качества жизни (Рассказова Е.И., 2012), однако для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения в практике необходимы стандартизированные инструменты, которые должны быть надежными, валидными, воспроизводимыми, простыми в использовании, комплексными, квантифицированными и адаптированными (Евсина О.В., 2013; Jenkinson C., Coulter A., Wright L., 1993). Все имеющиеся методики разделяют на специфические и неспецифические. Первые являются наиболее чувствительными и применяются для оценки качества жизни у пациентов, страдающих от определенного заболевания или состояния. Неспецифические методики позволяют исследовать КЖ больных с любой патологией/заболеванием. К последним, наиболее

распространенным опросникам КЖ, применяемым в РФ, относятся: MOS SF-36 – Medical Outcomes Study-Short Form – Краткая форма оценки здоровья (Садальская Е.В., Ениколопов С.Н., 2001; Ware J.E., Kosinski M., 2001); WHOQOL-100 – Опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-100) (Бурковский Г.В. с соавт., 1998; The WHOQOL Group, 1994); WHOQOL-BREF — Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни, 2004; The WHOQOL Group, 1998).

В настоящее время КЖ рассматривается как значимый показатель здоровья, а его повышение является одной из ключевых задач здравоохранения (Spilker B., 1996).

В области наркологии исследований КЖ значительно меньше, чем в общесоматической медицине. Впервые КЖ в наркологии изучили R. Longabaugh, M.E. Mattson, G.J. Connors, N.L. Cooney в 1994 году у пациентов с алкогольной зависимостью (Longabaugh R. et al., 1994).

Впоследствии неоднократно сообщалось, что алкогользависимые характеризуются низким уровнем качества жизни в физической, психологической и социальной сферах, в сравнении с общей популяцией (Daerpen J.B. et al., 1998), при этом в состоянии ремиссии показатели качества жизни больных с зависимостью от алкоголя преимущественно в «Психологической сфере», сферах «Личные отношения» и «Социальные отношения» выше, чем у пациентов в рецидиве (Foster J.H. et al., 1999; Polak K., 2001; Kraemer K.L. et al., 2002).

#### **1.4.2. Качество жизни у потребителей наркотиков**

Схожая картина восприятия качества жизни наблюдается и у потребителей наркотиков (Millson P.E. et al., 2004). Независимо от социально-демографических характеристик, наличия вирусного гепатита С, особенностей введения психоактивных веществ (ПАВ) и проводимых лечебных мероприятий, уровень КЖ потребителей наркотических веществ значительно ниже по сравнению с лицами, имеющими серьезные хронические заболевания (Fisher J.A. et al., 2013). Также есть сведения о том, что снижение КЖ предшествует началу наркотизации, а низкая удовлетворенность КЖ наркопотребителей ассоциирована с большей частотой инъекций наркотиков (Pechansky F. et al., 2005; Dietze P. et al., 2010; Fisher J.A. et al., 2013).

Одной из наиболее тяжелых нозологических форм наркомании является опиоидная зависимость (UNODC, 2017). Количество больных ОЗ в Российской Федерации остается на высоком уровне: в 2017 году в РФ зарегистрировано 273 094 больных наркоманией, из них 65,1% с опиоидной зависимостью (Киржанова В.В. с соавт., 2019).

Наркозависимость сопровождается серьезными психическими и физическими расстройствами, личностными и социальными трудностями, которые оказывают негативное влияние на КЖ.

М.Ю. Городнова с помощью опросника SF-36 провела исследование КЖ у 183 пациентов наркологического стационара, страдающих опиоидной наркоманией. Оказалось, что наркозависимые имеют меньшие значения жизненной активности, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья по сравнению с нормативными показателями (Городнова М.Ю., 2014).

М.Г. Колотилин (2012) установил, что показатели качества жизни у лиц с эпизодическим употреблением и синдромом зависимости от опиоидов значительно различаются (Колотилин М.Г., 2012).

Опиоидная наркомания ведет к ухудшению качества жизни, а возникающие изменения взаимосвязаны с тяжестью наркологического заболевания, авторами отмечается, что нарушения качества жизни являются не только следствием опиоидной наркомании, но и фактором тяжести патологического процесса (Литвинцев С.В., Колотилин М.Г., Агибалова Т.В., 2014).

А.Ю. Ненастьева и др. (2006 г.) было показано, что значения КЖ и социального функционирования у опиоидзависимых детерминированы личностными расстройствами, соматическими осложнениями и тяжестью течения заболевания. Кроме того, более высокий суммарный балл по шкале патологического влечения к ПАВ соотносится с более низкими показателями качества жизни. Нормализация же профиля качества жизни и показателя социального функционирования наблюдалась не менее чем через двенадцать месяцев противорецидивной терапии (Ненастьева А.Ю., Бойко Е.О., Гуревич Г.Л., 2006).

Как отмечает L. Amato с соавторами (2005), характеристики КЖ, связанного со здоровьем, могут использоваться для оценки эффективности лечения опиоидной зависимости и применяться на практике наряду с показателями ремиссии, обращаемости, заболеваемости, смертности, наркопреступности и т. д. (Amato L. et al., 2005).

Несмотря на важность учета удовлетворенности КЖ опиоидзависимых для наркологической практики и науки (Winklbaug B. et al., 2008), вопрос оценки КЖ остается разработанным в недостаточной мере.

### **1.4.3. Качество жизни у больных ВИЧ-инфекцией**

Употребление опиоидов в подавляющем большинстве случаев осуществляется инъекционным способом, что обуславливает передачу тяжелых инфекционных заболеваний (ВИЧ, вирусных гепатитов В и С) (Degenhardt L. et al., 2013). Количество ВИЧ-позитивных больных, умерших вследствие ВИЧ-инфекции, постоянно растет (Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации, 2020).

ВИЧ – заболевание, отрицательно влияющее на все сферы жизни больного: физическую, психическую, социальную и духовную. Подавляющее большинство людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), считают, что инфицирование кардинально изменило их жизнь: произошла смена места жительства, возникли проблемы с трудоустройством и суицидные мысли, утратилось ощущение свободы и т. д. (Рехтина Н.В., 2009). Трудности, сопутствующие основному заболеванию, оказывают негативное воздействие на КЖ ЛЖВ (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003; Johnson M. et al., 2015).

В ряде исследований было обнаружено, что восприятие КЖ может варьироваться в зависимости от тяжести заболевания и выявляемых симптомов.

Так, M.L. Campsmith установлено, что меньшее количество лимфоцитов CD4 у больных ассоциируется с худшими показателями КЖ (Campsmith M.L., Nakashima A.K, Davidson A.J., 2003). Схожие данные получены R.M. Kohli с соавторами (2005), изучавшими взаимосвязи КЖ с длительностью ВИЧ и социально-демографическими показателями у серопозитивных пациентов: существует обратная связь между числом лимфоцитов CD4 в крови и степенью удовлетворенности КЖ пациентов с ВИЧ-инфекцией. Низкие значения наблюдаются преимущественно в физической сфере (Kohli R.M. et al., 2005).

В результате обследования 3000 человек удалось выяснить, что к наиболее распространенным симптомам, мешающим нормальному функционированию и снижающим КЖ у больных ВИЧ-инфекцией, относятся: в половине случаев – лихорадка, потливость, озноб, диарея, тошнота или анорексия, онемение, покалывание или боль в конечностях; в более чем одной трети случаев – головная боль, потеря массы тела, вагинальные выделения, синусит, проблемы со зрением, кашель или одышка (Турсунов Р.А., 2013; Mathews W.C. et al., 2000).

Изучение КЖ ВИЧ-инфицированных свидетельствует о том, что, вне зависимости от пола, цвета кожи, уровня доходов, психического и иммунологического статуса, пациенты, оценивая физическую, психологическую и социальную сферы функционирования, акцентируют внимание на низких показателях в последней, что отражает влияние стигматизации и дискриминации (Morandi dos Santos E.C. et al., 2007; Choi P. et al., 2010; Ferro E. et al., 2013).

Стигматизация расстройств, обусловленных ВИЧ-инфекцией, является серьезной медико-психологической и социальной проблемой. Выделение больных среди других, «клеймение» их на основании некоторых отклонений от нормы приводят к отчуждению и дискриминации стигматизируемых, преследованиям и другим отвергающим или враждебным действиям, что вызывает ухудшение их состояния (Бурковский Г.В. с соавт., 1998; Кабанов М.М., Бурковский Г.В., 2000; Briongos Figuero L.S. et al., 2011; Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS: A Cross-Cultural Perspective, 2013).

Стигма, связанная с ВИЧ, может быть одновременно причиной ограниченного доступа к профилактике и лечению самого инфекционного заболевания (Castro A., Farmer P., 2005). В частности, в ряде работ показано, что ВИЧ-стигма существенно снижает КЖ среди заключенных. В условиях лишения свободы у них возникают проблемы с доступом к качественному уходу, отмечается плохое соблюдение режима приема назначенных препаратов, что в свою очередь приводит к росту заболеваемости и смертности (Small W. et al., 2009; Charles B. et al., 2012; Westergaard R.P., Spaulding A.C., Flanigan T.P., 2013).

Изменение состояния здоровья, ухудшение профессиональных навыков, ограничение социального функционирования, часто наблюдаемые у пациентов с ВИЧ, тесно связаны со множеством негативных переживаний (Филоненко Н.Г., 2009; Yen C.F. et al., 2004).

В ходе обследования респонденты с ВИЧ-позитивным статусом часто сообщают о потере интереса к жизни, чувстве никчемности и безнадежности, подавленности и тревоге (Lee R., Kochman A., Sikkema K., 2002; Jin H. et al., 2006; Dal-Bo M.J. et al., 2015). Исследование 175 пациентов (128 мужчин и 47 женщин) с ВИЧ-инфекцией показало, что у 56% испытуемых диагностируется депрессивная симптоматика, нарушающая повседневную жизнь и негативно влияющая на КЖ (Tate D. et al., 2003; Charles B. et al., 2012; Westergaard R.P., Spaulding A.C., Flanigan T.P., 2013). При этом главным предиктором снижения КЖ является высокий уровень невротизации, отмечаемый в личностном профиле данной категории больных (Talukdar A. et al., 2013).

#### **1.4.4. Качество жизни и факторы, связанные с качеством жизни, у наркозависимых, инфицированных ВИЧ**

ВИЧ-инфекция, в силу неизлечимости этого заболевания, является отягощающим фактором при наркозависимости, она ухудшает психическое состояние и КЖ, в том числе в социальной, физической и психической сферах (Литвинцев С.В., Барков Д.А., Улюкин И.М., 2006; Te Vaarwerk M.J., Gaal E.A., 2001; Lee T.S.H. et al., 2013; Desrosiers A. et al., 2017).

На снижение уровня показателей КЖ наркозависимых оказывают влияние возраст, продолжительность зависимости, этап заболевания, особенности течения заболевания, выраженность влечения к наркотику (Бойко Е.О., 2009; Strada L. et al., 2019).

В ходе сопоставления показателей 142 обследованных (71 – ВИЧ-позитивный ПИН и 71 – ВИЧ-отрицательный ПИН) с использованием краткой версии шкалы качества жизни Всемирной организации здравоохранения (WHOQOL-BREF) установлено, что средние баллы во всех доменах опросника WHOQOL-BREF были значительно выше среди ВИЧ-отрицательных пациентов по сравнению с ВИЧ-положительными наркозависимыми. Наибольшая разница

отмечалась в области социальных отношений, за которой следовала психологическая сфера, затем область окружающей среды; наименьшая разница наблюдалась в физическом домене (Lee T.S.H. et al., 2013).

У опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией отмечается двойная стигматизация, которая существенно ухудшает КЖ пациентов (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003).

Показана важная роль уровня субъективного восприятия стигмы пациентами с ВИЧ-инфекцией. Полученные результаты свидетельствуют об обратной связи между выраженностью самовосприятия стигмы и оценкой социальной поддержки (Galvan F.H. et al., 2008; Smith R., Rossetto K., Peterson B.L., 2008).

Наличие ВИЧ-инфекции, а также осознание ВИЧ как смертельного заболевания усугубляют аффективную симптоматику и психологическое состояние больного (Rabkin J.G. et al., 1997). Так, доказано, что у опиоидзависимых частота депрессивных расстройств выше, чем в общей популяции (44–54% и 16% соответственно) (Pani P.P. et al., 2010). При этом выраженность депрессивной симптоматики у потребителей наркотиков отражает тяжесть и прогресс течения ВИЧ-инфекции (Leserman J. et al., 1999). По данным другого исследования, ВИЧ-позитивные потребители опиоидов демонстрировали более высокие показатели депрессии, соматизации, психотизма, паранойяльности, фобической тревоги и индексы GSI по SCL-90, чем ВИЧ-негативные испытуемые (Desrosiers A. et al., 2017). Отмечаемая у больных опиоидной зависимостью коморбидная психическая патология, в особенности личностные расстройства, в сочетании с тяжестью наркологического заболевания являются предикторами низких показателей КЖ (Fassino S. et al., 2004). К примеру, по данным проведенного обследования ВИЧ-положительных опиоидзависимых мужчин, сочетание депрессии и нейрокогнитивных нарушений (память, внимание) является ключевым отрицательным предиктором КЖ. Авторы также отмечают, что депрессивные симптомы оказывают меньшее отрицательное воздействие на КЖ у лиц с большей степенью социальной поддержки (Shrestha R. et al., 2017).

Поддержка наркозависимых и ЛЖВ со стороны членов семьи, друзей и сотрудников здравоохранения играет значимую роль в формировании позитивной оценки КЖ (Vajunirwe F. et al., 2009; Manning V. et al., 2012; Bekele T. et al., 2013). Выраженные нарушения социальных связей, проблемы в семейных отношениях, трудовая дезадаптация, склонность к делинквентному поведению опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией негативно отражаются на КЖ, повышают вероятность рецидива наркологического заболевания (Игумнов С.А., Станько Э.П., 2015).

В Германии в ходе большого национального исследования КЖ пациентов, получавших опиоидную заместительную терапию (n = 2176; SF-12), установлено, что фактором, благоприятно влияющим на психический и физический компоненты КЖ, является социальная занятость респондентов (Strada L. et al., 2019).

В целом можно говорить о том, что КЖ ВИЧ-инфицированных пациентов с опиоидной зависимостью определяется их актуальным физическим и психическим состоянием. При проведении лечебно-реабилитационной работы среди этой группы пациентов необходимо учитывать неоднородность социально-демографических и клинических характеристик (Станько Э.П., Игумнов С.А., 2014). При этом следует принимать во внимание, что базовый курс терапии хотя и позволяет достичь улучшения клинического состояния наркозависимого, но в целом показатели КЖ имеют тенденцию оставаться на низком уровне (Игумнов С.А., Станько Э.П., 2015). Анализ научной литературы, посвященной проблеме качества жизни у зависимых от ПАВ, опубликован и доступен по ссылке: Илюк Р.Д., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И. и др., 2019.

### **1.5. ОСОБЕННОСТИ АНОЗОГНОЗИИ И МЕТОДЫ ЕЕ ОЦЕНКИ ПРИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Анозогнозия рассматривается как один из основных феноменов аддиктивных расстройств (Демина М.В., 2004; Благов Л.Н., 2009; Габоев В.Н., 2010). Анозогнозия – одно из главных препятствий в обращаемости за наркологической помощью лиц, в ней нуждающихся (Pal H.R. et al., 2003; Wells J.E., Horwood L.J., Fergusson D.M., 2007; Goldstein R.Z. et al., 2009), а также в лечении зависимостей и удержании в лечебных программах (Goldsmith R.J., Green B.L., 1988; Kim J.S. et al., 2007; Williams A.R. et al., 2018).

Уровень анозогнозии во многом определяет прогноз заболевания, являясь предиктором как длительности ремиссий (Качаев А.К., Политов В.В., 1984; Баранова О.В., 2005; Ерышев О.Ф. с соавт., 2006; Cho K.C. et al., 2010; Chai S., Cho Y., 2011), так и их качества (Баранова О.В., 2005; Сквиря И.М., 2010). Выраженность и характеристики анозогнозии влияют на особенности и результативность психотерапевтических и реабилитационных программ (Рыбакова Т.Г., 1991; Барбина Е.М., 2002; Баранова О.В., 2005; Поляк О.Б., 2009; Алехин А.Н., Яровинская А.В., 2011), в связи с чем динамическая оценка анозогнозии является одним из важнейших аспектов лечебного процесса (Погосов А.В., 2007; Чирко В.В. с соавт., 2010; DiClemente C.C., Schlundt D., Gemmell L., 2004).

Однако на сегодняшний день отсутствуют общепринятые для клинической и исследовательской практики методы такой оценки (Ino A., Tatsuki S., Nishikawa K., 2001; Kim J.S. et al., 2007). Существует множество способов диагностики анозогнозии, базирующихся на клиническом или на экспериментально-психологическом подходе, что связано с отсутствием единых представлений о происхождении феномена анозогнозии. Большинство исследователей считают, что анозогнозия – многокомпонентное образование, в формирование которого вносят свой вклад клинические, психологические и социальные факторы. Термин «анозогнозия»

является наиболее употребительным, кроме того, в российской наркологии широкое распространение получили такие определения, как внутренняя картина болезни, отношение к болезни, осознание собственного заболевания, сознание болезни, отчуждение болезни, понимание/отрицание заболевания, критика/отсутствие критики, согласие/несогласие с лечением, мотивация на лечение/трезвость и другие. В зарубежной наркологии в этом контексте обычно употребляются термины: отрицание, инсайт, комплайнс.

### **1.5.1. Клинические и экспериментально-психологические методы оценки анозогнозии, применяемые в российской наркологии**

Подходы российских ученых к исследованию анозогнозии основываются, как правило, на теории отношений В.Н. Мясищева, предполагающей рассмотрение любого отношения в трех смысловых ракурсах: когнитивном, эмоциональном и мотивационном. В рамках клинической парадигмы описание анозогнозии возможно как в целом, так и описание ее отдельных компонентов – когнитивного, эмоционального, мотивационно-поведенческого (Лукомский И.И., 1960; Ерышев О.Ф. с соавт., 2006; Ялтонский В.М., 2009). Эти же теоретические положения находят отражение в работах других исследователей (Валентик Ю.В., Курьшев В.Н., 1992; Минутко В.Л., 1995; Шайдукова Л.К., Коблова Е.В., 2009). С позиций клинического подхода разработаны шкалы для оценки отношения к аддиктивной болезни (Минутко В.Л., 1995; Барбина Е.М., 2002; Демина М.В., 2004). Например, стандартизированная шкала клинических признаков нарушения анозогнозии у наркологических больных, которая представлена широким диапазоном клинических характеристик, распределенных по трем блокам (Демина М.В., 2004). «Полуструктурированные» клинические методики позволяют диагностировать различные формы анозогнозии на основании опроса пациентов, в какой степени он может обнаружить сходство расстройств у себя и у «условного двойника» (Чудновский В.С., 1985; Алиев З.Н., Алиев Н.А., 2005).

Клинический метод оценки анозогнозии, который нашел достаточно широкое применение в исследованиях (Гузиков Б.М., Зобнев В.М., Клочкова Л.В., 1990; Клубова Е.Б., 1990; Рыбакова Т.Г., 1991; Баранова О.В., 2005; Сафуанов Ф.С., Баранова О.В., Игонин А.Л., 2011), требует высокой квалификации клинициста.

Выполнен ряд работ, где с помощью психологических методик, как оригинальных, так и модифицированных под эти цели уже существующих, изучалось отношение наркологических больных к своему заболеванию. С помощью этих инструментов, как правило, исследуется какой-либо из компонентов анозогнозии. Так, когнитивный компонент оценивался с помощью модифицированного личностного дифференциала (Клочкова Л.В., 1993; Крупицкий Е.М.,



Гриненко А.Я., 1996), визуальных аналоговых шкал (ВАШ) (Клочкова Л.В., 1993; Соболева Л.Ф., Кошкина Е.А., Широкова М.С., 1995), модифицированной методики Дембо–Рубинштейн (Махова Т.А., 1988; Барбина Е.М., 2002; Алиев З.Н., Алиев Н.А., 2005), теста оценки отношения к алкоголизму (Клочкова Л.В., 1993), опросника Л.Н. Галанкина с соавторами (Галанкин Л.Н., Мурина С.В., Ситников И.В., 2001). Эмоциональный компонент анозогнозии выявлялся с помощью цветового теста отношений (Крупницкий Е.М., Гриненко А.Я., 1996; Барбина Е.М., 2002; Михайлов Б.В. с соавт., 2002) и шкалы дифференциальных эмоций К. Изарда (Бузина Т.С., Подосинова Т.В., 2010). Мотивационно-поведенческий компонент анозогнозии изучался с помощью теста терапевтических установок (Валентик Ю.В., Курьшев В.Н., Осипова Н.Р., 1993), методики экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме (Грабова М.И., 2001). Для выявления личностной реакции на наркологическое заболевание использовался тест «Тип отношения к болезни» (Клубова Е.Б., 1990; Михайлов Б.В. с соавт., 2002; Гречаный С.В., 2008; Алехин А.Н., Яровинская А.В., 2011). Для оценки всех трех компонентов анозогнозии применялись Репертуарные решетки Келли (Крупницкий Е.М., Романова Т.Н., 2009; Сафуанов Ф.С., Баранова О.В., Игонин А.Л., 2011).

В 2011 году в НИПНИ им В.М. Бехтерева на отделении аддиктивных расстройств впервые в наркологической практике разработан стандартизированный опросник «Алкогольная анозогнозия», который основан на представлении об анозогнозии как о сложном феномене, включающем в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты (Рыбакова Ю.В. с соавт., 2011). Опросник содержит 46 утверждений и позволяет получать комплексную оценку уровня «Алкогольной анозогнозии» по субшкалам: неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания в целом, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвости. В проведенном исследовании выполнена стандартизация, доказаны валидность и надежность опросника «Алкогольная анозогнозия». Получены средние эмпирические значения субшкал. Применение опросника показало, что алкогольная анозогнозия — многомерный клинический феномен, являющийся сложной системой противоречивых отношений человека к своей алкогольной болезни. Выявлено, что на уровень алкогольной анозогнозии оказывают влияние такие факторы, как продолжительность ремиссии перед рецидивом, количество дней трезвости в раннем постабстинентном периоде, выраженность аффективных расстройств, кратность обращений за медицинской помощью, участие в психотерапевтических программах, длительность зависимости, форма алкоголизации, перенесенные алкогольные психозы в анамнезе, наличие соматических заболеваний. Доказано, что в формировании анозогнозии играют роль тревожные, эмоционально-лабильные, индивидуалистические и пессимистические личностные черты, уровень алекситимии, наличие алкогольной зависимости в родительской

семье или у супруга, расторжение брачных отношений, а также степень трудовой адаптации (Рыбакова Ю.В. с соавт., 2014).

Зарубежные шкалы создавались на базе как различных теоретических моделей, так и клинических наблюдений, которые позволяют выделить несколько этапов осознания наркологического заболевания, через которые проходит наркологический больной.

К таким инструментам относятся клинические шкалы Denial Rating Scale (Goldsmith R.J., Green B.L., 1988) и The Alcoholism Denial Assessment Tool (Wing D.M., Hansen H., Martin B., 1994). Denial Rating Scale дает возможность оценивать отрицание как алкогольной зависимости в целом, так и ее симптомов, а также определять 7 уровней отрицания. В шкале Alcoholism Denial Assessment выделены 5 степеней отрицания. Работ с применением этих методик крайне мало (Rinn W. et al., 2002).

Другие существующие опросники в основном сфокусированы либо на когнитивных, либо на мотивационных аспектах отношения к болезни. К первым относятся: The Denial and Awareness Scale – Шкала отрицания и осознания (Ino A., Tatsuki S., Nishikawa K., 2001); Drinking-related Cognitions Scale – Шкала представлений, имеющих отношение к алкоголизации (Sawayama T. et al., 2009); Impaired Control Scale – Шкала нарушенного контроля (Heather N. et al., 1993). Ко вторым относятся: Recovery Attitude and Treatment Evaluator – Опросник отношения к выздоровлению и лечению (Mee-Lee D., 1988); The Alcohol Abstinence Self-Efficacy scale – Шкала самоэффективности в воздержании от алкоголя (DiClemente C.C. et al., 1994); Treatment Attitude Profile – Профиль отношения к лечению (Neff J.A., Zule W.A., 2000); Treatment Readiness Tool – Инструмент готовности к лечению (Freyer J. et al., 2004); Abstinence-Related Motivational Engagement – Мотивационная вовлеченность, имеющая отношение к воздержанию (Simpson C.A., Tucker J.A., 2002).

Обращает на себя внимание инструмент Hanil Alcohol Insight Scale (HAIS) – Шкала алкогольного инсайта (Kim J.S. et al., 1998). Методика позволяет оценивать когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты изучаемого явления. В основе Hanil Alcohol Insight Scale лежит концепция инсайта при психических заболеваниях, которая подразумевает, что критическое отношение больного к заболеванию включает: 1) способность оценивать некоторые свои психические симптомы как патологические; 2) признание больным, что он страдает психическим расстройством в целом; 3) согласие с лечением; 4) понимание связи между изменениями социального функционирования и психическим заболеванием (David A.S., 1990, 1992; Amador X.F. et al., 1993).

Транстеоретическая модель изменения проблемного поведения (ТТМ) (Prochaska J.O., DiClemente C.C., 1982) является еще одной теоретической базой, на основе которой создано значительное количество опросников: Методика определения готовности к изменениям Род-

Айлендовского университета (URICA) (DiClemente C.C., Hughes S.O., 1990); Стадии изменения готовности и вовлеченности в лечение (SOCRATES) (Miller W.R., Tonigan J.S., 1996) и ее русскоязычная версия, которая была адаптирована в отделе наркологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Климанова С.Г. с соавт., 2018); Опросник готовности к изменениям (RTCQ) (Rollnick S. et al., 1992; Heather N. et al., 1999).

В последнее время все чаще применяются Визуальные Аналоговые Шкалы. Широко используется в практике мотивационного консультирования «Линейка готовности», простой способ, позволяющий оценить мотивацию клиента к изменениям (Hesse M., 2006; Heather N., Smailes D., Cassidy P., 2008; Harris T.R., Walters S.T., Leahy M.M., 2008; Bertholet N., Horton N.J., Saitz R., 2009; Chung T. et al., 2011; Maisto S.A. et al., 2011). Другими примерами являются «лестницы размышления» (Contemplation Ladder) (Cho K.C. et al., 2010), Marijuana Ladder (Slavet J.D. et al., 2006) и AOD Ladder (Hogue A., Dauber S., Morgenstern J., 2010), которые оценивают готовность к отказу от табака, марихуаны, алкоголя и наркотиков. Инструменты содержат утверждения, каждое из которых отражает возрастающую степень готовности к изменению поведения, испытуемый должен обвести ту ступень, на которой он, по его мнению, находится.

### **1.5.2. Подходы и методы, применяемые для оценки опиоидной анозогнозии**

В основном существующие или разрабатываемые методики направлены на оценку анозогнозии при алкогольной зависимости. В этой связи наиболее изучена алкогольная анозогнозия, в меньшей степени – отношение к болезни при других химических и нехимических зависимостях, в частности при опиоидной наркомании.

О выраженности этого феномена существуют полярные точки зрения: если одни исследователи указывают, что зависимый от опиоидов не может отрицать наличие зависимости у себя, «так как не в состоянии прожить без наркотика и нескольких суток» (Понизовский П.А., 2007), другие выражают мнение о том, что «даже теоретически трудно представить, что полное осознание болезни при наркомании достижимо» (Карвасарский Б.Д., 2000).

Известно, что в происхождение анозогнозии вносят вклад клинические, психологические и социальные факторы (Рыбакова Ю.В. с соавт., 2014). Однако в существующей научной литературе взаимосвязь опиоидной анозогнозии с социально-демографическими и клиническими характеристиками зависимых отражена далеко не полно (Поляк О.В., 2009; Бабичев Л.П., 2014; Белоколов В.В., Малкова Е.Е., 2016). Следует отметить, что не изученными являются уровни и проявления опиоидной анозогнозии у ВИЧ-инфицированных

пациентов. Отсутствует информация об исследованиях взаимосвязи опиоидной анозогнозии с передозировками опиоидами.

Несмотря на то что ряд инструментов для оценки отдельных аспектов отрицания заболевания при наркоманиях существует: как клинических (Барбина Е.М., 2002; Демина М.В., 2004), так и экспериментально-психологических (Капустянский В.Л., Труфанова О.К., Бухановская О.А., 1990; Барбина Е.М., 2002; Крупицкий Е.М., Романова Т. Н., 2009), одной из причин, затрудняющих изучение анозогнозии как многомерного феномена, является отсутствие общепринятых, структурированных, валидизированных и стандартизированных методик многокомпонентной оценки.

Более подробный обзор научной литературы, посвященной проблеме анозогнозии и методам ее оценки при наркологических заболеваниях, опубликован и доступен по ссылке: Рыбакова Ю.В., Илюк Р.Д., 2012.

## **1.6. НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ**

### **1.6.1. Механизмы возникновения мозговой дисфункции у потребителей опиатов**

Развитие нейрокогнитивных расстройств может быть связано и с прямым воздействием опиатов и опиоидов на ЦНС (Wise R.A., Bozarth M.A., 1985; Nestler E.J., Aghajanian G.K., 1997). Введение опиатов и опиоидов приводит к нарушениям функционирования и взаимодействия нейромедиаторных систем. Это касается практически всех изученных к настоящему времени нейротрансмиттеров: дофамина, норадреналина, серотонина, глутаминовой кислоты, ГАМК, глицина и т. д. Сдвиги в системах нейротрансдачи имеют непосредственное отношение к формированию синдрома зависимости, абстинентного синдрома, толерантности. Массивное воздействие наркотических препаратов приводит к дезинтеграции почти всех нейрохимических систем мозга. Опиаты и опиоиды оказывают дизрегуляторное влияние на пластические процессы, энергообеспечение клетки, ионные каналы, меняют стабильность биологических мембран и функциональное состояние генома (Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.А., 1986; Звартау Э.Э., 1988; Анохина И.П., Иванец Н.Н., Дробышева В.Я., 1998; Wise R.A., Bozarth M.A., 1985; Nutt D.J., 1996; Bardo M.T., 1998; Berridge K.C., Robinson T.E., 1998; Wang G.J. et al., 1999; Robinson T.E., Berridge K.C., 2000; Mohn A.R., Yao W.D., Caron M.G., 2004).

В настоящее время установлено, что острая и хроническая интоксикация опиоидами инициирует в мозговых структурах ЦНС ряд патологических процессов, таких как изменение ультраструктуры тел нервных клеток, адренергических и холинергических синапсов, дендритов.

Также выявлено, что деструктивные изменения ультраструктуры нейронов и межнейрональных связей нарастают по мере увеличения срока наркотизации (Морозов Г.В., Боголепов Н.Н., 1984; Robinson T.E., Kolb B., 2004).

Использование современных технических средств подтверждает наличие структурных изменений в ЦНС при длительной интоксикации опиоидами. В частности, изучение мозга наркозависимых при помощи компьютерной томографии позволяет выявить атрофию нервной ткани различной степени (Бушев И.И., Карпова М.Н., 1990).

Е.А. Брюн, А.Б. Гехт, А.Г. Полунина, и др. (2001) установили, что хроническая наркотизация опиатами приводит к нарушению функционирования медиальных префронтальных и орбитофронтальных отделов головного мозга, ответственных за программирование нерутинной деятельности и регуляцию социально-эмоциональных аспектов поведения.

Исследование локальных изменений перфузии с помощью однофотонной эмиссионной компьютерной томографии показало, что у героинзависимых, по сравнению со здоровыми людьми, отмечаются более низкая перфузия мозгового вещества в лобной и теменной коре больших полушарий и более высокая – в таламусе (Krystal J.H. et al., 1995).

Д.А. Тарумов (2018) и Б.С. Литвинцев с соавторами (2015), основываясь на данных функциональной МРТ, показали, что синдром зависимости от опиоидов характеризуется функциональным разобщением медиальной орбитофронтальной коры с подкорковыми структурами. Было выявлено «функциональное разрушение» сети пассивного режима работы головного мозга в виде угнетения активности и исчезновения связности медиальной префронтальной коры с другими ее элементами, при этом длительность наркотизации опиоидами взаимосвязана с выраженностью нарушения в медиальной орбитофронтальной коре, задней части поясной и веретенообразной извилин и структурах клина головного мозга. Наркотические препараты из группы опиатов воздействуют на многие участки мозга, и, в частности, на те, которые имеют отношение к системе «награды» (Koob G.F., Bloom F.E., 1988; Shippenberg T.S. et al., 1998). Ventral tegmentum area (VTA) и nucleus accumbens (NAc) амигдала, префронтальная, цингулярная и инсулярная кора, с одной стороны, составляют нейробиологическую базу аддикции, с другой – выступают в качестве главных координаторов функции других зон мозга (Koob G.F., Bloom F.E., 1988; Shippenberg T.S. et al., 1998; Bechara A., Tranel D., Damasio H., 2000; Koob G.F., 2003; Beer J.S. et al., 2006; Koob G.F., M. Le Moal, 2008; Naqvi N.H. et al., 2014; Shott M.E. et al., 2015). В результате потребление препаратов опиоидного ряда приводит к активации системы награды, что ведет к изменению когнитивного функционирования (Rapeli P. et al., 2006).

Существенную роль в возникновении органического поражения головного мозга у потребителей опиатных наркотиков может играть острое отравление опиатами в результате

превышения допустимой дозы ПАВ. Передозировка является распространенной ситуацией среди потребителей инъекционных опиатных наркотиков (Hickman M. et al., 2003; Grau L.E., et al., 2009; Green T.C. et al., 2009). Передозировка опиатами практически во всех случаях сопровождается формированием энцефалопатии различной степени тяжести. Структуру энцефалопатии составляют астенические, мнестические, аффективные и психотические нарушения (Сафронов А.Г., 1998).

Больные наркоманиями часто употребляют психоактивные вещества, изготовленные кустарным способом, с высоким содержанием токсических примесей (Louria D.B., Hensle T., Rose J., 1967). Токсины оказывают прямое действие и усиливают отравляющее влияние ПАВ на ЦНС, что ведет к быстрому формированию токсической энцефалопатии с интеллектуально-мнестическими нарушениями (Сафронов А.Г., 1998; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001).

При употреблении героина и морфия может развиваться токсическая лейкоэнцефалопатия с очаговой демиелинизацией в сочетании с мультифокальным некрозом, возможно развитие острых, ранних отсроченных и поздних демиелинизирующих процессов (Kopstein M., Mohlman D.J., 2020). В патогенезе этих нарушений лежит токсическое повреждение миелина, существенное значение имеют аутоиммунные реакции на антигены миелина, повреждение олигодендроцитов и, следовательно, нарушение ремиелинизации (Гусев Е.И., Бойко А.Н., 2000). У больных опиоидной наркоманией, инфицированных ВИЧ, регистрируется комплекс сочетанных аддиктивных, психопатологических, соматоневрологических, инфекционных, социально-поведенческих расстройств. Нейроанатомической основой психических нарушений при ВИЧ-инфекции является вначале энцефалопатия, а затем быстро развивающаяся атрофия мозга с характерными спонгиозными изменениями (губчатость мозгового вещества) и демиелинизацией в разных структурах головного мозга (Яковлев Н.А., Жулев Н.М., Слюсарь Т.А., 2005; Jellinger K.A. et al., 2000; Gray F. et al., 2001).

В развитии церебральных расстройств важную роль может играть патология печени. Токсические и инфекционные повреждения печени составляют значительную часть осложнений при опиоидной наркомании, известно, что вирусом гепатита В и С инфицированы до 90% потребителей инъекционного героина, которые обращаются за медицинской помощью (Fingerhood M.I., Jasinski D.R., Sullivan I.T., 1993; Tennant F., Moll D., 1995; Krupitsky E.M. et al., 2006).

Гепатит В, как и гепатит С, может переходить в активную хроническую форму, вызывающую прогрессирующую дегенерацию печени, приводящую к гепатогенной энцефалопатии. Вирус поражает не только печень, но и другие органы и системы, а алкоголь и другие токсические воздействия могут ускорить развитие заболевания (Sharara A.I., Hunt C.M., Hamilton J.D., 1996; Di Bisceglia A.M., 1998). Механизмы развития печеночной энцефалопатии

недостаточно изучены и являются предметом дискуссии, но наиболее распространены три теории развития печеночной энцефалопатии: токсическая, теория ложных нейротрансмиттеров и теория нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера и обмена гамма-аминомасляной кислоты (Haussinger D., 1990; Conn H.O., Bircher J., 1994; Mishchenko V.A., Goryukhina O.A., Plyuk R.D., 1994; Ferenci P., 1996; Goryukhina O.A., Plyuk R.D., Mishchenko I.V., 2000).

### **1.6.2. Нейрокогнитивные нарушения при опиатной зависимости и их диагностика с помощью нейропсихологических методов исследования**

Первые описания изменения психофизиологического функционирования у опиатзависимых представлены в руководствах С.С. Корсакова (1901), Э. Крепелина (1910). Различные варианты психических расстройств, и, в частности, интеллекта, как следствие опиоидной зависимости описывали и многие другие: М.О. Гуревич, М.Я. Серейский (1946), И.В. Стрельчук (1956).

В дальнейшем при изучении нейрокогнитивного функционирования больных опиоидной наркоманией были выявлены нарушения кратковременной памяти и зрительно-пространственной координации (Лукачер Г.Я., Врублевский А.Г., Ласкова Н.В., 1987; Ланда А.Н., 1989). Т.Т. Похилько (1980), а затем А.М. Селедцов (1994) установили, что раннее начало употребления ПАВ и длительная наркотизация приводят к выраженным интеллектуально-мнестическим нарушениям.

По данным М.П. Рохлиной, А.А. Козлова (2000, 2001), у 92 обследованных больных опиоидной и полиморфной группах интеллектуально-мнестические нарушения отмечались в 100% случаев. Легкая степень нарушений была выявлена у 34% больных, средняя – у 56%, выраженная – у 11%. Следует отметить, что нейрокогнитивные нарушения в наибольшей степени регистрируются у больных с сочетанными зависимостями (Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2001; Grant I. et al., 1978). У больных с опиоидной зависимостью нейрокогнитивные нарушения сочетаются с аффективными расстройствами и алекситимией (Менделевич В.Д., 2003; Taylor G.J., Parker J.D.A., Bagby R.M., 1990).

Ряд авторов считает, что наркотизация не вызывает нейрокогнитивных отклонений (Морозов Г.В., Боголепов Н.Н., 1984; Пятницкая И.Н., 1994; Nunes E.V. et al., 1994). Так, в одном из исследований не было выявлено никаких различий в нейропсихологических функциях у пациентов с героиновой наркоманией и здоровых испытуемых (Strang J., Gurling H., 1989). Предполагается, что трудности интеллектуально-мнестической деятельности, явления астении и

анергии при опиоидной наркомании носят временный характер и нивелируются при прекращении наркотизации и длительной ремиссии (Пятницкая И.Н., 1994).

Нейрокогнитивные нарушения являются характерными проявлениями органических психических расстройств. Выраженность клинических симптомов органического поражения мозга при опиоидной наркомании колеблется в широком диапазоне: от сравнительно легких до отчетливо тяжелых нарушений. Если верификация отчетливых признаков психоорганического синдрома не представляет особых сложностей, то выявление минимальной мозговой дисфункции вызывает определенные затруднения, что в последнее время привлекает все большее внимание исследователей (Дамулин И.В., 2002; Захаров В.В., Яхно Н.Н., 2003; Одинак М.М., Емелин А.Ю., Лобзин В.Ю., 2006).

В настоящее время термином «минимальная мозговая дисфункция (ММД)» обозначаются нарушения, не достигающие состояния выраженных органических расстройств и деменции и проявляющиеся в виде снижения познавательных способностей, памяти, активности, внимания, способности к обучению, в форме как отдельных расстройств, так и их сочетаний. ММД формируются на фоне или из-за церебральной недостаточности. Сходным с понятиями ММД можно считать понятие «синдром мягкого когнитивного снижения» (англ. *mild cognitive impairment*) (Touchon J., Portet F., 2004; Whitehouse P.J., Juengst E.T., 2005), критерии диагностики которого в настоящее время больше разработаны в психиатрической и неврологической практике (Petersen R.C. et al., 1999, 2001). Явления ММД значительно распространены в популяции наркозависимых. Наличие ММД формирует неблагоприятный фон, является фактором риска последующего возникновения более тяжелых церебральных дефицитных расстройств у потребителей наркотиков, может значительно видоизменять клинические проявления и динамику наркозависимости, отягощает прогноз (Кондратьев Ф.В., 1990).

Современные методы лучевой диагностики: магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, протонно-резонансная спектроскопия и др. (Volkow N.D., Fowler J.S., Wang G.J., 2004) – могут эффективно оценивать функциональное состояние и особенности функционирования различных структур головного мозга у пациентов, зависимых от ПАВ. В комплексе диагностических методов, направленных на выявление признаков ММД, наряду с современными аппаратными методами важную роль играют нейропсихологические методы исследования, которые дают возможность выявить не только очаговые нарушения, но и структурно-функциональные изменения при различных психопатологических состояниях.

В настоящее время получены научные данные использования нейропсихологических методик (НП) методик в исследовании функциональных состояний головного мозга, дисфункций высшей нервной деятельности у больных, зависимых от опиатов.



В ряде исследований показано, что опиоиды нарушают процессы зрительно-пространственной координации, понимания логико-грамматических отношений, пространственного анализа и синтеза, зрительной памяти.

Результаты нейропсихологической диагностики, полученные М.Е. Баулиной (2002), свидетельствуют о наличии органического поражения головного мозга у больных с героиновой наркоманией. Исследования гностической сферы у данных больных позволили выявить нарушения предметного и зрительно-пространственного гнозиса, динамического праксиса, слуховой и зрительной памяти. Оценка протекания психических процессов показала значительное снижение умственной способности, флуктуацию мнестической деятельности, быструю истощаемость и трудности переключения внимания.

В 2002 году И.Я. Оруджевым было проведено нейропсихологическое исследование разных групп зависимых от ПАВ (больных с опиоидной зависимостью, полинаркоманией, хроническим алкоголизмом), а также выполнена оценка взаимосвязи уровня дезадаптации (включающей клинические, социальные характеристики и т. д.) с нарушениями когнитивных функций. У больных опиоидной наркоманией нейропсихологическая диагностика выявила наличие дисфункции преимущественно теменных и, в меньшей степени, височных отделов правого полушария головного мозга. По мнению автора, дезадаптация у лиц, употребляющих препараты опия, определяется нарушениями пространственного анализа и синтеза, обуславливающими дефекты зрительной памяти, тактильного восприятия и праксиса, а также истощаемостью психических процессов, нарушением внимания, снижением критических способностей.

Современные достижения в психометрической оценке нейропсихологических функций и, в частности, применение более чувствительных компьютерных тестовых батарей, таких как Кембриджская нейропсихологическая автоматизированная батарея (CANTAB), расширили исследовательские возможности. Исследования, проведенные М. Lyvers и М. Yakimoff (2003), показывают взаимосвязь нейропсихологических нарушений с выраженностью абстинентного синдрома у опиоидзависимых. Авторы высказывают мнение о наличии сходства нарушений познавательных функций при различных формах зависимости (опиоидной, кокаиновой, алкогольной).

Сравнительное исследование нейрокогнитивного функционирования, проведенное с помощью компьютеризированной батареи тестов (CANTAB), у больных алкоголизмом и с сочетанной зависимостью от героина и алкоголя выявило достоверные различия в нейрокогнитивном функционировании между группами зависимых от алкоголя и зависимыми от героина и контрольной группой по показателям рабочей памяти, визуально-пространственной памяти, а также по тесту оценки способности поиска и принятия решения. Результаты данного исследования не подтверждают гипотезу о том, что сочетанная зависимость

от героина и алкоголя оказывает более выраженный негативный эффект на нейрокогнитивное функционирование, чем зависимость от одного алкоголя (Бушара Н.М. с соавт., 2009).

В целом литературные данные свидетельствуют о высокой информативности нейропсихологических методов исследования, позволяющих выявить широкий спектр расстройств ВПФ (Тархан А.У., 2008).

Как было отмечено выше, острое отравление опиоидами является одним из ключевых факторов развития нейрокогнитивных расстройств и органического поражения головного мозга у больных с синдромом зависимости от опиоидов.

## **1.7. ПЕРЕДОЗИРОВКА ОPIOИДАМИ: МЕХАНИЗМЫ, ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ**

Проведенные исследования показали, что до 75% наркозависимых испытывают несмертельные передозировки опиоидами, среднее количество перенесенных передозировок на протяжении жизни равняется четырем, и при каждой последующей передозировке кумулятивный риск смертельного исхода возрастает (Grau L.E. et al., 2009; Green T.C. et al., 2009).

### **1.7.1. Патофизиологический механизм опиоидной передозировки и ее последствия**

Патофизиологический механизм опиоидной передозировки базируется на подавлении дыхательной функции за счет воздействия метаболитов героина (или другого опиата) на мю- и дельта-рецепторы в структурах продолговатого мозга. Установлено, что наибольший вклад в механизмы смертельной передозировки вносят мю-2-рецепторы (White J.M., Irvine R.J., 1999).

Взаимодействие опиоидов с опиоидными рецепторами также приводит к миозу, угнетению кашлевого, рвотного (в больших дозах) и терморегуляторного центров, понижению ЧСС, седации, изменению толерантности. Клиническая картина передозировок характеризуется, прежде всего, угнетением центральной нервной системы (ЦНС), проявляющимся исключением сознания разной степени тяжести, от оглушенности до комы – поверхностной или глубокой (Афанасьев В.В., 2012; Отравление наркотиками и психодислептиками..., 2013).

Наиболее специфичным симптомом передозировки опиатами является резкое сужение зрачка вплоть до точечного. Кроме того, состояние зрачка характеризуется значительным снижением или полным отсутствием реакции на свет. При тяжелой гипоксии мозга миоз может сменяться мидриазом (Афанасьев В.В., 2012).

Опасность передозировки для жизни больных связана с угнетением внешнего дыхания, уменьшением глубины и частоты дыхания до 4–6 в минуту. Это состояние сопровождается

побледнением или цианозом кожных покровов. Именно нарушение дыхания определяет тяжесть течения, исход и необходимость выбора лечебных мероприятий (Москвичев В.Г., 2006; Yeadon M., Kitchen I., 1989).

Наступление смерти обыкновенно связывают с остановкой дыхания (Goodman L.S., Gilman A., 1991), рассматривается также клиническое и этиологическое значение отека легкого (Force E.E., Fisher R.S., Millar J.W., 1973; Byers J.M. et al., 1975).

Алкоголь и бензодиазепины усиливают угнетающее действие героина на дыхательную систему и увеличивают риск поражения головного мозга и летального исхода (Perucci S.A. et al., 1991; Eskild A. et al., 1993; Frischer M. et al., 1993; Oppenheimer E. et al., 1994). Сочетание опиоидов с бензодиазепинами и алкоголем увеличивает риск передозировки как из-за потенцирования ингибирующего действия ГАМК (EMCDDA, 2015), так и из-за снижения возбуждающего действия глутамата на NMDA-рецепторы (Беспалов А.Ю., Звартау Э.Э., 2000).

Передозировки опиатами, занимающие второе место после инсультов по развитию коматозного состояния (14,5%), практически во всех случаях сопровождаются формированием гипоксической энцефалопатии различной степени тяжести. Тяжесть энцефалопатии напрямую зависит от времени, проведенного в бессознательном состоянии (Софронов А.Г., 1998). Нелетальная передозировка, которую опиоидзависимые многократно переносят в течение жизни, сопровождающаяся церебральной гипоксией, может вызывать микро- и макроструктурные повреждения нервной ткани, дисфункцию различных отделов головного мозга, а также непродолжительные или долговременные осложнения физического и психического функционирования (Jaffe J.H., 1990; Stohler R. et al., 1999; Cunha-Oliveira T., Rego A.C., Oliveira C.R., 2008; Solis E. et al., 2017).

### **1.7.2. Факторы риска передозировки опиоидов: пол, возраст, качество жизни, обстоятельства и стаж наркопотребления, способ введения наркотика, сочетанное употребление опиоидов и других ПАВ, чистота наркотика, толерантность, отягощенность психическими расстройствами**

*Возраст.* При прочих равных условиях старший возраст связан с меньшим риском возникновения передозировки. Так, согласно результатам многочисленных исследований, в Великобритании (Frischer M. et al., 1993; Cassidy M.T. et al., 1995; Frischer M. et al., 1997; Cooper G.A. et al., 1999; Deaths related to drug poisoning..., 2000; Reducing Drug-related Deaths..., 2000) и Австралии (Darke S., Ross J., 1999) смерти от передозировок опиатами происходят в основном среди людей 25–35 лет. В Испании (Gutierrez-Cebollada J. et al., 1994) и Франции (Ingold F.R., 1986) передозировки со смертельным исходом происходят в возрасте 23–28 лет, имеются данные

о единичных летальных случаях и среди более молодых наркопотребителей. В Лондоне потребители инъекционных наркотиков показали снижение риска возникновения передозировки на 11% за каждый год, отсчитываемый от возраста начала потребления (Powis B. et al., 1999).

*Пол.* Числа, представленные в статистических сообщениях, показывают, что, например, в Великобритании более трех четвертей наркопотребителей, перенесших передозировку, были мужчинами (Deaths related to drug poisoning..., 2000), этот факт объясняется преобладанием мужчин среди потребителей (Reducing Drug-related Deaths..., 2000). Вместе с тем существует мнение, что мужчины и женщины в одинаковой степени подвержены риску передозировки. По данным ряда авторов, у женщин вероятность перенести передозировку (Gossop M. et al., 1996; Best D. et al., 2000; Singleton N., Farrell M., Meltzer H., 2003) или погибнуть от нее (Oppenheimer E. et al., 1994; Frischer M. et al., 1997) такая же, как и у мужчин, или, возможно, даже больше (Oppenheimer E. et al., 1994; Frischer M. et al., 1997; Darke S., Ross J., 1999; Powis B. et al., 1999).

*Качество жизни.* Бездомность – распространенное явление среди зависимых, но лишь немногие исследователи ставили перед собой цель изучить, насколько чаще передозировки происходят в этой группе потребителей. Последние, как правило, не имеют альтернативы рискованному публичному потреблению (Reducing Drug-related Deaths..., 2000), что считается основным механизмом, влияющим на частоту передозировок. Нестабильная ситуация с жильем имела сильную статистическую связь со смертями от передозировки в Германии (Fischer B., 1995) и, наряду с другими показателями социального отторжения, в Норвегии (Rossow I., Lauritzen G.C., 1999). Социо-экономическая депривация в Великобритании имела ярко выраженную связь со смертностью от наркотиков, что, однако, может отражать лишь социальное распределение зависимости и инъекционной наркомании (Reducing Drug-related Deaths..., 2000).

*Обстоятельства употребления наркотиков.* Частой причиной передозировок является высокое качество наркотика (чистота) (Grau L.E. et al., 2009; Green T.C. et al., 2009). Проверка чистоты (силы) наркотика при употреблении в публичных местах затруднена: внимание наркозависимого сосредоточивается на как можно более быстрой покупке и употреблении наркотических средств в целях избегания контакта с правоохранительными органами. Невозможность пробы наркотика и неизвестный источник его поставки существенно повышают риск передозировки. Есть данные, что число передозировок среди потребляющих наркотика в публичных местах в 3 раза превысило тот же показатель среди «домашних» потребителей (Klee H., Morris J., 1995). В ситуации возможного ареста потребители были более склонны употребить наркотик на месте приобретения (Darke S., Ross J., 1999). Потенциально защитный механизм – потребление в группе (Maher L. et al., 1998) – также не работает на практике: скорая помощь вызывается до наступления смерти лишь в 19% случаев.

*Стаж употребления наркотика.* Статистика показывает: чем больше стаж потребления опиатов, тем выше вероятность передозировки (Darke S., Ross J., Hall W., 1996; McGregor C. et al., 1998). Более того, большинство погибших от передозировки имеют многолетний стаж потребления (Darke S., Zador D., 1996; Darke S., Ross J., 1999). Австралийское исследование подтверждает факт, что риск возникновения летальной передозировки возрастает с увеличением длительности потребления опиатов (Darke S., Ross J., Hall W., 1996; Darke S., Ross J., 1997; McGregor C. et al., 1998).

Возрастание риска летальной передозировки при увеличении срока наличия зависимости от опиоидов также подтверждается британскими исследованиями. Например, в Великобритании риск несмертельной передозировки в течение первого года употребления инъекционных наркотиков составил 1/16, а для следующих лет потребления – 1/6. При этом риск в первый год потребления мог быть снижен ввиду более редкого потребления опиатов (Powis B. et al., 1999). Согласно данным российских исследователей, только один из четырех опрошенных (27%), употреблявших инъекционные опиаты менее года, перенес передозировку. На втором году употребления доля передозировок увеличивается до 49%, а к шестому году употребления уже три четверти опиатных потребителей (75%) перенесли передозировку (Сергеев Б., Саранг А., Тихонов М., 2004). Аналогично, исследование, проведенное в Глазго, показало, что риск перенесения потребителем передозировки возрастает практически от нуля в первый год инъекционного потребления опиатов до 1/5 для потребителей с большим стажем (более 14 лет) (Frischer M. et al., 1997). Возможный механизм этой тенденции объясняется тем, что опиатные потребители, длительно наркотизирующиеся, готовы идти на больший риск для получения удовольствия.

*Способ введения наркотика.* В последние годы пероральному и ингаляторному введению опиатов отдается все большее предпочтение, что практически никогда не приводит к передозировкам (EMCDDA, 2017; Overdose death rates, 2020). Такие пути введения могут приводить к увеличению объема потребляемого вещества, однако дают возможность регулировать дозу наркотика.

При инъекционном потреблении наркотиков нет возможности регулировать дозу путем дробного введения наркотика, что значительно увеличивает риск развития передозировки (Сергеев Б., Саранг А., Тихонов М., 2004; EMCDDA, 2017; Overdose death rates, 2020). Так, согласно данным британского исследования, в течение жизни передозировки переносила треть инъекционных потребителей и всего 2% курильщиков героина (Gossop M. et al., 1996). В одном из австралийских исследований показано, что практически 100% смертей от передозировки героином были связаны с инъекционным путем введения наркотика (Darke S., Ross J., 1999).

*Сочетанное употребление опиоидов и других ПАВ.* Риск передозировки возрастает в случае регулярного и интенсивного потребления других психоактивных веществ, включая алкоголь, бензодиазепины и барбитураты (Caplehorn J.R.M., 1996; Darke S., Ross J., 1999; Rossow I., Lauritzen G.C., 1999); чем больше разновидностей препаратов используется, тем выше риск передозировок (McGregor C. et al., 1998). При одновременном употреблении с опиатами их эффекты могут кумулироваться, приводя к фатальным последствиям (Platt J.J., 1986; Darke S., Zador D., 1996; Reducing Drug-related Deaths..., 2000). Среди факторов, увеличивающих риск передозировки, важное место занимает алкоголь. Установлено, что около 50% ПИН перед передозировкой употребили в среднем 17 стандартных доз алкоголя (Powis B. et al., 1999). 80% наркозависимых имеют опыт одновременного потребления алкоголя и опиатов в течение жизни (Strang J. et al., 1999). Алкоголь был обнаружен в крови четверти погибших от превышения доз в Великобритании (Deaths related to drug poisoning..., 2000).

74% скончавшихся во время локальной эпидемии героиновых смертей в США употребляли наркотическое вещество вместе с алкоголем, что, как показал детальный анализ, было основным фактором в этих смертях (Ruttenber A.J., Luke J.L., 1984).

В российском исследовании «Осведомленность о проблеме передозировки» было установлено, что одновременное употребление опиатов и ПАВ (алкоголя, препаратов из группы бензодиазепинов), а также антигистаминных препаратов (димедрол) увеличивает вероятность развития передозировки. У наркопотребителей, которые сообщали, что в день передозировки не принимали другие препараты, кроме опиатов, риск развития передозировки достигал 41%. При одновременном использовании героина и других веществ этот показатель увеличивался до 59%. Чаще всего респонденты смешивали опиаты с алкоголем (56%), реже с седативными средствами (23%) или антигистаминными препаратами (11%). Наибольший риск развития летальной передозировки отмечался у молодых экспериментирующих наркопотребителей, одновременно употреблявших психоактивные вещества, обладающие различной силой воздействия (Сергеев Б., Саранг А., Тихонов М., 2004).

Полиупотребление ПАВ (особенно с алкоголем) также часто встречается в случае смертей среди неинъекционных наркопотребителей (Risser D. et al., 2000; Brugal M.T. et al., 2005). В ряде работ отмечено значение кокаина в летальных передозировках опиоидов, что может быть обусловлено нарушением дыхания, острой гипертензией, вызванной кокаином во время передозировки опиоидов, и другими факторами (Shah N.G. et al., 2007; Illicit drug use in New York City, 2010). При сочетании инъекции героина и кокаина риск острого отравления возрастает в 2,6 раза (Ochoa K.C. et al., 2001).

*Качество наркотика.* Около 20% летальных передозировок связаны с высокой вариабельностью качества наркотиков. Некоторые ученые предполагают, что смерть

наркопотребителей может наступать вследствие наличия в опиатах токсических примесей, например хинина (Cherubin C. et al., 1972; Monforte J.R., 1977; Rutenber A.J., Luke J.L., 1984).

В США в начале 1980-х гг. была обнаружена выраженная связь между чистотой опиатов и смертностью от передозировок. Резкое падение уличных цен на героин и такое же резкое ухудшение чистоты героина привело к увеличению количества передозировок (Rutenber A.J., Luke J.L., 1984).

Повышение числа передозировок было связано с появлением клубных потребителей, обычно предпочитающих алкоголь, но стремящихся попробовать что-то новое. Таким образом, если чистота наркотика и оказывает влияние на частоту передозировок, то в основном среди неопытных потребителей (Hall W., 1999).

По данным российских исследователей, чистый героин является причиной передозировки в трех из четырех отмеченных респондентами случаев, 26% респондентов связывали причину последней передозировки со смешением опиатов с алкоголем или другими препаратами. 25% респондентов ответили, что передозировка была вызвана увеличением дозы с целью добиться «бóльших ощущений», еще 25% опрошенных сказали, что качество употребляемых ими опиатов не было им известно, а оставшиеся 24% связывали причину передозировки с предшествующим ей периодом воздержания от опиатов (Сергеев Б., Саранг А., Тихонов М., 2004).

*Рост толерантности.* Рост толерантности приводит к тому, что все большая и большая доза требуется опиатным наркопотребителям для достижения желаемого психоактивного эффекта (Brands B., Sproule B., Marshman J., 1998). Повышение дозы героина для достижения желаемых эффектов может привести к смерти даже на фоне регулярного длительного потребления (Darke S., Ross J., Hall W., 1996; White J.M., Irvine R.J., 1999).

*Психические расстройства.* Показатель коморбидности наркомании и психических расстройств достигает 50–75%. В свою очередь, наличие психических расстройств среди наркопотребителей ассоциируется с более высоким риском развития передозировки. Следует отметить, что у больных наркотической зависимостью по сравнению с общей популяцией гораздо чаще регистрируются тревога и депрессия (Reducing Drug-related Deaths..., 2000), эти проблемы являются прямым следствием потребления опиатов (Reducing Drug-related Deaths..., 2000) и более распространены среди наркопотребителей, которые уже перенесли передозировку. Чувство безнадежности и мысли о суициде ассоциированы с передозировкой. В случае намеренной передозировки мысли о суициде отмечались у 80% зависимых (Best D. et al., 2000). Суицид посредством передозировки среди активных потребителей опиатов часто недооценивается: примерно треть летальных исходов, связанных с наркотиками, могла произойти в результате намеренной передозировки (Oppenheimer E. et al., 1994, Frischer M. et al., 1997).

Лечение опиатной зависимости, включая заместительную терапию метадонем, сравнительно малоэффективно в предотвращении намеренных передозировок. Выявлено, что среди пациентов, проходящих метадоновую терапию, намеренные несмертельные передозировки случаются вдвое чаще, чем случайные (Best D. et al., 2000), в то время как среди наркопотребителей, не находящихся на лечении, эта пропорция обратная (Powis B. et al., 1999).

### **1.7.3. Опиоидная передозировка у ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков. Факторы, влияющие на риск развития передозировок у пациентов инфицированных ВИЧ**

Результаты мета-анализа показывают, что риск развития передозировки у ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков на 74% выше, чем у ВИЧ-отрицательных пациентов (Eskild A. et al., 1993). Причины развития передозировок у ВИЧ-инфицированных включают биологические, поведенческие и другие, пока еще не выявленные, факторы. Рассматриваемые биологические механизмы раскрывают связь повышенного риска передозировки в результате иммуносупрессии, проявления оппортунистических инфекций и ухудшения общего состояния (van Ameijden E.J., Langendam M.W., Coutinho R.A., 1999; Vlahov D. et al., 2000; Brugal M.T. et al., 2002; Wang C. et al., 2005). Исследователи обращают внимание на болезни легких и инфекционные процессы, характерные для ЛЖСВ: данные особенности могут угнетать респираторную функцию, что повышает риск смерти при передозировке (Wang C. et al., 2005; Solomon S.S. et al., 2009). Измененный метаболизм (например, заболевания печени, гепатит В или С), нередко наблюдающийся у людей, живущих с ВИЧ (ЛЖСВ), может объяснить связь между ВИЧ и передозировками (van Haastrecht H.J. et al., 1996; Brettle R.P. et al., 1997; Vlahov D. et al., 2000; Wang C. et al., 2005; Solomon S.S. et al., 2009). С. Wang и др. (2005) выявили, что ВИЧ-инфекция опосредованно снижает работоспособность (функциональность) печени (на 12–35%) и дыхательной системы (на 20%).

К поведенческим факторам, способным увеличить риск передозировки у ЛЖСВ, авторы отнесли рискованный образ жизни и сопутствующие психические расстройства (Eskild A. et al., 1993; van Haastrecht H.J. et al., 1994; Goedert J.J. et al., 1995; Prins M. et al., 1997; Cattaneo C. et al., 1999; van Ameijden E.J., Langendam M.W., Coutinho R.A., 1999; Brugal M.T. et al., 2002). Хотя некоторые исследования среди ЛЖСВ ПИН обнаружили суицидальные наклонности и, следовательно, повышенный риск передозировки (van Haastrecht H.J. et al., 1996; van Ameijden E.J., Langendam M.W., Coutinho R.A., 1999), подтверждения этим данным получено не было (van Haastrecht H.J. et al., 1994).



К структурным и средовым факторам, влияющим на риск передозировки у ВИЧ-инфицированных пациентов, ученые относят: применение заместительной терапии, бездомность, неблагополучное материальное и социальное положение, нахождение в местах лишения свободы или изоляция, употребление наркотиков в одиночку. Было доказано, что заместительная терапия метадонем значительно снижает риск передозировки у ВИЧ-инфицированных ПИН (Langendam M.W. et al., 2001; Tyndall M.W. et al., 2001; Brugal M.T. et al., 2005). Также был замечен повышенный риск передозировки среди бездомных и бедных ВИЧ-положительных ПИН, тогда как среди лиц, получающих государственные и социальные выплаты, наблюдался пониженный риск передозировок (Monforte J.R., 1977; Gossop M. et al., 1996). К. Tardiff и др. (1997) обнаружили, во-первых, что проживание за чертой бедности было связано с повышенным риском ВИЧ-инфицирования и, во-вторых, что передозировка опиоидами случается чаще среди ВИЧ-позитивных, чем среди ВИЧ-отрицательных пациентов. Тюремное заключение является еще одним существенным фактором риска передозировки (Gossop M. et al., 1996; Seaman S.R., Brettle R.P., Gore S.M., 1997, 1998). S.R. Seaman и др. (1998) обнаружили, что риск смертельной передозировки среди ВИЧ-инфицированных ПИН в 8 раз выше в течение первых двух недель после освобождения (Gossop M. et al., 1996). 38 из 64 смертей ВИЧ-инфицированных пациентов больниц (умерших не от СПИДа) были вызваны интоксикацией опиоидами (59%), 15 (39%) человек из числа постмортально обследованных незадолго до смерти освободились из тюрем (Brettle R.P. et al., 1997). Исследование М. Neira-León и др. (2011) показало, что ВИЧ-инфицированные ПИН чаще, по сравнению с ВИЧ-отрицательными, употребляют наркотики в одиночку, что является фактором повышения риска передозировок.

## **ГЛАВА 2. 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**

### **2.1. ДИЗАЙН И ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОЦЕДУРЫ НАБОРА ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **2.1.1. Дизайн исследования**

Сравнительное кросс-секционное исследование проводилось однократно, «сплошным методом».

#### **2.1.2. Объект исследования**

Обследовано 150 потребителей наркотиков, находившихся на лечении в государственных наркологических учреждениях Санкт-Петербурга. Кроме того, со слов респондентов в исследование включалась информация о «скрытой группе», представители которой употребляли наркотики регулярно, не менее четырёх месяцев в течение последнего полугодия.

#### **2.1.3. Процедуры набора исследуемой группы**

Сбор данных осуществлялся у всех потребителей наркотиков, обратившихся и госпитализированных в лечебные учреждения г. Санкт-Петербурга и соответствующих критериям включения и невключения, при наличии подписанного добровольного информированного согласия, одобренного Локальным этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (НИПНИ им. В.М. Бехтерева).

##### ***2.1.3.1. Критерии включения***

Возраст от 18 до 65 лет, регулярное употребление наркотиков (не реже, чем один раз в неделю) в течение шести месяцев перед проведением опроса, нахождение на лечении в государственных наркологических учреждениях Санкт-Петербурга и получение

информированного согласия на участие в исследовании. Для «скрытой группы» – регулярное употребление наркотиков не менее 4 месяцев в течение последнего полугодия и не реже, чем один раз в неделю.

### **2.1.3.2. Критерии невключения**

Не купированный синдром отмены, наличие состояний, затрудняющих контакт с больным (психотические состояния, выраженная медикаментозная седация), присутствие других состояний, мешающих получению объективной информации, а также отказ от участия в исследовании.

### **2.1.4. Методы исследования**

Для сбора данных применялась клиническая карта, включавшая следующие основные разделы: социально-демографические характеристики, диагноз, сведения об употреблении ПАВ, формах поведения, связанных с риском инфицирования, и о видах получаемой медицинской помощи, а также данные о наличии ВИЧ, гепатита В и С. С помощью полуструктурированного опросника, специально созданного для данного исследования, проводилась оценка мнений наркозависимых об опасениях и характере проблем, связанных с употреблением наркотических веществ.

**Методы статистической обработки.** Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистического пакета SPSS version 12.0. Применялись методы описательной статистики, критерий  $\chi^2$  использовался для сравнения групп по качественному признаку. Для изучения факторов риска переменные приводились к бинарному виду. В дальнейшем для анализа таких переменных использовалось отношение шансов, т. е. отношение шансов совершения события в одной исследуемой группе к отношению шансов в другой группе. Из обработки исключались анкеты, заполненные менее чем на 70%.

## **2.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ НАРКОТИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

### **2.2.1. Социально-демографические и поведенческие особенности**

Обследовано 150 потребителей наркотиков. Из 149 ответивших было 69,1% мужчин ( $n = 103$  человека) и 30,9% женщин ( $n = 46$ ). Средний возраст респондентов – 28,48 года

(SD = 5,04). 2% (n = 3) респондентов составили лица в возрасте от 16 до 19 лет, 18,7% (n = 28) – от 20 до 24 лет, 42% (n = 63) – 25–29 лет, 26,7% (n = 40) – 30–34 года, 8% (n = 12) – 35–39 лет, 2,6% (n = 4) – лица старше 40 лет. Доля лиц в возрасте от 25 до 34 лет составила 68,7% (n = 103), моложе 25 лет – 20,7% (n = 31); старше 35 лет – 10,6% (n = 16) (Таблица 1).

Таблица 1. Социально-демографические показатели респондентов – потребителей психоактивных веществ (ПАВ)

Социально-демографические показатели	%	N
Мужчины	69,1	103
Женщины	30,9	46
Всего ответивших	100	149
Возрастные группы:		
16–19 лет	2,0	3
20–24 года	18,7	28
25–29 лет	42,0	63
30–34 года	26,7	40
35–39 лет	8,0	12
40 лет и старше	2,6	4
Всего ответивших	100	150
Уровень образования:		
Менее 9 (8) классов школы	3,4	5
9 (8) классов средней школы	13,7	20
11 (10) классов средней школы	28,8	42
Незаконченное среднее специальное	4,8	7
Среднее специальное	32,9	48
Незаконченное высшее	13,0	19
Высшее	3,4	5
Другое	–	–
Всего ответивших	100	146
Источники доходов:		
Трудовая занятость (постоянная)	17,0	25
Трудовая занятость (временная)	12,9	19
Случайный доход	22,4	33
Помощь родителей и родственников	28,6	42
Помощь супруга или партнера	6,8	10
Другие источники доходов	12,2	18
Всего ответивших	100	147

Из 146 опрошенных 61,64% (n = 90) имели законченное среднее специальное или среднее образование (n = 48, 32,9% и n = 42, 28,8% соответственно); незаконченное высшее и высшее – 16,4% (n = 24); незаконченное среднее и незаконченное среднее специальное – 13,7% (n = 20) и 4,8% (n = 7) соответственно; и только 3,4% (n = 5) имели образование менее 8 (9) классов средней школы. На момент проведения опроса учились в различных учебных заведениях 4 человека (2,7% от числа опрошенных).

В качестве основного источника средств к существованию респонденты (n = 147) указывали: помощь родителей или родственников – 28,6% (n = 42), случайные заработки – 22,4% (n = 33), постоянную работу – 17,0% (n = 25), временную работу – 12,9% (n = 19), «другие источники доходов» – 12,2% (n = 18), помощь супруга или партнёра – 6,8% (n = 10). Необходимо отметить, что в понятие «другие источники доходов» включены доходы, полученные незаконным путем (торговля наркотиками, воровство и т. п.). Большая часть респондентов – 72% (n = 108) – проживали с потребителями наркотиков.

### **2.2.2. Особенности употребления ПАВ**

96% респондентов (n = 144) основным наркотиком, то есть 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 (используемого в качестве основного наркотика, n = 144) составила 8,5 года (SD = 4,3). 66,0% потребителей героина, а именно 95 человек, употребляли этот наркотик в течение 7 и более лет. Доля лиц, употреблявших героин на протяжении от 1 года до 6 лет, составила 32,6% (n = 47). Доля лиц, употреблявших героин на протяжении менее 1 года, составила 1,4% (n = 2). 19 респондентов принимали героин на протяжении от 1 года до 3 лет (13,2%). 28 опрошенных имели стаж употребления основного наркотика от 4 до 6 лет (19,4%). Доля респондентов, имеющих длительный стаж употребления героина (от 4 и более лет), составила 85,4% (n = 123). Из 143 опрошенных в течение последних 30 дней 86,0% (n = 123) употребляли героин ежедневно, 7,0% (n = 10) – 2–6 раз в неделю и лишь 2,8% (4 респондента) – 1 раз в неделю и реже. Согласно опросу (n = 143), инъекционный путь введения героина составил 99,3% (n = 142). Об ингаляторном употреблении сообщили 0,7% респондентов (n = 1) (Таблица 2).

Таблица 2. Особенности употребления ПАВ респондентами

Основной наркотик		%	N
Опиоиды	Героин	96	144
	Метадон	3,33	5
Психостимуляторы	Метамфетамин	0,66	1
Всего ответивших		100	150
Путь введения основного наркотика:			
Инъекции		99,3	148
Курение		0,0	0
Еда/питье		0,0	0
Вдыхание		0,7	1
Всего ответивших		100	149
Пути введения героина (как основного наркотика):			
Инъекции		99,3	142
Курение		0,0	0
Еда/питье		0,0	0
Вдыхание		0,7	1
Всего ответивших		100	143
Частота употребления героина (как основного наркотика) за последние 30 дней:			
Раз в неделю и реже		2,8	4
2–6 раз в неделю		7,0	10
Ежедневно		86,0	123
Не употреблял за последние 30 дней		4,2	6
Всего ответивших		100	143
Суточная доза, г:			
0,05–0,49		7,2	10
0,50–0,99		24,0	33
1,00–1,99		39,1	54
2,00–2,99		16,7	23
3 г и более		13,0	18
Всего ответивших		100	138
Длительность употребления основного наркотика (героина) по периодам:			
До 1 года		1,4	2
1–3 года		13,2	19
4–6 лет		19,4	28
7 лет и более		66,0	95
Всего ответивших		100	144

При опросе 138 респондентов получены данные о количествах суточного употребления героина: 9,1% употребляли героин от 1 до 1,99 грамма в сутки, в среднем 1,5 (SD = 1,1) грамма в сутки. Следует отметить, что подавляющее большинство потребителей героина, а именно 68,8% (n = 95) опрошенных, употребляли его в количестве не более двух граммов; 7,2% (n = 10) – в дозе менее 0,5 грамма. У 13,0% (n = 18) опрошенных суточная доза превышала 3 грамма.

### 2.2.3. Рискованное инъекционное поведение и передозировки

При изучении распространенности использования чужих шприцев/игл среди респондентов-ПИН (n = 148) установлено, что в течение последнего года 59,5% (n = 88) использовали чужие шприцы/иглы, а 62,2% (n = 92) применяли другие общие инъекционные приспособления. Более половины респондентов – 62,8% (n = 93) – давали использованные иглы/шприцы другим лицам. Из 147 респондентов-ПИН 37,4% (55 человек) указали на то, что в течение года перенесли передозировку (Таблица 3).

Таблица 3. Рискованное инъекционное поведение и наличие передозировок

Виды рискованного поведения	%	N
Использование чужих шприцев/игл в течение последнего года:		
Да	59,5	88
Нет	40,5	60
Всего ответивших	100	148
Использование других общих инъекционных приспособлений в течение последнего года:		
Да	62,2	92
Нет	37,8	56
Всего ответивших	100	148
Давались ли другим использованные шприцы/иглы в течение последнего года:		
Да	62,8	93
Нет	37,2	55
Всего ответивших	100	148
Передозировки наркотиков за последний год:		
Да	37,4	55
Нет	62,6	92
Всего ответивших	100	147

### 2.2.4. Обследование на парентеральные инфекции

Из всех респондентов, являвшихся пациентами наркологических стационаров и обследованных на ВИЧ (141 человек), доля ВИЧ-позитивных составила 54,6% (77 опрошенных). Более трети обследованных ПИН (из 134 человек) инфицированы вирусом гепатита В ( $n = 43$ , 32,1%). Доля инфицированных гепатитом С составила 95,9% (140 человек) среди всех обследованных ( $n = 146$ ) (Таблица 4).

Таблица 4. Обследование на парентеральные инфекции

Результаты обследования на парентеральные инфекции	%	N
Обследование на наличие антител к ВИЧ:		
Положительный	54,6	77
Отрицательный	45,4	64
Число обследованных	100	141
Обследование на наличие антител к гепатиту В:		
Положительный	32,1	43
Отрицательный	67,9	91
Число обследованных	100	134
Обследование на наличие антител к гепатиту С:		
Положительный	95,9	140
Отрицательный	4,1	6
Число обследованных	100	146

### 2.2.5. Особенности оказания медицинской помощи

71,3% ( $n = 107$ ) респондентов из 150 обследованных ранее уже проходили лечение в том же учреждении, в котором они были рекрутированы для участия в настоящем исследовании. 80,6% ( $n = 104$ ) из 129 опрошенных были госпитализированы повторно в течение года после прохождения предыдущего курса стационарного лечения по поводу наркозависимости, для 49,6% ( $n = 64$ ) из них длительность периода между госпитализациями составила менее 6 месяцев, что свидетельствует о низком качестве достигнутой ремиссии (Таблица 5). Доля респондентов со сроком 7–12 месяцев между последней и предыдущей госпитализациями составила 31% ( $n = 40$ ); от 1 года до 2 лет – 12,4% ( $n = 16$ ); с длительностью более 2 лет – 7,0% ( $n = 9$ ).



Таблица 5. Особенности оказания медицинской помощи

Особенности оказания медицинской помощи	%	N
Лечение в данном лечебном учреждении:		
Ранее не лечился	28,7	43
Лечился	71,3	107
Всего ответивших	100	150
Длительность периода между последней и предыдущей госпитализацией:		
До 6 мес. включительно	49,6	64
7–12 мес.	31,0	40
От 1 года до 2 лет	12,4	16
Более 2 лет	7,0	9
Всего ответивших	100,0	129
Кто направил на текущее лечение:		
По собственному желанию	72,0	108
Семья/друзья	10,0	15
Другое наркологич. учреждение	14,0	21
Больница/др. медиц. учреждение	2,6	4
Социальные службы	0,7	1
Суд/надзор/полиция	0,0	0
Другое	0,7	1
Всего ответивших	100,0	150
Лечение в наркологическом стационаре (% от числа ответивших):		
Детоксикационное лечение	72,7	109
Фармакотерапия	25,3	38
Нелекарственное лечение (психосоциальная помощь)	28,7	43
Психотерапевтическая помощь	25,3	38
Направление на лечение в другое учреждение	0,7	1
Отказ от лечения	0,7	1
Общее число полученных ответов	–	230
Всего ответивших	100,0	150

Большинство респондентов – 108 человек (72%) – обратились за оказанием наркологической помощи по собственному желанию. Были направлены на лечение из других наркологических или медицинских учреждений (больниц) 16,6% (n = 25) опрошенных; 10% (n = 15) обратились по настоянию семьи или друзей; один больной (0,7%) направлен социальными службами. На вопрос о лечении, проводимом в течение данной госпитализации, были получены следующие ответы: 72,7% обследуемых (n = 109) получали детоксикационную терапию или были настроены только на снижение дозы наркотика; 25,3% (n = 38) получали

фармакотерапию. Психосоциальная помощь была оказана 28,7% (n = 43) пациентам. Психотерапевтическое лечение проводилось у 25,3% (n = 38) респондентов. От лечения отказался один больной. На наркологическом учете состояли 112 обследованных (74,7%). Из-за проблем с наркотиками 50,7% задерживались полицией.

### **2.3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ «СКРЫТОЙ ГРУППЫ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ»**

150 респондентов назвали 505 других представителей своей группы, которые употребляли наркотики разными способами. Показатель соотношения респондентов и названных наркопотребителей в целом составил 1:3,3.

#### **2.3.1. Основные социально-демографические характеристики «скрытой группы» наркопотребителей**

63,2% (n = 319) от общего числа «скрытой группы» составляют мужчины, 36,8% (n = 186) – женщины. Средний возраст 27,93 года (SD = 5,45), в пределах от 16 до 56 лет. Распределение по возрасту показало, что наибольшее число «скрытых наркопотребителей» пришлось на возрастную группу 25–29 лет – 39,2% (n = 198), на возрастные группы 20–24 года – 20,8% (n = 105), от 30 до 34 лет – 25,3% (n = 128), моложе 19 лет – 4,0% (n = 20) от числа ответов. 10,7% (n = 54) «скрытых наркопотребителей» были старше 35 лет.

Источником средств к существованию для «скрытых наркопотребителей» служили случайные заработки (n = 175, 34,7%), помощь близкого окружения (родителей и родственников) (n = 118, 23,4%), постоянная трудовая занятость (n = 70, 13,8%), а также «другое» (n = 79, 15,6%). Временную работу имели 8,5% (n = 43) «скрытых наркопотребителей», 4,0% (n = 20) – получали помощь супруга. По данным полученных 495 ответов, 36,8% названных наркопотребителей получили полное среднее (n = 182) образование, 19,6% – незаконченное среднее (n = 97), среднее специальное образование имели 18,8% (n = 93) опрошенных, незаконченное среднее специальное образование – 9,3% (n = 46). Высшее или незаконченное высшее образование получили 11,9% (n = 59). Образование менее 9 классов было у 18 человек (3,6%).

#### **2.3.2. Употребление наркотических веществ в «скрытой группе»**

Анализ данных по наиболее часто употребляемому наркотику показал, что «скрытые наркопотребители» в основном употребляют героин (n = 478, 94,6%) и другие наркотики

опийной группы ( $n = 10, 2,0\%$ ). На втором месте находятся психостимуляторы ( $n = 14, 2,8\%$ ), и в первую очередь это амфетамин ( $n = 10, 2,0\%$ ). На третьем месте каннабиноиды ( $n = 3, 0,6\%$ ).

Среди «скрытых наркопотребителей» инъекционный путь введения наркотиков являлся преобладающим ( $n = 485, 97,0\%$  из 500 полученных ответов). На втором месте – вдыхание ПАВ ( $n = 8, 1,6\%$ ). Прием внутрь отмечался у  $1,0\%$  ( $n = 5$ ). Курение – самый редкий вид употребления наркотических веществ, зарегистрированный среди «скрытых наркопотребителей» ( $n = 2, 0,4\%$ ).

*Частота употребления основного наркотика ( $n = 496$ ).* За последние 30 дней  $85,3\%$  ( $n = 423$ ) в «скрытой группе» употребляли наркотики ежедневно. На втором месте потребление 2–6 раз в неделю ( $n = 46, 9,3\%$ ), на третьем – 1 раз в неделю и реже ( $n = 12, 2,4\%$ ). Не употребляли наркотики в течение последних 30 дней  $3\%$  ( $n = 15$ ) «скрытых наркопотребителей».  $95\%$  ( $n = 471$ ) названных наркопотребителей употребляют наркотики систематически, от двух до семи дней в неделю.

*Длительность регулярного потребления основного ПАВ (число ответов – 498).* Зарегистрирован высокий процент потребителей с очень длительным стажем употребления наркотиков – 11 лет и более ( $n = 139, 27,9\%$ ). Следует отметить, что  $82\%$  ( $n = 408$ ) «скрытых наркопотребителей» регулярно употребляют наркотики более 5 лет. При этом  $53,2\%$  ( $n = 265$ ) потребителей имеют стаж более 9 лет. Лишь  $3\%$  ( $n = 15$ ) употребляют основной наркотик в течение одного года. Средняя продолжительность наркотического стажа у «скрытых наркопотребителей» составляет 8,7 года ( $SD = 4,43$ ).

### **2.3.3. Рискованное поведение в «скрытой группе» наркопотребителей**

252 человека из 487 перенесли передозировку ( $51,7\%$  — за последний год),  $72,2\%$  в «скрытой группе» при инъекционном потреблении наркотиков пользуются чужими иглами и/или шприцами. Со слов респондентов, 297 (из 487, или  $60,9\%$ ) наркозависимых, находящихся в ближайшем окружении больных, были инфицированы ВИЧ.

$44,6\%$  названных наркопотребителей не состоят под наблюдением психиатра-нарколога государственной наркологической службы. Из-за проблем с наркотиками  $73,2\%$  представителей «скрытой группы» задерживался полицией.

## **2.4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МНЕНИЙ НАРКОЗАВИСИМЫХ ОБ ОПАСЕНИЯХ И ХАРАКТЕРЕ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ**

Опрос наркозависимых показал, что потребление наркотических веществ в наибольшей степени вызывает затруднения, связанные с клиническими проявлениями заболевания и

получением наркологической помощи. Среди наиболее значимых проблем 82,7% (n = 124) наркозависимых отмечают трудности в отказе от ПАВ и сохранении трезвости, что связано с особенностью течения наркологического заболевания. Негативное значение постановке на наркологический учет как фактору, ухудшающему социальные возможности в будущем, придают 70,7% (n = 106) зависимых от ПАВ. На низкую эффективность лечения наркотической зависимости в целом обращают внимание 55,3% (n = 83) опрошенных респондентов, что обусловлено совокупностью целого ряда существующих проблем. Среди них 54,0% (n = 81) наркозависимых выделяют отсутствие доступной наркологической помощи и реабилитации. По мнению 47,3% (n = 71) респондентов, отсутствие анонимного бесплатного лечения и реабилитации снижает интерес больных к лечению. Причиной негативной оценки наркологической службы у 31,3% (n = 47) опрошенных является отказ в получении адекватной медицинской помощи. Отрицательное отношение к наркологическим стационарам у 46,7% (n = 70) зависимых от ПАВ обусловлено чрезмерно строгим режимом госпитализации. Ухудшение восприятия стационарной наркологической помощи 46,7% (n = 70) респондентов связывают с неудовлетворительными условиями содержания, а 34,0% (n = 51) из них отмечают, что плохо переносят лечение из-за чрезмерной седации и «загруженности» лекарствами. Следует также обратить внимание на этический вопрос взаимодействия медицинских работников и больных, т. к. о негативном отношении медперсонала к наркозависимым сообщают 37,3% (n = 56) опрошенных. Неизлечимость ВИЧ вызывает серьезное опасение у 65,3% (n = 98) наркозависимых. При этом наличие коморбидной патологии по оценке 24,0% (n = 36) зависимых от ПАВ является причиной отказа в получении наркологической помощи ВИЧ-инфицированным. Существенной проблемой в их жизни у 58,0% (n = 87) опрошенных является негативное отношение к ВИЧ-инфицированным со стороны окружающих. Наркотическая зависимость сопровождается нарушением социального функционирования и ухудшением взаимодействия с окружающим миром, которые усугубляются по мере течения заболевания. Среди социальных проблем 57,3% (n = 86) испытуемых в первую очередь выделяют негативное отношение окружающих к наркозависимым. Трудности в жизни 54,7% (n = 82) зависимых от ПАВ обусловлены проблемными отношениями с правоохранительными органами. Значимые нарушения в семейном статусе у наркозависимых наблюдаются из-за конфликтов с близким окружением/семьей в 54,0% (n = 81) случаев и наличия других проблем в семейных отношениях – 41,3% (n = 62). Негативная оценка материального положения определяется финансовыми проблемами у 47,3% (n = 71) опрошенных и отсутствием денег на лечение у 40,0% (n = 60). Большую озабоченность в своей жизни 30,0% (n = 45) испытуемых связывают с проблемой трудоустройства, а 20,7% (n = 31) из них – с отсутствием работы. У 8,7% (n = 13) наркозависимых затруднения усугубляет неудовлетворительное окружение. Отсутствие жилья беспокоит 8,0%

(n = 12) обследуемых пациентов. Хроническая наркотизация оказывает существенное влияние на личность больного, вызывая ухудшение ряда параметров психологического состояния. При этом низкий психологический комфорт 67,3% (n = 101) наркозависимых определяется страхом преждевременной смерти от передозировки ПАВ. Характерной особенностью 56,7% (n = 85) респондентов является отсутствие целей в жизни и смысла жизни. Жалобы на психические проблемы (подавленное настроение, неуравновешенность, тревога) предъявляют 54,0% (n = 81) зависимых от ПАВ. 30,0% (n = 45) наркозависимых указывают на плохое физическое самочувствие. Совокупность целого ряда вышеперечисленных клинических, социальных и личностных проблем предопределяет низкий уровень общей оценки качества жизни у 58,0% (n = 87) зависимых от ПАВ (рис. 1).

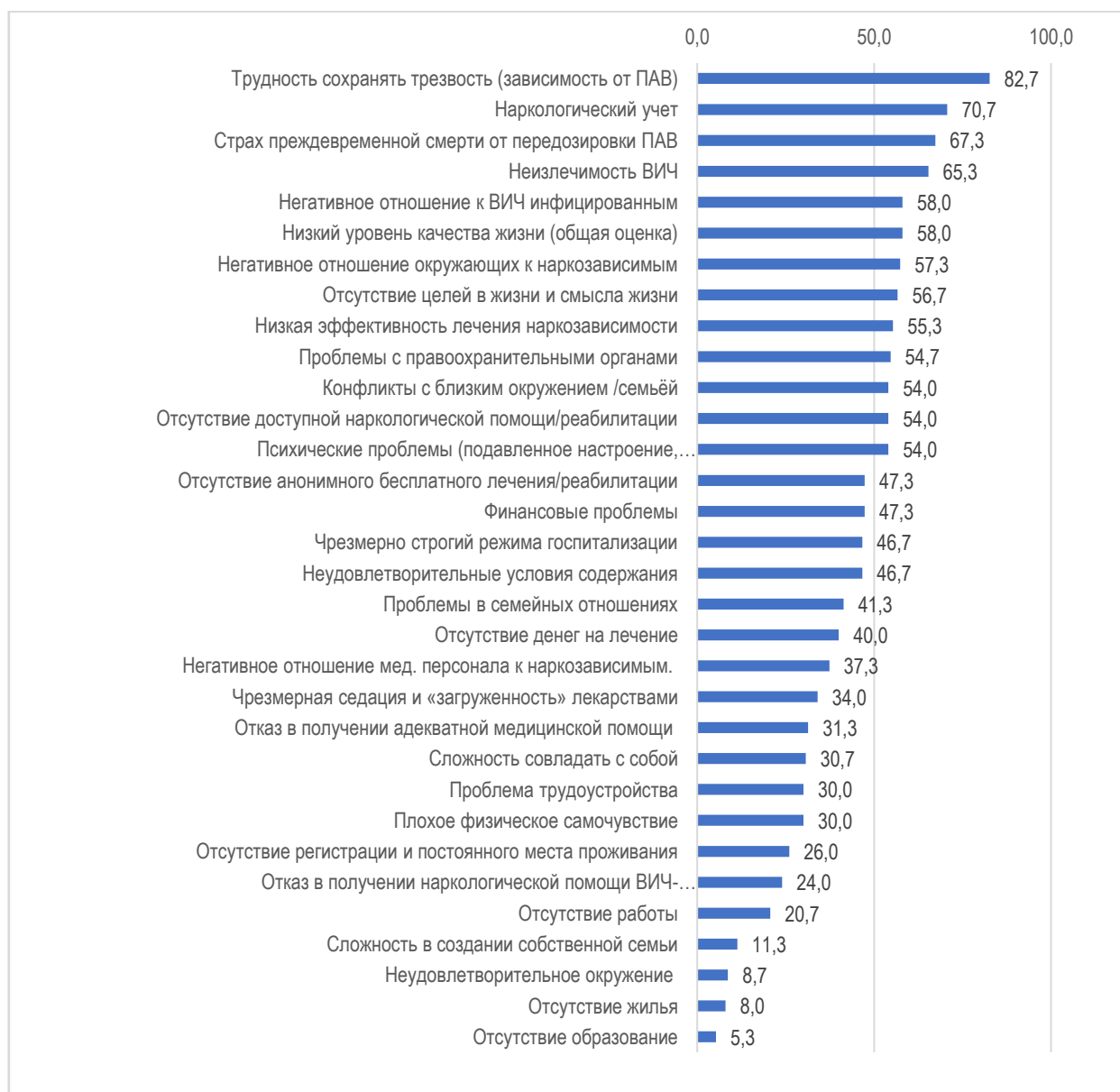


Рис. 1. Распределение мнений наркозависимых об опасениях и характере проблем, связанных с употреблением наркотических веществ, в процентах (%)

**ГЛАВА 3. 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.**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ АГРЕССИИ И ГНЕВА, А ТАКЖЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ С СОЦИАЛЬНЫМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ И ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ СТАТУСАМИ**

**3.1. ДИЗАЙН И ОБЪЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОЦЕДУРЫ НАБОРА ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**3.1.1. Дизайн исследования**

Дизайн исследования: сравнительное, кросс-секционное, аналитическое. Исследование проводилось в пять этапов.

На первом этапе осуществлялись скрининг и оценка больных на предмет возможного участия в исследовании. После завершения отборочного этапа участники, соответствующие критериям включения и невключения, были обследованы в соответствии с протоколом исследования. Протокол исследования был одобрен в Этическом комитете, действующем при ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Полученные данные обрабатывались и вносились в индивидуальную регистрационную карту обследуемого, а затем вводились в статистическую базу, сформированную в программе SPSS, в которой проводилась математическая обработка данных.

На втором этапе выполнялся сравнительный анализ социально-демографических, клинических и психопатологических характеристик, поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, свойств личности, смысложизненных ориентаций, показателей агрессии, гнева, стигматизации, способов совладающего поведения, а также качества жизни (КЖ) у зависимых от опиоидов с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами.

На третьем этапе с целью выявления клинических, психологических, поведенческих прогностических факторов развития агрессии и гнева у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами проводилось построение математических моделей для сужения

круга объясняющих переменных. После статистической обработки данных выполнялась содержательная интерпретация полученных результатов.

На четвертом и пятом этапах проводилось изучение и описание взаимосвязи показателей КЖ и рискованного поведения с социальными, клинико-психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами.

### **3.1.2. Объекты исследования**

Обследовано 193 человека (117 мужчин и 76 женщин): с диагнозом «опиоидная зависимость» (ОЗ) – 46 пациентов, опиоидная зависимость и ВИЧ-инфекция (ОЗВИЧ) – 57, контрольная группа (КГ) – 90 человек. Респонденты были обследованы наркологических отделениях ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, а также в наркологических кабинетах районов Санкт-Петербурга.

### **3.1.3. Процедуры набора исследуемой группы**

Респондентам была предоставлена информация о характере научного исследования, а также о пользе и риске, связанных с участием в нем. Исследователь проводил клинический опрос с целью оценки соответствия больного всем критериям отбора для участия в научном исследовании. После процедуры скрининга выполнялся сбор данных. Продолжительность участия в исследовании составила 2 дня.

#### ***3.1.3.1. Критерии включения***

Возраст от 18 до 60 лет, наличие опиоидной зависимости (F11.20; F11.21), сочетание опиоидной зависимости (F11.20; F11.21) и ВИЧ-инфекции (B20–B24, стадия III), инъекционное потребление наркотиков, срок воздержания от наркотика от 7 до 21 суток перед началом исследования.

#### ***3.1.3.2. Критерии невключения***

В исследование не включались респонденты, не давшие добровольного информированного согласия на участие в исследовании, с диагнозами шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, с выраженной неврологической симптоматикой, тяжелой соматической патологией, с наличием зависимости от других ПАВ, исключая зависимость от

табака. Не включались в исследование пациенты, принимающие психотропные средства или психоактивные вещества, способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, начавшие психотерапию.

### 3.1.4. Методы исследования

В работе использовались: клинический опросник, в котором отражены основные социально-демографические характеристики, аддиктивный и психопатологический статус обследованных; визуально-аналоговая шкала «Влечение к психоактивному веществу на сегодняшний день» (ВАШ), а также следующие психометрические инструменты:

*Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)*, русскоязычная версия (DeRogatis L.R., 1977; Тарабрина Н.В., 2001). Для скрининга психиатрических проблем (жалоб) у наркозависимых применялся Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). SCL-90-R состоит из 90 пунктов, предназначенных для оценки основных психопатологических симптомов у взрослых (DeRogatis L.R., 1977). Опросник предусмотрен для самостоятельного заполнения и не требует участия специалиста. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 — «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по девяти основным шкалам симптоматических расстройств: «соматизации» — Somatization (SOM), «обсессивно-компульсивных расстройств» — Obsessive-Compulsive (O-C), «межличностной сензитивности» — Interpersonal Sensitivity (INT), «депрессии» — Depression (DEP), «тревожности» — Anxiety (ANX), «враждебности» — Hostility (HOS), «фобической тревожности» — Phobic Anxiety (PHOB), «паранойяльных симптомов» — Paranoid Ideation (PAR), «психотизма» — Psychoticism (PSY), а также по трем обобщенным шкалам второго порядка: GSI — общий индекс тяжести симптомов; PTSD — индекс личного симптоматического дистресса, PST — широта диапазона симптоматики. Результаты SCL-90-R могут быть интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики; выраженность отдельных шкал; выраженность отдельных симптомов. В данной методике использована шкала в варианте R, которая адаптирована для использования в России Н.В. Тарабриной (Тарабрина Н.В., 2001).

*Опросник для оценки депрессии С.А. Монтгомери и М. Асберга (MADRS) (Montgomery S.A., Asberg M., 1979)*. Шкала MADRS была разработана для оценки общей тяжести симптомов депрессии. MADRS состоит из 10 частей. Анкета включает в себя вопросы о следующих симптомах: 1. Объективные признаки подавленности. 2. Субъективные признаки подавленности. 3. Внутреннее напряжение. 4. Недостаточный сон. 5. Снижение аппетита. 6. Нарушение



концентрации внимания. 7. Апатия. 8. Утрата способности чувствовать. 9. Пессимистические мысли. 10. Суицидальные мысли. По каждой части может быть поставлена оценка от 0 до 6 с шагом 2 балла. Общий балл находится в интервале от 0 до 60. Оценка выраженности депрессии: от 0 до 6 баллов — симптомы отсутствуют, от 7 до 19 — легкая депрессия, от 20 до 34 — умеренная депрессия, более 34 — тяжелая депрессия

*Тест оценки степени риска ВИЧ-инфицирования (RAB) (Navaline H.A. et al., 1994).* Для выявления особенностей поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ, был использован тест оценки степени риска (ТОСР), который представляет собой опросник, заполняемый испытуемым, где он указывает информацию о рискованных формах инъекционного и полового поведения, ассоциированных с риском инфицирования, за предшествующие 3 месяца. Показатель риска заражения ВИЧ инъекционным путем при наркотизации (ИР) рассчитывается на основании оценки частоты приема наркотиков, использования общих игл и способа обработки вспомогательных инструментов для инъекций и т. д. Показатель риска заражения половым путем (ПР) рассчитывается по результатам ответов на вопросы, касающиеся частоты и типов половых контактов, ВИЧ-статуса половых партнеров и используемых средств индивидуальной защиты. Общий показатель риска инфицирования (Общий балл ТОСР) представляет собой сумму баллов ИР и ПР.

*16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF) (Cattell R.V., Eber H.W., Tatsuoka M.M., 1970; Капустина А.Н., 2007).* Одним из наиболее надежных и валидных методов оценки индивидуально-психологических особенностей личности, широко применяемым в мире, является 16-факторный личностный опросник Кеттелла (16PF, форма С). Структура факторов опросника представляет собой модель индивидуально-психологических свойств личности обследуемого. Опросник содержит 105 вопросов, группирующихся по содержанию вокруг определенных черт личности, составляющих в конечном итоге тот или иной фактор. К первичным факторам относят: Фактор А (замкнутость–общительность); Фактор В (общий уровень интеллекта); Фактор С (эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость); Фактор Е (покорность–доминантность); Фактор F (рассудительность–безрассудство); Фактор G (низкая–высокая нормативность поведения); Фактор H (робость–смелость); Фактор I (жесткость–чувствительность); Фактор L (доверчивость–подозрительность); Фактор M (практичность–мечтательность); Фактор N (прямолинейность–дипломатичность); Фактор O (спокойствие–тревожность); Фактор Q1 (консерватизм–радикализм); Фактор Q2 (конформизм–нонконформизм); Фактор Q3 (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль); Фактор Q4 (расслабленность – эмоциональная напряженность); Фактор MD – адекватность самооценки (низкая–высокая самооценка). Вторичными факторами являются: F1 – тревога; F2 – экстраверсия–интроверсия; F3 – чувствительность; F4 – конформность.

*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).* 44 вопроса оценивают состояния и проявления гнева по 7 шкалам: 1. Сиюминутное состояние гнева. 2. Склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность. 3. Гнев-темперамент. 4. Гнев-реакция. 5. Экспрессия гнева внутрь. 6. Экспрессия гнева вовне. 7. Экспрессия гнева – контроль.

*Опросник «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI) (Buss A.H., Durkee A., 1957; Райгородский Д.Я., 2009) — распространенный валидный инструмент изучения особенностей проявления агрессии.* Опросник представляет собой самоотчет, содержащий 75 пунктов, касающихся склонностей человека к агрессивным формам поведения. Выделены шкалы, которые позволяют оценить агрессивность и формы проявления агрессии: «физическая агрессия», «вербальная агрессия», «косвенная агрессия», «негативизм», «раздражительность», «подозрительность», «обида», «чувство вины», а также интегральные показатели — «индекс агрессивности» и «индекс враждебности».

*Опросник смысложизненных ориентаций (PIL) (Crumbaugh J.S., 1968; Леонтьев Д.А., 2000).* Стандартизированным методом исследования целей и осмысленности жизни, а также способности управлять ею является тест смысложизненных ориентаций (Purpose in Life Test – Crumbaugh J.S., Maholick L.T., PIL), адаптированный Д.А. Леонтьевым (2000). Методика содержит 20 шкал-вопросов, состоящих из пары противоположных утверждений с одинаковым началом. Показатели теста включают в себя общий показатель осмысленности жизни (ОЖ), а также пять субшкал: «цели в жизни» – обозначает целеустремленность, наличие или отсутствие в жизни обследуемого целей (намерений, призвания) в будущем; «процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни» – означает удовлетворенность текущей жизнью и восприятие эмоциональной насыщенности процесса жизни; «результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» – измеряет удовлетворенность прожитой частью жизни; «локус контроля – Я (Я – хозяин жизни)» – характеризует восприятие себя как сильной личности; «локус контроля – Жизнь, или управляемость жизни» – отражает мнение о том, что человек может контролировать свою жизнь и свободно принимать решения.

*Опросник для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ) (Lazarus R.S., Folkman S., 1988; Вассерман Л.И. с соавт., 2009).* Общеизвестным и наиболее обоснованным для изучения совладающего поведения является Опросник копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ, Manual for Ways of Coping Questionnaire – R. Lazarus и S. Folkman, 1984). Данный опросник считается первой стандартной методикой, предназначенной для определения копинг-механизмов (адекватные личностным особенностям и ситуациям осознанные стратегии действий, направленные на преодоление трудных жизненных ситуаций, – копинг-стратегии). Опросник содержит 8 шкал,

которые группируются из 50 утверждений, касающихся способов преодоления трудностей в основных сферах психической деятельности – когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Всего выделяют 8 типов копинг-механизмов: конфронтативный копинг; дистанцирование; самоконтроль; поиск социальной поддержки; принятие ответственности; бегство-избегание; планирование решения проблемы; положительная переоценка. В зависимости от степени конструктивности выделяются три группы копинг-механизмов: конструктивные (планирование решения, самоконтроль, поиск социальной поддержки), относительно конструктивные (принятие ответственности, положительная переоценка) и неконструктивные (конфронтативный копинг, дистанцирование, бегство-избегание).

*Модифицированная шкала стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка (LINK) (Link B.G. et al., 1997).* Модифицированная шкала методики Б.Г. Линка (LINK) позволяет оценить мнение обследуемых групп о том, как большинство людей и сами респонденты относятся к ВИЧ-позитивным и наркозависимым в различных сферах жизни: по вопросам трудоустройства, бракосочетания, безопасности, доверия и т. д. 14 вопросов психометрического инструмента предназначены для измерения косвенной, «проективной» готовности респондентов стигматизировать/дискриминировать людей по статусу «наркозависимость» (7 вопросов) и «ВИЧ-инфицированность» (7 вопросов).

*Опросник Всемирной организации здравоохранения «Качество жизни-100» (ВОЗКЖ-100, WHOQOL-100) (Murphy V. et al., 2000; Бурковский Г.В. с соавт., 1998)* – это многомерный универсальный инструмент, содержащий 100 вопросов, позволяющих наиболее полно оценить качество жизни (КЖ) респондента в целом – «общий показатель качества жизни», а также в шести крупных сферах: «физическая сфера», «психологическая сфера», «уровень независимости», «социальные отношения», «окружающая среда» и «духовная сфера». Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер («F», 24 параметра), касающихся более узких и конкретных аспектов КЖ, связанных с состоянием здоровья индивида и терапевтическими вмешательствами.

I. «Физическая сфера» включает: F1. Физическая боль и дискомфорт. F2. Жизненная активность, энергия и усталость. F3. Сон и отдых.

II. «Психологическая сфера»: F4. Положительные эмоции. F5. Мышление, обучаемость, память и концентрация (познавательные функции). F6. Самооценка. F7. Образ тела и внешность. F8. Отрицательные эмоции.

III. «Уровень независимости»: F9. Подвижность. F10. Способность выполнять повседневные дела. F11. Зависимость от лекарств и лечения. F12. Способность к работе.

IV. «Социальные отношения»: F13. Личные отношения. F14. Практическая социальная поддержка. F15. Сексуальная активность.

V. «Окружающая среда»: F16. Физическая безопасность и защищенность. F17. Окружающая среда дома. F18. Финансовые ресурсы. F19. Медицинская и социальная помощь (доступность и качество). F20. Возможности для приобретения новой информации и навыков. F21. Возможности для отдыха и развлечений и их использование. F22. Окружающая среда вокруг (загрязненность/шум/климат/привлекательность). F23. Транспорт.

VI. «Духовная сфера»: F24. Духовность/религия/личные убеждения.

Итоговая оценка «общего качества жизни» (ОКЖ) складывается из оценок шести сфер путем их суммирования, а каждая из сфер в свою очередь оценивается как среднее оценок входящих в ее состав субсфер. Опросник ВОЗКЖ-100 прошел культуральную и языковую адаптацию и валидизацию.

**Методы статистической обработки.** Статистический анализ данных проводился с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Количественные показатели в каждой группе предварительно были проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Поскольку распределение всех этих показателей было близким к нормальному, то для сравнения групп применялся дисперсионный анализ (ANOVA) с post-hoc тестом Бонферрони для попарных сравнений. Для всех количественных показателей рассчитывались средние и среднеквадратические отклонения (SD). Для качественных показателей приведены частоты и доли в процентах. Для сравнения качественных признаков были построены таблицы сопряженности и использовался точный критерий Фишера (ТКФ).

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, 16-PF, VCQ, LINK. Для каждой модели был рассчитан adjusted R<sup>2</sup> – коэффициент детерминации, показывающий, какую долю изменчивости зависимого показателя объясняет изменчивость предикторов, включенных в модель.

Для оценки взаимосвязей между КЖ и биопсихосоциальными характеристиками опиоидзависимых в корреляционный анализ были включены показатели суммарной оценки общего качества жизни, сфер и субсфер КЖ, значения которых достоверно различаются между группами опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами, а также нормативного контроля: «общее КЖ», «психологическая сфера», «уровень независимости», F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия, усталость», «F21 –

возможности для отдыха и развлечений и их использование». При корреляционном анализе оценивались связи показателей указанных сфер/субсфер КЖ с социально-демографическими и клиническими характеристиками больных, а также со значениями шкал психометрических инструментов: SCL-90-R, WCQ, 16PF, LINK, BDHI, PCL.

Для выявления «коррелятов» рискованного поведения оценивались корреляционные связи показателей опросника оценки степени риска ВИЧ-инфицирования ТОСР («общий ТОСР», «риск инфицирования инъекционным путём» и «риск инфицирования половым путём») с социально-демографическими и клиническими характеристиками больных, а также со значениями шкал психометрических инструментов: SCL-90-R, WCQ, 16PF, LINK, MADRS, STAXI. При проведении корреляционного анализа использовался коэффициент Пирсона ( $r$ ).

В качестве критерия статистической достоверности рассматривался уровень значимости при  $p \leq 0,05$ .

### **3.2. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, КЛИНИЧЕСКИХ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО С РИСКОМ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ, У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ СТАТУСАМИ**

#### **3.2.1. Показатели экстраполируемости результатов исследования**

На предмет возможного участия в исследовании опрошены 143 пациента. Отказались участвовать в исследовании 29 человек. 114 подписали информированное согласие. 11 не соответствовали критериям включения/не включения. В группу опиоидзависимых (ОЗ) вошли 46 пациентов, в группу опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) — 57 пациентов. Контрольную группу составили 90 человек. Всего обследовано 193 человека.

#### **3.2.2. Социально-демографические и клинические показатели обследуемых**

*Группа опиоидзависимых (ОЗ).* В группу вошли 46 пациентов, 31 мужчина (67,4%) и 15 женщин (32,6%). Средний возраст респондентов составил 24 года ( $SD = 5$ ).

Образование: незаконченное среднее образование имели 2 человека (4,4%), среднее – 16 (34,8%), среднее специальное – 19 (41,3%), незаконченное высшее – 5 (10,9%), высшее – 4 человека (8,7%).

Наиболее характерный вид занятости за последние 3 месяца: полный рабочий день (40 часов в неделю) – 5 человек (10,9%), неполный рабочий день (меньше 40 часов в неделю) – 8 (17,4%), случайный заработок – 16 (34,8%), не работали и не учились – 22 (47,8%). 20 респондентов (43,5%) имели проблемы с трудоустройством.

Семейное положение: женаты или замужем – 2 человека (4,4%), гражданский брак (сожительство постоянное) – 8 (17,4%), сожительство непостоянное – 11 (23,9%), разведены – 5 (10,9%), холосты (не замужем) – 20 пациентов (43,5%).

Средний возраст начала потребления опиоидов – 18 лет ( $SD = 3$ ), время формирования абстинентного синдрома от начала потребления опиоидов – 1,7 года ( $SD = 0,6$ ), средняя длительность употребления опиоидов у ОЗ составила 70 месяцев ( $SD = 14$ ), количество передозировок в течение жизни – 1,02 ( $SD = 1,29$ ).

Суммарная длительность всех ремиссий – 10 месяцев ( $SD = 8$ ). Количество случаев лечения опиоидной зависимости – 2,42 ( $SD = 1,24$ ).

Уровень выраженности влечения к опиоидам по шкале индивидуальной оценки (от 0 до 100%) – 24% (SD = 22,5). О наличии гепатита С сообщили 28 человек (61%), гепатита В – 22 человека (48%).

*Группа опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ).* В группу вошли 57 пациентов: 32 мужчины (56,1%) и 25 женщин (43,8%). Средний возраст респондентов составил 26 лет (SD = 4). Средняя длительность ВИЧ-инфекции в группе ОЗВИЧ равнялась 49,7 месяца (SD = 9).

Все обследованные пациенты находились на субклинической стадии ВИЧ-инфекции, и никто из них не получал антиретровирусную терапию.

Образование: начальное образование имели 3 человека (5,2%), незаконченное среднее образование – 13 (22,8%), среднее – 25 (43,9%), среднее специальное – 14 (24,6%), незаконченное высшее – 1 (1,7%), высшее – 1 человек (1,7%).

Наиболее характерный вид занятости за последние 3 месяца: полный рабочий день (40 часов в неделю) – 4 человека (7%), неполный рабочий день (меньше 40 часов в неделю) – 6 (10,5%), случайный заработок – 20 (35,1%), не работали и не учились – 42 (73,7%). Проблемы с трудоустройством имел 41 человек (71,9%).

Семейное положение: женаты или замужем – 6 человек (10,5%), гражданский брак (сожительство постоянное) – 10 (17,5%), сожительство непостоянное – 10 (17,5%), разведены – 12 (21,1%), холосты (не замужем) – 19 человек (33,3%).

Средний возраст начала потребления опиоидов – 19 лет (SD = 3), время формирования абстинентного синдрома от начала потребления опиоидов – 1,5 года (SD = 0,6), средняя длительность употребления опиоидов у ОЗВИЧ — 80 месяцев (SD = 20). Количество передозировок в течение жизни – 0,84 (SD = 1,16). Суммарная длительность всех ремиссий – 17 месяцев (SD = 16). Количество случаев лечения опиоидной зависимости – 2,14 (SD = 1,67). Уровень выраженности влечения к опиоидам по шкале индивидуальной оценки (от 0 до 100%) – 19% (SD = 28,9). Наличие гепатита С подтвердили 74% (n = 45) обследуемых, гепатита В – 44% (n = 25).

*Контрольная группа.* В группу вошли 90 человек, 54 мужчины (60%) и 36 женщин (40%). Средний возраст респондентов составил 22,7 года (SD = 5).

Образование: начальное образование имел 1 человек (1,1%), незаконченное среднее образование – 7 человек (7,8%), среднее – 26 (28,9%), среднее специальное – 18 (20%), незаконченное высшее – 26 (28,9%), высшее – 11 (12,2%), ученую степень – 1 человек (1,1%). Наиболее характерный вид занятости за последние 3 месяца: полный рабочий день (40 часов в неделю) – 23 человека (25,6%), неполный рабочий день (меньше 40 часов в неделю) – 24 (26,7%), случайный заработок – 25 (27,8%), не работал – 1 человек (1,1%). Проблемы с трудоустройством имели 10 человек (11,1%).

Отношение к работе или учебе: негативное – у 3 человек (3,3%), безразлично-пассивное – у 13 (14,4%), позитивное – у 74 человек (82,2%).

Семейное положение: женаты или замужем – 12 человек (13,3%), гражданский брак (сожительство постоянное) – 5 (5,56%), сожительство непостоянное – 4 (4,4%), разведенных нет, холосты (не замужем) – 69 человек (76,7%).

### **3.2.3. Клинические и социально-демографические характеристики, имеющие статистически значимые различия**

Среднее образование чаще отмечалось у ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ. Количество незанятых (не учащихся и не работающих) в группе ОЗВИЧ больше, чем в группе ОЗ. ОЗВИЧ, в отличие от ОЗ, чаще проводят свободное время с зависимыми от ПАВ (66,7% и 32,6%). В близком окружении ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ чаще встречались ВИЧ-инфицированные (64,9% и 38%), в том числе среди половых партнеров (49,1% и 4,4%). Инициатива лечения у ОЗВИЧ чаще исходила от пациента – 79%, чем у ОЗ – 47,8%. Гедонистическая мотивация потребления опиоидов (61,4% и 23,9%) и активационная мотивация потребления алкоголя (8,8% и 2,2%) чаще отмечались у ОЗВИЧ, чем у ОЗ. Активное противодействие родственников потреблению опиоидов (58,7% и 26,32%) и инициатива лечения от семьи (52,2% и 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% и 19,3%). Число учащихся выше среди ОЗ, чем в группе ОЗВИЧ (21,7% и 3,5%) (Таблица 6).

При сравнении групп ОЗВИЧ и ОЗ выявлены статистически значимые различия по ряду количественных клинических показателей (Таблица 6). У пациентов ОЗВИЧ регистрировались большее время от момента последнего потребления до обследования, более старший возраст начала потребления опиоидов, продолжительнее последняя ремиссия, максимальная ремиссия и сумма всех ремиссий, больше длительность заболевания гепатитами В и С. В группе ОЗ выше уровень влечения к опиоидам по шкале ВАШ; длиннее время формирования абстинентного синдрома от начала потребления опиоидов, по сравнению с ОЗВИЧ.



Таблица 6. Количественные клинические показатели, имеющие статистически значимые различия в группах опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ)

Клинические показатели	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)	
	Среднее	SD	Среднее	SD
Время от момента последнего потребления до обследования (дни)	16,85 <sup>1</sup>	5,82	19,26 <sup>1</sup>	5,40
Возраст начала потребления опиоидов	17,80 <sup>1</sup>	3,41	19,22 <sup>1</sup>	3,32
Уровень влечения к опиоидам по шкале индивидуальной оценки (%)	39,24 <sup>1</sup>	19,15	26,14 <sup>1</sup>	16,09
Длительность последней ремиссии (мес.)	2,94 <sup>1</sup>	2,21	9,33 <sup>1</sup>	13,88
Длительность максимальной ремиссии (мес.)	5,07 <sup>1</sup>	4,57	11,86 <sup>1</sup>	14,02
Суммарная длительность всех ремиссий (мес.)	10,26 <sup>1</sup>	7,88	17,07 <sup>1</sup>	15,94
Время формирования абстинентного синдрома от начала потребления опиоидов (мес.)	1,71 <sup>1</sup>	0,62	1,46 <sup>1</sup>	0,57
Длительность гепатита В (мес.)	30,82 <sup>1</sup>	18,83	56,48 <sup>1</sup>	30,82
Длительность гепатита С (мес.)	34,96 <sup>1</sup>	21,38	68,05 <sup>1</sup>	44,43

Примечание:

<sup>1</sup> Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ).

#### 3.2.4. Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)

При оценке значений психопатологической симптоматики по шкале SCL-90 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)», «дополнительные симптомы», «общая сумма баллов», «GSI», «PSDI», «PST»; в группе ОЗВИЧ

наблюдаются более высокие, чем у ОЗ, значения по показателям «соматизация (SOM)», «депрессия (DEP)», «тревожность (ANX)», «психотизм (PSY)», «общая сумма баллов», «GSI», «PSDI», «PST»; у больных ОЗВИЧ «фобическая тревожность (PHOB)» выше, чем у КГ. В группе ОЗВИЧ максимальные показатели отмечаются по шкалам «SOM» и «DEP». В группе ОЗ наибольшие значения регистрируются по шкалам «О-С» и «PAR» (Таблица 7).

Таблица 7. Средние значения показателей опросника Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели SCL-90	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Соматизация (SOM)	0,47 <sup>1,2</sup>	0,15	0,93 <sup>1,3</sup>	0,37	0,29 <sup>2,3</sup>	0,17
Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)	0,64 <sup>2</sup>	0,16	0,66 <sup>3</sup>	0,26	0,41 <sup>2,3</sup>	0,21
Межличностная сензитивность (INT)	0,50	0,29	0,57	0,33	0,48	0,20
Депрессия (DEP)	0,581 <sup>1,2</sup>	0,18	0,86 <sup>1,3</sup>	0,40	0,40 <sup>2,3</sup>	0,20
Тревожность (ANX)	0,41 <sup>1,2</sup>	0,22	0,67 <sup>1,3</sup>	0,46	0,27 <sup>2,3</sup>	0,15
Враждебность (HOS)	0,57 <sup>2</sup>	0,38	0,63 <sup>3</sup>	0,45	0,42 <sup>2,3</sup>	0,22
Фобическая тревожность (PHOB)	0,22	0,18	0,27 <sup>3</sup>	0,23	0,18 <sup>3</sup>	0,17
Паранойяльные симптомы (PAR)	0,68 <sup>2</sup>	0,19	0,70 <sup>3</sup>	0,36	0,31 <sup>2,3</sup>	0,21
Психотизм (PSY)	0,31 <sup>1,2</sup>	0,14	0,45 <sup>1,3</sup>	0,32	0,23 <sup>2,3</sup>	0,15
Общая сумма баллов	35,96 <sup>1,2</sup>	4,96	49,39 <sup>1,3</sup>	12,88	13,26 <sup>2,3</sup>	3,29
Общий индекс тяжести (GSI)	0,40 <sup>1,2</sup>	0,05	0,55 <sup>1,3</sup>	0,14	0,15 <sup>2,3</sup>	0,03
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,31 <sup>1,2</sup>	0,13	1,59 <sup>1,3</sup>	0,24	1,17 <sup>2,3</sup>	0,17
Общее число утвердительных ответов (PST)	27,50 <sup>1,2</sup>	3,24	30,91 <sup>1,3</sup>	4,95	11,56 <sup>2,3</sup>	3,20

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ): <sup>1</sup> – ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> – ОЗ–КГ, <sup>3</sup> – ОЗВИЧ–КГ.

### 3.2.5. Результаты исследования депрессивных проявлений при помощи шкалы С.А. Монтгомери и М. Асберга

Суммарный балл по шкале (MADRS) в группе ОЗВИЧ составил 10,05 (SD = 2,24) и был статистически значимо выше, чем у ОЗ – 8,98 (SD = 1,65), что указывает на наличие клинически значимой, но не выраженной депрессивной симптоматики, которая больше представлена у опиоидзависимых с коморбидной ВИЧ-инфекцией (Таблица 8).

Таблица 8. Средние значения показателей шкалы депрессии С.А. Монтгомери и М. Асберга (MADRS-SIGMA) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели MADRS	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Объективные признаки подавленности	1,02 <sup>2</sup>	0,26	0,89 <sup>3</sup>	0,52	0,10 <sup>2,3</sup>	0,30
Субъективные признаки подавленности	1,02 <sup>2</sup>	0,71	0,72 <sup>3</sup>	0,65	0,00 <sup>2,3</sup>	0,00
Внутреннее напряжение	1,13 <sup>1,2</sup>	0,81	1,54 <sup>1,3</sup>	0,73	0,41 <sup>2,3</sup>	0,64
Недостаточный сон	2,57 <sup>1,2</sup>	1,09	1,05 <sup>1,3</sup>	0,81	0,79 <sup>2,3</sup>	0,87
Снижение аппетита	0,59 <sup>1</sup>	0,69	0,89 <sup>1,3</sup>	0,59	0,58 <sup>3</sup>	0,85
Нарушение концентрации внимания	0,63 <sup>2</sup>	0,49	0,79 <sup>3</sup>	0,41	0,00 <sup>2,3</sup>	0,00
Апатия	0,30 <sup>1,2</sup>	0,46	0,70 <sup>1,3</sup>	0,46	0,00 <sup>2,3</sup>	0,00
Утрата способности чувствовать	0,24 <sup>1</sup>	0,43	0,75 <sup>1,3</sup>	0,51	0,19 <sup>3</sup>	0,39
Пессимистические мысли	0,96 <sup>2</sup>	0,29	0,96 <sup>3</sup>	0,46	0,20 <sup>2,3</sup>	0,40
Суицидальные мысли	0,52 <sup>2</sup>	0,57	0,74 <sup>3</sup>	0,44	0,00 <sup>2,3</sup>	0,00
Общий балл	8,98 <sup>1,2</sup>	1,65	10,05 <sup>1,3</sup>	2,24	2,27 <sup>2,3</sup>	1,82

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ): <sup>1</sup> – ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> – ОЗ–КГ, <sup>3</sup> – ОЗВИЧ–КГ.

При сравнительной оценке показателей депрессивных проявлений 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. 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».

### **3.2.6. Результаты исследования степени риска ВИЧ-инфицирования, по данным теста оценки степени риска ВИЧ-инфицирования (ТОСР)**

Выраженность показателя риска инфицирования ВИЧ половым путем в группе ОЗВИЧ и итоговая величина ТОСР значимо выше, чем у ОЗ ( $p \leq 0,05$ ). Показатель риска инфицирования ВИЧ при наркотизации в группе ОЗВИЧ был больше, чем в группе ОЗ, однако статистической значимости по этому показателю выявлено не было (Таблица 9).

При анализе отдельных утверждений шкалы ТОСР установлено, что пациенты из группы ОЗВИЧ чаще, чем ОЗ, применяли использованные иглы – 54% ( $n = 31$ ), ОЗ – 30% ( $n = 14$ ) ( $p \leq 0,01$ ); обменивались уже использованными иглами – 56% ( $n = 32$ ), ОЗ – 29% ( $n = 13$ ) ( $p \leq 0,01$ ), бывали в местах, где собираются наркозависимые для потребления ПАВ, – 74% ( $n = 42$ ), ОЗ – 59% ( $n = 27$ ) ( $p \leq 0,005$ ), обменивались или делились посудой (несколько раз в месяц), в которой приготавливали наркотики, – 21% ( $n = 12$ ), ОЗ – 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 ( $p \leq 0,001$ ). Однако опиоидзависимые более часто применяли один шприц для переноса наркотика в другой – 71% ( $n = 33$ ), ОЗВИЧ – 48% ( $n = 27$ ) ( $p \leq 0,005$ ), обменивались или делились посудой, в которой приготавливали наркотики, – 72% ( $n = 33$ ), ОЗВИЧ – 51% ( $n = 29$ ) ( $p \leq 0,05$ ), пользовались и/или обменивались водой, которая уже была использована для очистки игл, – 76% ( $n = 35$ ), ОЗВИЧ – 51% ( $n = 29$ ) ( $p \leq 0,001$ ).

Высокий уровень сексуального риска в группе ОЗВИЧ обусловлен тем, что большинство опрошенных практиковали сексуальные отношения с ВИЧ-инфицированными (независимо от того, был ли известен обследуемому ВИЧ-статус партнера на момент отношений или стал известен позже) – 72% ( $n = 41$ ), ОЗ – 0% ( $p \leq 0,001$ ). Женщины с ОЗВИЧ чаще занимались коммерческим сексом – 23% ( $n = 13$ ) и ОЗ – 13% ( $n = 6$ ), имели большее количество половых партнеров (2 и более) – 23% ( $n = 13$ ), ОЗ – 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% ( $p \leq 0,06$ ) (Таблица 9).

Таблица 9. Средние значения показателей степени риска ВИЧ-инфицирования по шкале ТОСР у наркозависимых (ОЗ), у наркозависимых, инфицированных ВИЧ (ОЗВИЧ), и в группе контроля (КГ)

Показатели ТОСР	ОЗ		ОЗВИЧ		КГ	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Риск инфицирования ВИЧ при наркотизации	5,72 <sup>2</sup>	1,60	6,12 <sup>3</sup>	1,34	0,03	0,18
Риск инфицирования ВИЧ половым путем (Сексуальный риск)	5,78 <sup>1,2</sup>	1,23	6,61 <sup>3</sup>	1,80	3,66	1,45
Итоговая величина	0,29 <sup>1,2</sup>	0,06	0,32 <sup>3</sup>	0,06	0,09	0,04

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ): <sup>1</sup> – ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> – ОЗ–КГ, <sup>3</sup> – ОЗВИЧ–КГ.

### **3.2.7. Обсуждение сравнительного исследования клинических и социально-психопатологических показателей, а также поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ**

Проведен сравнительный анализ демографических, клинических, психопатологических характеристик, а также форм поведения, связанных с риском инфицирования ВИЧ, у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ).

Большую часть обследованных составляли мужчины, пациенты обеих групп по возрасту и полу не различались. Большинство наркозависимых имели среднее или среднее специальное образование; значительное количество их проживало с родителями, реже с мужем или женой, процент живущих отдельно от семьи сравнительно низок.

Социальные показатели у респондентов с ОЗВИЧ были более неблагополучны, чем в других группах, и проявлялись в отсутствии занятости, низком уровне жизни, специфическом аддиктивном круге общения, слабом участии родственников в вопросах здоровья. Наибольшая выраженность социальных проблем у наркозависимых с положительным ВИЧ-статусом

регистрировались и в других исследованиях (Рехтина Н.В., 2010; Станько Э.П., Игумнов С.А., 2014).

Особенностями течения наркологического заболевания у больных ОЗВИЧ являлись: позднее начало потребления опиоидов, короткий период формирования синдрома зависимости и преобладание гедонистической мотивации потребления опиоидов. Данные пациенты чаще потребляют алкоголь с целью активации своего состояния. Более позднее начало приема наркотика связано, возможно, с тем, что в группе ОЗВИЧ выделяется группа пациенток с более поздним началом потребления по сравнению с ОЗ – 19,7 года ( $SD = 3,6$ ) и 16,9 года ( $SD = 3$ ) соответственно ( $p \leq 0,05$ ). На фоне больших проблем со здоровьем и неблагоприятной социальной среды у пациентов с ОЗВИЧ мотивированность к лечению выше, что приводит к более частым самостоятельным обращениям за медицинской помощью, а также к достижению более длительных ремиссий. Это согласуется с данными, свидетельствующими о наличии прямой взаимосвязи между высокой мотивацией к лечению, хорошей обращаемостью и эффективностью лечения (McCance-Katz E.F., Carroll K.M., Rounsaville B.J., 1999).

По сравнению с группой ОЗВИЧ, в группе ОЗ отмечаются более раннее начало потребления опиоидов, более выраженное влечение к ПАВ и более низкие показатели ремиссий (длительность последней ремиссии, длительность максимальной ремиссии, суммарная длительность всех ремиссий). Большая выраженность влечения к ПАВ у пациентов ОЗ по сравнению с ОЗВИЧ может определяться меньшей продолжительностью периода, прошедшего с момента последнего потребления до обследования. Вместе с тем в группе ОЗ терапевтические ремиссии длиннее, что может быть связано с активным противодействием родственников потреблению опиоидов и участием семьи в лечебно-реабилитационных программах.

Потребление опиоидов сопровождается различными психопатологическими нарушениями, вызывает расстройства эмоциональной сферы, в том числе депрессию, тревогу, дисфорию, эмоциональную лабильность (Гузилов Б.М. с соавт., 1999; Иванец Н.Н., Винникова М.А., 2001; Сиволап Ю.П., 2004; Daley D.C., Moss H., 2002).

В опубликованных ранее работах нами было показано, что активное потребление опиоидов приводит к повышению ряда значений шкал опросника SCL-90 (Илюк Р.Д. с соавт., 2012).

В настоящем исследовании у зависимых обеих групп выявлены высокие показатели психопатологических жалоб по шкалам опросника SCL-90: «соматизация (SOM)», «обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)», «депрессия (DEP)», «тревожность (ANX)», «враждебность (HOST)», «паранойяльные симптомы (PAR)», «психотизм (PSY)».

В группе опиоидзависимых наибольшие значения наблюдаются по шкалам «обсессивно-компульсивные расстройства», «паранойяльные симптомы» и «депрессии». Наркологические

расстройства обладают признаками как компульсивных, так и сверхценных расстройств, а такие феномены, как влечение к ПАВ и настойчивые, тягостные мысли о наркотике, как правило, определяют высокие показатели по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства» и негативно влияют на течение наркозависимости (Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2008). Узкая направленность мышления, подозрительность, недоверчивость, склонность к сокрытию своих истинных потребностей, обусловленных аддикцией, от окружающих в сочетании с прямолинейностью, односторонностью интересов, фиксацией на собственном состоянии рассматриваются как основные признаки, способствующие повышению значений по шкале «паранойяльные симптомы».

У пациентов ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ отмечаются более высокие уровни показателей «соматизации», «депрессии», «тревожности». Данные шкалы имеют максимальные значения. «Соматизация» обусловлена большим количеством различных жалоб на состояние физического здоровья у ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов. Высокие показатели по этой шкале могут являться непрямым маркером не диагностированных соматических расстройств и инфекционных заболеваний.

Аффективные нарушения по шкале «депрессия» включают симптомы угасания интереса к деятельности, ощущение безнадежности, дисфорию, чувство беспричинного внутреннего беспокойства и напряжения, которые, вероятно, связаны как с проблемами психосоматического здоровья, так и с неопределенными перспективами развития и лечения ВИЧ-инфекции. Вышеуказанное состояние сопровождается тревогой (высокие показатели по шкале «тревожность»), а также такими проявлениями, как эмоциональная холодность, чувство одиночества, отгороженность, отсутствие доверительных связей с близкими, наличие идей виновности и самоуничтожения – шкала «психотизм». Потребность в наркотизации вызывает чувства неполноценности, гнева и злости, приводит к нарушению социальных норм, конфликтным и агрессивным отношениям (Aharonovich E., Nguyen H.T., Nunes E.V., 2001), что сопровождается повышением показателей по шкале «враждебность» в обеих группах обследованных.

О более тяжелом течении опиоидной зависимости, сочетанной с ВИЧ-инфекцией, свидетельствуют высокие значения интегративных индексов: общего индекса тяжести (GSI), индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI), общего числа утвердительных ответов (PST) (свидетельствует о широте симптоматики). Похожие результаты получены и в других исследованиях (Gala C. et al., 1993).

Пациенты с позитивным ВИЧ-статусом более подвержены возникновению психических расстройств, чем люди с другими труднокурабельными заболеваниями. Эпидемиологическое исследование, выполненное в США среди ВИЧ-инфицированных, выявило, что более чем 60%

пациентов страдают как минимум одним психическим расстройством с момента установления ВИЧ-положительного статуса (Kornisky K.L., Bao J., Lin Y.W., 2007).

Депрессивное расстройство является самым распространенным видом психической патологии среди людей с положительным ВИЧ-статусом. Риск развития депрессивных нарушений у ВИЧ-инфицированных в течение жизни очень высок, обычно он находится в пределах между 30% и 50% (Dew M.A. et al., 1997; Rabkin J.G. et al., 1997; Rabkin J.G. et al., 1997; Myer L. et al., 2008), для сравнения: эти же показатели среди обычного населения находятся в пределах от 6% (Regier D.A. et al., 1990) до 17% (Kessler R.C. et al., 1994).

При опиоидной зависимости депрессия частое явление (Pani P.P. et al., 2010). Присоединение ВИЧ-инфекции, а также представления о ВИЧ как о неизлечимой патологии значительно усугубляют аффективную симптоматику (Rabkin J.G. et al., 1997; Rabkin J.G. et al., 1997; Myer L. et al., 2008). Выраженность депрессивных проявлений у потребителей наркотиков может являться достоверным фактором тяжести и прогрессирования ВИЧ-инфекции (Leserman J. et al., 1999).

По нашим данным, полученным с использованием опросника С.А. Монтгомери и М. Асберга, депрессивное состояние диагностируется в обеих группах обследованных, при этом выраженность депрессивных проявлений значимо выше у ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов. «Уровень депрессии» в группе ОЗВИЧ умеренно выражен, в группе ОЗ регистрируется в основном легкая депрессия. Клиническая картина депрессии у обследованных потребителей наркотиков была представлена симптомами подавленности, внутреннего напряжения, недостаточностью сна, нарушением концентрации внимания, отсутствием интереса к окружающей среде, пессимистическими мыслями. В группе ОЗВИЧ доминировали такие симптомы, как апатия, астения, снижение чувствительности, напряженность, нарушения аппетита. В ряде исследований также отмечен стертый и атипичный характер течения депрессивных расстройств при опиоидной наркомании, в симптоматике которых доминируют дистимические, астено-апатические и соматовегетативные нарушения, а при обострении влечения к ПАВ они сопровождаются выраженным беспокойством, раздражительностью, тревогой, дисфорией (Гузиков Б.М. с соавт., 1999; Рохлина М.Л., 2005). По некоторым наблюдениям, неглубокие депрессивные расстройства отмечаются примерно у 50% опиоидзависимых, и лишь у одной десятой пациентов депрессивные синдромы, по их основным проявлениям, можно отнести к истинным депрессиям (Сиволап Ю.П., 2004).

Существенную роль в развитии депрессивных расстройств играет широкая распространенность хронических вирусных гепатитов у потребителей наркотиков (Zickmund S.L. et al., 2006), в том числе инфицированных ВИЧ (Rodríguez-Méndez M.L. et al., 2000; Alter M.J.,



2006). Из-за похожих путей передачи от 38% до 90% ВИЧ-позитивных ПИН коинфицированы вирусными гепатитами В и С (Miller C.L. et al., 2004; Krupitsky E.M. et al., 2006).

В нашей работе о наличии вирусных гепатитов С и В сообщили 74% и 44% обследуемых с ОЗВИЧ соответственно. Данная коморбидная патология серьезно отягощает течение всего комплекса расстройств: аддикции, психических нарушений и ВИЧ-инфекции.

Психические расстройства существенно повышают риск заражения ВИЧ. Установлено достаточно много значимых корреляций между клиническими характеристиками зависимости и тяжестью психопатологических расстройств, с одной стороны, и поведением, связанным с высоким инъекционным и половым риском ВИЧ-инфицирования, с другой стороны (Lipsitz J.D. et al., 1994; Carey M.P., Weinhardt L.S., Carey K.B., 1995; Kalichman S.C., Carey M.P., Carey K.B., 1996; Perdue T. et al., 2003).

Риск инфицирования ВИЧ у потребителей наркотиков в наибольшей степени обусловлен применением нестерильного инъекционного инструментария, обменом использованными иглами и шприцами, а также незащищенными сексуальными связями (Должанская Н.А., Бузина Т.С., 2002; Кошкина Е.А. с соавт., 2012; Покровский В.В. с соавт., 2014; Des Jarlais D.C., Friedman S.R., 1987).

В данном исследовании установлено, что опиоидзависимые пациенты с ВИЧ-инфекцией имеют более высокий совокупный показатель риска инфицирования ВИЧ, а также риск инфицирования ВИЧ половым путем, чем ОЗ без ВИЧ. Более половины ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых применяли использованные иглы и обменивались иглами, бывшими в употреблении; 1/5 сообщили о том, что несколько раз в месяц обменивались или делились посудой, в которой приготавливали наркотики. Кроме того, установлено, что ОЗВИЧ, в отличие от ОЗ, чаще проводят свободное время с зависимыми от ПАВ, бывают в местах, где собираются наркозависимые для потребления ПАВ, и никогда не используют новые шприцы при употреблении наркотиков, что повышает риск наркотизации и инфицирования (Greenfield B.L. et al., 2012). Полученные данные подтверждают тот факт, что, несмотря на заражение, ВИЧ-позитивные ПИН продолжают практиковать рискованные формы наркопотребления (Darke S. et al., 1994) или даже усиливают рискованное поведение при выявлении серопозитивного статуса (Avants S.K. et al., 2000).

Следует отметить, что в группе ОЗ также регистрируется высокий риск инфицирования ВИЧ при наркотизации: 2/3 опиоидзависимых применяли один шприц для переноса наркотика в другой, обменивались или делились посудой, в которой приготавливали наркотики, пользовались и/или обменивались водой, которая уже была использована для очистки игл.

Группой высокого риска заражения ВИЧ-инфекцией являются ПИН и лица, имеющие большое количество сексуальных партнеров, в первую очередь оказывающие секс-услуги за плату (Плавинский С.Л. с соавт., 2009).

Высокий уровень сексуального риска в группе ОЗВИЧ, выявленный в данном исследовании, определяются тем, что четверть опиоидзависимых женщин в 2 раза чаще занимались коммерческим сексом и имели большее количество половых партнеров, чем респонденты без ВИЧ. Секс за деньги часто ассоциирован с бедностью и отсутствием занятости, также дополнительная плата может привести к отказу от применения презервативов (Cabrega Fadul O., 1998; Abad N. et al., 2015). По сравнению с ОЗ без ВИЧ, среди обследованных ОЗВИЧ отмечалось худшее материальное положение, а доля не учащих и не работающих была выше.

Две третьих ВИЧ-инфицированных ПИН практикуют сексуальные отношения с ВИЧ-инфицированными (независимо от того, был ли известен обследуемому ВИЧ-статус партнера на момент отношений или стал известен позже). Это можно объяснить тем, что в близком окружении ОЗВИЧ, по сравнению с ОЗ, чаще встречаются ВИЧ-инфицированные, в том числе среди постоянных половых партнеров. Во время секса ОЗВИЧ обычно реже используют презервативы, чем ОЗ без ВИЧ, что является еще одной серьезной причиной риска распространения ВИЧ-инфекции половым путем. Отказ большинства наркопотребителей, в том числе и с серопозитивным статусом, от применения средств защиты барьерного типа при половых контактах продемонстрирован в ряде исследований (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Miller M., Neaigus A., 2002). Среди наиболее распространенных причин отказа от применения презервативов отмечаются такие, как: «уверенность в половом партнере», «нежелание менять привычки сексуального поведения», «негативное отношение к презервативам» (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Должанская Н.А., 2013).

Хорошо известно, что употребление ПАВ приводит к изменению состояния психики, увеличивает риск заражения ВИЧ и другими инфекционными заболеваниями (Pechansky F. et al., 2005). По показателям совокупного риска, связанного с инъекционным и сексуальным поведением, потребители стимуляторов подвержены большему риску инфицирования, чем потребители других ПАВ (Бутс Р.Е. с соавт.; Шаболтас А.В. с соавт., 2004; Kozlov A.P. et al., 2006).

9% обследованных нами пациентов с ВИЧ-инфекцией несколько раз в месяц употребляли кокаин, среди ОЗ таких случаев отмечено не было. Более частое применение стимуляторов в группе ОЗВИЧ можно объяснить, с одной стороны, необходимостью стимуляции и повышения настроения в связи с наличием у них более выраженных депрессивных расстройств, с другой – кокаин усиливает половое влечение, что может приводить к увеличению числа половых, в том

числе и коммерческих, партнеров, а также к торговле наркотиками за секс (Grella C.E., Anglin M.D., Wugalter S.E., 1995; Campsmith M.L., Nakashima A.K., Jones J.L., 2000).

С целью «активизации» и по гедонистическим мотивам ОЗВИЧ чаще, чем ОЗ, злоупотребляют алкоголем, что также увеличивает риск инфицирования. Алкоголизация неотъемлемо связана с небезопасным сексуальным поведением, в том числе с наличием нескольких половых партнеров, незащищенными половыми актами, сексом с потребителями инъекционных наркотиков, так как при употреблении алкоголя снижаются восприятие риска и контроль над поведением. Результаты исследования, изложенные в разделе 3.2, опубликованы и доступны по ссылкам: Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Громько Д.И. и др., 2015.

### 3.3. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК, СМЫСЛОЖИЗНЕННЫХ ОРИЕНТАЦИЙ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ АГРЕССИИ, ГНЕВА, СТИГМАТИЗАЦИИ, СПОСОБОВ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ, А ТАКЖЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ С ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ СТАТУСАМИ

#### 3.3.1. Результаты исследования личностных особенностей при помощи 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF)

Для выявления основных черт личности использовался адаптированный вариант личностного опросника Р. Кеттелла (форма С). По сравнению с КГ, в группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются достоверно более низкие показатели по факторам «G» (низкая–высокая нормативность поведения), «I» (жесткость–чувствительность), «M» (практичность–мечтательность), «Q<sub>2</sub>» (конформизм–нонконформизм), «Q<sub>3</sub>» (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль), «MD» (низкая–высокая самооценка). Самые высокие значения в группах ОЗ и ОЗВИЧ регистрировались по факторам «L» (доверчивость–подозрительность), «O» (спокойствие–тревожность), «Q<sub>4</sub>» (расслабленность – эмоциональная напряженность), и они были выше, чем в контрольной группе. У пациентов с ОЗ выше по сравнению с КГ факторы «E» (покорность–доминантность), «F» (рассудительность–безрассудство), «H» (робость–смелость). В группе ОЗВИЧ отмечались более низкие показатели, в сравнении с ОЗ и КГ, по факторам «B» (общий уровень интеллекта), «C» (эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость), «Q<sub>3</sub>» (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль). Значения фактора «N» (прямолинейность–дипломатичность) у ОЗВИЧ выше, чем в КГ (Таблица 10).

Таблица 10. Средние значения показателей 16-факторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели 16PF	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Фактор А (замкнутость–общительность)	6,35	1,23	6,61	1,76	6,48	1,25
Фактор В (общий уровень интеллекта)	5,61 <sup>1</sup>	1,53	4,89 <sup>1.3</sup>	1,05	5,67 <sup>3</sup>	1,53
Фактор С (эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость)	5,83 <sup>1</sup>	1,16	4,93 <sup>1.3</sup>	1,12	5,50 <sup>3</sup>	1,30
Фактор Е (покорность–доминантность)	5,70 <sup>2</sup>	1,38	5,53	1,17	5,06 <sup>2</sup>	1,06

Продолжение Таблицы 10

Фактор F (рассудительность–безрассудство)	5,54 <sup>2</sup>	1,07	5,21	1,06	4,80 <sup>2</sup>	1,01
Фактор G (низкая–высокая нормативность поведения)	4,98 <sup>2</sup>	1,20	4,91 <sup>3</sup>	1,11	6,01 <sup>2,3</sup>	1,43
Фактор H (робость–смелость)	6,57 <sup>2</sup>	1,42	6,32	1,43	5,72 <sup>2</sup>	1,55
Фактор I (жесткость–чувствительность)	5,22 <sup>2</sup>	0,92	5,05 <sup>3</sup>	0,97	6,06 <sup>2,3</sup>	1,86
Фактор L (доверчивость–подозрительность)	7,61 <sup>2</sup>	1,14	7,86 <sup>3</sup>	0,93	6,06 <sup>2,3</sup>	1,29
Фактор M (практичность–мечтательность)	5,15 <sup>2</sup>	1,46	5,09 <sup>3</sup>	1,41	6,36 <sup>2,3</sup>	1,72
Фактор N (прямолинейность–дипломатичность)	6,41	1,65	6,47 <sup>3</sup>	1,58	5,72 <sup>3</sup>	2,01
Фактор O (спокойствие–тревожность)	7,63 <sup>2</sup>	1,74	7,63 <sup>3</sup>	1,33	6,37 <sup>2,3</sup>	1,18
Фактор Q <sub>1</sub> (консерватизм–радикализм)	5,98	2,04	5,82	1,64	6,58	1,99
Фактор Q <sub>2</sub> (конформизм–нонконформизм)	5,48 <sup>2</sup>	1,41	5,54 <sup>3</sup>	1,45	6,26 <sup>2,3</sup>	1,53
Фактор Q <sub>3</sub> (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль)	5,83 <sup>1,2</sup>	1,57	5,16 <sup>1,3</sup>	1,03	6,80 <sup>2,3</sup>	2,01
Фактор Q <sub>4</sub> (расслабленность – эмоциональная напряженность)	7,09 <sup>2</sup>	1,05	7,23 <sup>3</sup>	1,20	5,40 <sup>2,3</sup>	1,80
Фактор MD адекватность самооценки (низкая–высокая самооценка)	5,87 <sup>2</sup>	1,34	5,68 <sup>3</sup>	1,40	6,61 <sup>2,3</sup>	1,63

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ) по результатам дисперсионного анализа: <sup>1</sup> ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> ОЗ–КГ, <sup>3</sup> ОЗВИЧ–КГ

### 3.3.2. Результаты исследования показателей гнева, выявленных при помощи опросника STAXI Ч.Д. Спилбергера

Пациенты ОЗ и ОЗВИЧ имеют более высокие уровни «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» и «экспрессии гнева вовне» по сравнению с КГ: 16,80 (SD = 2,72), 19,00 (SD = 4,54) vs. 14,79 (SD = 3,36),  $p = 0,05$  (Таблица 11).

В группе ОЗВИЧ показатели «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» и «экспрессии гнева вовне» выше ( $p = 0,05$ ), чем у больных с ОЗ 19,00 (SD = 4,54) vs. 16,80 (SD = 2,72) / 15,61 (SD = 2,47) vs. 16,86 (SD = 1,91), кроме того, у ВИЧ-положительных респондентов уровни «экспрессия гнева контроль» ниже, чем в КГ: 18,98 (SD = 2,73) vs. 20,41 (SD = 3,89) (Таблица 11).

Таблица 11. Средние значения показателей опросника STAXI Ч.Д. Спилбергера у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели STAXI	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Сиюминутное состояние гнева	10,26	0,61	10,32	0,71	10,09	0,32
Склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность	16,80 <sup>1,2</sup>	2,72	19,00 <sup>1,3</sup>	4,54	14,79 <sup>2,3</sup>	3,36
Гнев-темперамент	7,72	1,65	8,30 <sup>3</sup>	2,04	7,14 <sup>3</sup>	2,60
Гнев-реакция	8,65	2,07	8,89	2,13	8,14	1,95
Экспрессия гнева внутрь	13,52	2,59	14,07	2,76	13,50	2,97
Экспрессия гнева вовне	15,61 <sup>1,2</sup>	2,47	16,86 <sup>1,3</sup>	1,91	13,98 <sup>2,3</sup>	2,83
Экспрессия гнева контроль	20,02	2,94	18,98 <sup>3</sup>	2,73	20,41 <sup>3</sup>	3,89

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ) по результатам дисперсионного анализа: <sup>1</sup> ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> ОЗ–КГ, <sup>3</sup> ОЗВИЧ–КГ.

### 3.3.3. Результаты исследования агрессии при помощи опросника А. Басса и А. Дарки (BDHI)

У пациентов с ОЗ и ОЗВИЧ, по сравнению с КГ, выше ( $p = 0,05$ ) уровни «физической агрессии»: 64,09 (SD = 16,61), 63,49 (SD = 15,14) vs. 50,60 (SD = 14,36); «вербальной агрессии»: 53,22 (SD = 18,18), 53,77 (SD = 15,26) vs. 46,72 (SD = 12,79); «раздражения»: 52,63 (SD = 17,07) vs. 42,99 (SD = 12,79); «чувства вины»: 51,89 (SD = 16,01), 67,35 (SD = 17,28) vs. 40,46 (SD = 10,92); и «индекса агрессивности»: 56,64 (SD = 13,55), 57,30 (SD = 11,02) vs. 46,77 (SD = 8,72).

В группе ОЗВИЧ выше показатели «обиды»: 64,32 (SD = 18,12) vs. 53,70 (SD = 17,03), 49,92 (SD = 21,62); «чувства вины»: 67,35 (SD = 17,28) vs. 51,89 (SD = 16,01), 40,46 (SD = 10,92); «индекса враждебности»: 61,49 (SD = 14,54) vs. 53,87 (SD = 12,07), 48,61 (SD = 18,17) по сравнению с ОЗ и КГ (Таблица 12).

Таблица 12. Средние значения показателей опросника показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (BDHI) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели BDHI	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Физическая агрессия	64,09 <sup>2</sup>	16,61	63,49 <sup>3</sup>	15,14	50,60 <sup>2,3</sup>	14,36
Вербальная агрессия	53,22 <sup>2</sup>	18,18	53,77 <sup>3</sup>	15,26	46,72 <sup>2,3</sup>	12,79
Косвенная агрессия	65,00	18,59	64,09	25,16	64,50	21,29
Негативизм	48,70	20,93	47,37	23,49	48,89	15,61
Раздражение	52,63 <sup>2</sup>	17,07	54,65 <sup>3</sup>	12,06	42,99 <sup>2,3</sup>	12,79
Подозрительность	54,04	15,87	58,67 <sup>3</sup>	16,01	47,30 <sup>3</sup>	20,99
Обида	53,70 <sup>1</sup>	17,03	64,32 <sup>1,3</sup>	18,12	49,92 <sup>3</sup>	21,62
Чувство вины	51,89 <sup>1,2</sup>	16,01	67,35 <sup>1,3</sup>	17,28	40,46 <sup>2,3</sup>	10,92
Индекс агрессивности	56,64 <sup>2</sup>	13,55	57,30 <sup>3</sup>	11,02	46,77 <sup>2,3</sup>	8,72
Индекс враждебности	53,87 <sup>1</sup>	12,07	61,49 <sup>1,3</sup>	14,54	48,61 <sup>3</sup>	18,17

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ) по результатам дисперсионного анализа: <sup>1</sup> ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> ОЗ–КГ, <sup>3</sup> ОЗВИЧ–КГ.

### 3.3.4. Результаты исследования смысловых ориентаций опиоидзависимых при помощи опросника СЖО (PIL)

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью опросника СЖО, выявил ряд достоверных различий между группами. 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 были ниже, чем в КГ. У обследуемых с ОЗВИЧ значения по шкалам «цель в жизни», «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «локус контроля – Жизнь» были меньше по сравнению с ОЗ (Таблица 13).

В группах ОЗ и ОЗВИЧ общий уровень осмысленности, насыщенности и удовлетворенности жизнью ниже, по сравнению с КГ.

Таблица 13. Средние значения показателей теста смысловых ориентаций (PIL) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ-отрицательным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели PIL	ОЗ		ОЗВИЧ		КГ	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Цель в жизни	23,96 <sup>1***,2***</sup>	4,03	20,54 <sup>3***</sup>	2,92	30,43	4,81
Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни	19,93 <sup>1*,2***</sup>	2,96	18,35 <sup>3***</sup>	2,83	29,96	3,88
Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией	17,93 <sup>2***</sup>	2,62	17,25 <sup>3***</sup>	3,66	25,97	3,25
Локус контроля – Я	17,83 <sup>2***</sup>	2,58	17,14 <sup>3***</sup>	1,95	21,27	2,74
Локус контроля – Жизнь	22,00 <sup>1***,2***</sup>	2,72	19,28 <sup>3***</sup>	3,71	30,73	3,79
Общий показатель	77,57 <sup>2***</sup>	12,39	76,23 <sup>3***</sup>	12,47	98,99	8,70

Примечание:

Статистически значимые различия между группами по результатам дисперсионного анализа: <sup>1</sup> ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> ОЗ–КГ, <sup>3</sup> ОЗВИЧ–КГ, значения достоверности: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

### 3.3.5. Результаты исследования копинг-стратегий с использованием опросника Р.С. Лазаруса (WCQ)

По данным сравнительного анализа установлены следующие значимые различия: больные ОЗ и ОЗВИЧ чаще, чем в КГ, прибегают к стратегиям «дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка». В группе ОЗВИЧ уровень применения копинг-стратегий «конфронтативный копинг» и «поиск социальной поддержки», выше, чем в КГ (Таблица 14).



Таблица 14. Средние значения показателей опросника для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели WCQ	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Конфронтативный копинг	9,63	2,77	10,07 <sup>3</sup>	2,67	8,64 <sup>3</sup>	2,76
Дистанцирование	8,43 <sup>2</sup>	2,64	8,32 <sup>3</sup>	2,45	7,02 <sup>2,3</sup>	1,36
Самоконтроль	14,09 <sup>2</sup>	3,42	14,26 <sup>3</sup>	3,25	12,47 <sup>2,3</sup>	2,92
Поиск социальной поддержки	10,93	2,18	12,18 <sup>3</sup>	3,31	10,76 <sup>3</sup>	2,90
Принятие ответственности	8,17	1,29	10,65	11,58	8,23	1,28
Бегство-избегание	10,74 <sup>2</sup>	3,92	10,18 <sup>3</sup>	4,64	6,57 <sup>2,3</sup>	2,52
Планирование решения проблемы	8,39 <sup>2</sup>	2,04	8,40 <sup>3</sup>	1,77	11,40 <sup>2,3</sup>	2,10
Положительная переоценка	8,70 <sup>2</sup>	1,68	8,44 <sup>3</sup>	2,42	11,31 <sup>2,3</sup>	3,35

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ) по результатам дисперсионного анализа: <sup>1</sup> ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> ОЗ–КГ, <sup>3</sup> ОЗВИЧ–КГ.

### 3.3.6. Результаты исследования стигматизации/дискриминации при помощи модифицированной шкалы методики Б.Г. Линка (LINK)

Модифицированная «целевая» шкала методики Б.Г. Линка предназначена для измерения косвенной, «проективной» готовности респондентов стигматизировать/дискриминировать людей по статусу «наркозависимость» и «ВИЧ-инфицированный». Методика позволяет оценить мнение обследуемых групп о том, как большинство людей, а не сами респонденты, относятся к ВИЧ-позитивным и наркозависимым в различных сферах жизни: по вопросам трудоустройства, бракосочетания, безопасности, доверия и т. д. Результаты сравнительного исследования стигматизации/дискриминации респондентов выявили следующие значимые различия: показатели стигматизации/дискриминации по признакам наркозависимости и ВИЧ-инфицированности в группах ОЗ и ОЗВИЧ выше, чем в КГ; пациенты ОЗВИЧ по сравнению с

пациентами ОЗ демонстрируют более высокий уровень стигматизации ВИЧ-инфицированных (Таблица 15).

Таблица 15. Средние значения показателей модифицированной шкалы стигматизации Б.Г. Линка (LINK) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели LINK	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
ВИЧ-стигма	10,52 <sup>1,2</sup>	1,07	14,60 <sup>1,3</sup>	1,85	5,14 <sup>2,3</sup>	0,91
Нарко-стигма	14,93 <sup>2</sup>	1,54	15,19 <sup>3</sup>	1,57	6,61 <sup>2,3</sup>	1,15

Примечание:

Статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ) по результатам дисперсионного анализа: <sup>1</sup> ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> ОЗ–КГ, <sup>3</sup> ОЗВИЧ–КГ.

### 3.3.7. Результаты исследования качества жизни при помощи ВОЗКЖ-100 (WHOQOL-100)

По данным анализа показателей опросника ВОЗ КЖ-100 установлено, что в обеих группах опиоидзависимых значения субсфер «G – удовлетворенность здоровьем и КЖ» «F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия, усталость», «F3 – сон и отдых», «F4 – положительные эмоции», «F6 – самооценка», «F8 – отрицательные эмоции», «F11 – зависимость от лекарств и лечения», «F12 – работоспособность», «F13 – личные отношения» были достоверно ниже, чем в КГ. Показатель субсферы «F9 – подвижность» по сравнению с КГ достоверно снижен лишь в группе ОЗ ( $p \leq 0,05$ ). Только в группе ОЗВИЧ, по сравнению с КГ, отмечается значимое снижение показателей в субсферах: «F5 – познавательные функции», «F7 – образ тела и внешность», «F10 – выполнение повседневных дел», «F14 – практическая социальная поддержка», «F15 – сексуальная активность», «F16 – физическая безопасность», «F18 – финансовые ресурсы», «F20 – приобретение новой информации», «F21 – возможности использования отдыха», «F24 – духовность, личные убеждения». В группе ОЗ, по сравнению с ОЗВИЧ, выше следующие показатели: «G – удовлетворенность здоровьем и КЖ» ( $p \leq 0,001$ ), «F1 – физическая боль и дискомфорт» ( $p \leq 0,01$ ), «F2 – жизненная активность, энергия, усталость» ( $p \leq 0,05$ ), «F7 – образ тела и внешность» ( $p \leq 0,05$ ), «F8 – отрицательные эмоции» ( $p \leq 0,05$ ), «F10 – выполнение повседневных дел» ( $p \leq 0,05$ ), «F11 – зависимость от лекарств и лечения» ( $p \leq 0,05$ ),

«F12 – работоспособность» ( $p \leq 0,05$ ), «F21 – возможности использования отдыха» ( $p \leq 0,05$ ) (Таблица 16).

В обеих группах опиоидзависимых показатели качества жизни в «физической сфере», «психологической сфере», «уровне независимости», «социальных отношениях», «общем качестве жизни» статистически значимо хуже, чем в КГ. У респондентов в группе ОЗВИЧ, при сравнении с КГ, удовлетворенность КЖ статистически значимо ниже по всем сферам, включая показатель «общее качество жизни». При этом ОЗВИЧ, по сравнению с ОЗ, оценивают значимо ниже благополучие в «психологической» сфере и «уровне независимости». В отличие от групп ОЗ и КГ, снижение удовлетворенности КЖ в сфере «окружающая среда» и «духовной сфере» регистрируется только в группе ОЗВИЧ.

Таблица 16. Средние значения показателей опросника ВОЗКЖ-100 (WHOQOL-100) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ), ВИЧ-негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели WHOQOL-100	ОЗ		ОЗВИЧ		КГ	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
G – общее качество жизни и состояние здоровья	12,91 <sup>1***,2***</sup>	2,14	10,88 <sup>3***</sup>	2,16	15,66	2,34
F1 – физическая боль и дискомфорт	13,15 <sup>1***,2***</sup>	2,35	11,37 <sup>3***</sup>	1,99	15,11	2,64
F2 – жизненная активность, энергия, усталость	13,70 <sup>1*,2*</sup>	2,72	12,26 <sup>3***</sup>	3,07	15,19	3,16
F3 – сон и отдых	13,70 <sup>2***</sup>	4,70	13,68 <sup>3***</sup>	4,67	17,18	3,48
F4 – положительные эмоции	13,20 <sup>2**</sup>	2,65	12,32 <sup>3***</sup>	3,43	15,11	3,33
F5 – познавательные функции	14,30	2,39	13,70 <sup>3***</sup>	2,43	15,28	2,27
F6 – самооценка	14,76 <sup>2*</sup>	1,95	13,93 <sup>3***</sup>	2,85	15,81	2,19
F7 – образ тела и внешность	15,39 <sup>1*</sup>	2,80	13,61 <sup>3***</sup>	3,62	15,91	3,20
F8 – отрицательные эмоции	14,78 <sup>1*,2*</sup>	2,58	13,33 <sup>3***</sup>	3,56	16,23	3,26
F9 – подвижность	16,46 <sup>2*</sup>	2,77	16,84	3,06	17,81	2,56
F10 – выполнение повседневных дел	15,91 <sup>1*</sup>	2,62	14,42 <sup>3***</sup>	3,37	16,90	2,64
F11 – зависимость от лекарств и лечения	15,85 <sup>1*,2***</sup>	3,78	13,70 <sup>3***</sup>	4,20	18,52	3,06
F12 – работоспособность	16,76 <sup>1*,2*</sup>	2,90	15,05 <sup>3***</sup>	3,55	18,18	2,40
F13 – личные отношения	14,78 <sup>2*</sup>	3,13	14,14 <sup>3***</sup>	3,07	16,19	3,03
F14 – практическая социальная поддержка	14,41	3,00	14,02 <sup>3**</sup>	3,18	15,70	3,16
F15 – сексуальная активность	13,59	3,17	13,35 <sup>3*</sup>	3,80	14,94	3,08
F16 – физическая безопасность	14,30	2,13	13,65 <sup>3*</sup>	2,07	14,67	2,66
F17 – окружающая среда дома	13,83	2,93	13,00	3,52	14,37	3,65

Продолжение Таблицы 16

F18 – финансовые ресурсы	12,00	2,50	10,67 <sup>3**</sup>	2,99	12,32	3,39
F19 – медицинская и социальная помощь	12,43	3,00	12,04	2,95	13,02	3,24
F20 – приобретение новой информации	14,54	2,47	13,86 <sup>3***</sup>	2,58	15,48	2,14
F21 – возможности использования отдыха	15,28 <sup>1*</sup>	3,64	13,67 <sup>3***</sup>	3,56	16,10	2,78
F22 – окружающая среда	13,39	3,00	13,16	2,66	14,10	3,25
F23 – транспорт	13,67	2,97	13,49	3,06	14,00	3,64
F24 – духовность, личные убеждения	14,78	2,85	13,98 <sup>3**</sup>	3,55	15,63	2,98
Физическая сфера	13,51 <sup>2***</sup>	2,57	12,44 <sup>3***</sup>	2,55	15,82	2,13
Психологическая сфера	14,49 <sup>1*,2*</sup>	1,79	13,38 <sup>3***</sup>	2,62	15,67	1,78
Уровень независимости	16,24 <sup>1*,2***</sup>	2,35	15,00 <sup>3***</sup>	3,00	17,85	1,71
Социальные отношения	14,26 <sup>2**</sup>	2,59	13,83 <sup>3***</sup>	2,82	15,61	2,15
Окружающая среда	13,68	1,65	12,94 <sup>3***</sup>	1,92	14,25	1,62
Духовная сфера	14,78	2,85	13,98 <sup>3**</sup>	3,55	15,63	2,98
Общее качество жизни (КЖ-100)	86,97 <sup>2***</sup>	11,01	81,58 <sup>3***</sup>	14,39	94,85	8,17

Примечание:

Статистически значимые различия между группами по результатам дисперсионного анализа: <sup>1</sup> ОЗ–ОЗВИЧ, <sup>2</sup> ОЗ–КГ, <sup>3</sup> ОЗВИЧ–КГ, значения достоверности: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

### 3.3.8. Обсуждение результатов сравнительного исследования личностных характеристик, показателей агрессии и гнева, копинг-стратегий, смысловых ориентаций, стигматизации, а также качества жизни

Изучение индивидуально-психологических свойств личности с учетом принадлежности человека к той или иной группе демонстрирует индивидуальное своеобразие конкретной личности и позволяет с большей долей вероятности прогнозировать ее реальное поведение в определенных жизненных ситуациях (Капустина А.Н., 2007). Исследования, освещающие вопросы личностных особенностей зависимых от ПАВ, широко представлены в научной литературе (Ланда А.Н., 1989; Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б., 1992; Козлов А.А., 1999; Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2000; Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г., 2002). В настоящее время обсуждается вопрос о возможности выделения особого, специфического «наркоманического дефекта» или «зависимой личности» (Козлов А.А., Рохлина М.Л., 2000; Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г., 2002). Достоверно установлено, что у больных с зависимостью

от ПАВ, и в частности у опиоидзависимых, регистрируются специфические индивидуально-психологические характеристики, такие как эгоцентризм, незрелость, неспособность заботиться о себе, замкнутость, нарушения в регулировании эмоций, обособленность, недостаточный контроль влечений и поведения, которые увеличивают вероятность возникновения зависимости от различных видов наркотических средств и ухудшают прогноз заболевания (Лавриненко В.И., Садиков Г.Н., Джанмедов А.М., 1989; Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2005; Budhachandra Y. et al., 2007). Воздействие вирусной инфекции на центральную нервную систему усугубляет общее состояние и снижает адаптационные возможности личности (Ellis R., Langford D., Masliah E., 2007).

Результаты тестирования с помощью 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла свидетельствуют о наличии у пациентов с опиоидной зависимостью личностной дисфункциональности, которую можно представить в виде базовых блоков личностных свойств.

Коммуникативные свойства личности опиоидзависимых характеризуются избирательностью в межличностных отношениях, причем круг близкого окружения у них достаточно узкий. Активность в установлении и сохранении новых контактов невысокая. Отношение к людям настороженное, подозрительное, недоверчивое. Отмечается склонность к рискованному поведению, а также готовность подчиняться мнению и требованиям группы. В эмоциональной сфере выявляются повышенная тревожность, раздражительность, мнительность, низкая стрессоустойчивость, излишняя эмоциональная напряженность, низкий контроль эмоций и поведения, зависимость от настроений, страх, недовольство собой, неуверенность, чувство вины. Интеллектуальные возможности характеризуются меньшей оперативностью и некоторой ригидностью мышления. В мыслительных процессах преобладают прагматичность и конкретность. Адаптивность регуляторных свойств личности (самодисциплина и моральная нормативность) снижена, в социальном поведении преобладает меньшая критичность, а также пренебрежение общепринятыми правилами и нормами. В группе опиоидзависимых в личностном профиле доминируют смелость, напористость, импульсивность и склонность к риску. В группе ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов отмечались худшие показатели в интеллектуально-эмоциональной сфере, у них максимально выражены низкий самоконтроль, аффективность, фрустрированность, ригидность и конкретность мышления, что связано с воздействием инфекционных и токсических агентов.

Данные опросника STAXI свидетельствуют о том, что характерной особенностью личности опиоидзависимых является гнев, который определяет деструктивность эмоционального реагирования на раздражители и направлена на окружающий мир. У опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией, на фоне наименьшей способности контролировать и

подавлять гнев, индивидуально-динамические показатели гнева максимально интенсивны и выражены, что является одним из механизмов формирования агрессии.

Данные опросника STAXI свидетельствуют о том, что пациенты ОЗ и ОЗВИЧ имеют более высокие показатели «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» и «экспрессии гнева вовне» по сравнению с КГ, что свидетельствует о наличии у данных больных выраженных переживаний гнева, в развитии которых важную роль играют индивидуально-психологические характеристики, при этом гнев проецируется вовне. В группе ОЗВИЧ уровни и «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности», и «экспрессии гнева вовне» выше, чем у больных с ОЗ, а у ВИЧ-позитивных «экспрессия гнева — контроль» ниже, чем в КГ. Увеличение интенсивности эмоций гнева как личностно-динамической особенности, а также большая степень ориентации гнева наружу на фоне меньшей способности контролировать и подавлять гнев, может свидетельствовать о более выраженном снижении адаптивных возможностей ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Ранее было показано, что выраженные состояния гнева, снижение контроля гнева и экспрессия гнева вовне свойственны зависимым от ПАВ (De Mojá C.A., Spielberger C.D., 1997; Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E., 2004; Fernandez E., Scott S., 2009; Ilyuk R.D. et al., 2012). Гнев, как негативное эмоциональное состояние, тесно связан с агрессией, потенцирует агрессивные поведения (Кассинов Г., Тафрейт Р.Ч., 2006; Fernandez E., Scott S., 2009).

Агрессия при аддиктивных расстройствах проявляется семейными, межличностными конфликтами, различными формами насилия (Илюк Р.Д. с соавт., 2012; De Mojá C.A., Spielberger C.D., 1997; Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E., 2004; Nichols T.R. et al., 2008; Ilyuk R.D. et al., 2012). Существует тесная взаимосвязь между потреблением ПАВ и характером агрессии, при этом различные виды зависимости от ПАВ существенно отличаются друг от друга в выраженности показателей агрессии (Илюк Р.Д. с соавт., 2012; Nichols T.R. et al., 2008). В ряде исследований отмечено, что у больных с героиновой зависимостью часто наблюдается склонность к агрессии (Gerra G. et al., 2006), а наибольшие значения данного показателя отмечались у потребителей героина, имевших судимости (Gerra G. et al., 2005). Склонность к насилию среди ВИЧ-инфицированных и лиц с высоким риском ВИЧ-инфицирования выше, чем в целом среди населения (Cohen M. et al., 2000). Осознание ВИЧ-инфицированности как неизлечимой болезни вызывает у больных негативные эмоции и агрессивные реакции (Корнеева Г.К., 2004).

Агрессивность при потреблении ПАВ связана, с нашей точки зрения, не только с высокими показателями гнева и инфекционно-токсическим воздействием на ЦНС, но и с конфликтом между необходимостью принадлежать к обществу и потребностью сопротивляться его запретам, связанным с приемом ПАВ. Поскольку потребление ПАВ часто сопровождается

срывами циклов реализации потребностей (невозможность достать желаемое вещество, противодействие окружения и органов правопорядка, стигматизация наркопотребителей), агрессия приобретает длительный и стойкий характер, перерастая в агрессивность как черту личности, что может быть причиной повышения показателя шкалы STAXI «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность».

В группе ОЗВИЧ выше показатели «обиды» «индекса враждебности», по сравнению с ОЗ и КГ. ВИЧ-инфицированные опиоидзависимые чаще, чем другие респонденты, переживают негативные эмоции в связи с несправедливым к ним отношением, оскорблениями, что выражается в раздражении, недоверии к окружающим. Высокие показатели чувства вины у пациентов обеих групп указывают на ощущаемые ими угрызения совести, убеждение в том, что они являются «плохими» людьми, а их поведение не соответствует морально-нравственным нормам, кроме того, такие переживания могут вызывать дискриминация и наличие тяжелой инфекционной патологии.

ВИЧ-положительный статус является для пациентов серьезной психологической травмой и ассоциируется у большинства из них со смертным приговором, что оказывает влияние на поведение и жизненные позиции больного (Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., 2006).

Исследование смысложизненных ориентаций свидетельствует о том, что у опиоидзависимых отмечаются затруднения в формировании планов на будущее, утрата направленности своих действий, отсутствие уверенности в своих силах, в способности жить в соответствии со своими целями и представлениями (PIL). 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 обследуемых с ОЗВИЧ еще более низкий уровень смысла понимания существования, осмысленности целей, удовлетворенности своей жизнью в настоящем, уверенности в том, что жизнь неподвластна сознательному контролю.

Низкие показатели смысложизненных ориентаций у больных с опиоидной зависимостью были выявлены ранее и описаны в ряде работ (Хохлова К.А., 2006; Зенцова Н.И., Каклюгин Н.В., 2012).

Неспособность сформулировать жизненные цели, снижение адаптационно-компенсаторных возможностей организма и уровня личности, потребление ПАВ могут приводить к формированию неэффективных стратегий совладания с субъективно трудными жизненными ситуациями.

В данной работе с помощью опросника Лазаруса было показано, что в поведении наркопотребителей обеих групп преобладают дезадаптивные копинг-стратегии:

дистанцирование и избегание в отношениях с окружающими, спонтанное решение возникающих проблем, которые в немалой степени обусловлены характерологическими особенностями наркозависимой личности. Больные ОЗ и ОЗВИЧ демонстрируют снижение способности положительно оценивать происходящие события, не стремятся принимать ответственность на себя, что в целом приводит к ухудшению социального функционирования. У пациентов ОЗВИЧ, по сравнению с группой контроля, выделяются некоторые специфические копинг-стратегии, в частности готовность к конфронтации – неадаптивной агрессивной-ориентированной стратегии поведенческой активности, приводящей к конфликтным напряженным отношениям с окружающими, что подтверждается высокими значениями «индекса враждебности» (BDHI) и проявлений гнева (STAXI). Вместе с тем для них же являются характерными поиск социальной, эмоциональной и информационной поддержки социума. Отмечаемые поведенческие реакции данной группы пациентов связаны с характером заболеваний, вышеперечисленными личностными особенностями и пониманием возможных опасных последствий ВИЧ-инфицированности как на индивидуальном, так и на социальном уровне. Доминирование неадаптивных форм совладающего поведения у потребителей опиоидов было продемонстрировано в других исследованиях (Тухтарова И.В., 2003).

Стигматизация расстройств, обусловленных потреблением психоактивных веществ и ВИЧ-инфекцией, является серьезной медико-психологической и социальной, но и особенно актуальной для наркологии проблемой (Александров А.А., 2006). Выделение больных среди других, «клеймение» их на основании некоторых неприемлемых отклонений от нормы приводят к отчуждению и дискриминации стигматизируемых, преследованиям и другим отвергающим или враждебным действиям, что обуславливает ухудшение медико-социального состояния (Кабанов М.М., Бурковский Г.В., 2000; Рехтина Н.В., 2010; Goffman E., 1963; Link B.G. et al., 1997).

Согласно нашим данным, полученным с помощью модифицированной шкалы Б.Г. Линка, потребители опиоидов обеих групп больше стигматизируют наркозависимых и ВИЧ-инфицированных, чем опрошенные из контрольной группы. Такой высокий уровень стигматизирующего отношения обусловлен отрицательным опытом взаимодействия ОЗ и ОЗВИЧ с социальным окружением, так как известно, что стигматизация по признакам наркозависимости и ВИЧ-инфицированности лишает ряда прав и не позволяет дискриминируемым реализовать множество жизненных перспектив. Низкая готовность респондентов контрольной группы стигматизировать изучаемых больных, возможно, определяется молодым возрастом испытуемых, образованием, отсутствием опыта общения с наркопотребителями, а также их толерантностью к информации о том, что связано с наркотиками, наркологическим заболеванием и ВИЧ-инфекцией. Стигматизация ВИЧ-инфицированных обследуемыми из группы ОЗ, вероятнее всего, связана с наличием угрозы ВИЧ-



инфицирования и переносом на себя негативного отношения общества к ВИЧ-инфицированным, с которым они сталкивались в повседневной жизни. Самый высокий уровень стигматизации по статусу «ВИЧ-инфицированность» отмечается в группе ОЗВИЧ, это указывает на то, что эти пациенты максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003).

Качество жизни является интегральной характеристикой физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанной на его субъективном восприятии (Новик А.А., Ионова Т.И., 2007). В последнее время в ряде исследований продемонстрировано, что у наркозависимых отмечается низкий уровень КЖ (Бойко Е.О., 2009; Колотилин М.Г., 2014; Srivetsava S. et al., 2009; De Maeyer J. et al., 2011; Fischer J.A. et al., 2013). ВИЧ-статус в свою очередь оказывает негативное воздействие на все сферы КЖ инфицированного человека (Литвинцев С.В. с соавт., 2004; Барков Д.А., Улюкин И.М., 2006; Филоненко Н.Г., 2009; Kott W.S., Ford B.C., 2003).

При изучении особенностей качества жизни (КЖ) опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами с помощью опросника «ВОЗКЖ-100» было установлено, что субъективная удовлетворенность «общим качеством жизни» (ОКЖ) в группах ОЗ и ОЗВИЧ ниже по сравнению с КГ. Снижение значений ОКЖ указывает на то, что пациенты обеих групп независимо от ВИЧ-статуса менее удовлетворены своим физическим и психическим состоянием, уровнем независимости, а также межличностными взаимоотношениями и внешними (материальная и финансовая обеспеченность, физическая безопасность, доступность качественной медицинской и социальной помощи) условиями жизни.

Между ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются статистически значимые различия с КГ в сфере «социальные отношения». Снижение КЖ в данной сфере указывает на ухудшение способности опиоидзависимых устанавливать, поддерживать близкие взаимоотношения с окружающими, снижение возможностей получать поддержку, удовлетворять сексуальные потребности. При этом ОЗВИЧ сложнее выполнять свои обычные ежедневные обязанности, они больше зависят от оказания медицинской помощи. В группе пациентов ОЗВИЧ оценка КЖ в «психологической сфере» ниже по сравнению с пациентами группы ОЗ и КГ. У больных ОЗ данный параметр меньше, чем в группе КГ. Это свидетельствует о нехватке положительных эмоций и избытке отрицательных, ухудшении когнитивных функций, снижении самооценки, наличии беспокойства о своей внешней привлекательности у наркопотребителей обеих групп, но более выраженных в группе ОЗВИЧ.

Пациенты, вошедшие в основные клинические группы (ОЗ и ОЗВИЧ), в большей мере недовольны качеством жизни в сфере «уровень независимости», по сравнению с КГ. Полученные данные отражают снижение КЖ опиоидзависимых, проявляющееся ухудшением способности

справляться с повседневными делами и работой без лекарств и посторонней помощи. У больных ОЗВИЧ КЖ в данной сфере хуже, чем у ОЗ. По сравнению с КГ, в группе ОЗВИЧ ниже показатели в сферах «окружающая среда», «духовность». Это свидетельствует о том, что ВИЧ-позитивные пациенты меньше чувствуют медико-социальную поддержку и практическую помощь со стороны близкого окружения, у них меньше возможностей по организации своего отдыха и досуга. Для пациентов группы ОЗВИЧ характерны низкая удовлетворенность финансовыми ресурсами, качеством места проживания и жизненного пространства, а также отсутствие ощущения физической безопасности и защищенности. Существующий медико-социальный статус снижает удовлетворенность в «духовной» сфере. Хотя показатели КЖ в «физической сфере» не имели значимых различий между группами опиоидзависимых, значения субсфер «F1» и «F2», входящих в данный домен, достоверно различались между ОЗ и ОЗВИЧ. Оценка КЖ, связанного с физическим функционированием, у пациентов с опиоидной зависимостью ниже, вследствие неприятных кратковременных или длительных болезненных ощущений, усталости, подавленности, при этом у больных ОЗВИЧ данные параметры хуже, чем у ОЗ и КГ.

Результаты исследования, изложенные в разделе 3.3, опубликованы и доступны по ссылкам: Илюк Р.Д., Ильюшкина Е.В., Святенко В.С. и др., 2016.

### **3.4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АГРЕССИИ И ГНЕВА У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ СТАТУСАМИ**

На основании данных обследования опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами впервые проведен комплексный анализ биопсихосоциальных факторов формирования различных видов агрессии и гнева.

Как было показано выше, у опиоидзависимых регистрируются высокие показатели психопатологических жалоб, стигматизации, поведенческой дезадаптации и личностной дисфункциональности, которые максимально выражены у ВИЧ-инфицированных (см. Раздел 3.3). У больных с опиоидной зависимостью отмечаются высокий уровень индекса агрессивности, готовность к проявлению негативных чувств, выражению их как напрямую (вербально или с применением физической силы против другого лица), так и косвенно. Сочетание опиоидной зависимости и ВИЧ-инфекции сопровождается более высокими показателями агрессии, враждебности и обиды, а также максимально выраженным чувством вины. Интенсивность проявлений агрессивности в поведении и эмоциях возрастает от группы контроля к группе ОЗВИЧ (см. Раздел 3.3).

В других исследованиях также показано, что наркотическая зависимость является фактором, приводящим к различным формам агрессии (Murray R.L. et al., 2008; Chermack S. T. et al., 2009), которая проявляется в асоциальных и противоправных действиях, в том числе связанных с необходимостью добычи средств для приобретения алкоголя и наркотиков (Гузилов Б.М. с соавт., 1999; Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б., Иришкин Д.А., 2004; Илюк Р.Д. с соавт., 2008; Nurco D.N., Hanlon T.E., Kinlock T.W., 1991). ВИЧ-позитивный статус существенно снижает адаптационно-компенсаторные возможности опиоидзависимых, утяжеляет состояние соматического, психического и социального здоровья наркозависимых, обуславливает формирование специфичных только для данной группы психопатологических расстройств, а также индивидуально-психологических и поведенческих отклонений, увеличивает агрессивность (Ескалиева А.Т., 2006; Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Шишкова А.М., 2012; Singh D., Berkman A., Bresnahan M., 2009). В данной работе, в рамках системного подхода, с целью формирования более полного представления о факторогенезе агрессии и гнева у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, был использован метод множественной линейной регрессии, позволяющий из большого числа переменных построить модели предикторов для изучаемых феноменов.

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 выраженности психопатологической симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis L.R., 1977; Тарабрина Н.В., 2001), 16-факторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF) (Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M., 1970; Капустина А.Н., 2007), «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; Spielberger C. D., 1988), «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI) (Buss A. H., Durkee A., 1957; Райгородский Д.Я., 2009), копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ) (Lazarus R., Folkman S., 1988; Вассерман Л.И. с соавт., 2009), модифицированной шкалы стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка (LINK) (Link B.G. et al., 1997).

Подробное описание объектов исследования, критерии включения и невключения, методы исследования приведены в Разделе 3.1. Регрессионные модели представлены в Таблице 17. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что агрессивность и гнев у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами представляют собой сложные феномены, в основе формирования которых лежит совокупность социально-демографических, клинических, психопатологических, психологических и поведенческих факторов.

Описание предикторов агрессии и гнева изложено далее в разделе 3.4.1.

Таблица 17. Модели множественной линейной регрессии (зависимые переменные – значения шкал опросников «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI) и «Характеристики и ориентации гнева» Ч.Д. Спилбергера (STAXI), независимые переменные – клинические, социально-демографические и психологические характеристики опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами)

Психометрические шкалы (зависимые переменные)	Регрессионные модели в группе ОЗ (независимые переменные, n = 46)	Регрессионные модели в группе ОЗВИЧ (независимые переменные, n = 57)
«Индекс агрессивности» (BDHI)	$B_0 = 152,71$ , признаки резидуально-органического поражения ( $B_1 = 6,57$ ), толерантность в настоящий момент ( $B_2 = 4,37$ ), суммарная длительность всех ремиссий ( $B_3 = -0,57$ ), низкий–высокий самоконтроль ( $Q_3, 16PF$ ) ( $B_4 = -5,74$ ), спокойствие–тревожность ( $O, 16PF$ ) ( $B_5 = -11,13$ ), соматизация ( $SCL-90-R$ ) ( $B_6 = -14,98$ ), конфронтативный копинг ( $VCQ$ ) ( $B_7 = 2,52$ ), $R^2 = 0,91$	$B_0 = 47,31$ , консерватизм–радикализм ( $Q_1, 16PF$ ) ( $B_1 = 2,93$ ), практичность–мечтательность ( $M, 16PF$ ) ( $B_2 = -2,94$ ), бегство-избегание ( $VCQ$ ) ( $B_3 = 0,67$ ), $R^2 = 0,47$
«Индекс враждебности» (BDHI)	$B_0 = 164,23$ , ЧМТ в анамнезе ( $B_1 = -15,46$ ), количество детоксикаций ( $B_2 = 1,86$ ), низкая–высокая нормативность поведения ( $G, 16PF$ ) ( $B_3 = -3,38$ ), покорность–доминантность ( $E, 16PF$ ) ( $B_4 = -5,25$ ), робость–смелость ( $H, 16PF$ ) ( $B_5 = -7,59$ ), $R^2 = 0,89$	$B_0 = 29,43$ , тревожность ( $SCL-90-R$ ) ( $B_1 = 17,30$ ), «психотизм» ( $SCL-90-R$ ) ( $B_2 = 21,10$ ), показатель стигматизации ВИЧ-инфицированных ( $LINK$ ) ( $B_3 = 2,58$ ), $R^2 = 0,41$
«Обида» (BDHI)	$B_0 = 103,64$ , эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость ( $C, 16PF$ ) ( $B_1 = -5,79$ ), прямолинейность–дипломатичность ( $N, 16PF$ ) ( $B_2 = -4,53$ ), стигматизация по статусу ВИЧ ( $LINK$ ) ( $B_3 = 4,94$ ), робость–смелость ( $H, 16PF$ ) ( $B_4 = -5,96$ ), сдержанность–экспрессивность ( $F, 16PF$ ) ( $B_5 = -6,73$ ), расслабленность–напряженность ( $Q_4, 16PF$ ) ( $B_6 = 4,40$ ), $R^2 = 0,92$	$B_0 = 102,40$ , бегство-избегание ( $VCQ$ ) ( $B_1 = 1,86$ ), стигматизация по статусу ВИЧ ( $LINK$ ) ( $B_2 = -3,61$ ), $R^2 = 0,35$

Продолжение Таблицы 17

«Чувство вины» (BDHI)	$B_0 = 89,93$ , установка (декларируемая) на отказ от употребления наркотиков ( $B_1 = -11,99$ ), количество ремиссий ( $B_2 = 4,43$ ), покорность–доминантность (E, 16PF) ( $B_3 = -2,64$ ), самоконтроль (VCQ) ( $B_4 = -1,95$ ), наличие гепатита В ( $B_5 = 11,90$ ), $R^2 = 0,93$	$B_0 = 83,98$ , стигматизация по статусу ВИЧ (LINK) ( $B_1 = -1,16$ ), передозировка ПАВ ( $B_2 = 9,52$ ), межличностная сензитивность (SCL-90-R) ( $B_3 = 21,37$ ), средняя толерантность ( $B_4 = 11,19$ ), женский пол ( $B_5 = 11,80$ ), образование ( $B_6 = 4,27$ ), $R^2 = 0,60$
«Склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» (STAXI)	$B_0 = 8,23$ , пол (мужской) ( $B_1 = -2,96$ ), количество раз лечения от опиоидной зависимости, ограничившихся детоксикацией ( $B_2 = 0,44$ ), бегство-избегание (VCQ) ( $B_3 = 0,44$ ), обсессивно-компульсивные расстройства (SCL-90-R) ( $B_4 = 9,66$ ), $R^2 = 0,73$	$B_0 = 39,12$ , передозировка ПАВ ( $B_1 = -1,95$ ), пол (мужской) ( $B_2 = -3,76$ ), низкий–высокий самоконтроль (Q <sub>3</sub> , 16PF) ( $B_3 = -1,51$ ), конфронтативный копинг (VCQ) ( $B_4 = 0,57$ ), бегство-избегание (VCQ) ( $B_5 = -0,29$ ), показатель стигматизации наркозависимых (LINK) ( $B_6 = -0,78$ ), $R^2 = 0,62$
«Экспрессия гнева вовне» (STAXI)	$B_0 = 21,23$ , длительность гепатита С ( $B_1 = -0,05$ ), соматизация (SCL-90-R) ( $B_2 = -9,82$ ), межличностная сензитивность (SCL-90-R) ( $B_3 = 5,44$ ), депрессия (SCL-90-R) ( $B_4 = -6,80$ ), принятие ответственности (VCQ) ( $B_5 = -1,06$ ), стигматизация по статусу наркозависимости (LINK) ( $B_6 = 0,35$ ), $R^2 = 0,67$	$B_0 = 10,88$ , передозировка ПАВ ( $B_1 = 0,94$ ), доверчивость–подозрительность (L, 16PF) ( $B_2 = 0,70$ ), паранойяльные симптомы (SCL-90-R) ( $B_3 = 1,36$ ), консерватизм–радикализм (Q <sub>1</sub> , 16PF) ( $B_4 = -0,30$ ), $R^2 = 0,48$

## Примечание:

$B_0$  – константа уравнения регрессии.  $B_1, B_2, \dots, B_n$  – коэффициенты предикторов.  $R^2$  – коэффициент детерминации изменчивости предикторов, включенных в модель. Коэффициенты включались в уравнение при  $p$ -значениях  $< 0,05$ .

### 3.4.1. Предикторы показателей «индекса агрессивности» (BDHI), «индекса враждебности» (BDHI), «обида» (BDHI), «чувства вины» (BDHI) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ)

«Индекс агрессивности» (BDHI) является средневзвешенным показателем «физически» и «вербально» проявляемой агрессии, а также «раздражительности» и интегративно отображает уровень агрессивности (Buss A.H., Durkee A., 1957).

По данным регрессионного анализа определены предикторы «Индекса агрессивности» у больных с опиоидной зависимостью (ОЗ) – это наличие признаков резидуального органического поражения мозга ( $B_1 = 6,57$ ), толерантность к ПАВ ( $B_2 = 4,37$ ), длительность всех ремиссий ( $B_3 = -0,57$ ), «низкий–высокий самоконтроль» (Фактор Q<sub>3</sub>, 16PF) ( $B_4 = -5,74$ ), «спокойствие–тревожность» (Фактор O, 16PF) ( $B_5 = -11,13$ ), «соматизация» (SCL-90-R) ( $B_6 = -14,98$ ), «конфронтативный копинг» ( $B_7 = 2,52$ ) (VCQ), ( $B_1, B_2, \dots, B_n$  – номера и коэффициенты предикторов; константа уравнения множественной регрессии  $B_0 = 152,71$ ; скорректированный  $R^2 = 0,91$ )

Рост толерантности ( $B_2$  – порядковый номер предиктора, включенного в уравнение множественной регрессии) и меньшая длительность ремиссий ( $B_3$ ) могут свидетельствовать о повышающем влиянии тяжести наркологического заболевания на проявление агрессии. Неблагоприятным фоном, способствующим проявлениям агрессивного поведения, является совокупность признаков резидуального органического поражения головного мозга ( $B_1$ ) с позитивной оценкой своего физического здоровья ( $B_6$ ).

Известно, что наркотизация опиоидами приводит к изменению морфофункционального состояния центральной нервной системы (ЦНС) и органическому поражению мозга за счет воздействия различных факторов, таких как передозировки, наличие токсических примесей в наркотических веществах, вирусные гепатиты, а также в результате прямого воздействия опиоидов (Илюк Р.Д. с соавт., 2008; Nestler E.J., Aghajanian G.K., 1997; Hickman M. et al., 2003). Дефицитарность мозговых функций у опиоидзависимых сопровождается различными эмоциональными и поведенческими нарушениями, индуцирует агрессивность (Rao V. et al., 2009; Pardini M. et al., 2011; Плуцк R.D. et al., 2012; Malkesman O. et al., 2013). Ранее нами была показана прямая взаимосвязь между показателем «Физическая агрессия (BDHI)» и выраженностью ЧМТ, наличием судорог в анамнезе и тяжестью психоорганического синдрома у опиоидзависимых (Ильющкина Е.В. с соавт., 2014). Чем больше тяжесть зависимости и продолжительность потребления героина, тем выше готовность к физическому насилию и связанным с ним криминальным действиям (Marel C. et al., 2013). Потребление ПАВ вызывает специфические

изменения личности, в том числе нарушения контроля над поведением (Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б., Иришкин Д.А., 2004).

Нами обнаружено, что в группе ОЗ высокая агрессивность тем вероятнее, чем хуже эмоционально-регуляторные свойства личности – низкие «самоконтроль» (В<sub>4</sub>) и способность ощущать тревогу в сложных ситуациях (В<sub>5</sub>), а также чем меньше опиоидзависимые склонны к соматизации внутреннего напряжения (В<sub>6</sub>), которое, как правило, «отыгрывают» во внешнем поведении, стремясь во что бы то ни стало добиваться поставленной цели и предпочитая силовое решение конфликтных ситуаций (В<sub>7</sub>).

Ряд авторов указывает на то, что агрессивное поведение связано с неустойчивостью эмоционально-волевой сферы (Барденштейн Л.М., 2005), а аффекты являются «первичными строительными психобиологическими блоками агрессивных влечений» (Kernberg O.F., 1992). Н.М. van Praag выдвинул гипотезу о едином биологическом субстрате депрессии, тревоги и агрессивности, который связан с нарушениями серотонинергической системы (van Praag Н.М., 2004). В рамках психодинамических концепций считается установленным факт реципрокных отношений между склонностью к соматизации напряжения и тенденцией к его непосредственному выражению в поведении в виде импульсивных агрессивных действий (Кернберг О.Ф., 1998).

Для группы ОЗВИЧ предикторами «индекса агрессивности» являются: показатели опросника Кеттелла (16PF) – «консерватизм–радикализм» (Фактор Q<sub>1</sub>) (В<sub>1</sub> = 2,93), «практичность–мечтательность» (Фактор М) (В<sub>2</sub> = -2,94), а также копинг-механизм (VCQ) – «бегство-избегание (В<sub>3</sub> = 0,67) (константа уравнения множественной регрессии В<sub>0</sub> = 47,31; скорректированный R<sup>2</sup> = 0,47).

Следовательно, вероятность высокой агрессивности у ВИЧ-инфицированных лиц, страдающих наркозависимостью, тем выше, чем больше напряженность, готовность к нарушению привычек и устоявшихся традиций (В<sub>1</sub>), чем меньше «фантазийность и мечтательность» (В<sub>2</sub>), в сочетании с плохой рефлексией собственных проблем и склонностью к суррогатному замещению собственных эмоциональных потребностей (В<sub>3</sub>) (прием ПАВ, «отыгрывание» в поведении и т. п.).

ВИЧ-положительный статус является для пациентов серьезной психологической травмой, сопровождается утратой смысла существования, что оказывает влияние на психическое состояние, поведение и жизненные позиции больного (Тухтарова И.В., 2003), а также приводит к формированию неэффективных стратегий совладания с субъективно трудными жизненными ситуациями, в том числе к снятию напряжения с помощью алкоголя. Ранее мы продемонстрировали, что у пациентов ОЗВИЧ регистрируется прямая корреляционная связь между приемом алкоголя и показателями агрессии – влечением к алкоголю, средним



количеством употребляемого алкоголя в неделю в пересчете на чистый этанол и «физической агрессией» (BDHI), а также средним количеством употребляемого алкоголя и «индексом агрессивности» (BDHI) (Ильюшкина Е.В. с соавт., 2014).

В качестве одного из важнейших параметров, определяющих выраженность агрессивных в широком смысле тенденций, Арнольд Басс и Энн Дарки рассматривали «индекс враждебности» (Buss A.H., Durkee A., 1957). Этот индекс аккумулирует такие показатели, как «обида» BDHI и «подозрительность» (BDHI), фактически являясь индикатором накапливающегося эмоционально-негативного отношения к окружающим.

Интерпретируя выявленные предикторы «индекса враждебности» в группе ОЗ, можно сказать, что вероятность враждебного отношения у них тем выше, чем меньше представлена органическая обусловленность поведения – меньше ЧМТ в анамнезе ( $B_1 = -15,46$ ), и чем в большей степени выражены такие черты личности (16PF), как «покорность–доминантность» (Фактор E) ( $B_4 = -5,25$ ), «робость–смелость» (Фактор H) ( $B_5 = -7,59$ ), неорганизованность, непостоянство и склонность к асоциальному поведению («низкая–высокая нормативность поведения») (Фактор G) ( $B_3 = -3,38$ ), а также в случае увеличения количества детоксикаций ( $B_2 = 1,86$ ) ( $B_0 = 164,23$ ;  $R^2 = 0,89$ ).

Агрессивность и девиантность поведения у наркологических больных часто связаны с последствиями черепно-мозговых травм (Холыст Б., 1980), развитием психоорганического синдрома (Ерышев О.Ф., Рыбакова Т.Г., Шабанов П.Д., 2002), при котором снижаются процессы торможения и высвобождаются насильственные импульсы (Berglund M., Tunving K., 1985). Наше исследование подтверждает тот факт, что чем меньше степень повреждений ЦНС ( $B_1$ ), тем меньше проявлений прямых форм агрессии, но враждебность остается высокой.

Росту враждебности у больных опиоидной зависимостью способствует увеличение количества случаев терапии синдрома отмены опиатов ( $B_2$ ). Синдром отмены опиоидов (СОО) – одно из наиболее тягостных проявлений при опиоидной зависимости, которое сопровождается психопатологическими, соматовегетативными и другими расстройствами. К сожалению, стандартная фармакотерапия СОО не всегда позволяет быстро и эффективно купировать основную симптоматику абстинентных и постабстинентных расстройств, что приводит к формированию негативных эмоциональных состояний, в том числе таких, как обида и подозрительность, толкает асоциальных пациентов к поведению, направленному на поиск путей и средств, способных улучшить их состояние, что, как правило, приводит к срыву и дальнейшей наркотизации.

Такие личностные особенности, как робость и подчиняемость ( $B_3$ ,  $B_4$ ,  $B_5$ ), могут препятствовать непосредственной разрядке в поведении агрессивных импульсов, возникающих у испытывающих глубокое недоверие к окружающим и к общественным нормам потребителей

опиоидов, заставляя их «подавлять» возникающие побуждения, которые трансформируются во враждебность.

Полученные данные подтверждают концептуальное положение о том, что сдерживаемая агрессия трансформируется во враждебность, разделяемое представителями различных психологических школ (Berkowitz L., 1962). Таким образом, враждебность в этой группе, по-видимому, представляет собой агрессивность, нереализованную в непосредственном поведении, но проявленную в эмоциональной сфере и мировосприятии.

У ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых в регрессионную модель «индекса враждебности» входят такие факторы, как «тревожность» (SCL-90-R) ( $B_1 = 17,30$ ), «психотизм» (SCL-90-R) ( $B_2 = 21,10$ ) и стигматизация по ВИЧ-статусу (LINK) ( $B_3 = 2,58$ ) ( $B_0 = 29,43$ ,  $R^2 = 0,41$ ). По данным нашего исследования, наиболее высокий уровень стигматизации по ВИЧ-инфекции отмечается в группе ОЗВИЧ ( $B_3$ ). Данный факт указывает на то, что эти пациенты максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы. Также ВИЧ-инфицированные опиоидзависимые в большей степени, чем другие респонденты, переживают тревогу, депрессию и другие негативные эмоции ( $B_1$ ,  $B_2$ ), в связи с несправедливым к ним отношением, оскорблениями, дискриминацией, что проявляется в недоверчивом отношении к окружающим. Аффективно-динамическая модель связывает агрессию с реакцией на кризисную ситуацию, развивающуюся вследствие депривации или фрустрации актуальных потребностей (Фурманов И.А., 2007).

Важнейшей составляющей «индекса враждебности» по А. Дарки является склонность к «обиде», предикторами которой при опиоидной зависимости (ОЗ) являются высокий уровень стигматизации по статусу ВИЧ-инфицированности (LINK) ( $B_3 = 4,94$ ), а также ряд личностных черт (16PF), таких как «эмоциональная неустойчивость» (Фактор С) ( $B_1 = -5,79$ ), «прямолинейность–дипломатичность» (Фактор N) ( $B_2 = -4,53$ ), «робость–смелость» (Фактор H) ( $B_4 = -5,96$ ), «сдержанность–экспрессивность» (Фактор F) ( $B_5 = -6,73$ ) и «расслабленность–напряженность» (Фактор Q<sub>4</sub>) ( $B_6 = 4,40$ ) ( $B_0 = 103,64$ ,  $R^2 = 0,92$ ).

В группе ОЗ зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия (такую содержательную интерпретацию имеет шкала «обида» BDHI) возникают с большей вероятностью при наличии эмоциональной неустойчивости, внутренней напряженности, тенденции к переживанию эмоций внутри и сдерживанию их проявлений в поведении, робости и недостаточной социальной адаптивности ( $B_1$ – $B_2$ ,  $B_4$ – $B_6$ ). Наличие угрозы ВИЧ-инфицирования, а также проецирование на себя негативного отношения общества к наркозависимым ВИЧ-инфицированным, с которым они сталкивались в повседневной жизни ( $B_3$ ), усиливают чувства несправедливости, гнева и огорчения. Можно предположить, что связанная с низким уровнем социальной адаптивности упрощенность в оценках не позволяет им

конструктивно перерабатывать негативные эмоции, обусловленные стигматизацией и самостигматизацией. Внутренняя напряженность и тенденция к внутреннему переживанию эмоциональных состояний без их экспрессии вовне, в сочетании с осторожностью и социальной пассивностью, способствуют накоплению отрицательных переживаний в виде эмоции обиды.

В группе ОЗВИЧ факторами «обиды» являются снижение показателя стигматизации по ВИЧ-статусу (LINK) ( $B_2 = -3,61$ ) в сочетании с копинг-стратегией «бегство-избегание» (VCQ) ( $B_1 = 1,86$ ) ( $B_0 = 102,40$ ,  $R^2 = 0,35$ ).

Обращает на себя внимание парадоксальная, на первый взгляд, толерантность к общественной стигматизации ( $B_2$ ). Вероятно, этот факт следует трактовать как защиту от слишком сильной внутренней уязвленности общественной стигматизацией. Фактически речь может идти о том, что склонность к обиде у ВИЧ-инфицированных наркозависимых тем выше, чем выше их желание уйти от какого-либо взаимодействия с миром, продемонстрировав окружающим свою неуязвимость ( $B_1$ ).

Описанные выше факторы так или иначе отображали тенденции к формированию агрессии в отношении окружающих, вместе с тем общепризнанным является факт, что негативные импульсы часто могут быть обращены на сам субъект (Мененгер К., 2000; Фрейд З., 2016).

Наиболее репрезентативным показателем импунитивной направленности агрессии является чувство вины. Регистрируемые высокие показатели чувства вины у пациентов обеих групп (ОЗ и ОЗВИЧ) указывают на ощущаемые ими угрызения совести, убеждение в том, что они являются «плохими» людьми и поступают «нехорошо».

В группе ОЗ предикторами показателя «чувство вины» являются большее количество ремиссий ( $B_2 = 4,43$ ), «сниженный самоконтроль» (VCQ) ( $B_4 = -1,95$ ), «покорность-доминантность» (Фактор E, 16PF) ( $B_3 = -2,64$ ), меньшая ориентация на отказ от употребления наркотиков ( $B_1 = -11,99$ ) и большая длительность гепатита В ( $B_5 = 11,90$ ) ( $B_0 = 89,93$ ,  $R^2 = 0,93$ ).

Чувство вины у опиоидзависимых обусловлено особенностями аддиктивного процесса. Наркотическая зависимость имеет рецидивирующее течение. С улучшением показателей ремиссии ( $B_2$ ) происходит некоторое осознание имеющихся наркологических и инфекционных проблем, что вызывает негативные переживания и способствует отрицательному восприятию себя наркозависимым. Однако пациенты, находящиеся в ремиссии, признавая в той или иной мере наличие наркотической зависимости у себя, не демонстрируют озабоченности этим фактом (Nichols T.R. et al., 2008) и зачастую не принимают решение оставаться трезвыми ( $B_1$ ), что может усиливать ощущаемые ими угрызения совести, а также убеждение в том, что их поведение не соответствует морально-нравственным нормам. Увеличивают риск срыва такие черты личности, как уступчивость, податливость и сниженная способность контроля ( $B_3$ ,  $B_4$ ).

В группе ВИЧ-инфицированных показатель «чувство вины» выражен в наибольшей степени, и его определяют такие факторы, как женский пол ( $B_5 = 11,80$ ), лучшее образование ( $B_6 = 4,27$ ), снижение показателя стигматизации по статусу ВИЧ-инфицированность (LINK) ( $B_1 = -1,16$ ), увеличение толерантности ( $B_4 = 11,19$ ), количество передозировок в анамнезе ( $B_2 = 9,52$ ) и «межличностная сензитивность» (SCL-90-R) ( $B_3 = 21,37$ ) ( $B_0 = 83,98$ ,  $R^2 = 0,60$ ).

Анализ факторов показывает, что переживание «вины» более свойственно лицам (в большей степени женщинам) ( $B_1$ ), чувствующим свою «неадекватность и неполноценность» при межличностных взаимодействиях ( $B_3$ ). Наркотизация, сопровождающаяся изменением толерантности ( $B_4$ ), чаще приводит к передозировкам ( $B_2$ ), что усиливает негативную оценку своего поведения и собственной неполноценности. Более высокий уровень образования повышает рефлексивность. Важно отметить то обстоятельство, что возникновение чувства вины в этой группе связано с отрицанием влияния стигматизации ( $B_1$ ). При интерпретации этого факта можно предположить, что общественное осуждение не ощущается как таковое, поскольку воспринимается как естественное и заслуженное. Полученные данные также отражают, как правило, не осознаваемую связь чувства вины и потребности в наказании, многократно описанную в психоаналитической литературе (Нюрнберг Г., 1999; Хорни К., 2014).

### **3.4.2. Предикторы показателей «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» (STAXI) и «экспрессия гнева вовне» (STAXI) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ)**

В формировании и развитии агрессии при зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) большое значение имеет эмоция гнева, которая варьирует по характеристикам интенсивности и направленности (Aharonovich E., Nguyen H. T., Nunes E. V., 2001; Пыук R.D. et al., 2012).

В нашем исследовании у опиоидзависимых больных «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» и «экспрессия гнева вовне» превышают нормативные показатели. В группе ОЗВИЧ отмечается увеличение интенсивности эмоций гнева как личностно-динамической особенности, а также большая степень ориентации гнева наружу, в сочетании с меньшей способностью контролировать и подавлять гнев.

Нами выявлены факторы, определяющие как экстернизацию, так и личностную обусловленность гнева. Предикторами «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» в группе ОЗ являются «обсессивность-компульсивность» (SCL-90-R) ( $B_4 = 9,66$ ), мужской пол ( $B_1 = -2,96$ ), большее количество случаев, когда лечение от опиоидной зависимости ограничивалось детоксикацией ( $B_2 = 0,44$ ), применение стратегий «бегство-избегание» (VCQ) ( $B_3 = 0,44$ ) ( $B_0 = 8,23$ ,  $R^2 = 0,73$ ).

Повышение показателя гневливости-раздражительности сопряжено с особенностями течения опиоидной зависимости, оказания наркологической помощи и с полом обследуемых. Детоксикация – основной вид лечения в наркологических стационарах, который без дальнейшей реабилитации является недостаточно эффективным —  $\frac{2}{3}$  госпитализированных повторно обращаются за помощью. Большую часть лиц, получающих медицинскую наркологическую стационарную помощь, составляют мужчины —  $\frac{3}{4}$  от общего числа (Кошкина Е.А. с соавт., 2012). Исследования предпосылок рецидива демонстрируют, что вероятность возврата к зависимости (рецидива) выше у потребителей опиатов, мужского пола, с бóльшим стажем потребления наркотиков, крэйвингом, а также с сопутствующими психическими заболеваниями (Игонин А.Л., Тузикова Ю.Б., Иришкин Д.А., 2004; O'Brien С.Р., 2005).

Аддиктивные расстройства обладают признаками как компульсивных (Фурманов И.А., 2007; Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2008), так и сверхценных расстройств, а такие феномены, как влечение к ПАВ и настойчивые, тягостные мысли о наркотике, как правило, определяют высокие показатели по шкале «обсессивно-компульсивные расстройства» ( $B_4$ ), что в сочетании с неадаптивной стратегией совладания «бегство-избегание» ( $B_3$ ) увеличивает риск рецидива и вероятность прохождения лечения от наркотической зависимости ( $B_2$ ). Сложный и хронический характер течения зависимости, низкая эффективность профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий, нежелание анализировать и переживать основные жизненные проблемы – все это сопровождается выраженной раздражительностью. Гнев приобретает длительный и стойкий характер, перерастая в черту личности.

В группе ОЗВИЧ «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность» больше характерна для лиц мужского пола ( $B_2 = -3,76$ ) и сопряжена с «низким самоконтролем» (Фактор  $Q_3, 16PF$ ) ( $B_3 = -1,51$ ), большим использованием копингов (VCQ) «конфронтации» ( $B_4 = 0,57$ ) и «бегства-избегания» ( $B_5 = -0,29$ ), с уменьшением стигматизации наркозависимых по статусу наркозависимость (LINK) ( $B_6 = -0,78$ ), а также с меньшим количеством передозировок в анамнезе ( $B_1 = -1,95$ ) ( $B_0 = 39,12$ ,  $R^2 = 0,62$ ).

Уход от неадаптивных способов снятия напряжения (с помощью ПАВ) ( $B_5$ ) может приводить к снижению количества передозировок ( $B_1$ ), а также других негативных проявлений наркологического заболевания, что сопровождается уменьшением стигматизации по статусу наркозависимость ( $B_6$ ). Однако аддиктивно-инфекционный болезненный фон, попытки изменить ситуацию агрессивным-конфликтным путем ( $B_4$ ) в сочетании с плохой волевой регуляцией ( $B_3$ ) обуславливают генерацию раздражения и гнева.

Непосредственным индикатором открытых проявлений агрессивности является показатель «экспрессия гнева вовне». Чем меньше длительность гепатита С ( $B_1 = -0,05$ ), показатели «соматизация» (SCL-90-R) ( $B_2 = -9,82$ ), «депрессия» (SCL-90-R) ( $B_4 = -6,80$ ),

«принятие ответственности» (VCQ) ( $B_5 = -1,06$ ) и чем больше «межличностная сензитивность» (SCL-90-R) ( $B_3 = 5,44$ ), а также показатель стигматизации наркозависимых (LINK) ( $B_6 = 0,35$ ), тем выше «экспрессия гнева вовне» в группе ОЗ ( $B_0 = 21,23$ ,  $R^2 = 0,67$ ).

Анализ представленной модели предикторов позволяет говорить о том, что в этой группе открытые проявления гнева характерны для лиц, менее склонных принимать ответственность за сложившуюся ситуацию ( $B_5$ ), отличающихся высокой чувствительностью в межличностных отношениях ( $B_3$ ) и сензитивных к влиянию общественной стигматизации, связанной с их наркотизацией ( $B_6$ ). Меньшая длительность инфицирования гепатитом С ( $B_1$ ), с одной стороны, может приводить к уменьшению количества жалоб на состояние соматического здоровья ( $B_2$ ), а с другой стороны – к снижению выраженности астено-депрессивных расстройств ( $B_4$ ). Следует отметить, что «интроекция агрессии на собственное “Я” является одним из механизмов формирования депрессии» (Гаранян Н.Г., 2009). Таким образом, снижение уровня депрессии может приводить к инверсии гнева наружу.

Для группы ОЗВИЧ предикторами «экспрессия гнева вовне» являлись большее количество передозировок в анамнезе ПАВ ( $B_1 = 0,94$ ), «доверчивость–подозрительность» (Фактор L, 16PF) ( $B_2 = 0,70$ ), «паранойяльные симптомы» (SCL-90-R) ( $B_3 = 1,36$ ), «консерватизм–радикализм» (Фактор Q<sub>1</sub>, 16PF) ( $B_4 = -0,30$ ) ( $B_0 = 10,88$ ,  $R^2 = 0,48$ ).

В настоящее время установлено, что риск передозировки на 74% выше у ВИЧ-позитивных, по сравнению с ВИЧ-отрицательными пациентами (Green T.C. et al., 2012). Передозировка опиатами практически во всех случаях сопровождается формированием гипоксической энцефалопатии различной степени тяжести, структуру которой составляют астенические, мнестические и аффективные нарушения (Сафронов А.Г., 1998). Также центральная нервная система постоянно вовлекается в патологический процесс при ВИЧ-инфекции (Gray F. et al, 2001; Sacktor N. et al., 2001; Thompson P.M. et al., 2005; Moore D.J. et al., 2006). Наличие передозировок ( $B_1$ ) и ВИЧ-инфекция у опиоидзависимых снижают когнитивные, эмоционально-волевые и индивидуально-психологические характеристики ( $B_3$ ), увеличивают количество психопатологических жалоб ( $B_3$ ), приводят к уменьшению контроля над гневом, что обуславливает его экстеризацию. Негативные личностные установки у ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых ( $B_4$ ): недоверие и осторожное отношение к людям, подозрительность (убеждение в том, что другие люди планируют и наносят им вред) – потенцируют экспрессию гнева вовне.

Результаты исследования, изложенные в разделе 3.4, опубликованы и доступны по ссылкам: Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Бочаров В.В. и др., 2017.

### **3.5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ (WHOQOL-100) С СОЦИАЛЬНЫМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ И ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ СТАТУСАМИ**

В данном исследовании впервые проведено комплексное исследование биопсихосоциальных факторов, связанных с КЖ у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами (ОЗВИЧ)

Сравнительное изучение (см. Раздел 3.3.7) показало, что наличие наркотической зависимости снижает самооценку качества жизни у опиоидзависимых обеих групп в «физической сфере», «психологической сфере», «уровне независимости», «социальных отношениях» и «общем качестве жизни» по сравнению с КГ. При этом в группе ОЗВИЧ в большей мере отмечается снижение удовлетворенности КЖ в «психологической сфере» и «уровне независимости», по сравнению с группой ОЗ и КГ, а низкие показатели КЖ в сферах «окружающая среда» и «духовная сфера» регистрируются только в группе ОЗВИЧ.

Для выявления факторов, связанных с удовлетворенностью КЖ опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, проведен корреляционный анализ ( $r$ ) показателей сфер/субсфер КЖ (значения которых достоверно различаются между группами опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами, а также нормативного контроля: «общее КЖ», «психологическая сфера», «уровень независимости», F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия, усталость», «F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование») с социально-демографическими и клиническими характеристиками больных, а также со значениями психометрических шкал опросников выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ), 16-факторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF), модифицированной шкалы стигматизации методики Линка (LINK), визуально-аналоговой шкалы влечения к ПАВ (ВАШ), опросника «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI), опросника смысложизненных ориентаций (PIL). Подробное описание объектов исследования, критерии включения и невключения, методы исследования представлены в Разделе 3.1.

В исследовании выявлена многоуровневая структура общих и специфических биопсихосоциальных характеристик, связанных с качеством жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Установлены как «корреляты» ( $r$ ) КЖ, характерные для опиоидзависимых обеих групп, так и факторы, ассоциированные с КЖ пациентов, инфицированных или неинфицированных ВИЧ ( $p < 0,05$ ).

Корреляции параметра «общее КЖ» (WHOQOL-100) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным

статусами представлены в Таблице 18. Взаимосвязи значений «психологическая сфера» и «уровень независимости» (WHOQOL-100) и биопсихосоциальными характеристиками ОЗ и ОЗВИЧ представлены в Таблице 19. Корреляционные связи между субсферами «F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия, усталость», «F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование» (WHOQOL-100) и всеми изучаемыми параметрами опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами приведены в Таблице 20.

Таблица 18. Корреляционные связи показателя «общее КЖ» (ОКЖ, WHOQOL-100) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

Клинико-психологические характеристики	Общее КЖ	
	ОЗ (r)	ОЗВИЧ (r)
Отсутствие проблем с трудоустройством	0,38*	0,44*
Максимальная толерантность к опиоидам	-0,38*	-0,41*
Фактор С «эмоциональная устойчивость» (16PF)	0,67*	0,45*
Фактор Е «подчиненность–доминантность» (16PF)	0,47*	0,40*
Фактор MD «адекватность самооценки» (16PF)	0,35*	0,59*
«Цель жизни» (PIL)	0,56*	0,44*
«Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни» (PIL)	0,52*	0,47*
«Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией» (PIL)	0,36*	0,47*
«Локус контроля – Я» (PIL)	0,41*	0,29*
«Локус контроля – Жизнь» (PIL)	0,42*	0,30*
«Общий показатель» (PIL)	0,65*	0,59*
Критика употребления ПАВ	0,35*	0,16
«Обида» (BDHI)	-0,42*	-0,18
Негативное–позитивное отношение отца к пациенту	-0,13	-0,37*
Негативное–позитивное отношение пациента к отцу	-0,13	-0,43*
Длительность гепатита С	-0,13	-0,43*
Длительность ВИЧ-инфекции	–	-0,37*
Общая продолжительность употребления опиоидами	0,01	-0,41*
«Депрессия» (DEP, SCL-90-R)	0,07	-0,27*
Фактор А «замкнутость–общительность» (16PF)	0,01	0,50*
Фактор Н «робость–смелость» (16PF)	0,23	0,39*

Примечание:

\* Значение  $p \leq 0,05$ ; применялся коэффициент корреляции Пирсона (r).



Таблица 19. Корреляционные связи показателей «психологическая сфера» и «уровень независимости» (WHOQOL-100) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

Клинико-психологические характеристики	Психологическая сфера		Уровень независимости	
	ОЗ (r)	ОЗВИЧ (r)	ОЗ (r)	ОЗВИЧ (r)
«Физическая агрессия» (BDHI)	-0,31*	-0,08	-0,35*	-0,12
Фактор В «интеллект» (16PF)	0,33*	-0,20	0,40*	-0,19
Максимальная длительность ремиссии после реабилитации	0,45*	-0,24	0,52*	-0,60
«Индекс враждебности» (BDHI)	-0,31*	-0,15	-0,28	-0,20
Выраженность ЧМТ	-0,22	-0,26	-0,55*	-0,26
«Общее число утвердительных ответов» (PST, SCL-90-R)	-0,21	-0,26*	-0,10	-0,27*
Частота эпизодов влечения к алкоголю	0,16	-0,41*	-0,03	-0,33*
Стигматизация по статусу ВИЧ-инфицированности (LINK)	-0,12	-0,30*	-0,03	-0,24
Возраст	-0,10	-0,21	-0,10	-0,29*
Количество госпитализаций из-за соматических проблем	0,07	0,26	0,07	0,37*

Примечание:

\* Значение  $p \leq 0,05$ ; применялся коэффициент корреляции Пирсона (r).

Таблица 20. Корреляционные связи субсфер «F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия, усталость», «F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование» (WHOQOL-100) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

Клинико-психологические характеристики	F1 – физическая боль и дискомфорт	
	ОЗ (r)	ОЗВИЧ (r)
Установка на отказ от потребления ПАВ	0,28*	0,27*
Количество госпитализаций из-за соматических проблем	0,29*	0,32*
«Конфронтативный копинг» (WCQ)	-0,37*	-0,35*
«Поиск социальной поддержки» (WCQ)	-0,30*	-0,28*
«Бегство-избегание» (WCQ)	-0,37*	-0,28*

Продолжение Таблицы 20

Возраст формирования синдрома зависимости	0,36*	0,16
Тип прогрессивности заболевания	-0,44*	-0,20
Стигматизация по статусу ВИЧ-инфицированности (LINK)	0,45*	0,21
Фактор I «жестокость–чувствительность» (16 PF)	0,30*	0,14
Фактор G «низкая–высокая нормативность поведения» (16 PF)	0,18	0,33*
Фактор L «доверчивость–подозрительность» (16PF)	-0,11	-0,35*
Фактор Q <sub>3</sub> «низкий–высокий самоконтроль» (16PF)	-0,17	0,39*
Фактор Q <sub>4</sub> «расслабленность–напряженность (16 PF)	-0,12	-0,28*
F2 – жизненная активность, энергия, усталость		
Длительность ремиссии после последней реабилитации	0,53*	0,18
Продолжительность употребления опиоидов	-0,37*	-0,18
Фактор B «интеллект» (16PF)	-0,17	-0,31*
Фактор O «спокойствие–тревожность» (16PF)	-0,19	-0,27*
«Положительная переоценка» (WCQ)	0,16	0,27*
F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование		
Расстройство сна	-0,34*	-0,22*
Время, прошедшее с момента последней ремиссии	-0,43*	-0,20
Фактор O «спокойствие–тревожность» (16PF)	0,20	-0,38*
Фактор Q <sub>2</sub> «конформизм–нонконформизм» (16PF)	0,21	0,39*
«Дистанцирование» (WCQ)	-0,18	-0,33*

Примечание:

\* Значение  $p \leq 0,05$ ; применялся коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ).

### 3.5.1. Корреляционные связи показателя общего качества жизни с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах пациентов с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

В группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются корреляционные связи между показателем общее качество жизни (ОКЖ, WHOQOL-100) и отсутствием проблем с трудоустройством ( $r_{оз} = 0,38$  /  $r_{озвич} = 0,44$ ;  $p \leq 0,05$ ). Взаимосвязь показателя «общее КЖ» с трудоустроенностью свидетельствует о том, что занятость и расширение социальных контактов улучшают социальный статус и материальное положение пациентов с опиоидной зависимостью, что позволяет им воспринимать свою жизнь как более благополучную. Возобновление трудовой деятельности уменьшает изоляцию от общества, способствует восстановлению и поддержанию

у наркозависимого социального функционирования (Дудко Т.Н. с соавт., 2006; Yen C.F. et al., 2004).

Удовлетворенность различными параметрами КЖ зависит от тяжести заболевания: суммарная оценка общего качества жизни (ОКЖ, WHOQOL-100) отрицательно связана с высокой толерантностью к опиоидам ( $r_{oz} = -0,38 / r_{озвич} = -0,41; p \leq 0,05$ ). Наркологическое заболевание, протекающее в более легкой форме, с относительно небольшими дозами употребляемого наркотика, сопровождается большей удовлетворенностью наркозависимого своим КЖ. Рост толерантности, свидетельствующий об утяжелении аддикции, приводит к снижению КЖ и увеличивает вероятность рецидива заболевания (De Jong C.A. et al., 2007).

Прямая корреляция показателя ОКЖ (WHOQOL-100) с индивидуальной эмоциональной устойчивостью (С, 16PF,  $r_{oz} = 0,67 / r_{озвич} = 0,45; p \leq 0,05$ ), склонностью к доминированию (Е, 16PF,  $r_{oz} = 0,47 / r_{озвич} = 0,40; p \leq 0,05$ ) демонстрирует, что умение справляться со стрессовыми ситуациями, стремление к самостоятельности, настойчивость позволяют наркозависимым обеих групп воспринимать свою жизнь более качественной.

Важным личностным фактором, влияющим на качество жизни у наркозависимых, является самооценка. У лиц со сниженной самооценкой отмечается стойкое убеждение в своей неспособности добиваться чего-либо и отсутствии перспектив в жизни (De Maeyer J., Vanderplasschen W., Broekaert E., 2009). Нами установлена прямая связь между общим качеством жизни (ОКЖ, WHOQOL-100) и адекватностью самооценки (MD, 16PF,  $r_{oz} = 0,35 / r_{озвич} = 0,59; p \leq 0,05$ ) опиоидзависимых, которая отражает способность наркопотребителей критично оценивать свой статус и возможности, достоинства и слабости, что повышает субъективную удовлетворенность качеством жизни.

Мы также продемонстрировали, что интегративный показатель КЖ (ОКЖ, WHOQOL-100) ассоциирован с параметрами осмысленности жизни наркозависимых («общий показатель СЖО», PИL,  $r_{oz} = 0,65 / r_{озвич} = 0,59; p \leq 0,05$ ). Наличие целей в жизни («цель в жизни», PИL,  $r_{oz} = 0,56 / r_{озвич} = 0,44; p \leq 0,05$ ), восприятие своей жизни как интересной и имеющей смысл («процесс жизни или интерес, эмоциональная насыщенность жизни», PИL,  $r_{oz} = 0,52 / r_{озвич} = 0,47; p \leq 0,05$ ), удовлетворенность прожитой частью жизни («результативность жизни или удовлетворенность самореализацией», PИL,  $r_{oz} = 0,36 / r_{озвич} = 0,47; p \leq 0,05$ ), представление о себе как о сильной личности, способной ставить перед собой задачи и добиваться их решения («локус контроля – Я», PИL,  $r_{oz} = 0,41 / r_{озвич} = 0,29; p \leq 0,05$ ), убежденность в том, что человеку подвластно организовывать и контролировать свою жизнь («локус контроля – Жизнь», PИL,  $r_{oz} = 0,42 / r_{озвич} = 0,30; p \leq 0,05$ ), улучшают оценку КЖ у больных обеих групп.

Трудоустроенность и профессиональная деятельность в совокупности с наличием целей и смыслов в жизни, восприятием жизни как интересной и эмоционально насыщенной,

убежденностью в том, что жизнь подвластна сознательному контролю и возможно сделать самостоятельный выбор (PIL), повышают общее качество жизни.

### **3.5.2. Корреляционные связи показателя общего качества жизни с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом**

У опиоидзависимых без ВИЧ параметры общего качества жизни (ОКЖ, WHOQOL-100) взаимосвязаны с наличием критики к заболеванию ( $r = 0,35$ ;  $p \leq 0,05$ ). Формирование критики к заболеванию в сознании наркозависимого происходит в процессе течения болезни в результате переосмысления многочисленных проблем со здоровьем, конфликтных отношений с родными и близкими, ухудшения социального статуса (Рыбакова Ю.В. с соавт., 2017). Пациенты с опиоидной зависимостью часто связывают необходимость оказания лечебной помощи с тяжестью их состояния и наличием «усталости» от наркологического заболевания, что косвенно свидетельствует о снижении анозогнозии и увеличении критики к болезни. Бóльшая критика к проявлениям опиоидной зависимости способствует повышению мотивации к лечению, воздержанию от потребления ПАВ, ведет к формированию более длительных ремиссий, а также к улучшению КЖ (Laudet A.V., Becker J.B., White W.L., 2009).

Показано, что общее качество жизни (ОКЖ, WHOQOL-100) опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом обратно коррелирует с показателем «обида» (BDHI,  $r = -0,42$ ;  $p \leq 0,05$ ). Эмоция обиды (по данным BDHI, обида – это зависть и ненависть к окружающим за их различные действия по отношению к пациенту) возникает с большей вероятностью при наличии эмоциональной неустойчивости, внутренней напряженности, тенденции к переживанию эмоций внутри и сдерживанию их проявлений в поведении, робости и недостаточной социальной адаптивности. Кроме того, бóльшая тяжесть заболевания и неудачи при фармакотерапии абстинентных и постабстинентных расстройств при опиоидной зависимости приводят к срыву и дальнейшей наркотизации, что, как правило, индуцирует формирование негативных эмоциональных состояний, в том числе таких, как обида.

### **3.5.3. Корреляционные связи показателя общего качества жизни с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом**

Результаты корреляционного анализа указывают на то, что проявления депрессивной симптоматики у ОЗВИЧ, такие как отсутствие интереса к жизни, потеря мотивации и энергии,

чувство безнадежности и т. д. (DEP, SCL-90-R,  $r = -0,27$ ;  $p \leq 0,05$ ), сопровождаются снижением общего КЖ (ОКЖ, WHOQOL-100). Аффективные нарушения у опиоидзависимых являются неотъемлемой частью наркологического заболевания и могут варьировать по интенсивности и сочетаемости различной симптоматики. Выраженные эмоциональные расстройства препятствуют стабилизации физического и психического состояния на различных этапах болезни, а также являются причиной потребления ПАВ. Среди аффективных нарушений преобладает депрессивная симптоматика (Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Берно-Беллекур И.В., 2011).

ВИЧ-инфекция и хронические вирусные гепатиты играют существенную роль в развитии депрессивных расстройств у потребителей наркотиков (Rodríguez-Méndez M.L. et al., 2000; Alter M.J., 2006; Zickmund S.L. et al., 2006). Коинфицированы вирусными гепатитами В и С от 38% до 90% ВИЧ-положительных ПИН (Miller C.L. et al., 2004; Krupitsky E.M. et al., 2006). Снижение общей субъективной удовлетворенности КЖ (ОКЖ, WHOQOL-100) отрицательно коррелирует ( $p \leq 0,05$ ) с длительностью вирусных заболеваний: ВИЧ-инфекции ( $r = -0,37$ ), гепатита С ( $r = -0,43$ ). Эти коморбидные заболевания также усугубляют депрессивную симптоматику, вызывают психологические проблемы и нарушения социальных отношений (Bing E.G. et al., 2001; Fassino S. et al., 2004; Jin H. et al., 2006; Kagee A., Martin L., 2010; Lee T.S.H. et al., 2013; Dal-Bo M.J. et al., 2015).

Длительное употребление опиоидов приводит к целому ряду нарушений со стороны здоровья наркозависимых, в том числе к ухудшению КЖ (ОКЖ, WHOQOL-100,  $-r = -0,41$ ,  $p \leq 0,05$ ). Чем больше представлены такие личностные черты, как общительность (А, 16PF,  $r = 0,50$ ) и смелость (Н, 16PF,  $r = 0,39$ ), тем выше удовлетворенность ОКЖ ( $p \leq 0,05$ ). В ряде работ показано, что наличие семьи, социальной поддержки, личностное благополучие являются важными предикторами удовлетворенности КЖ у ОЗВИЧ (Игумнов С.А., Станько Э.П., 2015; Manning V. et al., 2012; Shrestha R. et al., 2017; Strada L. et al., 2019).

В настоящем исследовании установлено, что более удовлетворены качеством своей жизни (ОКЖ, WHOQOL-100) опиоидзависимые с ВИЧ-положительным статусом, имеющие доверительные, поддерживающие отношения с отцами: «негативное–положительное отношение отца к пациенту» ( $r = -0,37$ ), «негативное–положительное отношение пациента к отцу» ( $r = -0,43$ ), ( $p \leq 0,05$ ), способные устанавливать межличностные контакты, сотрудничать, принимать самостоятельные решения.

### 3.5.4. Корреляционные связи показателей качества жизни «психологическая сфера» и «уровень независимости» с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом

У опиоидзависимых с серонегативным статусом склонность к агрессивному поведению («физическая агрессия», BDHI) коррелирует с психологическим дискомфортом («психологическая сфера», WHOQOL-100,  $r = -0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ) и неспособностью автономно справляться с повседневными делами («уровень независимости», WHOQOL-100,  $r = -0,35$ ;  $p \leq 0,05$ ). Выраженность враждебности («индекс враждебности», BDHI) у наркозависимых подчеркивает степень недовольства своим психологическим статусом («психологическая сфера», WHOQOL-100,  $r = -0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ). Известно, что для опиоидной зависимости характерен высокий уровень агрессивного поведения, особенно в состоянии синдрома отмены и в ранний постабстинентный период. Систематическое употребление опиоидов на фоне снижения первоначального эйфоризирующего действия данного ПАВ сопровождается формированием негативных эмоциональных состояний, таких как враждебность и подозрительность (Meyer R.E., Mirin S.M., 1979). Агрессивное поведение и враждебность усугубляют сложности психосоциального функционирования опиоидзависимых, приводят к конфликтным отношениям и ухудшению КЖ (Илюк Р.Д. с соавт., 2012).

Данные корреляционного анализа свидетельствуют о том, что улучшение в психологической сфере (WHOQOL-100) напрямую связано с достижением длительных ремиссий ( $r = 0,45$ ;  $p \leq 0,05$ ) в результате лечебных мероприятий. В процессе длительных ремиссий стабилизируется здоровье наркозависимых, создаются предпосылки для организации самостоятельного существования без лечения и внешней помощи («уровень независимости», WHOQOL-100,  $r = 0,52$ ;  $p \leq 0,05$ ). В другой работе установлено, что улучшение показателей в доменах WHOQOL-BREF у наркозависимых ассоциировано с более длительными периодами абстиненции при участии пациентов в длительных лечебно-реабилитационных программах (Wang P.W. et al., 2012). На фоне длительных ремиссий отмечаются улучшение физического состояния и когнитивного функционирования опиоидзависимых, повышение самооценки, гармонизация эмоционального состояния, снижение агрессии, рост самостоятельности в повседневных делах (Krupitsky E.M. et al., 2006; Wang P.W. et al., 2012).

В данной работе выявлено, что индивидуальная интеллектуальная сохранность опиоидзависимых, включающая развитое абстрактное мышление, вербальные способности, обучаемость (В, 16PF), позволяет им оставаться эффективными в самообслуживании вне лечебных воздействий («уровень независимости», WHOQOL-100,  $r = 0,40$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также повышает психологический комфорт («психологическая сфера», WHOQOL-100,  $r = 0,35$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Снижение интеллектуального функционирования, которое сопровождается ухудшением КЖ, может быть следствием органического поражения ЦНС. Органические изменения головного мозга, часто возникающие у наркозависимых вследствие ЧМТ, приводят к эмоциональной нестабильности и агрессии (Илюк Р.Д. с соавт., 2008; Илюк Р.Д. с соавт., 2012). Наличие тяжелых ЧМТ осложняет течение наркологического заболевания и сокращает возможности автономного существования («уровень независимости», WHOQOL-100,  $r = -0,55$ ;  $p \leq 0,05$ ).

### **3.5.5. Корреляционные связи показателей качества жизни «психологическая сфера» и «уровень независимости» с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом**

Установлено, что ОЗВИЧ чаще, по сравнению с ОЗ, потребляют алкоголь для активации своего психического функционирования (см. Раздел 3.2.2). Результаты корреляционного анализа демонстрируют, что снижение влечения к алкоголю и количества психопатологических жалоб (PST, SCL-90-R) ассоциированы с улучшением КЖ в психологической сфере (WHOQOL-100,  $r_{\text{влечение к алкоголю}} = -0,41$  /  $r_{\text{PST}} = -0,26$ ;  $p \leq 0,05$ ) и бóльшим уровнем независимости (WHOQOL-100,  $r_{\text{влечение к алкоголю}} = -0,33$  /  $r_{\text{PST}} = -0,27$ ;  $p \leq 0,05$ ). Чем меньше частота эпизодов влечения к алкоголю, тем меньше среднее количество употребляемого алкоголя (мл) в сутки ( $r = 0,72$ ;  $p \leq 0,05$ ) и меньше максимальная толерантность в сутки ( $r = 0,70$ ;  $p \leq 0,05$ ). Алкоголь негативно воздействует на иммунную систему независимо от частоты и количества употребления (Williams E. et al., 2016). У ВИЧ-инфицированных наркопотребителей злоупотребление алкоголем усугубляет супрессию иммунной системы, вызванной ВИЧ, что приводит к развитию более тяжелых метаболических нарушений, увеличивает риск поражения ЦНС. Алкоголь и ВИЧ ускоряют развитие и утяжеляют течение психических расстройств. Наркозависимость, сочетанная с ВИЧ-инфекцией и высоким уровнем алкоголизации, ухудшает прогноз и снижает возможности обеспечивать и обслуживать себя самостоятельно без помощи других и лекарств (Nelson S., Vagby G.J., 2011). Низкий уровень влечения к алкоголю и малое число психопатологических жалоб означают, что опиоидзависимые с ВИЧ-инфекцией испытывают меньше отрицательных эмоций и в большей степени готовы к автономному существованию.

Чем выше показатель стигматизации по статусу ВИЧ-инфицированности (LINK), тем менее опиоидзависимые с ВИЧ-позитивным статусом удовлетворены КЖ в психологической сфере (WHOQOL-100,  $r = -0,30$ ;  $p \leq 0,05$ ). Данные пациенты максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы. Стигматизация наркологических расстройств и ВИЧ является серьезной медико-психологической и социальной проблемой. Негативное отношение социума к опиоидзависимым с ВИЧ-позитивным статусом приводит к отчуждению больных,

преследованиям и другим отвергающим или враждебным действиям со стороны общества, что обуславливает ухудшение их медико-социального состояния (Рехтина Н.В., 2010; Link V. G. et al., 1997).

В других исследованиях выявлено, что у пациентов с ВИЧ/СПИД ухудшается КЖ вследствие стигматизации, депрессии, низкой обращаемости за помощью в медицинские учреждения и низкой приверженности терапии, изолированности от общества и отсутствия социальной поддержки (Yen C.F. et al., 2004; Briongos Figuero L.S. et al., 2011). «Удвоение стигм» значительно ухудшает качество жизни у пациентов ОЗВИЧ (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003; Te Vaarwerk M.J., Gaal E.A., 2001).

Эмоциональный стресс, психологические и поведенческие проблемы, низкая самооценка, чувство безнадежности формируют у опиоидзависимых, инфицированных ВИЧ, устойчивую тревогу по поводу состояния здоровья в будущем и необходимости получения дополнительной медицинской помощи (Piccolo P. et al., 2002). Данный факт подтверждается и в нашем исследовании, в котором выраженность тревоги (ANX, SCL-90,  $r = -0,26$ ;  $p \leq 0,05$ ) отрицательно коррелирует с доменом «уровень независимости» (WHOQOL-100), что показывает влияние негативных тревожных переживаний у зависимых от опиоидов с ВИЧ на снижение субъективной оценки своих возможностей справиться с жизненными проблемами без посторонней помощи.

Взаимосвязь в группе ОЗВИЧ между возрастом больных и сферой «уровень независимости» (WHOQOL-100,  $r = -0,29$ ;  $p \leq 0,05$ ) подтверждает, что у больных более молодого возраста, как правило, регистрируется меньше проблем со здоровьем, и они успешнее справляются с повседневными проблемами без лечения. Выявлено, что степень потребности в медицинской помощи становится выше с увеличением возраста наркозависимых (Fu T.S. et al., 2013). При этом у пациентов с опиоидной зависимостью с возрастом отмечается ухудшение КЖ во всех сферах (De Maeyer J., Vanderplasschen W., Broekaert E., 2010).

Значение своевременной помощи опиоидзависимым с ВИЧ-инфекцией подчеркивается связью между большим количеством госпитализаций из-за соматических проблем и повышением удовлетворенности КЖ в сфере «уровень независимости» (WHOQOL-100,  $r = 0,37$ ;  $p \leq 0,05$ ). Получение серопозитивными наркопотребителями адекватного и доступного лечения опиоидной зависимости, а также коморбидных наркологических, психических расстройств и инфекционных заболеваний может значительно снизить риск развития осложнений, улучшить психическое и соматическое здоровье, повысить КЖ (Дудко Т.Н. с соавт., 2006; Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Шишкова А.М., 2012).



### 3.5.6. Корреляционные связи субсфер качества жизни «F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия и усталость», «F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование» с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

В группах ОЗ и ОЗВИЧ установлены взаимосвязи субсферы «F1 – физическая боль и дискомфорт» (WHOQOL-100) с наличием установки на отказ от потребления ПАВ ( $r_{\text{ОЗ}} = 0,28$  /  $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,27$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также с количеством госпитализаций из-за соматических проблем ( $r_{\text{ОЗ}} = 0,29$  /  $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ). Альгический синдром, вызванный повреждением или дисфункцией нервных клеток периферической или центральной нервной системы, в структуре как абстинентных, так и постабстинентных расстройств при опиоидной зависимости, является одним из важнейших проявлений тяжести наркологического заболевания и важной терапевтической мишенью. Энцефалиты, менингиты, миопатии, миозиты и другие расстройства, вызванные ВИЧ-инфекцией, также могут быть причинами болей (Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе, 2018). Отсутствие лечения или неадекватные терапевтические интервенции, в том числе и с применением анальгетиков, ведут к повышению риска рецидива наркотизации и способствует возникновению дополнительных осложнений.

Чем чаще опиоидзависимые с различным ВИЧ-статусом проходят лечение для устранения многочисленных последствий наркотизации и коморбидных нарушений, тем меньше болевые ощущения (F1, WHOQOL-100), при этом чем выше показатели субсферы F1, тем лучше общее качество жизни (ОКЖ, WHOQOL-100) в обеих группах ( $r_{\text{ОЗ}} = 0,3$ ;  $p \leq 0,02$  /  $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,3$ ;  $p \leq 0,04$ ).

Выраженность субъективных переживаний в субсфере F1 обратно коррелирует с такими способами совладающего поведения, как конфронтация («конфронтативный копинг», WCQ,  $r_{\text{ОЗ}} = -0,37$  /  $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,35$ ;  $p \leq 0,05$ ), «поиск социальной поддержки» (WCQ,  $r_{\text{ОЗ}} = -0,30$  /  $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,28$ ;  $p \leq 0,05$ ), уклонение и отрицание проблемы («бегство-избегание», WCQ,  $r_{\text{ОЗ}} = -0,37$  /  $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,28$ ;  $p \leq 0,05$ ). Следовательно, чем больше ощущение физического комфорта у наркопотребителей обеих групп, тем в более умеренной форме они склонны отстаивать свои интересы и взгляды, менее ориентированы на поиск социальной поддержки и отрицание имеющихся проблем. Полученные данные находят подтверждение и в других работах (Lua P.L., Samira T.N., 2012).

В группе ОЗ субсфера «F1 – физическая боль и дискомфорт» (WHOQOL-100) связана с такими показателями, как тип прогрессивности заболевания ( $r = -0,44$ ), стигматизация по статусу ВИЧ-инфицированность (LINK,  $r = 0,45$ ), «жестокость–чувствительность» (I, 16PF,  $r = 0,30$ ) ( $p \leq 0,05$ ). Малая прогрессивность заболевания сопряжена с более высоким уровнем КЖ, что обусловлено меньшей выраженностью болевых ощущений. Меньшая выраженность

физической боли и дискомфорта у опиоидзависимых с серонегативным статусом повышает чувствительность, склонность к сочувствию и пониманию других людей (I, 16PF). С одной стороны, данный факт способствует увеличению сопереживания ВИЧ-инфицированным, с другой стороны – лучшему пониманию опасности заражения ВИЧ и усилению страха перед инфицированием, что в свою очередь, на фоне высокой впечатлительности и негативного отношения общества к ВИЧ-инфицированным, может приводить к формированию стигматизирующего отношения к потребителям наркотиков, зараженных ВИЧ.

В группе ОЗВИЧ выявлены корреляции субсферы «F1 – физическая боль и дискомфорт» (WHOQOL-100) со шкалами опросника 16PF ( $p \leq 0,05$ ): «низкая–высокая нормативность поведения» (G, 16PF,  $r = 0,33$ ), «доверчивость–подозрительность» (L, 16PF,  $r = -0,35$ ), «низкий–высокий самоконтроль» (Q<sub>3</sub>, 16PF,  $r = 0,39$ ), «расслабленность–напряженность» (Q<sub>4</sub>, 16PF,  $r = -0,28$ ), то есть рост показателя физического комфорта и отсутствие хронических болей связаны с улучшением волевой регуляции поведения и склонностью соблюдать общепринятые нормы и правила поведения, а также со снижением напряженности, фрустрированности, эгоцентризма и недоверия к окружающим.

Длительное употребление опиоидов в группе ОЗ сопровождается снижением уровня жизненной активности и усиливает чувство усталости (F2, WHOQOL-100,  $r = -0,37$ ;  $p \leq 0,05$ ), а оказание лечебно-реабилитационной помощи наркозависимым повышает энергию и бодрость, позитивно влияет на уверенность больного в своих силах и возможностях (F2, WHOQOL-100,  $r = 0,53$ ;  $p \leq 0,05$ ).

У пациентов ОЗВИЧ высокие значения жизненной активности (F2, WHOQOL-100) и удовлетворенности отдыхом (F21, WHOQOL-100) ассоциированы со низкой личностной тревожностью (O, 16PF) (F2,  $r = -0,27$  / F21,  $r = -0,38$ ;  $p \leq 0,05$ ), а F2 сопряжен с показателем интеллекта (B, 16PF) ( $r = -0,31$ ;  $p \leq 0,05$ ). При этом большая самостоятельность и независимость в социальном поведении (Q<sub>2</sub>, 16PF,  $r = 0,39$ ;  $p \leq 0,05$ ), а также меньшая отстраненность от трудных и стрессовых ситуаций («дистанцирование», WCQ,  $r = -0,33$ ;  $p \leq 0,05$ ) сопровождаются повышением показателей субсферы F21 (WHOQOL-100), а положительное переосмысление трудных ситуаций («положительная переоценка», WCQ) приводит к улучшению субъективной оценки своей жизненной активности (F2, WHOQOL-100,  $r = 0,27$ ;  $p \leq 0,05$ ).

Субсфера «F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование» (WHOQOL-100) в группах ОЗ и ОЗВИЧ коррелирует с показателем расстройства сна ( $r_{OЗ} = -0,34$  /  $r_{OЗВИЧ} = -0,22$ ;  $p \leq 0,05$ ). У больных с опиоидной зависимостью часто отмечаются тягостные диссомнические расстройства, которые в совокупности с психопатологическими нарушениями становятся причиной рецидива наркомании (Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2002). Нормализация циркадных ритмов и сна улучшает качество отдыха, обеспечивает восстановление

активности и работоспособности, оказывает положительное влияние на психосоциальное функционирование у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Об этом свидетельствует то, что чем лучше показатели «F3 – сон и отдых» (WHOQOL-100), тем выше значения в субсфере F1 (WHOQOL-100,  $r_{O3} = 0,91$  /  $r_{O3ВИЧ} = 0,87$ ;  $p \leq 0,001$ ) и ОКЖ (WHOQOL-100,  $r_{O3} = 0,68$  /  $r_{O3ВИЧ} = 0,76$ ;  $p \leq 0,001$ ).

В группе ОЗ наблюдается взаимосвязь субсферы «F21 – возможности для отдыха и развлечений и их использование» (WHOQOL-100) со временем, прошедшим с момента последней ремиссии ( $r = -0,43$ ;  $p \leq 0,001$ ). Возобновление наркотизации у опиоидзависимых является причиной снижения социальной активности, утраты интереса к активному отдыху и способности к организации своего досуга.

Субсфера F21 в группе ОЗВИЧ взаимосвязана со шкалами опросника 16PF «спокойствие–тревожность» (O, 16PF,  $r = -0,38$ ), «конформизм–нонконформизм» (Q2, 16PF,  $r = 0,39$ ) и копинг-стратегией «дистанцирование» (WCQ,  $r = -0,33$ ) ( $p \leq 0,05$ ). Это означает, что чем более пациенты с ВИЧ-инфекцией уверены в себе, спокойны (O, 16PF), самостоятельны и независимы в социальном поведении, способны отказаться от привычных компаний и способов отдыхать (Q2, 16PF), склонны дистанцироваться от трудной ситуации (WCQ), тем выше их чувство субъективной удовлетворенности отдыхом и развлечениями (F21, WHOQOL-100).

Выявлено, что чем больше опиоидзависимые в обеих группах переносят передозировок в течение жизни, тем ниже показатели КЖ (WHOQOL-100) в «духовной сфере» ( $r_{O3} = -0,31$  /  $r_{O3ВИЧ} = -0,32$ ;  $p \leq 0,05$ ). Опиоидзависимые широко сталкиваются с передозировкой в повседневной жизни. Острое отравление опиоидами (передозировка) – одна из основных причин высокой смертности опиоидзависимых. С увеличением числа передозировок в течение жизни растет риск смертельного превышения дозы, усиливается страх смерти, который сопровождается нарастанием духовного (личностного) кризиса, проявляющегося утратой смысла жизни, привычных верований и ценностей, истощением ресурсов для борьбы и противостояния жизненным трудностям, что выражается снижением удовлетворенности качеством жизни в духовной сфере (WHOQOL-100).

В группе ОЗ установлена корреляционная связь между количеством перенесенных передозировок за последний год и удовлетворенностью КЖ в сфере «социальные отношения» (WHOQOL-100,  $r = -0,41$ ;  $p \leq 0,05$ ). У перенесших передозировку часто отмечаются дисфункциональные семейные отношения, а семейные конфликты могут быть фактором риска передозировок, как намеренных – суицид, так и ненамеренных (см. Раздел 7.2.5). Многократные передозировки на фоне проблем межличностного функционирования, слабой поддержки со стороны ближайшего окружения в трудных и кризисных ситуациях, а также низкая

эффективность медико-социальных вмешательств ухудшают восприятие КЖ в сфере «социальные отношения».

Чем меньше регистрируется передозировок у опиоидзависимых (ОЗ) за последний год ( $r = -0,43$ ,  $p \leq 0,05$ ) и чем меньше раз они присутствовали при передозировках ( $r = -0,43$ ,  $p \leq 0,05$ ), тем выше удовлетворенность качеством окружающего их жизненного пространства («окружающая среда» WHOQOL-100). Вероятность возникновения смертельно опасного отравления наркотиком часто происходит в местах группового употребления ПАВ. По различным причинам экстренная медицинская помощь наркозависимым в случае передозировок не оказывается или оказывается несвоевременно, в связи с чем окружающая среда может восприниматься ими как опасная для существования (Green T.C. et al., 2009). Длительное нахождение в субкультуральном пространстве опиоидзависимых и в ситуации повышенного риска для жизни в совокупности с опытом передозировки приводит к утрате чувства физической безопасности и защищенности, что сопровождается снижением КЖ.

Результаты исследования основывались на данных самоотчетов, поэтому нельзя исключить некоторых искажений, связанных с неточностью информации, изложенной обследованными. В работе проведены только данные о корреляционных связях показателей суммарной оценки качества жизни ОКЖ, а также сфер КЖ («психологическая сфера» и «уровень независимости»), значения которых достоверно различаются между всеми группами испытуемых. Хотя показатели КЖ в «физической сфере» не имели значимых различий между группами опиоидзависимых, в корреляционный анализ были включены значения субсфер «F1» и «F2», входящих в данный домен, так как они достоверно различались между ОЗ, ОЗВИЧ и КГ; кроме того, мы учли субсферу домена «окружающая среда» – F21, показатель, который значимо различался между ОЗ и ОЗВИЧ. Субсферы, входящие в «психологическую сферу» и «уровень независимости», в анализе не участвовали, так как каждая из сфер в свою очередь оценивалась как среднее значение оценок входящих в ее состав субсфер. Учитывая особую значимость феномена передозировки опиоидов, мы привели данные о корреляциях между наличием в анамнезе нефатального превышения доз опиоидов и удовлетворенностью КЖ в сферах «социальные отношения», «окружающая среда», а также в «духовной сфере». Кроме того, применение корреляционного анализа позволяет выявлять только одномоментные связи между показателями КЖ и биопсихосоциальными характеристиками.

Результаты исследования, изложенные в разделе 3.5, опубликованы и доступны по ссылкам: Илюк Р.Д., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И. и др., 2019.

### **3.6. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ С СОЦИАЛЬНЫМИ, КЛИНИЧЕСКИМИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С ВИЧ-НЕГАТИВНЫМ И ВИЧ-ПОЗИТИВНЫМ СТАТУСАМИ**

В данном исследовании впервые была предпринята попытка комплексного изучения социальных, клинических и психологических факторов, ассоциированных с рискованным поведением.

В сравнительном исследовании установлено, что у опиоидзависимых на фоне высокого риска инфицирования инъекционным путем больший уровень риска инфицирования половым путем регистрируется в группе инфицированных ВИЧ (см. Раздел 3.2.6).

Для выявления «коррелятов» рискованного поведения опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами проведен корреляционный анализ, при котором оценивались связи показателей «инъекционного» (ИР) и «полового» (ПР) рискованного поведения, а также общего показателя риска инфицирования (ТОСР) с социально-демографическими и клиническими характеристиками больных, а также со значениями шкал психометрических инструментов: опросника психопатологической симптоматики (SCL-90) (DeRogatis L.R., 1977; Тарабрина Н.В., 2001); 16-факторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF) (Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M., 1970; Капустина А.Н., 2007); опросника для оценки депрессии Монтгомери–Асберга (MADRS–SIGMA) (Montgomery S.A., Asberg M., 1979); опросника «Характеристики и ориентации гнева STAXI Ч.Д. Спилбергера» (в адаптации С.Л. Соловьевой) (STAXI) (Spielberger C.D., 1988; Соловьева С.Л., Меркурьева А.А., Ковалева М.В., 2000); опросника для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ), (Lazarus R., Folkman S., 1988; Вассерман Л.И. с соавт., 2009); модифицированной шкалы стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка (LINK) (Link B.G. et al., 1997); опросника оценки степени риска ВИЧ-инфицирования (ТОСР) (Navaline H.A. et al., 1994). Подробное описание объектов исследования, критерии включения и невключения, методы исследования представлены в разделе 3.1.

В результате корреляционного анализа обнаружены многочисленные взаимосвязи показателей рискованного инъекционного и полового поведения с социальными, клиническими и психологическими характеристиками у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами ( $p < 0,05$ ). Многоуровневая структура общих и специфических биопсихосоциальных «коррелятов» рискованного инъекционного и полового поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом представлена на Рисунке 1.

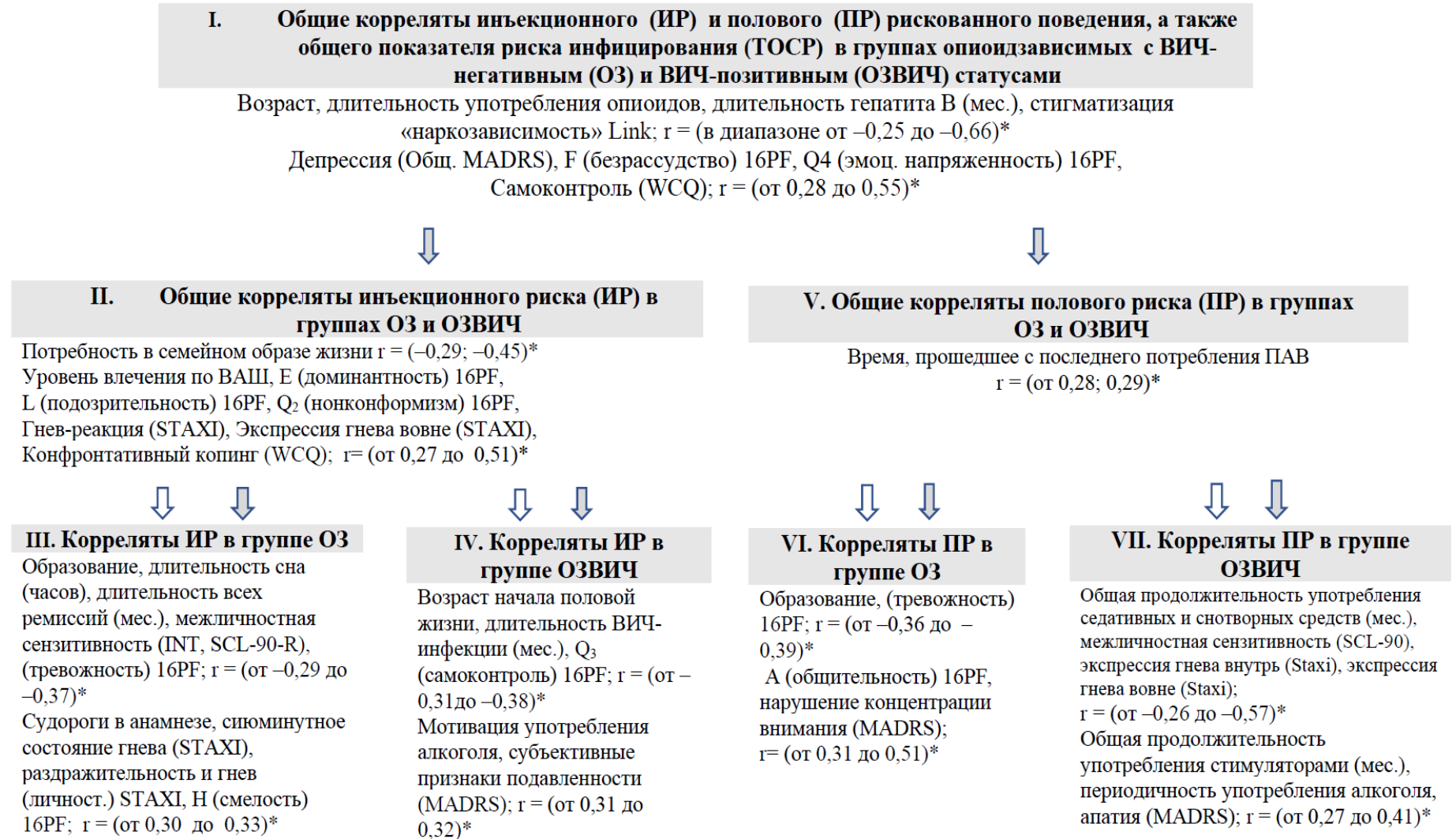


Рис. 1. Общие и специфические биопсихосоциальные корреляты рискованного инъекционного и полового поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом (\* $p < 0,05$ )

### 3.6.1. Общие корреляционные связи показателей «общий балл ТОСР», «риск инфицирования инъекционным путём» (ИР) и «риск инфицирования половым путём» (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами

*Возраст.* Установлена отрицательная корреляционная связь между возрастом опиоидзависимых обеих групп с общим баллом ТОСР ( $r_{03} = -0,66$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{03ВИЧ} = -0,64$ ;  $p = 0,00$ ), ИР ( $r_{03} = -0,56$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{03ВИЧ} = -0,58$ ;  $p = 0,00$ ) и ПР ( $r_{03} = -0,50$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{03ВИЧ} = -0,38$ ;  $p = 0,00$ ). Чем моложе был возраст опиоидзависимых в обеих группах, тем чаще они делились или обменивались уже использованными иглами ( $r_{03} = -0,32$  vs.  $r_{03ВИЧ} = -0,36$ ;  $p < 0,05$ ) и оборудованием для приготовления наркотиков ( $r_{03} = -0,36$  vs.  $r_{03ВИЧ} = -0,42$ ;  $p < 0,05$ ).

Полученные результаты свидетельствует о том, что чем моложе потребители инъекционных наркотиков, тем выше риск инфицирования половым и инъекционным путём. Это согласуется с данными других исследователей, указывающих на то, что ранее начало (до 18 лет) употребления наркотика инъекционным путём, связанное с социально-психологическими особенностями подросткового возраста, значительно увеличивает риск заражения парентеральными инфекциями (Кошкина Е.А. с соавт., 2005). Зачастую первые пробы ПАВ происходят под негативным влиянием окружения сверстников (Steinberg L., 2004), чему способствуют свойственная подросткам реакция группирования, частая и неконтролируемая смена настроения, неадекватность оценки риска и принятие рискованных решений, низкий уровень субъективного контроля (Профилактика ВИЧ-инфекции..., 2007; Шарок В.В., 2007; Larson R. Csikszentmihalyi M., Graef R., 1980).

Наркотическое опьянение и употребление ПАВ в группе значительно увеличивают риск инфицирования ВИЧ половым путем (Абтразаков М.Ф. с соавт., 2009). Рискованному половому поведению способствует и тот факт, что лица молодого возраста плохо информированы о методах контрацепции, они реже используют презервативы (Gottschalka L.V., Ortayli N., 2014).

Подростки по сравнению со взрослыми недооценивают опасность исхода в ситуации риска, что связано с особенностями созревания и функционирования структур префронтальной коры, ответственных за принятие решений, прогнозирование и контроль (Rao H. et al., 2008; Mohr P.N., Biele G., Heekeren H.R., 2010). Гиперчувствительность лимбической и мезолимбической систем у лиц подросткового возраста определяет выраженность эмоциональных реакций и повышенную восприимчивость системы награды мозга к воздействию наркотических веществ, что является одной из причин рискованного

поведения, раннего начала потребления ПАВ или вступления в небезопасные сексуальные связи (Blakemore S.J., Burnett S., Dahl R.E., 2010; Cohen J.R. et al., 2010).

*Продолжительность употребления опиоидов и других ПАВ. Небольшой опыт употребления.* Отмечено, что максимальный риск заражения регистрируется в первые месяцы наркотизации, в дальнейшем наблюдается значительное снижение вероятности инфицирования, но полностью риск не исчезает (Баринаева А.Н., Плавинский С.Л., Виноградова Н.Х., 2015). Высокий риск заражения на данном этапе может быть обусловлен небольшим опытом употребления ПАВ, недостаточным уровнем информированности о путях инфицирования ВИЧ и другими вирусными инфекциями. В этой части настоящего исследования продемонстрирована связь между меньшей продолжительностью употребления ПАВ (стажем наркотизации) и рискованным поведением: в группах ОЗ и ОЗВИЧ продолжительность потребления опиоидов отрицательно коррелирует с общим баллом ТОСР ( $r_{\text{оз}} = -0,47$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{\text{озвич}} = -0,58$ ;  $p = 0,00$ ), ИР ( $r_{\text{оз}} = -0,34$ ;  $p = 0,02$  vs.  $r_{\text{озвич}} = -0,41$ ;  $p = 0,00$ ) и ПР ( $r_{\text{оз}} = -0,43$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{\text{озвич}} = -0,43$ ;  $p = 0,00$ ).

*Длительность гепатита В.* Известно, что вирусные гепатиты являются неспецифическим маркером инъекционного наркопотребления; по данным разных авторов, от 38% до 90% ВИЧ-позитивных ПИН коинфицированы вирусными гепатитами В и С из-за схожих способов передачи (Miller C.L. et al., 2004; Krupitsky E.M. et al., 2006). Выявляемость микст-инфекций (ВИЧ + вирусные гепатиты В или С) достигает 45% у ПИН с длительностью наркотизации менее одного года; следовательно, около половины заражений, связанных с рискованными формами поведения, происходит на начальных этапах наркологического заболевания (Кошкина Е.А. с соавт., 2005). Об этом свидетельствуют данные, полученные с помощью корреляционного анализа: чем короче длительность гепатита В, тем выше общий балл ТОСР ( $r_{\text{оз}} = -0,30$ ;  $p = 0,05$  vs.  $r_{\text{озвич}} = -0,64$ ;  $p = 0,00$ ), ИР ( $r_{\text{оз}} = -0,55$ ;  $p = 0,01$  vs.  $r_{\text{озвич}} = -0,48$ ;  $p = 0,00$ ) и ПР ( $r_{\text{оз}} = -0,09$ ;  $p = 0,69$  vs.  $r_{\text{озвич}} = -0,53$ ;  $p = 0,01$ ).

*Депрессия.* Потребление опиоидов сопровождается различными психопатологическими нарушениями, в том числе аффективными расстройствами (Сиволап Ю.П., 2004), которые являются неотъемлемой частью заболевания и могут варьировать по интенсивности и сочетаемости различной симптоматики (Goldner E.M. et al., 2014). Среди расстройств настроения преобладают депрессии (German D., Latkin C.A., 2012). Наличие коморбидной психопатологической симптоматики утяжеляет течение наркологического заболевания и способствует большей выраженности рискованного поведения в отношении инфицирования ВИЧ инъекционным путем у опиоидзависимых (Disney E. et al., 2006). Депрессия у наркозависимых, сопровождаемая ощущением



психического дискомфорта и скуки, способствует риску сексуального и инъекционного поведения (Rabkin J.G. et al., 1997; Stein M.D. et al., 2003; German D., Latkin C.A., 2012).

ПИН с тяжелыми депрессивными симптомами в 4 раза чаще пользовались общими иглами/шприцами. У ПИН с суицидальными мыслями было на 82% больше сексуальных партнеров, в 5 раз больше вероятность незащищенного полового контакта с работниками коммерческого секса (Armstrong G. et al., 2013).

Полученные данные подтверждают взаимосвязь между депрессией и рискованным поведением (Stein M.D. et al., 2000; German D., Latkin C.A., 2012). С помощью корреляционного анализа установлено, что чем более выражены признаки депрессии, тем выше риск инъекционного и полового инфицирования ВИЧ потребителей опиоидов в обеих группах: показатель выраженности депрессии (MADRS) положительно коррелирует с общим баллом ТОСР ( $r_{O3} = 0,48$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,43$ ;  $p = 0,00$ ), ИР ( $r_{O3} = 0,40$ ;  $p = 0,01$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,29$ ;  $p = 0,03$ ) и ПР ( $r_{O3} = 0,37$ ;  $p = 0,01$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,33$ ;  $p = 0,01$ ).

*Особенности личности (эмоциональная напряженность, безрассудство).* В данной работе показано, что фактор F (рассудительность–безрассудство) (16PF) взаимосвязан с общим баллом ТОСР ( $r_{O3} = 0,55$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,33$ ;  $p = 0,01$ ), ИР ( $r_{O3} = 0,49$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,50$ ;  $p = 0,00$ ) и ПР ( $r_{O3} = 0,38$ ;  $p = 0,01$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,05$ ;  $p = 0,70$ ); фактор Q4 (расслабленность – эмоциональная напряженность) (16PF) сопряжен с выраженностью всех показателей рискованного поведения: общий балл ТОСР ( $r_{O3} = 0,35$ ;  $p = 0,02$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,49$ ;  $p = 0,00$ ), ИР ( $r_{O3} = 0,20$ ;  $p = 0,18$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,41$ ;  $p = 0,00$ ) и ПР ( $r_{O3} = 0,40$ ;  $p = 0,01$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,31$ ;  $p = 0,02$ ). То есть такие эмоциональные характеристики личности, как беспечность, неосторожность, безответственное отношение к себе и другим, низкий самоконтроль, импульсивность, напряженность-фрустрированность, указывающие на склонность к рискованному поведению, увеличивают вероятность заражения ВИЧ и другими инфекциями инъекционным и половым путем.

У опиоидзависимых регистрируются высокие показатели по фактору Q4 (эмоциональная напряженность), и они выше, чем в нормативной группе (см. Раздел 3.3.1). Эмоциональная напряженность, характеризующаяся высоким уровнем возбуждения, раздражительностью, может способствовать проявлению импульсивных и агрессивных форм поведения у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, а также является причиной неконструктивного копинга в виде наркотизации. ОЗ с выраженной напряженностью (Q4) (16PF) чаще делали себе инъекции героина ( $r_{O3} = 0,374$ ;  $p < 0,05$ ).

*Копинг-поведение.* ОЗ и ОЗВИЧ чаще, чем здоровые респонденты, прибегают к копинг-стратегиям «дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» (см. Раздел 3.3.5).

Усиление подавления и сдерживания эмоций, снижение их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения позволяют опиоидзависимым справиться с переживаниями, обусловленными наркотизацией и коморбидными вирусными инфекциями. Высокий уровень эмоционального напряжения, враждебность и раздражительность, свойственные наркозависимым, приводят к еще большему усилению самоконтроля (Бисалиев Р.В., Великанова Л.П., 2004; Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015).

Чрезмерные усилия по регулированию своих мыслей, чувств, действий уменьшают социально-психологическую адаптацию опиоидзависимых, способствуют повышению риска инфицирования ВИЧ инъекционным и половым путём: копинг-стратегия «самоконтроль» (WCQ) в исследуемых группах прямо коррелирует с общим баллом ТОСР ( $r_{O3} = 0,29$ ;  $p = 0,06$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,28$ ;  $p = 0,04$ ), ИР ( $r_{O3} = 0,13$ ;  $p = 0,38$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,29$ ;  $p = 0,03$ ) и ПР ( $r_{O3} = 0,35$ ;  $p = 0,02$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,14$ ;  $p = 0,30$ ).

В других исследованиях было показано, что у наркозависимых система совладающего поведения характеризуется высоким уровнем напряжения, в связи с чем адаптивные копинг-стратегии становятся дезадаптивными (Бисалиев Р.В., Великанова Л.П., 2004; Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2015).

*Стигматизация.* Показатель стигматизации по статусу «наркозависимость» (Link) отрицательно связан с общим баллом ТОСР ( $r_{O3} = -0,57$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = -0,40$ ;  $p = 0,00$ ), ИР ( $r_{O3} = -0,57$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = -0,34$ ;  $p = 0,01$ ) и ПР ( $r_{O3} = -0,31$ ;  $p = 0,03$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = -0,25$ ;  $p = 0,06$ ) в обеих группах; следовательно, чем меньше показатель стигматизации/дискриминации по признаку «наркозависимость», тем они более склонны к инфицированию ВИЧ половым и инъекционным путём.

Исследуя взаимосвязи между отдельными утверждениями ТОСР и показателями шкалы стигматизации (Link), установлено ( $p \leq 0,05$ ), что стигма по статусу «наркозависимость» отрицательно взаимосвязана с частотой обмена использованными иглами ( $-0,33$ ) и контаминированной посудой ( $-0,39$ ), пребыванием в местах, где собираются наркозависимые ( $-0,32$ ), эпизодами секса за наркотики ( $-0,39$ ) в группе ОЗ, а также с частотой обмена наркотиков, когда используется контаминированный шприц для переноса ПАВ в другой шприц ( $-0,31$ ) в группе ОЗВИЧ. Кроме того, показатель стигматизации/дискриминации по ВИЧ-положительному статусу отрицательно связан ( $p \leq 0,05$ ) с частотой сексуальных контактов ( $-0,30$ ), эпизодов сексуальных услуг в обмен на наркотики ( $-0,36$ ) в группе ОЗ, а также с частотой употребления алкоголя ( $-0,26$ ), пребывания в местах группового употребления стимуляторов ( $-0,29$ ), частотой использования презервативов ( $0,30$ ) и общего шприца для обмена наркотика ( $-0,23$ ) – в группе ОЗВИЧ. ОЗ, не инфицированные ВИЧ, с низким показателем наркостигматизации

(Link) реже использовали презервативы при половых контактах ( $r_{oz} = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ) и менее осознавали возможный риск инфицирования ВИЧ ( $r_{oz} = 0,29$ ;  $p < 0,05$ ).

Стигматизация является одной из распространенных форм эволюционно сформировавшихся социальных санкций (Власова О.А., 2013). Стигма – социальный маркер болезни и предупреждает о вероятной угрозе со стороны стигматизируемых (Серебрянская Л.Я., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н., 2002). Стигматизация, практика социального контроля направлены на регуляцию поведения людей и соблюдение социальных норм (Ениколопов С.Н., 2013; Rasinski K.A., Woll P., Cooke A., 2005). Наши данные позволяют сделать предположение о том, что общественное осуждение и демонстрация неприятия наркопотребления могут являться детерминантами позитивных изменений поведения наркозависимых молодого возраста с небольшим стажем употребления ПАВ, аффективными нарушениями, у которых в профиле личности доминируют безрассудство, импульсивность, неосторожность, отмечаются безуспешные попытки контроля своего поведения. Однако стигма приводит к отчуждению и дискриминации стигматизируемых, преследованиям и другим отвергающим или враждебным действиям, а также может вызывать утяжеление биопсихосоциального функционирования наркозависимых (Brondani M.A., Alan R., Donnelly L., 2017; Kennedy-Hendricks A. et al., 2017).

Вопрос об эффективности влияния стигматизации на поведение, связанное с риском инфицирования у потребителей опиоидов, остается открытым. Необходимо изучение факторов, которые влияют на интернализацию нормативных ожиданий социума и отказ от рискованных форм поведения, а также таких, которые приводят к негативным последствиям стигматизации.

### **3.6.2. Общие корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путём (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах пациентов с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами**

*Уровень влечения к опиоидам.* В группах ОЗ и ОЗВИЧ с помощью корреляционного анализа установлена положительная корреляционная связь уровня влечения к опиоидам с ИР (ТОСР) ( $r_{oz} = 0,40$ ;  $p = 0,01$  vs.  $r_{озвич} = 0,39$ ;  $p = 0,00$ ). Данный результат свидетельствует о том, что влечение к наркотику сочетается с высоким риском инфицирования инъекционным путём. Феномен аддиктивного влечения к наркотическому веществу (крейвинг) характеризуется Obsessивным или компульсивным стремлением к

наркотизации, способным подавлять другие жизненные потребности (голод, жажду), и влияет на психофизическое функционирование (Дудин И.И., 2009).

Высокая интенсивность крэйвинга у подростков, сопровождающаяся рискованным наркотическим поведением, может быть связана с возрастной гиперчувствительностью мезолимбической системы награды мозга к ПАВ и тяжестью наркотической зависимости (Crews F.T., Boettiger C.A., 2009).

*Особенности личности (доминантность, подозрительность, нонконформизм).* Эмоциональная неустойчивость, раздражительность, неуверенность в себе в сочетании с пренебрежительным отношением к принятым нормам и правилам способствуют усилению выраженности рискованного поведения (Бузина Т.С., Шаталов П.Н., 2011; Егоров А.Ю., Гречаный С.В., 2013).

Согласно полученным данным, аффективные расстройства, напряженность ассоциированы с рискованным поведением, а заострение таких личностных черт, как конфликтность, склонность к доминированию и нонконформизм, сопряжены с опасными инъекционными практиками: показатели опросника 16PF – E (покорность–доминантность) ( $r_{O3} = 0,45$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3Bич} = 0,28$ ;  $p = 0,04$ ), L (доверчивость–подозрительность) ( $r_{O3} = 0,39$ ;  $p = 0,01$  vs.  $r_{O3Bич} = 0,30$ ;  $p = 0,02$ ) и Q<sub>2</sub> (конформизм–нонконформизм) ( $r_{O3} = 0,49$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3Bич} = 0,27$ ;  $p = 0,05$ ) – прямо коррелируют с ИР (ТОСР) в обеих группах опиоидзависимых.

*Потребность в семейном образе жизни.* Изучение семейного статуса опиоидзависимых показывает, что российские потребители наркотиков часто проживают с родителями, поэтому вопрос взаимоотношений с близкими оказывает существенное влияние на течение заболевания и их поведение. Так, среди пациентов с дисфункциональными семейными отношениями чаще отмечаются передозировки опиоидами (см. Раздел 7.2).

Конфликтные взаимоотношения с родными на фоне повышенного влечения к опиоидам, импульсивности, эмоционального напряжения, склонности к доминированию и нонконформизму увеличивают вероятность реализации рискованного, а также агрессивного поведения.

Выявлена отрицательная корреляция между потребностями в семейном образе жизни у опиоидзависимых обеих групп с ИР (ТОСР) ( $r_{O3} = -0,45$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3Bич} = -0,29$ ;  $p = 0,03$ ). Это подтверждает, что высокий риск инфицирования инъекционным путём отмечается у лиц, незаинтересованных в создании и сохранении семьи. ОЗ со слабо выраженной потребностью в семейном образе жизни чаще обменивались использованными иглами ( $r_{O3} = -0,27$ ;  $p < 0,05$  vs.  $r_{O3Bич} = -0,35$ ;  $p < 0,05$ ) и контаминированным инструментарием для приготовления наркотиков ( $r_{O3} = -0,32$ ;  $p < 0,01$  vs.  $r_{O3Bич} = -0,41$ ;

$p < 0,01$ ), а также использовали один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой ( $r_{оз} = -0,35$ ;  $p < 0,01$  vs.  $r_{озвич} = -0,33$ ;  $p < 0,01$ ).

Низкий интерес опиоидзависимых к семейной жизни может быть обусловлен тем, что начало потребления инъекционных ПАВ наблюдается в молодом возрасте, в результате негативного влияния группы сверстников, ориентированных в первую очередь на сиюминутное удовлетворение своих потребностей (Шарок В.В., 2009; Steinberg L. 2004).

Вместе с тем недостаточный уровень принятия социальных норм и правил поведения, стремление к поиску новых ощущений, к необычным формам поведения, переживание скуки в большей мере определяют готовность наркозависимых к риску, чем к упорядоченным семейным отношениям (Eklund J.M., Klinteberg B., 2005).

*Гнев (гнев-реакция, экспрессия гнева вовне).* Гнев является сильной эмоцией, возникающей в ситуации крайнего недовольства и возмущения чьим-либо поведением, а также при наличии препятствий в достижении цели. Гнев представляет собой выраженное отрицательное эмоциональное состояние, часто протекающее в форме аффекта (Изард К.Э., 2006). Эмоциональная лабильность приводит к экспрессии гнева и увеличению агрессивности (Шуук R.D. et al., 2012).

Выраженное состояние гнева, снижение самоконтроля свойственны зависимым от ПАВ. У наркологических больных часто отмечается сочетанность гнева и агрессии, как правило, направленных вовне. Абстинентное состояние и крэйвинг максимально обостряют проявление гнева и агрессивного поведения наркозависимых (Илюк Р.Д. с соавт., 2012).

Аффективные расстройства, которые сочетаются с высоким уровнем гнева и агрессии, способствуют риску инфицирования ВИЧ инъекционным путём. Агрессивные действия в ряде случаев являются следствием «тоскливого аффекта», что объясняет феномен «повышенного удовольствия от опасности» (Buffardi A.L. et al., 2008).

Диагноз ВИЧ – еще одна причина эмоции гнева и агрессии. ВИЧ-положительный статус – психотравмирующий фактор, который некоторыми воспринимается как смертный приговор или как незаслуженное наказание. Поведенческие реакции на информацию о ВИЧ-позитивном статусе, с одной стороны, могут иметь аутодеструктивную направленность (усиление употребления наркотических препаратов, алкоголя), а с другой стороны, выражаться вовне – асоциальным и противоправным поведением в отношении других людей, включая попытки умышленного заражения ВИЧ. Отдельно следует выделить «пассивное» распространение инфекции, связанное с сокрытием своего ВИЧ-статуса от половых партнеров и со-потребителей инъекционных наркотиков (Илюк Р.Д., Берно-Беллекур И.В., 2005).

Данные корреляционного анализа свидетельствуют о том, что состояние гнева у потребителей опиоидов с различным ВИЧ-статусом сопряжено с рискованным инъекционным поведением: параметр ИР (ТОСР) прямо коррелирует с показателями опросника STAXI гневом-реакцией ( $r_{O3} = 0,51$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,29$ ;  $p = 0,03$ ) и экспрессией гнева вовне ( $r_{O3} = 0,35$ ;  $p = 0,02$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,40$ ;  $p = 0,00$ ). Респонденты обеих групп с выраженным показателем «экспрессия гнева вовне» (STAXI) чаще использовали чужие ( $r_{O3} = 0,32$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ) и обменивались своими использованными иглами ( $r_{O3} = 0,35$ ;  $p < 0,01$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,28$ ;  $p < 0,05$ ), в том числе с лицами ВИЧ-инфицированными, чаще посещали места группового потребления ПАВ ( $r_{O3} = 0,38$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,29$ ;  $p < 0,05$ ), использовали чужие ( $r_{O3} = -0,31$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = -0,33$ ;  $p < 0,05$ ) и обменивались своими использованными иглами с большим количеством ПИН ( $r_{O3} = 0,32$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), обменивались раствором наркотика, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц ( $r_{O3} = 0,34$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,31$ ;  $p < 0,05$ )

*Копинг-поведение.* Конфронтативный способ разрешения конфликтных ситуаций предполагает выражение враждебности вовне и склонность к риску. Психическая нестабильность, раздражительность, агрессивность в сочетании с преодолением фрустрации путём конфронтации повышают инъекционное рискованное поведение наркопотребителей в обеих группах. Следует отметить, что и такие способы совладающего поведения, как вытеснение, регрессия, отрицание, свойственные потребителям наркотиков до и после инфицирования ВИЧ, способствуют сохранению поведения с выраженным риском (Тухтарова И.В., Дремков Д.Ю., 2002).

С помощью корреляционного анализа установлено, что копинг-стратегия «конфронтация» (WCQ) коррелирует с ИР ( $r_{O3} = 0,51$ ;  $p = 0,00$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,41$ ;  $p = 0,00$ ) в группах ОЗ и ОЗВИЧ. Опиоидзависимые обеих групп с доминирующей конфронтативной копинг-стратегией поведения чаще посещали места группового потребления ПАВ ( $r_{O3} = 0,38$ ;  $p < 0,01$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), использовали чужие ( $r_{O3} = 0,30$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ) и обменивались своими использованными иглами с большим количеством ПИН ( $r_{O3} = 0,27$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ), обменивались раствором наркотика, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц ( $r_{O3} = 0,36$  vs.  $r_{O3ВИЧ} = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ).

### 3.6.3. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путём (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом

*Образование.* Отрицательная корреляция между образованием опиоидзависимых группы ОЗ с ИР (ТОСР) ( $r_{03} = -0,37$ ;  $p = 0,01$ ) указывает, что у потребителей наркотиков с низким уровнем образования выше риск инфицирования ВИЧ инъекционным путём. ВИЧ-негативные ОЗ с более высоким уровнем образования реже использовали контаминированное оборудование для приготовления наркотиков ( $r_{03} = -0,43$ ;  $p < 0,05$ ), реже обменивались с кем-либо наркотиком, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц ( $r_{03} = 0,29$ ;  $p < 0,05$ ), больше тревожились о возможном заражении ВИЧ и сдавали кровь для определения антител/антигенов к ВИЧ с помощью ИФА ( $r_{03} = 0,30$ ;  $p < 0,05$ ). Эти данные свидетельствуют о большем осознании риска инфицирования ВИЧ опиоидзависимыми ПИН с высоким уровнем образования.

Полученные результаты согласуются с другими данными о существовании прямой взаимосвязи между низким уровнем образования и совместным использованием инъекционного материала (Liu J.V. et al., 2009). У 2/3 наркозависимых ПИН отсутствуют знания об инфекционных заболеваниях, которые распространяются инъекционным путем (Shariful Islam S.M. et al., 2015). Следует отметить, что в группе ПИН знания о путях заражения ВИЧ и необходимости проведения профилактики не приводят к снижению рискованного поведения или отказу от инъекционного потребления ПАВ (Звартау Э.Э. с соавт., 2005; Шарок В.В., 2007; Avants K. et al., 2000).

*Суммарная длительность всех ремиссий.* Наличие ремиссий в анамнезе является косвенным показателем тяжести наркологического заболевания. Отсутствие стойких периодов трезвости у наркозависимых означает высокую прогрессивность болезни, выраженные проявления наркотической симптоматики (крэйвинг, синдром отмены), приводящие к импульсивному и рискованному поведению. Достижение длительных ремиссий улучшает психическое состояние опиоидзависимого, снижает вероятность девиантного и рискованного поведения (Шабанов П.Д., 2015). Рискованное поведение в отношении ВИЧ и невысокий реабилитационный потенциал обусловлены схожими предикторами: слабый контроль над поведенческими импульсами и трудности регуляции эмоциональных реакций в условиях стресса (Robinson T.E., Berridge K.C., 2003; Witkiewitz K., Marlatt G.A., 2004).

В данной работе установлена отрицательная связь суммарной длительности всех ремиссий у опиоидзависимых без ВИЧ с ИР (ТОСР) ( $r_{03} = -0,33$ ;  $p = 0,03$ ), что подтверждает

полученные ранее результаты. ОЗ с негативным ВИЧ-статусом и большей длительностью ремиссий в анамнезе демонстрировали менее рискованное инъекционное поведение: реже применяли уже использованные иглы ( $r_{03} = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ), реже делились посудой для приготовления наркотиков ( $r_{03} = -0,31$ ;  $p < 0,05$ ), реже посещали места группового потребления ПАВ ( $r_{03} = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ). Респонденты с более продолжительной максимальной ремиссией больше волновались о возможном заражении ВИЧ ( $r_{03} = 0,35$ ;  $p < 0,05$ ).

*Общая длительность сна (количество часов).* Меньшая длительность сна способствует рискованному инъекционному поведению у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом: показатель общей длительности сна в группе ОЗ отрицательно связан с ИР (ТОСР) ( $r_{03} = -0,30$ ;  $p = 0,05$ ).

У потребителей ПАВ регистрируется высокая частота встречаемости расстройств сна (в диапазоне 40–90%), приводящих к развитию депрессии, рецидиву наркологического заболевания, повышению риска смертности (Ветрова М.В. с соавт., 2019; Brower K.J., Perron В.Е., 2010). Нарушения сна часто отмечаются в абстинентном и постабстинентном состояниях у наркологических больных (Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А., 2016), что вызывает выраженный психический дискомфорт и усиливает потребность в поиске и потреблении наркотика. Наиболее высокая выраженность диссомнических расстройств в период синдрома отмены сопровождается проявлением максимального крэйвинга, компульсивным и рискованным поведением.

*Судороги в анамнезе.* Результаты исследования показали наличие положительной корреляции между судорогами в анамнезе и ИР (ТОСР) ( $r_{03} = 0,33$ ;  $p = 0,03$ ) в группе ОЗ. Судорожные состояния, отмечаемые наркозависимыми, могут свидетельствовать о нарушении функционирования ЦНС, наличии органического поражения головного мозга и сопровождаться раздражительностью, вспыльчивостью, эмоциональной лабильностью, импульсивностью. Дефицитарность мозговых функций опиоидзависимых, имеющая выраженный и диффузный характер, может приводить к неадекватному и отклоняющемуся, в том числе рискованному, поведению (Malkesman O. et al., 2013).

*Гнев (сиюминутное состояние гнева, гнев как личностная особенность).* У опиоидзависимых по сравнению с респондентами нормативной группы более выражены переживания гнева, обусловленные личностно-динамическими характеристиками. При этом гнев чаще проецируется вовне на фоне снижения способности контроля и подавления эмоциональных реакций (см. Раздел 3.3.2).

Употребление наркотиков, сочетающееся с органическим поражением мозга, сопровождается эмоциональными и поведенческими нарушениями, в том числе



увеличением проявлений агрессии и гнева (Nestler E.J., Aghajanian G.K., 1997; Pardini M. et al., 2011), а также предрасполагает к реализации опасных форм поведения: параметр ИР (ТОСР) взаимосвязан с показателями гнева (STAXI) – сиюминутное состояние гнева ( $r_{03} = 0,30$ ;  $p = 0,04$ ), склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность ( $r_{03} = 0,31$ ;  $p = 0,04$ ).

*Особенности личности (смелость, тревожность).* Такие особенности личности, как трудности в общении с людьми в эмоционально напряженных ситуациях, низкая тревожность, недооценка деталей и опасных ситуаций, авантюризм, свойственные наркозависимым, на фоне нарастающей психической дезинтеграции могут приводить к еще большей выраженности инъекционного рискованного поведения у ОЗ: показатель ИР (ТОСР) коррелирует с параметрами опросника 16PF – Н (робость–смелость) ( $r_{03} = 0,31$ ;  $p = 0,04$ ) и О (спокойствие–тревожность) ( $r_{03} = -0,35$ ;  $p = 0,02$ ). ОЗ с выраженным фактором F<sub>1</sub> (высокая тревожность) чаще делали себе инъекции героина ( $r_{03} = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ) и чаще обменивались контаминированным инструментарием для инъекций ( $r_{03} = 0,33$ ;  $p < 0,05$ ).

*Межличностная сензитивность (INT, SCL-90-R).* Межличностная сензитивность относится к психопатологическим проявлениям и характеризуется чувствами личностной неполноценности и неадекватности, самоосуждением, психическим дискомфортом в процессе межличностного взаимодействия. Наличие подобных психопатологических нарушений может затруднять коммуникацию и приводить к ограничению установления контактов с другими людьми, в том числе и с наркопотребителями, следовательно, уменьшать риск заражения (Гульдан В.В., Корсун А.М., 1990; Цукерман Г.А., Мастеров Б.М., 1995; Осипян Н.Б., 2007). По нашим данным, снижение показателей межличностной сензитивности ассоциировано с повышением рискованного инъекционного поведения: у обследуемых группы ОЗ межличностная сензитивность (SCL-90-R) отрицательно коррелирует с показателем ИР (ТОСР) ( $r_{03} = -0,29$ ;  $p = 0,05$ ).

#### **3.6.4. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путём (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом**

*Возраст начала половой жизни.* У молодых опиоидзависимых, как было отмечено выше, регистрируется не только раннее начало наркотизации, но и активное вступление в сексуальные отношения, повышающее риск распространения инфекции инъекционным путем. Нами установлена отрицательная корреляционная взаимосвязь между возрастом начала половой жизни опиоидзависимых ОЗВИЧ с ИР (ТОСР) ( $r_{03\text{ВИЧ}} = -0,37$ ;  $p = 0,01$ ).

ОЗВИЧ с ранним началом половой жизни чаще делали себе инъекции героина ( $r_{\text{озвич}} = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ), посещали места группового потребления ПАВ ( $r_{\text{озвич}} = -0,49$ ;  $p < 0,01$ ), не дезинфицировали свои иглы для инъекций ( $r_{\text{озвич}} = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ), редко пользовались новыми иглами ( $r_{\text{озвич}} = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ), использовали один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой ( $r_{\text{озвич}} = -0,38$ ;  $p < 0,05$ ). Возраст, а также особенности созревания и функционирования ЦНС больных данной группы являются значимыми факторами для проявления рискованного поведения. Известно, что способность принимать менее рискованные и более взвешенные решения, осуществлять долгосрочное планирование формируется в процессе взросления и в результате значительного увеличения связей между мозговыми структурами, отвечающими за когнитивные способности (Casey V.J., Getz S., Galvan A., 2008). Принятие рискованных, недостаточно обдуманных решений в молодом возрасте обусловлено незрелостью мозговых структур, отвечающих за когнитивные способности (Casey V.J., Getz S., Galvan A., 2008).

*Длительность ВИЧ-инфекции (мес.).* Корреляционный анализ установил обратную связь длительности ВИЧ с ИР (ТОСР) ( $r_{\text{озвич}} = -0,38$ ;  $p = 0,00$ ) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом. Выше мы указывали на связь между рискованным поведением, опытом наркопотребления и длительностью коинфекции. Кроме того, необходимо отметить, что наркозависимые на начальном этапе заболевания, с одной стороны, могут не воспринимать ВИЧ как серьезную проблему, продолжая рискованный паттерн инъекционного поведения, а с другой стороны, осознание тяжести и возможности негативных последствий ВИЧ-инфекции приводит к снижению мотивационного потенциала и осмысленности жизни у наркозависимых, сохранению агрессивно-рискованного поведения и вероятности инфицирования инъекционных и сексуальных партнеров (Зелтынь Т.В., Бузина Т.С., 2015).

*Субъективные признаки подавленности (MADRS-SIGMA).* Как было отмечено ранее, психическое состояние опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом характеризуется наличием клинически значимой, но не выраженной депрессивной симптоматики. При этом основные симптомы депрессии, в том числе и субъективные признаки подавленности, более выражены у наркопотребителей с ВИЧ (см. Раздел 3.2.5). Корреляционный анализ указывает на то, что чем выше параметр «субъективные признаки подавленности» (MADRS-SIGMA), тем больше проявления ИР ( $r_{\text{озвич}} = 0,31$ ;  $p = 0,02$ ). Чем более выражены субъективные признаки подавленности, тем больше частота употребления ( $r_{\text{озвич}} = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ) и шире спектр ПАВ (героин, психостимуляторы, алкоголь), которые употребляют респонденты группы ОЗВИЧ ( $r_{\text{озвич}} = 0,31$ ;  $p < 0,05$ ), и тем меньше они беспокоятся об опасности возможного инфицирования ( $r_{\text{оз}} = -0,32$ ;  $r_{\text{озвич}} = -0,29$ ;  $p < 0,05$ ).

*Личностные особенности.* Опиоидзависимые характеризуются ухудшением коммуникативных, эмоциональных, интеллектуальных и адаптивно-регуляторных характеристик личности. У наркопотребителей с ВИЧ-положительным статусом в большей мере снижены самоконтроль и когнитивное функционирование (см. Раздел 3.3.1).

Нами установлено, что инъекционное рискованное поведение ОЗВИЧ ассоциировано с низкой индивидуальной дисциплинированностью, ориентацией на собственные желания и потребности, снижением регуляции эмоций и поведения: показатель ИР (ТОСР) взаимосвязан с фактором Q<sub>3</sub> (низкий–высокий самоконтроль) (16PF) ( $r_{\text{озвич}} = -0,31$ ;  $p = 0,02$ ). ОЗВИЧ с низким самоконтролем (Q<sub>3</sub>) более склонны к полиупотреблению ПАВ ( $r_{\text{озвич}} = -0,38$ ;  $p < 0,05$ ), чаще обменивались использованными иглами с большим количеством наркопотребителей ( $r_{\text{озвич}} = -0,30$ ;  $p < 0,05$ ).

*Мотивация употребления алкоголя.* У опиоидзависимых потребность в алкоголе часто связана с необходимостью коррекции негативного психического состояния в абстинентный и постабстинентный периоды, в том числе обусловленного коморбидной ВИЧ. Вместе с тем возможна алкоголизация по гедонистическим мотивам и с целью «активизации» эмоционального состояния. Чем тяжелее течение наркотической зависимости, тем больше потребление алкоголя. В алкогольном опьянении снижается восприятие риска. При этом уровень рискованного поведения у наркозависимых выше, чем у алкогользависимых (Krupitsky E.M. et al., 2005).

В данном исследовании также показано, что употребление алкоголя снижает самоконтроль и повышает риск заражения инъекционным путём: мотивация к употреблению алкоголя прямо коррелирует с ИР (ТОСР) ( $r_{\text{озвич}} = 0,32$ ;  $p = 0,04$ ).

### **3.6.5. Общие корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путём (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах пациентов с ВИЧ-негативным и ВИЧ-положительным статусами**

*Время, прошедшее с момента последнего употребления (дни) наркотика.* Нами установлена положительная корреляция между ПР (ТОСР) и временем, прошедшим с момента последнего употребления наркотика, в группах ОЗ и ОЗВИЧ ( $r_{\text{оз}} = 0,29$ ;  $p = 0,05$  vs.  $r_{\text{озвич}} = 0,28$ ;  $p = 0,04$ ). Наркопотребители обеих групп вне зависимости от статуса с увеличением времени, прошедшего с момента последнего потребления героина, чаще употребляли алкогольные напитки ( $r_{\text{оз}} = 0,33$ ;  $r_{\text{озвич}} = 0,46$ ;  $p < 0,05$ ) и имели большее количество сексуальных контактов и сексуальных партнеров ( $r_{\text{оз}} = 0,28$ ;  $r_{\text{озвич}} = 0,43$ ;

$p < 0,05$ ). Опиоиды обладают седативным действием, и их потребление приводит к снижению либидо у большинства наркозависимых (Venkatesh K., Mattoo S.K., Grover S., 2014). Прекращение потребления опиоидов способствует восстановлению психосоматического здоровья и сексуальной активности. С улучшением соматического состояния опиоидзависимые, в том числе с проявлениями депрессии, используют сексуальные отношения как альтернативный способ получения удовольствия (Красносельских Т.В. с соавт., 2010; Baggaley R.F. et al., 2006).

При этом низкая приверженность к использованию барьерных средств контрацепции у потребителей наркотиков приводит к увеличению риска передачи инфекции половым путем и вне периода интоксикации. Например, наркозависимые мужского пола, которые для сексуальных отношений предпочитают женщин без химической зависимости, реже используют презервативы (Miller M., Neaigus A., 2002; Kwiatkowski C.F., Booth R.E., 2003; Wright P.V. et al., 2007).

### **3.6.6. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путём (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группе пациентов с ВИЧ-негативным статусом**

*Образование.* У обследуемых группы ОЗ ПР (ТОСР) коррелирует с образованием ( $r_{03} = -0,39$ ;  $p = 0,01$ ) и свидетельствует о том, что низкий образовательный уровень у опиоидзависимых повышает вероятность передачи инфекций половым путем. Недостаточность необходимых знаний, не сформированные моральные качества, отсутствие культуры половой гигиены и интимных отношений, а также пренебрежение правилами профилактики инфекций, передающихся половым путём, увеличивают вероятность инфицирования ВИЧ лиц с ранним началом сексуальных отношений (Лиюзов Д.А., Николаенко С.Л., 2010; Takács J. et al., 2006).

*Личностные особенности.* Следует отметить, что такие личностные черты опиоидзависимых, как общительность, легкость в установлении межличностных контактов, готовность идти на поводу, меньший уровень беспокойства и тревожности, упрощают вступление в сексуальные связи, что сопряжено с высоким риском инфицирования половым путём: показатель ПР (ТОСР) положительно взаимосвязан с факторами 16 PF А (замкнутость–общительность) ( $r_{03} = 0,51$ ;  $p = 0,00$ ) и О (спокойствие–тревожность) ( $r_{03} = -0,36$ ;  $p = 0,01$ ). Чем более выражена общительность, самонадеянность у ОЗ с негативным ВИЧ-статусом, тем реже они использовали презервативы при

сексуальных контактах ( $r_{oz} = -0,30$ ;  $p < 0,05$ ) и не тревожились о возможном инфицировании ВИЧ половым путем ( $r_{oz} = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ).

*Нарушение концентрации внимания (MADRS-SIGMA).* Корреляционный анализ выявил связь показателя ПР (ТОСР) с параметром MADRS-SIGMA – нарушение концентрации внимания ( $r_{oz} = 0,31$ ;  $p = 0,04$ ). Данную взаимосвязь следует рассматривать в рамках депрессивной симптоматики как общего фактора рискованного поведения.

Необходимо отметить, что у наркозависимых с коморбидной депрессией отмечается преобладание сексуального рискованного поведения над инъекционным (Buffardi A.L. et al., 2008). Депрессивные состояния могут ухудшать когнитивные функции, память, внимание, самоконтроль, тем самым препятствуя правильной оценке степени риска и последствий рискованного сексуального поведения (Khan M.R. et al., 2009). В исследованиях показано, что проявления депрессии ассоциированы с более редким использованием презервативов при половых контактах (Nduna M. et al., 2010; Othieno C.J. et al., 2015).

### **3.6.7. Специфические корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путём (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группе пациентов с ВИЧ-позитивным статусом**

*Общая продолжительность употребления седативных и снотворных средств (мес.).* Увеличение продолжительности употребления снотворных и седативных препаратов, а также других депрессантов снижает риск сексуального инфицирования ВИЧ в группе ОЗВИЧ, так как на фоне их приема уменьшаются половое влечение, частота сексуальных связей и число половых партнеров: ПР (ТОСР) отрицательно коррелирует с общей продолжительностью употребления седативных и снотворных средств ( $r_{озвич} = -0,57$ ;  $p = 0,03$ ).

*Периодичность употребления алкоголя.* Выраженность риска полового инфицирования ВИЧ также взаимосвязана с частым потреблением алкоголя: у пациентов ОЗВИЧ ПР (ТОСР) положительно связан с периодичностью употребления алкоголя ( $r_{озвич} = 0,32$ ;  $p = 0,05$ ). Чем чаще респонденты группы ОЗВИЧ потребляли алкоголь, тем больше у них было половых партнеров ( $r_{озвич} = 0,44$ ;  $p = 0,01$ ), тем реже они использовали презервативы ( $r_{озвич} = -0,39$ ;  $p = 0,01$ ) и тем более широкий спектр ПАВ они потребляли ( $r_{озвич} = 0,43$ ;  $p = 0,01$ ). Растворяющее действие алкоголя нередко используется как средство для облегчения вступления в половые отношения (Krupitsky E.M. et al., 2005).

Злоупотребление алкоголем сочетается с промискуитетом, проституцией и высоким риском заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (Должанская Н.А. с соавт., 2005; Stein M.D. et al., 2000). Начало потребления героина не приводит к отказу от алкоголизации и часто дополняется потреблением других ПАВ, что становится дополнительными факторами поведенческого риска (Бородкина О.И., Козлов А.П., 2007; Pechansky F. et al., 2005). Также прием алкоголя используется потребителями психостимуляторов в конце «марафона» для снятия перевозбуждения и облегчения засыпания.

*Депрессия (апатия).* ВИЧ-инфекция усугубляет депрессивную симптоматику опиоидзависимых. Данные сравнительного исследования показали, что у ОЗВИЧ депрессивная симптоматика более выражена, чем у ОЗ, и достигает клинически значимого уровня (см. Раздел 3.2.5). Имеются данные, что рискованное сексуальное поведение связано с попытками уменьшить депрессивные проявления (Buffardi A.L. et al., 2008; DiClemente R.J. et al., 2008), при этом вероятность инфицирования ВИЧ половым путём выше при депрессии (German D., Latkin C.A., 2012).

Мы обнаружили, что апатия, которая является проявлением депрессии, сочетанная с ВИЧ-инфекцией, увеличивает риск инфицирования половым путём: показатель ПР (ТОСР) положительно коррелирует с параметром MADRS: апатия ( $r_{\text{озвич}} = 0,27$ ;  $p = 0,05$ ).

Необходимо отметить, что при нарастании идеаторного и моторного компонентов депрессии половое влечение ослабевает (Unden F. et al., 1988; Schweiger U. et al., 1999). До 80% опиоидзависимых могут дополнительно употреблять стимуляторы (Vanderplassen W. et al., 2012). Одной из причин употребления стимуляторов является депрессия. Распространенность депрессивных расстройств на протяжении всей жизни среди лиц, злоупотребляющих психостимуляторами (кокаином), составляет от 20% до 47% (Kleinman P.H. et al., 1990; Kilbey N.M., Breslau N., Andreski P., 1992; Carroll K.M. et al., 1994), а у 28–53% лиц, злоупотребляющих кокаином, диагностированы сопутствующие серьезные депрессивные расстройства (Weiss R.D. et al., 1986; Carroll K.M. et al., 1994; Fleckenstein A.E. et al., 1999). Употребление кокаина приводит к кратковременному уменьшению депрессивных проявлений – увеличению энергии, повышению настроения, эйфории и повышению уровня уверенности, а также сексуальной активности.

Установлено, что потребители опиатов и стимуляторов имеют различные профили риска, в связи со снижением сексуального влечения при потреблении героина и сексуальной расторможенностью при потреблении психостимуляторов (Fleckenstein A.E. et al., 1999). 19% мужчин и 17% женщин отмечали улучшение сексуальных функций при употреблении опиатов, 58% мужчин и 62% женщин – при употреблении психостимуляторов. Увеличение числа половых партнеров при употреблении опиатов

отмечали только 3% мужчин и 2% женщин, а при употреблении психостимуляторов – 34% мужчин и 30% женщин (Rawson R.A. et al., 2002). ВИЧ-инфицированные потребители амфетамина имеют более чем 9 половых партнеров за 2-месячный период, в то время как употребляющие героин имели половые контакты в течение последних 6 месяцев в среднем с 2 некоммерческими партнерами. Причем 39% потребителей амфетаминов практиковали незащищенный секс (Rhodes T. et al., 1994). Потребление стимуляторов у женщин прямо взаимосвязано с обменом сексуальными услугами (Sánchez J. et al., 2002).

В данном исследовании потребление стимуляторов в группе ОЗВИЧ также является одним из важнейших факторов, повышающих риск инфицирования ВИЧ половым путем: *общая продолжительность употребления стимуляторов* прямо коррелирует с ПР (ТОСР) ( $r_{\text{озвич}} = 0,41$ ,  $p = 0,05$ ) в группе ОЗВИЧ. Чем более продолжительное время респонденты группы ОЗВИЧ потребляли стимуляторы, тем чаще они потребляли алкоголь ( $r_{\text{озвич}} = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ), имели больше сексуальных партнеров ( $r_{\text{озвич}} = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ), реже использовали презервативы ( $r_{\text{озвич}} = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ), чаще участвовали в обмене сексуальных услуг на наркотики ( $r_{\text{озвич}} = 0,41$ ;  $p < 0,05$ ), а также вступали в сексуальные контакты с ВИЧ-инфицированными партнерами ( $r_{\text{озвич}} = 0,36$ ;  $p < 0,05$ ).

*Гнев.* Опиоидзависимые с ВИЧ-позитивным статусом характеризуются более высоким уровнем раздражительности и гнева, чем наркопотребители без ВИЧ (см. Раздел 3.3.2). Личностная дисфункциональность, коморбидные психические расстройства, дискриминация ВИЧ-инфицированных наркозависимых ухудшают контроль над эмоцией гнева, предрасполагают к большему выражению гнева вовне, что проявляется в большей агрессивности и затруднении социального функционирования.

Нами установлено, что ПР отрицательно взаимосвязан с параметрами гнева (STAXI): экспрессия гнева внутрь ( $r_{\text{озвич}} = -0,26$ ,  $p = 0,05$ ) и экспрессия гнева вовне ( $r_{\text{озвич}} = -0,28$ ,  $p = 0,04$ ). Большой период трезвости, отсутствие крэйвинга к опиоидам могут приводить к уменьшению проявлений гнева и злости на других людей, улучшению межличностного взаимодействия и усилению контактов, а также к увеличению количества половых партнеров, повышая риск полового инфицирования ВИЧ.

*Межличностная сензитивность (INT, SCL-90-R).* Симптомы, составляющие основу межличностной сензитивности, сконцентрированы на чувствах личной неполноценности, неловкости, дискомфорта при общении с другими людьми. Употребление стимуляторов и алкоголя, на фоне снижения гнева, увеличивает интенсивность установления многочисленных контактов, облегчает вступление в половые отношения опиоидзависимых с позитивным ВИЧ-статусом, что повышает риск передачи инфекции.

У больных ОЗВИЧ межличностная сензитивность (SCL-90-R) коррелирует с показателем ПР (ТОСР) ( $r_{\text{озвич}} = -0,31$ ;  $p = 0,02$ ). Чем меньше чувство беспокойства и дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия, тем чаще респонденты потребляли психостимуляторы ( $r_{\text{озвич}} = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ), имели большее количество половых партнеров ( $r_{\text{озвич}} = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ), чаще обменивали сексуальные услуги на ПАВ ( $r_{\text{озвич}} = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ).

Следует отметить некоторые особенности исследования в данном разделе. Нами получены статистически значимые корреляционные связи общего балла ТОСР, а также большинства показателей РИИП и РИПП с клинико-психологическими характеристиками в обеих группах. Вместе с тем по некоторым показателям корреляции не достигли уровня достоверности: в группе ОЗ – ИР с фактором Q<sub>4</sub> (расслабленность – эмоциональная напряженность) (16PF) и копинг-стратегией «самоконтроль» (WCQ), ПР с длительностью гепатита В и ВИЧ (мес.); в группе ОЗВИЧ – ПР с фактором F (рассудительность–безрассудство) (16PF) и копинг-стратегией «самоконтроль» (WCQ). Ограничивают исследование кросс-секционный дизайн, а также применение корреляционного анализа, который позволяет выявлять только одномоментные связи между показателями рискованного поведения и биопсихосоциальными характеристиками.



## **ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АНОЗОГНОЗИИ ПРИ ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОТДЕЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ АНОЗОГНОЗИИ С СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПИОИДЗАВИСИМЫХ**

### **4.1. ДИЗАЙН И ОБЪЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОЦЕДУРЫ НАБОРА ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **4.1.1. Дизайн исследования**

Дизайн исследования: кросс-секционное, экспериментально-психологические, аналитическое.

#### **4.1.2. Объекты исследования**

53 больных с диагнозом «синдром зависимости от опиоидов» (F11.2), находящихся на стационарном лечении.

#### **4.1.3. Процедуры набора исследуемых групп**

Исследование выполнено в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации и одобрено Этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Включение пациентов в исследование проводилось после прохождения курса детоксикации и отмены всех препаратов. Все пациенты подписывали форму информированного согласия. В течение одной недели для оценки соответствия пациента всем критериям отбора проводились процедуры скрининга и дальнейшего обследования в соответствии с требованиями протокола исследования.

##### ***4.1.3.1. Критерии включения***

Диагностированная зависимость от опиоидов по МКБ-10 (F11.2), возраст 18–60 лет, наличие подписанного пациентом информированного согласия на участие в исследовании, срок воздержания от наркотика не менее 7 дней перед началом исследования.

#### **4.1.3.2. Критерии невключения**

Выраженные когнитивные нарушения; психотическое состояние с диагнозами: шизофрения, эпилепсия, биполярное аффективное расстройство; декомпенсированная соматическая и неврологическая патология; наличие зависимости от других ПАВ (кроме никотина). Не включались в исследование пациенты, принимающие психотропные средства или психоактивные вещества, способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, получающие психотерапию.

#### **4.1.4. Методы исследования**

Для оценки анозогнозии при опиоидной зависимости (АОЗ) применялся специально разработанный опросник.

##### **4.1.4.1. Разработка структуры опросника «Анозогнозии при опиоидной зависимости»**

В отечественной традиции изучение отношения к болезни (в том числе и к наркологической) производят с позиции концепции В.Н. Мясищева (Мясищев В.Н., 1995; Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999), предлагающей рассмотреть любое отношение в трех смысловых ракурсах: когнитивном, эмоциональном и мотивационном. Зарубежные методики, измеряющие отношение больного к своему психическому заболеванию, опираются на концепцию A.S. David (1990), которая предполагает, что это отношение включает: 1) способность оценивать некоторые свои психические симптомы как патологические, 2) признание пациентом, что он страдает психическим расстройством в целом, 3) согласие с лечением (David A.S., 1990; David A.S. et al., 1992). X.F. Amador в дальнейшем добавил еще один компонент – необходимость понимания больным связи между изменениями социального функционирования и психическим заболеванием (Amador X.F. et al., 1991, 1993).

Учитывая концепцию В.Н. Мясищева и представления X.F. Amador и A.S. David о структуре отношения больного к психическому заболеванию, а также предыдущий наш опыт по созданию опросника «Алкогольная анозогнозия», нами были предложены следующие субшкалы опросника «Анозогнозия при опиоидной зависимости»:

1) «Неинформированность» (НИ) – может варьировать от полного отсутствия знаний у больного о медицинских критериях опиоидной зависимости (ОЗ), сопровождающегося наличием разнообразных заблуждений относительно причин возникновения наркомании и способов ее лечения, до адекватной информированности о медицинской модели ОЗ.

2) «Непризнание симптомов заболевания» (НС) – непризнание основных признаков ОЗ: увеличение количества времени, затрачиваемого на «наркоманическую деятельность», рост толерантности, синдром отмены. НС может быть выраженным, когда больной с уверенностью отрицает наличие абстинентных расстройств, рост толерантности и возросшие затраты времени; невыраженным (отсутствующим) – когда пациент признает существование симптомов заболевания; промежуточным – в случае неуверенности в наличии данных признаков.

3) «Непризнание заболевания» (НЗ) – может колебаться от полного отрицания больным существования ОЗ до безоговорочного принятия факта заболевания. Промежуточный вариант регистрируется в случае признания себя больным лишь отчасти или в порядке уступки врачу, окружающим.

4) «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ) – может варьировать от выраженного нежелания или неспособности анализировать характер имеющихся медицинских, психологических и социальных проблем и их связи с ОЗ до полного развернутого признания медицинских, психологических и социальных проблем, связанных с наркотизацией. Промежуточный вариант фиксируется при недооценке больным существующих проблем, обусловленных ОЗ, и/или при попытках объяснить часть возникших проблем другими обстоятельствами.

5) «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) – может встречаться в следующих вариантах: выраженное ЭНЗ, в случае безразличия или возмущения по отношению к своему наркологическому диагнозу или факту обращения за наркологической помощью; промежуточное – при наличии недостаточной эмоциональной озабоченности по поводу своего заболевания в целом или отдельных его аспектов; невыраженное (отсутствующее) – если больной демонстрировал адекватную эмоциональную озабоченность, обеспокоенность фактом заболевания и его последствиями.

6) «Несогласие с лечением» (НЛ). Выраженное НЛ наблюдается при негативном отношении к лечению, отказе от предлагаемой терапии; промежуточное – если имеется пассивное отношение к лечению; невыраженное (отсутствующее) – когда фиксируется активная заинтересованность в лечении.

7) «Непринятие трезвости» (НТ). Выраженное НТ – при отсутствии готовности вести трезвый образ жизни; промежуточное – в случаях высказывания необходимости трезвости,

но без попыток решения связанных с этим проблем; невыраженное – если фиксируется желание вести трезвую жизнь с пониманием сложности проблемы и готовностью ее решать.

С учетом смыслового содержания субшкал, были выделены: когнитивные субшкалы – НИ, НС, НЗ, НПЗ; эмоциональная субшкала – ЭНЗ; мотивационные – НЛ и НТ.

Возможность выделения изолированных субшкал подтверждалась мнением пяти высококвалифицированных врачей наркологов-экспертов и анализом отдельных существующих терминов, применяемых клиницистами для описания отношения больного к опиоидной зависимости.

При подборе утверждений опросника использовался ранее разработанный нами опросник «Алкогольная анозогнозия» (Рыбакова Ю.В. с соавт., 2011).

В процессе разработки методики особое внимание уделялось тому, чтобы утверждения не носили осуждающего характера, что может провоцировать усиление защитных тенденций при заполнении опросника, а также чтобы утверждения касались наиболее общих, облигатных признаков, были понятны больным и не включали необычную или профессиональную лексику.

В окончательном виде опросник содержит 51 утверждение (Приложение 3).

Утверждения, относящиеся к субшкалам НС, НЗ, НПЗ, ЭПЗ, НЛ, НТ опросника, сформулированы в грамматической форме от первого лица, предлагающей больному оценить наличие или отсутствие у себя различных проявлений АОЗ. Ответы на утверждения субшкалы НИ направлены на выявление общих представлений больного об опиоидной зависимости.

#### ***4.1.4.2. Методика применения опросника «Анозогнозия при опиоидной зависимости»***

Перед заполнением опросника больного информировали о целях проведения исследования. Время заполнения не ограничивалось, в среднем составляло 20–25 минут. Исследование можно было проводить одновременно с несколькими испытуемыми при условии, что они не совещались друг с другом. Испытуемому предлагалось ответить на приведенные утверждения, по каждому из которых давалась оценка: «согласен», «не согласен» или «не уверен».

Одновременно осуществлялась независимая врачебная экспертная оценка (2 врачами-экспертами) уровня анозогнозии по всем ее компонентам, соответствующим субшкальной структуре опросника, в континууме от 1 до 3 баллов (низкий, средний, высокий уровень АОЗ).

Кроме того, в работе применялась *клиническая карта*, в которой регистрировались социо-демографические показатели, клинические особенности (длительность зависимости, прогрессивность, уровень толерантности, количество предшествующих обращений за помощью, наличие и длительность ремиссий, характер проводимого в прошлом лечения, наличие ВИЧ и передозировок).

**Методы статистической обработки.** Обработка исходной информации производилась с помощью статистического пакета SPSS 19.0. Методы дескриптивного анализа использовались для описания популяции обследуемых и экспертных оценок АОЗ. Корреляционный анализ (ранговый коэффициент корреляции Спирмена) применялся для определения внешнекритериальной валидности конструируемого опросника, дифференцирующей силы каждого утверждения, а также для изучения связи между экспертными оценками АОЗ с клиническими и социо-демографическими характеристиками больных. Для межгрупповых сравнений применялся Критерий Манна–Уитни и Краскелл–Уолиса. Различия принимались статистически значимыми при уровне  $p \leq 0,05$ .

## **4.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **4.2.1. Демографические и клинические показатели обследуемых**

Обследовано мужчин 47 (88,7%) и женщин 6 (11,3%) с диагнозом «опиоидная зависимость», 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, 23 (43,4%) – безработные. 41 (77,4%) пациент сообщил, что получает от кого-нибудь материальную помощь, в 11 (26,8%) случаях эта материальная помощь являлась основным источником существования.

В стабильных партнерских отношениях состояли 26 (49,1%) опиоидзависимых, не женаты или разведены – 27 (50,9%).

Отношения со своими родственниками считали хорошими и умеренно конфликтными по 13 (24,5%) человек, удовлетворительными – 12 (22,6%), средне-конфликтными – 4 (7,5%), крайне конфликтными – 1 (1,9%), 10 (18,8%) больных отказались предоставить информацию по этому пункту обследования.

37 (69,8%) обследованных имели детей: из них 31 (83,8%) человек считал, что дети здоровы; 3 (8,1%) отмечали, что они страдают тяжелым соматическим заболеванием, 3 (8,1%) сообщали о наличии психических заболеваний у своих детей.

26 (49,1%) пациентов судимы более одного раза, 9 (17,0%) – судимы однократно, 7 (13,2%) – с условной судимостью, 11 (20,8%) – не судимы. В текущем году административные правонарушения совершил 31 (58,5%) больной: 27 (87,1%) – не более трех раз, 3 (9,7%) – более трех. 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 наркотика переносили 35 (66,0%) больных, причем у 9 из них (25,7%) превышение доз случалось однократно, у 26 (74,3%) – многократно. Опыт употребления кокаина без формирования зависимости наблюдался у 18 (34,0%) больных. Обращение за наркологической помощью было первичным у 9 (16,9%) пациентов, повторным – у 18 (34,0%), многократным – у 26 (49,1%). Среднее количество обращений за помощью по поводу опиоидной зависимости –  $3,2 \pm 2,9$  раза.

Инициатива лечения при настоящей госпитализации в 4 (7,5%) случаях исходила от родственников, в 22 (41,5%) – по самостоятельному решению больных, 26 (49,8%) – по постановлению суда, по 1 (1,9%) случаю данная информация отсутствовала. 28 (52,3%) наркозависимых в прошлом принимали участие в реабилитационных программах: 15 (53,6%) человек – однократно, 13 (46,4%) – от двух до восьми раз; среднее количество прохождения реабилитации –  $2,2 \pm 1,9$  раза. Наличие ремиссий в анамнезе отмечали 52 (98,1%) больных, 1 (1,9%) – нет. При этом 6 (11,5%) человек сообщили об однократной ремиссии, 2 (3,8%) – о двух ремиссиях, 44 (84,6%) – о более двух. Средняя суммарная продолжительность ремиссий составляла  $48,0 \pm 40,0$  мес.

Наличие ВИЧ-инфекции подтвердили 27 (50,9%) больных, ее средняя длительность составила  $60,1 \pm 50,0$  мес. После установления диагноза ВИЧ-инфекции 9 (33,3%) наркозависимых снизили потребление опиоидов, у 10 (37,0%) аддиктивное поведение осталось без изменений, 5 (18,5%) – увеличили потребление наркотика, о 3 (11,1%) пациентах информации нет. 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%), тяжелые – 5 (28,3%), тяжесть ЧМТ неизвестна – 4 (16,7%).

Аффективные нарушения на момент обследования квалифицировались врачом в 7 (13,2%) случаях как депрессивные, в 6 (11,3%) – тревожные, в 3 (5,7%) – апатические, в 3 (5,7%) – эйфорические (5,7%), 5 (28,3%) – эмоционально-лабильные.

#### **4.2.2. Исследование внешнекритериальной валидности**

Исследование внешнекритериальной валидности производилось сопоставлением результатов заполнения опросника и экспертных оценок.

С помощью коэффициента корреляции Спирмена выявлены связи между результатами заполнения самоопросника и экспертными оценками по субшкалам «непризнание заболевания» ( $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ), «несогласие с лечением» ( $r = 0,54$ ,  $p < 0,001$ ), «непризнание симптомов заболевания» ( $r = 0,34$ ,  $p < 0,001$ ), «эмоциональное неприятие заболевания» ( $r = 0,45$ ,  $p < 0,001$ ), «несогласие с трезвостью» ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,001$ ); таких корреляции для субшкал «неинформированность» и «непризнание последствий заболевания» не обнаружено.

#### **4.2.3. Оценка дифференцирующей силы каждого утверждения**

34 утверждения опросника коррелировали с экспертными оценками в диапазоне  $r$  от 0,30 до 0,64, для остальных 17 утверждений опросника такие корреляции отсутствовали.

#### **4.2.4. Результаты клинической оценки анозогнозии**

Анализ экспертной оценки анозогнозии проводился путем расчета средних значений компонентов анозогнозии, распределения уровней анозогнозии по отдельным ее компонентам, а также изучения совокупности индивидуальных профилей анозогнозии.

#### **4.2.5. Средние значения компонентов анозогнозии по экспертным оценкам**

Рассчитанные средние значения показателей каждого из компонентов АОЗ представлены в Таблице 21.

Установлено, что показатели уровня АОЗ по всем компонентам были ниже 2 баллов, причем 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) ( $1,98 \pm 0,57$ ).

Таблица 21. Средние значения компонентов АОЗ при зависимости от опиоидов по экспертным оценкам (n = 53)

Компоненты анозогнозии	Средние значения (SE)
Неинформированность (НИ)	1,91 ± 0,56
Непризнание симптомов заболевания (НСЗ)	1,43 ± 0,64
Непризнание заболевания (НЗ)	1,72 ± 0,63
Непризнание последствий заболевания (НПЗ)	1,92 ± 0,47
Эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ)	1,98 ± 0,57
Несогласие с лечением (НЛ)	1,91 ± 0,60
Неприятие трезвости (НТ)	1,98 ± 0,57

#### 4.2.6. Исследование уровней анозогнозии по ее отдельным компонентам на основе экспертных оценок

Распределение уровней анозогнозии по отдельным ее компонентам на основе экспертных оценок представлено в Таблице 22.

Таблица 22. Распределение уровней анозогнозии по отдельным ее компонентам на основе экспертных оценок (n = 53)

Компоненты анозогнозии	Уровень анозогнозии		
	Высокий n (%)	Средний n (%)	Низкий n (%)
Неинформированность (НИ)	6 (11,3)	36 (67,9)	11 (20,8)
Непризнание симптомов заболевания (НСЗ)	4 (7,5)	15 (28,3)	34 (64,2)
Непризнание заболевания (НЗ)	5 (9,4)	28 (52,8)	20 (37,7)
Непризнание последствий заболевания (НПЗ)	4 (7,0)	41 (71,9)	8 (15,1)
Эмоциональное неприятие заболевания (ЭНЗ)	8 (15,1)	36 (67,9)	9 (17,0)
Несогласие с лечением (НЛ)	7 (13,2)	34 (64,2)	12 (22,6)
Неприятие трезвости (НТ)	8 (15,1)	36 (67,9)	9 (17,0)



Как видно из таблицы 22, по мнению экспертов, 6 (11,3%) больных не имели верных представлений о проявлениях опиатной зависимости и о целях ее лечения; более чем у половины больных – 36 (67,9%) – информированность была оценена как средняя; 11 (20,8%) больных продемонстрировали адекватную информированность о наркологическом заболевании.

Наличие имеющих место у себя клинических симптомов наркотической зависимости уверенно отрицали 4 (7,5%) опиоидзависимых, 15 (28,3%) сомневались в их наличии, 34 (64,2%) признавали их наличие.

5 (9,4%) больных не считали, что у них есть зависимость от опиоидов; 28 (52,8%) формально признавали ее существование; 20 (37,7%) соглашались с тем, что страдают зависимостью от наркотика.

У значительного числа наркозависимых отмечалась различной степени выраженности недооценка того, какое влияние наркологическое заболевание оказывает на профессиональную, личную, семейную ситуацию и состояние физического и психического здоровья. У 4 (7%) пациентов экспертами она была оценена как высокая, у 41 (71,9%) – как средняя и только у 8 (15,1%) больных – как низкая.

Эмоциональное отношение к наркотической зависимости, последствиям наркотизации и лечению лишь у 9 (17,0%) больных было «адекватно озабоченным», у 8 (15,1%) – полностью безразличным или отвергающим, у 36 (67,9%) отмечен средний уровень эмоционального неприятия заболевания.

Негативное отношение к лечению, по экспертным оценкам, зафиксировано у 7 (13,2%) опиоидзависимых, пассивное или мало заинтересованное – у 34 (64,2%), безусловно положительное наблюдалось только у 12 (22,6%).

Установка на трезвость была представлена твердой лично обоснованной уверенностью в необходимости полного пожизненного воздержания от употребления наркотика у 9 (17,0%) пациентов; сомнениями в необходимости трезвости либо планированием ее на ограниченный промежуток времени – у 36 (67,9%); однозначно отказывались от перспективы трезвости – 8 (15,1%).

#### **4.2.7. Исследование совокупности индивидуальных профилей анозогнозии**

Изучение индивидуальных профилей с учетом всех компонентов АОЗ не выявило больных, у которых, согласно экспертным оценкам, определялись бы высокие показатели анозогнозии, вместе с тем низкие показатели, позволяющие квалифицировать ее как минимальную/отсутствующую, выявлены у 2 (3,8%) пациентов; средние показатели

зафиксированы у 5 (9,4%) больных. Это позволяет констатировать, что особенностью анозогнозии у большинства больных ( $n = 46$ . 86,8%) является различная выраженность ее отдельных компонентов.

#### **4.2.8. Сравнительный анализ показателей анозогнозии и их взаимосвязь с социально-демографическими и клиническими характеристиками больных с опиоидной зависимостью**

Установлено, что у женщин неинформированность и несогласие с лечением ниже, чем у мужчин: НИ –  $1,33 \pm 0,52$  vs.  $1,98 \pm 0,53$  ( $p \leq 0,01$ ), НЛ –  $1,33 \pm 0,52$  vs.  $1,98 \pm 0,57$  ( $p \leq 0,05$ ).

У сохранивших трудовую занятость выше непризнание заболевания (НЗ):  $1,70 \pm 0,64$  vs.  $1,73 \pm 0,64$  ( $p \leq 0,05$ ); непризнание последствий заболевания (НПЗ):  $1,85 \pm 0,48$  vs.  $2,17 \pm 0,39$  ( $p \leq 0,05$ ) и эмоциональное принятие заболевания (ЭНЗ):  $1,88 \pm 0,51$  vs.  $2,33 \pm 0,65$  ( $p \leq 0,05$ ) – ниже в случае, если больному кто-либо материально помогает. Причем если эта помощь является основным источником существования, то непризнание заболевания (НЗ) меньше:  $1,55 \pm 0,52$  vs.  $1,67 \pm 0,61$  ( $p \leq 0,05$ ).

У больных, лечение которым было назначено судом, по сравнению с теми, кто сам обратился за наркологической помощью, выше неинформированность (НИ):  $2,08 \pm 0,49$  vs.  $1,59 \pm 0,50$  ( $p < 0,05$ ), непризнание заболевания (НЗ):  $2,04 \pm 0,60$  vs.  $1,32 \pm 0,48$  ( $p \leq 0,05$ ) и несогласие с лечением (НЛ):  $2,27 \pm 0,45$  vs.  $1,55 \pm 0,51$  ( $p \leq 0,05$ ). У них же (получающих лечение по суду) несогласие с лечением (НЛ) 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 обратившихся за лечением по требованию родственников выше показатель неинформированности (НИ) по сравнению, с теми, кто обратился по собственной инициативе:  $2,08 \pm 0,49$  vs.  $1,59 \pm 0,50$  ( $p \leq 0,05$ ).

У опиоидзависимых, у которых были дети с психическими заболеваниями, несогласие с трезвостью (НТ) достоверно выше, чем у тех, чьи дети здоровы:  $2,67 \pm 0,58$  vs.  $1,90 \pm 0,54$  ( $p \leq 0,05$ ). У состоящих под наблюдением выше непризнание последствий заболевания (НПЗ):  $2,07 \pm 0,47$  vs.  $1,76 \pm 0,44$  ( $p \leq 0,05$ ) и несогласие с трезвостью (НТ):  $2,18 \pm 0,55$  vs.  $1,76 \pm 0,52$  ( $p \leq 0,01$ ), чем у не наблюдающихся у нарколога.

При отягощенной по алкоголизму наследственности ниже показатель несогласия с лечением (НЛ):  $1,73 \pm 0,58$  vs.  $2,09 \pm 0,53$  ( $p \leq 0,05$ ). Обнаружено, что у лиц, имевших опыт употребления кокаина, меньше значения непризнания симптомов заболевания (НСЗ):

1,17 ± 0,38 vs. 1,57 ± 0,70 ( $p \leq 0,05$ ) и непризнания заболевания (НЗ): 1,33 ± 0,49 vs. 1,91 ± 0,61 ( $p \leq 0,01$ ), по сравнению с теми, кто такого опыта не имел.

Непризнание последствий заболевания (НПЗ) было ниже в группе больных с тяжелыми соматическими заболеваниями: 1,50 ± 0,54 vs. 2,00 ± 0,43 ( $p \leq 0,05$ ) и наличием ЧМТ в анамнезе: 1,75 ± 0,44 vs. 2,00 ± 0,40 ( $p \leq 0,05$ ).

У ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых по сравнению с больными без ВИЧ-инфекции выше показатели непризнания заболевания (НЗ): 1,93 ± 0,62 vs. 1,50 ± 0,58 ( $p \leq 0,05$ ) и несогласия с лечением (НЛ): 2,11 ± 0,51 vs. 1,69 ± 0,62 ( $p \leq 0,01$ ).

У наркозависимых без аффективных нарушений средние значения экспертных баллов неинформированности (НИ): 1,50 ± 0,51 vs. 2,29 ± 0,49 ( $p \leq 0,05$ ) и непризнание заболевания (НЗ): 1,28 ± 0,46 vs. 2,00 ± 0,58 ( $p \leq 0,05$ ) меньше, чем у больных с субдепрессивным синдромом; показатели неинформированности (НИ): 1,50 ± 0,51 vs. 2,00 ± 0,00 ( $p \leq 0,05$ ) ниже, чем у пациентов с тревожным расстройством; показатели неинформированности (НИ): 1,50 ± 0,51 vs. 2,13 ± 0,64 ( $p \leq 0,05$ ), непризнание заболевания (НЗ): 1,28 ± 0,46 vs. 2,07 ± 0,70 ( $p \leq 0,05$ ) и несогласие с лечением (НЛ): 1,56 ± 0,51 vs. 2,40 ± 0,51 ( $p \leq 0,05$ ) ниже, чем у опиоидзависимых с выраженной эмоциональной лабильностью.

#### **4.2.9. Результаты корреляционного анализа**

С помощью корреляционного анализа получены данные, свидетельствующие о том, что показатели анозогнозии (по данным экспертных оценок) взаимосвязаны с социальными и клиническими характеристиками опиоидзависимых. Результаты корреляционного анализа представлены в Таблице 23.

Таблица 23. Результаты корреляционного анализа между социальными и клиническими характеристиками больных ОЗ и компонентами АОЗ (по данным экспертных оценок)

Социальные и клинические характеристики	Компоненты АОЗ ( $r$ — коэффициент корреляции Спирмена)
Степень конфликтности семейных взаимоотношений	Неинформированность ( $r = 0,48$ ; $p \leq 0,001$ )
Частота административных правонарушений за последний год	Неинформированность ( $r = 0,29$ ; $p \leq 0,05$ ) и непризнание симптомов заболевания ( $r = 0,30$ ; $p \leq 0,05$ )
Количество судимостей	Эмоциональное неприятие заболевания ( $r = 0,33$ ; $p \leq 0,05$ ) и несогласие с лечением ( $r = 0,33$ ; $p \leq 0,001$ )
Срок воздержания от опиатов	Несогласие с трезвостью ( $r = -0,38$ ; $p \leq 0,05$ )
Длительность опиоидной зависимости	Неинформированность ( $r = -0,36$ ; $p \leq 0,05$ )
Толерантность перед поступлением	Непризнание последствий заболевания ( $r = -0,40$ ; $p \leq 0,01$ )
Частота передозировок	Эмоциональное неприятие заболевания ( $r = -0,29$ ; $p \leq 0,01$ )
Количество эпизодов наркологического лечения	Неинформированность ( $r = -0,28$ ; $p \leq 0,05$ ), непризнание заболевания ( $r = -0,32$ ; $p \leq 0,05$ )
Количество прохождений реабилитации	Неинформированность ( $r = -0,30$ ; $p \leq 0,05$ ), эмоциональное неприятие заболевания ( $r = -0,33$ ; $p \leq 0,05$ ), несогласие с лечением ( $r = -0,37$ ; $p \leq 0,05$ )
Суммарная длительность ремиссий	Непризнание последствий заболевания ( $r = 0,43$ ; $p \leq 0,05$ )
Длительность ВИЧ	Неинформированность ( $r = 0,32$ ; $p \leq 0,05$ ) и несогласие с лечением ( $r = 0,34$ ; $p \leq 0,05$ )
Степень «деструктивности» изменения потребления ПАВ после постановки диагноза ВИЧ	Непризнание последствий заболевания ( $r = -0,61$ ; $p \leq 0,001$ )
Длительность гепатита В	Непризнание последствий заболевания ( $r = 0,50$ ; $p \leq 0,05$ );
Количество госпитализаций из-за соматических проблем	Неинформированность ( $r = -0,58$ ; $p \leq 0,01$ ) и непризнание последствий заболевания ( $r = -0,43$ ; $p \leq 0,01$ )
Тяжесть ЧМТ	Несогласие с лечением ( $r = -0,53$ ; $p \leq 0,05$ )

#### 4.2.10. Обсуждение результатов

Большая часть полученных данных о клинико-социальных факторах, формирующих АОЗ, сходны с представлениями других авторов, которые считают, что анозогнозия при зависимостях тем менее выражена, чем тяжелее клинические проявления наркомании и ее последствия (Soyez V. et al., 2006, Yen C.F. et al., 2008; Li L. et al., 2011). Это положение нашло подтверждение и в нашем исследовании для таких характеристик, как толерантность, длительность заболевания, количество передозировок и обращений за помощью, наличие сопутствующих соматических заболеваний и черепно-мозговых травм, уровень трудовой дезадаптации и материального неблагополучия больных. Факторами, сопряженными с низким уровнем АОЗ, являются увеличение количества госпитализаций по поводу наркологической патологии и увеличение числа эпизодов реабилитационного лечения.

Известно, что наркопотребители подвержены высокому риску передозировок, также они часто являются очевидцами летального превышения доз наркотиков (см. Раздел 6.2.5). Опиоидзависимые, перенесшие передозировки или ставшие свидетелями смертельной интоксикации наркотическими средствами, проявляют большую озабоченность потенциальным риском возникновения передозировок в будущем. Подобный опыт может способствовать нарастанию беспокойности негативными последствиями наркозависимости, что снижает анозогностическое отношение к заболеванию (Илюк Р.Д. с соавт., 2018). Наши данные свидетельствуют об отрицательной связи между количеством передозировок, представляющих значимую угрозу для здоровья и жизни зависимых от опиоидов, и эмоциональным принятием заболевания.

Одним из факторов, ассоциированных с АОЗ, является наличие в анамнезе черепно-мозговых травм (ЧМТ). Чем более выражены черепно-мозговые травмы, тем хуже самооценка общего состояния здоровья наркозависимых, а неврологические последствия ЧМТ способствуют формированию большей готовности к лечению и потребности анализировать проблемы, связанные с наркотизацией. По данным исследования, меньшее количество госпитализаций из-за соматических проблем и наличие в анамнезе более легких ЧМТ способствуют формированию у наркозависимых лучшего мнения о собственном психосоматическом благополучии, что снижает критическое отношение к наркомании.

Ряд работ указывает на сложность механизмов формирования анозогнозии и неоднозначность соотношений между анозогнозией и клинико-социальными характеристиками у больных с зависимостью от различных ПАВ (Илюк Р.Д., Громыко Д.И.,

Берно-Беллекур И.В., 2009; Бабичева Л.П., 2014; Белоколов В.В., Малкова Е.Е., 2016; Li L. et al., 2011).

Это подтверждается и в данном исследовании, на выборке зависимых от опиоидов не воспроизвелись некоторые результаты, полученные нами ранее на больных с алкогольной зависимостью (Рыбакова Ю.В. с соавт., 2014). В частности, наследственная отягощенность наркологическими заболеваниями при алкоголизме препятствует распознаванию своего наркологического заболевания, а при опиоидной зависимости — уменьшает такой компонент анозогнозии, как несогласие с лечением; алкогольная анозогнозия не имеет гендерной специфики, а опиоидная — ниже у женщин, что, возможно, связано с их большей стигматизированностью; в раннем постабстинентном периоде алкогольная анозогнозия нарастает, а опиоидная — снижается, но длительное воздержание от наркотика в ремиссии приводит к увеличению АОЗ. Если при алкоголизме наличие тревожно-депрессивных расстройств в постабстинентном периоде формирует критичность к заболеванию, то при опиоидной — эмоционально-лабильные и тревожно-депрессивные расстройства препятствуют осознанию заболевания.

Так же неоднозначно освещается влияние на отношение к наркотической зависимости сопутствующей инфекционной патологии (ВИЧ-инфекция и гепатит С). Ряд авторов указывает, что анозогнозия на коморбидную инфекцию выражена даже больше, чем на наркоманию (Бузина Т.С., Подосинова Т.В., 2010; Ялтонский В.М., 2012; Зелтынь Т.В., Бузина Т.С., 2014). Анозогностические и апатические реакции на выявление ВИЧ-инфекции при инъекционном пути заражения у потребителей опиоидов встречаются чаще по сравнению с теми, кто получил инфекцию половым путем (Александрова Н.В., Городнова М.Ю., Эйдемиллер Э.Г., 2010). Другими исследователями установлено, что потребители инъекционных наркотиков, инфицированные вирусным гепатитом С, более анозогностичны и к наркомании, чем без этой инфекции (Бузина Т.С., Подосинова Т.В., 2010). Мотивационный компонент анозогнозии при опиоидной наркомании, сочетанной с ВИЧ, выше, чем у не инфицированных ОЗ (Илюк Р.Д., Шишкова А.М., 2012). Нами установлено, что лица с сопутствующей ВИЧ-инфекцией имеют меньшую комплаентность и атрибуцию своего заболевания в целом.

Известно, что стигматизация и дискриминация, сопровождающие ВИЧ-инфекцию у наркозависимых, приводят к социальной изоляции и снижению обращаемости за медико-социальной помощью, что существенно ограничивает возможности получения информации о различных аспектах существующих расстройств (Torban M.N. et al., 2011). Негативные медико-психологические последствия, связанные с ВИЧ-инфекцией и употреблением наркотиков, в совокупности с низким уровнем доверия к медицинскому персоналу и

системе оказания медицинской помощи в целом, приводят к пассивному или негативному отношению к терапии. Наличие коморбидных психических расстройств, в том числе и аффективного спектра, утяжеляет общее состояние ВИЧ-инфицированных наркологических больных, что снижает мотивацию на лечение и ослабляет желание вести трезвый образ жизни (Станько Э.П., Игумнов С.А., 2016).

Закономерными являются наши данные, свидетельствующие о том, что у лиц с низкой критикой к болезни высок уровень конфликтности семейных отношений, административных правонарушений и судимостей, а также они чаще находятся под диспансерным наркологическим наблюдением.

К трудно интерпретируемым следует отнести то, что опыт употребления кокаина снижает непризнание заболевания в целом и его симптомов, а наличие у обследованных детей с психическими заболеваниями увеличивает несогласие с трезвостью.

## ГЛАВА 5. ИССЛЕДОВАНИЕ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С НЕОСЛОЖНЕННОЙ ОПИАТНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

### 5.1. ДИЗАЙН И ОБЪЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОЦЕДУРЫ НАБОРА ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### 5.1.1. Дизайн исследования

Дизайн исследования: сравнительное, кросс-секционное, экспериментально-психологическое, аналитическое.

#### 5.1.2. Объекты исследования

Всего обследовано 94 человека: 35 больных с ОЗ, 26 больных алкоголизмом. Число мужчин составило 44 (72,2%), женщин — 17 (27,8%). Нормативные данные получены на 33 здоровых испытуемых.

#### 5.1.3. Процедуры набора исследуемых групп

В исследование включались пациенты, которые закончили курс стационарной дезинтоксикационной терапии и не принимали никаких опиатов на протяжении как минимум двух недель. Письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании должно было быть получено до проведения пациенту любых предусмотренных в рамках исследования процедур. Исследование проводилось на отделении терапии больных с аддиктивной патологией и отделении лечения больных алкоголизмом НИПНИ им. В.М. Бехтерева (ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева).

##### *5.1.3.1. Критерии включения*

Зависимость от опиатов (F11.20; F11.21), зависимость от алкоголя (F10.21), срок воздержания от алкоголя и препаратов опиоидного ряда не менее 14 суток до начала исследования, возраст старше 18 лет.



### **5.1.3.2. Критерии невключения**

В исследование не включались больные с эпилепсией; шизофренией; маниакально-депрессивным психозом; выраженной неврологической симптоматикой; нарушениями двигательных и чувствительных функций верхних конечностей периферического происхождения; с выраженными расстройствами зрения, слуха, с заиканием; с тяжелой соматической патологией; черепно-мозговыми травмами в анамнезе; ВИЧ-инфекцией; туберкулезом; перенесшие передозировку опиатами; выраженными когнитивными расстройствами.

### **5.1.4. Методы исследования**

В работе использовалась клиническая карта, а для выявления нарушений ВПФ была применена модифицированная нейропсихологическая методика исследования мягкой неврологической симптоматики, адаптированная для больных с аддиктивной патологией (Приложение 1) (Вассерман Л.И. с соавт., 1987; Тархан А.У., 2008).

Отобраны 30 проб, позволяющих выявить дефицитарность различных функциональных структур левого и правого полушарий головного мозга, сгруппированных по топико-диагностическому принципу, т.е. по преимущественной локализации выявляемых с их помощью нарушений. Оценка выраженности нарушений по каждому тесту производилась по 4-балльной шкале.

В связи с неравномерным количеством тестов, направленных на выявление расстройств различных функций, а также для определения иерархии этих расстройств использовались специальные относительные показатели — относительная выраженность (ОВ) нарушений. ОВ нарушений каждой функции является результатом деления суммы баллов по всем тестам, направленным на исследование данной функции, на количество этих тестов.

В качестве обобщенных показателей применялись показатели диффузности (общее количество тестов, выполненных с нарушениями) и выраженности мозговой дефицитарности (суммарная оценка нарушений по всем тестам в баллах). Относительная выраженность нейропсихологической симптоматики (НПС) в целом рассчитывалась как результат деления суммарной оценки в баллах на 30 (общее количество предъявленных тестов).

**Методы статистической обработки.** Достоверность различий средних величин экспериментальных абсолютных и относительных показателей (по отдельным функциям и

по обобщенным показателям) между группами испытуемых оценивалась по t-критерию Стьюдента. Взаимосвязь нейропсихологических показателей с основными клиническими признаками заболевания (длительность, прогрессивность, степень интеллектуально-мнестического снижения, тип изменений личности и вариант алкогольной анозогнозии, наличие в анамнезе судорожных припадков), а также с возрастом и образованием в каждой группе испытуемых и во всем массиве обследованных больных изучалась с помощью корреляционного анализа (использовался параметрический критерий Пирсона).

## **5.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **5.2.1. Социально-демографические и клинические характеристики обследованных пациентов**

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 группе пациентов с алкогольной зависимостью ( $n = 26$ ): количество обследованных — 26, средний возраст  $31,27 \pm 0,95$  года, диапазон 19–44 года; женщин — 2, мужчин — 24, средний стаж зависимости  $7,8 \pm 0,42$  года, средний возраст начала заболевания  $24,75 \pm 0,61$  года.

В контрольную группу ( $n = 33$ ) вошло 18 мужчин и 15 женщин, возраст от 20 до 38 лет, средний возраст  $27,2 \pm 0,7$  года.

### **5.2.2. Данные нейропсихологической диагностики нейрокогнитивных нарушений у больных опийной наркоманией и здоровых испытуемых**

В результате исследования было установлено, что на фоне снижения общей работоспособности и истощаемости у больных с ОЗ показатели НП исследования свидетельствуют о наличии мозговой дефицитарности диффузного характера (Таблица 24).

В группе больных ОЗ достоверно чаще отмечаются ошибки при проведении тестов «Кулак — ладонь — ребро (правый)» ( $1,03$  и  $0,53$ ;  $p \leq 0,05$ ) и «Кулак — ладонь — ребро (левый)» ( $1,27$  и  $0,67$ ;  $p \leq 0,05$ ) по сравнению с нормативной группой, что указывает на нарушение динамического праксиса.

Таблица 24. Средние показатели состояния ВПФ у больных с опийной зависимостью и нормативной группы

Показатели ВПФ		Норма	Опиатзависимые
Динамический праксис (4 теста)*	Σ тестов	1,91 ± 1,11	2,51 ± 1,09
	Σ баллов	2,15 ± 1,42	3,34 ± 2,42
	ОВ	0,54 ± 0,35	0,84 ± 0,61
Сенсорная интеграция (4 теста)	Σ тестов	1,48 ± 1,20	1,86 ± 1,09
	Σ баллов	1,85 ± 1,64	2,24 ± 1,47
	ОВ	0,46 ± 0,41	0,56 ± 0,37
Конструктивный праксис (7 тестов)	Σ тестов	1,53 ± 1,02	2,49 ± 1,70
	Σ баллов	1,77 ± 1,28	2,49 ± 1,95
	ОВ	0,25 ± 0,18	0,36 ± 0,28
Пространственный гнозис (3 теста)*	Σ тестов	1,09 ± 0,91	2,00 ± 0,87
	Σ баллов	1,48 ± 1,52	4,44 ± 2,31
	ОВ	0,49 ± 0,51	1,48 ± 0,77
Воспроизведение ритмов	1 тест (балл)	0,32±0,53	0,59 ± 0,62
Слухоречевая память (4 теста)*	Σ тестов	2,47 ± 0,83	3,14 ± 0,73
	Σ баллов	2,88 ± 1,25	5,23 ± 2,07
	ОВ	0,72 ± 0,31	1,31 ± 0,52
Зрительная память (3 теста)*	Σ тестов	0,32 ± 0,51	0,71 ± 0,89
	Σ баллов	0,39 ± 0,70	0,97 ± 1,29
	ОВ	0,13 ± 0,23	0,32 ± 0,43
Зрительный гнозис (2 теста)*	Σ тестов	0,45 ± 0,67	1,14 ± 0,85
	Σ баллов	0,73 ± 1,28	1,97 ± 1,90
	ОВ	0,36 ± 0,64	0,99 ± 0,95
Лицевой гнозис	1 тест (балл)	0,2 ± 0,37	0,36 ± 0,63
Речь, письмо, чтение (4 теста)	Σ тестов	0,42 ± 0,50	0,51 ± 0,51
	Σ баллов	0,59 ± 0,80	0,79 ± 1,02
	ОВ	0,59 ± 0,80	0,79 ± 1,02

Примечание:

\* Отмечены данные, имеющие достоверные различия  $p \leq 0,05$ .

Значимо более высокие погрешности у наркозависимых данной группы выявляются при проведении проб «Понимание логико-грамматических структур (понимание отношений между 3 предметами, выраженных двумя предлогами)» (0,54 и 0,15;  $p \leq 0,05$ ),

«Географический гнозис» (2,3 и 0,7;  $p \leq 0,05$ ), «Дорожный тест Money» (1,6 и 0,64;  $p \leq 0,05$ ), свидетельствующие о дисфункции зрительно-пространственного гнозиса.

При ОЗ достоверно чаще наблюдаются нарушения слухоречевой кратковременной памяти: «Повторение серий слов в условиях интерференции» (1,49 и 0,82;  $p \leq 0,05$ ), «Повторение серий триграмм в условиях интерференции» (1,84 и 0,98;  $p \leq 0,05$ ), «Повторение фраз в условиях интерференции» (0,5 и 0,17;  $p \leq 0,05$ ), «Пересказ рассказов в условиях интерференции» (1,4 и 0,91;  $p \leq 0,05$ ). Выявленные достоверно более частые ошибки при проведении тестов «Идентификация невербализуемых геометрических фигур» (0,31 и 0,11;  $p \leq 0,05$ ), «Идентификация невербализуемых геометрических фигур в условиях интерференции» (0,17 и 0,03;  $p \leq 0,05$ ), «Идентификация эмоционального состояния по мимике» (0,49 и 0,26;  $p \leq 0,05$ ) говорят о наличии нарушений зрительной кратковременной памяти в данной группе испытуемых.

О наличии дисфункции зрительного предметного гнозиса при ОЗ свидетельствует высокая частота ошибок при проведении проб *Лурия 1* (1,31 и 0,61;  $p \leq 0,05$ ) и *Лурия 2* (0,66 и 0,12;  $p \leq 0,05$ ). Выявленные достоверные различия у больных с ОЗ по сравнению с группой здоровых, представленные нарушениями динамического праксиса, пространственного гнозиса, слухоречевой памяти, зрительной памяти и зрительного гнозиса, свидетельствуют о дисфункции всех отделов головного мозга: лобных, теменных, височных, затылочных.

По НП-функциям сенсорной интеграции, конструктивного праксиса, ритма, лицевого гнозиса, дисфазии значимых различий между опиоидзависимыми и нормативной группой не было выявлено.

Обобщенные показатели у ОЗ (Таблица 25) значимо ( $p \leq 0,05$ ) выше показателей нормативной группы, что свидетельствует о наличии нарушений ВПФ (сумма баллов, ОВ НПС как в целом, так и лево-, право- и 2-сторонних нарушений, с преобладанием левополушарных нарушений) диффузного характера (количество тестов, выполненных с нарушениями).

Таблица 25. Данные анализа обобщенных показателей ВПФ у больных с опиоидной зависимостью и нормативной группы

Нейropsychологические показатели	Среднее значение		Стандартное отклонение	
	Наркомания	Здоровые	Наркомания	Здоровые
	35 чел.	33 чел.	35 чел.	33 чел.
Общее количество тестов*	15,29	10,17	4,92	2,75

Продолжение Таблицы 25

Общее количество баллов*	22,41	12,36	9,65	3,82
ОВ НПС*	0,75	0,41	0,32	0,13
ОВ 2-сторонней НПС*	0,81	0,40	0,69	0,47
ОВ правосторонней НПС*	0,49	0,28	0,32	0,21
ОВ левосторонней НПС*	0,93	0,46	0,37	0,13
ОВ асимметрии НПС (Л-П)*	0,44	0,18	0,36	0,22

Примечание:

\* Отмечены показатели, имеющие достоверные различия  $p \leq 0,05$ .

ОВ — относительная выраженность.

*Результаты сравнительного анализа показателей состояния ВПФ больных алкоголизмом и здоровых испытуемых.* Для больных с алкогольной зависимостью характерной особенностью является достоверно более высокий уровень ошибок при выполнении проб динамического праксиса «Кулак – ладонь – ребро левый» (1,19 и 0,67;  $p \leq 0,05$ ) и пространственного гнозиса «Понимание логико-грамматических структур, понимание отношений между 3 предметами, выраженных двумя предлогами» (0,44 и 0,15;  $p \leq 0,05$ ), «Географический гнозис» (1,17 и 0,7;  $p \leq 0,05$ ).

Нарушения динамического праксиса и пространственного гнозиса у больных алкоголизмом свидетельствуют о дисфункции лобных и теменных долей (Таблица 26).

Таблица 26. Средние показатели состояния ВПФ у больных алкоголизмом и нормативной группы

Показатели состояния ВПФ		Норма	Алкоголизм
Динамический праксис* (4 теста)	Σ тестов	1,91 ± 1,11	2,19 ± 0,86
	Σ баллов	2,15 ± 1,42	2,96 ± 1,64
	ОВ	0,54 ± 0,35	0,74 ± 0,41
Сенсорная интеграция (4 теста)	Σ тестов	1,48 ± 1,20	1,58 ± 1,10
	Σ баллов	1,85 ± 1,64	1,98 ± 1,55
	ОВ	0,46 ± 0,41	0,50 ± 0,39

Продолжение Таблицы 26

Конструктивный праксис (7 тестов)	Σ тестов	1,53 ± 1,02	2,04 ± 1,43
	Σ баллов	1,77 ± 1,28	2,38 ± 1,89
	ОВ	0,25 ± 0,18	0,34 ± 0,27
Пространственный гнозис* (3 теста)	Σ тестов	1,09 ± 0,91	1,67 ± 0,95
	Σ баллов	1,48 ± 1,52	2,62 ± 1,82
	ОВ	0,49 ± 0,51	0,87 ± 0,61
Воспроизведение ритмов	1 тест (балл)	0,32 ± 0,53	0,27 ± 0,45
Слухоречевая память (4 теста)	Σ тестов	2,47 ± 0,83	2,42 ± 0,97
	Σ баллов	2,88 ± 1,25	3,50 ± 1,91
	ОВ	0,72 ± 0,31	0,88 ± 0,48
Зрительная память (3 теста)	Σ тестов	0,32 ± 0,51	0,62 ± 0,78
	Σ баллов	0,39 ± 0,70	0,71 ± 0,93
	ОВ	0,13 ± 0,23	0,24 ± 0,31
Зрительный гнозис (2 теста)	Σ тестов	0,45 ± 0,67	1,27 ± 1,13
	Σ баллов	0,73 ± 1,28	0,63 ± 0,57
	ОВ	0,36 ± 0,64	0,21 ± 0,40
Лицевой гнозис	1 тест (балл)	0,2 ± 0,37	0,21 ± 0,40
Речь, письмо, чтение (4 теста)	Σ тестов	0,42 ± 0,50	0,4 ± 0,48
	Σ баллов	0,59 ± 0,80	0,77 ± 1,00
	ОВ	0,59 ± 0,80	0,77 ± 1,00

Примечание:

\* Отмечены данные, имеющие достоверные различия  $p \leq 0,05$ .

*Сравнительная характеристика показателей состояния ВПФ у больных с ОЗ и больных алкоголизмом. Сравнение ОВ нарушений отдельных ВПФ у ОЗ и больных алкоголизмом указывает на несколько бóльшую выраженность расстройств у наркозависимых (Таблица 27). В первую очередь это касается пространственного гнозиса и слухоречевой памяти, то есть функций, связанных с левыми теменно-височными структурами.*

Таблица 27. Средние показатели состояния ВПФ у больных с опийной зависимостью и больных алкоголизмом

Показатели ВПФ		Опиатзависимые	Алкоголизм
Динамический праксис (4 теста)	Σ тестов	2,51 ± 1,09	2,19 ± 0,86
	Σ баллов	3,34 ± 2,42	2,96 ± 1,64
	ОВ	0,84 ± 0,61	0,74 ± 0,41
Сенсорная интеграция (4 теста)	Σ тестов	1,86 ± 1,09	1,58 ± 1,10
	Σ баллов	2,24 ± 1,47	1,98 ± 1,55
	ОВ	0,56 ± 0,37	0,50 ± 0,39
Конструктивный праксис (7 тестов)	Σ тестов	2,49 ± 1,70	2,04 ± 1,43
	Σ баллов	2,49 ± 1,95	2,38 ± 1,89
	ОВ	0,36 ± 0,28	0,34 ± 0,27
Пространственный гнозис (3 теста)	Σ тестов	2,00 ± 0,87	1,67 ± 0,95
	Σ баллов*	4,44 ± 2,31	2,62 ± 1,82
	ОВ*	1,48 ± 0,77	0,87 ± 0,61
Воспроизведение ритмов	1 тест (балл)	0,57 ± 0,50	0,27 ± 0,45
Слухоречевая память (4 теста) *	Σ тестов	3,14 ± 0,73	2,42 ± 0,97
	Σ баллов	5,23 ± 2,07	3,50 ± 1,91
	ОВ	1,31 ± 0,52	0,88 ± 0,48
Зрительная память (3 теста)	Σ тестов	0,71 ± 0,89	0,62 ± 0,78
	Σ баллов	0,97 ± 1,29	0,71 ± 0,93
	ОВ	0,32 ± 0,43	0,24 ± 0,31
Зрительный гнозис (2 теста)	Σ тестов	1,14 ± 0,85	1,27 ± 1,13
	Σ баллов	1,97 ± 1,90	0,63 ± 0,57
	ОВ	0,99 ± 0,95	0,21 ± 0,40
Лицевой гнозис	1 тест (балл)	0,36 ± 0,63	0,21 ± 0,40
Речь, письмо, чтение (4 теста)	Σ тестов	0,51 ± 0,42	0,4 ± 0,48
	Σ баллов	0,79 ± 0,79	0,77 ± 1,00
	ОВ	0,79 ± 0,79	0,77 ± 1,00

Примечание:

\* Отмечены показатели, имеющие достоверные различия  $p \leq 0,05$ .

О нарушении пространственного гнозиса говорят достоверно частые ошибки наркозависимых при проведении теста «Географический гнозис» (2,3 и 1,17;  $p \leq 0,05$ ). Признаками нарушения слухоречевой кратковременной памяти у опиоидзависимых являются значимо высокие показатели погрешности при проведении тестов «Повторение серий слов в условиях интерференции» (1,49 и 1,13;  $p \leq 0,05$ ) и «Повторение серий триграмм в условиях интерференции» (1,84 и 1,19;  $p \leq 0,05$ ), по сравнению с зависимыми от алкоголя. Как видно из Таблицы 28, у ОЗ фиксируются более обширные/диффузные (по показателю количества тестов с нарушениями) и выраженные (сумма баллов, ОВ НПС) расстройства ВПФ, особенно левополушарные (ОВ Л НПС), чем у больных алкоголизмом.

Таблица 28. Обобщенные средние показатели состояния ВПФ у больных с ОЗ и больных алкоголизмом

Нейропсихологические показатели	Среднее значение		Стандартное отклонение (SD)	
	Наркомания	Алкоголизм	Наркомания	Алкоголизм
	35 чел.	26 чел.	35 чел.	26 чел.
Общее количество тестов*	15,29	12,25	4,92	3,72
Общее количество баллов*	22,41	16,73	9,65	6,65
ОВ НПС*	0,75	0,56	0,32	0,22
ОВ 2-сторонней НПС	0,81	0,57	0,69	0,39
ОВ правосторонней НПС	0,49	0,35	0,32	0,27
ОВ левосторонней НПС*	0,93	0,65	0,37	0,28
ОВ асимметрии НПС (Л–П)	0,44	0,29	0,36	0,24

Примечание:

\* Отмечены показатели, имеющие достоверные различия  $p \leq 0,05$ .

ОВ — относительная выраженность

НПС — нейропсихологическая симптоматика

### 5.2.3. Результаты корреляционного анализа

При корреляционном анализе выявлена обратная корреляция между длительностью заболевания, возрастом и частотой погрешностей при проведении теста «Стереогнозис» ( $r = -0,44$ ) у больных с ОЗ, что указывает на нарушение сенсорной интеграции. Ошибки



сенсорной интеграции достоверно чаще регистрируются у опиатзависимых, имеющих более молодой возраст и меньшую длительность зависимости.

#### 5.2.4. Обсуждение результатов

В данной работе изучены особенности нарушений нейрокогнитивного функционирования у больных, зависимых от опиоидов, не имеющих коморбидных заболеваний и нарушений, с помощью модифицированной нейропсихологической методики, адаптированной для больных с аддиктивной патологией.

Результаты проведенного исследования подтверждают эффективность и высокую информативность нейропсихологических методов тестирования в выявлении широкого спектра нейрокогнитивных расстройств, не достигающих клинического уровня, у больных опиоидной наркоманией.

Мозговая дефицитарность при неосложненной опиоидной зависимости носит диффузный характер и характеризуется нарушениями динамического праксиса, пространственного гнозиса, слухоречевой памяти, зрительной памяти и зрительного гнозиса, что свидетельствует о дисфункции всех отделов головного мозга: лобных, теменных, височных, затылочных. В целом выявленные расстройства слабо структурированы и носят диффузный характер.

Полученные данные согласуются с результатами других исследований (Баулина М.Е., 2002; Оруджев Н.Я., 2002), которые указывают на то, что у больных героиновой наркоманией выявляются как неспецифические расстройства — истощаемость, нарушения внимания, импульсивность, отвлекаемость, эмоциональные расстройства, — так и специфические нейрокогнитивные нарушения — трудности в восприятии пространственных признаков зрительных стимулов, нарушение понимания логико-грамматических отношений, нарушения оптико-пространственной памяти, сложных видов чувствительности и пространственного праксиса, персеверации, связанные с дисфункцией теменно-височных, теменно-затылочных и лобных отделов головного мозга.

В нашем исследовании у больных люцидным алкоголизмом выявлены расстройства динамического праксиса и пространственного гнозиса, что указывает на нарушение ВПФ функций со стороны лобных и теменных долей головного мозга. Нарушения носят не столько качественный, сколько количественный характер. Нейропсихологические показатели (по отдельным функциям) выше, чем у здоровых испытуемых.

Сравнение нарушений отдельных ВПФ выявляет более значимые нарушения деятельности левых теменно-височно-затылочных отделов головного мозга при ОЗ, чем

при алкогольной зависимости, что проявляется нарушением пространственного гнозиса, слухоречевой памяти, зрительной памяти и зрительного гнозиса. Расстройства сенсорной интеграции достоверно чаще выявляются у опиатзависимых более молодого возраста с меньшей длительностью зависимости. Возможно, высокая чувствительность мозговых структур к интоксикационным воздействиям может способствовать более быстрому и выраженному развитию нарушений в зонах, обладающих наиболее сложными интегративными функциями.

Несмотря на то что данные о влиянии героина на ВПФ противоречивы (Kogin H., 1974; Rounsaville B.J. et al., 1981; Ahmad S., Ahmad H., Bindra G., 1989; Strang J., Gurling H., 1989; Rogers R.D. et al., 1999), можно предположить, что развитие ряда нейрокогнитивных расстройств связано с прямым воздействием опиоидов на ЦНС. Употребление опиоидов приводит к нарушениям функционирования нейромедиаторных систем и изменению состояния генома (Анохина И.П., 1982; Wise R.A., Bozarth M.A., 1985; Nestler E.J., Aghajanian G.K., 1997; Wang G.J. et al., 1999; Robinson T.E., Berridge K.C., 2000; Mohn A.R., Yao W.D., Caron M.G., 2004). Острая и хроническая интоксикация опиоидами вызывает в мозговых структурах патологические изменения, которые усиливаются в процессе употребления наркотиков (Морозов Г.В., Боголепов Н.Н., 1984).

Использование компьютерной томографии головного мозга позволило выявить различную степень атрофии нервной ткани при длительной интоксикации морфином (Бушев И.И., Карпова М.Н., 1990), особенно в лобной и теменной коре больших полушарий, а также в таламусе (Krystal J.H. et al., 1995).

В целом данные проведенного исследования свидетельствуют о наличии нарушений ВПФ субклинического уровня при опиной зависимости, при этом весь спектр выявляемых изменений соответствует диагностическим критериям: легкое когнитивное расстройство (по МКБ-10) или мягкое когнитивное снижение (*mild cognitive impairment*) с нарушением в нейропсихологических сферах.

Результаты исследования, изложенные в главе 5, опубликованы и доступны по ссылкам: Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Тархан А.У. и др., 2010.

## **ГЛАВА 6. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕРЕДОЗИРОВОК У ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ ОПИАТНЫХ НАРКОТИКОВ**

### **6.1. ДИЗАЙН И ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОЦЕДУРЫ НАБОРА ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **6.1.1. Дизайн исследования**

Дизайн исследования: сравнительное, кросс-секционное, аналитическое.

#### **6.1.2. Объект исследования**

Исследование было выполнено на 60 потребителях опиатных наркотиков: 30 пациентов проходили лечение в городской наркологической больнице (ГНБ) Санкт-Петербурга с диагнозом «синдром зависимости от опиоидов» (F 11.2), 30 наркозависимых не находились на лечении и являлись активными потребителями опиатных наркотиков.

Для оценки особенностей летальных исходов наркозависимых изучены 27 случаев смертельной передозировки (ПД) опиатами, которые были случайным образом отобраны из базы данных Центрального бюро судебно-медицинской экспертизы Ленинградской области.

#### **6.1.3. Процедуры набора исследуемой группы**

30 пациентов, проходящих лечение в городской наркологической больнице (ГНБ), включались в исследование после завершения детоксикации. 30 активных потребителей опиатных наркотиков, не находящихся на лечении, были обследованы в Биомедицинском центре (Санкт-Петербург).

До включения в исследование все испытуемые подписывали информированное согласие, предварительно одобренное Этическими комитетами Йельского Университета (США), НИПНИ им. В.М. Бехтерева (ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева) и Биомедицинского центра (Санкт-Петербург, Россия).

### **6.1.3.1. Критерии включения в исследование**

Внутривенное употребление опиатов, возраст более 18 лет, употребление опиатов в течение 30 и более дней до исследования, а также способность дать информированное согласие.

### **6.1.3.2. Критерии невключения в исследование**

Наличие остро протекающих психических заболеваний (шизофрения, МДП, эпилепсия), наличие существенного когнитивного дефицита, отказ больного от участия в исследовании.

### **6.1.4. Методы исследования**

В исследовании все ПИН ОЗ обследовались при помощи специально разработанного оригинального опросника по изучению передозировок (Приложение 2). Опросник позволяет достоверно оценить широкий спектр причин, факторов риска, обстоятельств и других аспектов ПД на основании информации, полученной от ПИН ОЗ. Инструмент содержит 6 основных разделов: А) Демографическая информация; В) Знания о передозировке; С) Особенности употребления наркотиков; D) Информированность о перенесенных передозировках другими потребителями опиатов; E) Присутствие при передозировке; F) Личный опыт передозировки.

Ответы на открытые вопросы были закодированы по содержанию и степени достоверности (достоверные/недостоверные) и подвергнуты контент-анализу. Опросник заполняется самим наркозависимым и не требует участия специалиста в процессе заполнения. Заполнение инструмента занимало 60–90 минут.

Для квантифицированной оценки проблем, встречающихся у зависимых от ПАВ пациентов, использовался опросник «Индекс Тяжести Зависимости» (ИТЗ).

*Опросник «Индекс тяжести зависимости»* — Addiction Severity Index (ASI), русскоязычная версия (McLellan A.T. et al., 1980, 1992; Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet..., 2009). ИТЗ является общепризнанным инструментом, который был создан как для использования в клинических условиях, так и для получения научных данных, поэтому дизайн опросника позволяет применять его в условиях стационарных и амбулаторных клиник и реабилитационных центров, а также среди активных потребителей ПАВ вне лечебных учреждений (McLellan A.T. et al., 1980; Илюк Р.Д. с соавт., 2012).

ИТЗ — это стандартизированный полуструктурированный опросник, состоящий из 9 основных разделов:

1. Общая информация: пол, возраст, адрес, национальность, дата собеседования, информация о нахождении пациента в условиях ограниченной свободы (в заключении или в медицинском учреждении) за 30 дней до опроса.

2. Медицинский статус: наличие и длительность проблем с соматическим здоровьем в течение последних 30 дней и отношение пациента к этим проблемам, наличие госпитализаций в прошлом и хронических заболеваний.

3. Работа / средства к существованию: источники дохода пациента, размер дохода, характерный тип работы за последнее время, отношение пациента к проблемам с трудоустройством.

4. Употребление алкоголя: профили употребления алкоголя за всю жизнь и в течение последнего времени, озабоченность пациента проблемами с алкоголем, обращение за лечением в прошлом, периоды воздержания от алкоголя.

5. Употребление наркотиков: профили употребления наркотических веществ за всю жизнь и в течение последних 30 дней, обеспокоенность пациента проблемами с наркотиками, обращение за лечением и госпитализации в прошлом, периоды воздержания от наркотиков.

6. Юридические аспекты: находится ли пациент под следствием на момент опроса, противозаконная деятельность в недавнем прошлом, приговоры и пребывание в заключении в течение жизни, обеспокоенность пациента проблемами с законом.

7. Семейный анамнез: проблемы со злоупотреблением ПАВ или психические заболевания у близких родственников.

8. Семья и социальные связи: семейное положение, наличие у пациента близких отношений с родственниками, наличие конфликтов с родственниками за всю жизнь и в последнее время, отношение пациента к семейным проблемам.

9. Психиатрический статус: наличие серьезных психопатологических симптомов за всю жизнь и в последнее время, наличие обращений за лечением и госпитализаций по поводу психических расстройств, отношение пациента к психопатологическим симптомам.

В ИТЗ тяжесть оценивается как результат интенсивности и длительности существующих проблем. Тяжесть проблем оценивается по десятибалльной шкале по каждому из разделов опросника. Комплексные показатели ИТЗ вычисляются на основании данных, полученных от пациента по каждому из разделов ИТЗ (McLellan A.T. et al., 1980, 1992; Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet..., 2009). Эффективность применения

ИТЗ была доказана многочисленными исследованиями (Carise D. et al., 1999; Gurel O. et al., 2005; Carise D. et al., 2005).

Для скрининга психиатрических проблем (жалоб) у наркозависимых применялся *Опросник выраженности психопатологической симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)* (Derogatis L.R., Ricklers K., Rock A.F., 1976; Derogatis L.R., 1977; Moffett L.A., Radenhausen R.A., 1990; Тарабрина Н.В., 2001).

**Методы статистической обработки.** Полученные результаты были введены в базу данных Microsoft Access и обработаны при помощи статистического пакета SPSS version 12.0. Для опросника SCL-90-R было проведено сравнение по субшкалам среди изучаемой популяции. У опросников ИТЗ и SCL-90-R выполнены вычисления комплексных показателей. Для описания выборки и определения разницы между группами исследуемых использовались методы дескриптивного и бивариантного анализа. Различия рассматривались как статистически значимые при  $p < 0,05$ . Регрессионный анализ был использован для исследования независимых предикторов ПД у обследуемых, перенесших и наблюдавших ПД за последние 12 месяцев. Из-за широкой распространенности перенесенных ПД были применены как логистические подходы, так и методы регрессии относительного риска, для избегания преувеличения достоверности статистических связей. При бивариантном анализе оценка факторов риска проводилась только при наличии значимых корреляционных взаимосвязей ( $p < 0,05$ ).

## **6.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **6.2.1. Основные характеристики исследованной группы**

Средний возраст принявших участие в исследовании ( $n = 60$ ) составил 30,8 года ( $SD = 7,5$ ) (61,7% — мужчины и 38,3% — женщины). Окончили среднюю школу 16 человек (26,7%), среднее специальное образование получили 18 обследуемых (30%), высшее — 15 (25%). Однако на момент исследования лишь 16 респондентов (26,7%) были трудоустроены. 13 обследованных (21,7%) проживали отдельно от родителей, 26 (43,3%) — с родителями, 13 (21,7%) — с супругой или супругом, 5 (8,3%) — с родственниками. Средний возраст первого употребления опиатов составил 20,3 года ( $SD = 5,8$ ). Среднее количество лет, прошедших от первого потребления опиатов до первой ПД, составило 4,5 года ( $SD = 6$ ). Половина респондентов на момент исследования проходила лечение в стационаре, и, как результат, в этой подгруппе отмечался низкий уровень потребления опиатов в последний месяц перед исследованием. Все участники, не находившиеся на

лечения, в последние 30 дней употребляли героин ( $n = 30$ ; 50%). Почти три четверти респондентов отметили героин как наиболее употребляемый наркотик ( $n = 44$ ; 74,6%). Большинство обследованных ( $n = 42$ ; 70%), как правило, употребляли наркотики в группе. Также были отмечены достоверные различия между двумя исследованными группами. Находившиеся на лечении в ГНБ были моложе (26,7 года против 35,0 года;  $p < 0,001$ ) и имели значимо более низкий возраст начала употребления опиатов (17,7 года против 22,7 года;  $p < 0,001$ ), чем группа, набранная в Биомедицинском центре. Группа ГНБ также показала достоверно более низкий процент присутствия при ПД в предыдущем году (53,3% против 79,3%,  $p = 0,045$ ) (Таблица 29).

Таблица 29. Социально-демографические показатели. Опыт употребления опиатов

Социально-демографические показатели		N = 60 (%)	Стандартное отклонение (SD)
Возраст (среднее значение)		30,8	7,5
Мужчины		37 (61,7)	
Женщины		23 (38,3)	
Возраст первого употребления опиатов (среднее значение)		20,3	5,8
Кол-во лет от первого потребления опиатов до первой передозировки (средние значения)		4,5	6
Когда-либо употреблял наркотики внутривенно		59 (98,3)	
Инъекционное потребление за последние 30 дней		29 (49,2)	
Употребляет в одиночестве все время или большую часть времени		17 (29,3)	
Проживание	Один	13 (21,7)	
	С родителями	26 (43,3)	
	С супругом	13 (21,7)	
	С сексуальным партнером	2 (3,3)	
	С родственниками	5 (8,3)	
	С друзьями	1 (1,7)	
Образование	Незаконченное среднее	11 (18,3)	
	Законченное среднее	16 (26,7)	
	Среднее специальное (ПТУ/техникум)	18 (30,0)	
	Высшее и незаконченное высшее	15 (25,0)	
Трудоустройство на момент опроса		16 (26,7)	

## 6.2.2 Результаты исследования при помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI)

Из всех показателей ИТЗ наиболее высокие 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). Обработка результатов ИТЗ показала, что проблемы с соматическим здоровьем были наиболее частыми: в среднем 10 дней из последних 30-ти пациенты испытывали проблемы со здоровьем (Таблица 30).

Таблица 30. Индекс тяжести зависимости

Шкалы ИТЗ	Средние значения по шкалам ИТЗ (баллы)	Стандартное отклонение (SD)
Юридические аспекты	0,13	0,17
Семья и социальные связи	0,38	0,21
Психиатрический статус	0,39	0,24
Употребление наркотиков	0,14	0,10
Работа / средства к существованию	0,75	0,26
Медицинский статус		
Кол-во дней озабоченности медицинскими проблемами*	10,53	10,35
Уровень озабоченности медицинскими проблемами**	2,13	1,29
Употребление алкоголя		
Кол-во дней употребления алкоголя*	4,16	7,71
Кол-во дней употребления алкоголя до интоксикации*	1,71	3,48
Кол-во дней, в которые пациент испытывал проблемы с алкоголем*	3,10	7,22
Уровень озабоченности проблемами с алкоголем**	0,77	1,17
Важность получения лечения в связи с проблемами с алкоголем	0,97	1,46

Примечание:

\* — в последние 30 дней, \*\* — оценка ответов по шкале ИТЗ: 0 = абсолютно нет; 4 = очень (крайне) сильно (много).



### 6.2.3. Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)

Выявлены достоверные различия ( $p < 0,001$ ) между всеми средними показателями опросника SCL-90-R группы ПИН ОЗ и нормативными данными. Установлено, что наиболее низкие показатели отмечались у ПИН ОЗ по шкалам «психотизм PSY» 0,70 ( $\pm 0,10$ ), «фобическая тревожность PHOV» 0,81 ( $\pm 0,11$ ), «паранойяльные симптомы PAR» 1,13 ( $\pm 0,11$ ), наиболее высокие — по шкалам «обсессивно-компульсивные расстройства O-C» 1,79 ( $\pm 0,14$ ), «межличностная сензитивность INT» 1,44 ( $\pm 0,11$ ), «враждебность HOS» 1,39 ( $\pm 0,12$ ), «тревожность ANX» 1,34 ( $\pm 0,12$ ), «соматизация SOM» 1,31 ( $\pm 0,10$ ). Общий индекс тяжести текущего состояния GSI ( $1,24 \pm 0,09$ ) был значимо увеличен в сравнении с аналогичным показателем нормативной группы ( $0,42 \pm 0,01$ ), что указывает на повышенный уровень психического дистресса у группы ПИН ОЗ (Таблица 31).

Таблица 31. Средние значения показателей SCL-90-R у потребителей инъекционных опиатных наркотиков (ПИН ОЗ)

Шкалы SCL-90-R		Средние значения по шкалам (баллы) у ПИН ОЗ (n = 60)	Стандартная ошибка среднего
O-C	Обсессивно-компульсивные расстройства	1,79	0,14
INT	Межличностная сензитивность	1,44	0,11
HOS	Враждебность	1,39	0,12
ANX	Тревожность	1,34	0,12
SOM	Соматизация	1,31	0,10
DEP	Депрессия	1,25	0,12
PAR	Паранойяльные симптомы	1,13	0,11
PHOV	Фобическая тревожность	0,81	0,11
PSY	Психотизм	0,70	0,10
GSI	Общий индекс тяжести	1,24	0,09

Показатели SCL-90-R в нормативной группе (SE): SOM — 0,503 (0,03), O-C — 0,501 (0,05), INT — 0,622 (0,06), DEP — 0,491 (0,04), ANX — 0,391 (0,04), HOS — 0,565 (0,07), PNOV — 0,174 (0,02), PAR — 0,261 (0,04), PSY — 0,233 (0,03), GSI — 0,424 (0,01).

Нормативные данные получены на 29 здоровых испытуемых (18 мужчинах и 11 женщинах) в возрасте от 17 до 37 лет, средний возраст — 24,7 года (SD = 5,15).

Статистически значимых гендерных и возрастных различий между группами контроля и опиоидзависимыми выявлено не было.

#### **6.2.4. Информированность наркопотребителей о передозировках**

Участники исследования достаточно точно описали признаки ПД опиатами: 52 человека (86,7%) правильно назвали один и более симптомов. Наиболее часто упоминаемым симптомом была потеря сознания ( $n = 32$ ; 53,3%), отсутствие дыхания ( $n = 31$ ; 51,6%), цианоз ( $n = 34$ ; 56,6%). Напротив, только 13 участников (21,7%) смогли правильно назвать симптомы ПД амфетаминами, 28 человек (46,6%) не смогли назвать ни одного симптома. Такие основные факторы ПД опиатами, как превышение дозы, одновременное употребление опиатов и алкоголя, определили 24,4% и 21,1% респондентов соответственно, на вариабельность качества наркотика указали 17,8% обследуемых. Среди факторов риска ПД каждым пятым участником исследования были отмечены субъективные причины: «плохой самоконтроль» и «несдержанность, импульсивность».

Эффективными мерами по предотвращению ПД были названы: «проба» небольшого количества наркотика перед употреблением ( $n = 23$ ; 38,3%), раздельное употребление опиатов и алкоголя ( $n = 8$ ; 13,3%), употребление наркотика от постоянного продавца ( $n = 3$ ; 5%). К менее эффективным или неэффективным мерам были отнесены: знание «своей дозы» ( $n = 19$ ; 31,6%) и «оценка по внешнему виду наркотика» ( $n = 2$ ; 3,3%). Такие меры, как «неупотребление наркотика» ( $n = 4$ ; 6,6%) и «улучшение самоконтроля» ( $n = 2$ ; 3,3%), также были отмечены как эффективные, хотя и неспецифические стратегии снижения риска ПД. 8 участников (13,3%) не назвали ни одной превентивной меры.

41,4% участников исследования отметили недостаток уверенности в своей способности оказать помощь при ПД. 76,5% опрошенных проявили интерес в получении информации о предотвращении ПД, 67,2% — в участии в одночасовом тренинге по помощи при ПД. Около половины (44%) частично информированы о препарате налоксон как эффективном средстве профилактики летальных исходов при опиатной ПД.

#### **6.2.5. Феноменология передозировок**

Участники исследования широко сталкиваются с ПД в повседневной жизни. Почти две трети участников сообщили, что все или большинство их друзей когда-либо переносили

ПД ( $n = 38$ ; 63,3%). Было выявлено, что каждому обследуемому известно в среднем о пяти несмертельных ПД (вариационный размах = 0–60) и двух смертельных ПД (вариационный размах = 0–30). Пятнадцать респондентов (25%) 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. Также обнаружилось, что участники исследования больше обеспокоены потенциальным риском ПД у своих друзей (50%), чем у себя (28,3%).

#### ***6.2.5.1. Личный опыт передозировок***

Три четверти участников исследования ( $n = 45$ ; 75%) испытали ПД опиатами (рис. 2), из которых 30 — мужчины (66,6%) и 15 (33,3%) — женщины. 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 ( $SD = 6,0$ ). Большинство участников исследования, когда-либо переносивших ПД (45%), 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 четверть участников исследования (24,4%) находилась 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%, дома у продавца наркотиков — 7% случаев. В 77,8% случаев рядом с передозировавшимся были другие люди. По результатам опроса пострадавших, основными свидетелями ПД являлись другие наркопотребители (42%), в одной пятой случаев рядом находились супруг/супруга, в 13% — родственники. Попытки реанимации предпринимались в 60% случаев. В 8,9% случаев, когда кто-либо находился рядом с пострадавшим, попыток оказать помощь не предпринималось. В большинстве случаев (36,5%) в качестве первой помощи пострадавшим применялось неспецифическое воздействие («физическая стимуляция») — растирание различных частей тела, тряска, использование нашатырного спирта, обливание холодной водой, оклики и т. п. Также в 6,3% случаев предпринимались такие попытки оказания помощи, как инъекция соленой воды, молока, глюкозы. Специализированная медицинская помощь (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание, введение лекарственных препаратов) была оказана в 33,3% случаев. Из тех, кто был способен вспомнить, что происходило с ним во время последней

ПД, пятеро сообщили, что им была оказана медицинская помощь (11,1%), двое были госпитализированы (на одни сутки).

Ни в одном из исследованных случаев не было отмечено приезда сотрудников правоохранительных органов.

#### ***6.2.5.2. 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. Все участники исследования сообщили о 226 увиденных за последний год ПД. Скорая медицинская помощь (СМП) была вызвана лишь в 20,8% случаев ( $n = 47$ ). Наиболее распространенными причинами того, чтобы не вызывать СМП, были: уверенность в способности самостоятельно реанимировать пострадавшего (54%), страх, что работники скорой медицинской помощи вызовут сотрудников полиции (14,3%), неверие в эффективность скорой помощи (11,4%). 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.

Большинство свидетелей ПД заявили, что при последней увиденной ПД они наблюдали: употребление наркотиков пострадавшим (82,8%), появление признаков ПД (86,2%) и потерю сознания (96,6%). Однако лишь 49,2% участников исследования присутствовали при оказании медицинской помощи пострадавшему, или в момент, когда пострадавший умер, или когда он пришел в сознание, из чего следует вывод, что свидетели ПД часто покидают место происшествия. В 8,6% случаев последняя наблюдаемая респондентами ПД закончилась смертью. Все жертвы ПД употребляли героин, в основном 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 добровольный ( $n = 7$ ; 11,9%), так и

вынужденный ( $n = 5$ ; 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 СМП — в 6,6% ( $n = 4$ ) случаев. Участники исследования сообщили, что СМП при передозировках была вызвана в 22 случаях, и среднее время ее прибытия составило 20 минут (IQR: 5–60). В пяти случаях работники СМП получили некоторую сумму денег, за то чтобы не информировать сотрудников правоохранительных органов о ПД. Пять участников заявили о том, что платили персоналу СМП за оказание помощи. Сотрудники правоохранительных органов прибыли на место ПД в четырех случаях, все они были связаны со смертельным исходом. Очевидцы ПД были арестованы в одном случае. 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  $\mu$ -,  $\kappa$ -,  $\delta$ -опиатных рецепторов Налоксон (по данным респондентов) был применен только в 3,3% случаев.

#### ***6.2.5.3. Результаты сравнения обследуемых, не видевших и видевших за последний год передозировки***

Наблюдавшие ПД были более старшего возраста (Таблица 32), были старше в момент первого употребления опиатов и 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 достоверно более высокие оценки по шкалам ИТЗ: «семья и социальные связи» и «наркотическая зависимость» (Таблица 32). При изучении «семейного раздела» ИТЗ обнаружилось, что те, кто наблюдал ПД за последний год, имеют больше дней «семейных проблем» (за последние 30 дней), сообщают о большем количестве дней физического нездоровья (за последние 30 дней) и выражают большую обеспокоенность этими проблемами, чем те, кто не наблюдал ПД за последний год.

Таблица 32. Модели мультивариантной логистической регрессии и бивариантного анализа факторов, ассоциирующихся с числом наблюдавшихся передозировок за последней год

	Бивариантный анализ	Число наблюдавшихся передозировок за последний год	Отрицательная биномиальная регрессия	
			Заданный коэффициент оценки	95% доверительный интервал
Старший возраст	$t_{57} = 1,96^*$			
Более старший возраст первого употребления опиатов	$t_{55} = 2,21^*$			
Предполагаемая опрошенным вероятность повторения передозировки в будущем	$t_{58} = 2,50^{**}$	$\rho_s = .43^{***}$	0,3	0,02–5
Большая обеспокоенность передозировками в будущем	$t_{57} = 1,90$	$\rho_s = .33^{**}$		
Большая обеспокоенность передозировками у других в будущем	$t_{57} = 2,29^*$	$\rho_s = .32^{**}$		
Более высокие оценки по шкале «соматизация» SCL-90-R	$t_{57} = 2,58^{**}$	$\rho_s = .40^{***}$		
Более высокие композитные оценки в шкале употребления наркотиков ИТЗ	$t_{57} = 1,91$	$\rho_s = .37^{**}$		
Более высокие композитные оценки в разделе ИТЗ «Семейные отношения»	$t_{55} = 2,90^{**}$	$\rho_s = .31^*$	0,7	-0,9–2,4

Продолжение Таблицы 32

Больше дней, в которые опрошенный испытывал семейные проблемы <sup>a</sup>	$U = 254^*$ $Z = -2,19$			
Больше дней с медицинскими проблемами <sup>a</sup>	$t_{57} = 2,27^*$	$\rho_s = .32^{**}$		
Большая обеспокоенность медицинскими проблемами <sup>a</sup>	$t_{57} = 3,37^{***}$	$\rho_s = .42^{***}$	0,6	0,3–0,8

Примечание:

\* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p < 0,001$ ; <sup>a</sup> — в последние 30 дней.

### 6.3. ПРЕДИКТОРЫ ПОСЛЕДНЕЙ ПЕРЕДОЗИРОВКИ

В результате исследования установлены предикативные факторы последней ПД (Таблица 33):

- 1) Большое количество ПД за всю предшествующую жизнь.
- 2) Высокие значения для шкалы «соматизация» SCL-90-R.
- 3) Более высокая оценка вероятности ПД у себя в будущем.
- 4) Более высокие оценки в категории «семейные проблемы» Индекса тяжести зависимости, отражающие более серьезное восприятие семейных проблем по сравнению с теми, кто не переносил ПД в последний год.

Описательная логистическая регрессия выявила два независимых предиктора ПД за последний год: наличие ПД в прошлом и более высокие значения шкалы «соматизация».

Таблица 33. Модели мультивариантной логистической регрессии и бивариантного анализа факторов, ассоциирующихся с последней перенесенной передозировкой. Предикторы последней перенесенной передозировки

	Бивариантный анализ	Логистический регрессионный анализ		Относительный риск регрессии	
		Уточненный показатель риска	95% доверительный интервал	Уточненный показатель риска	95% доверительный интервал
Передозировка в прошлом	$\chi^2 = 14,6^{***}$	10,7	2,8–41,7	1,7	1,1–2,6
Количество перенесенных передозировок	$U = 142,50^{***}$ $Z = -4,33$				
Предполагаемая опрошенным вероятность повторения передозировки в будущем	$\chi^2 = 5,72^*$				
Более высокие значения по шкале «соматизация» SCL-90-R	$t_{58} = 2,50^{**}$	2,4	1,1–5,3	1,2	0,96–1,5
Более высокие композитные оценки в разделе ИТЗ «Семейные отношения»	$t_{56} = 2,49^*$				
Проблемы с матерью	$\chi^2 = 4,42^*$				
Обеспокоенность семейными проблемами	$t_{57} = 2,26^*$				
Важность получения помощи в связи с семейными проблемами.	$t_{57} = 2,50^*$				

Примечание: \* —  $p < 0,05$ ; \*\* —  $p < 0,01$ ; \*\*\* —  $p < 0,001$ .



#### 6.4. ДАННЫЕ БЮРО СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Для исследования были выбраны 27 случаев смертельной передозировки опиатами. 92,6% 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. Трое погибших (11%) были ВИЧ-положительными и 14 (51,9%) — инфицированы вирусом гепатита С. 66,7% смертей произошло дома у пострадавшего, 3,7% — дома у друга. Гораздо реже смерть наступала в общественном месте, таком как улица (18,5%) или парадная (7,14%).

#### 6.5. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Как и в других исследованиях, проведенных в России и странах СНГ (Coffin P.O. et al., 2002; Sergeev V. et al., 2003), нами было установлено, что типичная ПД опиатами — это ПД героином.  $\frac{3}{4}$  исследованной популяции имели по крайней мере одну ПД в прошлом. Первая ПД обычно происходит в первые 5 лет употребления опиатов. Как правило, на протяжении жизни потребители опиатов переносят ПД многократно. Более половины опрошенных (60%) перенесли ПД в течение последнего года, при этом с увеличением количества ПД растет риск возникновения ПД в будущем. По существу, употребление опиатных наркотиков и ПД опиатами тесно взаимосвязаны: 98,3% опрошенных хотя бы один раз сталкивались с ПД, большинство являлись свидетелями ПД в течение последнего года. Эти данные совпадают с данными других исследований, проведенных в Австралии, Великобритании и США (Darke S., Ross J., Hall W., 1996; Powis B. et al., 1999; Davidson P.J., 2002; Sergeev V. et al., 2003).

Результаты исследования указывают на то, что потребление наркотиков происходит в основном вне публичных мест, обычно дома у пострадавшего или его друзей (потребителей опиатов), там же чаще всего случаются ПД, в том числе и смертельные. Если по данным исследования среди ПИН ОЗ женщины составляют 38,3%, то среди жертв ПД доминируют мужчины (92,6%).

Знание симптомов ПД среди изученной популяции примерно совпадает с данными, полученными в результате исследований в других странах (Green T.C. et al., 2007), хотя опрошенные показали более низкий уровень знаний о передозировке амфетаминами. Некоторые ошибочные представления наиболее часто повторяются при опросе наркопотребителей. Например, наркопотребители должны быть проинформированы, что

качество наркотика может варьировать, поэтому стратегия «знать свою дозу», высказанная примерно ¼ опрошенных, не может считаться надежной.

Исследованием подтверждается связь между риском возникновения опиатной ПД и потреблением алкоголя. По мнению респондентов, принявших участие в исследовании, наиболее частой причиной последней наблюдаемой смертельной ПД было совместное потребление алкоголя и наркотиков (59,3%), по данным судебно-медицинской экспертизы, у 63% погибших от ПД в крови был обнаружен алкоголь в сочетании с героином (рис. 2).

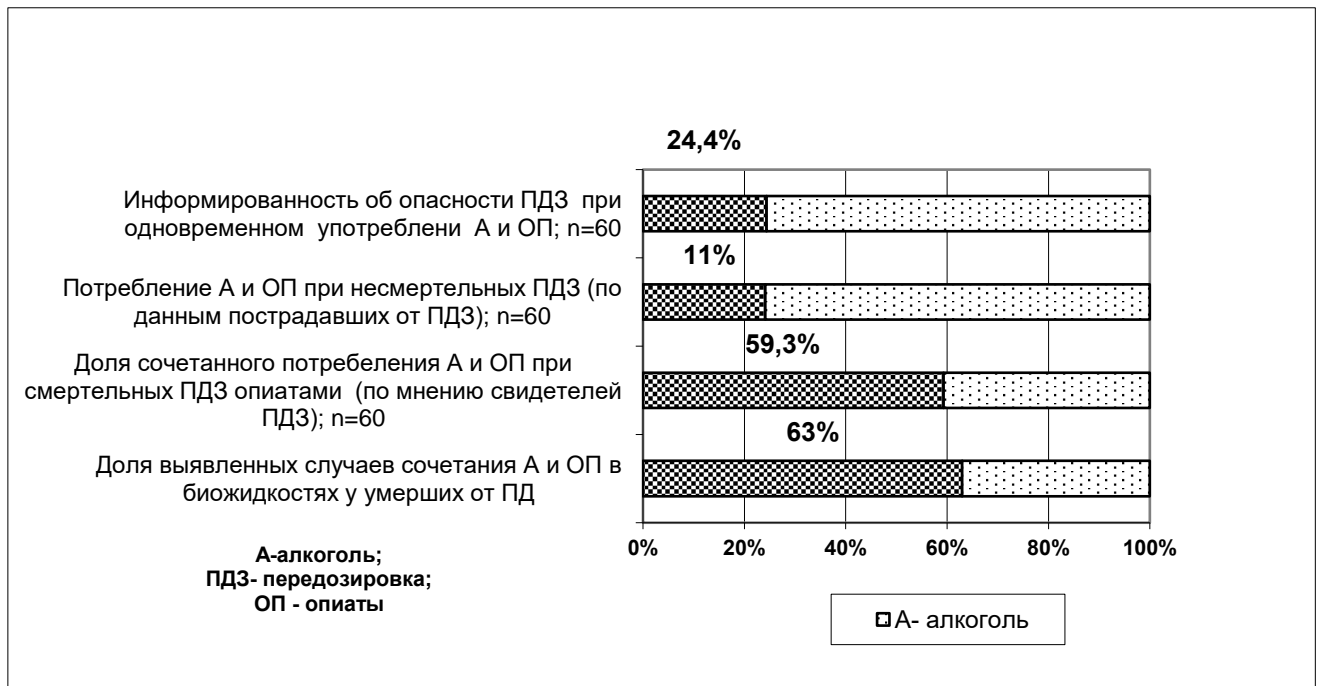


Рис. 2. Значение алкоголя в развитии опиатных передозировок

Опиатзависимые сочетают употребление алкоголя с психоактивным веществом для достижения большей степени эйфории, а в случае отмены наркотика — с целью снижения абстинентных явлений. Употребление алкоголя усиливает угнетающее действие героина на дыхательную систему и кашлевой центр, что в значительной степени увеличивает вероятность летального исхода.

Среди факторов, способствующих развитию ПД у ПИН ОЗ, существенное место принадлежит длительности периода воздержания от употребления ПАВ и изменчивости чистоты (качества) наркотика. С помощью клинической шкалы самоотчета SCL-90-R установлено достоверно значимое повышение средних показателей по всем шкалам у ПИН ОЗ в сравнении с нормативными данными. Выявлен ряд доминирующих жалоб, соответствующих шкалам «соматизация SOM», «враждебность HOST», «межличностная

сензитивность INT» и «обсессивно-компульсивные расстройства О-С». По данным Индекса тяжести зависимости, показатель раздела «Психиатрический статус» также был одним из наиболее высоких, что дополнительно свидетельствует об актуальности психопатологических проблем у ПИН ОЗ.

Определена статистически значимая связь между шкалой SOM и последней перенесенной ПД. Шкала SOM отражает уровень жалоб пациента на проблемы с физическим здоровьем. Так как в исследовании не проводилось обследования пациентов на соматические заболевания, то высокие показатели по этой шкале могут служить непрямым маркером не диагностированных соматических и психических расстройств. Известно, что такие заболевания, как гепатит С и ВИЧ, часто встречаются у ПИН ОЗ. Кроме того, ПД опиатами практически во всех случаях сопровождается формированием гипоксической энцефалопатии различной степени тяжести (Софронов А.Г., 1998), что приводит к развитию органических нарушений в ЦНС. Хроническая интоксикация опиоидами, инфекционные и соматоневрологические расстройства приводят к структурно-функциональным и метаболическим изменениям в организме, что повышает риск возникновения ПД (Wang C. et al., 2005).

Установлено, что важными факторами риска для ПД в течение последнего года был опыт ПД в прошлом и повышенный уровень средних значений по шкале SOM (SCL-90-R). Поведение в прошлом — часто предиктор поведения в будущем. Например, ПД в прошлом могла привести к госпитализации и, как следствие, к определенному периоду вынужденного воздержания от наркотика, что увеличивает вероятность ПД после окончания госпитализации (Strang J. et al., 2003). У ПИН ОЗ — свидетелей ПД так же регистрировались большее количество дней физического нездоровья (по данным ИТЗ) и высокие показатели по шкале SOM (SCL-90-R). Многократное наблюдение ПД в течение жизни, возможно, приводит к большей фиксации на соматическом состоянии, возникновению ипохондрических переживаний, тревоги и мыслей о неизбежности возникновения ПД в будущем, к большому числу психосоматических расстройств.

Дополнительными факторами риска ПД могут являться импульсивность, повышенная возбудимость и снижение контроля над поведением, что отмечено каждым пятым участником нашего исследования. Актуальность существующих состояний у обследуемых подтверждается повышенными показателями опросника SCL-90-R по шкалам: «обсессивно-компульсивные расстройства О-С», «межличностная сензитивность INT». У 50–75% наркозависимых выявляются коморбидные психические расстройства, которые могут оказывать влияние на формирование рискованного поведения (Пятницкая И.Н., 1994; Крупицкий Е.М. с соавт., 1999; Сиволап Ю.П., 2007; Mueser K.T., Bennett M.,

Kushner M.G., 1995; Sacks S. et al., 1997). Наркотическая зависимость, психосоматические проблемы, стигматизация и ряд других факторов вызывают чувства личной неадекватности, неполноценности, злости. Это приводит к самоосуждению, дискомфорту в процессе межличностного взаимодействия, тревоге и агрессии. Возникновение негативных ожиданий относительно любых коммуникаций и реагирование в форме гнева сопровождаются повышением показателей по шкале «межличностная сензитивность INT» и «враждебность HOST».

Исследованием (по данным ИТЗ) установлено, что у перенесших и наблюдавших ПД в течение последнего года выявлялось больше дисфункциональных семейных отношений, причем у перенесших ПД отмечаются более напряженные отношения с матерями, чем с другими членами семьи. Российские потребители наркотиков в среднем моложе, чем западные наркозависимые, и часто живут в семьях с родителями (Kartikayan S.K., Chatruvedi R.M., Bhalerao V.R., 1992; Dorabjee J., Samson L., 2000; Kumar M.S. et al., 2000; Krupitsky E.M. et al., 2006). Семейные конфликты, как отмечалось в предыдущих исследованиях (Al Ansari A.M. et al., 2001; Al-Jahdali H. et al., 2004; Orford J. et al., 2005; Fathelrahman A.I. et al., 2006), являются фактором риска ПД, как намеренных — суицид, так и ненамеренных: наркопотребителям приходится употреблять ПАВ в условиях, позволяющих скрыть сам факт своего злоупотребления, либо втайне вводить наркотик дома, делая это быстрее, чем следовало бы, что, в совокупности с высокой импульсивностью и низким самоконтролем, увеличивает вероятность ПД.

Будущие исследования должны уточнить роль семейных отношений, соматических и психопатологических отклонений в развитии ПД. Наркопотребители в случае ПД неохотно обращаются за помощью в учреждения здравоохранения. Профессиональная медицинская помощь в случае возникновения ПД оказывается редко, а наркопотребители являются первыми, кто пытается оказать помощь при ПД. В большинстве случаев первая помощь при ПД, оказываемая свидетелями, является неадекватной. Обращает на себя внимание тот факт, что антагонист опиатных рецепторов Налоксон, являющийся эффективным средством при ПД, используется крайне редко. Следует отметить, что Налоксон – высокоактивный антагонист опиатных рецепторов кратковременного действия, единственный препарат, применяемый для купирования передозировки опиоидами. Введение налоксона приводит к реверсии анальгезии и дыхательной депрессии, вызванных опиоидами. ВОЗ рекомендуется широко применять Налоксон для профилактики передозировок. Есть данные, указывающие на то, что применение «налоксоновых» программ привело к 27-процентному снижению смертности из-за непреднамеренного отравления героином (Paone D., Tuazon E., O'Brien B., 2013).

Несмотря на высокий уровень ПД, значительное количество обследованных нами ПИН ОЗ, вопреки полученным данным, считают ПД у себя в ближайшее время маловероятной.

Результаты исследования, изложенные в главе 6, опубликованы и доступны по ссылкам: Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М., Торбан М.Н. и др., 2010.

## **ГЛАВА 7. РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ВИЧ-СТАТУСОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕДОЗИРОВКУ ОПИОИДАМИ**

### **7.1. ДИЗАЙН И ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОЦЕДУРЫ НАБОРА ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **7.1.1. Дизайн исследования**

Дизайн исследования: сравнительное, кросс-секционное, аналитическое.

#### **7.1.2. Объект исследования**

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.

#### **7.1.3. Процедуры набора исследуемых групп**

Пациентам была предоставлена информация о характере научного исследования, а также о пользе и риске, связанных с участием в нем. После получения информированного согласия проводился клинический опрос с целью оценки соответствия больного всем критериям отбора для участия в научном исследовании. После процедуры скрининга выполнялся сбор данных. Продолжительность участия в исследовании составила 2 дня. Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева как часть общей НИР, описанной в Главе 3.

##### ***7.1.3.1. Критерии включения***

Возраст от 18 до 60 лет, наличие опиоидной зависимости (F11.20; F11.21), сочетание опиоидной зависимости (F11.20; F11.21) и ВИЧ-инфекции (стадия III), инъекционное потребление наркотиков, срок воздержания от наркотика от 7 до 21 суток перед началом исследования, наличие опиоидных передозировок в анамнезе.

### **7.1.3.2. Критерии невключения**

В исследование не включались респонденты, не давшие добровольного информированного согласия на участие в исследовании, с диагнозами шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, с выраженной неврологической симптоматикой, тяжелой соматической патологией, с наличием зависимости от других ПАВ, исключая зависимость от табака. Не включались в исследование пациенты, принимающие психотропные средства или психоактивные вещества, способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, начавшие психотерапию.

### **7.1.4. Методы исследования**

В работе использовались: клиническая карта, в котором отражены основные социально-демографические характеристики, аддиктивный и психопатологический статус обследованных, а также следующие психометрические инструменты: Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (DeRogatis L.R., 1977; Тарабрина Н.В., 2001); 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF) (Cattell R.B., Eber H.W., Tatsuoka M.M., 1970; Капустина А.Н., 2007), «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); «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI) (Buss A.H., Durkee A., 1957; Райгородский Д.Я., 2009); модифицированная шкала стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка (LINK) (Link B. G. et al., 1997); опросник смысложизненных ориентаций (PIL) (Crumbaugh J.S., 1968; Леонтьев Д.А., 2000); опросник Всемирной организации здравоохранения «Качество жизни-100» (ВОЗЖ-100, WHOQOL-100) (Murphy V. et al., 2000; Бурковский Г.В. с соавт., 1998).

**Методы статистической обработки.** Статистический анализ данных проводился с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Количественные показатели в каждой группе предварительно были проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Для всех количественных показателей рассчитывались средние и среднеквадратические отклонения (SD). Для качественных показателей приведены частоты и доли в процентах. Для сравнения качественных признаков были построены таблицы сопряженности и использовался точный критерий Фишера. Поскольку распределение всех этих показателей было близким к

нормальному, то для сравнения групп применялся дисперсионный анализ (ANOVA) с post-hoc тестом Бонферрони для попарных сравнений.

Различия принимались статистически значимыми при уровне значимости  $p \leq 0,05$ .

## 7.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 7.2.1. Демографические и клинические показатели обследуемых

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 чел. (64,0%), многократно (2 раза и более) – 7 чел. (28,0%).

Наиболее частыми причинами передозировок были названы ( $n = 22$ ): длительное воздержание от наркотиков – 1 чел. (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 ( $SD = 32,03$ ; Median = 37,0) месяца. Однократно перенесли передозировку на протяжении жизни – 14 чел. (51,9%), многократно (2 раза и более) – 13 (48,1%).

Наиболее частыми причинами передозировок были названы ( $n = 27$ ): длительное воздержание от наркотиков – 4 чел. (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.

Длительность максимальной ремиссии в группе ОЗП составила 4,9 мес. ( $SD = 4,90$ ), у больных ОЗПВИЧ – 12,4 мес. ( $SD = 15,66$ ) ( $p = 0,012$ ); среднее количество употребляемого алкоголя в неделю в пересчете на чистый этанол – 223,75 мл ( $SD = 469,55$ ) vs. 543,21 мл ( $SD = 676,22$ ) ( $p = 0,028$ ); общая продолжительность употребления кокаина 18,6 мес. ( $SD = 13,30$ ) vs. 48,0 мес. ( $SD = 30,98$ ) ( $p = 0,033$ ); длительность гепатита В – 27,7 мес. ( $SD = 13,00$ ) vs. 46,5 мес. ( $SD = 17,02$ ) ( $p = 0,010$ ); длительность гепатита С – 30,8 мес. ( $SD = 15,09$ ) vs. 66,6 мес. ( $SD = 47,18$ ) ( $p = 0,008$ ); трудовой статус: не работает (не учится) – 10 чел. (41,7%) vs. 21 чел. (77,8%) ( $p = 0,022$ ); проблемы с трудоустройством – 8 чел.



(33,3%) vs. 17 (63,0%) чел. ( $p = 0,050$ ); свободное времяпровождение с зависимыми от ПАВ – 7 чел. (29,2%) vs. 19 (70,4%) ( $p = 0,026$ ).

### 7.2.2. Результаты исследования, полученные при помощи психометрических методик SCL-90-R, 16PF, STAXI, BDHI, LINK, PIL, WHOQOL-100

Результаты психометрического исследования представлены в Таблице 34. При оценке значений психопатологической симптоматики по шкале SCL-90 в исследуемых группах выявлены статистически значимые различия: в группах ОЗПВИЧ отмечаются более высокие показатели, по сравнению с ОЗП и КГ, по шкалам: «соматизация» (SOM, SCL-90):  $0,46_{\text{озп}} (SD = 0,11)$  vs.  $0,99_{\text{озпвич}} (SD = 0,48)$ ,  $p = 0,000$ ; «депрессия» (DEP, SCL-90):  $0,53_{\text{озп}} (SD = 0,18)$  vs.  $0,82_{\text{озпвич}} (SD = 0,38)$ ,  $p = 0,001$ ; «тревожность» (ANX, SCL-90):  $0,45_{\text{озп}} (SD = 0,24)$  vs.  $0,68_{\text{озпвич}} (SD = 0,46)$ ,  $p = 0,030$ ; «психотизм» (PSY, SCL-90):  $0,31_{\text{озп}} (SD = 0,13)$  vs.  $0,46_{\text{озпвич}} (SD = 0,32)$ ,  $p = 0,038$ ; «общая сумма баллов» (SCL-90):  $35,44_{\text{озп}} (SD = 4,84)$  vs.  $49,00_{\text{озпвич}} (SD = 11,53)$ ,  $p = 0,000$ ; «общий индекс тяжести» (GSI, SCL-90):  $0,40_{\text{озп}} (SD = 0,05)$  vs.  $0,54_{\text{озпвич}} (SD = 0,13)$ ,  $p = 0,000$ ; «индекс наличного симптоматического дистресса» (PSDI, SCL-90):  $1,31_{\text{озп}} (SD = 0,13)$  vs.  $1,57_{\text{озпвич}} (SD = 0,23)$ ,  $p = 0,000$ ; «общее число утвердительных ответов» (PST, SCL-90):  $27,08_{\text{озп}} (SD = 3,18)$  vs.  $31,04_{\text{озпвич}} (SD = 4,66)$ ,  $p = 0,001$ . Контрольную группу составили 90 здоровых испытуемых, подробное описание характеристик группы представлено в Главе 3. В контрольной группе показатели SCL-90 по вышеуказанным шкалам составили: SOM:  $0,29 (SD = 0,17)$ ; O-C:  $0,41 (SD = 0,21)$ ; DEP:  $0,40 (SD = 0,20)$ ; ANX:  $0,27 (SD = 0,15)$ ; PSY:  $0,23 (SD = 0,15)$ ; Общая сумма баллов:  $13,26 (SD = 3,29)$ ; GSI:  $0,15 (SD = 0,03)$ ; PSDI:  $1,17 (SD = 0,16)$ ; PST:  $11,56 (SD = 3,20)$ . Уровень значимости различий между группами ОЗПВИЧ и КГ составил  $p \leq 0,05$ .

Следует отметить, что в обеих группах значения SOM, ANX, PSY, Общая сумма баллов, GSI, PSDI, PST достоверно выше, чем в КГ ( $p \leq 0,05$ ), а показатель DEP в группе ОЗПВИЧ значимо выше, чем у КГ ( $p \leq 0,05$ ).

У опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом больше, чем в группах ОЗП и КГ, выражены: экспрессия гнева вовне (STAXI):  $15,68_{\text{озп}} (SD = 2,304)$  vs.  $17,63_{\text{озпвич}} (SD = 1,42)$ ,  $p = 0,001$ ; чувство вины (BDHI):  $54,12_{\text{озп}} (SD = 15,38)$  vs.  $66,00_{\text{озпвич}} (SD = 18,05)$ ,  $p = 0,014$ ; показатель стигматизации (LINK) по статусу «ВИЧ-инфицированность»:  $10,24_{\text{озп}} (SD = 1,16)$  vs.  $14,15_{\text{озпвич}} (SD = 1,93)$ ,  $p = 0,000$ . Нормативные значения в КГ по шкале «экспрессия гнева вовне» составили  $13,98 (SD = 2,83)$ , «чувство вины» —  $39,90 (SD = 11,42)$ . Показатель стигматизации «ВИЧ-инфицированных» —  $5,14 (SD = 0,90)$ . Уровень значимости различий между группами ОЗПВИЧ и КГ —  $p \leq 0,05$ .

У ОЗПВИЧ меньше, чем у ОЗП и КГ, выражены личностные черты (16PF), соответствующие факторам С (эмоциональная устойчивость) и Q<sub>1</sub> (консерватизм): С: 6,16<sub>озп</sub> (SD = 1,14) vs. 4,78<sub>озпвич</sub> (SD = 1,15),  $p = 0,000$ , Q<sub>1</sub>: 6,48<sub>озп</sub> (SD = 2,14) vs. 5,44<sub>озпвич</sub> (SD = 1,50),  $p = 0,048$ . В контрольной группе их значения составили 5,50 (SD = 1,30) и 6,58 (SD = 1,99) соответственно. Уровень значимости различий между группами ОЗПВИЧ и КГ составил  $p \leq 0,05$ .

По данным опросника ВОЗКЖ-100 (в баллах) в группе опиоидзависимых, перенесших передозировки и инфицированных ВИЧ, значения КЖ в большинстве субсферах хуже, чем в группе ОЗП и КГ: «G – общее качество жизни и состояние здоровья»: 12,56<sub>озп</sub> (SD = 2,06) vs. 10,89<sub>озпвич</sub> (SD = 2,08),  $p = 0,005$ ; «F1 – физическая боль и дискомфорт»: 12,88<sub>озп</sub> (SD = 2,53) vs. 11,48<sub>озпвич</sub> (SD = 1,84),  $p = 0,027$ ; «F2 – жизненная активность, энергия, усталость»: 14,28<sub>озп</sub> (SD = 2,33) vs. 11,96<sub>озпвич</sub> (SD = 2,96),  $p = 0,003$ ; «F6 – самооценка»: 15,32<sub>озп</sub> (SD = 1,74) vs. 13,96<sub>озпвич</sub> (SD = 2,72),  $p = 0,039$ ; «F7 – образ тела и внешность»: 15,44<sub>озп</sub> (SD = 2,21) vs. 13,44<sub>озпвич</sub> (SD = 4,20),  $p = 0,040$ ; «F10 – выполнение повседневных дел»: 16,40<sub>озп</sub> (SD = 1,82) vs. 14,44<sub>озпвич</sub> (SD = 3,75),  $p = 0,022$ ; «F11 – зависимость от лекарств и лечения»: 16,48<sub>озп</sub> (SD = 2,87) vs. 13,56<sub>озпвич</sub> (SD = 4,06),  $p = 0,004$ ; «F12 – работоспособность»: 17,40<sub>озп</sub> (SD = 2,23) vs. 14,93<sub>озпвич</sub> (SD = 3,83),  $p = 0,007$ ; «F17 – окружающая среда дома»: 14,56<sub>озп</sub> (SD = 2,80) vs. 11,74<sub>озпвич</sub> (SD = 3,59),  $p = 0,003$ ; «F18 – финансовые ресурсы»: 12,16<sub>озп</sub> (SD = 2,30) vs. 9,52<sub>озпвич</sub> (SD = 2,68),  $p = 0,000$ ; «F20 – приобретение новой информации»: 15,04<sub>озп</sub> (SD = 2,45) vs. 13,52<sub>озпвич</sub> (SD = 2,62),  $p = 0,036$ ; «F21 – возможности использования отдыха»: 16,08<sub>озп</sub> (SD = 3,57) vs. 13,41<sub>озпвич</sub> (SD = 3,57),  $p = 0,010$ ; «F24 – духовность, личные убеждения»: 15,84<sub>озп</sub> (SD = 2,52) vs. 13,56<sub>озпвич</sub> (SD = 3,27),  $p = 0,007$ . В контрольной группе значения выше указанных субсфер составили: G: 15,66 (SD = 2,34), F1: 15,11 (SD = 2,64), F2: 15,19 (SD = 3,16), F6: 15,81 (SD = 2,19), F7: 15,91 (SD = 3,20), F10: 16,90 (SD = 2,64), F11: 18,52 (SD = 3,06), F12: 18,18 (SD = 2,40), F17: 14,37 (SD = 3,65), F18: 12,32 (SD = 3,39) F20: 15,48 (SD = 2,14), F21: 16,10 (SD = 2,78), F24: 15,63 (SD = 2,98). Уровень значимости различий между группами ОЗПВИЧ и КГ составил  $p \leq 0,05$ .

Показатели субсфер G, F1, F11 в обеих группах опиоидзависимых были достоверно ниже, чем у КГ ( $p \leq 0,05$ ).

Данные, полученные по субсферам опросника ВОЗКЖ-100, находят свое отражение и в интегральных показателях.

В группе ОЗПВИЧ показатели КЖ (WHOQOL-100) четырех сферах из шести хуже, чем в группах ОЗП и КГ: «психологическая сфера» 14,86<sub>озп</sub> (SD = 1,46) vs. 13,4<sub>озпвич</sub> (SD = 2,75),  $p = 0,067$ , «уровень независимости» 16,68<sub>озп</sub> (SD = 1,71) vs.

14,86<sub>озпвич</sub> (SD = 3,29),  $p = 0,02$ , «окружающая среда» 13,82<sub>озп</sub> (SD = 1,52) vs. 12,34<sub>озпвич</sub> (SD = 1,77),  $p = 0,005$ , «духовная сфера» 15,84<sub>озп</sub> (SD = 2,52) vs. 13,56<sub>озпвич</sub> (SD = 3,27),  $p = 0,007$ .

Показатель общего качества жизни (КЖ-100) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом ниже, чем в группах ОЗП и КГ: 89,54 (SD = 9,11) vs. 80,58<sub>озпвич</sub> (SD = 14,75),  $p = 0,012$ .

Нормативные показатели в группе КГ в «психологической сфере» равнялись 15,67 (SD = 1,78), в сфере «уровень независимости» — 17,85 (SD = 1,71), в сфере «окружающая среда» — 14,26 (SD = 1,62), в «духовной сфере» — 15,63 (SD = 2,98), в «общее качество жизни» (КЖ-100) 94,85 (SD = 8,17). Уровень значимости различий между группами ОЗПВИЧ и КГ составил  $p \leq 0,05$ .

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью опросника СЖО (PIL), выявил ряд достоверных различий между группами. Показатели «цель в жизни»: 24,44<sub>озп</sub> (SD = 4,13) vs. 21,26<sub>озпвич</sub> (SD = 2,85),  $p = 0,002$ , «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни»: 20,28<sub>озп</sub> (SD = 1,99) vs. 18,96<sub>озпвич</sub> (SD = 2,62),  $p = 0,048$ , «локус контроля – Жизнь»: 22,28<sub>озп</sub> (SD = 2,73) vs. 19,11<sub>озпвич</sub> (SD = 3,76),  $p = 0,001$  – в группах ОЗПВИЧ были ниже, чем в ОЗП и КГ. В КГ показатели PIL по шкале «цель в жизни» равнялся 30,43 (SD = 4,81), «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни» — 29,96 (SD = 3,88), «локус контроля – Жизнь» — 30,73 (SD = 3,79).

Общий показатель СЖО в группах ОЗП и ОЗПВИЧ был ниже, чем в контрольной группе: 80,80<sub>озп</sub> (SD = 11,07), 77,78<sub>озпвич</sub> (SD = 14,72), 98,99<sub>кг</sub> (SD = 8,70),  $p = 0,05$  однако различий между группами ОЗП и ОЗПВИЧ не найдено.

Таблица 34. Средние значения шкал и субшкал опросников SCL-90-R, 16PF, STAXI, BDHI, LINK, PIL, WHOQOL-100 у опиоидзависимых с различным ВИЧ- статусом, перенёвших передозировку опиоидами

Психометрические шкалы		Контрольная группа			ВИЧ-отрицательные опиоидзависимые с передозировками анамнезе (ОЗП)			ВИЧ-положительные опиоидзависимые с передозировками анамнезе (ОЗПВИЧ)			Различия между ОЗ и ОЗВИЧ
		N	Среднее	SD	N	Среднее	SD	N	Среднее	SD	P
SCL-90 R	Соматизация (SOM)	90	0,29	0,17	25	0,46*	0,11	27	0,99**	0,48	0,000
SCL-90 R	Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)	90	0,41	0,21	25	0,66*	0,18	27	0,69**	0,34	0,749
SCL-90 R	Межличностная сензитивность (INT)	90	0,48	0,20	25	0,45	0,25	27	0,59	0,34	0,106
SCL-90 R	Депрессия (DEP)	90	0,40	0,20	25	0,53	0,18	27	0,82**	0,38	0,001
SCL-90 R	Тревожность (ANX)	90	0,27	0,15	25	0,45*	0,24	27	0,68**	0,46	0,030
SCL-90 R	Враждебность (HOS)	90	0,42	0,22	25	0,58	0,36	27	0,63	0,38	0,672
SCL-90 R	Фобическая тревожность (PHOB)	90	0,18	0,17	25	0,18	0,17	27	0,27	0,20	0,082
SCL-90 R	Паранойяльные симптомы (PAR)	90	0,32	0,20	25	0,69	0,17	27	0,70	0,31	0,935
SCL-90 R	Психотизм (PSY)	90	0,23	0,15	25	0,31*	0,13	27	0,46**	0,32	0,038
SCL-90 R	Общая сумма баллов	90	13,26	3,29	25	35,44*	4,84	27	49,00**	11,53	0,000
SCL-90 R	Общий индекс тяжести (GSI)	90	0,15	0,03	25	0,40*	0,05	27	0,54**	0,13	0,000

Продолжение Таблицы 34

SCL-90 R	Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	90	1,17	0,16	25	1,31*	0,13	27	1,57**	0,23	0,000
SCL-90 R	Общее число утвердительных ответов (PST)	90	11,56	3,20	25	27,08*	3,18	27	31,04**	4,66	0,001
STAXI	Сиюминутное состояние гнева	90	10,09	0,32	25	10,24	0,59	27	10,37	0,79	0,508
STAXI	Склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность	90	14,79	3,36	25	17,56*	2,41	27	18,70**	4,39	0,256
STAXI	Гнев-темперамент	90	7,14	2,60	25	7,88	1,691	27	8,48*	1,82	0,225
STAXI	Гнев-реакция	90	8,14	1,95	25	8,96	2,131	27	8,85	1,89	0,847
STAXI	Экспрессия гнева внутрь	90	13,13	2,97	25	13,40	2,198	27	14,22	2,45	0,210
STAXI	Экспрессия гнева вовне	90	13,98	2,83	25	15,68*	2,304	27	17,63**	1,42	0,001
STAXI	Экспрессия гнева контроль	90	20,41	3,89	25	20,28	3,076	27	18,78	2,62	0,063
BDHI	Физическая агрессия	90	50,60	14,35	25	67,76*	16,70	27	65,19**	14,60	0,556
BDHI	Вербальная агрессия	90	46,72	12,78	25	55,36*	18,60	27	57,19	14,66	0,695
BDHI	Косвенная агрессия	90	64,50	21,29	25	68,12	18,10	27	66,93	25,16	0,846
BDHI	Негативизм	90	48,89	15,61	25	49,60	20,91	27	47,41	22,29	0,717
BDHI	Раздражение	90	42,99	12,79	25	53,28	15,78*	27	55,67**	11,44	0,533
BDHI	Подозрительность	90	47,30	20,98	25	55,44	15,71	27	59,07**	17,29	0,433
BDHI	Обида	90	49,92	21,62	25	53,56	20,32	27	61,63**	18,93	0,145
BDHI	Чувство вины	90	39,90	11,42	25	54,12*	15,38	27	66,00**	18,05	0,014

Продолжение Таблицы 34

BDHI	Индекс агрессивности	90	46,77	8,71	25	58,80*	11,58	27	59,35**	10,77	0,861
BDHI	Индекс враждебности	90	48,61	18,17	25	54,50	12,94	27	60,35**	15,32	0,145
WHOQOL–100	G – общее качество жизни и состояние здоровья	90	15,66	2,34	25	12,56*	2,06	27	10,89**	2,08	0,005
WHOQOL–100	F1 – физическая боль и дискомфорт	90	15,11	2,64	25	12,88*	2,53	27	11,48**	1,84	0,027
WHOQOL–100	F2 – жизненная активность, энергия, усталость	90	15,19	3,16	25	14,28	2,33	27	11,96**	2,96	0,003
WHOQOL–100	F3 – сон и отдых	90	17,18	3,48	25	13,60*	4,78	27	13,81**	5,04	0,876
WHOQOL–100	F4 – положительные эмоции	90	15,11	3,33	25	13,52	2,33	27	12,41**	3,40	0,178
WHOQOL–100	F5 – познавательные функции	90	15,28	2,27	25	14,80	2,25	27	13,63**	2,15	0,061
WHOQOL–100	F6 – самооценка	90	15,81	2,19	25	15,32	1,74	27	13,96**	2,72	0,039
WHOQOL–100	F7 – образ тела и внешность	90	15,91	3,20	25	15,44	2,21	27	13,44**	4,20	0,040
WHOQOL–100	F8 – отрицательные эмоции	90	16,23	3,26	25	15,20	2,48	27	13,70**	3,91	0,109
WHOQOL–100	F9 – подвижность	90	17,81	2,56	25	16,44	2,81	27	16,52	3,00	0,923
WHOQOL–100	F10 – выполнение повседневных дел	90	16,90	2,64	25	16,40	1,82	27	14,44**	3,75	0,022
WHOQOL–100	F11 – зависимость от лекарств и лечения	90	18,52	3,06	25	16,48*	2,87	27	13,56**	4,06	0,004

Продолжение Таблицы 34

WHOQOL–100	F12 – работоспособность	90	18,18	2,40	25	17,40	2,23	27	14,93**	3,83	0,007
WHOQOL–100	F13 – личные отношения	90	16,19	3,03	25	15,52	3,01	27	14,15	3,09	0,112
WHOQOL–100	F14 – практическая социальная поддержка	90	15,70	3,16	25	14,92	2,49	27	13,89**	3,36	0,219
WHOQOL–100	F15 – сексуальная активность	90	14,94	3,08	25	13,84	3,02	27	13,89	3,20	0,955
WHOQOL–100	F16 – физическая безопасность	90	14,67	2,66	25	14,24	2,31	27	13,37	2,18	0,170
WHOQOL–100	F17 – окружающая среда дома	90	14,37	3,65	25	14,56	2,80	27	11,74**	3,59	0,003
WHOQOL–100	F18 – финансовые ресурсы	90	12,32	3,39	25	12,16	2,30	27	9,52**	2,68	0,000
WHOQOL–100	F19 – медицинская и социальная помощь	90	13,02	3,24	25	12,08	3,13	27	11,19**	3,00	0,298
WHOQOL–100	F20 – приобретение новой информации	90	15,48	2,14	25	15,04	2,45	27	13,52**	2,62	0,036
WHOQOL–100	F21 – возможности использования отдыха	90	16,10	2,78	25	16,08	3,57	27	13,41**	3,57	0,010
WHOQOL–100	F22 – окружающая среда	90	14,10	3,25	25	13,52	3,13	27	12,96	2,83	0,504
WHOQOL–100	F23 – транспорт	90	14,00	3,64	25	12,88	3,15	27	13,04	3,21	0,860
WHOQOL–100	F24 – духовность, личные убеждения	90	15,63	2,98	25	15,84	2,52	27	13,56**	3,27	0,007
WHOQOL–100	Физическая сфера	90	15,82	2,13	25	13,59*	2,49	27	12,42**	2,68	0,112

Продолжение Таблицы 34

WHOQOL–100	Психологическая сфера	90	15,67	1,78	25	14,86	1,46	27	13,43**	2,75	0,025
WHOQOL–100	Уровень независимости	90	17,85	1,71	25	16,68	1,71	27	14,86**	3,29	0,017
WHOQOL–100	Социальные отношения	90	15,61	2,15	25	14,76	2,30	27	13,98**	2,87	0,286
WHOQOL–100	Окружающая среда	90	14,26	1,62	25	13,82	1,52	27	12,34**	1,77	0,002
WHOQOL–100	Духовная сфера	90	15,63	2,98	25	15,84	2,52	27	13,56**	3,27	0,007
WHOQOL–100	Общее качество жизни (КЖ-100)	90	94,85	8,17	25	89,54	9,11	27	80,58**	14,75	0,012
LINK	Показатель стигматизации ВИЧ-инфицированных	90	5,14	0,90	25	10,24*	1,16	27	14,15**	1,93	0,000
LINK	Показатель стигматизации наркозависимых	90	6,61	1,14	25	14,44**	1,35	27	14,93**	1,59	0,234
16PF	Фактор А (замкнутость–общительность)	90	6,48	1,25	25	6,36	1,35	27	6,59	1,90	0,617
16PF	Фактор В (общий уровень интеллекта)	90	5,67	1,52	25	5,36	1,60	27	5,00	1,07	0,343
16PF	Фактор С (эмоциональная неустойчивость – эмоциональная устойчивость)	90	5,50	1,30	25	6,16	1,14	27	4,78**	1,15	0,000



Продолжение Таблицы 34

16PF	Фактор E (покорность–доминантность)	90	5,06	1,06	25	5,88*	1,33	27	5,56	1,21	0,364
16PF	Фактор F (рассудительность–безрассудство)	90	4,80	1,01	25	5,64*	1,15	27	5,30	1,13	0,284
16PF	Фактор G (низкая–высокая нормативность поведения)	90	6,01	1,43	25	4,72*	1,27	27	4,78**	1,01	0,857
16PF	Фактор H (робость–смелость)	90	5,72	1,55	25	7,00*	1,41	27	6,70**	1,38	0,448
16PF	Фактор I (жесткость–чувствительность)	90	6,06	1,86	25	5,28	0,89	27	5,33	1,07	0,847
16PF	Фактор L (доверчивость–подозрительность)	90	6,06	1,29	25	7,72*	1,33	27	7,93**	0,95	0,524
16PF	Фактор M (практичность–мечтательность)	90	6,36	1,72	25	5,04*	1,74	27	4,93**	1,41	0,796
16PF	Фактор N (прямолинейность–дипломатичность)	90	5,72	2,01	25	6,08	1,57	27	6,41	1,42	4350,
16PF	Фактор O (спокойствие–тревожность)	90	6,37	1,18	25	7,48*	1,98	27	7,59**	1,27	0,807
16PF	Фактор Q <sub>1</sub> (консерватизм–радикализм)	90	6,58	1,99	25	6,48	2,14	27	5,44**	1,50	0,048

Продолжение Таблицы 34

16PF	Фактор Q <sub>2</sub> (конформизм– нонконформизм)	90	6,26	1,53	25	5,92	1,38	27	5,52	1,42	0,308
16PF	Фактор Q <sub>3</sub> (низкий самоконтроль – высокий самоконтроль)	90	6,80	2,01	25	5,64*	1,38	27	5,37**	1,07	0,435
16PF	Фактор Q <sub>4</sub> (расслабленность– эмоциональная напряженность)	90	5,40	1,80	25	7,16*	1,06	27	7,37**	1,39	0,546
16PF	Фактор MD адекватность самооценки (низкая– высокая самооценка)	90	6,61	1,63	25	6,12	1,39	27	5,93	1,51	0,634
PII	Цель в жизни	90	30,43	4,81	25	24,44*	4,13	27	21,26**	2,85	0,002
PII	Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни	90	29,96	3,88	25	20,28*	1,99	27	18,96**	2,62	0,048
PII	Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией	90	25,97	3,25	25	18,16*	2,62	27	16,96**	4,14	0,224
PII	Локус-контроля – Я	90	21,27	2,74	25	18,44*	2,25	27	17,30**	1,95	0,056
PII	Локус-контроля – Жизнь	90	30,73	3,79	25	22,28*	2,73	27	19,11**	3,76	0,001
PII	Общий показатель СЖО	90	98,99	8,70	25	80,80*	11,07	27	77,78**	14,72	0,410

Примечание:

\* ОЗП – КГ, \*\* ОЗПВИЧ – КГ, значения достоверности:  $p \leq 0,05$ .

### 7.3. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Опиоидная зависимость, отягощенная ВИЧ-инфекцией и передозировкой, – это сложное состояние, целостное понимание которого требует применения многомерных методов исследования и системного анализа всего комплекса нарушений.

Установлено, что среди опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом процент обследуемых, которые переносят передозировки, почти вдвое больше, чем в группе пациентов без ВИЧ. Это подтверждается и данными других исследований — риск развития передозировки у ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков на 74% выше, чем у ВИЧ-отрицательных пациентов (Eskild A. et al., 1993).

Известно, что у лиц, комбинирующих инъекции героина и кокаина, риск передозировки возрастает в 2,6 раза (Ochoa C. et al, 2001). В настоящем исследовании повышенный риск передозировок в группе опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом также был обусловлен более частым употреблением стимуляторов.

Как и в других работах (Сергеев Б., Саранг А., Тихонов М., 2004), в генезе острых отравлений опиоидами подтверждены участие алкоголя, колебания концентрации ПАВ в принимаемом наркотике, а также изменение толерантности в связи с более длительными ремиссиями.

Комплексная оценка биопсихосоциального статуса показала, что при комбинации ВИЧ-инфекции, опиоидной зависимости и передозировок в анамнезе отмечаются более частые социальные и психологические проблемы. По сравнению с другими обследуемыми, у ОЗПВИЧ возникает больше трудностей с трудоустройством, они проводят много времени в окружении наркозависимых, в профиле личности регистрируются более низкая фрустрационная толерантность, большая раздражительность, колебания настроения, в мыслительных процессах в большей мере преобладают прагматичность и конкретность. Результаты сравнительного исследования данных методики СЖО свидетельствуют о том, что у ОЗПВИЧ отмечаются затруднения в формировании планов на будущее, а также низкий уровень убежденности в том, что они могут контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и их реализовывать. Прожитая часть жизнь оценивается ими негативно, процесс жизни воспринимается как неинтересный и эмоционально не насыщенный. Наибольший уровень стигматизации по ВИЧ-инфекции отмечается в группе ОЗВИЧ. Больные ОЗПВИЧ по сравнению с ОЗП и КГ характеризуются высокой степенью экспрессии гнева наружу на фоне выраженного чувства вины вследствие совершаемых действий.

У больных ОЗПВИЧ диагностируется более высокий уровень психопатологических жалоб, чем у ОЗП и КГ. В группе ОЗПВИЧ наиболее выражены показатели по шкалам

«соматизация», «депрессия», «тревожность», «психотизм», что находит отражение в высоких интегральных показателях. Жалобы соматического характера обусловлены длительным неудовлетворительным и усугубляющимся состоянием физического здоровья у ОЗПВИЧ. Аффективные нарушения по шкале «депрессия» включают симптомы угасания интереса к деятельности, ощущение безнадежности, дисфорию, чувство беспричинного внутреннего беспокойства и напряжения. Нарушения настроения у ОЗПВИЧ сопровождается тревогой («тревожность»), а также такими проявлениями, как эмоциональная холодность, чувство одиночества, отгороженность, отсутствие доверительных связей с близкими («психотизм»). О более тяжелом психопатологическом статусе больных с синдромом зависимости от опиоидов, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, свидетельствуют высокие значения интегративных индексов: общего индекса тяжести (GSI), индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI), общего числа утвердительных ответов (PST) (свидетельствует о широте симптоматики), а также общая сумма баллов. По сравнению с КГ, в обеих группах потребителей опиоидов в большей мере выражены все психопатологические индексы (Общая сумма баллов, GSI, PSDI, PST) и жалобы на соматическое здоровье (SOM), повышенную тревожность (ANX), чувство одиночества, отгороженность, отсутствие доверительных связей с близкими (PSY), а депрессивные симптомы в группе ОЗПВИЧ значимо выше, чем у КГ.

Различные болезненные, неприятные ощущения, физический дискомфорт, низкий уровень энергии, усталость, а также низкая уверенность в собственных силах, неудовлетворенность образом своего тела в большей мере беспокоят и снижают общую оценку качества жизни у ОЗПВИЧ, чем у ОЗП и КГ (F1, F2, F6, F7). Больные в группе ОЗПВИЧ хуже оценивают КЖ и в связи меньшей способностью поддерживать желаемый уровень физического и психологического функционирования, выполнять повседневные дела без медицинской помощи и приема медикаментов (F10, F11, F12).

Кроме того, ОЗПВИЧ по сравнению с ОЗП и КГ меньше удовлетворены такими аспектами КЖ, как комфортабельность и безопасность места проживания, финансовые ресурсы, приобретение новой информации, а также возможностями по организации своего досуга, отдыха и удовлетворения базовых потребностей (F17, F18, F20, F21), они хуже оценивают благополучие и осмысленность жизни, в связи с недостатком или отсутствием личных убеждений, помогающих справляться с жизненными трудностями (F24).

Недостаток положительных эмоций и избыток отрицательных, ухудшение когнитивных функций, снижение самооценки, наличие беспокойства о своей внешней привлекательности у больных ОЗПВИЧ вызывает снижение оценки КЖ в «психологической сфере» больше, чем у не инфицированных пациентов и в нормативной группе. Также ОЗПВИЧ менее удовлетворены функционированием в сферах «уровень независимости», «окружающая среда», «духовность»,

чем ОЗП и КГ. Полученные данные отражают снижение качества жизни в связи с ухудшением способности справляться с повседневными делами и работой без лекарств и посторонней помощи, низкой удовлетворенностью финансовыми ресурсами, отсутствием чувства физической безопасности и защищенности, а также трудностями с получением медицинской и социальной помощи.

## **ГЛАВА 8. ИЗУЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ НЕСМЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕДОЗИРОВОК ОПИОИДАМИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, КЛИНИЧЕСКИХ, ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК, ИМПУЛЬСИВНОСТИ, НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ И ВОКСЕЛЬ-БАЗИРОВАННОЙ МОРФОМЕТРИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ОПИОИДЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ**

### **8.1. ДИЗАЙН И ОБЪЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. ПРОЦЕДУРЫ НАБОРА ИССЛЕДУЕМОЙ ГРУППЫ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **8.1.1. Дизайн исследования**

Дизайн исследования: сравнительное, кросс-секционное, аналитическое.

#### **8.1.2. Объекты исследования**

Всего обследовано 88 человек.

*Группы нормативного контроля (КГ).* Группы контроля представлены волонтерами без соматической, инфекционной, наркологической и психиатрической патологии.

Психометрические и нейрокогнитивные показатели получены при обследовании 33 здоровых человек, которые составили группу контроля № 1 (КГ1).

Также в работе использовались данные воксель-базированной морфометрии головного мозга, выполненной у 35 здоровых человек, – группа контроля № 2 (КГ2).

*Опиоидзависимые.* На предмет возможного участия в исследовании скринировано 38 человек, из которых 20 пациентов мужского и женского пола с диагнозом «синдром зависимости от опиоидов» (F11.2), соответствующие критериям исследования, включены в две группы: 10 человек вошли в группу опиоидзависимых без передозировок в анамнезе (ОЗ), 10 пациентов составили группу перенесших передозировки опиоидами (ОЗП). Показатели экстраполируемости результатов исследования представлены в Разделе 8.2.

#### **8.1.3. Процедуры набора исследуемых групп**

Исследование выполнено в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Включение в исследование проводилось после прохождения курса детоксикации и отмены всех препаратов. Все пациенты подписывали форму информированного согласия, утвержденную Этическим комитетом ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России.

#### ***8.1.3.1. Критерии включения в группу опиоидзависимых без передозировок (ОЗ)***

Синдром зависимости от опиоидов, возраст от 18 до 60 лет, отсутствие опиатных передозировок в анамнезе, отсутствие тяжелых черепно-мозговых травм (ЧМТ) и других органических поражений головного мозга (ГМ), срок воздержания от употребления наркотиков не менее 21 суток перед началом исследования.

#### ***8.1.3.2. Критерии включения в группу опиоидзависимых с передозировками (ОЗП)***

Синдром зависимости от опиоидов, возраст от 18 до 60 лет, наличие частых (3 и более) опиатных передозировок в анамнезе, отсутствие тяжелых ЧМТ и преморбидных органических поражений ГМ. Срок воздержания от употребления наркотиков не менее 21 суток перед началом исследования.

#### ***8.1.3.3. Критерии невключения***

В исследование не включались респонденты, не давшие добровольного информированного согласия на участие в исследовании, имевшие эндогенные психические заболевания, зависимость от другого ПАВ, кроме никотина, СПИД, нейроинфекции, онкологические заболевания, клинически нестабильное серьезное заболевание: печеночная или почечная недостаточность, кардиоваскулярные, легочные, эндокринные, неврологические, инфекционные или метаболические нарушения, беременность; положительный результат анализа на содержание ПАВ (морфина, кокаина, амфетаминов, метамфетаминов, метадона) в моче или алкоголя в выдыхаемом воздухе перед включением в исследование.

#### ***8.1.3.4. Критерии исключения***

Отказ пациента от участия в исследовании, несоблюдение пациентом условий участия в исследовании, обнаружение в процессе обследования сопутствующей патологии, характер которой может повлиять на результат исследования, интоксикация ПАВ.

#### 8.1.4. Методы исследования

В работе использовались клиническая карта и специально разработанный опросник для изучения передозировок (Приложение 1).

*Психометрические 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), опросник выраженности психопатологической симптоматики (клиническая шкала самоотчета) – Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) (Derogatis L.R., Ricklers K., Rock A.F., 1976; Derogatis L.R., 1977), шкалы импульсивности E.C. Барратта (Barratt impulsivity scale, BIS-11) (Barratt E.S., Patton J., Stanford M., 1995; Enikolopov S. N., Medvedeva T.I., 2015) и качества жизни, связанного с состоянием здоровья (SF-36).

*Шкала качества жизни — Health Status Survey (SF-36), русскоязычная версия* (Ware J.E., Kosinski M., 2001; Садальская Е.В., Ениколопов С.Н., 2001). Опросник «Шкала качества жизни» относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ). Перевод на русский язык и апробация методики были проведены Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург) (Садальская Е.В., Ениколопов С.Н., 2001). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах, при этом более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. Физическое функционирование — Physical Functioning (PF), — отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

2. Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием — Role-Physical Functioning (RP), — влияние физического состояния на повседневную рольную деятельность (работу и пр.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность пациента значительно ограничена его физическим состоянием.

3. Интенсивность боли — Bodily pain (BP) — и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.



4. Общее состояние здоровья — General Health (GH) — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

5. Жизненная активность — Vitality (VT) — подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

6. Социальное функционирование — Social Functioning (SF) — определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — Role-Emotional (RE), — предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

8. Психическое здоровье — Mental Health (MH) — характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии (Недошивин А.О. с соавт., 2000).

*Нейропсихологические тестирование на комплексе CANTAB.* Исследование нейрокогнитивных функций проводилось с помощью компьютеризированной батареи нейропсихологических проб на комплексе CANTAB и E-Prime (CANTAB, Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery).

Изучение оперативной памяти и способности к распознаванию образов с учетом отсроченных зрительных стимулов проводилось с помощью теста «Отложенный выбор по образцу» (Delayed Matching to Sample, DMS) (Kempton S. et al., 1999); тест «Обучение методом парных ассоциаций» (Paired Associate Learning, PAL) применялся для оценки зрительной памяти и способности к (зрительно-пространственному) обучению (Robbins T.W. et al., 1997), тест «Кембриджские чулки» (Stockings of Cambridge, SOC) оценивал пространственное планирование и решение задач (Robbins T.W. et al., 1994), «Тест интерференции цвета и слова Струупа» (Stroop Word/Color Test) – когнитивную гибкость (Bench C.J. et al., 1993), а «Тест с остановкой и переключением внимания» (Stop Signal Task, SST) – уровень импульсивности и невнимания (функцию ингибирования) (Logan G.D., Cowan W.B., Davis K.A., 1984; Logan G.D., Burkell J., 1986; Logan G.D., 1988, 1994).

В анализе результатов, полученных с помощью теста DMS, учитывались длительность латентного периода между стимулом и ответной реакцией, а также число правильных ответов в процентах. В методике PAL оценивались среднее число ошибок при выполнении задания, среднее число попыток при выполнении задания и количество завершенных этапов; в SOC – минимальное число шагов и среднее число шагов при решении задач; в SST – процент правильных ответов во всех тестах и каждого блока в отдельности. В тесте Stroop рассчитывался показатель интерференции в виде разницы между прогнозируемым и реальным количеством правильных ответов.

Обследование выполнялось на специальном компьютере с сенсорным экраном (CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery; CANTAB eclipse Test Administration Guide). Перед прохождением тестирования все участники получили подробные инструкции по выполнению заданий. Все нейрокогнитивные тесты являлись невербальными и оценивали поведенческие реакции.

*Воксель-базированная морфометрия головного мозга (ВБМГМ).* Исследование изменений в головном мозге (ГМ) проводилось на магнитно-резонансном томографе (МРТ) Atlas Exelart Vantage XGV (Toshiba, Япония), 1,5 Тл. Использовали стандартную 8-канальную катушку для головы. Положение пациента – лежа на спине. Для исследования ГМ применяли стандартный алгоритм МРТ-исследования, который включает в себя импульсные последовательности быстрого спинного эха (fast spin echo – FSE) для получения T1-взвешенных изображений (T1-ВИ) и T2-взвешенных изображений (T2-ВИ), а также последовательность инверсии-восстановления с подавлением сигнала от жидкости FLAIR (Flair-fluid attenuated inversion recovery), обеспечивающую подавление сигнала свободной воды при сохранении базовой T2-взвешенности изображения. На следующем этапе выполнялась импульсная последовательность 3D-MPRAGE (Magnetization Prepared Rapid Acquisition Gradient Echo) со следующими параметрами: TR = 12, TE = 5, FOV = 25,6, MTX = 256, ST = 2,0, FA = 20. Затем проводилась постпроцессинговая обработка данных последовательности – воксель-базированная морфометрия (voxel-based morphometry – VBM) анатомической МРТ с использованием приложения FreeSurfer, которое находится в свободном доступе по адресу: <http://surfer.nmr.mgh.harvard.edu>, является бесплатным программным обеспечением, разработанным в Центре биомедицинской визуализации Martinos (Massachusetts General Hospital), и устанавливается на операционную систему Linux. Постпроцессинговая обработка включала преобразование серии изображений в стандартное анатомическое пространство с корректированием изображений в единую систему координат, а также проведение нормализации, сглаживания и автоматическую сегментацию кортикальных и субкортикальных структур.

*Определение ПАВ и алкоголя.* Перед обследованием у всех пациентов выполнялся анализ мочи на наличие ПАВ (опиоиды, кокаин, бензодиазепины, амфетамины и каннабиноиды), а также оценивалась концентрация алкоголя в выдыхаемом воздухе.

**Методы статистической обработки.** Статистический анализ данных проводился с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Для всех количественных показателей рассчитывались средние, медианы (M) и среднеквадратические отклонения (SD), сравнения проведены при помощи критерия Манна–Уитни. Для качественных показателей указаны частоты и доли в процентах. Для сравнения качественных признаков были построены таблицы сопряженности и использовался точный критерий Фишера. Для выявления взаимосвязей был выполнен корреляционный анализ – коэффициент корреляции (r) Пирсона. Различия принимались статистически значимыми при уровне значимости менее  $p \leq 0,05$ .

## **8.2. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*Показатели экстраполируемости результатов исследования.* На предмет возможного участия в исследовании опрошены 38 больных с опиоидной зависимостью. 32 пациента (84,2%) подписали информированное согласие, из них 12 (37,5%) – не соответствовали критериям включения в исследование: у четверых в анамнезе обнаружены тяжелые ЧМТ – три пациента с передозировкой в анамнезе (ОЗП), один – без передозировки (ОЗ); пятеро указали на то, что перенесли ЧМТ легкой степени (два человека – ОЗП, три – ОЗ); три пациента получали антиретровирусную терапию (один – ОЗП, два – ОЗ); у одного (ОЗП) зарегистрирован цирроз печени. Включено в исследование 20 опиоидзависимых.

### **8.2.1. Результаты психометрического исследования**

#### ***8.2.1.1. Социально-демографические и клинические характеристики обследованных 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). Социальный статус в группах ОЗ vs. ОЗП: женаты/замужем – 3 человека (30%) vs. 2 (20%), холост (не замужем) – 6 (60%) vs. 4 (40%), удовлетворены семейным положением: 6 (60%) vs. 4 (40%), материальную помощь (любым

образом) получают – 6 (60%) vs. 9 (90%), материальная помощь является основным источником средств к существованию – 2 (20%) vs. 7 (70%) ( $p = 0,019$ ) (Таблица 35).

Общее количество передозировок (в течение жизни) в группе ОЗП составило 7,3 ( $SD = 6,86$ ); тяжесть последней передозировки ( $n = 7$ ): легкая – 1 (14,3%), средняя – 3 (42,9%), тяжелая – 3 (42,9%); основной причиной передозировки названо ( $n = 10$ ): превышение дозы принятого наркотика – 50% (в трех случаях причиной являлась высокая чистота наркотика, в двух случаях – снижение толерантности после предшествующего периода воздержания от употребления опиоидов), 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 ( $SD = 1,35$ ), число госпитализаций из-за передозировок равнялось пяти. 40% в группе ОЗП респондентов были сильно обеспокоены тем, что могут испытать передозировку в будущем (у ОЗ – 10%), при этом они меньше ориентированы на отказ от потребления ПАВ: ОЗП – 40% vs. ОЗ – 10%. В группе ОЗП ( $n = 10$ ) 100% опрошенных «всегда или практически всегда» употребляли наркотики в одиночестве (в группе ОЗ – 60%), были озабочены проблемами с общим здоровьем «значительно или очень сильно» – 60% (в группе ОЗ – 30%) и считали для себя «очень важным» лечение этих проблем со здоровьем – 90% (в группе ОЗ – 60%). У ОЗП по сравнению с ОЗ были выше частота употребления алкоголя за последний месяц ( $p = 0,028$ ), а также употребление более одного вида ПАВ в день ( $p = 0,004$ ) (Таблица 35).

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 контроля КГ1 составили 33 респондента (21 мужчина и 12 женщин), средний возраст – 33,98 года ( $SD = 5,91$ ), группу 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.

Таблица 35. Демографические и клинические показатели опиоидзависимых без передозировок (ОЗ) и с передозировками (ОЗП) в анамнезе

Демографические и клинические показатели	ОЗ (n = 10) Mean. (SD)	ОЗП (n = 10) Mean. (SD)	p
Возраст	34,10 (5,57)	34,30 (8,47)	0,951
Мужчины/женщины (n)	7/3	5/5	
Общая продолжительность употребления опиоидов (кол. месяцев)	114,89 (65,78)	115,11 (94,53)	0,995
Максимальная толерантность к наркотическому веществу (в граммах)	2,19 (2,20)	3,50 (6,24)	0,559
Употребление алкоголя в любых количествах за последние 30 дней	2,10 (2,13)	9,10 (9,04)	0,028*
Употребление более чем одного вещества в день (включая алкоголь)	0,20 (0,63)	9,00 (8,35)	0,004*
Количество передозировок в течение жизни	–	7,3 (SD = 6,86)	–
Возраст первой передозировки	–	22,60 (6,50)	–
Количество раз лечения от наркомании	6,30 (7,80)	6,90 (5,36)	0,843
ВИЧ-инфекция (длительность в месяцах) (ОЗ, n = 3), (ОЗП, n = 3)	48,33 (72,47)	72,00 (67,88)	0,739
Гепатит С (длительность в месяцах) (ОЗ, n = 3), (ОЗП, n = 3)	102,00 (62,64)	72,00 (40,40)	0,437

Примечание:

\* – статистически значимые различия между группами ( $p \leq 0,05$ ) по критерию Манна-Уитни.

#### **8.2.1.2. Результаты исследования при помощи методики «Индекс тяжести зависимости» (ASI)**

При помощи методики «Индекс тяжести зависимости» установлено, что у пациентов ОЗП по сравнению с группой ОЗ статистически значимо выше показатели «Употребление наркотиков» (0,25, SD = 0,10 vs. 0,12, SD = 0,08;  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о большем количестве проблем, связанных с потреблением опиоидов и других ПАВ.

### **8.2.1.3. Результаты исследования при помощи Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)**

При оценке значений психопатологической симптоматики по шкале SCL-90-R в исследуемых группах выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ): в группах ОЗ и ОЗП отмечаются более высокие показатели по всем шкалам по сравнению с нормативной группой (КГ1), за исключением НОС в группе ОЗ. В группе ОЗП регистрируется достоверно больше жалоб по шкалам «депрессия» (DEP), «тревожность» (ANX) и «психотизм» (PSY), чем у ОЗ и КГ1. У пациентов ОЗП максимальные показатели отмечаются по шкалам «депрессия» (DEP), «соматизация» (SOM) и «тревожность» (ANX), в группе ОЗ – по шкалам «обсессивно-компульсивные расстройства» (O-C), «паранойяльная симптоматика» (PAR) и «межличностная сензитивность» (INT).

Таким образом, потребление опиоидов сопровождается широким спектром психопатологических жалоб, но аффективные нарушения тревожно-депрессивного спектра, такие как апатия, угасание интереса к деятельности, дисфория, нервозность, беспокойство, ощущение безнадежности, а также неопределенного страха и опасности, максимально выражены у наркозависимых, перенесших передозировку опиоидами. Для данных пациентов больше характерны замкнутость, отсутствие доверительных связей с близкими, социальная отгороженность. О тяжести психопатологического состояния и глубине расстройств в группе ОЗП свидетельствует показатель GSI, который больше, чем в других группах ( $p < 0,05$ ).

### **8.2.1.4. Результаты исследования при помощи шкалы импульсивности Барратта (BIS-11)**

По данным шкалы Барратта (BIS-11) интегральный показатель «общая импульсивность» (TOT) в группе ОЗП составил 71,00 (SD = 5,10), то есть импульсивность находится на патологическом уровне. Значение «общей импульсивности» (TOT) в группе ОЗП выше ( $p < 0,05$ ), чем в группах ОЗ и КГ1. Показатели субшкал «двигательная импульсивность» (MOT) и «способность к планированию и самоконтроль» (NP), а также шкал «когнитивная сложность» (cc), «настойчивость/усидчивость» (per), в группе ОЗП больше ( $p < 0,05$ ) контрольных значений (КГ1). Тестирование указывает на то, что опиоидзависимые, в отличие от нормативной группы, меньше размышляют об имеющихся проблемах (cc), планируют и контролируют свои действия, они больше живут настоящим моментом (NP). Наркозависимые склонны действовать поспешно (MOT), для них характерны изменчивость интересов, нетерпеливость, меньшая настойчивость

(per). Пациенты ОЗП больше всего склонны к необдуманному и незапланированному реагированию на различные раздражители (ТОТ).

#### 8.2.1.5. Результаты исследования при помощи Шкалы качества жизни SF-36

При изучении качества жизни с помощью опросника SF-36 установлено, что в обеих группах опиоидзависимых субъективное восприятие качества жизни ниже ( $p < 0,05$ ), по сравнению с контрольной группой (КГ1), по шкалам «социальное функционирование» (SF), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), а также «психическое здоровье» (MH). Полученные данные свидетельствуют о большем психическом неблагополучии наркозависимых, наличии у них негативных эмоциональных переживаний и физических состояний, которые приводят к ограничению социальных контактов, снижению уровня коммуникации, а также вызывают трудности при выполнении обычной деятельности. В группе ОЗП показатели шкал «интенсивность боли» (P) и «ролевое (физическое функционирование)» (RP) меньше ( $p < 0,05$ ) нормативных значений (КГ1), это указывает на то, что боль и худшее физическое состояние больше ограничивают их способность заниматься повседневной работой и другими рутинными занятиями. По данным шкалы «общее здоровье» (GH) 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 «Индекс тяжести зависимости» (ASI), Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), импульсивности Барратта (BIS-11), Шкалы качества жизни SF-36, представлены в Таблице 36.

Таблица 36. Средние значения психометрических показателей у опиоидзависимых без передозировок (ОЗ), с передозировками (ОЗП) в анамнезе и в нормативной группе (КГ1)

Психометрические показатели	ОЗ (n = 10) Mean. (SD)	ОЗП (n = 10) Mean. (SD)	КГ1 (n = 33) Mean. (SD)
(ASI) Медицинский статус, Medical	0,43 (0,24)	0,62 (0,29)	–
(ASI) Работа / средства к существованию, Empl/Sup	0,67 (0,29)	0,76 (0,27)	–
(ASI) Употребление алкоголя, Alcohol	0,07 (0,07)	0,13 (0,11)	–
(ASI) Употребление наркотиков, Drug	0,12 (0,08)	0,25 (0,10) <sup>1</sup>	–
(ASI) Семья и социальные связи, Fam/Soc	0,22 (0,18)	0,39 (0,26)	–
(ASI) Психиатрический статус, Psych	0,25 (0,21)	0,36 (0,30)	–

Продолжение Таблицы 36

(ASI) Юридические аспекты, Legal	0,16 (0,21)	0,13 (0,17)	–
(BIS-11) Внимательность, att	10,30 (2,71)	11,70 (2,11)	10,4 (2,9)
(BIS-11) Моторный компонент, mot	14,70 (2,31)	16,00 (2,58)	15,0 (3,2)
(BIS-11) Самоконтроль, sc	12,60 (2,46)	13,60 (2,41)	12,1 (3,3)
(BIS-11) Когнитивная сложность, cc	12,90 (1,97)	14,20 (2,15) <sup>3</sup>	11,5 (2,6)
(BIS-11) Настойчивость/ усидчивость, per	8,10 (1,45)	8,80 (2,04) <sup>3</sup>	6,9 (1,8)
(BIS-11) Когнитивная неустойчивость, ci	5,50 (1,51)	6,20 (0,92)	6,4 (1,9)
(BIS-11) Отвлекаемость внимания, ATT	15,80 (3,88)	17,90 (2,02)	16,7 (4,1)
(BIS-11) Двигательная импульсивность, MOT	22,80 (3,36)	24,80 (2,25) <sup>3</sup>	22,0 (4,0)
(BIS-11) Способность к планированию и самоконтроль, NP	25,50 (3,50)	27,80 (4,02) <sup>3</sup>	23,6 (4,9)
(BIS-11) Общая импульсивность, TOT	64,00 (7,30)	71,00 (5,10) <sup>1,3</sup>	62,3 (10,3)
(SF-36) Физическое функционирование, PF	85,50 (17,87)	89,50 (9,26)	83,0 (23,8)
(SF-36) Ролевое (физическое) функционирование, RP	60,00 (39,44)	40,00 (41,16) <sup>3</sup>	77,9 (35,3)
(SF-36) Интенсивность боли, P	67,50 (21,87)	50,50 (31,15) <sup>3</sup>	70,2 (23,4)
(SF-36) Общее здоровье, GH	64,50 (11,17)	53,00 (12,06) <sup>1,3</sup>	70,1 (21,4)
(SF-36) Жизненная активность, VT	57,00 (18,14)	50,50 (16,41)	57,0 (21,1)
(SF-36) Социальное функционирование, SF	71,25 (14,49) <sup>2</sup>	52,50 (30,51) <sup>3</sup>	83,6 (23,0)
(SF-36) Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, RE	53,33 (42,17) <sup>2</sup>	46,67 (42,16) <sup>3</sup>	83,1 (31,6)
(SF-36) Психическое здоровье, MH	62,00 (13,37) <sup>2</sup>	48,40 (24,40) <sup>3</sup>	75,2 (17,6)
(SCL-90) Соматизация, SOM	0,89 (0,63) <sup>2</sup>	1,42 (0,92) <sup>3</sup>	0,50 (0,03)
(SCL-90) Обсессивно-компульсивные расстройства, O-C	1,02 (0,50) <sup>2</sup>	1,13 (0,57) <sup>3</sup>	0,50 (0,05)
(SCL-90) Межличностная сензитивность, INT	0,97 (0,53) <sup>2</sup>	1,02 (0,62) <sup>3</sup>	0,62 (0,06)
(SCL-90) Депрессия, DEP	0,98 (0,51) <sup>2</sup>	1,68 (0,80) <sup>1,3</sup>	0,49 (0,04)
(SCL-90) Тревожность, ANX	0,87 (0,59) <sup>2</sup>	1,48 (0,64) <sup>1,3</sup>	0,39 (0,04)
(SCL-90) Враждебность, HOS	0,68 (0,44)	1,21 (0,72) <sup>3</sup>	0,56 (0,07)
(SCL-90) Фобическая тревожность, PHOB	0,41 (0,43) <sup>2</sup>	0,53 (0,47) <sup>3</sup>	0,17 (0,02)
(SCL-90) Паранойяльная симптоматика, PAR	0,70 (0,52) <sup>2</sup>	1,13 (0,54) <sup>3</sup>	0,26 (0,04)
(SCL-90) Психотизм, PSY	0,44 (0,47) <sup>2</sup>	1,22 (0,62) <sup>1,3</sup>	0,23 (0,03)
(SCL-90) Общий индекс тяжести, GSI	0,81 (0,40) <sup>2</sup>	1,29 (0,54) <sup>1,3</sup>	0,42 (0,01)

Примечание:

<sup>1</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗ и ОЗП ( $p < 0,05$ ) по критерию Манна–Уитни.

<sup>2</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗ и КГ1 ( $p < 0,05$ ) по t-критерию.

<sup>3</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗП и КГ1 ( $p < 0,05$ ) по t-критерию.



## 8.2.2. Результаты исследования нейрокогнитивных функций на комплексе CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) и E-Prime

*Тесты CANTAB (Таблица 37):* При изучении параметров теста «Отложенный выбор по образцу» (Delayed Matching to Sample, DMS), который оценивает краткосрочную зрительную память, установлено ( $p < 0,05$ ), что в группе ОЗП, по сравнению с ОЗ и КГ2, меньше процент правильных ответов, предъявляемых с 12-секундной задержкой (Percent correct, 12000 ms delay), количество общих правильных ответов (Total correct, all delays) и правильных ответов в отношении стимулов, предъявляемых с 12-секундной задержкой (Total correct, 12000 ms delay), при этом у ОЗ последние два показателя ниже ( $p < 0,05$ ) нормативных (КГ2). Тест «Кембриджские чулки» (Stockings of Cambridge, 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 Mean moves, 5 moves), по сравнению с ОЗ и КГ2.

Таблица 37. Показатели различий нейрокогнитивного функционирования по данным CANTAB/E-Prime у опиоидзависимых без передозировок (ОЗ), с передозировками (ОЗП) и в нормативной группе

Показатели CANTAB / E-Prime	ОЗ (n = 10) Mean. (SD)	ОЗП (n = 10) Mean. (SD)	КГ1 (n = 33) Mean. (SD)
DMS Percent correct (12000 ms delay)	84,00 (9,66)	66,00 (16,47) <sup>1,3</sup>	88,6 (12,10)
DMS Total correct (12000 ms delay)	8,40 (0,97) <sup>2</sup>	6,60 (1,65) <sup>1,3</sup>	9,2 (1,10)
DMS Total correct (all delays)	25,40 (3,03) <sup>2</sup>	23,00 (2,21) <sup>1,3</sup>	26,50 (0,58)
SOC Mean moves (5 moves)	5,68 (1,00)	7,00 (1,28) <sup>1,3</sup>	5,50 (0,50)
STOP slide 3 RESPS (SST)	98,73 (1,64)	94,95 (5,89) <sup>1,3</sup>	97,93 (1,61)
STROOP incong-RT	1103,39 (224,80) <sup>2</sup>	1567,78 (750,0) <sup>1,3</sup>	815 (180)

Примечание:

<sup>1</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗ и ОЗП ( $p < 0,05$ ) по критерию Манна–Уитни.

<sup>2</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗ и КГ1 ( $p < 0,05$ ) по t-критерию.

<sup>3</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗП и КГ1 ( $p < 0,05$ ) по t-критерию.

*Тесты E-Prime (Таблица 37):* С помощью «Теста с остановкой и переключением внимания» (Stop Signal Task, SST), позволявшего оценивать уровень импульсивности и невнимания, выявлено (ингибиторный контроль), что в группе ОЗП, по сравнению с ОЗ и КГ2, регистрируется меньший процент ( $p < 0,05$ ) правильных ответов базовой части (STOP slide 3 RESP-S). «Тест интерференции цвета и слова Струупа» (Stroop Word/Color Test) продемонстрировал лучшее время ( $p < 0,05$ ) 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.

### **8.2.3. Результаты морфометрического исследования головного мозга опиоидзависимых без передозировок (ОЗ) и с передозировками (ОЗП) в анамнезе, а также в нормативной группе (КГ2) по данным МРТ ВБМ**

При МРТ ВБМ ГМ обнаружено (Таблица 38, рис. 3), 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,  $p = 0,050$ ); в височной доле, конвекситально – 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. В группе ОЗП морфометрические показатели толщины коры были меньше нормативных (КГ2), в левой гемисфере (Lh): в лобной области – в верхней височной поперечной (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 (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 (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<sup>MM3</sup>,  $p = 0,015$ ), также отмечаются изменения в центральном (CC centralis,  $p = 0,001$ ) и заднем отделах мозолистого тела (CC posterior<sup>MM3</sup>,  $p = 0,021$ ), при этом атрофия в заднем отделе мозолистого тела (CC posterior<sup>MM3</sup>,  $p = 0,023$ ) у пациентов с передозировкой выражена больше, чем в группе ОЗ.

Таблица 38. Значимые различия морфометрических показателей МРТ головного мозга между опиоидзависимыми без передозировок (ОЗ), с передозировками (ОЗП) и в контрольной группе (КГ2)

Морфометрические показатели головного мозга по данным МРТ	ОЗ (n = 10) Mean. (SD)	ОЗП (n = 10) Mean. (SD)	КГ2 (n = 35) Mean. (SD)	p
Rh: Pars orbitalis <sup>tA</sup>	2,76 (0,17)	2,61 (0,19) <sup>1,2</sup>	2,79 (0,19)	$p^1 = 0,050$ ; $p^2 = 0,043$
Rh: Precentral <sup>tA</sup>	12178 (1646) <sup>3</sup>	12371 (1436) <sup>2</sup>	14050 (1458)	$p^2 = 0,003$ ; $p^3 = 0,002$
Rh: Fusiform <sup>tA</sup>	2,61 (0,10)	2,44 (0,14) <sup>1,2</sup>	2,63 (0,09)	$p^1 = 0,007$ ; $p^2 = 0,001$
Rh: Lingual <sup>tA</sup>	2,19 (0,27)	1,98 (0,11) <sup>1,2</sup>	2,12 (0,11)	$p^1 = 0,035$ ; $p^2 = 0,003$
Rh: Parahippocampal <sup>tA</sup>	2,50 (0,27)	2,18 (0,28) <sup>1</sup>	2,512 (0,29)	$p^1 = 0,020$
Rh: Pars orbitalis <sup>gV</sup>	2634 (448)	2459 (303) <sup>2</sup>	2928 (523)	$p^2 = 0,007$
Rh: Medial orbitofrontal <sup>gV</sup>	4921(642) <sup>3</sup>	4894 (825) <sup>2</sup>	5569 (815)	$p^2 = 0,038$ ; $p^3 = 0,016$
Rh: Insula <sup>gV</sup>	6544 (717)	6740 (1130) <sup>2</sup>	7575 (1225)	$p^2 = 0,016$
Rh: Parahippocampal <sup>gV</sup>	1648 (268) <sup>3</sup>	1694 (284) <sup>2</sup>	1884 (273)	$p^2 = 0,050$ ; $p^3 = 0,018$
Rh: Accumbens area <sup>MM3</sup>	592 (149)	527 (87) <sup>2</sup>	612 (89)	$p^2 = 0,026$
Lh: Pars orbitalis <sup>tA</sup>	2,84 (0,20)	2,65 (0,25) <sup>1,2</sup>	2,710 (0,21)	$p^1 = 0,035$ ; $p^2 = 0,044$

Продолжение Таблицы 38

Lh: G temp sup-G T transv <sup>tA</sup>	2,48 (0,61)	2,02 (0,33) <sup>1,2</sup>	2,27 (0,22)	p <sup>1</sup> = 0,009; p <sup>2</sup> = 0,008
Lh: Precentral <sup>gV</sup>	12562 (1038) <sup>3</sup>	12541 (2112) <sup>2</sup>	14430 (1818)	p <sup>2</sup> = 0,016; p <sup>3</sup> = 0,000
Lh: G cingul-Ant <sup>gV</sup>	4292 (795)	4214 (915) <sup>2</sup>	4810 (690)	p <sup>2</sup> = 0,033
Lh: G cingul-Mid-Ant <sup>gV</sup>	2520 (723)	2407 (847) <sup>2</sup>	2764 (554)	p <sup>2</sup> = 0,025
Lh: G oc-temp med-Lingual <sup>gV</sup>	4748,20 (669,57)	4046,60 (712,60) <sup>1,2</sup>	4747.00 (942.00)	p <sup>1</sup> = 0,036; p <sup>2</sup> = 0,028
Lh: G temporal inf <sup>gV</sup>	6788 (1308) <sup>3</sup>	6616 (1119) <sup>2</sup>	8431 (1591)	p <sup>2</sup> = 0,000; p <sup>3</sup> = 0,002
Lh: Lingual <sup>gV</sup>	6446 (784)	5895 (1045) <sup>2</sup>	6605 (1146)	p <sup>2</sup> = 0,019
Lh: Fusiform <sup>gV</sup>	9289 (1514)	8172 (1527) <sup>2</sup>	10207 (1776)	p <sup>2</sup> = 0,023
Lh: Ventral Diencephalon <sup>mm3</sup>	4155 (354)	4054 (369) <sup>2</sup>	4420 (463)	p <sup>2</sup> = 0,015
Corpus Callosum central <sup>mm3</sup>	418 (70) <sup>3</sup>	379 (71) <sup>2</sup>	496 (104)	p <sup>2</sup> = 0,001; p <sup>3</sup> = 0,030
Corpus Callosum posterior <sup>mm3</sup>	975,20 (149,84)	828,10 (103,18) <sup>1,2</sup>	950,84 (142,14)	p <sup>1</sup> = 0,023; p <sup>2</sup> = 0,021

Примечание:

<sup>1</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗП и ОЗ ( $p^1$ ) по критерию Манна–Уитни.

<sup>2</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗП и КГ2 ( $p^2$ ) по критерию Манна–Уитни.

<sup>3</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗ и КГ2 ( $p^3$ ) по критерию Манна–Уитни.

<sup>tA</sup> Thick Avg – толщина коры ГМ; <sup>gV</sup> GrayVol – объем серого вещества ГМ; Lh – левая гемисфера ГМ; Rh – правая гемисфера ГМ; G – извилина.

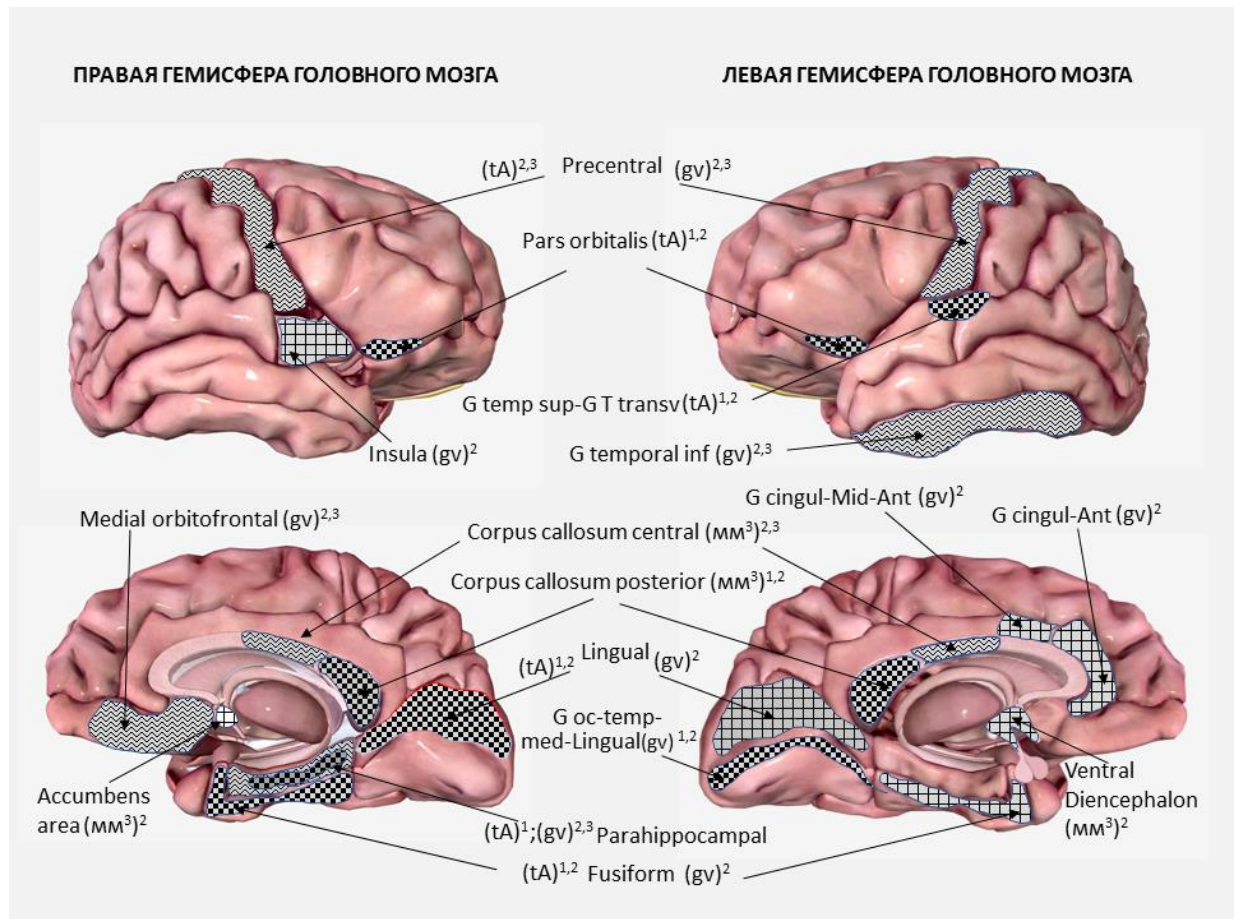


Рис. 3. Изменения коры и структур головного мозга (ГМ) опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами (ОЗП), по сравнению с опиоидзависимыми без передозировки (ОЗ) и контрольной группой (КГ2), по данным воксель-базированной магнитно-резонансной томографии

Примечания:

<sup>1</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗП и ОЗ по критерию Манна–Уитни ( $p \leq 0,05$ ).

<sup>2</sup> Статистически значимые различия между группами ОЗП и КГ2 по критерию Манна–Уитни ( $p \leq 0,05$ ).

<sup>3</sup> 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.

#### 8.2.4. Корреляционные взаимосвязи между показателями нейрокогнитивного функционирования (CANTAB/E-Prime) и данными воксель-базированной морфометрии мозговых структур у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами

Снижение показателя A' теста «Отложенный выбор по образцу» (DMS), характеризующего чувствительность объекта к ошибкам, вне зависимости от тенденции ошибок (обследуемый допускает больше ошибок в случае предыдущей ошибочной попытки), взаимосвязан с поражением Rh: Pars orbitalis<sup>gV</sup> ( $r = -0,62$ ), Fusiform<sup>tA</sup> ( $r = -0,85$ ). По данным DMS, увеличение среднего времени реакции при правильном ответе (Mean correct latency delab) ассоциировано с изменением в Rh: Caudal middle frontal<sup>tA</sup> ( $r = -0,60$ ); Mean correct latency (0 ms delay) – Rh: Insula<sup>gV</sup> ( $r = -0,71$ ), увеличение среднего времени реакции с задержкой 4 мс (Mean correct latency (4000 ms delay)) коррелирует с морфометрическими показателями (МрфП в Lh: G and S cingul-Mid-Ant<sup>gV</sup> ( $r = -0,72$ ) и Rh: Medial orbitofrontal<sup>gV</sup> ( $r = -0,59$ )). Процент правильных ответов (Percent correct, DMS) взаимосвязан с МрфП в Lh: G temp sup-G T transv<sup>tA</sup> ( $r = 0,66$ ). Число правильных ответов при отложенных интервалах (Total correct (all delays)) коррелирует с МрфП CC Posterior<sup>MM3</sup> ( $r = 0,94$ ) – чем меньше атрофия, тем больше число правильных ответов, и наоборот, чем более выражена атрофия, тем меньше число правильных ответов. При тестировании способности к пространственному планированию «Кембриджские чулки» (SOC) снижение среднего числа ходов для задач в два хода (Mean moves, 2 moves), три (Mean moves, 3 moves) и пять ходов (Mean moves, 5 move) сопровождается изменениями в Lh: Pars orbitalis<sup>tA</sup> ( $r = -0,65$ ), G and S cingul-Ant<sup>gV</sup> ( $r = -0,82$ ) и CC Posterior<sup>MM3</sup> ( $r = -0,64$ ) соответственно. Кроме того, большая атрофия в Lh: Pars orbitalis<sup>tA</sup> приводит к уменьшению количества задач, решенных за минимальное количество действий, – Problems solved in minimum moves ( $r = 0,58$ ). По данным StroopWord/ColorTest, увеличение показателя интерференции (interference) ассоциировано с изменениями Rh: Parahippocampal<sup>tA</sup> ( $r = -0,54$ ), Lh: G temp\_sup-G\_T\_transv<sup>tA</sup> ( $r = -0,85$ ) и Insula<sup>gV</sup> ( $r = -0,44$ ). Удлинение латентного периода при ответе на конгруэнтный стимул (congStim-RT) коррелирует с МрфП Rh: Lingual<sup>tA</sup> ( $r = -0,68$ ). Увеличение количества ошибок при выполнении задания «Обучение методом парных ассоциаций» с тремя рисунками (PAL 3 shapes: Total errors; Total trials) сопряжено с атрофией Lh: Pars Orbitalis<sup>tA</sup> ( $r = -0,69$ ). Снижение процента правильных ответов при оценке остановки и переключения внимания (Stop Signal Task, SST) связано с дефицитностью таких мозговых структур, как в Lh: Precentral<sup>gV</sup> ( $r = 0,63$ ), Rh: Precentral<sup>gV</sup> ( $r = 0,76$ ).

### 8.2.5. Корреляционные взаимосвязи между показателями импульсивности (BIS-11) и данными воксель-базированной морфометрии мозговых структур у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами

Нетерпеливость, неусидчивость, податливость, по данным шкалы «настойчивость/усидчивость» (per), коррелировала с атрофией в Rh: Pars orbitalis<sup>gV</sup> ( $r = -0,91$ ), а «двигательная импульсивность» (MOT) – с поражением Rh: Medial orbitofrontal<sup>gV</sup> ( $r = 0,69$ ). Снижение показателя «способности к планированию и самоконтролю» (NP) сопряжено с изменениями в Rh: Caudal middle frontal<sup>tA</sup> ( $r = -0,64$ ), «отвлекаемость внимания» (ATT) связана с изменениями в Lh: G and S cingul-Ant<sup>gV</sup> ( $r = -0,70$ ), G and S cingul-Mid-Ant<sup>gV</sup> ( $r = -0,57$ ), Fusiform<sup>gV</sup> ( $r = -0,79$ ). Кроме того, двусторонняя дефицитность инсулярного кортекса ассоциировалась как с «отвлекаемостью внимания» (ATT) (Lh: Insula<sup>gV</sup>,  $r = -0,66$ , Rh: Insula<sup>gV</sup>,  $r = -0,70$ ), так и с «общей импульсивностью» (TOT) (Lh: Insula<sup>gV</sup>,  $r = -0,75$ , Rh: Insula<sup>gV</sup>,  $r = -0,65$ ), а правосторонняя (Rh: Insula<sup>gV</sup>) – с худшим «самоконтролем» (sc) ( $r = -0,80$ ).

### 8.2.6. Корреляционные взаимосвязи между показателями опросников «Индекс тяжести зависимости» (ASI), выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R), качества жизни (SF-36) и данными воксель-базированной морфометрии мозговых структур у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами

Показатель «выраженности депрессивной симптоматики» (DEP) SCL-90 коррелирует со степенью поражения головного мозга в Rh: Pars orbitalis<sup>gV</sup> ( $r = -0,61$ ), Insula<sup>gV</sup> ( $r = -0,53$ ), Lingual<sup>tA</sup> ( $r = -0,80$ ), Lh: G oc-temp med-Lingual<sup>gV</sup> ( $r = -0,80$ ), а «тревоги» (ANX) ( $r = -0,52$ ) – связан с изменением инсулярного кортекса (Rh: Insula<sup>gV</sup>). Атрофия Rh: Lingual<sup>tA</sup> ассоциирована с уменьшением показателей по шкале «межличностного взаимодействия» (INT) SCL-90 ( $r = -0,78$ ), а также «семейных и социальных связей» (Fam/Soc) ASI ( $r = -0,80$ ). Большая сохранность Lh: Pars orbitalis<sup>tA</sup> сопряжена с показателем улучшения восприятия «социального функционирования» (SF) SF-36 ( $r = 0,69$ ), а Rh: Pars orbitalis<sup>gV</sup> – с показателями «психического здоровья» (MH) SF-36 ( $r = 0,59$ ). Чем больше объем Rh: Insula<sup>gV</sup>, тем выше значения «самооценки жизненной активности» (VT) SF-36 ( $r = 0,66$ ) и «психического здоровья» (MH) SF-36 ( $r = 0,55$ ).

### 8.2.7. Корреляционные связи между количеством перенесенных передозировок и клиническими, психометрическими, нейрокогнитивными (CANTAB/E-Prime), а также морфометрическими показателями (по данным МРТ ВБМ) головного мозга у опиоидзависимых, перенесших передозировку опиоидами

В результате корреляционного анализа с использованием коэффициента корреляции Пирсона ( $r$ ) установлено ( $p < 0,05$ ), что с большим количеством передозировок в течение жизни коррелируют высокая частота сочетанного употребления различных ПАВ, включая алкоголь ( $r = 0,74$ ), большее количество детоксикаций ( $r = 0,63$ ) и реабилитационного лечения опиоидной зависимости ( $r = 0,90$ ) (Таблица 39).

Таблица 39. Статистически значимые корреляционные связи между перенесенными передозировками и клиническими, психометрическими, нейрокогнитивными характеристиками, а также пораженными структурами ГМ у опиоидзависимых больных, перенесших передозировку опиоидами (ОЗП)

Клинические, психометрические, нейрокогнитивные показатели пациентов группы ОЗП (n = 10)	Количество передозировок в течение всей жизни	Количество передозировок за последний год
Сочетанное употребление различных ПАВ (включая алкоголь)	0,74*	0,56*
Количество детоксикаций при опиоидной зависимости	0,63*	0,07
Количество раз реабилитационного лечения опиоидной зависимости	0,90*	0,00
BIS-11 (TOT)	0,63*	0,31
DMS Percent correct (0 ms delay)	-0,80*	0,000
DMS Total correct (0 ms delay)	-0,80*	0,000
Rh. (thick Avg) Caudal middle frontal	-0,69*	-0,509
Rh. (thick Avg) Precentral	-0,68*	-0,403
Rh. (GrayVol) Insula	-0,31	0,68*

Примечание:

\* –  $p < 0,05$ , коэффициент корреляции Пирсона.

Выявлена взаимосвязь ( $p < 0,05$ ) между увеличением количества перенесенных передозировок в течение жизни и атрофией мозговых структур (показатель thick Avg по данным МРТ ВБМ), в правой гемисфере: каудальном отделе лобной извилины (Rh. Caudal middle frontal,



$r = -0,69$ ), прецентральной извилине (Rh. Precentral,  $r = -0,68$ ). Отмечается положительная корреляционная связь между количеством передозировок за последний год и высокой частотой употребления различных ПАВ, включая алкоголь ( $r = 0,56$ ), и показателем объема (GrayVol) инсультной коры (Rh. Insula,  $r = 0,68$ ).

Согласно полученным данным, чем больше регистрировалось передозировок в течение всей жизни в группе ОЗП, тем выше показатель «общей импульсивности» (TOT) опросника BIS-11 ( $r = 0,63$ ) и хуже зрительная память, о чем свидетельствует меньший процент правильных ответов в отношении стимулов, предъявляемых без задержки, по данным CANTAB: DMS Percent correct (0 ms delay),  $r = -0,80$ ; DMS Total correct (0 ms delay),  $r = -0,80$ .

### **8.3. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Эпидемиологические данные свидетельствуют о неуклонном росте числа смертельных и несмертельных передозировок опиоидами во всем мире, при этом передозировки без смертельного исхода регистрируются значительно чаще и представляют собой обычное явление для наркопотребителей (Всемирный доклад о наркотиках, 2015; Bergenstrom A. et al., 2008; Degenhardt L. et al., 2010; Jones C. et al., 2015;). Большинство выполненных ранее работ были направлены на изучение лишь отдельных аспектов негативных последствий для физического или психического здоровья у наркозависимых, перенесших тяжелую интоксикацию опиоидами (передозировку) (Grau L.E. et al., 2009; Green T.C. et al., 2009).

Это первое комплексное исследование изменений кортикальных и субкортикальных структур головного мозга и нейрокогнитивного функционирования, а также социально-психологических и клинических характеристик у опиоидзависимых пациентов, которые многократно перенесли передозировку опиоидами (ОЗП).

Мы установили, что социальные показатели в группе ОЗП более неблагоприятны, чем у других обследованных (в группе опиоидзависимых без передозировок в анамнезе – ОЗ, и в группе нормативного контроля – КГ), и проявляются в более низком уровне жизни, специфическом аддиктивном круге общения и ограничении социальных контактов. Пациенты, перенесшие несмертельную интоксикацию опиоидами, имеют большее количество проблем, связанных с потреблением психоактивных веществ (ПАВ), о чем свидетельствуют высокие показатели шкалы «употребление наркотиков» опросника «Индекс тяжести зависимости» (ASI). В среднем опиоидзависимые из группы ОЗП перенесли семь передозировок опиоидами (героином), сопровождающихся потерей сознания, угнетением дыхания и цианозом кожных покровов. Респонденты назвали основные причины передозировок: высокая чистота принятого наркотика, сочетание употребления опиоидов и алкоголя, а также одновременный прием

опиоидов и различных ПАВ. Выявлена прямая связь между увеличением количества передозировок и сочетанным употреблением опиоидов и других ПАВ, включая алкоголь, а также снижением толерантности в связи с проводимым детоксикационным и реабилитационным лечением. Полученные результаты соответствуют данным других исследований, в которых подтверждается влияние вышеуказанных факторов на риск возникновения передозировки (Профилактика смертности от острых состояний..., 2011; Состояние проблемы наркотиков в Европе, 2011; Strang J. et al, 1999; Risser D. et al., 2000).

Известно, что потребление опиоидов сопровождается различными психопатологическими нарушениями, вызывает расстройства эмоциональной сферы: депрессию, тревогу, дисфорию, эмоциональную лабильность (Daley D.C., Moss H., Campbell F., 2002), что приводит к повышению показателей опросника психопатологической симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) (Maremmani I. et al, 2010; Maremmani A.G.I., Rovai L., Maremmani I., 2012; Pani P.P. et al., 2016). В настоящем исследовании у наркопотребителей также отмечен широкий спектр психопатологических жалоб, таких как соматизация (SOM), обсессивно-компульсивные расстройства (О-С), межличностная сензитивность (INT), депрессия (DEP), тревожность (ANX), фобическая тревожность (PHOB), паранойяльная симптоматика (PAR), психотизм (PSY). О меньшем психическом благополучии и выраженности регистрируемых нарушений у опиоидзависимых свидетельствуют высокие значения «общего индекса тяжести психопатологической симптоматики» (GSI), а также худшие оценки по шкале «психическое здоровье» (MH) (SF-36).

В недавнем анализе моделей медицинского обслуживания в программе Medicaid (США) показано, что у 13 089 взрослых, которые умерли от передозировки опиоидами, депрессия и тревога являлись наиболее часто встречаемыми психическими расстройствами (Olfson M. et al, 2018). Кроме того, установлено, что депрессия и тревога могут приводить к более частому употреблению бензодиазепинов и психостимуляторов и их сочетанию с опиоидами, что в свою очередь увеличивает риск передозировок (Bauer S.M. et al, 2008; Bird S.M., Robertson J.R., 2011).

В данном исследовании опиоидзависимые, перенесшие передозировку опиоидами, больше других обследованных предъявляют психопатологические жалобы, соответствующие шкалам «депрессия» (DEP), «психотизм» (PSY), «тревожность» (ANX) опросника SCL-90. На тяжесть психопатологического состояния в группе ОЗП указывает высокий показатель GSI. У опиоидзависимых одними из доминирующих являются симптомы, соответствующие шкалам SCL-90: «соматизация» (SOM), «обсессивно-компульсивные расстройства» (О-С). Шкала SOM указывает на проблемы, связанные с физическим здоровьем пациентов. Пациенты, перенесшие передозировку, в 2 раза чаще выражали озабоченность состоянием своего здоровья, а показатели

шкалы «общее состояние здоровья» (GH) опросника качества жизни SF-36 были значимо ниже, чем в других группах.

Также увеличение жалоб по шкале SOM может являться непрямым маркером как имеющих инфекционных расстройств (30% обследуемых инфицированы ВИЧ или страдают вирусным гепатитом), так и переживаемых болевых ощущений – показатели шкал «интенсивность боли» (P) в группе ОЗП значимо ниже нормативных значений.

Растущее число работ подтверждает взаимосвязь между импульсивностью и зависимостью от ПАВ (Kirby K.N., Petry N.M., Bickel W.K., 1999; Mitchell J.M. et al., 2005; Verdejo-García A., Lawrence A.J., Clark L., 2008; Evren C. et al., 2011). Исследований, в которых подтверждена взаимосвязь между нефатальной передозировкой и импульсивностью, крайне мало (Maloney E. et al., 2009). Мы оценивали импульсивность с помощью опросника BIS-11 в двух разных группах потребителей опиоидов (ОЗ и ОЗП) и по сравнению со здоровым контролем. Результаты тестирования указывают на то, что только в группе перенесших передозировки регистрируется патологический уровень «импульсивности» (ТОТ). Пациенты, часто превышающие дозы опиоидов, больше других подвержены поспешному реагированию на разные стимулы. Нетерпеливость, готовность действовать без раздумий – МОТ, сложности с планированием и низкий самоконтроль – NP, в группе ОЗП выше нормативных значений. Кроме того, худшие показатели по шкале «когнитивная сложность» (сс) свидетельствуют о проблемах с удержанием внимания и способности к стабильному интеллектуальному напряжению.

Ранее исследованиям влияния хронического употребления опиоидов на нейрокогнитивное функционирование, по сравнению с другими наркотиками, уделялось относительно мало внимания, а полученные данные и выводы иногда расходились (Rogers R.D. et al., 1999; Rogers R.D., Robbins W.T., 2001), при этом изучение нарушений высших психических функций (ВПФ) проводилось с использованием классических, неаппаратных нейропсихологических методов. Современные достижения в психометрической оценке нейропсихологических функций и, в частности, применение более чувствительных компьютерных тестовых батарей, таких как Кембриджская нейропсихологическая автоматизированная батарея (CANTAB), расширили исследовательские возможности. В дальнейшем в многочисленных работах было установлено, что хроническое воздействие опиоидов сопровождается нарушением динамического праксиса, зрительной и слухоречевой памяти, пространственного гнозиса, снижением способностей к обучению и планированию, а также контроля над импульсами и др. (Бушара Н.М. с соавт., 2009; Darke S. et al., 2000; Ornstein T.J. et al., 2000; Baldacchino M. et al., 2017). Между тем изучение влияния многократных передозировок на нейрокогнитивные функции опиоидзависимых ранее не проводилось.

В данном исследовании при использовании широкой батареи нейрокогнитивных тестов (CANTAB, E-Prime) установлено, что в группе опиоидзависимых, перенесших многократные передозировки, регистрируется изменение ряда показателей, свидетельствующих о наличии нейрокогнитивной дефицитарности и нарушении контроля над исполнительными функциями. По данным теста «Отложенный выбор по образцу» (DMS), в группе ОЗП по сравнению с ОЗ выявляется снижение кратковременной зрительной памяти. С помощью теста «Кембриджские чулки» (SOC) определяются уменьшение способности к пространственному планированию и решению предъявляемых задач. «Тест интерференции цвета и слова Струупа» продемонстрировал, что ОЗП дольше других испытуемых реагируют на инконгруэнтный стимул, что указывает на ограничение объема распределяемого внимания и уровень познавательного контроля. Применение теста с остановкой и переключением внимания (Stop Signal Task, SST) показало, что пациенты с передозировками в анамнезе по сравнению с опиоидзависимыми и контрольной группой допускают значительно больше ошибок, у них меньше процент правильных ответов базовой части, что указывает на снижение концентрации внимания и способности ингибировать импульсивные реакции.

Регистрируемые высокая импульсивность и ряд нейрокогнитивных расстройств, с одной стороны, связаны с прямым и длительным воздействием опиоидов на ЦНС, но с другой, в большей степени, вызваны гипоксическим повреждением нервной ткани в результате часто переносимых передозировок. Во многих исследованиях установлено, что употребление опиоидов приводит к нарушениям функционирования нейромедиаторных систем, оказывает дезрегулирующее влияние на нейропластичность, энергообеспечение клетки, ионные каналы, меняет стабильность биологических мембран (Wise R.A., Bozarth M.A., 1985; Nestler E.J., Aghajanian G.K., 1997). Хроническая интоксикация опиоидами вызывает изменение структуры нервных клеток, синапсов, дендритов (Nestler E.J., Aghajanian G.K., 1997). Однако максимальное повреждающее воздействие на ЦНС у наркопотребителей оказывает передозировка опиоидами. Острая интоксикация опиоидами вызывает депрессию дыхательной функции за счет угнетения хеморецепторов дыхательного центра в структурах ствола мозга, через воздействие на  $\mu$ - (в основном  $\mu_2$ ) и  $\delta_2$ -опиоидные рецепторы (White J.M., Irvine R.J., 1999; Bauer S.M. et al., 2008). Снижение поступления кислорода в мозг приводит к дефициту макроэргических соединений, накоплению лактата, внутриклеточному ацидозу, развитию глутаматной эксайтотоксичности, активации перекисного окисления, апоптозу и некрозу нервных клеток, а также к поражению белого вещества с зонами гликолиза и утратой аксонов; кроме того, возникают такие последствия гипоксии, как реакции воспаления, эндотелиальная дисфункция, микроангиопатия, нарушение регуляции церебрального кровотока, повреждение гематоэнцефалического барьера (ГЭБ), в тяжелых случаях развивается отек головного мозга (первоначально цитотоксический и,

впоследствии, интерстициальный) (Buttner A. et al., 2000; Godoy D.A., Di Napoli M., Rabinstein A., 2010; Vintila I., Roman-Filip C., Rociu C., 2010; Nelson L.S. et al., 2011; Mergenthaler P. et al., 2013; Carre E. et al., 2013). Повторяющиеся эпизоды церебральной гипоксии приводят к формированию ишемических и вторичных дегенеративных изменений, таких как энцефалопатия, лейкоэнцефалопатия, а также локальных или распространенных лейкодистрофий и атрофий мозговых структур (Barnett M.H. et al., 2001; Molloy S., Soh C., Williams T.L., 2006).

В настоящем исследовании мы изучили изменения ГМ с помощью воксель-базированной морфометрии (ВБМ) на магнитно-резонансном томографе (МРТ) Atlas Exelart Vantage XGV (Toshiba) у опиоидзависимых, перенесших многократные передозировки (ОЗП), пациентов без передозировок в анамнезе (ОЗ) и в контрольной группе (КГ2). Воксель-базированная морфометрия позволяет с высоким уровнем достоверности установить локализацию атрофии ГМ, основной причиной развития которой являются гибель и дегенерация нейронов (Ананьева Н.И., Трофимова Т.Н., Семенов С.Е., 2013; Michelli A. et al., 2005; Matsuda H. et al., 2012).

Нами установлено, что в группе ОЗП, по сравнению с группой ОЗ и контрольной группой, регистрируется достоверно большее снижение толщины коры и объема структур ГМ в правом полушарии в язычной, веретенообразной, парагиппокампальной извилинах, в левом полушарии – в верхней височной поперечной и затылочно-средне-височно-язычной извилинах, в обоих полушариях – в глазничной части нижнелатерального края лобной доли, а также в заднем отделе мозолистого тела. Кроме того, в группе ОЗП обнаружены изменения в средне-передней и передней частях поясной, в веретенообразной и язычной извилинах, вентральном диэнцефалоне (в левой гемисфере ГМ), инсулярной коре, а также в области прилежащего ядра (в правой гемисфере ГМ), которые более выражены по сравнению с нормативной группой, но не отличаются от группы ОЗ. В обеих группах опиоидзависимых морфометрические показатели снижены в прецентральных извилинах в обеих гемисферах, медиальной орбитофронтальной области (в правой гемисфере ГМ) и центральной части мозолистого тела.

Нейропсихологическое тестирование, проводимое на компьютеризированном комплексе CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery) и E-Prime, дает возможность оценить активность зон мозга, участвующих в обеспечении различных нейрокогнитивных функций. Показано, что тест «Отложенный выбор по образцу» (DMS) активизирует медиально-височный, орбитофронтальный и префронтальный кортекс (CANTAB eclipse Test Administration Guide; Schon K. et al., 2008), тест «Обучение методом парных ассоциаций» (PAL) чувствителен к повреждениям височной доли, особенно энторинальной и гиппокампальной коры (Barnett, J.H. et al., 2005; De Rover M. et al., 2011), тест «Кембриджские чулки» (SOC) регистрирует изменения в работе лобных долей (Beats B.C., Sahakian B.J., Levy R., 1996; Torgersen J. et al., 2010). Изучение «интерференции цвета и слова Струупа» (Stroop Word/Color Test) позволяет оценить целостность

передней извилины (Bench C.J. et al., 1993), а при выполнении тестирования с остановкой и переключением внимания (Stop Signal Task, SST) увеличивается активность орбитофронтальной коры, передней поясной извилины правого полушария, дополнительной двигательной зоны и нижней префронтальной и теменной коры головного мозга (Logan G.D., Cowan W.B., Davis K.A., 1984; Logan G.D., Burkell J., 1986; Logan G.D., 1988, 1994; Rubia K. et al., 2001).

В нашем исследовании с помощью корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона) также обнаружены статистически значимые ( $p < 0,05$ ) взаимосвязи между показателями нейрокогнитивного функционирования (по данным CANTAB/E-Prime) и пораженными структурами ГМ (по данным ВБМ МРТ) у пациентов, перенесших несмертельные передозировки. Продемонстрировано, что снижение оперативной памяти и способности к распознаванию образов с учетом отсроченных зрительных стимулов по данным теста DMS прямо коррелирует с атрофическими изменениями в лобных отделах (справа: в медиальной орбитофронтальной извилине, каудальной части лобной извилины; слева: в средней части поясной извилины). Способность к пространственному планированию и решению задач по данным теста «Кембриджские чулки» (SOC) ухудшалась при большем поражении орбитофронтальной коры и передней части поясной извилины левой лобной доли. Снижение функции ингибирования (показателей концентрации и переключения внимания – Stop Signal Task, SST) сопряжено с билатеральным поражением прецентральных извилин (в обеих группах опиоидзависимых).

Таким образом, обнаруженные с помощью МРТ морфометрические изменения ГМ и нейрокогнитивные отклонения по данным CANTAB-тестирования (SOC, SST, часть показателей DMS), указывают на поражение одних и тех же нейрональных зон у перенесших передозировку опиоидами, а корреляционный анализ подтверждает установленный в других исследованиях характер взаимосвязей между топикой повреждения головного мозга и нарушением нейropsychологического функционирования.

Вместе с тем выявлены и новые корреляции, специфику которых, возможно, определяет наличие в анамнезе опиоидзависимых частых опиоидных передозировок. Изменения среднего времени реакции при правильном ответе и процента правильных ответов (DMS) ассоциировались с поражением инсулярной коры (в правой гемисфере ГМ), верхне-височно-поперечной извилины (в левой гемисфере ГМ). Увеличение количества ошибок при выполнении заданий «Обучение методом парных ассоциаций» (PAL), направленных на оценку зрительной памяти и способности к зрительно-пространственному обучению, сопряжено с атрофией глазничной части нижнелатерального края лобной доли в левой гемисфере, а уменьшение показателей когнитивной гибкости (Stroop Word/ColorTest) коррелировало с изменениями в парагиппокампальной и язычной извилинах справа и верхне-височно-поперечной извилине и

инсулярной коре слева. Можно предположить, что в генезе регистрируемых нарушений в группе ОЗП играют роль как поражение зон и структур мозга, обеспечивающих те или иные когнитивные функции, так и нарушение функционально-динамического внутрислоушарного и межполушарного взаимодействия различных нейрональных систем. Атрофические изменения латеральных и медиально-височных отделов ГМ, которые принимают участие в формировании различных видов памяти (PAL), контекстуально-ассоциативной обработке информации и других высших психических функциях (Zola-Morgan S. et al., 1989; Barnett J.H. et al., 2005; De Rover M. et al., 2011; CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery)), могут способствовать подавлению психических процессов другой модальности и снижению результативности нейропсихологических тестов, выполнение которых требует внимания, а также сложной параллельной переработки релевантной и нерелевантной информации (STROOP) (Bench C.J. et al., 1993; CANTAB eclipse Test Administration Guide). Обращает на себя внимание установленная нами связь между уменьшением объема валика мозолистого тела у перенесших передозировку и ухудшением показателей кратковременной памяти (DMS), а также снижением способности к пространственному планированию (SOC). Мозолистое тело, которое состоит из нервных волокон, соединяющих левое и правое полушария, играет фундаментальную роль в интегративной деятельности головного мозга, синхронизации нейронных сетей и когнитивном функционировании (Westerhausen R., Hugdahl K., 2008; Voineskos A.N. et al., 2012).

Имеются данные, указывающие на то, что гипоксически-ишемическое повреждение ГМ сопровождается перивентрикулярным отеком белого вещества, повышением проницаемости ГЭБ, проникновением в периваскулярное пространство веществ, оказывающих демиелинизирующее воздействие (протеаз, иммуноглобулинов, компонентов активированной системы комплемента и цитокинов), что приводит к деструкции волокон белого вещества вокруг боковых желудочков, а также к уменьшению объема мозолистого тела (Vintila I., Roman-Filip C., Rociu C., 2010; White M.L. et al., 2013). Поражение комиссуральных волокон центральной и задней частей мозолистого тела, связывающих постцентральные, отчасти прецентральные, теменно-затылочные отделы мозга, включая задние поясные извилины и частично инсулярный кортекс (Westerhausen R., Hugdahl K., 2008; Voineskos A.N. et al., 2012), может нарушать перенос соматосенсорных, визуально-моторных, интероцептивных сигналов между полушариями и по всему мозгу, приводить к дефициту межполушарной интеграции, сопровождаться эмоционально-мотивационными, когнитивно-мнестическими расстройствами, снижать контроль над исполнительными функциями (Westerhausen R., Hugdahl K., 2008; Voineskos A.N. et al., 2012).

К сегодняшнему дню, с использованием различных методов, в том числе и нейровизуализационных, накоплено достаточно свидетельств о связи передне-базальных регионов лобных долей, мозолистого и миндалевидного тела с импульсивностью (Aron A.R. et

al., 2003; Moeller F.G. et al., 2005; Matsuo K. et al., 2009; Chunming Xie. et al., 2011; Crunelle C.L. et al., 2014). Подчеркивается ведущая роль в контроле над импульсами префронтального кортекса – дорсолатеральных, медиальных (передняя цингулярная часть), орбитофронтальных его отделов (Crews F.T., Voettiger C.A., 2009). В данной работе также установлена взаимосвязь между поражением ряда зон лобных долей с различными характеристиками импульсивности (BIS-11). В группе ОЗП отвлекаемость, нетерпеливость, неусидчивость (per) коррелировали с атрофией глазничной части нижнелатерального края лобной доли в правой гемисфере ГМ. Готовность действовать без раздумий (MOT) сопряжена с поражением медиальной части правой орбитофронтальной извилины. Снижение самоконтроля и способности к планированию на долговременную перспективу (NP) ассоциировалось с изменениями в каудальном отделе правой средней лобной извилины, а отвлекаемость внимания (ATT) – с изменениями в левой гемисфере, в средней и передней частях поясной извилинах, а также в веретенообразной извилине. Нами выявлено, что билатеральное поражение инсулярного кортекса прямо коррелирует с показателями общей импульсивности (TOT) и отвлекаемости внимания (ATT), при этом правосторонняя дефицитность островковой коры ассоциируется с худшим самоконтролем (sc).

Инсулярная кора, являясь центром interoцептивного самосознания, вовлечена в ряд процессов, связанных с выявлением значимых стимулов, контролем над импульсами, координацией и регуляцией когнитивных, эмоциональных, мотивационных процессов (Naqvi N.H. et al., 2014; Dambacher F. et al., 2015). Существуют доказательства важного значения инсулярной коры в возникновении психоневрологических расстройств, когнитивных и эмоциональных дисфункций, нарушении социальных связей (Stratmann M. et al., 2014; Dambacher F. et al., 2015; Zhao K. et al., 2017; Baptiste C.D. et al., 2018). В ряде исследований выявлена связь между поражением инсулярного кортекса, язычной извилины, орбитальных отделов лобных долей головного мозга и депрессивными, а также тревожно-депрессивными расстройствами (Stratmann M. et al., 2014; Zhao K. et al., 2017; Baptiste C.D. et al., 2018). Мы установили, что у больных, перенесших передозировки, показатель «выраженности депрессивной симптоматики» (DEP) (SCL-90) прямо коррелирует со степенью атрофии в орбитальной части нижнелатерального края лобной доли, островковой коре, затылочно-средне-височно-язычной и язычной извилинах в правой гемисфере ГМ, а показатель «тревоги» (ANX) ассоциирован с изменением инсулярного кортекса справа. Чем меньшие изменения в правой островковой коре, тем выше показатель «жизненной активности» (VT) и «психического здоровья» (MH), и, как уже отмечалось ранее, повреждение инсулы коррелирует с повышением показателей, свидетельствующих о нейрокогнитивной дисфункции (DMS, STROOP). Кроме того, обнаружено, что атрофия в язычной области (в правой гемисфере ГМ) на фоне снижения нейрокогнитивной



гибкости STROOP ассоциирована с уменьшением показателей по шкале межличностного взаимодействия INT (SCL-90), а также семейных и социальных связей Fam/Soc (ASI).

В регуляции социального функционирования ведущая роль отводится орбитофронтальной коре, которая отвечает за мониторинг поведения, регуляцию эмоций, ожидание поощрения (Beer J.S. et al., 2006). Орбитофронтальные области ГМ являются критически важными для интерпретации соматических ощущений, необходимых для принятия решений (Bechara A., Damasio H., Damasio A.R., 2000; Bechara A., Tranel D., Damasio H., 2000; Beer J.S. et al., 2006). Нами, в дополнение к уже выявленной в данной работе взаимосвязи поражения орбитофронтальной коры с импульсивностью (per; BIS-11), депрессивными (DEP; SCL-90) и нейрокогнитивными нарушениями (PAL; SOC DMS), установлено, что большая сохранность орбитальной части нижнелатерального края лобной доли в обеих гемисферах коррелирует с лучшими показателями субъективного восприятия социального функционирования (SF) и психического здоровья (MH; SF-36).

Орбитофронтальная кора анатомически связана с прилежащим ядром (nucleus accumbens) и инсулярной корой. Префронтальные отделы мозга и островковая кора играют ключевую роль в механизмах, формирующих зависимость от наркотических веществ (Crews F.T., Boettiger C.A., 2009; Naqvi N.H. et al., 2014; Shott M.E. et al., 2015). В нашем исследовании продемонстрировано, что с увеличением количества передозировок опиоидами отмечается большая степень атрофии в правой гемисфере в каудальном отделе лобной и в прецентральной извилине, растет импульсивность (TOT; BIS-11), ухудшается краткосрочная зрительная память, вместе с тем показатель атрофии в островковой коре менее выражен. Есть мнение, что употребление ПАВ, в том числе и опиоидов, приводит к аномальному повышению чувствительности инсулярных нейрональных структур к interoцептивным сигналам, связанных как с гедонистическим опытом употребления наркотиков, так и с состоянием отмены ПАВ (Naqvi N.H. et al., 2014). Сенсibilизированная опиоидами и менее поврежденная система обработки соматосенсорных сигналов островковой доли, которая функционально взаимосвязана со структурами, составляющими нейробиологическую базу аддикции (вентральная тегментальная область, прилежащее ядро, амигдала, префронтальная кора и др. (Bechara A., Tranel D., Damasio H., 2000; Beer J.S. et al., 2006; Naqvi N.H. et al., 2014; Shott M.E. et al., 2015), может в большей степени активизировать систему награды и мотивационные процессы аддиктивной направленности, что на фоне поражения мозолистого тела, структур системы награды (область вентрального диэнцефалона и прилежащего ядра), префронтальных, медиально-базальных височно-затылочных отделов ГМ, а также высокой импульсивности, депрессивно-тревожных проявлений, снижения нейрокогнитивного функционирования и контроля над поведением увеличивает вероятность возникновения передозировок при опиоидной зависимости.

Основным ограничением данной работы является небольшой размер выборки. Опиоидная зависимость сопровождается широким спектром коморбидных расстройств, которые существенно лимитировали возможности рекрутмента пациентов в исследование (см. показатели экстраполируемости результатов исследования). Выводы, касающиеся связи поражения нейрональных структур с когнитивной недостаточностью, импульсивностью и другими показателями, базируются на статистически значимых показателях корреляционного анализа, однако без применения методов динамической визуализации, верифицирующих активацию мозговых зон при нейропсихологическом тестировании или в экспериментальных поведенческих моделях, утверждать о существовании строгих структурно-функциональных соотношений не представляется возможным. Результаты исследования, изложенные в главе 8, опубликованы и доступны по ссылке: Илюк Р.Д., Ананьева Н.И., Ерофеева Н.А. и др., 2018.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Опиоидная зависимость выделяется тяжестью медико-социальных последствий, которые делают это заболевание одной из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения.

В данной работе выполнена оценка наиболее значимых медико-социальных последствий инъекционного употребления опиоидов у наркозависимых, поступивших на стационарное лечение, а также изучалась информация о наркопотребителях, находящихся в их ближайшем окружении.

Установлено, что пациентами наркологических стационаров являются мужчины и женщины преимущественно в возрасте от 20 до 34 лет, получившие среднее и среднее специальное образование, при этом четверть респондентов указывала, что их основным источником средств к существованию является помощь родителей или родственников. Две третьих от общего числа потребителей ПАВ составляют мужчины. 72% (108 человек) опрошенных проживали с лицами, употребляющими наркотические вещества, что является фактором риска распространения инфекций и препятствует становлению длительной ремиссии у больных с аддиктивной патологией. Практически все потребители опиоидов (99,3%) вводили ПАВ инъекционным путем, значительная часть (86%) делала инъекции героина ежедневно в дозе от 1 до 2 граммов. 85,4% — употребляли опиоиды на протяжении четырех и более лет, а 2/3 — на протяжении семи лет и более. Поведение ПИН характеризовалось высокими уровнями применения 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%), гепатитом В (32,1%), гепатитом С (95,9%). Около 37% ПИН сообщили о перенесенных передозировках наркотиков в течение последнего года. В данном исследовании 2/3 опрошенных ранее уже находились на лечении в том же учреждении, в которое они поступили в последний раз. При этом для 80,6% респондентов длительность периода между последней и предыдущей госпитализациями составила менее 1 года, что свидетельствует о том, что, несмотря на лечение, пациентам не удавалось достичь стабильной ремиссии. Высокая доля повторных поступлений в стационар свидетельствует о низком качестве лечебной помощи. Основным видом лечения ПИН была детоксикационная терапия (72,7%).

В исследовании изучена информация о «скрытой группе наркопотребителей» (СГН), представители которой регулярно употребляли наркотики в течение последнего полугодия. Установлено, что социально-демографические, поведенческие характеристики СГН, их профиль употребления наркотиков во многом схожи с ПИН, проходящими стационарное лечение. Две

третьих от общего числа СГН составляли мужчины, средний возраст – 27,93 года. 2/3 имели среднее или среднее специальное, высшее или незаконченное высшее образование, у 1/3 уровень образования ниже среднего. Источником средств к существованию являлись случайные заработки (34,7%), помощь родителей и родственников (23,4%), постоянная работа (13,8%), а также «другое» — в основном незаконные доходы (15,6%). Оценка данных по основному ПАВ показала, что СГН в подавляющем большинстве (96,6%) употребляли опиоиды, 85,3% — употребляют их ежедневно. Средняя продолжительность наркотического стажа в «скрытой группе наркопотребителей» составила 8,7 года. 97% — употребляли наркотики инъекционным способом, при этом чужими иглами и (или) шприцами пользовались 72,2%. Со слов респондентов, около половины СГН (44,6%) не состоят под диспансерным наблюдением. Из-за проблем с наркотиками 73,2% представителей СГН (n = 370) задерживались сотрудниками правоохранительных органов.

Анкетирование установило, что к проблемам, которые беспокоят наркозависимых в наибольшей степени, относятся: страх преждевременной смерти от передозировки ПАВ, неизлечимость ВИЧ, негативное отношение к ВИЧ-инфицированным и наркопотребителям, а также низкий уровень качества жизни, отсутствие целей и смысла жизни, наркологический учет. Значительные опасения вызывают: наркозависимость, не позволяющая сохранять трезвость, низкая эффективность лечения наркотической зависимости, отсутствие доступной и анонимной наркологической помощи и реабилитации.

Биопсихосоциальная парадигма предусматривает целостный подход к изучению особенностей формирования, диагностики, лечения и реабилитации аддиктивных расстройств (Незнанов Н.Г., 2009), однако большинство работ имеют выраженную дисциплинарную специфику и фокусируются на изучении отдельных последствий инфицирования ВИЧ при опиоидной зависимости, что не позволяет целостно подходить к изучению паталогических факторов, лежащих в основе формирования коморбидных расстройств (Должанская Н.А., Бузина Т.С., 2002; Бородина О.И., Козлов А.П., 2007; Бутс Р.Е. с соавт., 2016; Кошкина Е.А. с соавт., 2012; Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П., 2014; Remien R.H., Rabkin J.G., 2001; Goldstein R.V. et al., 2005; Kozlov A.P. et al., 2006; Krupitsky E.M. et al., 2006; Abad N. et al., 2015).

В проведенном исследовании впервые были максимально охвачены и сравнены социально-психологические, поведенческие и клинические характеристики опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ) и ВИЧ-негативным статусами (ОЗ).

Полученные данные свидетельствуют о более неблагоприятном социальном положении больных ОЗВИЧ по сравнению с другими обследованными группами. Установлено, что у ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ короче период формирования синдрома зависимости, больше передозировок опиоидов в анамнезе, они чаще потребляют алкоголь и стимуляторы. Показатели «соматизации»,

«депрессии», «тревожности», «психотизма» и «суммарный показатель SCL-90», «внутреннее напряжение», «снижение аппетита», «апатия», «утрата способности чувствовать» и «общий балл по шкале депрессии» (MADRS) у ОЗВИЧ значимо выше, чем у ОЗ. О более тяжелом течении опиоидной зависимости, сочетанной с ВИЧ-инфекцией, свидетельствуют высокие значения интегративных индексов: общего индекса тяжести (GSI), индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI), общего числа утвердительных ответов (PST) (свидетельствует о широте симптоматики).

Выраженность показателя «риска инфицирования ВИЧ половым путем» и «суммарный показатель ТОСР» в группе ОЗВИЧ значимо выше, чем у ОЗ. Пациенты из группы ОЗВИЧ чаще, чем ОЗ, применяли и передавали использованные иглы, обменивались нестерильным инструментарием, употребляли кокаин, практиковали сексуальные отношения с ВИЧ-инфицированными. Женщины с ОЗВИЧ чаще занимались коммерческим сексом. Полученные результаты подтверждают существование более высокого риска передачи инфекций половым путем у ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых ПИН, имеющих худшие показатели социального и психопатологического статуса по сравнению с больными ОЗ без ВИЧ.

Результаты, полученные с помощью 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла, указывают на существование комбинаций дисфункциональных индивидуально-психологических черт у пациентов с опиоидной зависимостью, которые максимально выражены в группе ОЗВИЧ. В структуре личности у респондентов ОЗ и ОЗВИЧ преобладают неуверенность в себе, чувствительность к внешней оценке, импульсивность, конформность, а также отмечаются раздражительность, ипохондричность, настороженное отношение к людям. У пациентов с ОЗВИЧ более выражены, чем в группах ОЗ и КГ, такие черты, как эмоциональная неустойчивость, конкретность мышления, пронизательность, чувствительность по отношению к окружающим.

Данные опросника STAXI свидетельствуют о том, что характерной особенностью личности опиоидзависимых является гнев, который определяет деструктивность эмоционального реагирования на раздражители и направлен на окружающий мир. У опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией, на фоне наименьшей способности контролировать и подавлять гнев, индивидуально-динамические показатели гнева максимально интенсивны и выражены, что является одним из механизмов формирования агрессии.

Установлено, что в группах ОЗВИЧ и ОЗ отмечается высокий уровень агрессивности, в том числе физической и вербальной (BDHI). Данные формы агрессии сопровождаются наличием выраженной раздражительности и чувства вины. У больных ОЗВИЧ агрессивные тенденции поддерживаются значительным уровнем подозрительности и враждебности, обиды.

Исследование смысложизненных ориентаций показало, что у опиоидзависимых обеих групп регистрируются низкий уровень осмысленности существования, недостаточная целеустремленность, отсутствие планов на будущее (PIL). Эмоциональная оценка больными процесса жизни чаще носит отрицательный характер, у них отмечается отсутствие уверенности в своих силах и способности контролировать свою жизнь в соответствии с представлениями о ней. Наркозависимые не удовлетворены результатами прожитой части жизни. Наличие ВИЧ-инфекции у потребителей опиоидов усугубляет негативное восприятие их жизненных перспектив и смысла существования, приводит к большей потере контроля над жизнью, пересмотру целей, планов на будущее. В данной группе регистрируется наименьшая удовлетворенность собственной жизнью.

С помощью опросника Лазаруса было показано, что опиоидзависимые, как правило, используют неэффективные способы совладающего поведения («дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание», «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка»), которые направлены на уход от проблемы, избегание, подавление и сдерживание эмоций, неконструктивное разрешение трудностей, необходимость приложения 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 («конфронтативный копинг») и преодоления ситуации, при этом они в большей степени склонны к поиску информационной и действенной поддержки со стороны близких, социального окружения («поиск социальной поддержки»).

По данным шкалы Б.Г. Линка, 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. Наиболее высокий уровень стигматизации по ВИЧ-инфекции отмечается в группе ОЗВИЧ. Данный факт указывает на то, что эти пациенты максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы, которая приписывает стигматизируемым набор нежелательных характеристик, таких как опасность, агрессивность, ненадежность, непредсказуемость, и сопровождается значительной социальной изоляцией и дискриминацией. Высокие уровни стигматизации и самостигматизации у потребителей опиоидов подтверждаются показателями, свидетельствующими о наличии выраженных переживаний «обида» и «вины» (BDHI). Следует отметить, что у пациентов обеих групп происходит «наслоение» стигм как по диагнозу «наркозависимость», так и по диагнозу ВИЧ, что, вероятно, является следствием особенно негативного отношения социума к инфицированным наркологическим больным.

Двойная стигматизация отягощает биопсихосоциальный статус пациентов и существенно снижает качество их жизни (Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В., 2003).

Одним из приоритетных методологических подходов биопсихосоциального направления является изучение показателя качества жизни (Комаров Е.В., Шабанов П.Д., 2009; Яковлева Н., 2009). Нами для оценки качества жизни использовался опросник «ВОЗКЖ-100» – многомерный инструмент, позволяющий получить основанную на индивидуальном восприятии оценку качества жизни респондента в целом и по отдельным сферам и субсферам (Бурковский Г.В. с соавт., 1998).

Результаты исследования показывают, что потребители опиатов, вне зависимости от ВИЧ-статуса, имеют низкий уровень удовлетворенности качеством своей жизни и состоянием здоровья: показатели в «физической сфере», «психологической сфере», «уровне независимости», «социальных отношениях» и «общем качестве жизни» у них достоверно хуже, чем у здоровых испытуемых. Снижение удовлетворенности КЖ в группах наркозависимых вызвано физическим дискомфортом, снижением самооценки, нехваткой положительных эмоций, зависимостью от медикаментозной поддержки и медицинских вмешательств. В группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечается снижение способности справляться с работой, устанавливать и поддерживать близкие личные взаимоотношения с окружающими, а также регистрируется беспокойство о своей внешней привлекательности. По сравнению с ОЗ, у ОЗВВИЧ собственное самочувствие и качество жизни воспринимаются хуже: их в большей степени беспокоят высокая утомляемость, сниженная жизненная активность, отрицательные эмоции и неприятные физические ощущения, что может быть обусловлено как инфекционно-соматическими и психическими нарушениями (депрессия, тревога), так и индивидуально-психологической дезадаптацией. Данное состояние сопровождается более выраженной необходимостью в получении лекарств и лечения. У серопозитивных наркозависимых хуже работоспособность, больше проблем с выполнением повседневных дел, меньше возможностей отдыхать и испытывать удовольствие. Образ тела и внешность воспринимаются ими более негативно. У ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов удовлетворенность качеством жизни, при сравнении с нормативными показателями, достоверно хуже во всех сферах. Это свидетельствует о том, что ВИЧ-позитивные пациенты меньше чувствуют поддержку и практическую помощь со стороны близкого окружения, у них меньше возможностей по организации своего досуга и отдыха и удовлетворения сексуальных потребностей. Для пациентов группы ОЗВИЧ характерны низкая удовлетворенность финансовыми ресурсами, отсутствие ощущения физической безопасности и защищенности. У таких больных хуже когнитивное функционирование, больше проблем с приобретением новой информации, а также с получением медицинской и социальной помощи. Существующий медико-социальный статус снижает удовлетворенность в «духовной» сфере.

Анализ ранее выполненных работ показывает, что, несмотря на важную роль КЖ в формировании аддиктивного поведения и функционировании наркологических больных, факторы, ассоциированные с КЖ, у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом являются недостаточно исследованными.

Нами выявлена многоуровневая структура общих и специфических биопсихосоциальных характеристик, связанных с качеством жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом.

Общими факторами, связанными с удовлетворенностью «общим качеством жизни» у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом, являются более легкое течение наркологического заболевания, меньшая дезадаптация регуляторных и эмоционально-коммуникативных свойств личности, адекватная самооценка, наличие целей и смыслов в жизни, устойчивость интересов, а также трудовая занятость. Вышеперечисленные биопсихосоциальные характеристики коррелируют практически со всеми сферами качества жизни. Снижение восприятия боли и физического дискомфорта (F1) у опиоидзависимых обеих групп связано с установкой на отказ от потребления опиоидов, большими частотой и объемом получения медицинской помощи, с меньшим использованием таких способов совладающего поведения, как конфронтация, отрицание проблемы, поиск социальных ресурсов, а способность организовать досуг и получать удовольствие от отдыха (F21) ассоциирована с меньшей выраженностью диссомнических расстройств.

КЖ опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом связано с рядом специфических факторов. Для позитивной оценки общего КЖ (WHOQOL-100) имеют значение критичность к своему наркологическому заболеванию, и низкая склонность реагировать эмоцией обиды. Росту удовлетворенности психологическим состоянием («психологическая сфера») и способности самостоятельно справляться с повседневными делами («уровень независимости») содействуют сохранность интеллектуальных свойств личности, длительные ремиссии после реабилитации, меньшая выраженность проявлений физической агрессии. В группе ОЗ отмечается отрицательная связь между КЖ в «психологической сфере» и индексом враждебности, сферой «уровень независимости» и выраженностью ЧМТ. Малая прогрессивность наркологического заболевания, более позднее начало употребления, а также личностная чувствительность улучшают КЖ субсферы «физическая боль и дискомфорт». Увеличение выраженности субъективных ощущений боли и дискомфорта может сопровождаться усилением стигматизирующего отношения к ВИЧ-инфицированным. Длительное течение опиоидной зависимости приводит к снижению, а успешные лечебно-реабилитационные мероприятия – к повышению жизненной активности и восстановлению уверенности больных в своих силах (F2). Возобновление потребления наркотика негативно сказывается на потребности в отдыхе (F21).



Более короткая длительность ВИЧ, гепатита С и стажа наркотизации, меньшие проявления депрессии (SCL-90), такие личностные черты, как смелость и общительность, позитивные отношения между отцом и пациентом – являются специфическими «коррелятами» «общего качества жизни» в группе ОЗВИЧ. Ухудшение КЖ в «психологической сфере» у данных больных сопряжено с обострением влечения к алкоголю и ростом стигматизирующего отношения к ВИЧ-инфицированным (LINK), а также с большей широтой регистрируемых психопатологических расстройств (SCL-90). Улучшение восприятия уровня независимости («уровень независимости») у опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией связано с более молодым возрастом, а также с большим количеством госпитализаций, позволяющих оперативно купировать возникающие соматические нарушения. Субъективная удовлетворенность опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом КЖ в субсфере «F1 – физическая боль и дискомфорт» ассоциирована с меньшими внутренним напряжением и подозрительностью, большим самоконтролем и нормативностью поведения, 16PF). Уверенность в себе и в своих силах, более спокойный характер реагирования в трудных ситуациях и «конкретное» практическое мышление в сочетании с совладающим поведением по типу «положительной переоценки» сопряжены с ростом жизненной активности и энергии (F2), нонконформизм в совокупности с показателями низкой личностной тревожности и копинг-стратегией «дистанцирование» связаны с большей удовлетворенностью отдыхом и досугом (F21).

Передозировки опиоидами снижают КЖ в «духовной сфере» у пациентов обеих групп. Бóльшее количество передозировок за последний год и присутствие при передозировках коррелируют с ухудшением КЖ у опиоидзависимых без ВИЧ в сферах «социальные отношения» и «окружающая среда».

Результаты сравнительного исследования свидетельствуют о том, что при опиоидной зависимости нарушения носят комплексный характер и затрагивают все стороны биопсихосоциального функционирования пациентов. ВИЧ-позитивный статус существенно снижает адаптационно-компенсаторные возможности организма, ухудшает качество жизни больных, утяжеляет состояние соматического, психического здоровья наркозависимых, обуславливает формирование специфичных только для данной группы аддиктивных и психопатологических расстройств, а также индивидуально-психологических и поведенческих отклонений. Существующая комбинация заболеваний увеличивает проявления агрессии и гнева, вместе с тем вопросы факторогенеза этих феноменов остаются открытыми.

В выполненном исследовании установлено, что агрессивность и гнев у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами представляют собой сложные феномены, в основе формирования которых лежит совокупность социально-психологических, клинических и поведенческих факторов. Впервые выявлены общие и специфические предикторы формирования

агрессии и гнева у опиоидзависимых с различными ВИЧ-статусами. У опиоидзависимых с ВИЧ-отрицательным статусом в формировании агрессивных форм поведения большое значение имеют готовность идти на конфликт, снижение контроля агрессивных импульсов за счет нарушений психической интегрированности, высоких доз опиоидов и церебральных резидуально-органических расстройств. Враждебность опиоидзависимых определяют многократность случаев терапии синдрома отмены опиатов, личностные характеристики, блокирующие реализацию прямых форм агрессии в поведении, а также проецирование на себя негативного отношения общества к наркозависимым и ВИЧ-инфицированным. Чувство вины наблюдается чаще у эмоционально недифференцированных лиц, утративших веру в возможность изменения сложившейся жизненной ситуации и больше ориентированных на потребление ПАВ. Склонность к раздражительности и гневу связана с особенностями течения опиоидной зависимости и большим количеством детоксикаций. Стигматизация по статусу «наркопотребитель», в совокупности с меньшей аффективной дефицитарностью и недостаточным уровнем поведенческих навыков, индуцирует экспрессию гнева вовне.

У опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным статусом проявление агрессивности в поведении в большей степени сопряжено с дезадаптацией эмоционально-регуляторных свойств личности, ВИЧ-индуцируемым мироощущением, избегающими поведенческими стратегиями и алкоголизацией, а также с меньшей способностью снижения уровня внутреннего напряжения. Нарастающая психическая дезинтегрированность, ощущение жизненного тупика, сопряжённые с дискриминацией в связи с ВИЧ-носительством, генерируют враждебность. Фактор стигматизации по ВИЧ-статусу имеет значение при формировании чувства обиды. Утяжеление наркотической зависимости, сопровождающееся более частыми случаями превышения доз опиоидов, в особенности у эмоционально и интеллектуально более дифференцированных лиц, склонных к самоосуждению, способствует формированию чувства вины. Неадаптивные конфликтные способы преодоления проблем в сочетании с плохим самоконтролем являются факторами увеличения склонности к раздражительности и гневу. Большое количество опиоидных передозировок в сочетании с личностной дисфункциональностью и жалобами психопатологического характера обуславливают экспрессию гнева вовне в группе ОЗВИЧ.

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации крайне неблагоприятна. Кумулятивное количество зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации приближается к 1,5 млн человек (Справка ВИЧ-инфекция..., 2020). Рост числа инфицированных ВИЧ обусловлен широкой распространенностью рискованных форм поведения. В этой связи вопрос оценки факторов рискованного поведения, сопровождающегося распространением инфекционных заболеваний, продолжает оставаться крайне актуальным. Особый интерес представляет субпопуляция потребителей опиоидных

инъекционных наркотиков, продолжая активно участвовать в распространении ВИЧ среди населения инъекционным и половым путем (Киржанова В.В. с соавт., 2020).

В данном исследовании впервые проведено комплексное изучение факторов, ассоциированных с рискованным поведением опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Выявлена многоуровневая структура общих и специфических биопсихосоциальных характеристик, связанных с рискованным инъекционным и половым поведением. Определены «корреляты» рискованного поведения, характерные для опиоидзависимых обеих групп, а также факторы, ассоциированные с рискованным инъекционным и половым поведением пациентов, инфицированных или неинфицированных ВИЧ.

Общими «коррелятами» риска инфицирования инъекционным и половым путем у потребителей опиоидов вне зависимости от ВИЧ-статуса являются молодой возраст, меньший стаж наркотизации и длительность коморбидной инфекционной патологии, наличие депрессивной симптоматики, снижение стигматизирующего воздействия по статусу «наркозависимость», а также дезадаптивный сверхконтроль над собственным поведением и наличие дисфункциональных эмоциональных личностных черт.

Риск инфицирования ВИЧ инъекционным путём у опиоидзависимых обеих групп сопряжен с обострением влечения к опиоидам, незаинтересованностью в семейном образе жизни, конфликтностью, склонностью к доминированию и нонконформизмом, а также с агрессивностью, выражением гнева вовне, конфронтацией как способом разрешения трудностей.

Выявлены специфические «корреляты» риска инъекционного заражения у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом: низкий уровень образования, большая тяжесть наркологического заболевания, диссомнии, органическое поражение ЦНС, проявления гнева, расторможенность при межличностном взаимодействии, готовность к риску и низкая личностная тревожность.

У больных ОЗВИЧ высокий риск инъекционного поведения сопряжен с ранним началом половой жизни, меньшей длительностью ВИЧ, большей потребностью в употреблении алкоголя, недостаточно выраженными регуляторными свойствами личности (самодисциплиной), а также с наличием таких признаков депрессии, как чувство беспомощности и безнадежности, угнетенности.

Периоды трезвости способствуют улучшению соматического здоровья, повышению половой активности, что увеличивает риск инфицирования половым путем в обеих группах.

Выявлены специфические «корреляты» риска инфицирования половым путём у потребителей опиоидов с ВИЧ-негативным статусом: низкий уровень образования, нарушение концентрации внимания, меньший уровень беспокойства и тревожности, общительность, легкость в установлении межличностных контактов.

Большая продолжительность употребления стимуляторов и алкоголя, на фоне апатии, обусловленной депрессией, в сочетании с редким приемом ПАВ-депрессантов, уменьшением межличностной сензитивности и проявлений гнева повышают риск полового инфицирования ВИЧ в группе ОЗВИЧ.

Некритичное отношение к заболеванию при наркологических заболеваниях — один из важнейших факторов, влияющих на поведение зависимых от ПАВ, обращаемость за лечением (Pal H.R., et al., 2003; Wells J.E., Horwood L.J., Fergusson D.M., 2007; Goldstein R.Z. et al., 2009), определяющих эффективность терапии, а также удержание в лечебных и реабилитационных программах (Ерышев О.Ф. и др., 2006; Lacoste J., Daniel M.L., Meissonnier F. et al., 2011). Анозогнозия при опиоидной зависимости относится к наименее исследованным феноменам в наркологии. Отсутствие квантифицированных, многомерных, надежных инструментов в значительной степени ограничивает изучение различных аспектов опиоидной анозогнозии.

Для изучения некритичного отношения опиоидзависимых к своему заболеванию с опиоидной зависимостью нами специально разработан опросник «Анозогнозия при опиоидной зависимости», который основан на представлении об анозогнозии как о комплексном образовании, включающем в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты.

Определена структура опросника, подобраны утверждения для семи субшкал: неинформированность, непризнание симптомов заболевания, непризнание заболевания в целом, непризнание последствий заболевания, эмоциональное неприятие заболевания, несогласие с лечением, неприятие трезвости. Рассчитана внешнекритериальная валидность инструмента. Показано, что у большинства опиоидзависимых фиксируются средний и низкий уровни анозогнозии, а профиль АОЗ характеризуется диссоциацией отдельных компонентов, причем наименее выражен показатель «непризнание заболевания», наиболее — «эмоциональное неприятие заболевания» и «несогласие с трезвостью».

Факторами, ассоциированными со снижением АОЗ, являются ( $p \leq 0,05$ ): добровольность обращения за помощью, стаж употребления опиоидов, толерантность к опиоидам, отсутствие аффективных нарушений, наличие легких ЧМТ и выраженной соматической патологии, наследственная отягощенность алкоголизмом, женский пол, выраженная трудовая и материальная декомпенсация. Установлено, что снижение АОЗ сопряжено с увеличением количества госпитализаций по поводу наркологической патологии, при этом увеличение числа эпизодов реабилитационного лечения сопровождается снижением когнитивного, эмоционального и мотивационного компонентов АОЗ. Выявлена отрицательная связь между количеством передозировок, представляющих опасность для жизни зависимых от опиоидов, и эмоциональным неприятием заболевания.

Увеличение АОЗ связано с длительным воздержанием от наркотика, наличием психически нездоровых детей, высоким уровнем конфликтности семейных отношений, частыми административными правонарушениями и судимостью, диспансерным наркологическим наблюдением. В настоящей работе показано, что больные с сопутствующей ВИЧ-инфекцией менее склонны к осознанию своей наркозависимости и демонстрируют более негативное отношение к предлагаемой терапии, которое усиливается по мере увеличения длительности инфекции. Большая продолжительность ВИЧ также ассоциирована с меньшей информированностью о причинах возникновения, течения и последствий заболеваний, а также способах их лечения.

Наркотизация опиоидами приводит к изменению морфофункционального состояния мозга и сопровождается различными нарушениями нейрокognитивного функционирования (Ланда А.Н., 1989; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2000, 2001; Баулина М.Е., 2002; Оруджев Н.Я., 2002). Нейрокognитивные нарушения являются наиболее характерными проявлениями органических психических расстройств. Выраженность клинических симптомов органического поражения мозга при опиоидной наркомании колеблется в широком диапазоне: от сравнительно легких до выраженных нарушений (Лукачер Г.Я., Врублевский А.Г., Ласкова Н.Б., 1987; Пятницкая И.Н., 1994; Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2000). Нейропсихологические методы исследования обеспечены необходимым инструментарием для выявления качественных и количественных характеристик мозговых нарушений на ранних этапах их возникновения (Рохлина М.Л., Козлов А.А., 2000).

С помощью модифицированной нейропсихологической методики исследования мягкой неврологической симптоматики, адаптированной для больных с аддиктивной патологией (Вассерман Л.И. с соавт., 1987; Тархан А.У., 2008), нами проведено исследование нейропсихологических нарушений как основного признака легких органических психических расстройств, формирующихся в результате прямого воздействия опиатов. У больных с неосложненной опиоидной зависимостью нами выявлены специфические нарушения ВПФ, 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. Для больных с люцидной алкогольной зависимостью характерны расстройства динамического праксиса и пространственного гнозиса, что обусловлено преимущественным нарушением функций лобных и теменных долей головного мозга. При опиоидной зависимости более существенно, чем при алкогольной зависимости, нарушена деятельность левых теменно-височно-затылочных отделов головного мозга.

Возникновение нейрокогнитивных нарушений, органических психических расстройств, их клиника и динамика при опийной зависимости связаны с воздействием различных факторов, в том числе и таких, как передозировка опиоидами (ПД). Современные исследования в основном посвящены токсикологии или эпидемиологии передозировок (Perucci C.A. et al., 1991; Eskild A. et al., 1993; Frischer M. et al., 1993; Oppenheimer E. et al., 1994), и лишь немногие направлены на изучение феноменологии и факторов опасного превышения доз опиоидов (Drew L.R.H., 1982; Manning F.J. et al., 1983; Walsh R.A., 1991; Zador D., Sunjic S., Darke S., 1996). В данном исследовании установлено, что передозировка опиоидами – распространенное явление среди потребителей инъекционных опиоидов (ПИН ОЗ): 75% участников исследования перенесли ПД, две третьих из них – мужчины. В среднем на протяжении жизни опиоидзависимые переносят 4 передозировки. Среднее время между первым употреблением опиатов и первой передозировкой составляет 4,5 года. Наибольшее количество ПД происходило дома у ПИН ОЗ (42,2%), на улице — 20%, дома у друга наркопотребителя — 17,8% (данные личного опыта наркозависимых). Практически все ПИН ОЗ (95,6%) во время своей последней ПД использовали опиоиды (героин). Перенесшие передозировку указывают на то, что во время последней передозировки сочетали употребление героина с алкоголем — 11,1%, с другими опиатами — 8,9%. Перед передозировкой четверть ОЗ проходила лечение от зависимости, и почти одна пятая была в заключении или под арестом. По мнению свидетелей ПД, наиболее частой причиной последней наблюдаемой передозировки было: совместное потребление алкоголя и наркотиков (32,2%), высокое качество (чистота) наркотика (28,8%) и предшествующее воздержание от употребления опиатов (20,4%). Свидетели ПД указывают на то, что в случае смертельных отравлений опиоидами жертвы употребляли героин, в основном внутривенно (91,5%), в 59,3% случаев погибшие употребляли алкоголь в сочетании с героином, в 13,5% — с другими ПАВ. Примерно одна из десяти (10,2%) ПД была смертельной. Среди 27 умерших от опиоидных передозировок 92,6% были мужчинами, средний возраст которых составил 35 лет (SD = 8,2). 2/3 смертей произошло дома у пострадавшего, в четверти случаев – в общественных местах (улица, парадная). По данным судебно-медицинской экспертизы, у 63% погибших от ПД в крови был обнаружен алкоголь в сочетании с героином. В 77,8% случаев рядом с передозировавшимися были другие люди. Практически все ПИН ОЗ (98,3%) когда-либо присутствовали при передозировке. В большинстве случаев (78,3%) первая помощь пострадавшему от ПД оказывалась наркопотребителями, персоналом медучреждений — в 10%, сотрудниками скорой медицинской помощи — в 6,6% случаев. При оказании помощи пострадавшему от ПД свидетели в 2/3 случаев применяли неспецифическую «физическую стимуляцию» (растирание различных частей тела, обливание холодной водой, использование нашатырного спирта). Антагонист опиатных рецепторов «Налоксон», в случаях превышения доз (по данным респондентов), был применен

только в 3,3% случаев. Практически половина респондентов отметили недостаток уверенности в своей способности оказать помощь при ПД. Следует отметить, что 76,5% опрошенных проявили интерес в получении информации о предотвращении ПД, 67,2% — в участии в одночасовом тренинге по помощи при ПД.

Среди факторов риска передозировки каждым пятым участником исследования были отмечены такие причины, как «плохой самоконтроль» и «несдержанность, импульсивность». Наличие психопатологических состояний у ПИН ОЗ подтверждается рядом доминирующих жалоб, соответствующих шкалам SCL-90-R «соматизация», «враждебность», «тревожность» «межличностная сензитивность» и «обсессивно-компульсивные расстройства», а также данным Индекса тяжести зависимости — показатель раздела «Психиатрический статус» был одним из наиболее высоких.

У перенесших ПД и свидетелей ПД регистрируется больший уровень дисфункциональных семейных отношений. Подробное изучение этой категории показало, что обследованные, сообщившие о напряженных отношениях с матерями (более напряженных, чем с другими членами семьи), подвержены большему риску ПД. Пациенты, переносившие передозировку, также были более озабочены своими семейными проблемами и чувствовали бóльшую необходимость в получении консультаций и помощи в связи с этими проблемами, чем не переносившие. Выявлены дополнительные предикативные факторы передозировок: большое количество передозировок в прошлом; прогноз передозировок у себя в будущем; высокие значения для шкалы «соматизация» (SCL-90-R), связанные с жалобами соматического характера; повышенные показатели категории «семейные проблемы» (ИТЗ).

Риск передозировки выше, если наркозависимые инфицированы ВИЧ (Green T. C. et al., 2012). В Российской Федерации передозировка является второй после туберкулеза причиной смертности среди лиц с ВИЧ (Передозировка опиоидов: предупреждение и снижение смертности, вызванной передозировкой опиоидов, 2013). В настоящее время исследовательский интерес сосредоточен на изучении причин, способных увеличить риск передозировки у инфицированных ВИЧ (Eskild A. et al., 1993; van Haastrecht H.J. et al., 1994; Goedert J.J. et al., 1995; Prins M. et al., 1997; Cattaneo C. et al., 1999; van Ameijden E.J., Langendam M.W., Coutinho R.A., 1999; Brugal M.T. et al., 2002), однако последствия перенесенных передозировок у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом остаются не изученными.

Мы впервые провели комплексное сравнительное исследование клинических, психопатологических и личностных характеристик, показателей агрессии, гнева, стигматизации, смысложизненных ориентаций, а также качества жизни у перенесших передозировку опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Установлено, что опиоидзависимые с ВИЧ-позитивным статусом (ОЗПВИЧ) почти вдвое чаще переносят ПД, чем пациенты без ВИЧ (ОЗП).

Наиболее частыми причинами передозировок в группе ОЗПВИЧ являлись: длительное воздержание от наркотиков, недавняя детоксикация, большое количество принятого наркотика, высокая концентрация опиоидов, сочетание приема стимуляторов и опиоидов, а также предшествующая приему опиоидов алкоголизация (29,6%). Более высокий риск передозировок может быть обусловлен сниженными адаптационно-компенсаторными возможностями организма (наличие коморбидных вирусных инфекций).

У пациентов, при сочетании ВИЧ-инфекции, опиоидной зависимости и многократных передозировок в анамнезе, чаще отмечаются социальные проблемы – больше трудностей с трудоустройством, они больше времени проводят в окружении наркозависимых.

В группе ОЗПВИЧ выявлен самый высокий уровень психопатологических жалоб, которые соответствуют шкалам «соматизация», «депрессия», «тревожность», «психотизм», это находит свое отражение в высоких интегральных показателях SCL-90-R. У опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом больше, чем в группах ОЗП и КГ, выражены: экспрессия гнева вовне (STAXI), чувство вины (BDHI); меньше – личностные черты (16PF), соответствующие факторам С (эмоциональная устойчивость) и Q<sub>1</sub> (консерватизм), что свидетельствует о более низкой фрустрационной толерантности, высокой раздражительности, лабильности настроения и преобладании прагматичности и конкретности в мыслительных процессах. Результаты исследования смысложизненных ориентаций (PIL) свидетельствуют о том, что у ОЗПВИЧ низкий уровень смысла существования и осмысленности целей в жизни. По данным опросника ВОЗКЖ-100 (в баллах), в группе опиоидзависимых, перенесших передозировки и инфицированных ВИЧ, значения КЖ в большинстве субсферах хуже, чем в группе ОЗП и КГ: «G – общее качество жизни и состояние здоровья», «F1 – физическая боль и дискомфорт», «F2 – жизненная активность, энергия, усталость», «F6 – самооценка», «F7 – образ тела и внешность», «F10 – выполнение повседневных дел», «F11 – зависимость от лекарств и лечения», «F12 – работоспособность», F17 – окружающая среда дома», «F18 – финансовые ресурсы, «F20 – приобретение новой информации», «F21 – возможности использования отдыха», «F24 – духовность, личные убеждения». 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 (материальная и финансовая обеспеченность, физическая безопасность, доступность качественной медицинской и социальной помощи) условиями жизни.

Несмотря на широкую распространенность феномена несмертельной передозировки, имеются лишь единичные работы, посвященные изучению влияния отравлений опиатами на результаты МРТ ГМ у пострадавших. Все МРТ-данные, представленные в мировой научной



литературе, описывают ряд клинических случаев лейкоэнцефалопатии или отека ГМ, явившихся осложнением гипоксии при острой опиоидной передозировке (Barnett M.H. et al., 2001; Molloy S., Soh C., Williams T.L., 2006; Jamshidi F. et al., 2013). Остаются малоизученными характеристики памяти, внимания, импульсивности, когнитивной гибкости, способности к планированию, а также нарушения психического здоровья и социального функционирования, ассоциированные с повреждением мозга у перенесших передозировку опиоидами.

В данной работе впервые проведено комплексное изучение клинических, психосоциальных характеристик, особенностей нейрокогнитивного функционирования, а также магнитно-резонансно-морфометрических показателей ГМ у опиоидзависимых, многократно перенесших несмертельную передозировку опиоидами (ОЗП). Установлено, что, по сравнению с опиоидзависимыми без передозировок в анамнезе (ОЗ) и здоровым контролем (КГ), в группе многократно перенесших несмертельную передозировку опиоидами (ОЗП) отмечается больше проблем, связанных с потреблением опиоидов и других ПАВ (по данным ASI), у них более неблагоприятны социальные показатели и оценка состояния собственного здоровья (SF-36), которые ограничивают повседневное функционирование и снижают качество их жизни (КЖ). В группе ОЗП на фоне широкого спектра психопатологических жалоб максимально выражены замкнутость, отгороженность, а также симптоматика тревожно-депрессивного спектра (SCL-90-R). У перенесших несмертельные передозировки регистрируется патологический уровень импульсивности, им сложнее других блокировать импульсивные порывы и действия (BIS-11).

Тестирование на нейропсихологическом комплексе CANTAB/E-Prime выявило у ОЗП снижение ряда показателей кратковременной зрительной памяти, способности к пространственному планированию, когнитивной гибкости, концентрации внимания, а также контроля над импульсами.

Исследование изменений ГМ с помощью воксель-базированной морфометрии показало, что у пациентов, многократно перенесших превышение доз опиоидов, по сравнению с другими группами обследованных, атрофические изменения в наибольшей степени выражены в обоих полушариях в орбитальной части лобных долей, в правой гемисфере – в язычной, веретенообразной, парагиппокампальной извилинах, в левой гемисфере – в верхней височной поперечной и затылочно-средне-височно-язычной извилинах, а также в заднем отделе мозолистого тела. Кроме того, в отличие от контрольной группы, у ОЗП поражение ГМ регистрируется в средне-передней и передней цингулярных, веретенообразной, язычной извилинах, в вентральном диэнцефалоне (в левой гемисфере), инсулярной коре, а также в области прилежащего ядра (в правой гемисфере), у опиоидзависимых обеих групп – в прецентральных, в левой нижней височной, правой медиально-орбитальной извилинах и в центральной части мозолистого тела.

Обнаруженные морфометрические изменения ГМ и нейрокогнитивные отклонения по данным САНТАВ-тестирования указывают на поражение одних и тех же нейрональных зон у перенесших передозировку опиоидами.

Установлены многочисленные достоверные корреляционные взаимосвязи между морфометрическими изменениями ГМ у ОЗП и показателями нейрокогнитивной дефицитарности, импульсивности, психопатологической симптоматики, а также КЖ.

Поражение глазничной части нижнелатерального края в левой лобной доле ГМ ассоциируется со снижением зрительной памяти, способности к зрительно-пространственному обучению, планированию и решению задач, а в правой доле – коррелирует с неусидчивостью, отвлекаемостью, большей вероятностью совершения ошибочных действий, депрессивными проявлениями, при этом большая сохранность орбитальной части фронтальной коры в обеих гемисферах связана с лучшими показателями социального функционирования и психического здоровья. Способность к стратегическому решению проблем ухудшается при поражении левой передней цингулярной извилины и задней части мозолистого тела.

Изменение медиально-базальных отделов височно-затылочных отделов ГМ и структур, относящихся к лимбической системе, сопряжено с уменьшением когнитивной гибкости, эмоциональными нарушениями депрессивного спектра, проблемами межличностного взаимодействия, нарушением семейного и социального функционирования.

Снижение рабочей памяти и способности к распознаванию образов с учетом отсроченных зрительных стимулов ассоциируется с поражением лобных, височных отделов ГМ, а также задней части мозолистого тела. Чем больше выражено поражение в передних отделах цингулярной извилины и височно-затылочных областях ГМ, тем хуже концентрация внимания. Атрофия прецентральных извилин уменьшает функцию ингибиторного контроля, а изменения в каудальных отделах правой средней лобной извилины связаны с большей моторной импульсивностью и готовностью действовать без раздумий. Билатеральные поражения островковой коры положительно коррелируют с общей импульсивностью и отвлекаемостью внимания, при этом правосторонняя дефицитность инсулярного кортекса ассоциирована с аффективной симптоматикой тревожно-депрессивного характера, а также с худшими показателями памяти и самоконтроля.

Важно отметить, что в формировании расстройств у перенесших передозировки играют роль как поражение отдельных зон и структур мозга, так и нарушение межполушарного взаимодействия. Как было указано выше, существует связь между уменьшением объема валика мозолистого тела и ухудшением показателей памяти, а также способности к пространственному планированию. Мозолистое тело играет существенную роль в интегративной деятельности ГМ и когнитивном функционировании (Westerhausen R., Hugdahl K., 2008; Voineskos A.N. et al., 2012).

Гипоксия и ишемия вызывают поражение белого вещества вокруг боковых желудочков, а также атрофию мозолистого тела (Vintila I., Roman-Filip C., Rociu C., 2010; White M.L. et al., 2013). Деструкция соединительных волокон центральной и задней частей мозолистого тела, связывающих постцентральный, отчасти прецентральный, теменно-затылочные отделы мозга, включая инсулярный кортекс, может нарушать связь между полушариями, повышать импульсивность, вызывать эмоциональные, мнестические и когнитивные нарушения (Westerhausen R., Hugdahl K., 2008; Voineskos A.N. et al., 2012).

Префронтальные отделы мозга и островковая кора играют ключевую роль в механизмах формирования зависимости (Crews F.T., Boettiger C.A., 2009; Naqvi N.H. et al., 2014; Shott M.E. et al., 2015). Префронтальный кортекс — субстрат исполнительных функций, инсулярная кора — центр интероцептивного восприятия и выявления значимых стимулов, это один из важных отделов ГМ, участвующих в регуляции и взаимодействии крупномасштабных нейросетей, а также в развитии аддикций (Naqvi N.H. et al., 2014; Dambacher F. et al., 2015, Koob G.F., Volkow N.D., 2016). В данной работе впервые установлено, что увеличение количества передозировок сочетается с большей атрофией структур в правой гемисфере в каудальном отделе лобной извилины и в прецентральной извилине, высокой импульсивностью, ухудшением памяти, при этом чем меньше поражение островковой коры в правом полушарии, тем лучше значения самооценки жизненной активности (КЖ) и психического здоровья (поражение инсулярной популяции нейронов «Экономо» прямо коррелирует с глубиной социального дефекта), но выше риск передозировок. Вероятно, сенсibilизированная опиоидами система обработки интероцептивной сигнализации инсулы (Bechara A., Tranel D., Damasio H., 2000; Beer J.S. et al., 2006; Naqvi N.H. et al., 2014; Shott M.E. et al., 2015) может в большей степени активизировать аддиктивное поведение, что на фоне поражения комиссур мозга, вентрального диэнцефалона и прилежащего ядра, префронтальных, медиально-базальных, височно-затылочных отделов ГМ, депрессивно-тревожных проявлений, снижения когнитивного функционирования и контроля над поведением увеличивает вероятность возникновения передозировок при опиоидной зависимости.

Можно предположить, что нефатальные передозировки опиоидами, сопровождающиеся церебральной гипоксией (ишемией) и токсико-метаболическими повреждениями ЦНС, приводят к развитию атрофически-дегенеративных изменений в ГМ, нарушению функционирования мозговых структур, снижению внутрислоушарного и межполушарного взаимодействия различных нейрональных систем. Поражение лобных, нижних и внутренних височно-затылочных отделов ГМ, мозолистого тела, островковой коры, формирований лимбической системы, а также структур, составляющих нейробиологическую базу аддикции, в совокупности с нейрокогнитивной дефицитарностью, недостаточностью ингибиторного контроля,

психопатологическими и аддиктивными нарушениями, низкой удовлетворенностью КЖ, формируют у опиоидзависимых сложный комплекс расстройств, ассоциированный с многократными передозировками опиоидами.

### **Перспективы дальнейшей разработки темы**

Выполненная диссертационная работа не исчерпывает всех проблем, связанных с ВИЧ-инфекцией и передозировкой при опиоидной наркомании. Дальнейшие исследования в данной области необходимо сконцентрировать на следующих основных направлениях: изучении особенностей и факторов передозировок, вызванных метадоном и другими сильнодействующими агонистами опиоидных рецепторов; разработке инструментов оценки риска передозировок опиоидами; изучении нейровизуализационных «коррелятов» рискованного инъекционного и полового поведения; дальнейшей модификации, стандартизации и валидации многокомпонентного опросника оценки анозогнозии при опиоидной зависимости; уточнении характера повреждения корковых и подкорковых структур ГМ при передозировках метадоном и другими сильнодействующими агонистами опиоидных рецепторов; разработке нейровизуализационных критериев экспертной оценки последствий передозировок опиоидами; дальнейшем расширении спектра применяемых методов нейровизуализации при изучении последствий передозировок опиоидами.

## 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), индивидуально-психологические характеристики: 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), 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 шириной психопатологических нарушений (SCL-90-R). КЖ в группе ОЗВИЧ в сфере «уровень независимости» связано с более молодым возрастом и большим количеством госпитализаций из-за соматических проблем

6. Общий риск инфицирования инъекционным и половым путём у потребителей опиоидов вне зависимости от ВИЧ-статуса сопряжен 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). Низкое образование и тревожность (16PF), больший 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) и экспрессии гнева внутрь и вовне (STAXI).

7. У больных с неосложненной опиоидной зависимостью выявлены нейрокогнитивные 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 изменчивость качества наркотика. Данные психометрического исследования указывают на актуальность соматических и психопатологических проблем (SCL-90, 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-положительные опиоидзависимые чаще переносят многократные передозировки, чем ВИЧ-отрицательные ПИН. Повышенный риск передозировок в группе опиоидзависимых с ВИЧ-положительным 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 (ВМ) 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), 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 предусматривает системную и целостную оценку состояния больного человека со сложной комбинацией заболеваний, а также предполагает индивидуализированную 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-базируемую 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, профориентации, 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 СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

- АОЗ – анозогнозия при опиоидной зависимости
- ВАШ – визуально-аналоговая шкала
- ВБМ – воксель-базированная морфометрия
- ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ВОЗКЖ-100 (WHOQOL-100) – опросник Всемирной организации здравоохранения «Качество жизни-100»
- ВПФ – высшие психические функции
- ГМ – головной мозг
- ГНБ – городская наркологическая больница
- ИР – риск заражения инъекционным путем
- ИТЗ – индекс тяжести зависимости
- КГ – контрольная группа
- КЖ – качество жизни
- КТ – компьютерная томография
- Л НПС – левосторонняя нейропсихологическая симптоматика
- ЛЖВ – люди, живущие с ВИЧ
- МДП – маниакально-депрессивный психоз
- МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
- ММД – минимальная мозговая дисфункция
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- НИ – неинформированность
- НЛ – несогласие с лечением
- НП – нейропсихологическая диагностика
- НПЗ – непризнание последствий заболевания
- НПС – нейропсихологическая симптоматика
- НС – непризнание симптомов заболевания
- НТ – неприятие трезвости
- ОВ – относительная выраженность
- ОЗ – опиоидная зависимость/ опиатная зависимость/ опиоидзависимые

ОЗВИЧ – опиоидная зависимость и ВИЧ-инфицирование  
ОЗП – сочетание опиоидной зависимости и многократных передозировок  
ОЗПВИЧ – сочетание ВИЧ-инфекции, опиоидной зависимости и многократных передозировок  
ОПГМ – органическое поражение головного мозга  
П НПС – правосторонняя нейропсихологическая симптоматика  
ПАВ – психоактивное вещество  
ПД – передозировка  
ПИН – потребители инъекционных наркотиков  
ПИН ОЗ – потребители инъекционных наркотиков с синдромом зависимости от опиоидов  
ПП – правое полушарие  
ПР – риск заражения половым путем  
РФ – Российская Федерация  
СГН – скрытая группа наркопотребителей  
СМП – скорая медицинская помощь  
СНГ – Содружество Независимых Государств  
США – Соединённые Штаты Америки  
ТОСР – тест оценки степени риска ВИЧ-инфицирования  
ЦНС – центральная нервная система  
ЧМТ – черепно-мозговая травма  
ШСО – шкала семейного окружения  
ЭНЗ – эмоциональное неприятие заболевания  
ЭЭГ – электроэнцефалография  
ВДНІ – опросник «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки  
BIS-11 – шкала импульсивности Е.С. Барратта  
CANTAB – компьютеризированная батарея нейропсихологических проб (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery)  
GrayVol – объем серого вещества головного мозга  
ЛН – левая гемисфера головного мозга  
LINK – модифицированная шкала стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка  
MADRS – опросник для оценки депрессии С.А. Монтгомери и М. Асберга  
PIL – опросник смысложизненных ориентаций  
РН – правая гемисфера головного мозга

SCL-90-R – опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised)

SF-36 – шкала качества жизни, связанного с состоянием здоровья

STAXI – опросник «Характеристики и ориентации гнева» Ч.Д. Спилбергера

Thick Avg – показатель средней толщины коры головного мозга по программе Freesurfer

WCQ – опросник для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса

16PF – 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абтразак, М.Ф. Организация и проведение мероприятий по раннему выявлению лиц, допускающих немедицинское потребление наркотических средств. Практическое пособие / М.Ф. Абтразак, Е.Г. Миллер, Ю.В. Попова и др. – Тюмень: Изд-во гос. ун-та, 2009. – 62 с.
2. Александров, А.А. Стигматизация в наркологии / А.А. Александров // Медицинская панорама. – 2006. – № 6. – С. 42–46.
3. Александрова, Н.В. Современные модели психотерапии при ВИЧ\СПИДе. Учебное пособие для врачей и психологов / Н.В. Александрова, М.Ю. Городнова, Э.Г. Эйдемиллер. – СПб.: Речь, 2010. – 191 с.
4. Алехин, А.Н. Отношение к болезни у лиц с алкогольной зависимостью на разных этапах заболевания / А.Н. Алехин, А.В. Яровинская // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2011. – Т.1, №71. – С. 7-13.
5. Алиев, З.Н. Психопатология самосознания в процессе развития алкогольного галлюциноза / З.Н. Алиев, Н.А. Алиев // Журнал психиатрии и неврологии им. С. С. Корсакова. – 2005. – № 2. – С. 29-34.
6. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон – М.: Речь, 2000. – 237 с.
7. Ананьева, Н.И. Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи: национальное руководство / Н.И. Ананьева, Т.Н. Трофимова, С.Е. Семенов. – М., 2013. – 888 с.
8. Анохина, И.П. О некоторых механизмах толерантности к наркотикам / И.П. Анохина // Актуальные вопросы наркомании. – 1982. – С. 3-6.
9. Анохина, И.П. Основные достижения в области наркологии, токсикомании, алкоголизма / И.П. Анохина, Н.Н. Иванец, В.Я. Дробышева // Вестник РАМН. – 1998. – № 7. – С. 29-37.
10. Антонов, А.И. Социология семьи. Учебное пособие / А.И. Антонов, В.М. Медков. – М., МГУ. – 1996. – 304 с.
11. Афанасьев, В.В. Руководство по неотложной токсикологии / В.В. Афанасьев. – Краснодар: Просвещение-Юг, 2012. – 575 с.
12. Бабичева, Л.П. Изучение факторов, влияющих на мотивацию прохождения комплексной медико-социальной реабилитации в наркологии / Л.П. Бабичева // Вопросы наркологии. – 2014 – № 6 – С. 90-91.
13. Бандура, А. Теория социального научения / А. Бандура – СПб.: Евразия, 2000. – 20 с.
14. Баранова, О.В. Алкогольная анозогнозия и ее преодоление в процессе лечения больных алкоголизмом: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / О.В. Баранова; ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – М., 2005. – 26 с.

15. Барбина, Е.М. Осознание болезни при опийных наркоманиях (клинический, психологический и терапевтический аспекты): автореф. дис. ...канд. мед. наук / Е.М. Барбина; ННЦ наркологии. – М., 2002. – 23 с.
16. Барденштейн, Л.М. Патологическая агрессия у подростков / Л.М. Барденштейн. – М.: Медпрактика, 2005. – 259 с.
17. Баринова, А.Н. Использование одномоментных данных для оценки интенсивности заражения потребителей инъекционных наркотиков и вирусным гепатитом С – отсутствие постоянства риска / А.Н. Баринова, С.Л. Плавинский, Н.Х. Виноградова // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2015. – Т. 7, №1. – С. 78-87.
18. Барков, Д.А. Психологические показатели и качество жизни больных ВИЧ-инфекцией / Д.А. Барков, И.М. Улюкин // Инфекционные болезни: проблемы здравоохранения и военной медицины: Материалы Российской научно-практической конференции, посвященной 110-летию кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, 23 марта-24 апреля 2006 г. – СПб.: ВМедА, 2006. – С. 40. – Текст: электронный. – URL: [http://www.infectology.ru/conference/22\\_24\\_03\\_2006/11-51.pdf](http://www.infectology.ru/conference/22_24_03_2006/11-51.pdf) (дата обращения: 27.04.2020).
19. Баулина, М.Е. Нейропсихологический анализ состояния высших психических функций у больных героиновой наркоманией / М.Е. Баулина // Вопросы наркологии. – 2002. – № 1. – С. 57-60.
20. Белоколодов, В.В. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие мотивацию к лечению и реабилитации у наркозависимых пациентов на разных этапах стационарного лечения / В.В. Белоколодов, Е.Е. Малкова // Наркология. – 2016. – Т 15, №2(170). – С. 38-44.
21. Беляева, В.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции: пособие для врачей различных специальностей / В.В. Беляева, В.В. Покровский, А.В. Кравченко. – М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2003. – 77 с.
22. Беляева, В.В. Суицидальное поведение лиц, инфицированных ВИЧ / В.В. Беляева, Е.В. Ручкина // Терапевтический архив. – 1996. – №4. – С.71-73.
23. Беспалов, А.Ю. Нейропсихофармакология антагонистов NMDA-рецепторов / А.Ю. Беспалов, Э.Э. Звартау. – СПб.: Невский Диалект, 2000. – 297 с.
24. Бешимов, А.Т. Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / А.Т. Бешимов; ГУ НИИ психического здоровья Томского научного центра. – Казань, 2006. – 212 с.



25. Бисалиев, Р.В. Агрессия в структуре болезней патологической зависимости / Р.В. Бисалиев, Л.П. Великанова, Е.И. Гришина // Наркология. – 2004. – № 5. – С. 45–49.
26. Бисалиев, Р.В. Несуицидальные формы саморазрушающего поведения у больных наркоманиями / Р.В. Бисалиев, Л.П. Великанова // Наркология. – 2004. – №11. – С. 53-57.
27. Благов, Л. Н. Синдром абсолютной анозогнозии в клинике химической зависимости / Л. Н. Благов // Наркология. – 2009. – № 1. – С. 103-111.
28. Богданов, С.И. Опиоиды и отравления ими / С.И. Богданов. – М.: ЦНИИОИЗ, 2010. – 248 с.
29. Бойко, Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и шизотипическим расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / Е.О. Бойко; Нац. науч. центр наркологии Росздрава. - М., 2009. – 34 с.
30. Бородкина, О.И. Социально-поведенческие риски ВИЧ инфицирования потребителей инъекционных наркотиков / О.И. Бородкина, А.П. Козлов // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2007. – Т. 10, №3. – С. 112-131.
31. Бохан, Н.А. Коморбидность в наркологии / Н.А. Бохан, В.Я. Семке. – Томск: Изд-во Томского ун-та, 2009. – 498 с.
32. Брюн, Е.А. Нейропсихологический дефицит при хронической наркотизации героином / Е.А. Брюн, А.Б. Гехт, А.Г. Полунина и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – Т.101, №3. – С. 10-19.
33. Брюханов, А.В. Преимущественные копинг - стратегии при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления психоактивных веществ / А.В. Брюханов // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 1, №57. – С. 42-49.
34. Бузина, Т.С. Многоуровневое исследование внутренней картины болезни больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным вирусным гепатитом С / Т.С. Бузина, Т.В. Подосинова // Вопросы наркологии. –2010. – № 5. – С. 76-83.
35. Бузина, Т.С. Специфика ценностно-смысловой сферы наркозависимых / Т.С. Бузина, П.Н. Шаталов // Психология и Психотехника. – 2011. – №7 (34). – С. 33-45.
36. Букановская, Т.И. Адаптационный синдром и социально-психическая адаптация у больных опийной наркоманией: дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.45 / Т.И. Букановская; ГОУ ВПО Московской Медицинской Академии им Сеченова. – Владикавказ, 1996. – 375 с.
37. Булич, Э.Г. Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э.Г. Булич, И.В. Муравов. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 424 с.
38. Бунас, А.А. Различные аспекты обоснования природы рискованного поведения личности / А.А. Бунас // Психология: проблемы практического применения: материалы II Междунар.

- науч. конф. – Чита: Издательство Молодой ученый, 2013. – С. 10-16. – Текст: электронный. – URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/82/4049/> (дата обращения: 29.04.2020).
39. Бурковский Г.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов / СПб науч.-иссл. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева; сост.: Г.В. Бурковский, А.П. Коцюбинский, Е.В. Левченко, А.С. Ломаченков; под ред. М.М. Кабанова. – СПб., 1998. – 57 с.
40. Бутс, Р.Е. Рискованное поведение и ВИЧ/СПИД в Украине / Р.Е. Бутс, К.Ф. Квятовский, Легман В.Е. и др. – 107 с. – Текст: электронный. – URL: <http://aph.org.ua/wp-content/uploads/2016/08/risky.pdf> (дата обращения: 25.04.2020).
41. Бушара, Н.М. Особенности нейрокогнитивного функционирования у пациентов с различными видами зависимости от психоактивных веществ / Н.М. Бушара, Е.М. Крупицкий, В.Ю. Егорова и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2009. – №1. – С. 71-77.
42. Бушев, И.И. Диагностика токсических поражений головного мозга методом компьютерной томографии / И.И. Бушев, М.Н. Карпова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 2. – С. 107-109.
43. Валентик, Ю.В. Клинико-психологическая характеристика установок, формируемых в процессе лечения больных алкоголизмом / Ю.В. Валентик, В.Н. Курышев // Вопросы наркологии. – 1992. – № 3. – С. 75-82.
44. Валентик, Ю.В. Тест для оценки терапевтических установок у больных алкоголизмом / Ю.В. Валентик В.Н. Курышев, Н.Р. Осипова // Вопросы наркологии. – 1993. – № 1. – С. 32-36.
45. Васильева, Э.К. Семья и ее функции: Демографическо-статистический анализ / Э.К. Васильева. – М.: Статистика, 1975. – 181 с.
46. Вассерман, Л.И. Дискуссионные вопросы методологии исследования качества жизни в медицине / Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова // Сибирский психологический журнал. – 2007. – №26. – С. 112-119.
47. Вассерман, Л.И. Концепция реабилитации и качество жизни: преемственность и различие в современных подходах / Л.И. Вассерман, С.А. Громов, В.А. Михайлов и др. // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сборник научных трудов НИПНИ им. В.М. Бехтерева / под ред. А.С. Ломаченкова, В.А. Михайлова. – СПб., 2001. – С. 103-114.
48. Вассерман, Л.И. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 37с.

49. Вассерман, Л.И. Стандартизированный набор диагностических нейропсихологических методик. Методические рекомендации / Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон и др. – Л.: ЛНИПНИ, 1987. – 41 с.
50. Ветрова, М.В. Двойная стигматизация среди ВИЧ-позитивных людей с опытом потребления инъекционных наркотиков как барьер для оказания медицинской помощи / М.В. Ветрова, О.В. Тюсова, Н.М. Бушара и др. // Вопросы наркологии. – 2018. – №5 (165). – С. 98 - 101.
51. Ветрова, М.В. Распространенность нарушений сна среди пациентов / М.В. Ветрова, Д.Н. Кумченко, И.Н. Генина и др. // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – Т. 18, №4. – С. 26-35. – doi: 10.20538/1682-0363-2019-4-26-35.
52. Власова, О.А. Теория стигматизации Томаса Шеффа: концепт «остаточное отклонение» и социология эмоций / О.А. Власова // Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Философия. Филология. – 2013. – Т. 1, №13. – С. 31-48.
53. Всемирный доклад о наркотиках / United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2015. – Текст: электронный. – URL: [http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_R.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_R.pdf) (дата обращения: 08.05.2020).
54. Выписка из доклада о наркоситуации в Санкт-Петербурге в 2013 году. – Текст: электронный. – URL: [http://forumantinarko.ru/files/conference-2016/Metodicheskie\\_rekomendacii/Vypiska\\_iz\\_doklada\\_o\\_narkosituacii\\_v\\_SPb\\_2013.pdf](http://forumantinarko.ru/files/conference-2016/Metodicheskie_rekomendacii/Vypiska_iz_doklada_o_narkosituacii_v_SPb_2013.pdf) (дата обращения: 09.07.2020).
55. Выписка из доклада о наркоситуации в Санкт-Петербурге в 2019 году / Антинаркотическая комиссия в Санкт-Петербурге, 2020. – Текст: электронный. – URL: [http://anpolitic.spb.ru/ru/DG\\_EXPERT\\_EVALUATION](http://anpolitic.spb.ru/ru/DG_EXPERT_EVALUATION) (дата обращения: 08.07.2020).
56. Габоев, В.Н. Алкогольная анозогнозия – ведущий психопатологический синдром хронического алкоголизма (синдром Габоева-Лукомского) / В.Н. Габоев. – М.: Спутник+, 2010. – 10 с.
57. Галанкин, Л.Н. Психологическое тестирование алкогольной анозогнозии / Л.Н. Галанкин, С.В. Мурина, И.В. Ситников// Актуальные вопросы клинической и судебной психиатрии (к 50-летию стражной больницы). – СПб., 2001. – С. 249-254.
58. Гаранян, Н.Г. Депрессия и личность: обзор зарубежных исследований, часть I / Н.Г. Гаранян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т 19, № 1. – С. 79-89.
59. Генкин, Б.М. Экономика и социология труда: учебник для вузов / Б.М. Генкин. – М.: НОРМА, 2001. – 464 с.
60. Голиков, С.Н. Общие механизмы токсического действия / С.Н. Голиков, И.В. Саноцкий, Л.А. Тиунов. – Л.: Медицина, 1986. – 286 с.

61. Горинов, В.В. Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших агрессивные правонарушения против родственников / В.В. Горинов, И.В. Горшков // *Архів психіатрії*. – 1995. – Вып. 9. – С. 96-97.
62. Городнова, М.Ю. Качество жизни пациентов наркологического стационара с опиоидной наркоманией / М.Ю. Городнова // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. – 2014. – №3. – С. 51-56.
63. Горшков, И.В. Личностная патология и внутрисемейная агрессия / И.В. Горшков, В.В. Горинов // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 1997. – № 2. – С. 25-31.
64. Грабова, М.И. Методика экспресс-оценки установки на трезвость при алкоголизме / М.И. Грабова // *Журнал прикладной психологии*. – 2001. – № 2. – С. 18-22.
65. Гречаный, С.В. О типах отношения к болезни при раннем алкоголизме / С.В. Гречаный // *Профилактика и терапия употребления психоактивных веществ и нехимической зависимости у несовершеннолетних: материалы городского семинара для организаторов и специалистов / под ред. Л.П. Богданова и др.* – СПб., 2008. – С. 40-41.
66. Грюнталь, Н.А. Дефицитарность когнитивного стиля как фактор риска деструктивного и аутодеструктивного поведения у больных опийной наркоманией / Н.А. Грюнталь, С.П. Елшанский // *Психологические аспекты зависимостей: Сборник научных статей*. – 2002. – 72 с.
67. Гузиков, Б.М. Исследование отношения к болезни у больных алкоголизмом / Б.М. Гузиков, В.М. Зобнев., Л.В. Клочкова // *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В.М.Бехтерева*. – Л., 1990. – Т. 127. – С. 70-72.
68. Гузиков, Б.М. Терапевтические подходы в связи с клиническими особенностями наркоманий, осложненных психическими отклонениями: пособие для врачей / Б.М. Гузиков, В.М. Зобнев, В.Л. Ревзин и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 1999. – 24 с.
69. Гульдан, В.В. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам / В.В. Гульдан, А.М. Корсун // *Вопросы наркологии*. – 1990. – №2. – С. 40-44.
70. Гуревич, М.О. Учебник психиатрии / М.О. Гуревич, М.Я. Серейский. – М.: Медгиз, 1946. – 438 с.
71. Гусев, Е.И. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы / Е.И. Гусев, А.Н. Бойко // *Consilium Medicum*. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 84-88.
72. Дамулин, И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция / И.В. Дамулин; под ред. Н.Н. Яхно. – М., 2002. – 85 с.
73. Демина, М.В. Клиническая оценка переживания наркологической болезни / М.В. Демина // *Вопросы наркологии*. – 2004. – № 6. – С. 33-37.

74. Джеймс, У. Психология / У. Джеймс. – М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2011. – 516 с.
75. Дик, П.В. Психологические концепции риска и рискованного поведения / П.В. Дик // Актуальные проблемы психологии. – 2008. – С. 63-68.
76. Дик, П.В. Психологические факторы рискованного поведения подростков / П.В. Дик // Психологический журнал. – 2012. – №1-2. – С. 104-110.
77. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2017 году / Государственный антинаркотический комитет. – Москва, 2018. – Текст: электронный. – URL: <http://www.moavtovo.ru/docs/nar02092018-1.pdf> (дата обращения: 08.07.2020).
78. Доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2018 году / Государственный антинаркотический комитет. – Москва, 2019. – Текст: электронный. – URL: [https://primhasan.ru/assets/files/Sotsial\\_upr/doklad\\_RF.pdf](https://primhasan.ru/assets/files/Sotsial_upr/doklad_RF.pdf) (дата обращения: 08.07.2020).
79. Доклад о наркоситуации в Санкт-Петербурге в 2015 году // Городской информационно-методический центр «СЕМЬЯ». – Текст: электронный. – URL: [HomeKid.ru>content/docs/news/UMO/250316...doklad.doc](http://HomeKid.ru/content/docs/news/UMO/250316...doklad.doc) (дата обращения: 09.07.2020).
80. Доклад о наркоситуации в Санкт-Петербурге в 2016 году // Антинаркотическая политика в Санкт-Петербурге – Текст: электронный. – URL: [http://anpolitic.spb.ru/special/CZD\\_RESULTS](http://anpolitic.spb.ru/special/CZD_RESULTS) (дата обращения: 08.07.2020).
81. Доклад о результатах мониторинга наркоситуации в городе Москве в 2017 году. – Текст: электронный. – URL: <https://vm.ru/society/560301-doklad-o-rezultatah-monitoringa-narkosituacii-v-gorode-moskve-v-2017-godu> (дата обращения: 09.07.2020).
82. Доклад о результатах мониторинга наркоситуации в городе Москве в 2019 году. – Текст: электронный. – URL: <https://vm.ru/society/790726-statya> (дата обращения: 09.07.2020).
83. Должанская, Н.А. Базовые принципы профилактики ВИЧ-инфекции в наркологической практике: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.01.27 / Н.А. Должанская; ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России. – М., 2013. – 39 с.
84. Должанская, Н.А. Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ / Н.А. Должанская, Т.С. Бузина // Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. – М.: Медпрактика, 2002. – С. 395-404.
85. Должанская, Н.А. Профилактика парентеральных инфекций и заболеваний, передающихся половым путем в наркологической практике. Пособие для врачей / Н.А. Должанская, С.А. Андреев, Т.С. Бузина и др. – Москва: Национальный научный центр наркологии, 2005.
86. Должанская, Н.А. Роль семейного фактора в формировании здорового образа жизни подростков / Н.А. Должанская, Т.С. Бузина, С.А. Андреев и др. // Вопросы наркологии. – 2003. – №4. – С. 51- 58.

87. Дудин, И.И. Патологическое влечение к психоактивным веществам. Структура, компоненты синдрома. Методические рекомендации / И.И. Дудин. – Благовещенск: Амурская ГМА Росздрава, 2009. – 6 с.
88. Дудко, Т.Н. Реабилитация наркологических больных в условиях стационаров: методические рекомендации / Т.Н. Дудко, Е.М. Райзман, И.В. Белокрылов и др. – М.: Медицина, 2006. – 74 с.
89. Евдокимов, А.Г. Оценка вегетативной реактивности лиц, склонных к рискованному поведению и разной стрессоустойчивостью / А.Г. Евдокимов // Ученые записки СПбГМУ им. Академика И.П. Павлова. – 2010. – Т. 17, №2. – С. 73-74.
90. Евсина, О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) / О.В. Евсина // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. – 2013. – №1. – С. 119-133.
91. Егоров, А.Ю. Поведенческие аспекты ВИЧ-инфицирования у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ / А.Ю. Егоров, С.В. Гречаный // Неврологический вестник. – 2013. – Т. 45, №4. – С. 53-61. – Текст: электронный. – URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/1048> (дата обращения 05.10.2019).
92. Ениколопов, С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья / С.Н. Ениколопов // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова): материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. – Москва, 2013. – С. 109-121.
93. Ерышев, О.Ф. Алкогольная зависимость / О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, П.Д. Шабанов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. – 189 с.
94. Ерышев, О.Ф. Прогнозирование длительности ремиссии при восстановительном лечении больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии: методические рекомендации / О.Ф. Ерышев, Л.А. Дубинина, Б.В. Иовлев и др. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. – 20 с.
95. Ескалиева, А.Т. Эмоциональные нарушения и качество жизни у больных опийной наркоманией, инфицированных ВИЧ (клинико-психологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / А.Т. Ескалиева; Центр медико-социальных проблем наркомании. – Томск, 2006. – 25 с.
96. Захаров, В.В. Нарушения памяти / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 157 с.
97. Звартау, Э.Э. Коморбидность наркологических и социально значимых инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области / Э.Э. Звартау, Е.М. Крупицкий, Д.А. Лиознов и др. // Вопросы наркологии. – 2005. – №2. – С. 68-73.

98. Звартау, Э.Э. Методология изучения наркотоксикоманий / Э.Э. Звартау // Итоги науки и техники ВИНТИ. Сер. Наркология. – М., 1988. – Т. 1. – 168 с.
99. Зелтынь, Т.В. Когнитивно-аффективные особенности внутренней картины болезни у потребителей опиоидов / Т.В. Зелтынь, Т.С. Бузина // Вопросы наркологии. – 2014. – №6. – С.107.
100. Зелтынь, Т.В. Структура внутренней картины болезни больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненной вирусным гепатитом С / Т.В. Зелтынь, Т.С. Бузина // Сборник материалов всеросс. научно-практ. конф. – Казань, 2015. – С. 54-63.
101. Зенцова, Н.И. Динамика смысложизненных ориентаций у лиц с опийной зависимостью, участвующих в реабилитационных программах религиозного и нерелигиозного типа / Н.И. Зенцова, Н.В. Каклюгин // Вестник Московского университета. – 2012. – № 3. – С. 49-59.
102. Зобин, М.Л. Коморбидные невротические расстройства у больных опиоидной зависимостью / М.Л. Зобин, В.С. Яровой // Журнал неврологии и психиатрии. – 2012. – № 112 (5). – С. 12-16.
103. Иванец, Н.Н. Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – М.: Медпрактика, 2001. – 126 с.
104. Иванец, Н.Н. Наркология: национальное руководство. 2-е изд., перераб. и доп. / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, М.А. Винникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 926 с.
105. Иванец, Н.Н. Смертность больных наркоманией в Российской Федерации. Анализ данных федерального статистического наблюдения / Н.Н. Иванец, Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова и др. // Вопросы наркологии. – 2008. – № 3. – С. 105-118.
106. Игонин, А.Л. Злоупотребление психоактивными веществами и асоциальное поведение / А.Л. Игонин, Ю.Б. Тузикова, Д.А. Иришкин // Наркология. – 2004. – № 3. – С. 50-58.
107. Игумнов, С.А. Показатели качества жизни на этапе становления ремиссии у ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью, имеющих семейные проблемы / С.А. Игумнов, Э.П. Станько // Материалы междунар. научно-практ. конф. – Тула, 2015. – С. 294-304.
108. Изард, К.Э. Психология эмоций / К.Э. Изард. – СПб.: Питер, 2006. – 460 с.
109. Ильюшкина, Е.В. Исследование взаимосвязи показателей агрессии с социально-демографическими и клинико-психологическими характеристиками зависимых от опиоидов с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом / Е.В. Ильюшкина, Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко и др. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» – СПб., 2014. – С. 573-574.

110. 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.
111. Илюк, Р.Д. Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опийной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение / Р.Д. Илюк, М.Н. Торбан, И.В. Берно-Беллекур и др. // Наркология. – 2012. – Т. 11, № 9 (129). – С. 69-77.
112. 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.
113. Илюк, Р.Д. Комплексный анализ показателей риска инфицирования ВИЧ и их взаимосвязь с социально-психологическими, поведенческими, клиническими характеристиками потребителей опиоидов с различным ВИЧ статусом / Р.Д. Илюк, З.О. Джалилова, Д.И. Громыко и др. // Материалы всеросс. научно-практ. конф. – Казань, 2015. – С. 386-387.
114. 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.
115. Илюк, Р.Д. Мотивационные и когнитивно-поведенческие вмешательства в реабилитации ВИЧ-инфицированных потребителей опиатных наркотиков с коморбидными психическими расстройствами. Методические рекомендации / Р.Д. Илюк, А.М. Шишкова. – СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева, 2012 – 56 с.
116. 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.
117. Илюк, Р.Д. Нейрокогнитивные расстройства у больных с опийной зависимостью и их нейропсихологическая диагностика: пособие для врачей / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, А.С. Тархан и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 48 с.
118. 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. – 43 с.
119. Илюк, Р.Д. Особенности эмоционально-мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ. Пособие для врачей / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, И.В. Берно-Беллекур. – СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева, 2009 – 35 с.



120. 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.
121. 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.
122. 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.
123. Илюк, Р.Д. Проблема агрессивного поведения у ВИЧ-инфицированных пациентов / Р.Д. Илюк, И.В. Берно-Беллекур // Сб. тезисов научной конференции с международным участием. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2005. – С. 119-120.
124. Илюк, Р.Д. Программа комплексной терапии коморбидных психопатологических и поведенческих расстройств у ВИЧ-инфицированных наркозависимых больных: методические рекомендации / Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, А.М. Шишкова. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012. – 43 с.
125. Илюк, Р.Д. Социально-психологические, клинические и поведенческие корреляты качества жизни опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусом / Р.Д. Илюк, Н.А. Ерофеева, Д.И. Громыко и др. // Вопросы наркологии. – 2019. – № 7 (178). – С. 5-32.
126. Илюк, Р.Д. Сравнительная оценка степени риска инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных опиоидных наркотиков с различным ВИЧ-статусом: материалы научно-практ. конф/ Р.Д. Илюк, З.О. Джалилова, А.С. Киселев. – Спб., 2014. – С. 561–562.
127. 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. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – №3. – С. 44-56.
128. 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. Ильюшкина, В.С. Святенко и др. // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2016. – №4. – С. 25-40.
129. Илюк, Р.Д. Характеристика эмоциональных расстройств у зависимых от психоактивных веществ / Р.Д. Илюк, Д.И. Громыко, И.В. Берно-Беллекур // *Вестник СПбГУ*. – 2011. – №2. – С. 155-163.
130. Илюк, Р.Д. Экзистенциальный кризис у ВИЧ-инфицированных наркозависимых как психотерапевтический ресурс / Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий // *Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сборник тезисов научной конференции с международным участием*. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2006. – С. 163.
131. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet. Руководство и опросник. – М., Верди, 2009. – 128 с. – Текст: электронный. – URL: [https://www.unodc.org/documents/russia/Manuals/FINAL\\_index\\_T\\_A4\\_fin\\_with\\_cover\\_page.pdf](https://www.unodc.org/documents/russia/Manuals/FINAL_index_T_A4_fin_with_cover_page.pdf) (дата обращения: 15.07.2020).
132. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология / Б.В. Иовлев, Э.Ю. Карпова. – СПб., 1999. – 85 с.
133. Кабанов, М.М. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных / М.М. Кабанов, Г.В. Бурковский // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии*. – 2000. – №1. – С.3-8.
134. Калинина, Г.В. "Качество жизни" как феномен социального развития / Г.В. Калинина // *Вестник Чувашского университета*. – 2006. – №7. – С. 67-79.
135. Капустина, А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла: учебно-методическое пособие / А.Н. Капустина. – СПб.: Речь, 2007. – 104 с.
136. Капустянский, В.Л. Об использовании цветового теста отношений при обследовании больных наркоманией / В.Л. Капустянский, О.К. Труфанова, О.А. Бухановская // VI съезд Всероссийский психиатров, Томск, 24–26 октября 1990 г.: тезисы докладов. – М., 1990. – Т. 2. – С. 212-213.
137. Карвасарский, Б.Д. Анозогнозия наркологических больных / Б.Д. Карвасарский // *Психотерапевтическая энциклопедия* / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2000. – С. 47-48.
138. Карлов, В.А. Эпилепсия / В.А. Карлов. – М.: Медицина, 1990. – 355 с.
139. Кассинов, Г. Психотерапия гнева: полное практическое руководство / Г. Кассинов, Р.Ч. Тафрейт; пер. с англ. М. Гневко, А. Никонова – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2006. – 477 с.
140. Качаев, А.К. Отрицание болезни при хроническом алкоголизме / А.К. Качаев, В.В. Политов // *Клиника и патогенез алкогольных заболеваний: сборник научных трудов*. – М., 1984. – С. 164-170.

141. Кернберг, О.Ф. Агрессия при расстройствах личности и перверсиях / О.Ф. Кернберг; пер. с англ. А.Ф. Ускова. – М., Независимая фирма Класс, 1998. – 368 с.
142. Киржанова, В.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017-2018 годах: Аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов и др. – М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2020. – 188 с.
143. Киржанова, В.В. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2014-2015 годах. Статистический сборник / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов и др. – М.: ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – 182 с.
144. Киржанова, В.В. Основные тренды обращаемости за наркологической помощью лиц, употребляющих наркотики инъекционным способом, в Российской Федерации / В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. – 2019. – № 10 (181). – С. 5-19.
145. Киржанова, В.В. Состояние и деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2017 году: аналитический обзор / В.В. Киржанова, Н.И. Григорова, В.Н. Киржанов и др. – М.: НМИЦПН им. В.П. Сербского, 2019. – 196 с.
146. Климанова, С.Г. Адаптация русскоязычной версии опросника для оценки готовности к изменениям (SOCRATES) консультативная психология и психотерапия / С.Г. Климанова, А.В. Трусова, А.С. Киселев и др. // Консультативная психология и психотерапия. – 2018. – Т. 26, №3 (101) – С. 80-104.
147. Клименко, Т.В. Состояние наркологической службы в Российской Федерации и способы её оптимизации // Т.В. Клименко // Наркология. – 2009. – Т. 8, №11 (95). – С. 20-23.
148. Ключкова, Л.В. Клинико-психологические особенности самосознания больных алкоголизмом: дис. ...канд. психол. наук: 19.00.14 / Л.В. Ключкова; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1993. – 182 с.
149. Клубова, Е.Б. Клинические и экспериментально–психологические сопоставления анозогностических реакций на болезнь у больных алкоголизмом / Е.Б. Клубова // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – Л., 1990. – Т. 127. – С. 85-88.
150. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер: Питер принт, 2002. – 542 с.
151. Козлов, А.А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / А.А. Козлов; НИИ наркологии – М., 1999. – 28 с.

152. Козлов, А.А. Наркоманическая личность / А.А. Козлов, М.Л. Рохлина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – Т. 100, №7. – С. 23-27.
153. Колотилин, М.Г. Изменение качества жизни как фактора риска развития опиоидной наркомании / М.Г. Колотилин // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – Москва. – 2012. – № 6. – С. 17 - 26.
154. Колотилин, М.Г. Сравнительный анализ клинико-психопатологических расстройств и качества жизни при формировании опиоидной наркомании для разработки дифференцированных подходов к терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / М.Г. Колотилин; ННЦ наркологии. – Москва, 2014. – 23 с.
155. Комаров, Е.В. Лечение алкогольной зависимости и тревожных расстройств с помощью пропротена 100 и качество жизни пациентов / Е.В. Комаров, П.Д. Шабанов // Психофармакология и биологическая наркология. – 2009. – Т. 9, № 1–2. – С. 25-46.
156. Кондратьев, Ф.В. Первичное выявление токсико- и наркомании в судебно-психиатрической практике / Ф.В. Кондратьев // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и наркологии. Сборник научных трудов / под ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозова. – М., 1990. – С. 53-61.
157. Корнеева, Г.К. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06 / Г.К. Корнеева; Акад. права и упр. Минюста России. – Рязань, 2004. – 24 с.
158. Корсаков, С.С. Курс психиатрии. В 2-х томах / С.С. Корсаков. – М., 1901. – 1113 с.
159. Кошкина, Е.А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2009–2010 годах (статистический сборник) / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, О.В. Сидорюк и др. – М.: ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России, 2011. – 145 с.
160. Кошкина, Е.А. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2012-2013 годах (статистический сборник) / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, О.В. Сидорюк и др. – М.: ФГБУ «ННЦ наркологии» Минздрава России, 2014. – 173 с. – Текст: электронный. – URL: <https://www.teros63.ru/1405975657.pdf> (дата обращения: 25.04.2020).
161. Кошкина, Е.А. Социально-демографические и поведенческие особенности потребителей наркотиков и оценка их численности в городах Северо-Западного федерального округа / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, К.В. Вышинский и др. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, №5, Вып.2. – С. 51-57.
162. Кошкина, Е.А. Факторы риска распространения ВИЧ и гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков в Москве / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова, К.В. Вышинский и др. // Наркология. – 2005. – Т. 4, №6. – С.16-20.

163. Корчагина, Г.А. Изучение распространенности употребления психоактивных веществ и склонности к рискованному поведению у студентов учреждений среднего профессионального образования / Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, Я.В. Колпаков // Наркология. – 2014. – Т. 13, №11. – С. 33-36.
164. Красносельских, Т.В. Распространенность и факторы риска заражения ИППП/ВИЧ в группе потребителей инъекционных наркотиков / Т.В. Красносельских, А.В. Шаболтас, Е.В. Соколовский и др. // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – Т. 17, №3. – С. 69-73.
165. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) // Всемирная организация здравоохранения. – Текст: электронный. – 2004. – URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/whoqolbref/ru/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/ru/) (дата обращения 05.09.2019).
166. Крепелин, Э. Учебник психиатрии: для врачей и студентов / Э. Крепелин; перевод с 8-го немецкого переработанного издания Галунова и др. – М.: Изд. А.А. Карцева, 1910. – 468 с.
167. Крупицкий, Е.М. Использование вербальных и цветовых репертуарных решеток для исследования установки на отказ от наркотика у больных героиновой наркоманией / Е.М. Крупицкий, Т.Н. Романова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2009. – № 1. – С. 88-92.
168. Крупицкий, Е.М. Синдром ангедонии у детоксифицированных больных опийной наркоманией: оценка и лечение / Е.М. Крупицкий, А.А. Бураков, Т.Н. Романова и др. // Реабилитация наркозависимых: новые реабилитационные технологии и медицинские аспекты. – СПб.: Реанар 1999. – С. 18.
169. Крупицкий, Е.М. Стабилизация ремиссии при алкоголизме / Е.М. Крупицкий, А.Я. Гриненко. – СПб.: Гиппократ, 1996. – 96 с.
170. Лавриненко, В.И. Некоторые психологические особенности лиц, потребляющих одурманивающие средства / В.И. Лавриненко, Г.Н. Садиков, А.М. Джанмедов // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы республ. совещания наркологов 24–25 апреля 1989 года. – Ашхабад, 1989. – С. 32-34.
171. Ланда, А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных опийной наркоманией / А.Н. Ланда // Некоторые проблемы наркологии и токсикологии: сборник научных трудов / под ред. Г.В. Морозова. – М., 1989. – С. 102-110.
172. Леонтьев, Д.А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) / Д.А. Леонтьев. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
173. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для европейского региона ВОЗ. – 2018. – 552 с. – Текст: электронный. – URL:

- [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/78111/E90840R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/78111/E90840R.pdf) (дата обращения 06.06.2019).
174. Лиознов, Д.А. Поведение, ассоциированное с риском заражения ИППП и возбудителями гемоконтактных инфекций, в студенческой среде / Д.А. Лиознов, С.Л. Николаенко // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – Т. 17, №3. – С.81-83.
  175. Лиознов, Д.А. Употребление алкоголя и поведение, ассоциированное с риском распространения ВИЧ / Д.А. Лиознов, Ю. Вимор, Т.В. Васильева и др. // Сборник материалов VII Всероссийского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней». – Нижний Новгород, 2006. – С. 161.
  176. Литвинцев, Б.С. Нейрофункциональные изменения у пациентов с опиоидной зависимостью: данные функциональной магнитно-резонансной томографии / Б.С. Литвинцев, А.Ю. Ефимцев, Д.А. Тарумов и др. // Биомедицинский журнал Медлайн. – 2015. – Т. 16, № 50. – С. 542-559.
  177. Литвинцев, С.В. Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами В и С / С.В. Литвинцев, Д.А. Барков, Е.Ю. Соловьев и др. // Наркология. – 2004. – №3. – С. 48-49.
  178. Литвинцев, С.В. Оценка качества жизни при формировании опиоидной наркомании / С.В. Литвинцев, М.Г. Колотилин, Т.В. Агибалова // Вопросы наркологии. – 2014. – № 3. – С. 64-72.
  179. Литвинцев, С.В. Психологические показатели и качество жизни больных ВИЧ-инфекцией / С.В. Литвинцев, Д.А. Барков, И.М. Улюкин // Материалы Росс. научно-практ. конф. – СПб., 2006. – С. 40.
  180. Личко, А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков: сб. научных трудов. Л. НИПНИ им. Бехтерева / А.Е. Личко. – Л., 1991. – С. 9-15.
  181. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – СПб: Речь, 2010. – 256 с.
  182. Лоренц, К. Агрессия (так называемое "зло") / К. Лоренц. – М.: Прогресс, Универс, 1994. – 272 с.
  183. Лукачер, Г.Я. Неврологические аспекты опийной наркомании / Г.Я. Лукачер, А.Г. Врублевский, Н.Б. Ласкова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, № 11. – С. 1653-1657.
  184. Лукомский, И.И. Лечение хронического алкоголизма / И.И. Лукомский. – М.: Медицина, 1960. – 95 с.

185. Луцик, А.А. К вопросу о морфо-функциональном состоянии головного мозга у больных с опиатной зависимостью / А.А. Луцик, Е.А. Сафонов, Е.И. Нечаева и др. // Функциональная неврология и нейрохирургия: материалы региональной конференции / под ред. А.Ю. Савченко. – Омск, 2001. – С. 99-105.
186. Махова, Т.А. Структура и функция алкогольной анозогнозии / Т.А. Махова // Вопросы психологии. – 1988. – № 1. – С. 154-158.
187. Менделевич, В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологические и психопатологические аспекты) / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 328 с.
188. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001. – 432 с.
189. Менделевич, В.Д. Психология зависимой личности, или подросток в окружении соблазнов / В.Д. Менделевич, Р.Г. Садыкова. – Йошкар-Ола: Марев, 2002. – 239 с.
190. Мененгер, К. Война с самим собой / К. Мененгер; пер. с англ. Ю. Бондарева. – М.: Эксмо-Пресс, 2000. – 477 с.
191. Минутко, В.Л. Взаимосвязь основных проявлений алкоголизма (клинико-психопатологический анализ): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18, 14.00.45 / В.Л. Минутко; ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – М., 1995. – 45 с.
192. Михайлов, Б.В. Особенности внутренней картины болезни, ценностно-ориентационной сферы и системы отношений у больных хроническим алкоголизмом с различной установкой на лечение / Б.В. Михайлов, А.И. Минко, Г.А. Мусиенко и др. // Новости украинской психиатрии. - Харьков, 2002. – Текст электронный. – URL: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper060.htm> (дата обращения 12.02.11).
193. Морозов, Г.В. Морфинизм / Г.В. Морозов, Н.Н. Боголепов. – М., 1984. – 174 с.
194. Москвичев, В.Г. Ургентные состояния при опийной наркомании / В.Г. Москвичев // Лечащий врач. – 2006. – №5. – С. 72-76.
195. Мясичев, В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясичев; под ред. А.А. Бодалева. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.
196. Найденова, Н.Г. Клиническая диагностика опийной интоксикации / Н.Г. Найденова, А.Ф. Радченко, И.Б. Власова // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии: сборник тезисов конференции. – М.; Томск; Краснодар, 1992. – С. 76-79.
197. Недошивин, А.О. Исследование качества жизни и психологического статуса больных с хронической сердечной недостаточностью / А.О. Недошивин, А.Э. Кутузова, Н.Н. Петрова и др. // Сердечная недостаточность. – 2000. – Т. 1, № 4. – С. 1-7.

198. Незнанов, Н.Г. Биопсихосоциальная парадигма – новые тенденции и старые проблемы / Н.Г. Незнанов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 тт. / под ред. О.В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Т. 1. – С. 32-36.
199. Ненастьева, А.Ю. Качество жизни у больных с зависимостью от опиатов и перспективы использования его показателей в наркологической практике: результаты пилотного исследования / А.Ю. Ненастьева, Е.О. Бойко, Г.Л. Гуревич // Вопросы наркологии. – 2006. – №6. – С. 3-11.
200. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.
201. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
202. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова; под ред. Ю.Л. Шевченко. – СПб.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 315 с.
203. Нюрнберг Г. Принципы психоанализа и их применение к лечению неврозов / Г. Нюрнберг. – СПб.: Институт общегуманитарных исследований, 1999. – 368 с.
204. Одинак, М.М. Нарушения когнитивных функций при цереброваскулярной патологии / М.М. Одинак, А.Ю. Емелин, В.Ю. Лобзин. – СПб.: ВМедА, 2006. – 158 с.
205. Оруджев, Н.Я. Адаптация детей и подростков, употребляющих психоактивные вещества: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.45 / Н.Я. Оруджев; ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. – М., 1998. – 202 с.
206. Оруджев, Н.Я. Дезадаптация лиц с наркологическими заболеваниями: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.45 / Н.Я. Оруджев; НИИ наркологии. – М., 2002. – 39 с.
207. Осипян, Н.Б. Личностные детерминанты проявления рискованного поведения у несовершеннолетних участников групповых преступлений: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06 / Н.Б. Осипян; Юж. федер. ун-т – Ростов-на-Дону, 2007. – 174 с.
208. Отравление наркотиками и психодислептиками. Федеральные клинические рекомендации / под ред. Ю.Н. Остапенко. – М.: Ассоциация клинических токсикологов, 2013. – 40 с.
209. Передозировка опиоидов: предупреждение и снижение смертности, вызванной передозировкой опиоидов / United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2013. – 20 с. – Текст: электронный. – URL: [https:// www.unodc.org/docs/treatment/overdose\\_russian.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/overdose_russian.pdf) (дата обращения 06.11.2018).
210. Плавинский, С.Л. Инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция и эффективность программ снижения вреда в Российской Федерации / С.Л. Плавинский, А.Н. Барина, К.М. Ерошина и др. – М., 2009. – 48 с.



211. Погосов, А.В. Осознание болезни при наркологических заболеваниях / А.В. Погосов // Руководство по аддиктологии / под ред. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – Гл. 24.3. – С. 608-615.
212. Покровский, В.В. ВИЧ-инфекция. Информационный бюллетень №39 / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова и др. – М.: Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом, 2014. – 52 с. – Текст: электронный. – URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/02/Vyulleten-39-VICH-infektsiya-2013-g..pdf> (дата обращения: 07.07.2020).
213. Поляк, О. Б. Критика к заболеванию и терапевтическая мотивация в структуре отношения к болезни при опиоидных наркоманиях: автореф. дис. ...канд. психол. наук: 19.00.04 / О.Б. Поляк; СПбГУ. – СПб., 2009. – 26 с.
214. Понизовский, П.А. Когнитивные расстройства и соматическая анозогнозия у больных алкогольной зависимостью: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.18, 14.00.45 / П.А. Понизовский; Моск. НИИ психиатрии. – М., 2007. – 25 с.
215. Попов, Ю.В. Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. – СПб.: Речь, 2002. – 402 с.
216. Похилько, Т.Т. Сравнительный клинко-экспериментальный анализ личностных особенностей больных с различными формами хронических интоксикаций наркотиками / Т.Т. Похилько // Тезисы докладов научно-практической конференции невропатологов и психиатров Киргизии. – Фрунзе, 1980. – Часть 1. – С. 11-13.
217. Предупреждение ВИЧ - инфицирования среди молодых людей, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций: практическое руководство, 2001. ООН, управление по наркотикам и преступности. – Текст: электронный. – URL: [http://30liman-sch1.edusite.ru/DswMedia/handbook\\_hiv\\_russian.pdf](http://30liman-sch1.edusite.ru/DswMedia/handbook_hiv_russian.pdf) (дата обращения 09.05.2017).
218. Профилактика ВИЧ-инфекции у несовершеннолетних в образовательной среде: Учебное пособие / Под ред. Л. М. Шипицыной. – М., 2007. – 223 с.
219. Профилактика смертности от острых состояний, связанных с употреблением наркотиков, среди лиц, только что освободившихся из мест заключения. – Копенгаген: Региональное бюро ВОЗ для Европы, 2011. – 30 с. – Текст: электронный. – URL: <https://www.unodc.org/documents/russia/Reports/E93993R.pdf> (дата обращения: 18.05.2020).
220. Профилактическая работа с несовершеннолетними различных групп социального риска по злоупотреблению психоактивными веществами / под ред. Л.М. Шипицыной, Л.С. Шпилени. – М.: «Моск. гор. фонд поддержки шк. Книгоиздания», 2004. – 336 с.
221. Психопатические расстройства у подростков / под ред. А.Е. Личко и Ю.В. Попова. – Л.: Изд. инст. им. Бехтерева, 1987. – 203 с.

222. Пузыревич, Н.Л. Рискованное поведение как ведущая ценность современных подростков / Н.Л. Пузыревич // Актуальные проблемы психологии личности: сб. ст. по матер. II междунар. науч.-практ. конф. № 2. – Новосибирск: СибАК. – 2010. – С.58-61.
223. Пятницкая, И.Н. Наркомании: руководство для врачей / И.Н. Пятницкая. – М.: Медицина, 1994. – 541 с.
224. Райгородский, Д.Я. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки / Д.Я. Райгородский // Практическая психодиагностика: методика и тесты – Самара: БАХРАХ-М, 2009. – С. 174-180.
225. Рассказова, Е.И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке / Е.И. Рассказова // Вестник Московского университета. – 2012. – №3. – С. 95-107.
226. Рахманова, А.Г. Динамика течения ВИЧ-инфекции у пациентов с сопутствующими ЗППП и вирусными гепатитами, выявленными в Санкт-Петербурге в 1997-1998 гг / А.Г. Рахманова, Н.А. Ахтырская, Н.В. Сизова // Журнал Микробиологии. – 2000. – № 4. – С. 36-37.
227. Резапкина, Г.В. Психология и выбор профессии: программа предпрофильной подготовки / Г.В. Резапкина. – М.: Генезис, 2008. – 206 с.
228. Рехтина, Н.В. Дифференциация факторов и условий качества жизни в контексте распространения социально-обусловленных заболеваний (на примере исследования ВИЧ-положительных) / Н.В. Рехтина // Известия Алтайского государственного университета. — 2010. – №2/2(66). – С. 223-226.
229. Рехтина, Н.В. Смыслжизненные ориентации личности на разных стадиях переживания кризисной ситуации, связанной с ВИЧ / Н.В. Рехтина // Сборник материалов всеросс. научно-практ. конф. – Барнаул, 2009. – С. 379-381.
230. Рохлина, М.Л. Аффективные расстройства при героиновой наркомании на разных этапах заболевания / М.Л. Рохлина // Наркология. – 2005. – № 12. – С. 36-39.
231. Рохлина, М.Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов. – М.: Анахарсис, 2001. – 208 с.
232. Рохлина, М.Л. Психоорганический синдром у больных наркоманиями / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов // Вопросы наркологии. – 2000. – № 3. – С. 29-35.
233. Рыбакова, Т.Г. Значение преодоления алкогольной анозогнозии в профилактике рецидивов / Т.Г. Рыбакова // Профилактика рецидивов при алкоголизме и наркоманиях: сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 1991. – Т. 129. – С. 14-25.
234. Рыбакова, Ю.В. 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.

235. Рыбакова, Ю.В. Методы оценки анозогнозии при наркологических заболеваниях / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк // Неврологический вестник. – 2012. – Т. 44, № 4. – С. 65-74.
236. Рыбакова, Ю.В. Новый опросник "Алкогольная анозогнозия" для больных с алкогольной зависимостью / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий и др. // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2011. – Т.111, №11-2 – С. 30 -38.
237. Рыбакова, Ю.В. Роль клинических и социально-психологических факторов в формировании алкогольной анозогнозии / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. – 2014. – №2 – С. 77-86.
238. Садальская, Е.В. Психологические аспекты оценки качества жизни больных психосоматическими расстройствами / Е.В. Садальская, С.Н. Ениколопов // Психосоциальная реабилитация и КЖ: сб. научных трудов СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — СПб., 2001. – Т. 137. – С. 321-334.
239. Сафуанов, Ф.С. Клинико-психологические механизмы формирования анозогнозии больных алкоголизмом / Ф.С. Сафуанов, О.В. Баранова, А.Л. Игонин // Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2011. – Т.2, №16. – Текст электронный. – URL: <http://psystudy.ru0421100116/0020> (дата обращения 18.03.12).
240. Сафуанов, Ф.С. Психология криминальной агрессии / Ф.С. Сафуанов. – М.: Смысл, 2003. – 299 с.
241. Селедцов, А.М. Психоорганические расстройства при злоупотреблении различными психоактивными веществами (психопатология, клиника, патогенез, терапия): автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.45, 14.00.18 / А.М. Селедцов; Гос. НЦ наркологии. – М., 1994. – 39 с.
242. Сенцов, И.Г. Наркомания в США / И.Г. Сенцов, С.И. Спектор, С.И. Богданов. – Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2004. – 168 с.
243. Сергеев, Б. Передозировки опиатами: причина и профилактика / Б. Сергеев, А. Саранг, М. Тихонов. – Москва: СПИД Фонд Восток-Запад, 2004. – 48 с.
244. Серебряйская, Л.Я. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных / Л.Я. Серебряйская, В.С. Ястребов, С.Н. Ениколопов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – №9. – С.59-68.
245. Сиволап, Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. – М.: Медицина, 2005. – 304 с.
246. Сиволап, Ю.П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств / Ю.П. Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 11. – С. 4-6.

247. Сиволап, Ю.П. Нарушение сна у больных героиновой наркоманией: клиника и терапия / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков // Вопросы наркологии. – 2002. – №4. – С. 34-39.
248. Сиволап, Ю.П. О принципиальных возможностях нейролептической терапии в наркологии // На пути к профессиональной наркологии (аналитические очерки и статьи) / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. – М.: Изд-во «Медиа Пресс» – 2008. – 338-348 с.
249. Сиволап, Ю.П. Психопатология опиоидной зависимости: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.18 / Ю.П. Сиволап; ГБУ ВПО «Московская медицинская академия». – М., 2004. – 47 с.
250. Сквиря, И.М. Потенциальная возможность формирования ремиссий при алкогольной зависимости в зависимости от метода лечения / И.М. Сквиря // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П.Т. Петрюка, А.Н. Бачерикова. – Киев-Харьков, 2010. – Т.5. – Текст электронный – URL: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper099.htm> (дата обращения 11.05.10).
251. Соболева, Л.Ф. Особенности мотивации антиалкогольного лечения у пациентов наркологических стационаров Москвы и Будапешта / Л.Ф. Соболева, Е.А. Кошкина, М.С. Широкова // Вопросы наркологии. – 1995. – № 1. – С. 73-78.
252. Соловьева, С.Л. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера (STAXI) / С.Л. Соловьева, А.А. Меркурьева, М.В. Ковалева // Сибирский психологический журнал. – 2000. – № 3. – С. 90–93.
253. Состояние проблемы наркотиков в Европе // Европейский центр мониторинга наркотиков и наркомании, годовой доклад. – Люксембург: Бюро публикаций Европейского союза, 2011 – Текст: электронный. – URL: [www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011](http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2011) (дата обращения 17.07.2020).
254. Софронов, А.Г. Опиатная наркомания: учеб. пособие / А.Г. Софронов. – СПб.: ВМедА, 1998. – 57 с.
255. Спенсер Г. Научные основания нравственности / Г. Спенсер. – М.: Изд-во ЛКИ, 2008. – 242 с.
256. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2010 г. // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Текст: электронный. – URL: – <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/02/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-v-2010-g..pdf> (дата обращения 31.05.2020).

257. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2018 г. // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Текст: электронный. – URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/05/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-za-2018-g..pdf> (дата обращения 31.05.2020).
258. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в 2020 г. // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Текст: электронный. – URL: <http://www.hivrussia.info/wp-content/uploads/2019/05/VICH-infektsiya-v-Rossijskoj-Federatsii-za-2018-g..pdf> (дата обращения 31.05.2020).
259. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в первом полугодии 2019 г. // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора – Текст: электронный. – URL: [http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv\\_in\\_russia/hiv\\_in\\_rf\\_30.06.2019.pdf](http://aids-centr.perm.ru/images/4/hiv_in_russia/hiv_in_rf_30.06.2019.pdf). – (дата обращения 16.01.2020).
260. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации в первом полугодии 2018 г. // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Текст: электронный. – URL: <http://helper-nov.ru/news.php?id=55> (дата обращения 08.07.2019).
261. Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 31 декабря 2015 г. // Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом ФБУН Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Текст: электронный. – URL: – <http://antinarco.org/uploads/cgjournal/id583/Spravka.pdf> (дата обращения 31.05.2020).
262. Станько, Э.П. Биопсихосоциальные факторы дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков / Э.П. Станько, С.А. Игумнов, А.П. Гелда // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – Т. 1, №82. – 2015. – С. 47-53.
263. Станько, Э.П. ВИЧ-позитивные пациенты с опийной зависимостью: медико-социальная характеристика / Э.П. Станько, С.А. Игумнов // Российский психиатрический журнал. – 2014. – №4. – С.58-63.
264. Станько, Э.П. Качество жизни пациентов с опиоидной зависимостью и различным ВИЧ-статусом / Э.П. Станько, С.А. Игумнов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 8-14.
265. Станько, Э.П. Комплексная оценка динамики клинико-психологических и психосоциальных характеристик ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов с

- опийной зависимостью / Э.П. Станько, С.А. Игумнов // Вопросы наркологии – 2016 – №2 – С.24-40.
266. Станько, Э.П. Эпидемиология наркозависимости и ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков / Э.П. Станько, С.А. Игумнов, А.П. Гелда // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2014. – № 4 (81). – С. 15–21.
267. Стрельчук, И.В. Клиника и лечение наркомании / И.В. Стрельчук. – М.: Медгиз, 1956. – 346 с.
268. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. — СПб.: Питер, 2001. — 268 с.
269. Тарумов, Д.А. Возможности функциональной магнитно-резонансной томографии покоя в оценке функциональных изменений головного мозга пациентов с опиоидной зависимостью / Д.А. Тарумов, В.К. Шамрей, И.С. Железняк // Вопросы наркологии. – 2018. – № 5 (165). – С. 44-46.
270. Тархан, А.У. Нейропсихологическая диагностика минимальной мозговой дефицитарности у больных с алкогольной зависимостью. Усовершенствованная медицинская технология / А.У. Тархан. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 60 с.
271. Титова, Е.А. Сравнительный анализ поведения, связанного с высоким риском ВИЧ инфицирования у потребителей психостимуляторов и опиоидов / Е.А. Титова, Е.М. Крупицкий, О.Ю. Штакельберг и др. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – №5. – С. 74-79.
272. Тонконогий, И.М. Клиническая нейропсихология / И.М. Тонконогий. – СПб.: Питер, 2007. – 526 с.
273. Тулупьева, Т.В. Психологическая защита и копинг стратегии ВИЧ-инфицированных с позиции опасности для общественного здоровья: автоматизация сбора данных и итоги исследования / Т.В. Тулупьева, А.Л. Тулупьев, А.Е. Пашенко и др. // Труды СПИИРАН. – 2007. – №4. – С. 357-387.
274. Турсунов, Р.А. Влияние ВИЧ-инфекции на качество жизни людей, живущих с ВИЧ/СПИД / Р.А. Турсунов // Вестник Авиценны. – 2013. – №1 (54). – С. 138-148.
275. Тухтарова, И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ- инфекцией: автореф. дис... кандидата психологических наук: 19.00.04 / И. В Тухтарова; СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – СПб., 2003. – 24 с.
276. Тухтарова, И.В. Психологическая защита и копинг-поведение у лиц с ВИЧ-инфекцией / И.В. Тухтарова, Д.Ю. Дремков // Сборник материалов I Всерос. науч. практич. конф. молодых ученых и студентов по медицине. – Тула, 2002. – С. 202-203.

277. Филоненко, Н.Г. Научное обоснование основных направлений повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / Н.Г. Филоненко; Нац. науч.-исслед. ин-т обществ. здоровья РАМН. – М., 2009. – 26 с.
278. Фрейд, З. Я и Оно / З. Фрейд. – М.: Эксмо-Пресс, 2016. – 864 с
279. Фромм, Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М.: Просвещение, 1994. – 447 с.
280. Фурманов, И.А. Агрессия и насилие: диагностика, профилактика и коррекция / И.А. Фурманов. – СПб.: Речь, 2007. – 479 с.
281. Холыст, Б. Криминология. Основные проблемы / Б. Холыст. – М.: Юр. литература, 1980. – 262 с.
282. Хорни, К. Новые пути в психоанализе / К. Хорни. – М.: Канон Плюс, 2014. – 400 с.
283. Хохлова, К.А. Особенности психологической адаптации наркозависимых на этапе реабилитации / К.А. Хохлова // Практическая психология. – 2006. – № 2. – С. 17-18.
284. Цукерман, Г.А. Психология саморазвития / Г.А. Цукерман, Б.М. Мастеров. – М.: Фирма «Интерпракс», 1995. – 286 с.
285. Чирко, В.В. Совершенствование профессиональной подготовки врачей психиатров-наркологов / В.В. Чирко, М.В. Дёмина, А.М. Баринов и др. // Сборник материалов XV съезда психиатров России, Москва, 9-12 ноября 2010 г. – М., 2010. – С. 406.
286. Чудновский, В.С. Сравнительное изучение патологии самосознания при психических заболеваниях / В.С. Чудновский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, № 1. – С. 106-111.
287. Шабанов, П.Д. Наркология: руководство. 2-е изд., перераб. и доп. / П.Д. Шабанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 832 с.
288. Шаболтас, А.В. Организация когортного исследования и оценка зараженности и заражаемости ВИЧ среди инъекционных наркопотребителей в Санкт-Петербурге / А.В. Шаболтас, С.В. Веревокин, О.В. Тюсова и др. // Русский журнал "ВИЧ/СПИД и родственные проблемы". – 2004. – Т 8, №1. –С. 20-28.
289. Шаболтас, А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований / А.В Шаболтас // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2014. – №3. – С. 5-16.
290. Шайдукова, Л.К. Структура психопатоподобных расстройств у больных опийной наркоманией / Л.К. Шайдукова, Е.В. Коблова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, №2. – С. 5-9.
291. Шарок, В.В. Социально-психологические факторы рискованного поведения / В.В. Шарок // Сб. статей по материалам лучших дипломных работ выпускников факультета психологии СПбГУ. – СПб., 2007. – С. 148-152.

292. Шарок, В.В. Экзистенциальные ценности как фактор, препятствующий рискованному поведению / В.В. Шарок // Вестник СПбГУ. – 2009. – №2. – С. 65-71.
293. Шикалова, И.А. Анализ токсикологической ситуации по данным трех специализированных центров Российской Федерации / И.А. Шикалова, А.Н. Лодягин, И.М. Барсукова и др. // Неотложная медицинская помощь. Журнал им. Н.В. Склифосовского. – 2019. – Т. 8, №4. – 373-378. – doi: 10.23934/2223-9022-2019-8-4-373-378
294. Яковлев, Н.А. Нейроспид. Неврологические расстройства при ВИЧ-инфекции/СПИДе: учеб. пособие / Н.А. Яковлев, Н.М. Жулев, Т.А. Слюсарь – М.: Мед. информ. агенство, 2005. – 276 с.
295. Яковлева, Н. Психологические особенности ВИЧ-положительных подростков / Н. Яковлева // Журнал «СПИД. Секс. Здоровье». – 2009. – №2. – С. 15.
296. Ялтонский, В.М. Внутренняя картина болезни пациентов с зависимостью от героина, осложненной ВИЧ-инфекцией / В.М. Ялтонский // Сборник тезисов научно-практической конференции с международным участием «Мир аддикций: химические и нехимические зависимости, ассоциированные психические расстройства» / под ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. Е.М. Крупицкого. – СПб., 2012. – С. 153-154.
297. Ялтонский, В.М. Теоретическая модель мотивации к лечению зависимости от психоактивных / В.М. Ялтонский // Вопросы наркологии. – 2009. – № 6. – С. 60-69.
298. Abad, N. A Systematic Review of HIV and STI Behavior Change Interventions for Female Sex Workers in the United States / N. Abad, B.N. Baack, A. O'Leary [et al.] // AIDS and Behavior. – 2015. – Vol 19 (9). – P. 1701-1719. – doi: 10.1007/s10461-015-1013-2.
299. Abiona, T.C. Gender differences in HIV risk behaviors of inmates / T.C. Abiona, A.S. Adefuye, J.A. Balogun [et al.] // Journal of Women's Health. – 2009. –Vol. 18 (1). – P. 65-71. – doi: 10.1089/jwh.2008.0941.
300. Absalon, J. Gender differences in sexual behaviors, sexual partnerships, and HIV among drug users in New York City / J. Absalon, C.M. Fuller, D.C. Ompad [et al.] // AIDS and Behavior. – 2006. – Vol. 10 (6). – P. 707-715. – doi: 10.1007/s10461-006-9082-x.
301. Aharonovich, E. Anger and depressive states among treatment-seeking drug abusers: Testing the psychopharmacological specificity hypothesis / E. Aharonovich, H.T. Nguyen, E.V Nunes // The American Journal on Addictions. – 2001. – Vol. 10 (4). – P. 327-334. – doi:10.1111/j.1521-0391.2001.tb00522.x.
302. Ahmad, S. Cognitive impairment in chronic heroin addicts / S. Ahmad, H. Ahmad, G. Bindra // J. Pers. Clin. Stud. – 1989. – Vol. 5 (2). – P. 237-240.



303. Al Ansari, A.M. Risk factors associated with overdose among Bahraini youth / A.M. Ansari, R.R. Hamadeh, A.M. Matar [et al.] // *Suicide Life Threat Behav.* – 2001. – Vol. 31 (2). – P. 197-206. – doi: 10.1521/suli.31.2.197.21517.
304. Alho, H. Opioid-related deaths in Europe: Strategies for a comprehensive approach to address a major public health concern / H. Alho, M. Dematteis, D. Lembo [et al.] // *Int J Drug Policy.* – 2020. – Vol. 76 (102616). – doi: 10.1016/j.drugpo.2019.102616.
305. Al-Jahdali, H. Pattern and risk factors for intentional drug overdose in Saudi Arabia / H. Al-Jahdali, A. Al-Johani, A. Al-Hakawi [et al.] // *Canadian Journal of Psychiatry.* – 2004. – Vol. 49 (5). – P. 331-334. – doi: 10.1177/070674370404900509.
306. Alter, M.J. Epidemiology of viral hepatitis and HIV co-infection / M.J. Alter // *Journal of Hepatology.* – 2006. – Vol. 44 (1). – P. 6-9. – doi: 10.1016/j.jhep.2005.11.004.
307. Amador, X.F. Assessment of insight in psychosis / X.F. Amador, D.H. Strauss, S.A. Yale [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150 (6). – P. 873-879. – doi: 10.1176/ajp.150.6.873.
308. Amador, X.F. Awareness of illness in schizophrenia / X.F. Amador, D.H. Strauss, S.A. Yale [et al.] // *Schizophr Bull.* – 1991. – Vol. 17 (1). – P. 113-132. – doi: 10.1093/schbul/17.1.113.
309. Amato, L. An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research / L. Amato, M. Davoli, C.A. Perucci [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment.* – 2005. – Vol. 28 (4). – P. 321-329. – doi: 10.1016/j.jsat.2005.02.007.
310. Armstrong, G. Association of depression, anxiety, and suicidal ideation with high-risk behaviors among men who inject drugs in Delhi, India / G. Armstrong, A.F. Jorm, L. Samson [et al.] // *J Acquir Immune Defic Syndr.* – 2013. – Vol. 64 (5). – P. 502-510. – doi: 10.1097/QAI.0b013e3182a7ef21.
311. Aron, A.R. Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans / A.R. Aron, P.C. Fletcher, E.T. Bullmore [et al.] // *Nature Neuroscience.* – 2003. – Vol. 6 (2). – P. 115-116. – doi: 10.1038/nn1003
312. Avants, K. Continuation of high-risk behavior by HIV-positive drug users / K. Avants, L.A. Warburton, K.A. Hawkins [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment.* – 2000. – Vol. 19 (1). – P. 15-22. – doi: 10.1016/s0740-5472(99)00092-6.
313. Baggaley, R.F. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis / R.F. Baggaley, M.C. Boily, R.G. White [et al.] // *AIDS.* – 2006. – Vol. 20 (6). – P. 805-812. – doi: 10.1097/01.aids.0000218543.46963.6d.
314. Bajunirwe, F. Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda / F. Bajunirwe, D.J. Tisch, C.H. King [et al.] // *AIDS Care.* – 2009. – Vol. 21 (3). – P. 271-279. – doi: 10.1080/09540120802241863.

315. Baldacchino, M. Neuropsychological functioning and chronic methadone use: A systematic review and meta-analysis / M. Baldacchino, D.J.K. Armanyous, D. Balfour [et al.] // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. – 2017. – Vol. 73. – P. 23-38. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.11.008.
316. Baptiste, C.D. Lingual gyrus surface area is associated with anxiety-depression severity in young adults: a genetic clustering approach / C.D. Baptiste, T.S. Lachlan, G.I. de Zubicaray [et al.] // *eNeuro*. – 2018. – Vol. 5 (1). – doi: 10.1523/ENEURO.0153-17.2017.
317. Bardo, M.T. Neuropharmacological mechanisms of drug reward: beyond dopamine in the nucleus accumbens / M.T. Bardo // *Crit. Rev. Neurobiol.* – 1998. – Vol. 12 (1-2). – P. 37-67. – doi: 10.1615/critrevneurobiol.v12.i1-2.30.
318. Barnett, J.H. Visuospatial learning and executive function are independently impaired in first-episode psychosis / J.H. Barnett, B.J. Sahakian, U. Werners [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2005. – Vol. 35 (7). – P. 1031-1041. – doi: 10.1017/S0033291704004301.
319. Barnett, M.H. Reversible delayed leukoencephalopathy following intravenous heroin overdose / M.H. Barnett, L.A. Miller, S.W. Reddel [et al.] // *Journal of Clinical Neuroscience*. – 2001. – Vol. 8 (2). – P. 165-167. – doi: 10.1054/jocn.2000.0769.
320. Barratt, E.S. Barratt Impulsiveness Scale / E.S. Barratt, J. Patton, M. Stanford // *Journal of Clinical Psychology*. – 1995. – Vol. 51 (6). – P. 768-774. – doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1.
321. Bauer, S.M. Mortality in opioid-maintained patients after release from an addiction clinic / S.M. Bauer, R. Loipl, R. Jagsch [et al.] // *European Addiction Research*. – 2008. – Vol. 14 (2). – P. 82-91. – doi: 10.1159/000113722.
322. Beats, B.C. Cognitive performance in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in the elderly depressed / B.C. Beats, B.J. Sahakian, R. Levy // *Psychology and Medicine*. – 1996. – Vol. 26 (3). – P. 591-603. – doi: 10.1017/S0033291700035662.
323. Bechara, A. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions / A. Bechara, D. Tranel, H. Damasio // *Brain*. – 2000. – Vol. 123 (11). – P. 2189-2202. – doi: 10.1093/brain/123.11.2189.
324. Bechara, A. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex / A. Bechara, H. Damasio, A.R. Damasio // *Cereb Cortex*. – 2000. – Vol. 10 (3). – P. 295-307. – doi: 10.1093/cercor/10.3.295.
325. Beer, J.S. Orbitofrontal cortex and social behavior: integrating self-monitoring and emotion-cognition interactions / J.S. Beer, O.P. John, D. Scabini [et al.] // *J Cogn Neurosci*. – 2006. – Vol. 18 (6). – P. 871-879. – doi: 10.1162/jocn.2006.18.6.871.
326. Bekele, T. Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in persons living with HIV/AIDS / T. Bekele, S.B. Rourke, R. Tucker [et al.] // *AIDS Care*. – 2013. – Vol. 25 (3). – P. 337-346. – doi: 10.1080/09540121.2012.701716.

327. Bench, C.J. Investigations of the functional anatomy of attention using the Stroop test / C.J. Bench, C.D. Frith, P.M. Grasby [et al.] // *Neuropsychologia*. – 1993. – Vol. 31 (9). – P. 907-922. – doi: 10.1016/0028-3932(93)90147-r.
328. Bergenstrom, A. A cross-sectional study on prevalence of non-fatal drug overdose and associated risk characteristics among out-of-treatment injecting drug users in North Viet Nam / A. Bergenstrom, M. Quan Vu, N. Le Van [et al.] // *Substance Use and Misuse*. – 2008. – Vol. 43 (1). – P. 73-84. – doi: doi.org/10.1080/10826080701205109.
329. Berglund, M. Assaultive alcoholics 20 years later / M. Berglund, K. Tunving // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1985. – Vol. 71 (2). – P. 141-147. – doi:10.1111/j.1600-0447.1985.tb01264.x.
330. Berkowitz, L. *Aggression: A social psychological analysis* / L. Berkowitz. – New York: McGraw-Hill, 1962. – 388 p.
331. Berridge, K.C. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? / K.C. Berridge, T.E. Robinson // *Brain Res. Rev.* – 1998. – Vol. 28 (3). – P. 309-369. – doi: 10.1016/s0165-0173(98)00019-8.
332. Bertholet, N. Improvements in readiness to change and drinking in primary care patients with unhealthy alcohol use: a prospective study / N. Bertholet, N.J. Horton, R. Saitz // *BMC Public Health*. – 2009. – Vol. 9. – P. 101-106. – doi: 10.1186/1471-2458-9-101.
333. Best, D. Accidental and deliberate overdose among opiate addicts in methadone maintenance treatment: are deliberate overdoses systematically different? / D. Best, M. Gossop, L.H. Man [et al.] // *Drug and Alcohol Review*. – 2000. – Vol. 19 (2). – P. 213-216. – doi: 10.1080/713659326.
334. Bing, E.G. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States / E.G. Bing, M.A. Burnam, D. Longshore [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. – 2001. – Vol. 58 (8). – P. 721-728. – doi: 10.1001/archpsyc.58.8.721.
335. Bird, S.M. Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000-2007: presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era / S.M. Bird, J.R. Robertson // *Addiction Research and Theory*. – 2011. – Vol. 19 (2). – P. 170-178. – doi: 10.3109/16066359.2010.490310.
336. Black, E. Drug-related aggression among injecting drug users / E. Black, L. Degenhardt // *N.S.W. Public Health Bull.* – 2006. – Vol. 17 (1-2). – P. 12-16. – doi: 10.1071/NB06004.
337. Blakemore, S.J. The role of puberty in the developing adolescent brain / S.J. Blakemore, S. Burnett, R.E. Dahl // *Human Brain Mapping*. – 2010. – Vol. 31 (6). – P. 926-933. – doi:10.1002/hbm.21052.
338. Bloch, M.H. Meta-Analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder / M.H. Bloch, A. Landeros-Weisenberger, M.C. Rosario [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165 (12). – P. 1532-1542. – doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08020320.

339. Boyer, C.B. Associations of sociodemographic, psychosocial, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients / C.B. Boyer, M. Shafer, C.J. Wibbelsman [et al.] // *Journal of Adolescent Health*. – 2000. – Vol 27 (2). – P. 102-111. – doi: 10.1016/s1054-139x(99)00113-5.
340. Brand, M. Role of the amygdala in decisions under ambiguity and decisions under risk: evidence from patients with Urbach-Wiethe disease / M. Brand, F. Grabenhorst, K. Starcke [et al.] // *Neuropsychologia*. – 2007. – Vol. 45(6). – P. 1305-1317. – doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.09.021.
341. Brands, B. *Drugs and drug abuse: a reference text (3rd edition)* / B. Brands, B. Sproule, J. Marshman. – Toronto, Ontario: Addiction Research Foundation, 1998.
342. Brettle, R.P. Pre-AIDS deaths in HIV infection related to intravenous drug use / R.P. Brettle, A. Chiswick, J. Bell [et al.] // *QJM*. – 1997. – Vol. 90 (10). – P. 617-629. – doi: 10.1093/qjmed/90.10.617.
343. Briongos Figuero, L.S. Assessment of factors influencing health-related quality of life in HIV-infected patients / L.S. Briongos Figuero, P. Bachiller Luque, T. Palacios Martin [et al.] // *HIV Medicine*. – 2011. – Vol. 12 (1). – P. 22-30. – doi: 10.1111/j.1468-1293.2010.00844.x.
344. Brondani, M.A. Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients' experiences in dental settings / M.A. Brondani, R. Alan, L. Donnelly // *PLOS ONE*. – 2017. – Vol.12 (5). – doi: 10.1371/journal.pone.0177388.
345. Brower, K.J. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances / K.J. Brower, B.E. Perron // *Med. Hypotheses*. – 2010. – Vol. 74 (5). – P. 928-933. – doi: 10.1016/j.mehy.2009.10.020.
346. Brugal, M.T. Factors associated with nonfatal heroin overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration / M.T. Brugal, G. Barrio, L. de la Fuente [et al.] // *Addiction*. – 2002. – Vol. 97 (3). – P. 319-327. – doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00058.x.
347. Brugal, M.T. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain / M.T. Brugal, A. Domingo-Salvany, R. Puig [et al.] // *Addiction*. – 2005. – Vol. 100 (7). – P. 981-989. – doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x.
348. Budhachandra, Y. Personality profile among Human Immunodeficiency Virus (HIV) positives and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) patients of injecting drug users / Y. Budhachandra, K. Ramesh, G. Sumitra // *Kathmandu University Medical Journal*. – 2007. – Vol 5 (1). – P. 38-41. – PMID: 18603984.
349. Buffardi, A.L. Moving upstream: ecosocial and psychosocial correlates of sexually transmitted infections among young adults in the United States / A.L. Buffardi, K.K. Thomas, K.K. Holmes

- [et al.] // American Journal of Public Health. – 2008. – Vol. 98 (6). – P. 1128-1136. – doi: 10.2105/AJPH.2007.120451.
350. Bushman, B.J. Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? / B.J. Bushman, C.A. Anderson // Psychol. Rev. – 2001. – Vol. 108 (1). – P. 273-279. – doi: 10.1037/0033-295x.108.1.273.
351. Buss, A.H. An inventory for assessing different kinds of hostility / A.H. Buss, A. Durkee // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1957. – Vol. 21 (4). – P. 343-349. – doi: 10.1037/h0046900.
352. Buttner, A. The neuropathology of heroin abuse / A. Buttner, G. Mall, R. Penning [et al.] // Forensic Sci Int. – 2000. – Vol. 113 (1-3). – P. 435-442. – doi: 10.1016/s0379-0738(00)00204-8.
353. Byers, J.M. Acute pulmonary alveolitis in narcotic abuse / J.M. Byers, J.S. Soin, R.S. Fisher [et al.] // Archives of Pathology. – 1975. – Vol. 99 (5). – P. 273-277. – PMID: 1093538.
354. Cabrera Fadul, O. Prostitution and poverty in Santafe de Bogota / O. Cabrera Fadul // Profamilia. – 1998. – Vol. 16 (31). – P. 53-56. – PMID: 12348805.
355. Campsmith, M.L. Association between crack cocaine use and high-risk sexual behaviors after HIV diagnosis / M.L. Campsmith, A.K. Nakashima, J.L. Jones // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. – 2000. – Vol. 25 (2). – P. 192-198. – doi: 10.1097/00042560-200010010-00015.
356. Campsmith, M.L. Self-reported health-related quality of life in persons with HIV infection: results from a multi-site interview project / M.L. Campsmith, A.K. Nakashima, A.J. Davidson // Health and Quality of Life. – 2003. – №1. – P. 12. – doi:10.1186/1477-7525-1-12.
357. CANTAB (Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery). Test Administration Guide Manual version 3.0.0 Cambridge. England. – URL: [http://www.dbglab.ru/upload/datadictionary/CANTABeclipse Test Administration Guide eng.pdf](http://www.dbglab.ru/upload/datadictionary/CANTABeclipse%20Test%20Administration%20Guide%20eng.pdf) (accessed 06.12.2019).
358. CANTAB eclipse Test Administration Guide. // Test Administration Guide Manual version 3.0.0 Cambridge. England – URL: [http://www.cambridgecognition.com/downloads/Academic Research.pdf](http://www.cambridgecognition.com/downloads/Academic%20Research.pdf) (accessed 06.12.2019).
359. Caplehorn, J.R.M. Risk factors for non-HIV-related death among methadone maintenance patients / J.R.M. Caplehorn // Eur. Addiction Res. – 1996. – Vol. 2 (1). – P. 49-52. – doi: 10.1159/000259102.
360. Carey, M.P. Prevalence of infection with HIV among the seriously mentally ill: Review of research and implications for practice / M.P. Carey, L.S. Weinhardt, K.B. Carey // Professional Psychology: Research and Practice. – 1995 – Vol 26 (3). – P. 262-268. – doi:10.1037/0735-7028.26.3.262.
361. Carise, D. Developing a national addiction treatment information system. An introduction to the

- Drug Evaluation Network System / D. Carise, A.T. McLellan, L.S. Gifford [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 1999. – Vol. 17 (1-2). – P. 67-77. – doi: 10.1016/S0740-5472(98)00047-6.
362. Carise, D. Getting patients the services they need using a computer-assisted system for patient assessment and referral – CASPAR / D. Carise, O. Gurel, A.T. McLellan [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2005. – Vol. 80 (2). – P. 177-189. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.03.024.
363. Carre, E. Metabolic crisis in severely head-injured patients: is ischemia just the tip of the iceberg? / E. Carre, M. Ogier, H. Boret [et al.] // *Front Neurol.* – 2013. – Vol. 4. – P. 146. – doi: 103389/fneur201300146.
364. Carroll, K.M. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers / K.M. Carroll, B.J. Rounsaville, L.T. Gordon [et al.] // *Arch Gen Psychiatry.* – 1994. – Vol. 51 (3). – P. 177-187. – doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950030013002.
365. Casey, B.J. The adolescent brain / B.J. Casey, S. Getz, A. Galvan // *Developmental Review.* – 2008. – Vol. 28 (1). – P. 62-77. – doi: 10.1016/j.dr.2007.08.003.
366. Cassidy, M.T. Drug abuse deaths in Glasgow in 1992 - a retrospective study / M.T. Cassidy, M. Curtis, G. Muir [et al.] // *Med Sci Law.* – 1995. – Vol. 35 (3). – P. 207-212. – doi: 10.1177/002580249503500306.
367. Castro, A. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti / A. Castro, P. Farmer // *American Journal of Public Health.* – 2005. – Vol. 95 (1). – P. 53-59. – doi: 10.2105/AJPH.2003.028563.
368. Cattaneo, C. Prevalence of HIV and hepatitis C markers among a cadaver population in Milan / C. Cattaneo, P.A. Nuttall, L.O. Molendini [et al.] // *J Clin Pathol.* – 1999. – Vol. 52 (4). – P. 267-270. – doi: 10.1136/jcp.52.4.267.
369. Cattell, H.E.P. Essentials of 16PF assessment / H.E.P. Cattell, J.M. Schuerger // Hoboken, NJ: Wiley, 2003. – 320 p.
370. Cattell, R.B. Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF) / R.B. Cattell, H.W. Eber, M.M. Tatsuoka. – Champaign, IL: IPAT., 1970. – 388 p.
371. Cerwonka, E.R. Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults / E.R. Cerwonka, T.R. Isbell, C.E. Hansen // *AIDS Education and Prevention.* – 2000. – Vol. 12 (2). – P. 141-153. – PMID: 10833039.
372. Cesarini, D. Genetic variation in preferences for giving and risk taking / D. Cesarini, C.T. Dawes, M. Johannesson [et al.] // *Quarterly Journal of Economics.* – 2009. – Vol. 124 (2). – P. 809-842.
373. Chai, S. Cognitions associated with recovery from alcohol dependence / S. Chai, Y. Cho // *Japanese Psychological Research.* – 2011. – Vol. 53 (3). – P. 327-332. – doi:10.1111/j.1468-5884.2011.00473.x.

374. Charles, B. Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India – a community based cross sectional study / B. Charles, L. Jeyaseelan, A.K. Pandian [et al.] // *BMC Public Health*. – 2012. – Vol. 12. – P. 463. – doi: 10.1186/1471-2458-12-463.
375. Chermack, S.T. Treatment needs of men and women with violence problems in substance use disorder treatment / S.T. Chermack, R.L. Murray, J.J. Winters [et al.] // *Substance use & misuse*. – 2009. – Vol. 44 (9-10). – P. 1236-1262. – doi:10.1080/10826080902960007.
376. Cherubin, C. The epidemiology of death in narcotic addicts / C. Cherubin, J. McCusker, M. Baden [et al.] // *American Journal of Epidemiology*. – 1972. – Vol. 96 (1). – P.11-22. – doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a121428.
377. Cho, K.C. Effects of Insight Level on the Sensitivity of Alcoholism Screening Tests in Alcohol Dependent / K.C. Cho, J.S. Kim, J.G. Jung [et al.] // *Korean. J. Fam. Med.* – 2010. – Vol. 31 (7). – P. 523-528. – doi: 10.4082/kjfm.2010.31.7.523.
378. Choi, P. Prevalence and correlates of community re-entry challenges faced by HIV-infected male prisoners in Malaysia / P. Choi, R. Kavasery, M.M. Desai [et al.] // *International Journal of STD & AIDS*. – 2010. – Vol. 21 (6). – P. 416-423. – doi: 10.1258/ijsa.2009.009180.
379. Chung, T. Brief assessment of readiness to change tobacco use in treated youth / T. Chung , A. Maisto, A. Mihalo [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* - 2011. – Vol. 41 (2). – P. 137-147. – doi: 10.1016/j.jsat.2011.02.010.
380. Chunming, X. Identification of hyperactive intrinsic amygdala network connectivity associated with impulsivity in abstinent heroin addicts / X. Chunming, L. Shi-Jiang, S. Yongcong [et al.] // *Behavioural Brain Research*. – 2011. – Vol. 216 (2). – P. 639-646. – doi: 10.1016/j.bbr.2010.09.004.
381. Coccaro, E.F. Assessment of life history of aggression: development and psychometric characteristics / E.F. Coccaro, M.E. Berman, R.J. Kavoussi // *Psychiatry Res.* – 1997. – Vol. 73 (3). – P. 147-157. – doi: 10.1016/s0165-1781(97)00119-4.
382. Coffin, P.O. More pharmacists in high-risk neighborhoods of New York City support selling syringes to injection drug users / P.O. Coffin, J. Ahern, S. Dorris [et al.] // *Journal of the American Pharmaceutical Association*. – 2002. – Vol. 42 (6). – P. 62-67. – doi: 10.1331/1086-5802.42.0.s62.coffin.
383. Cohen, J.R. A unique adolescent response to reward prediction errors / J.R. Cohen, R.F. Asarnow, F.W. Sabb [et al.] // *Nature Neuroscience*. – 2010. – Vol. 13 (6). – P. 669-671. – doi: 10.1038/nn.2558.

384. Cohen, M. Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV / M. Cohen, C. Deamant, S. Barkan [et al.] // *American journal of public health.* – 2000. – Vol. 90 (4). – P. 560-565. – doi:10.2105/AJPH.90.4.560.
385. Committee for medicinal products for human use (CHMP). Reflection paper on the regulatory guidance for the use of health-related quality of life (HRQL) measures in the evaluation of medicinal products // *European Medicines Agency.* – 2005. – URL: <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/ewp/13939104en.pdf>. (accessed 07.10.2008).
386. Conn, H.O. *Hepatic Encephalopathy: Syndromes and Therapies* / H.O. Conn, J. Bircher. – Bloomington: Medi-Ed Press, 1994. – 429 p.
387. Conner, L.C. Prevalence and predictors of drug use among adolescents with HIV infection acquired perinatally or later in life / L.C. Conner, J. Wiener, J.V. Lewis [et al.] // *AIDS and Behavior.* – 2013. – Vol. 17 (3). – P.976-986. – doi: 10.1007/s10461-011-9950-x.
388. Coombs, C.H. *Portfolio Theory and the Measurement of Risk* / C.H. Coombs, M.F. Kaolan, S. Schwartz // *Human Judgment and Decision Processes.* – N.Y.: Academic Press, 1975. – 63-85 p.
389. Cooper G.A. A study of methadone fatalities in the Strathclyde region / G.A. Cooper, A. Seymour, M.T. Cassidy [et al.] // *Medi. Sci. Law.* – 1999. – Vol. 39 (3) – P. 233-242. – doi: 10.1177/002580249903900308.
390. Crews, F.T. Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction / F.T. Crews, C.A. Boettiger // *Pharmacology, biochemistry, and behavior.* – 2009. – Vol. 93 (3). – P. 237-247. – doi: 10.1016/j.pbb.2009.04.018.
391. Crumbaugh, J.S. Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts / J.S. Crumbaugh // *Journal of Individual Psychology.* – 1968. – Vol. 24 (1). – P. 74-81.
392. Crunelle, C.L. Reduced frontal brain volume in non-treatment-seeking cocaine-dependent individuals: exploring the role of impulsivity, depression, and smoking / C.L. Crunelle, A.M. Kaag, G. Van Wingen [et al.] // *Frontiers in Human Neuroscience.* – 2014. – Vol. 8 (7). – doi: 0.3389/fnhum.2014.00007.
393. Cunha-Oliveira, T. Cellular and molecular mechanisms involved in the neurotoxicity of opioid and psychostimulant drugs / T. Cunha-Oliveira, A.C. Rego, C.R. Oliveira // *Brain Research Reviews.* – 2008. – Vol. 58 (1). – P. 192-208. – doi: 10.1016/j.brainresrev.2008.03.002.
394. Daepfen, J.B. MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients / J.B. Daepfen, M.A. Krieg, B. Burnand [et al.] // *American Journal Drug Alcohol Abuse.* – 1998. – Vol. 24 (4). – P. 685-694. – doi: 10.3109/00952999809019617.
395. Dal-Bo, M.J. Depressive symptoms and associated factors among people living with HIV/AIDS / M.J. Dal-Bo, A.L. Manoel, A.O. Filho [et al.] // *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care.* – 2015. – Vol. 14 (2). – P. 136-140. – doi: 10.1177/2325957413494829.



396. Daley, D.C. Dual disorders: counseling clients with chemical dependency and mental illness / D.C. Daley, H. Moos. – Hazelden Trade, 2002. – 472 p.
397. Dambacher, F. Out of control: Evidence for anterior insula involvement in motor impulsivity and reactive aggression / F. Dambacher, A.T. Sack, J. Lobbestael [et al.] // *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. – 2015. – Vol. 10 (4). – P. 508-516. – doi:10.1093/scan/nsu077.
398. Darke, S. Cognitive impairment among methadone maintenance patients / S. Darke, J. Sims, S. McDonald [et al.] // *Addiction*. – 2000. – Vol. 95 (5). – P. 687-695. – doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.9556874.x.
399. Darke, S. Fatal heroin 'overdose: a review / S. Darke, D. Zador // *Addiction*. – 1996. – Vol. 91 (12). – P. 1765-1772. – doi: 10.1046/j.1360-0443.1996.911217652.x.
400. Darke, S. Heroin-related deaths in South Western Sydney, Australia, 1992-1996 / S. Darke, J. Ross // *Drug and Alcohol Review*. – 1999. – Vol. 18 (1). – P. 39-45. – doi: 10.1080/09595239996743.
401. Darke, S. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: I. Prevalence and correlates of non-fatal overdose / S. Darke, J. Ross, W. Hall // *Addiction*. – 1996. – Vol. 91 (3). – P. 405-411. – PMID: 8867202.
402. Darke, S. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: II. Responses to overdose / S. Darke, J. Ross, W. Hall // *Addiction*. – 1996. – Vol. 91 (3). – P. 413-417. – doi: 10.1046/j.1360-0443.1996.91341310.x.
403. Darke, S. Overdose risk perceptions and behaviours among heroin users in Sydney, Australia / S. Darke, J. Ross // *Eur. Addiction Res*. – 1997. – Vol. 3. – P. 87-92. – doi: 10.1159/000259156.
404. Darke, S. Predictors of injecting and injecting risk-taking behaviour among methadone-maintenance clients / S. Darke, W. Swift, W. Hall [et al.] // *Addiction*. – 1994. – Vol. 89 (3). – P. 311-316. – doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb00897.x.
405. David, A.S. Insight and psychosis / A. S. David // *Br. J. Psychiatry*. – 1990. – Vol. 156 (6). – P. 798-808. – doi: 10.1192/bjp.156.6.798.
406. David, A.S. The assessment of insight in psychosis / A.S. David, A. Buchanan, A. Reed [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 1992. – Vol. 161 (5). – P.599-602. – doi:10.1192/bjp.161.5.599.
407. Davidson, P.J. Witnessing heroin-related overdoses: The experiences of young injectors in San Francisco / P.J. Davidson, K.C. Ochoa, J.A. Hahn [et al.] // *Addiction*. – 2002. – Vol. 97 (12). – P. 1511-1516. – doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00210.x.
408. Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-98. – Office for National Statistics, *Health Statistics Quarterly*. – 2000. – № 7.
409. De Jong, C.A. High abstinence rates in heroin addicts by a new comprehensive treatment approach / C.A. De Jong, H.G. Roozen, L.G. van Rossum [et al.] // *American Journal on Addictions*. – 2007. – Vol. 16 (2). – P. 124-130. – doi: 10.1080/10550490601184472.

410. De Maeyer, J. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment / J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, J. Lammertyn [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2011. – Vol. 20 (1). – P. 139-150. – doi: 10.1007/s11136-010-9732-3.
411. De Maeyer, J. Exploratory study on drug Users' perspectives on quality of life: More than health-related quality of life? / J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, E. Broekaert // *Social Indicators Research.* – 2009. – Vol. 90 (1). – P. 107-126. – doi: 10.1007/s11205-008-9315-7.
412. De Maeyer, J. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature / J. De Maeyer, W. Vanderplasschen, E. Broekaert // *Int J Drug Policy.* – 2010. – Vol. 21 (5). – P. 364-380. – doi:10.4103/0976-3147.139986.
413. De Mojá, C.A. Anger and drug addiction / C.A. De Mojá, C.D. Spielberger // *Psychological Reports.* – 1997. – Vol. 81 (1). – P. 152-154. – doi: 10.2466/pr0.1997.81.1.152.
414. De Rover, M. Hippocampal dysfunction in patients with mild cognitive impairment: a functional neuroimaging study of a visuospatial paired associates learning task / M. De Rover, V.A. Pironti, J.A. McCabe [et al.] // *Neuropsychologia.* – 2011. – Vol. 49 (7). – P. 2060-2070. – doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2011.03.037.
415. Degenhardt, L. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: Findings from the global burden of disease study 2010 / L. Degenhardt, H.A. Whiteford, A.J. Ferrari [et al.] // *The Lancet.* – 2013. – Vol. 382 (9904). – P. 1564-1574. – doi: 10.1016/S0140-6736(13)61530-5.
416. Degenhardt, L. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies / L. Degenhardt, C. Bucello, B.W. Mathers [et al.] // *Addiction.* – 2010. – Vol. 106 (1). – P. 32-51. – doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x.
417. DeRogatis, L.R. SCL-90-R: administration, scoring and procedures. Manual 1 / L.R. DeRogatis. – Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1977. – P. 4-8.
418. DeRogatis, L.R. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale / L.R. DeRogatis, K. Ricklers, A.F. Rock // *British Journal of Psychiatry.* – 1976. – Vol. 128 (3). – P. 280-289. – doi: 10.1192/bjp.128.3.280.
419. Des Jarlais, D.C. HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities / D.C. Des Jarlais, K. Arasteh, S. Semaan [et al.] // *Current opinion in HIV and AIDS.* – 2009. – Vol. 4 (4). – P. 308-313. – doi: 10.1097/COH.0b013e32832bbc6f.
420. Des Jarlais, D.C. HIV infection among intravenous drug users: epidemiology and risk reduction / D.C. Des Jarlais, S.R. Friedman // *AIDS.* – 1987. – Vol. 1 (2). – P. 67-76. – PMID: 3130084.

421. Desrosiers, A. Psychiatric symptoms, quality of life, and HIV status among people using opioids in Saint Petersburg, Russia / A. Desrosiers, E. Blokhina, E. Krupitsky [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2017. – №172. – P. 60-65. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2016.12.007.
422. Detmar, S.B. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues / S.B. Detmar, N.K. Aaronson, L.D. Wever [et al.] // *Journal of Clinical Oncology*. – 2000. – Vol. 18 (18). – P. 3295-3301. – doi: 10.1200/JCO.2000.18.18.3295.
423. Dew, M.A. Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation / M.A. Dew, J.T. Becker, J. Sanchez [et al.] // *Psychological Medicine*. – 1997. – Vol. 27 (2). – P. 395-409. – doi: 10.1017/s0033291796004552.
424. Dhawan, A. The enigma of craving / A. Dhawan, R. Kumar, S. Yadav [et al.] // *Ind. J. Psychiatry*. – 2002. – Vol. 44 (2). – P. 138-143. – PMID: 21206559.
425. Di Bisceglia, A.M. Hepatitis C / A.M. Di Bisceglia // *Lancet*. – 1998. – Vol. 351 (9099). – P. 351-355. – doi: 10.1016/S0140-6736(97)07361-3.
426. DiClemente, C.C. Readiness and stages of change in addiction treatment / C.C. DiClemente, D. Schlundt, L. Gemmell // *Am. J. Addict.* – 2004. – Vol. 13 (2). – P. 103-109. – doi: 10.1080/10550490490435777.
427. DiClemente, C.C. Stages of change profiles in alcoholism treatment / C.C. DiClemente, S.O. Hughes // *J. Substance Abuse*. – 1990. – Vol. 2 (2). – P. 217-235. – doi: 10.1016/s0899-3289(05)80057-4.
428. DiClemente, C.C. The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale / C.C. DiClemente, J.P. Carbonari, R.P.G. Montgomery [et al.] // *J. Stud Alcohol*. – 1994. – Vol. 55 (2). – P. 141-148. – doi: 10.15288/jsa.1994.55.141.
429. DiClemente, R.J. Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective--a commentary / R.J. DiClemente, L.F. Salazar, R.A. Crosby [et al.] // *Public Health*. – 2005. – Vol. 119 (9). – P. 825-836. – doi: 10.1016/j.puhe.2004.10.015.
430. DiClemente, R.J. Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviors and the efficacy of prevention interventions in adolescents at-risk for HIV infection: what works and what doesn't work? / R.J. DiClemente, C.P. Crittenden, E. Rose [et al.] // *Psychosom Med*. – 2008. – Vol. 70 (5). – P. 598-605. – doi: 10.1097/PSY.0b013e3181775edb.
431. Dietze, P. The self-reported personal wellbeing of a sample of Australian injecting drug users / P. Dietze, M. Stooze, P. Miller [et al.] // *Addiction*. – 2010. – Vol. 105 (12). – P. 2141-2148. – doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03090.x.

432. Disney, E. Psychiatric comorbidity is associated with drug use and HIV risk in syringe exchange participants / E. Disney, M. Kidorf, K. Kolodner [et al.] // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 2006. – Vol. 194 (8). – P. 577-583. – doi: 10.1097/01.nmd.0000230396.17230.28.
433. Dorabjee, J. A multi-centre rapid assessment of injecting drug use in India / J. Dorabjee, L. Samson // *International Journal on Drug Policy*. – 2000. – Vol 11 (1-2) – P. 99-112. – doi: 10.1016/s0955-3959(99)00058-4.
434. Dore, G.J. Frequent hepatitis B virus rebound among HIV-hepatitis B virus-coinfected patients following antiretroviral therapy interruption/ G.J. Dore, V. Soriano, J. Rockstroh [et. al.] // *AIDS*. – 2010. – Vol. 24 (6). – P. 857-865. – doi:10.1097/QAD.0b013e328334bddd.
435. Drew L.R.H. Avoidable deaths from drug intoxication / L.R.H. Drew // *Medical Journal of Australia*. – 1982. – № 2. – P. 215.
436. Eckhardt, C.I. Effects of alcohol intoxication on anger experience and expression among partner assaultive men / C.I. Eckhardt // *J. Consult. Clin. Psychology*. – 2007. – Vol. 75 (1). – P. 61-71. – doi: 10.1037/0022-006X.75.1.61.
437. Eftekhari, A. Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders / A. Eftekhari, A.P. Turner, M.E. Larimer // *Addict. Behav.* – 2004. – Vol. 29 (5). – P. 1001-1008. – doi: 10.1016/j.addbeh.2004.02.050.
438. Eklund, J.M. Personality characteristics as risk indications of alcohol use and violent behaviour in male and female adolescents / J.M. Eklund, B. Klinteberg // *Journal of Individual Differences*. – 2005. – Vol. 26 (2). – P. 63-73. – doi: 10.1027/1614-0001.26.2.63.
439. Elifson, K.W. Predictors of sexual risk-taking among new drug users/ K.W. Elifson, H. Klein, C.E. Sterk // *Journal of Sex Research*. – 2006. – Vol. 43 (4). – P. 318-327. – doi: 10.1080/00224490609552331.
440. Elkinton, J.R. Medicine and the quality of life / J.R. Elkinton // *Annals of Internal Medicine*. – 1966. – Vol. 63 (3). – P. 711-714. – doi: 10.7326/0003-4819-64-3-711.
441. Ellis, R. HIV and antiretroviral therapy in the brain: neuronal injury and repair / R. Ellis, D. Langford, E. Masliah // *Nat. Rev. Neurosci.* – 2007. – Vol. 8 (1). – P. 33-44. – doi:10.1038/nrn2040.
442. Eluwa, G.I. A profile on HIV prevalence and risk behaviors among injecting drug users in Nigeria: should we be alarmed? / G.I. Eluwa, S.A. Strathdee, S.B. Adebayo [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2013. – Vol. 127 (1-3). – P. 65-71. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.06.013.
443. EMCDDA European Drug Report. Trends and developments / EMCDDA. – Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015. – URL: [http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2015\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2015_en). (accessed 08.05.2020).

444. EMCDDA European Drug Report. Trends and developments / EMCDDA. – Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2017. – URL: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ENN.pdf> (accessed 24.07.2020).
445. EMCDDA European Drug Report. Trends and developments / EMCDDA. – Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019. – URL: [https://www.emcdda.europa.eu/news/2019/latest-update-on-drug-related-deaths-and-mortality-in-europe\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/news/2019/latest-update-on-drug-related-deaths-and-mortality-in-europe_en) (accessed 24.07.2020).
446. Engel, G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G.L. Engel // *Science*. – 1977. – Vol. 196 (4286). – P. 129-136. – doi: 10.1126/science.847460.
447. Enikolopov, S.N. Approbation of the Russian-language version of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) / S.N. Enikolopov, T.I. Medvedeva // *Journal Article*. – 2015. – Vol. 5 (3). – P. 75-89. – doi: 10.17759/psylaw.2015050307.
448. Eskild, A. Differences in mortality rates and causes of death between HIV positive and HIV negative intravenous drug users / A. Eskild, P. Magnus, S.O. Samuelsen [et al.] // *Int J Epidemiol*. – 1993. – Vol. 22 (2). – P. 315-320. – doi: 10.1093/ije/22.2.315.
449. Evren, C. Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients / C. Evren, M. Durkaya, B. Evren [et al.] // *Drug Alcohol Rev*. – 2011. – Vol. 31 (1). – P. 81-90. – doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00303.x.
450. Fassino, S. Quality of life and personality disorders in heroin abusers / S. Fassino, G.A. Daga, N. Delsedime [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2004. – Vol. 76 (1). – P. 73-80. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.04.005.
451. Fathelrahman, A.I. Factors associated with adult poisoning in northern Malaysia: A case-control study / A.I. Fathelrahman, A.F. Rahman, Z.M. Zain [et al.] // *Human & Experimental Toxicology*. – 2006. – Vol. 25 (4). – P. 167-173. – doi: 10.1191/0960327106ht606oa.
452. Feinstein, J.S. The human amygdala and the induction and experience of fear / J.S. Feinstein, R. Adolphs, A.R. Damasio [et al.] // *Current Biology*. – 2011. – Vol. 21 (1). – P. 34-38. – doi: 10.1016/j.cub.2010.11.042.
453. Ferenci, P. Hepatic Encephalopathy / P. Ferenci // *New Trends in Hepatology. Falk Symposium No 92. St. Petersburg, Russia, June 21–22, 1996*. – P. 46-47.
454. Fernandez, E. Anger treatment in chemically-dependent inpatients: evaluation of phase effects and gender / E. Fernandez, S. Scott // *Behav. Cogn. Psychotherapy*. – 2009. – Vol. 37 (4). – P. 431-447. – doi: 10.1017/S1352465809990075.

455. Fernández-Serrano, M.J. Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers / M.J. Fernández-Serrano, O. Lozano, M. Pérez-García [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2010. – Vol. 109 (1–3). – P. 57-64. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.12.007.
456. Ferro, E. Lack of prescription of antiretroviral therapy to vulnerable population by Malaysian physicians / E. Ferro, J. Wickersham, R. Marcus [et al.] // *Infectious Diseases Society of America Meeting.* – San Francisco CA, 2013. – 153 p.
457. Fingerhood, M.I. Prevalence of hepatitis C in a chemically dependent population / M.I. Fingerhood, D.R. Jasinski, I.T. Sullivan // *Arch Intern Med.* – 1993. – Vol. 153 (17). – P. 2025-2030. – PMID: 8357288.
458. Fischer, B. Drugs, communities and harm reduction in Germany: the new relevance of public health principles in local responses / B. Fischer // *J. Public Health Policy.* – 1995. – Vol. 16 (4). – P. 345-411. – PMID: 8907762.
459. Fischer, J.A. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples / J.A. Fischer, S. Conrad, A.M. Clavarino [et al.] // *Quality of Life Research.* – 2013. – Vol. 22 (8). – P. 2113-2121. – doi: 10.1007/s11136-013-0350-8.
460. Fleckenstein, A.E. Differential effects of psychostimulants and related agents on dopaminergic and serotonergic transporter function / A.E. Fleckenstein, H.M. Haughey, R.R. Metzger [et al.] // *European Journal of Pharmacology.* – 1999. – Vol. 382 (1). – P. 45-49. – doi: 10.1016/s0014-2999(99)00588-9.
461. Fleishman, J. Coping and depressive symptoms among people with AIDS. / J. Fleishman, B. Fogel // *Health Psychology.* – 1994. – Vol. 13. – N2. – P. 156–169.
462. Fluk, H. Syringes to go: A program in Avellaneda to use drugs without risks / H. Fluk. – 2001. – URL: <http://www.pagina12.com.ar/2001/01-04/01-04-08/pag21.htm> (accessed 24.07.2020).
463. Force, E.E. Epidemiological and ecological study of risk factors for narcotics overdose / E.E. Force, R.S. Fisher, J.W. Millar // *Archives of Environmental Health.* – 1973. – Vol. 26 (3). – P. 111-119. – doi:10.1080/00039896.1973.10666237.
464. Foster, J.H. Quality of life in alcohol-dependent subjects – a review / J.H. Foster, J.E. Powell, E.J. Marshall [et al.] // *Quality of Life Research.* – 1999. – Vol. 8 (3). – P. 255-261. – doi: 10.1023/a:1008802711478.
465. Freyer, J. Readiness to change versus readiness to seek help for alcohol problems: The development of the Treatment Readiness Tool (TRaT) / J. Freyer, J.S. Tonigan, S. Keller [et al.] // *J. Stud. Alcohol.* – 2004. – Vol. 65 (6). – P. 801-809. – doi: 10.15288/jsa.2004.65.801.
466. Frischer, M. Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal / M. Frischer, M. Bloor, D. Goldberg [et al.] // *J. Epidem. and Com. Health.* – 1993. – Vol. 47 (1). – P. 59-63. – doi: 10.1136/jech.47.1.59.

467. Frischer, M. Mortality and survival among a cohort of drug injectors in Glasgow, 1982-1994 / M. Frischer, D. Goldberg, M. Rahman [et al.] // *Addiction*. – 1997. – Vol. 92 (4). – P. 419-427. – PMID: 9177063.
468. Fu, T.S. Psychometric properties of the World Health Organization Quality Of Life Assessment-Brief in methadone patients: a validation study in northern Taiwan / T.S. Fu, Y.C. Tuan, M.Y. Yen [et al.] // *Harm Reduct J*. – 2013. – Vol. 10 (10). – P. 37. – doi: 10.1186/1477-7517-10-37.
469. Gala, C. The psychosocial impact of HIV infection in gay men, drug users and heterosexuals. Controlled investigation / C. Gala, A. Pergami, J. Catalan [et al.] // *British Journal of Psychiatry*. – 1993. – № 163. – P. 651-659. – doi: 10.1192/bjp.163.5.651.
470. Galbraith, J.K. *The Affluent Society* / J.K. Galbraith. – New York: Houghton Mifflin Company, 1998. – 288 p.
471. Galvan, F.H. HIV stigma and social support among African Americans / F.H. Galvan, E.M. Davis, D. Banks [et al.] // *AIDS Patient Care STDS*. – 2008. – Vol. 22 (5). – P. 423-436. – doi: 10.1089/apc.2007.0169.
472. German, D. Boredom, depressive symptoms, and HIV risk behaviors among urban injection drug users / D. German, C.A. Latkin // *AIDS and behavior*. – 2012. – Vol. 16 (8). – P. 2244-2250. – doi: 10.1007/s10461-012-0247-5.
473. Gerra, G. Allelic association of a dopamine transporter gene polymorphism with antisocial behaviour in heroin-dependent patients / G. Gerra, L. Garofano, C. Pellegrini [et al.] // *Addiction Biology*. – 2005. – Vol. 10 (3). – P. 275-281. – doi: 10.1080/13556210500223769.
474. Gerra, G. Effects of olanzapine on aggressiveness in heroin dependent patients / G. Gerra, G. Di Petta, A. D'Amore [et al.] // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 2006. – Vol. 30 (7). – P. 1291-1298. – doi: 10.1016/j.pnpbp.2006.04.023.
475. Gerra, G. Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of sensation-seeking temperament in normal humans / G. Gerra, P. Avanzini, A. Zaimovic [et al.] // *Neuropsychobiology*. – 1999 – Vol. 39 (4). – P. 207-213. – doi: 10.1159/000026586.
476. Gilbert, P.B. Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal / P.B. Gilbert, I.W. McKeague, G. Eisen [et al.] // *Statistics in Medicine*. – 2003. – Vol. 22 (4). – P. 573-593 – doi: 10.1002/sim.1342.
477. Godoy, D.A. Treating hyperglycemia in neurocritical patients: benefits and perils / D.A. Godoy, M. Di Napoli, A. Rabinstein // *Neurocrit Care*. – 2010. – Vol. 13 (3). – P. 425-438. – doi: 10.1007/s12028-010-9404-8.
478. Goedert, J.J. Mortality among drug users in the AIDS era / J.J. Goedert, G. Pizza, F.M. Gritti [et al.] // *Int J Epidemiol*. – 1995. – Vol. 24 (6). – P. 1204-1210. – doi: 10.1093/ije/24.6.1204.

479. Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* / E. Goffman. – N.J., Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1963. – 147 p.
480. Goldner, E.M. Prevalence of Axis-1 psychiatric (with focus on depression and anxiety) disorder and symptomatology among non-medical prescription opioid users in substance use treatment: systematic review and meta-analyses / E.M. Goldner, A. Lusted, M. Roerecke [et al.] // *Addictive Behaviors*. – 2014. – Vol. 39 (3). – P. 520-531. – doi: 10.1016/j.addbeh.2013.11.022.
481. Goldsmith, R.J. A rating scale for alcoholic denial / R.J. Goldsmith, B.L. Green // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1988. – Vol. 176 (10). – P. 614-620. – doi: 10.1097/00005053-198810000-00006.
482. Goldstein, R.B. The NIMH Healthy Living Project Team. Psychological Distress, Substance Use, and Adjustment among Parents Living with HIV / R.B. Goldstein, M.O. Johnson, M.J. Rotheram-Borus [et al.] // *The Journal of the American Board of Family Practice*. – 2005. – Vol. 18 (5). – P. 362-373. – doi: 10.3122/jabfm.18.5.362.
483. Goldstein, R.Z. The Neurocircuitry of Impaired Insight in Drug Addiction / R.Z. Goldstein, A.D. Craig, A. Bechara [et al.] // *Trends in Cognitive Sciences*. – 2009. – Vol. 13 (9). – P. 372-380. – doi: 10.1016/j.tics.2009.06.004.
484. Goodman, L.S. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 8th edn / L.S. Goodman, A. Gilman. – New York: Oxford Pergamon Press. – 1991. – 1831 p.
485. Goryukhina, O.A. Accumulation of exogenous histone in rat brain parenchyma / O.A. Goryukhina, R.D. Ilyuk, I.V. Mishchenko // *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. – 2000. – Vol. 130 (1). – P. 665-668. – doi: 10.1007/s004170000198.
486. Gossop, M. Frequency of non-fatal heroin overdose: survey of heroin users recruited in non-clinical settings / M. Gossop, P. Griffiths, B. Powis [et al.] // *BMJ*. – 1996. – Vol. 313 (7054). – P. 402. – doi: 10.1136/bmj.313.7054.402.
487. Gottschalka, L.B. Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: a review of the evidence base / L.B. Gottschalka, N. Ortayli // *Contraception*. – 2014. – Vol. 90 (3). – P. 211-225. – doi: 10.1016/j.contraception.2014.04.017.
488. Grant, I. The Collaborative Neuropsychological Study of Polydrug Users / I. Grant, K.M. Adams, A.S. Carlin [et al.] // *Arch. Gen. Psych.* – 1978. – Vol. 35 (9). – P. 1063-1074. – doi:10.1001/archpsyc.1978.01770330037003.
489. Grau, L.E. Psychosocial and Contextual Correlates of Opioid Overdose Risk among Drug Users in St. Petersburg, Russia / L.E. Grau, T.C. Green, M. Torban [et al.] // *Harm Reduction Journal*. – 2009. – Vol. 6 (17). – P. 113-121. – doi: 10.1186/1477-7517-6-17.
490. Gray, F. Neuropathology and neurodegeneration in human immunodeficiency virus infection. Pathogenesis of HIV-induced lesions of the brain, correlations with HIV-associated disorders and



- modifications according to treatments / F. Gray, H. Adle-Biassette, F. Chretien [et al.] // *Clinical neuropathology*. – 2001. – Vol. 20 (4). – P. 146-155. – PMID: 11495003.
491. Green, T.C. Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: An evaluation of naloxone training and distribution programs in the United States / T.C. Green, L.E. Grau, R. Heimer [et al.] // *Proceedings of the 18<sup>th</sup> Annual International Conference on Drug-Related Harm*. – Warsaw, Poland. – 2007, May 12–17.
492. Green, T.C. HIV infection and risk of overdose: a systematic review and meta-analysis / T.C. Green, S.K. McGowan, M.A. Yokell [et al.] // *AIDS (London, England)*. – 2012. – Vol. 26 (4). – P. 403-417. – doi:10.1097/QAD.0b013e32834f19b6
493. Green, T.C. Social and structural aspects of the overdose risk environment in St. Petersburg, Russia / T.C. Green, L.E. Grau, K.N. Blinnikova [et al.] // *International Journal of Drug Policy*. – 2009. – Vol. 20 (3). – P. 270-276. – doi: 10.1016/j.drugpo.2008.07.002.
494. Greenfield, B.L. The impact of depression on abstinence self-efficacy and substance use outcomes among emerging adults in residential treatment / B.L. Greenfield, K.L. Venner, J.F. Kelly [et al.] // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 2012. – Vol. 26 (2). – P. 246-254. – doi: 10.1037/a0026917.
495. Grella, C.E. Cocaine and crack use and HIV risk behaviors among high-risk methadone maintenance clients / C.E. Grella, M.D. Anglin, S.E. Wugalter // *Drug and Alcohol Dependence*. – 1995. – Vol. 37 (1). – P. 15-21. – doi: 10.1016/0376-8716(94)01059-T.
496. Gurel, O. Developing CASPAR: A computer-assisted system for patient assessment and referral // O. Gurel, D. Carise, C. Kendig [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2005. – Vol. 28 (3). – P. 281-289. – doi: 10.1016/j.jsat.2005.02.005.
497. Gutierrez-Cebollada, J. Psychotropic drug consumption and other factors associated with heroin overdose / J. Gutiérrez-Cebollada, R. de la Torre, J. Ortuño [et al.] // *Drug Alc. Dep.* – 1994. – Vol. 35 (2). – P. 169-174. – doi: 10.1016/0376-8716(94)90124-4.
498. Guyatt, G.H. Measuring health-related quality of life / G.H. Guyatt, D.H. Feeny, D.L. Patrick // *Annals of Internal Medicine*. – 1993. – Vol. 118 (8). – P. 622- 629. – doi: 10.7326/0003-4819-118-8-199304150-00009.
499. Hall, W. Reducing the toll of opioid overdose deaths in Australia / W. Hall // *Drug and Alcohol Review*. – 1999. – Vol. 18 (2). – P. 213-220. – doi: 10.1080/09595239996662.
500. Harden, K.P. Beyond dual systems: a genetically-informed, latent factor model of behavioral and self-report measures related to adolescent risk-taking/ K.P. Harden, N. Kretsch, F.D. Mann [et al.] // *Developmental Cognitive Neuroscience*. – 2017. – №25. – P. 221-234. – doi: 10.1016/j.dcn.2016.12.007.

501. Harris, T.R. Readiness to change among a group of heavy-drinking college students: correlates of readiness and a comparison of measures / T.R. Harris, S.T. Walters, M.M. Leahy // *J. Am. Coll. Health.* – 2008. – Vol. 57 (3). – P. 325-330. – doi: 10.3200/JACH.57.3.325-330.
502. Haussinger, D. Nitrogen metabolism in Liver: structural and functional organisation and physiological relevance / D. Haussinger // *Biochem. J.* – 1990. – Vol. 267 (2). – P. 281-90. – doi: 10.1042/bj2670281.
503. Heather, N. Development of a Readiness Ruler for use with alcohol brief interventions / N. Heather, D. Smailes, P. Cassidy // *Drug Alcohol Depend.* – 2008. – Vol. 98(3). – P. 235-240. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.06.005.
504. Heather, N. Development of scale for measuring impaired control over alcohol consumption: A preliminary report / N. Heather, J.S. Tebbutt, R.P. Mattick [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol.* – 1993. – Vol. 54 (6). – P. 700-709. – doi: 10.15288/jsa.1993.54.700.
505. Heather, N. The development of a treatment version of the Readiness to Change Questionnaire / N. Heather, A. Luce, D. Peck [et al.] // *Addiction Research.* – 1999. – Vol. 7(1). – P. 63-68. – doi: 10.3109/16066359909004375.
506. Hesse, M. The Readiness Ruler as a measure of readiness to change poly-drug use in drug abusers / M. Hesse // *Harm. Reduct. J.* – 2006. – Vol. 3. – P. 3-6. – doi: 10.1186/1477-7517-3-3.
507. Hickman, M. Drug-related mortality and fatal overdose risk: pilot cohort study of heroin users recruited from specialist drug treatment sites in London / M. Hickman, Z. Carnwath, P. Madden [et al.] // *Journal of urban Health.* – 2003. – Vol. 80 (2). – P. 274-287. – doi:10.1093/jurban/jtg030.
508. Hien, D. Depression and anger as risk factors underlying the relationship between maternal substance involvement and child abuse potential / D. Hien, L.R. Cohen, N.A. Caldeira [et al.] // *Child. Abuse Negl.* – 2010. – Vol. 34 (2). – P. 105-113. – doi: 10.1016/j.chiabu.2009.05.006.
509. Hogue, A. Validation of a contemplation ladder in an adult substance use disorder sample / A. Hogue, S. Dauber, J. Morgenstern // *Psychol. Addict. Behav.* – 2010. – Vol. 24 (1). – P. 137-144. – doi: 10.1037/a0017895.
510. Hollandsworth, J.G. Differentiating assertion and aggression: Some behavioral guidelines / J.G. Hollandsworth // *Behavior Therapy.* – 1977. – Vol. 8 (3). – P. 347-352. – doi: 10.1016/S0005-7894(77)80067-1.
511. Hudgins, R. Cocaine use and risky injection and sexual behaviors / R. Hudgins, J. McCusker, A. Stoddard // *Drug and Alcohol Dependence.* – 1995. – Vol. 37 (1). – P. 7-14. – doi: 10.1016/0376-8716(94)01060-X.
512. Illicit drug use in New York City / New York City Health Department // *NYC Vital Signs.* – 2010. – Vol. 9 (1). – P. 1-4. – URL: <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/survey/survey-2009drugod.pdf> (accessed 29.07.2020).

513. 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.
514. Ingold, F.R. Study of deaths related to drug abuse in France and Europe / F.R. Ingold // *Bull. Narcotics*. – 1986. – Vol. 38 (1-2). – P. 81-89. – PMID: 3779181.
515. Ino, A. The Denial and Awareness Scale (DAS) / A. Ino, S. Tatsuki, K. Nishikawa // *Japans J. of Alcohol Studies and Drug Dependence*. – 2001. – Vol. 36 (3). – P. 216-234. – PMID: 11494588.
516. Inskip, H.M. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia / H.M. Inskip, C. Harris, B. Barraclough // *Brit. J. Psychiatry*. – 1998. – Vol. 172. – P. 35-37. – doi: 10.1192/bjp.172.1.35.
517. Jaffe J.H. Drug addiction and dependence / J.H. Jaffe // *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* / ed. by Gilman A.G., Rall T.W., Nies A.S. [et al.] – Oxford: Pergamon Press, 1990. – P. 522-573.
518. Jamshidi, F. Brain computed tomographic scan findings in acute opium overdose patients / F. Jamshidi, D. Sadighi, K. Aghakhani [et al.] // *The American Journal of Emergency Medicine*. – 2013. – Vol. 31 (1). – P. 50-53. – doi: 10.1016/j.ajem.2012.05.030.
519. Jellinger, K.A. Neuropathology and general autopsy findings in AIDS during last 15 years / K.A. Jellinger, U. Setinek, M. Drlicek [et al.] // *Acta Neuropathol*. – 2000. – Vol. 100 (2). – P. 213-220. – doi: 10.1007/s004010000245.
520. Jenkinson, C. Short form 36 (SF-36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age / C. Jenkinson, A. Coulter, L. Wright // *British Medical Journal*. – 1993. – Vol. 306 (6890). – P. 1437-1440. – doi: 10.1136 / bmj.306.6890.1437.
521. Jin, H. Depression and suicidality in HIV/AIDS in China / H. Jin, J. Hampton Atkinson, X. Yu [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2006. – Vol. 94 (1-3). – P. 269-275. – doi: 10.1016/j.jad.2006.04.013.
522. Johnson, M. Barriers to access to care reported by women living with HIV across 27 countries / M. Johnson, A. Samarina, H. Xi [et al.] // *AIDS Care*. – 2015. – Vol. 27 (10). – P. 1220-1230. – doi: 10.1080/09540121.
523. Jones, C. Vital signs: Demographic and substance use trends among heroin user. United States, 2002–2013 / C. Jones, J. Logan, R. Gladden [et al.] // *Morb Mortal Weekly Rep*. – 2015. – Vol. 64 (26). – P. 719-725.
524. Kagee, A. Symptoms of depression and anxiety among a sample of South African patients living with HIV / A. Kagee, L. Martin // *AIDS Care*. – 2010. – Vol. 22 (2). – P. 159-165. – doi: 10.1080/09540120903111445.

525. Kalichman, S.C. Human immunodeficiency virus (HIV) risk among the seriously mentally ill / S.C. Kalichman, M.P. Carey, K.B. Carey // *Clinical Psychology Science and Practice*. – 1996. – Vol. 3 (2). – P. 130-143. – doi: 10.1111/j.1468-2850.1996.tb00062.x.
526. Kalin, N.H. Primate models to understand human aggression / N.H. Kalin // *J. Clin. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 60 (15). – P. 29-32. – PMID: 10418812.
527. Kaplan, R.M. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis / R.M. Kaplan, J.W. Bush // *Health Psychology*. – 1982. – Vol. 1 (1). – P. 61-80. – doi: 10.1037/0278-6133.1.1.61.
528. Karlsson Linnér, R. Genome-wide association analyses of risk tolerance and risky behaviors in over 1 million individuals identify hundreds of loci and shared genetic influences / R. Karlsson Linnér, P. Biroli, E. Kong [et al.] // *Nat Genet*. – 2019. – Vol. 51 (2). – P. 245-257. – doi: 10.1038/s41588-018-0309-3.
529. Karnofsky, D.A. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer / D.A. Karnofsky, J.H. Burchenal // *Evaluation of chemotherapeutic agents*. – New York: Columbia University Press Website, 1947. – 196 p.
530. Kartikeyan, S.K. Role of the family in drug abuse / S.K. Kartikeyan, R.M. Chatruvedi, V.R. Bhalerao // *Journal of Postgraduate Medicine*. – 1992. – Vol. 38 (1). – P. 5-7.
531. Kassinove, H. Anger disorders: basic science and practice issues / H. Kassinove, D.G. Sukhodolsky // *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. – 1995. – P. 173-205. – doi:10.3109/01460869509087270.
532. Kempton, S. Executive function and attention deficit hyperactivity disorder: stimulant medication and better executive function performance in children / S. Kempton, A. Vance, P. Maruff [et al.] // *Psychol. Med.* – 1999. – Vol. 29 (3). – P. 527-538. – doi: 10.1017/s0033291799008338.
533. Kennedy-Hendricks, A. Social stigma toward persons with prescription opioid use disorder: Associations with public support for punitive and public health-oriented policies / A. Kennedy-Hendricks, C.L. Barry, S.E. Gollust [et al.] // *Psychiatric Services*. – 2017. – Vol. 68 (5). – P. 462-469. – doi: 10.1176/appi.ps.201600056.
534. Kernberg, O.F. Aggression in personality disorders and perversion / O.F. Kernberg. – New Haven, London: Yale Univ. Press, 1992. – 326 p.
535. Kessler, R.C. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey / R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51 (1). – P. 8-19. – doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002.
536. Khan, M.R. Depression, sexually transmitted infection, and sexual risk behavior among young adults in the United States / M.R. Khan, J.S. Kaufman, B.W. Pence [et al.] // *Archives of Pediatrics*

- and Adolescent Medicine. – 2009. – Vol. 163 (7). – P. 644-652. – doi: 10.1001/archpediatrics.2009.95.
537. Kidorf, M. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program / M. Kidorf, E.R. Disney, V.L. King [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2004. – Vol. 74 (2). – P. 115-122. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2003.11.014.
538. Kilbey, N.M. Cocaine use and dependence in young adults: associated psychiatric disorders and personality traits / N.M. Kilbey, N. Breslau, P. Andreski // *Drug Alcohol Depend.* – 1992. – Vol. 29 (3). – P. 283-290. – doi: 10.1016/0376-8716(92)90103-j.
539. Kim, J.S. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism / J.S. Kim, G.J. Kim, J.M. Lee [et al.] // *J. Stud. Alcohol.* – 1998. – Vol. 59 (10). – P. 52-55. – doi: 10.15288/jsa.1998.59.52.
540. Kim, J.S. The role of alcoholics' insight in abstinence from alcohol in male Korean alcohol dependents / J.S. Kim, B.K. Park, G.J. Kim [et al.] // *J. Korean Med. Sci.* – 2007. – Vol. 22 (1). – P. 132-137. – doi: 10.3346/jkms.2007.22.1.132.
541. Kirby, K.N. Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls / K.N. Kirby, N.M. Petry, W.K. Bickel // *J Exp Psychol Gen.* – 1999. – Vol. 128 (1). – P. 78-87. – doi: 10.1037//0096-3445.128.1.78.
542. Klee, H. Factors that characterize street injectors / H. Klee, J. Morris // *Addiction.* – 1995. – Vol. 90 (6). – P. 837-841. – doi: 10.1046/j.1360-0443.1995.90683712.x.
543. Kleinman, P.H. Psychopathology among cocaine abusers entering treatment / P.H. Kleinman, A.B. Miller, R.B. Millman [et al.] // *J Nerv Ment Dis.* – 1990. – Vol. 178 (7). – P. 442-447. – doi: 10.1097/00005053-199007000-00005.
544. Klinkenberg, W.D. Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS / W.D. Klinkenberg, S. Sacs // *AIDS Care.* – 2004. – Vol. 16 (1). – P. 22-42. – doi: 10.1080/09540120412331315303.
545. Knutson, B. Dissociation of reward anticipation and outcome with eventrelated fMRI / B. Knutson, G.W. Fong, C.M. Adams [et al.] // *Neuroreport.* – 2001. – Vol. 12 (17). – P. 3683-3687. – doi: 10.1097/00001756-200112040-00016.
546. Koh, K.B. The relation between anger management style, mood and somatic symptoms in anxiety disorders and somatoform disorders / K.B. Koh, D.K Kim, S.Y. Kim [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2008. – Vol. 160 (3). – P. 372-379. – doi: 10.1016/j.psychres.2007.06.003.
547. Kohli, R.M. Modification of medical outcome study (MOS) instrument for quality of life assessment & its validation in HIV infected individuals in India / R.M. Kohli, S. Sane, K. Kumar [et al.] // *Indian Journal of Medical Research.* – 2005. – Vol. 122 (4). – P. 297-304. – PMID: 16394320.

548. Kohls, G. The nucleus accumbens is involved in both the pursuit of social reward and the avoidance of social punishment / G. Kohls, M.T. Perino, J.M. Taylor [et al.] // *Neuropsychologia*. – 2013. – Vol. 51 (11). – P. 2062-2069. – doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2013.07.020.
549. Koob, G.F. Addiction and the brain antireward system / G.F. Koob, M. Le Moal // *Annual Review of Psychology*. – 2008. – Vol. 59 (1). – P.29-53. – doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093548.
550. Koob, G.F. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence // G.F. Koob, F.E. Bloom // *Science*. – 1988. – Vol. 242 (4879). – P.715-723. – doi: 10.1126/science.2903550.
551. Koob, G.F. Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on the extended amygdala / G.F. Koob // *Eur Neuropsychopharmacol*. – 2003 – Vol. 13 (6). – P. 442-452. – doi: 10.1016/j.euroneuro.2003.08.005.
552. Koob, G.F. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis / G.F. Koob, N.D. Volkow // *Lancet Psychiatry*. – 2016. – Vol. 3 (8). – P. 760-773. – doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.
553. Kopnisky, K.L. Neurobiology of HIV, psychiatric and substance abuse comorbidity research: workshop report / K.L. Kopnisky, J. Bao, Y.W. Lin // *Brain, Behavior, and Immunity*. – 2007. – Vol. 21 (4). – P. 428-441. – doi: 10.1016/j.bbi.2007.01.011.
554. Kopstein, M. HIV-1 Encephalopathy And Aids Dementia Complex / M. Kopstein, D.J. Mohlman // *StatPearls Publishing*. – 2020. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507700/> (accessed 19.06.2020).
555. Korin, H. Comparison of psychometric measures in psychiatric patients using heroin and other drugs / H. Korin // *J. Abnorm. Psychol*. – 1974. – Vol. 83 (2). – P. 208-212. – doi: 10.1037/h0036480.
556. Korr, W.S. Measuring quality of life in the mentally ill / W.S. Korr, B.C. Ford // *Qual Life Res*. – 2003. – Vol. 12. – P. 17-23. – doi: 10.1023/a:1023556916615.
557. Kozlov, A.P. HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St.Petersburg, Russia / A.P. Kozlov, A.V. Shaboltas, O.V. Toussova [et al.] // *AIDS*. – 2006. – Vol. 20 (6). – P. 901-906. – doi: 10.1097/01.aids.0000218555.36661.9c.
558. Kraemer, K.L. Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences / K.L. Kraemer, S.A. Maisto, J. Conigliaro [et al.] // *Journal of General Internal Medicine*. — 2002. – Vol. 17 (5). – P. 382-386. – doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10613.x.
559. Krahe, B. The social psychology of aggression / B. Krahe // – Philadelphia, Pa: Psychology Press Ltd, 2001. – 277 p.
560. Krupitsky, E.M. Alcohol use and HIV risk behaviors among HIV-infected hospitalized patients in St. Petersburg, Russia / E.M. Krupitsky, N.J. Horton, E.C. Williams [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2005. – Vol. 79 (2). – P. 251-256. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.01.015.

561. Krupitsky, E.M. Comorbidity of infectious and addictive diseases in St. Petersburg and the Leningrad Region, Russia / E.M. Krupitsky, E.E. Zvartau, D.A. Lioznov [et al.] // *European Addiction Research*. – 2006. – Vol. 12 (1). – P. 12-19. – doi: 10.1159/000088578.
562. Krupitsky, E.M. HIV risk behavior and psychiatric symptoms among heroin addicts in St. Petersburg, Russia Russian / E.M. Krupitsky, E.E. Zvartau, V.Y. Egorova [et al.] // *Journal of AIDS, Cancer and Public Health*. – 2006. – Vol. 10 (1). – P. 53-59. – doi: 10.1159/000088578.
563. Krupitsky, E.M. Naltrexone with or without fluoxetine for preventing relapse to heroin addiction in St. Petersburg, Russia / E.M. Krupitsky, E.E. Zwartau, D.V. Masalov [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2006. – Vol. 31 (4). – P. 319-328. – doi: 10.1016/j.jsat.2006.05.005.
564. Kruse, G.R. Drug choice, spatial distribution, HIV risk, and HIV prevalence among injection drug users in St. Petersburg, Russia / G.R. Kruse, R. Barbour, R. Heimer [et al.] // *Harm Reduction Journal*. – 2009. – Vol. 6. – P. 22. – doi: 10.1186/1477-7517-6-22.
565. Krystal, J.H. Opiate Dependence and Withdrawal: Preliminary Assessment Using Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT) / J.H. Krystal, S.W. Woods, T.R. Kosten [et al.] // *Am. J. Drug and alcohol abuse*. – 1995. – Vol. 21 (1). – P. 47-63. – doi: 10.3109/00952999509095229.
566. Kumar, M.S. Rapid assessment and response to injecting drug use in Madras, South India / M.S. Kumar, S. Mudaliar, S.P. Thygarajan [et al.] // *International Journal on Drug Policy*. – 2000. – Vol. 11 (1-2). – P. 83-98. – doi: 10.1016/s0955-3959(99)00057-2.
567. Kwiatkowski, C.F. HIV risk behaviors among older American drug users / C.F. Kwiatkowski, R.E. Booth // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2003. – Vol. 33 (2). – P. 131-137. – doi: 10.1097/00126334-200306012-00010.
568. Lacoste, J. Influence de l'insight sur l'efficacité de l'entretien motivationnel dans la prévention des rechutes chez des patients alcool-dépendants / J. Lacoste, M.L. Daniel, F. Meissonnier [et al.] // *Annales medico-psychologiques*. – 2011. – Vol. 169 (7). – P. 457-458. – doi: 10.1016/j.amp.2011.06.014.
569. Lahmek, P. Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme / P. Lahmek, I. Berlin, L. Michel [et al.] // *International Journal of Medical Sciences*. – 2009. – Vol. 6 (4). – P.160-167. – doi: 10.7150/ijms.6.160.
570. Langendam, M.W. The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users / M.W. Langendam, G.H. Brussel, R.A. Coutinho [et al.] // *Am J Public Health*. – 2001. – Vol. 91 (5). – P.774-780. – doi: 10.2105/ajph.91.5.774.

571. Larson, R. Mood variability and the psychosocial adjustment of adolescents / R. Larson, M. Csikszentmihalyi, R. Graef // *J. of Youth and Adolescence*. – 1980. – Vol. 9 (6). – P. 469-490. – doi: 10.1007/BF02089885.
572. Laudet, A.B. Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse / A.B. Laudet, J.B. Becker, W.L. White // *Substance Use and Misuse*. – 2009. – Vol. 44 (2). – P. 227-252. – doi: 10.1080/10826080802714462.
573. Lazarus, R.S. Manual for Ways of Coping Questionnaire / R.S. Lazarus, S. Folkman. – Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1988. – 33 p.
574. Lee, R. Internalized stigma among people living with HIV-AIDS / R. Lee, A. Kochman, K. Sikkema // *AIDS and Behavior*. – 2002. – Vol. 6 (4). – P. 309-319. – doi: 10.1023/A:1021144511957.
575. Lee, T.S.H. Quality of Life among Injection Drug Users Living with or without HIV/AIDS in Taiwan: A Case Control Group Design / T.S.H. Lee, C.S. Shiu, Y.C. Tuan [et al.] // *Journal of AIDS & Clinical Research*. – 2013. – Vol. 4 (3). – P. 122-129. – doi:10.4172/2155-6113.1000199.
576. Leserman, J. Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support / J. Leserman, E.D. Jackson, J.M. Petitto [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 1999. – Vol. 61 (3). – P. 397-406. – doi: 10.1097/00006842-199905000-00021.
577. Lewis, C.E. Neurochemical mechanisms of chronic antisocial behavior (psychopathy). A literature review / C.E. Lewis // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1991. – Vol. 179 (12). – P. 720-727. – doi: 10.1097/00005053-199112000-00002.
578. Leynaert, B. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV/ B. Leynaert, A.M. Downs, I. De Vincenzi // *American Journal of Epidemiology*. – 1998. – Vol. 148 (1). – P. 88-96. – doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009564.
579. Li, L. Motivational profiles of clients seeking methadone maintenance therapy in China / L. Li, Y. Ding, W. Lai [et al.] // *Drug Alcohol Depend.* – 2011. – Vol. 118 (2-3). – P. 335-340. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.04.014.
580. Lin, S.H. The economic cost of heroin dependency and quality of life among heroin users in Taiwan / S.H. Lin, K.C. Chen, S.Y. Lee [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2013. – Vol. 209 (3). – P. 512–517. – doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.014.
581. Link, B.G. On Stigma and Its consequences: evidence from a longitudinal Study of Men With Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse / B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahay [et al.] // *Journal of Health and Social Behavior*. – 1997. – Vol. 38 (2) – P. 177-190. – PMID: 9212538.



582. Lipsitz, J.D. Psychopathology in male and female intravenous drug users with and without HIV infection / J.D. Lipsitz, J.B. Williams, J.G. Rabkin [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 1994. – Vol. 151 (11). – P. 1662-1668. – doi: 10.1176/ajp.151.11.1662.
583. Liu, J.B. Sharing of needles and paraphernalia injection in new and long term injection drug users in Sichuan, China / J.B. Liu, L.L. Zhang, W.H. Lai [et al.] // *Chinese journal of Epidemiology*. – 2009. – Vol. 30 (7). – P. 656-662. – PMID: 19957584.
584. Logan, G.D. Dependence and independence in responding to double stimulation: a comparison of stop, change and dual-task paradigms / G.D. Logan, J. Burkell // *Journal of Experimental Psychology, Human Perception and Performance*. – 1986. – Vol. 12 (4). – P. 549-563. – doi:10.1037//0096-1523.12.4.549.
585. Logan, G.D. On the ability to inhibit simple and choice reaction time responses: a model and a method / G.D. Logan, W.B. Cowan, K.A. Davis // *J Exp Psychol Hum Percept Perform*. – 1984. – Vol. 10 (2). – P. 276-291. – doi:10.1037/0096-1523.10.2.276.
586. Logan, G.D. On the ability to inhibit thought and action: A user's guide to the stop signal paradigm / G.D. Logan // *Inhibitory processes in attention, memory, and language* / Ed. by D. Dagenbach, T.H. Carr. – San Diego: Academic Press, 1994. – P. 189-239.
587. Logan, G.D. Toward an instance theory of automatization / G.D. Logan // *Psychological Review*. – 1988. – Vol. 95 (4). – P. 492-527. – doi: 10.1037//0033-295x.95.4.492.
588. Longabaugh, R. Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research / R. Longabaugh, M.E. Mattson, G.J. Connors [et al.] // *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. – 1994. – №12. – P. 119-129. – doi: 10.15288/jsas.1994.s12.119.
589. Luria, D.B. The major medical complications of heroin addiction / D.B. Luria, T. Hensle, J. Rose // *Annals of Internal Medicine*. – 1967. – Vol. 67 (1). – P.1-22. – doi: 10.7326/0003-4819-67-1-1.
590. Lua, P.L. Coping Mechanism Versus Health-Related Quality of Life (HRQoL) Among Methadone Maintenance Treatment (MMT) Program Participants / P.L. Lua, T.N. Samira // *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. – 2012. – Vol 17 (1). – P. 143–156.
591. Lycke, E. Aggression in mice associated with changes in the monoamine metabolism of the brain / E. Lycke, K. Modigh, B.E. Roos // *Experientia*. – 1969. – Vol. 25 (9). – P. 951-953. – doi: 10.1007/BF01898084.
592. Lycke, E. Influence of changes in brain monoamine metabolism on behavior of herpes simplex-infected mice / E. Lycke, B.E. Roos // *J. Neurol. Sci*. – 1974. – Vol. 22 (3). – P. 277-289. – doi: 10.1016/0022-510x(74)90001-x.
593. Lyvers, M. Neuropsychological correlates of opioid dependence and withdrawal / M. Lyvers, M. Yakimoff // *Addict Behav*. – 2003. – Vol. 28 (3). – P. 605-611. – doi: 10.1016/S0306-4603(01)00253-2.

594. MacLean, W.E. Blink rate and stereotyped behavior: evidence for dopamine involvement? / W.E. MacLean, M.H Lewis, W.A Bryson-Brockmann [et al.] // *Biol. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 20 (12). – P. 1321-1325. – doi: 10.1016/0006-3223(85)90117-9.
595. Maher, L. Running the risks. Sydney: heroin, health and harm in South West Sydney / L. Maher, D. Dixon, M. Lynskey [et al.]. – UNSW: National Drug and Alcohol Research Centre, 1998. – 140 p.
596. Maisto, S.A. Comparison of the concurrent and predictive validity of three measures of readiness to change marijuana use in a clinical sample of adolescents / S.A. Maisto, M. Krennek, T. Chung [et al.] // *J. Stud. Alcohol Drugs*. – 2011. – Vol. 72 (4). – P. 592-601. – doi: 10.15288/jsad.2011.72.592.
597. Malkesman, O. Traumatic Brain Injury – Modeling Neuropsychiatric Symptoms in Rodents / O. Malkesman, L.B. Tucker, J. Ozi [et al.] // *Front Neurol*. –2013. – Vol. 4 (157). – doi: 10.3389/fneur.2013.00157.
598. Maloney, E. Are non-fatal opioid overdoses misclassified suicide attempts? Comparing the associated correlates / E. Maloney, L. Degenhardt, S. Darke [et al.] // *Addictive behaviors*. – 2009. – Vol. 34 (9). – P.723-729. – doi: 10.1016/j.addbeh.2009.04.011.
599. Manning, F.J. Drug "overdoses" among U.S. soldiers in Europe, 1978-1979. Psychological autopsies following deaths and near-deaths / F.J. Manning, L.H. Ingraham, E.M. Derouin [et al.] // *International journal of the Addictions*. – 1983. – Vol. 18 (2). – P. 153-156. – doi.org/10.3109/10826088309027349.
600. Manning, V. An exploration of quality of life and its predictors in patients with addictive disorders: gambling, alcohol and drugs / V. Manning, B. Gomez, S. Guo [et al.] // *International Journal of Mental Health and Addiction*. – 2012. – Vol. 10 (4). – P. 551-562. – doi: 10.1007/s11469-011-9349-y.
601. Marel, C. Static and dynamic predictors of criminal involvement among people with heroin dependence: Findings from a 3-year longitudinal study / C. Marel, K.L. Mills, S. Darke [et al.] // *Drug and alcohol dependence*. – 2013. – Vol. 133 (2). – P. 600-606. – doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.08.003.
602. Maremmanni, A.G.I. Heroin addicts' psychopathological subtypes. Correlations with the natural history of illness / A.G.I. Maremmanni, L. Rovai, I. Maremmanni // *Heroin Addict. Relat. Clin. Probl*. – 2012. – Vol. 14 (1). – P. 11-22. – URL: <http://atforum.com/documents/HeroinAddict1412012.pdf> (accessed 18.05.2020).
603. Maremmanni, I. Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: Factors derived from the SCL-90 / I. Maremmanni, P.P. Pani, M. Pacini [et al.] // *Ann. Gen. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 9 (1). – P. 15. – doi: 10.1186/1744-859X-9-15.

604. Martin-Storey, A. Self and peer perceptions of childhood aggression, social withdrawal and likeability predict adult substance abuse and dependence in men and women: A 30-year prospective longitudinal study / A. Martin-Storey, L.A. Serbin, D.M. Stack [et al.] // *Addictive Behaviors*. – 2011. – Vol. 36 (12). – P. 1267-1274. – doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.043.
605. Mathews, W.C. National estimates of HIV-related symptom prevalence from the HIV Cost and Services Utilization Study / W.C. Mathews, J.A. McCutchan, S. Asch [et al.] // *Medical Care*. – 2000. – Vol. 38 (7). – P. 750-762. – doi: 10.1097/00005650-200007000-00007.
606. Matsuda, H. Voxel-based morphometry of brain MRI in normal aging and Alzheimer's disease / H. Matsuda // *Aging and Disease*. – 2012. – Vol. 4 (12). – P. 29-37. – PMID: 23423504.
607. Matsuo, K. A voxel-based morphometry study of frontal gray matter correlates of impulsivity / K. Matsuo, M. Nicoletti, K. Nemoto [et al.] // *Human Brain Mapping*. – 2009. – Vol. 30 (4). – P. 1188-1195. – doi: 10.1002/hbm.20588.
608. McCance-Katz, E.F. Gender differences in treatment-seeking cocaine abusers--implications for treatment and prognosis / E.F. McCance-Katz, K.M. Carroll, B.J. Rounsaville // *American Journal on Addictions*. – 1999. – Vol. 8 (4). – P. 300-311. – doi: 10.1080/105504999305703.
609. McClure, J.B. Factors associated with depression in a heterogeneous HIV-infected sample / J.B. McClure, S.L. Catz, J. Prejean [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1996. – Vol. 40 (2). – P. 407-415. – doi: 10.1016/0022-3999(95)00615-x.
610. McGregor, C. Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: circumstances and risk perceptions / C. McGregor, S. Darke, R. Ali [et al.] // *Addiction*. – 1998. – Vol. 93 (5). – P. 701-711. – doi: 10.1046/j.1360-0443.1998.9357016.x.
611. McLellan, A.T. An improved diagnostic instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index / A.T. McLellan, L. Luborsky, G.E. Woody [et al.] // *J. Nerv. Mental Dis.* – 1980. – Vol. 168 (1). – P. 26-33. – doi: 10.1097/00005053-198001000-00006.
612. McLellan, A.T. The fifth edition of the Addiction Severity Index / A.T. McLellan, H. Kushner, D. Metzger [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 1992. – Vol. 9 (3). – P. 199-213. – doi: 10.1016/0740-5472(92)90062-s.
613. Mee-Lee, D. An instrument for treatment progress and matching: The Recovery Attitude and Treatment Evaluator (RAATE) / D. Mee-Lee // *J. Subst. Abuse Treatment*. – 1988. – Vol. 5 (3). – P. 183-186. – doi: 10.1016/0740-5472(88)90008-6.
614. Mergenthaler, P. Sugar for the brain: the role of glucose in physiological and pathological brain function / P. Mergenthaler, U. Lindauer, G.A. Dienel [et al.] // *Trends Neurosci.* – 2013. – Vol. 36 (10). – P. 587-597. – doi: 0.1016/j.tins.2013.07.001.
615. Meyer, R.E. The Heroin stimulus: Implications for a theory of addiction / R.E. Meyer, S.M. Mirin. – New York: Plenum Press, 1979. – 61-91 p.

616. Michelli, A. Voxel-based morphometry of the human brain: methods and applications / A. Michelli, C.J. Price, K.J. Friston [et al.] // *Current Medical Imaging Review*. – 2005. – Vol. 1 (2). – P. 105-113. – doi: 10.2174/1573405054038726.
617. Miczek, K.A. Alcohol, drugs of abuse, aggression, and violence / K.A. Miczek, J.F. DeBold, M. Haney [et al.] // *Understanding and preventing violence*. – 1994. – Vol. 3 (Social Influences). – P. 377-407.
618. Miller, C.L. The future face of coinfection: prevalence and incidence of HIV and hepatitis C virus coinfection among young injection drug users / C.L. Miller, E. Wood, P.M. Spittal [et al.] // *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. – 2004. – Vol. 36 (2). – P. 743-749. – doi: 10.1097/00126334-200406010-00012.
619. Miller, M. Sex partner support, drug use and sex risk among HIV-negative non-injecting heroin users / M. Miller, A. Neaigus // *AIDS Care*. – 2002. – Vol. 14 (6). – P. 801-813. – doi: 10.1080/0954012021000031877.
620. Miller, W.R. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) / W.R. Miller, J.S. Tonigan // *Psychology of Addictive Behaviors*. – 1996. – Vol. 10 (2). – P. 81-89. – doi: 10.1037/0893-164X.10.2.81.
621. Millson, P.E. Self-perceived health among Canadian opiate users: a comparison to the general population and to other chronic disease populations / P.E. Millson, L. Challacombe, P.J. Villeneuve [et al.] // *Canadian Journal of Public Health*. – 2004. – Vol. 95 (2). – P. 99-103. – doi: 10.1007/bf03405775 .
622. Mishchenko, V.A. Changes in the blood-brain barrier during experimental cirrhosis of the liver / V.A. Mishchenko, O.A. Goryukhina, R.D. Ilyuk // *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*. – 1994. – Vol. 118 (1). – P. 771-774. – doi:10.1007/BF02444382.
623. Mitchell, J.M. Impulsive responding in alcoholics / J.M. Mitchell, H.L. Fields, M. D'Esposito [et al.] // *Alcohol Clin Exp Res*. – 2005. – Vol. 29 (12). – P. 2158-2169. – doi: 10.1097/01.alc.0000191755.63639.4a.
624. Moeller, F.G. Psychiatric aspects of impulsivity / F.G. Moeller, E.S. Barrat, D.M. Dougherty [et al.] // *Am J Psychiatry*. – 2001. – Vol. 158 (11). – P. 1783-1793. – doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783.
625. Moeller, F.G. Reduced anterior corpus callosum white matter integrity is related to increased impulsivity and reduced discriminability in cocaine-dependent subjects: diffusion tensor imaging / F.G. Moeller, K.M. Hasan, J.L. Steinberg [et al.] // *Neuropsychopharmacology*. – 2005. – Vol. 30 (3). – P. 610-617. – doi: 10.1038/sj.npp.1300617.

626. Moffett, L.A. Assessing depression in substance abusers: Beck Depression Inventory and SCL-90R / L.A. Moffett, R.A. Radenhausen // *Addictive Behaviors*. – 1990. – Vol.15 (2). – P. 179-181. – doi: 10.1016/0306-4603(90)90023-Q.
627. Mohn, A.R. Genetic and genomic approaches to reward and addiction / A.R. Mohn, W.D. Yao, M.G. Caron // *Neuropharmacology*. – 2004. – Vol. 47 (1). – P. 101-110. – doi: 10.1016/j.neuropharm.2004.07.025.
628. Mohr, P.N. Neural processing of risk / P.N. Mohr, G. Biele, H.R. Heekeren // *The Journal of Neuroscience*. – 2010. – Vol. 30 (19). – P. 6613–6619. – doi: 10.1523/JNEUROSCI.0003-10.2010.
629. Molitor, F. Methamphetamine use and sexual and injection risk behaviors among out-of-treatment injection drug users / F. Molitor, J.D. Ruiz, N.M. Flynn [et al.] // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. – 1999. – Vol. 25 (3). – P. 475-493. – doi: 10.1081/ada-100101874.
630. Molloy, S. Reversible delayed posthypoxic leukoencephalopathy / S. Molloy, C. Soh, T.L. Williams // *AJNR Am J Neuroradiol*. – 2006. – Vol. 27 (8). – P. 1763-1765. – doi:10.1002/brb3.364.
631. Monforte, J.R. Some observations concerning blood morphine concentrations in narcotic addicts / J.R. Monforte // *J. For. Sci.* – 1977. – Vol. 22 (4). – P. 718-724. – PMID: 617999.
632. Montgomery, S.A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S.A. Montgomery, M. Asberg // *British Journal of Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134 (4). – P. 382-389. – doi: 10.1192/bjp.134.4.382.
633. Moore, D.J. Cortical and subcortical neurodegeneration is associated with HIV neurocognitive impairment / D.J. Moore, E. Masliah, J.D. Rippeth [et al.] // *Aids*. – 2006. – Vol. 20 (6). – P. 879-887. – doi:10.1097/01.aids.0000218552.69834.00.
634. Morandi dos Santos, E.C. Quality of life of people living with HIV/AIDS in Sao Paulo, Brazil / E.C. Morandi dos Santos, I. Franca, I.I. Junior [et al.] // *Revista de Saude Publica*. – 2007. – Vol. 41 (2). – P. 64-71. – doi: 10.1590/S0034-89102007000900011.
635. Morrison, D.E. Leadership and aggression: affect, values, and defenses / D.E. Morrison // *Psychiat. Ann.* – 1998. – Vol. 28 (5). – P. 271-276. – doi: 10.3928/0048-5713-19980501-09.
636. Mueser, K.T. Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses / K.T. Mueser, M. Bennett, M.G. Kushner // *Double Jeopardy: Chronic Mental Illness and Substance Abuse* / A.F. Lehman, L. Dixon. – New York: Harwood Academic Publishers, 1995. – P. 9-25.
637. Murphy, B. Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide. Australian WHOQoL Field Study Centre / B. Murphy, H. Herrman, G. Hawthorne [et al.]. – Melbourne, Australia, 2000. – 89 p.

638. Murray, R.L. Psychological aggression, physical aggression, and injury in nonpartner relationships among men and women in treatment for substance-use disorders / R.L. Murray, S.T. Chermack, M.A. Walton [et al.] // *Journal of studies on alcohol and drugs*. – 2008. – Vol. 69 (6). – P. 896-905. – doi:10.15288/jsad.2008.69.896.
639. Myer, L. Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales / L. Myer, J. Smit, L.L. Roux [et al.] // *AIDS Patient Care STDS*. – 2008. – Vol. 22 (2). – P. 147-158. – doi: 10.1089/apc.2007.0102.
640. Najera, I. Natural occurrence of drug resistance mutations in the reverse transcriptase of human immunodeficiency virus type 1 isolates / I. Najera, D.D. Richman, I. Olivares [et al.] // *AIDS Research and Human Retroviruses*. – 1994. – Vol. 10 (11). – P. 1479-1488. – doi: 10.1089/aid.1994.10.1479.
641. Naqvi, N.H. The insula: a critical neural substrate for craving and drug seeking under conflict and risk / N.H. Naqvi, N. Gaznick, D. Tranel [et al.] // *Ann N Y Acad Sci*. – 2014. – Vol. 1316 (1). – P. 53-70. – doi: 10.1111/nyas.12415.
642. Navaline, H.A. Preparations for AIDS vaccine trials. An automated version of the Risk Assessment Battery (RAB): enhancing the assessment of risk behaviors / H.A. Navaline, E.C. Snider, C.J. Petro [et al.] // *AIDS Research & Human Retroviruses*. – 1994. – Vol. 10 (2). – P. 281-283. – PMID: 7865319.
643. Nduna, M. Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics: a prospective cohort study of young women and men in the Eastern Cape, South Africa / M. Nduna, R.K. Jewkes, K.L. Dunkle [et al.] // *Journal of the International AIDS Society*. – 2010. – Vol. 13 (44). – doi: 10.1186/1758-2652-13-44.
644. Neff, J.A. Predicting treatment-seeking behavior: psychometric properties of a brief self-report scale / J.A. Neff, W.A. Zule // *Subst. Use and Misuse*. – 2000. – Vol. 35(4). – P. 585-599. – doi: 10.3109/10826080009147473.
645. Neira-León, M. Infrequent opioid overdose risk reduction behaviours among young adult heroin users in cities with wide coverage of HIV prevention programmes / M. Neira-León, G. Barrio, M.J. Bravo [et al.] // *Int J Drug Policy*. – 2011. – Vol. 22 (1). – P. 16-25. – doi: 10.1016/j.drugpo.2010.06.003.
646. Nelson, L.S. *Goldfrank's Toxicologic Emergencies* / L.S. Nelson, N.A. Lewin, M.A. Howland [et al.] – McGraw-Hill, New York, 2011. – P. 559-579. – URL: [https://griersmusings.files.wordpress.com/2017/08/goldfrank\\_s-toxicologic-emergencies-9th-edition.pdf](https://griersmusings.files.wordpress.com/2017/08/goldfrank_s-toxicologic-emergencies-9th-edition.pdf) (accessed 06.11.2018).
647. Nelson, S. Alcohol and HIV Infection / S. Nelson, G.J. Bagby // *Trans Am Clin Climatol Assoc*. – 2011. – №122. – P. 244-253. – PMID: 21686230.

648. Nestler, E.J. Molecular and cellular basis of addiction / E.J. Nestler, G.K. Aghajanian // *Science*. – 1997. – Vol. 278 (5335). – P. 58-63. – doi:10.1126/science.278.5335.58.
649. New, A.S. Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients / A.S. New, R.L. Trestman, V. Mitropoulou [et al.] // *Psychiatry Res.* – 1997. – Vol. 69 (1). – P. 17-26. – doi: 10.1016/s0165-1781(96)02784-9.
650. Nichols, T.R. Examining anger as a predictor of drug use among multiethnic middle school students / T.R. Nichols, M. Mahadeo, K. Bryant [et al.] // *J. Sch. Health.* – 2008. – Vol. 78 (9). – P. 480-486. – doi: 10.1111/j.1746-1561.2008.00333.x.
651. Norström, T. Alcohol, suppressed anger and violence / T. Norström, H. Pape // *Addiction*. – 2010. – Vol. 105 (9). – P. 1580-1586. – doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02997.x.
652. Nunes, E.V. Evaluation and Treatment of Mood and Anxiety Disorders in Opioid-dependent Patients / E.V. Nunes, S.J. Donovan, R. Brady [et al.] // *J. Psychoactive Drugs*. – 1994. – Vol. 26 (2). – P. 147-153. – doi: 10.1080/02791072.1994.10472262.
653. Nurco, D.N. Crime and Drugs / D.N. Nurco, T.W. Kinlock, T.E. Hanlon [et al.] // *Encyclopedia of Drugs, Alcohol, and Addictive Behavior* / ed. by Rosalyn Carson-DeWitt. – New York: Gale Group, 2001. – P. 364–371.
654. Nurco, D.N. Recent research on the relationship between illicit drug use and crime / D.N. Nurco, T.E. Hanlon, T.W. Kinlock // *Behavioral Sciences & the Law*. – 1991. – Vol. 9 (3). – P. 221-242. – doi:10.1002/bsl.2370090303.
655. Nurco, D.N. Trends in the commission of crime among narcotic addicts over successive periods of addiction and nonaddiction / D.N. Nurco, J.W. Shaffer, J.C. Ball [et al.] // *Am. J. Drug. Alcohol. Abuse*. – 1984. – Vol. 10 (4). – P. 481-489. – doi: 10.3109/00952998409001486.
656. Nutt, D.J. Addiction: brain mechanisms and their treatment implications / D.J. Nutt // *Lancet*. – 1996. – Vol. 347 (8993). – P. 31-36. – doi: 10.1016/s0140-6736(96)91561-5.
657. O'Brien, C.P. Anticraving medications for relapse prevention: a possible new class of psychoactive medications / C.P. O'Brien // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162 (8). – P. 1423-1431. – doi:10.1176/appi.ajp.162.8.1423.
658. Ochoa, K.C. Overdosing among young injection drug users in San Francisco / K.C. Ochoa, J.A. Hahn, K.H. Seal [et al.] // *Addictive Behaviors*. – 2001. – Vol 26 (3). – P. 453-460. – doi: 10.1016/s0306-4603(00)00115-5.
659. Olfson, M. Causes of death after nonfatal opioid overdose / M. Olfson, S. Crystal, M. Wall [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2018. – Vol. 75 (8). – P. 820-827. – doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1471.

660. Ong, L.M. Doctor–patient communication: A review of the literature / L.M. Ong, J.C. de Haes, A.M. Hoos [et al.] // *Social Science & Medicine*. – 1995. – Vol. 40 (7). – P. 903-918. – doi: 10.1016/0277-9536(94)00155-m.
661. Oppenheimer, E. Death and survival in a cohort of heroin addicts from London clinics: a 22-year follow-up / E. Oppenheimer, C. Tobutt, C. Taylor [et al.] // *Addiction*. – 1994. – Vol. 89 (10). – P. 1299-1308. – doi:10.1111/j.1360-0443.1994.tb03309.x .
662. Orford, J. *Coping with Alcohol and Drug Problems: The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures* / J. Orford, G. Natera, A. Copello [et al.]. – London: Taylor and Francis, 2005.
663. Ornstein, T.J. Profiles of cognitive dysfunction in chronic amphetamine and heroin abusers / T.J. Ornstein, J.L. Iddon, A.M. Baldacchino [et al.] // *Neuropsychopharmacology*. – 2000. – Vol. 23 (2). – P. 113-126. – doi: 10.1016/s0893-133x(00)00097-x.
664. Othieno, C.J. Risky HIV sexual behaviour and depression among University of Nairobi students / C.J. Othieno, R. Okoth, K. Peltzer [et al.] // *Annals of General Psychiatry*. – 2015. – Vol. 14 (16). – P. 1-8. – doi: 10.1186/s12991-015-0054-2.
665. Overdose death rates. – National Institute on drug abuse. – 2020. – URL: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates> (accessed 29.07.2020).
666. Pal, H.R. Treatment nonseeking in alcohol users: a community-based study from North India / H.R. Pal, S. Yadav, P.S. Joy [et al.] // *J. Stud. Alcohol*. – 2003. – Vol. 64(5). – P. 631-633. – doi: 10.15288/jsa.2003.64.631.
667. Pani, P.P. Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence / P.P. Pani, R. Vacca, E. Trogu [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2010. – №9. – P. 1-6. – doi: 10.1002/14651858.CD008373.pub2.
668. Pani, P.P. Psychic structure of opioid addiction: impact of lifetime psychiatric problems on SCL-90-based psychopathologic dimensions in heroin-dependent patients / P.P. Pani, A.G.I. Maremmanni, E. Trogu [et al.] // *Addict Disord*. – 2016. – Vol. 15 (1). – P. 6-16. – doi: 10.1097/adt.0000000000000072.
669. Paone, D. Unintentional opioid analgesic poisoning (overdose) deaths in New York City, 2011 / D Paone, E. Tuazon, B. O'Brien // *Epi Data Brief* (New York City Department of Health and Mental Hygiene). – 2013. – P. 1-2. – URL: <https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/epi/databrief27.pdf> (accessed 15.07.2020).
670. Pardini, M. Prefrontal cortex lesions and MAO-A modulate aggression in penetrating traumatic brain injury / M. Pardini, F. Krueger, C. Hodgkinson [et al.] // *Neurology*. – 2011. – Vol. 76 (12). – P. 1038-1045. – doi:10.1212/WNL.0b013e318211c33e.



671. Parrott, D.J. Effects of alcohol and trait anger on physical aggression in men / D.J. Parrott, A. Zeichner // *J. Stud. Alcohol.* – 2002. – Vol. 63 (2). – P. 196-204. – doi: 10.15288/jsa.2002.63.196.
672. Pechansky, F. Substance use, risk situations, and HIV seroprevalence among individuals seeking free HIV testing in Porto Alegre, Brazil / F. Pechansky, F. Kessler, L. Von Diemen [et al.] // *Rev Panam Salud Publica.* – 2005. – Vol. 18 (4-5). – P. 249-255. – doi: 10.1590/s1020-49892005000900004.
673. Perdue, T. Depression and HIV risk behavior among Seattle-area injection drug users and young men who have sex with men / T. Perdue, H. Hagan, H. Thiede [et al.] // *AIDS Education and Prevention.* – 2003. – Vol. 15 (1). – P. 81-92. – doi: 10.1521/aeap.15.1.81.23842.
674. Perucci, C.A. Mortality of intravenous drug users in Rome: a cohort study / C.A. Perucci, M. Davoli, E. Rapiti [et al.] // *American Journal of Public Health.* – 1991. – Vol. 81 (10). – P. 1307-1310. – doi: 10.2105/ajph.81.10.1307.
675. Petersen, R.C. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome / R.C. Petersen, G.E. Smith, S.C. Waring [et al.] // *JAMA Neurology.* – 1999. – Vol. 56 (3). – P.303-308. – doi: 10.1001/archneur.56.6.760.
676. Petersen, R.C. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology / R.C. Petersen, J.C. Stevens, M. Ganguli [et al.] // *Neurology.* – 2001. – Vol. 56 (9). – P.1133-1142. – doi: 10.1212/wnl.56.9.1133.
677. Piccolo, P. Hepatitis C virus and human immunodeficiency virus-1 co-infection in former heroin addicts in methadone maintenance treatment / P. Piccolo, L. Borg, A. Lin [et al.] // *J Addict Dis.* – 2002. – Vol. 21 (4). – P. 55-66. – doi: 10.1300/J069v21n04\_06.
678. Pigou A.C. *The Economics of Welfare* / A.C. Pigou. – London: Macmillan Publishers Ltd, 1920. – 976 p.
679. Pihl, R.O. Drugs and aggression: correlations, crime and human manipulative studies and some proposed mechanisms / R.O. Pihl, J. Peterson // *J. Psych. Neurosci.* – 1995. – Vol. 20 (2). – P. 141-149. – PMID: 7703223.
680. Platt, J.J. *Heroin addiction. Theory, research and treatment.* 2<sup>nd</sup> ed. / J.J. Platt // Malabar: RE Krieger Publishing Company, 1986. – 447 p.
681. Polak K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome / K. Polak // *Psychiatria polska.* – 2001. – Vol. 35 (6). – P. 1057-1070. – PMID: 11877885.
682. Powis, B. Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem / B. Powis, J. Strang, P. Griffiths [et al.] // *Addiction.* – 1999. – Vol. 94 (4). – P. 471-478. – doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.9444712.x.

683. Prins, M. Pre-AIDS mortality from natural causes associated with HIV disease progression: evidence from the European Seroconverter. Study among injecting drug users / M. Prins, I.H. Hernández Aguado, R.P. Brettle [et al.] // *AIDS*. – 1997. – Vol. 11 (14). – P.1747-1756. – doi: 10.1097/00002030-199714000-00012.
684. Prochaska, J.O. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change / J.O. Prochaska, C.C. DiClemente // *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. – 1982. – Vol. 19 (3). – P. 276-288. – doi: 10.1037/h0088437.
685. *Psychology of aggression* / Ed. J.P. Morgan. – Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, 2005. – 212 p.
686. Rabkin, J.G. Prevalence of axis I disorders in an AIDS cohort: across-sectional, controlled study / J.G. Rabkin, S.J. Ferrando, L.B. Jacobsberg [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. –1997. – Vol. 38 (3). – P. 146-154. – doi: 10.1016/s0010-440x(97)90067-5.
687. Rabkin, J.G. Psychopathology in male and female HIV-positive and negative injecting drug users: longitudinal course over 3 years / J.G. Rabkin, J. Johnson, S.H. Lin [et al.] // *AIDS*. – 1997. – Vol. 11 (4). – P. 507-615. – doi: 10.1097/00002030-199704000-00015.
688. Ramsey, S.E. HIV Risk Behavior Among Female Substance Abusers / S.E. Ramsey, K.M. Bell, P.A. Engler-Field // *J Addict Dis*. – 2010. – Vol. 29 (2). – P. 192-199. – doi: 10.1080/10550881003684756.
689. Rao, H. Neural correlates of voluntary and involuntary risk taking in the human brain: an fMRI Study of the Balloon Analog Risk Task (BART) / H. Rao, M. Korczykowski, J. Pluta [et al.] // *Neuroimage*. – 2008. – Vol. 42 (2). – P. 902-910. – doi: 10.1016/j.neuroimage.2008.05.046.
690. Rao, V. Aggression after traumatic brain injury: prevalence and correlates / V. Rao, P. Rosenberg, M. Bertrand [et al.] // *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. – 2009. – Vol. 21 (4). – P. 420-429. – doi:10.1176/appi.neuropsych.21.4.420.
691. Rapeli, P. Cognitive function during early abstinence from opioid dependence: a comparison to age, gender, and verbal intelligence matched controls / P. Rapeli, R. Kivisaari, T. Autti [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2006. – Vol. 6 (9). – P. 145-151. – doi: 10.1186/1471-244X-6-9.
692. Rasinski, K.A. Stigma and substance use disorders / *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change* / K.A. Rasinski, P. Woll, A. Cooke // Corrigan PW (Ed.). – Washington, DC: American Psychological Association, 2005. – P. 219–236.
693. Rawson, R.A. Drugs and sexual effects: role of drug type and gender / R.A. Rawson, A. Washton, C.P. Domier [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2002. – Vol. 22 (2). – P. 103-108. – doi: 10.1016/s0740-5472(01)00215-x.
694. *Reducing Drug-related Deaths: A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*. – London, The Stationery Office, 2000. – URL:

- [https://www.drugsandalcohol.ie/5017/1/Home\\_Office\\_Reducing\\_drug\\_related\\_deaths\\_2000.pdf](https://www.drugsandalcohol.ie/5017/1/Home_Office_Reducing_drug_related_deaths_2000.pdf) (accessed 18.05.2020).
695. Regier, D.A. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study / D.A. Regier, M.E. Farmer, D.S. Rae [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 1990. – Vol. 264 (19). – P. 2511-2518. – PMID: 2232018.
  696. Remien, R.H. Psychological aspects of living with HIV disease: A primary care perspective / R.H. Remien, J.G. Rabkin // *Western Journal of Medicine*. – 2001. – Vol. 175 (5). – P. 332-335. – doi: 10.1136/ewjm.175.5.332.
  697. Rhodes, T. Sexual behaviour of drug injectors in London: implications for HIV transmission and HIV prevention / T. Rhodes, M. Donoghoe, G. Hunter [et al.] // *Addiction*. – 1994. – Vol. 89 (9). – P. 1085-1096. – doi: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb02785.x.
  698. Rinn, W. Addiction Denial and Cognitive Dysfunction: A Preliminary Investigation / W. Rinn, N. Desai, H. Rosenblatt [et al.] // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*. – 2002. – Vol. 14 (1). – P. 52-57. – doi: 10.1176/jnp.14.1.52.
  699. Risser, D. Quality of heroin and heroin-related deaths from 1987 to 1995 in Vienna, Austria / D. Risser, A. Uhl, M. Honigschnabl [et al.] // *Addiction*. – 2000. – Vol. 95 (3). – P. 375-382. – doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.9533758.x.
  700. Robbins, T.W. Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB): a factor analytic study of a large sample of normal elderly volunteers / T.W. Robbins, M. James, A.M. Owen [et al.] // *Dementia*. – 1994. – Vol. 5 (5). – P. 266-281. – doi: 10.1159/000106735.
  701. Robbins, T.W. Effects of scopolamine on delayed matching-to-sample and paired associates tests of visual memory and learning in human subjects: Comparison with diazepam and implications for dementia / T.W. Robbins, J. Semple, R. Kumar [et al.] // *Psychopharmacology*. – 1997. – Vol. 134 (1) – P. 95-106. – doi: 10.1007/s002130050430.
  702. Robinson, T.E. Addiction / T.E. Robinson, K.C. Berridge // *Annual Review of Psychology*. – 2003. – Vol. 54. – P. 25-53. – doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145237.
  703. Robinson, T.E. Structural plasticity associated with exposure to drugs of abuse / T.E. Robinson, B. Kolb // *Neuropharmacology*. – 2004. – Vol. 47 (1). – P. 33-46. – doi: 10.1016/j.neuropharm.2004.06.025.
  704. Robinson, T.E. The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view / T.E. Robinson, K.C. Berridge // *Addiction*. – 2000. – Vol. 95 (2). – P. 91-117. – doi: 10.1080/09652140050111681.
  705. Rodríguez-Méndez, M.L. Prevalence, patterns, and course of past hepatitis B virus infection in intravenous drug users with HIV-1 infection // *The American Journal of Gastroenterology* / M.L.

- Rodríguez-Méndez, A. González-Quintela, A. Aguilera [et al.] – 2000. – Vol. 95 (5). – P. 1316-1322. – doi: 10.1016/S0002-9270(00)00773-5.
706. Rogers, R.D. Dissociable deficits in the decision-making cognition of chronic amphetamine abusers, opiate abusers, patients with focal damage to prefrontal cortex, and tryptophan-depleted normal volunteers: evidence for monoaminergic mechanisms / R.D. Rogers, B.J. Everitt, A. Baldacchino [et al.] // *Neuropsychopharmacology*. – 1999. – Vol. 20 (4). – P. 322-329. – doi: 10.1016/S0893-133X(98)00091-8.
707. Rogers, R.D. Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse / R.D. Rogers, T.W. Robbins // *Current Opinion in Neurobiology*. – 2001. – Vol. 11 (2). – P. 250-257. – doi: 10.1016/S0959-4388(00)00204-x.
708. Rollnick, S. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers / S. Rollnick, N. Heather, R. Gold [et al.] // *Br. J. Addict.* – 1992. – Vol. 87(5). – P. 743-754. – doi: 10.1111/j.1360-0443.1992.tb02720.x.
709. Romer, D. Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: Implications for Prevention / D. Romer // *Developmental Psychobiology*. – 2010. – Vol. 52 (3). – P. 263-276. – doi: 10.1002/dev.20442.
710. Rossow, I. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts / I. Rossow, G.C. Lauritzen // *Addiction*. – 1999. – Vol. 94 (2). – P. 209-219. – doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.9422095.x.
711. Roth, A.M. Patterns of drug use, risky behavior, and health status among persons who inject drugs living in San Diego, California: a latent class analysis / A.M. Roth, R.A. Armenta, K.D. Wagner [et al.] // *Substance Use & Misuse*. – 2015. – Vol. 50 (2). – P. 205-214. – doi: 10.3109/10826084.2014.962661.
712. Rounsaville, B.J. Neuropsychological impairment in opiate addicts: risk factors / B.J. Rounsaville, R.A. Novelly, H.D. Kleber [et al.] // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* – 1981. – № 362. – P. 79-90. – doi: 10.1111/j.1749-6632.1981.tb12795.x.
713. Rowan-Szal, G.A. Services provided during methadone treatment / G.A. Rowan-Szal, L.R. Chatham, G.W. Joe [et al.] // *Journal of Substance Abuse Treatment*. – 2000. – Vol. 19 (1). – P. 7-14. – doi: 10.1016/S0740-5472(99)00091-4.
714. Rubia, K. Neuropsychological analyses of impulsiveness in childhood hyperactivity / K. Rubia, E. Taylor, A.B. Smith [et al.] // *Br J Psychiat.* – 2001. – Vol. 179 (2). – P. 138-143. – doi: 10.1192/bjp.179.2.138.
715. Rutenber, A.J. Heroin-related deaths: new epidemiological insights / A.J. Rutenber, J.L. Luke // *Science*. – 1984. – Vol. 226 (4670). – P. 14-20. – doi: 10.1126/science.6474188.

716. Sacks, S. Modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers – background; influences; program description; preliminary findings / S. Sacks, J. Sacks, G. De Leon [et al.] // *Substance Use and Misuse*. – 1997. – Vol. 32 (9). – P. 1217-1259. – doi: 10.3109/10826089709035472.
717. Sacktor, N. HIV-associated neurologic disease incidence changes: Multicenter AIDS Cohort Study, 1990–1998 / N. Sacktor, R.H. Lyles, R. Skolasky [et al.] // *Neurology*. – 2001. – Vol. 56 (2). – P. 257-260. – doi:10.1212/WNL.56.2.257.
718. Sánchez, J. High risk sexual behaviours among heroin sniffers who have no history of injection drug use: implications for HIV risk reduction / J. Sánchez, M. Comerford, D.D. Chitwood [et al.] // *AIDS Care*. – 2002. – Vol. 14 (3). – P. 391-398. – doi: 10.1080/09540120220123793.
719. Sauseng, P. Relevance of EEG alpha and theta oscillations during task switching / P. Sauseng, W. Klimesch, R. Freunberger [et al.] // *Experimental Brain Research*. – 2006. – Vol. 170 (3). – P. 295-301. – doi: 10.1007/s00221-005-0211-y.
720. Sawayama, T. Assessing multidimensional cognitions of drinking among alcohol-dependent patients: Development and validation of a drinking-related cognitions scale (DRCS) / T. Sawayama, J. Yoneda, K. Tanaka [et al.] // *Addictive Behaviors*. – 2009. – Vol. 34 (1). – P. 82-85. – doi: 10.1016/j.addbeh.2008.07.015.
721. Schon, K. Delayed match to object or place: an event-related fMRI study of short-term stimulus maintenance and the role of stimulus pre-exposure / K. Schon, S. Tinaz, D.C. Somers [et al.] // *NeuroImage*. – 2008. – Vol. 39 (2). – P. 857-872. – doi: 10.1016/j.neuroimage.2007.09.023.
722. Schwartz, J. *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior: A four-step self-treatment method to change your brain chemistry* / J. Schwartz, B. Beyette. – New York: Regan Books, 1997. – 219 p.
723. Schweiger, U. Testosterone gonadotropin and cortisol secretion in male patients with major depression / U. Schweiger, M. Deuschle, B. Weber [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 1999. – Vol. 61 (3). – P. 292-296. – doi: 10.1097/00006842-199905000-00007.
724. Seaman, S.R. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study / S.R. Seaman, R.P. Brettell, S.M. Gore // *BMJ*. – 1998. – Vol. 316 (7129). – P. 426-428. – doi: 10.1136/bmj.316.7129.426.
725. Seaman, S.R. Pre-AIDS mortality in the Edinburgh City Hospital HIV cohort / S.R. Seaman, R.P. Brettell, S.M. Gore // *Stat Med*. – 1997. – Vol. 16 (21). – P. 2459–2474. – doi: 10.1002/(SICI)1097-0258(19971115)16:21<2459::AID-SIM677>3.0.CO;2-8.
726. Sela, T. Transcranial alternating current stimulation increases risk-taking behavior in the balloon analog risk task / T. Sela, A. Kilim, M. Lavidor // *Frontiers in Neuroscience*. – 2012. – Vol. 6. – P. 22. – doi: 10.3389/fnins.2012.00022.

727. Sergeev, B. Prevalence and circumstances of opiate overdose among injection drug users in the Russian Federation / B. Sergeev, A. Karpets, A. Sarang [et al.] // *J. Urban Health*. – 2003. – Vol. 80 (2). – P. 212-219. – doi: 10.1093/jurban/jtg024.
728. Shah, N.G. Unintentional drug overdose death trends in New Mexico, USA, 1990-2005: combinations of heroin, cocaine, prescription opioids and alcohol / N.G. Shah, S.L. Lathrop, R.R. Reichard [et al.] // *Addiction*. – 2007. – Vol. 103 (1). – P. 126-136. – doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02054.x.
729. Shand, F.L. Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence / F.L. Shand, L. Degenhardt, T. Slade [et al.] // *Addictive Behaviors*. – 2011. – Vol. 36 (1-2). – P. 27-36. – doi: 10.1016/j.addbeh.2010.08.008.
730. Sharara, A.I. Hepatitis C / A.I. Sharara, C.M. Hunt, J.D. Hamilton // *Ann Intern Med*. – 1996. – Vol. 125 (8). – P.658-667. – doi: 10.7326/0003-4819-125-8-199610150-00006.
731. Shariful Islam, S.M. Injecting drug users and their health seeking behavior: across-sectional study in Dhaka, Bangladesh / S.M. Shariful Islam, T. Biswas, F.A. Bhuiyan [et al.] // *Journal of Addiction*. – 2015. – doi: 10.1155/2015/756579.
732. Shippenberg, T.S. The neurobiology of opiate reinforcement / T.S. Shippenberg, G.I. Elmer // *Crit Rev Neurobiol*. – 1998. – Vol. 12 (4). – P. 267-303. – doi: 10.1615/critrevneurobiol.v12.i4.10.
733. Shott, M.E. Orbitofrontal cortex volume and brain reward response in obesity / M.E. Shott, M.A. Cornier, V.A. Mittal [et al.] // *Int J Obes (Lond)*. – 2015. – Vol. 39 (2). – P. 214-221. – doi: 10.1038/ijo.2014.121.
734. Shrestha, R. A Moderated Mediation Model of HIV-Related Stigma, Depression, and Social Support on Health-Related Quality of Life among Incarcerated Malaysian Men with HIV and Opioid Dependence / R. Shrestha, M. Copenhaver, A.R. Bazazi [et al.] // *AIDS Behav*. – 2017. – Vol. 21 (4). – P. 1059-1069. – doi: 10.1007/s10461-017-1693-x.
735. Shrestha, R. The Influence of Neurocognitive Impairment, Depression, and Alcohol Use Disorders on Health-Related Quality of Life among Incarcerated, HIV-Infected, Opioid Dependent Malaysian Men: A Moderated Mediation Analysis / R. Shrestha, D. Weikum, M. Copenhaver [et al.] // *Altice AIDS Behav*. – 2017. – Vol. 21 (4). – P.1070-1081. – doi: 10.1007/s10461-016-1526-3.
736. Simpson, C.A. Temporal sequencing of alcohol-related problems, problem recognition, and help-seeking episodes / C.A. Simpson, J.A. Tucker // *Addict. Behav*. – 2002. – Vol. 27 (5). – P. 659-674. – doi: 10.1016/s0306-4603(01)00200-3.
737. Singh, D. Seroprevalence and HIV-associated factors among adults with severe mental illness: a vulnerable population / D. Singh, A. Berkman, M. Bresnahan // *SAMJ: South African Medical Journal*. – 2009. – Vol. 99 (7). – P. 523-527. – PMID: 20686643.

738. Singleton, N. Substance misuse among prisoners in England and Wales / N. Singleton, M. Farrell, H. Meltzer // *International review of psychiatry*. – 2003. – Vol. 15 (1-2). – P. 150-152. – doi:10.1080/0954026021000046092.
739. Siziya, S. Harmful lifestyles' clustering among sexually active in-school adolescents in Zambia / S. Siziya, A.S. Muula, L.N. Kazembe [et al.] // *BMC Pediatrics*. – 2008. – Vol. 8. – P 6. – doi: 10.1186/1471-2431-8-6.
740. Slavet, J.D. The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents / J.D. Slavet, L.A.R. Stein, S.M. Colby [et al.] // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2006. – Vol. 83(1). – P. 42-48. – doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.10.007.
741. Small, W. The impact of incarceration upon adherence to HIV treatment among HIVpositive injection drug users: a qualitative study / W. Small, E. Wood, G. Betteridge [et al.] // *AIDS Care*. – 2009. – Vol. 21 (6). – P. 708–714. – doi: 10.1080/09540120802511869.
742. Smith, R. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support / R. Smith, K. Rossetto, B.L. Peterson // *AIDS Care*. – 2008. – Vol. 20 (10). – P. 1266–1275. – doi: 10.1080/09540120801926977.
743. Solis, E. Intravenous heroin induces rapid brain hypoxia and hyperglycemia that precede brain metabolic response / E. Solis, K.T. Cameron-Burr, Y. Shaham [et al.] // *eNeuro*. – 2017. –Vol. 4 (3). – doi: 10.1523/ENEURO.0151-17.2017.
744. Solomon, S.S. Mortality among injection drug users in Chennai, India (2005–2008) / S.S. Solomon, D.D. Celentano, A.K. Srikrishnan [et al.] // *AIDS*. – 2009. – Vol. 23 (8). – P. 997-1004. – doi: 10.1097/QAD.0b013e32832a594e.
745. Soyez, V. Motivation and readiness for therapeutic community treatment: psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales / V. Soyez, G. De Leon, Y. Rosseel [et al.] // *J. Subst. Abuse Treat.* – 2006. –Vol. 30 (4). – P. 297-308. – doi: 10.1016/j.jsat.2006.02.007.
746. Spielberger, C.D. *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventorv (STAXI)* / C.D. Spielberger. – Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. – 1988.
747. Spilker B. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* / B. Spilker. – Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. – 1259 p.
748. Srivetsava, S. Quality of life in substance use disorders / S. Srivetsava, M.S. Bhatia, G. Rajender [et al.] // *Delhi psychiatry journal*. – 2009. – Vol. 12 (1). – P. 114-120.
749. Staquet, M.J. *Quality of life assessment in clinical trials: methods and practice* / M.J. Staquet, R.D. Hays, P.M. Fayers – New York: Oxford University Press, 1998. – 360 p.
750. Starr, C. Risks of Risk Decisions / C. Starr, C. Whipple // *Science*. – 1980. – Vol. 208 (4448). – P. 1114-1119. – doi: 10.1126/science.208.4448.1114.

751. Stein, M.D. Alcohol use patterns predict high-risk HIV behaviors among active injection drug users / M.D. Stein, L. Hanna, R. Natarajan [et al.] // *Journal of substance abuse treatment*. – 2000. – Vol.18 (4). – P. 359-363. – doi: 10.1016/s0740-5472(99)00070-7.
752. Stein, M.D. Depression severity and drug injection HIV risk behaviors / M.D. Stein, D.A. Solomon, D.S. Herman [et al.] // *The American journal of psychiatry*. – 2003. – Vol. 160 (9). – P. 1659-1662. – doi: 10.1176/appi.ajp.160.9.1659.
753. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking / L. Steinberg// *Developmental Review*. – 2008. – Vol. 28 (1). – P. 78-106. – doi: 10.1016/j.dr.2007.08.002.
754. Steinberg, L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? / L. Steinberg // *Ann NY Acad Sci*. – 2004. – №1021. – P. 51-58. – doi: 10.1196/annals.1308.005.
755. *Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS: A Cross-Cultural Perspective* / editor. P. Liamputtong. – Netherlands: Publisher Springer, 2013. – 415 p.
756. Stohler, R. Rapid cortical hemoglobin deoxygenation after heroin and methadone injection in humans: a preliminary report / R. Stohler, K.M. Dursteler, R. Stormer [et al.] // *Drug Alcohol Depend*. – 1999. – Vol. 57 (1). – P. 23-28. – doi: 10.1016/s0376-8716(99)00036-8.
757. Stoner, J. Risky and cautious shifts in group decisions: The influence of widely held values / J. Stoner // *Journal of Experimental Social Psychology*. – 1968. – Vol. 4 (4). – P. 442-459. – doi: 10.1016/0022-1031(68)90069-3.
758. Strada, L. Factors associated with health-related quality of life in a large national sample of patients receiving opioid substitution treatment in Germany: A cross-sectional study / L. Strada, C.S. Schmidt, M. Rosenkranz [et al.] // *Subst Abuse Treat Prev Policy*. – 2019. – Vol. 14.– P. 2. – doi: 10.1186/s13011-018-0187-9.
759. Strang, J. Computerized tomography and neuropsychological assessment in long-term high-dose heroin addicts / J. Strang, H. Gurling // *British Journal of Addiction*. – 1989.– Vol. 84 (9). – P.1011-1019. – doi: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00784.x
760. Strang, J. Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: Follow up study / J. Strang, McCambridge, D. Best [et al.] // *British Medical Journal*. – 2003. – Vol. 326 (7396). – P. 959-960. – doi: 10.1136/bmj.326.7396.959.
761. Strang, J. Which drugs cause overdose among opiate misuser? Study of personal and witnessed overdoses / J. Strang, P. Griffiths, J. Fountain [et al.] // *Drug and Alcohol Review*. – 1999. –Vol. 18 (3). – P. 253-261. – doi: 10.1080/09595239996383.
762. Stratmann, M. Insular and hippocampal gray matter volume reductions in patients with major depressive disorder / M. Stratmann, C. Konrad, H. Kugel [et al.] // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9 (70). – e102692. – doi: 10.1371/journal.pone.0102692.



763. Strawbridge, R.J. Genome-wide analysis of self-reported risk-taking behavior and cross-disorder genetic correlations in the UK Biobank cohort / R.J. Strawbridge, J. Ward, B. Cullen [et al.] // *Translational Psychiatry*. – 2018. – Vol. 8 (1). – P. 39. – doi: 10.1038/s41398-017-0079-1.
764. Swan, N. New imaging technology confirms earlier PET scan evidence: Methamphetamine abuse linked to human brain damage / N. Swan // *NIDA Notes*. – 2003. – Vol. 18 (2). – P. 6–7.
765. Takács, J. «Condoms are reliable but I am not»: a qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia / J. Takács, Y.A. Amirkhanian, J.A. Kelly [et al.] // *Central European Journal of Public Health*. – 2006. – Vol. 14 (2). – P. 59-66. –PMID: 16830606.
766. Talukdar, A. Determinants of Quality of Life in HIV-Infected Patients Receiving Highly Active Antiretroviral Treatment at a Medical College ART Center in Kolkata, India / A. Talukdar, M.K. Ghosal, D. Sanyal [et al.] // *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*. – 2013. – Vol. 12 (4). – P. 284-290. – doi: 10.1177/1545109712445924.
767. Tardiff, K. HIV infection among victims of accidental fatal drug overdoses in New York City / K. Tardiff, P.M. Marzuk, A.C. Leon [et al.] // *Leon Addiction*. – 1997. – Vol. 92 (8). – P. 1017-1022. – doi: 10.1111/j.1360-0443.1997.tb02981.x.
768. Tate, D. The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV / D. Tate, R.H. Paul, T.P. Flanigan [et al.] // *AIDS Patient Care STDS*. – 2003. – Vol. 17 (3). – P. 115-120. – doi: 10.1089/108729103763807936.
769. Taylor, G.J. A preliminary investigation of alexithymia in man with psychoactive substance dependence / G.J. Taylor, J.D.A. Parker, R.M. Bagby // *Am. Psychiatry*. – 1990. – Vol. 147 (9). – P. 1228-1230. – doi: 10.1176/ajp.147.9.1228.
770. Te Vaarwerk, M.J. Psychological distress and quality of life in drug-using and non-drug-using HIV-infected women / M.J. Te Vaarwerk, E.A. Gaal // *European Journal of Public Health*. – 2001. – Vol. 11 (1). – P. 109-115. – doi: 10.1093/eurpub/11.1.109.
771. Tennant, F. Seroprevalence of hepatitis A, B, C and D markers and liver function abnormalities in intravenous heroin addicts / F. Tennant, D. Moll // *J Addictive Disease*. – 1995. – Vol. 14 (3). – P.35-49. – doi: 10.1300/J069v14n03\_03.
772. The Amygdala and Its Allies // *The Brain from top to bottom*. – URL: [https://thebrain.mcgill.ca/flash/a/a\\_04/a\\_04\\_cr/a\\_04\\_cr\\_peu/a\\_04\\_cr\\_peu.html](https://thebrain.mcgill.ca/flash/a/a_04/a_04_cr/a_04_cr_peu/a_04_cr_peu.html) (accessed 19.06.2020).
773. The WHOQOL Group Development of the WHOQOL: rationale and current status / The WHOQOL Group // *International Journal of Mental Health*. – 1994. – Vol. 23 (3). – P. 24-56. – doi: 10.1080/00207411.1994.11449286.

774. The WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment / The WHOQOL Group // *Psychological Medicine*. – 1998. – Vol. 28. – P. 551–558.
775. Thio, C.L. HIV-1, hepatitis B virus and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS) / C.L. Thio, E.C. Seaberg, R.J. Skolasky [et al.] // *The Lancet*. – 2002. – Vol. 360 (9349). – P. 1921-1926. – doi: 10.1016/s0140-6736(02)11913-1.
776. Thompson, P.M. Thinning of the cerebral cortex visualized in HIV/AIDS reflects CD4+ T lymphocyte decline / P.M. Thompson, R.A. Dutton, K.M. Hayashi [et al.] // *Proceedings of the National Academy of Sciences*. – 2005. – Vol.102 (43). – P. 15647-15652. – doi:10.1073/pnas.0502548102.
777. Torban, M.N. 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.
778. Torgersen, J. Reversible dyscognition in patients with a unilateral, middle fossa arachnoid cyst revealed by using a Laptop Based Neuropsychological Test Battery (CANTAB) / J. Torgersen, C. Helland, H. Flaatten [et al.] // *Journal of Neurology*. – 2010. – Vol. 257 (11). – P. 1909-1916. – doi: 10.1007/s00415-010-5634-0.
779. Touchon, J. Mild cognitive impairment: evaluation and prospects / J. Touchon, F. Portet // *Psychogeriatrics*. – 2004. – Vol. 4 (4). – P.137-138. – doi: 10.1111/j.1479-8301.2004.00044.x.
780. Trbović, M. Etiopatogeneza i psihodinamika alkoholizma / M. Trbović // *Lijec. Vjesn.* – 1987. – Vol. 109 (4–5). – P. 121–125.
781. Treatment for stimulant use disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP). Series 33. – Rockville: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. – 247 p.
782. Tyndall, M.W. Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users / M.W. Tyndall, K.J. Craib, S. Currie [et al.] // *J Acquir Immune Defic Syndr*. – 2001. – Vol. 28 (4). – P. 351-357. – doi: 10.1097/00126334-200112010-00008.
783. Tyndall, M.W. Risky sexual behaviors among injection drugs users with high HIV prevalence: implications for STD control / M.W. Tyndall, D. Patrick, P. Spittal [et al.] // *Sexually Transmitted Infections*. – 2002. – Vol. 78 (1). – P. 170-175. – doi: 10.1136/sti.78.suppl\_1. i170.
784. Uden, F. Hypothalamic-pituitary-gonadal axis in major depressive disorders / F. Uden, J.G. Ljunggren, J. Beck-Friis [et al.] // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1988. – Vol. 78 (2). – P. 138–146. – doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb06313.x.
785. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Executive summary conclusions and policy implications, 2017. – 36 p.

786. Urbach, E. Lipoidosis cutis et mucosae / E. Urbach, C. Wiethe // *Virchows Archiv fur Pathological Anatomy and Histology*. – 1929. – №273. – P. 285–319. – doi:10.1007/BF02158983.
787. van Ameijden, E.J. Dose-effect relationship between overdose mortality and prescribed methadone dosage in low-threshold maintenance programs / E.J. van Ameijden, M.W. Langendam, R.A. Coutinho // *Addict Behav.* – 1999. – Vol. 24 (4). – P. 559-563. – doi: 10.1016/s0306-4603(98)00083-5.
788. van Haastrecht, H.J. Death from suicide and overdose among drug injectors after disclosure of first HIV test result / H.J. van Haastrecht, G.H. Mientjes, A.J. van den Hoek [et al.] // *AIDS*. – 1994. – Vol. 8 (12). – P. 1721-1725. – doi: 10.1097/00002030-199412000-00013.
789. van Haastrecht, H.J. Predictors of mortality in the Amsterdam cohort of human immunodeficiency virus (HIV)-positive and HIV-negative drug users / H.J. van Haastrecht, E.J. van Ameijden, J.A. van den Hoek [et al.] // *Am J Epidemiol.* – 1996. – Vol. 143 (4). – P. 380-391. – doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a008752.
790. van Praag, H. M. Can stress cause depression? / H.M. van Praag // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 2004. – Vol. 28 (5). – P. 891-907. – doi:10.1080/15622970510030018.
791. van Praag, H.M. Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать гордиев узел / H.M. van Praag // *Нейропсихофармакология*. – 1998. – Т. 20, № 2. – С. 27-35.
792. Vanderplasschen, W. Poly substance use and mental health among individuals presenting for substance abuse treatment / W. Vanderplasschen, J. De Maeyer, K. Colpaert [et al.]. – Gent: Academia Press, 2012. – 201 p.
793. Venkatesh, K. Sexual Dysfunction in Men Seeking Treatment for Opioid Dependence: A Study From India / K. Venkatesh, S.K. Mattoo, S. Grover // *J Sex Med.* – 2014. – Vol. 11 (8). – P. 2055-2064. – doi: 10.1111/jsm.12588.
794. Verdejo-García, A. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies / A. Verdejo-García, A.J. Lawrence, L. Clark // *Neurosci Biobehav Rev* – 2008. – Vol. 32 (4). – P. 777-810. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.11.003.
795. Vintila, I. Hypoxic-ischemic encephalopathy in adult / I. Vintila, C. Roman-Filip, C. Rociu // *Acta Medica Transilvanica*. – 2010. – Vol. 2. – P.189-192. – URL: [https://www.researchgate.net/publication/292731095\\_Hypoxic-ischemic\\_encephalopathy\\_in\\_adult](https://www.researchgate.net/publication/292731095_Hypoxic-ischemic_encephalopathy_in_adult) (accessed 17.07.2020).
796. Vlahov, D. Increased frequency of overdose deaths among HIV-infected injection drug users / D. Vlahov, A.M. Tang, C. Lyles [et al.] // *Addict Res.* – 2000. – Vol. 8 (4). – P. 311-326. – doi:10.3109/16066350009009518.

797. Voineskos, A.N. Age-related decline in white matter tract integrity and cognitive performance: A DTI tractography and structural equation modeling study / A.N. Voineskos, T.K. Rajji, N.J. Lobaugh [et al.] // *Neurobiology of Aging*. – 2012. – Vol. 33 (1). – P. 21-34. – doi:10.1016/j.neurobiolaging.2010.02.009.
798. Volkow, N.D. Addressing the opioid crisis globally / N.D. Volkow, M.E. Medina-Mora Icaza, V. Poznyak [et al.] // *World Psychiatry*. – 2019. – Vol. 18 (2). – P. 231-232. – doi: 10.1002/wps.20633.
799. Volkow, N.D. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies / N.D. Volkow, J.S. Fowler, G.J. Wang // *Neuropharmacology*. – 2004. – Vol. 47 (1). – P. 3-13. – doi: 10.1016/j.neuropharm.2004.07.019.
800. Walsh, R.A. Opioid drug accidental deaths in the Newcastle area of New South Wales, 1970–1987 / R.A. Walsh // *Drug and Alcohol Review*. – 1991. – Vol. 10 (1). – P. 79-83. – doi: 10.1080/09595239100185101.
801. Wang, C. The effect of HIV infection on overdose mortality / C. Wang, D. Vlahov, N. Galai [et al.] // *AIDS*. – 2005. – Vol.19 (9). – P. 935-942. – doi: 10.1097/01.aids.0000171407.30866.22
802. Wang, G.J. Regional brain metabolic activation during craving elicited by recall of previous drug experiences / G.J. Wang, N.D. Volkow, J.S. Fowler [et al.] // *Life Sciences*. 1999. – Vol. 64 (9). – P. 775-784. – doi: 10.1016/s0024-3205(98)00619-5.
803. Wang, P.W. Change in quality of life and its predictors in heroin users receiving methadone maintenance treatment in Taiwan: an 18-month follow-up study / P.W. Wang, H.C. Wu, C.N. Yen [et al.] // *Am J Drug Alcohol Abuse*. – 2012. – Vol. 38 (3). – P. 213–219. – doi: 10.3109/00952990.2011.649222.
804. Ware, J.E. Interpreting SF-36 summary health measures: a response / J.E. Ware, M. Kosinski // *Qual. Life Res*. – 2001. – Vol. 10 (5). – P. 405-413. – doi: 10.1023/a:1012588218728.
805. Weiger, W.A. An approach to the neurology of aggression / W.A. Weiger, D.M. Bear // *J. Psychiatr. Res*. – 1988. – Vol. 22 (2). – P. 85–98. – doi: 10.1016/0022-3956(88)90073-8.
806. Weiss, R.D. Psychopathology in chronic cocaine abusers / R.D. Weiss, S.M. Mirin, J.L. Michael [et al.] // *Am J Drug Alcohol Abuse*. – 1986. – Vol. 12 (1-2). – P.17-29. – doi: 10.3109/00952998609083740.
807. Wells, J.E. Reasons why young adults do or do not seek help for alcohol problems / J.E. Wells , L.J. Horwood, D.M. Fergusson // *Aust. & N Z J. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 41(12). – P. 1005-1012. – doi: 10.1080/00048670701691218.
808. Westergaard, R.P. HIV among persons incarcerated in the US: a review of evolving concepts in testing, treatment and linkage to community care / R.P. Westergaard, A.C. Spaulding, T.P.

- Flanigan // *Current Opinion in Infectious Diseases*. – 2013. – Vol. 26 (1). – P. 10-16. – doi: 10.1097/QCO.0b013e32835c1dd0.
809. Westerhausen, R. The corpus callosum in dichotic listening studies of hemispheric asymmetry: A review of clinical and experimental evidence / R. Westerhausen, K. Hugdahl // *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. – 2008. – Vol. 32 (5). – P. 1044-1054. – doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.04.005.
810. White, J.M. Mechanisms of fatal opioid overdose / J.M. White, R.J. Irvine // *Addiction*. – 1999. – Vol. 94 (7). – P. 961-972. – doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.9479612.x.
811. White, M.L. Anatomical patterns and correlated MRI findings of non-perinatal hypoxic-ischaemic encephalopathy / M.L. White, Y. Zhang, J.T. Helvey [et al.] // *The British Journal of Radiology*. – 2013. – Vol. 86 (1021). – doi:10.1259/bjr.20120464.
812. Whitehouse, P.J. Antiaging medicine and mild cognitive impairment: Practice and policy issues for geriatrics / P.J. Whitehouse, E.T. Juengst // *J Am Geriatr Soc*. – 2005. – Vol. 53 (8). – P.1417-1422. – doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53411.x.
813. Williams, A.R. Developing an opioid use disorder treatment cascade: A review of quality measures / A.R. Williams, E.V. Nunes, A. Bisaga [et al.] // *J Subst Abuse Treat*. – 2018. – №9. – P. 57-68. – doi: 10.1016/j.jsat.2018.06.001.
814. Williams, E. Alcohol use and human immunodeficiency virus (HIV) infection / E. Williams, J. Hahn, R. Saitz [et al.] // *Alcohol. Clin. Exp. Res*. – 2016. – Vol. 40 (10). – P. 2056-2071. – doi: 10.1111/acer.13204.
815. Wing, D.M. The Alcoholism Denial Assessment Tool (ADAT): a study of interrater reliability / D.M. Wing, H. Hansen, B. Martin // *Clin. Nurs. Res*. – 1994. – Vol. 3(3). – P. 228-242. – doi: 10.1177/105477389400300306.
816. Winklbaur, B. Quality of life in patients receiving opioid maintenance therapy. A comparative study of slow-release morphine versus methadone treatment / B. Winklbaur, R. Jagsch, N. Ebner [et al.] // *European Addiction Research*. – 2008. – Vol. 14 (2). – P. 99-105. – doi: 10.1159/000113724.
817. Wise, R.A. Brain mechanisms of drug reward end euphoria / R.A. Wise, M.A. Bozarth // *Psychiatric Medicine*. – 1985. – Vol. 3 (4). – P. 445-460. – PMID: 2893431.
818. Witkiewitz, K. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao / K. Witkiewitz, G.A. Marlatt // *American Psychologist*. – 2004. – Vol. 59 (4). – P. 224–235. – doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224.
819. Wodarski, J.S. Prevention of adolescent reoccurring violence and alcohol abuse: a multiple site evaluation / J.S. Wodarski // *J. Evid. Based Soc. Work*. – 2010. – Vol. 7 (4). – P. 280-301. – doi: 10.1080/15433710903176112.

820. Wong, M.T. Electroencephalography, computed tomography and violence ratings of male patients in a maximum-security mental hospital / M.T. Wong, J. Lumsden, G.W. Fenton [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1994. – Vol. 90 (2). – P. 97-101. – doi: 10.1111/j.1600-0447.1994.tb01562.x.
821. Wood-Dauphinee, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? / S. Wood-Dauphinee // *Journal of Clinical Epidemiology.* – 1999. – Vol. 52 (4). – P. 355-363. – doi: 10.1016/s0895-4356(98)00179-6.
822. World Drug Report: global overview of drug demand and supply / World Drug Report. – 2019. – URL: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_2\\_DRUG\\_DEMAND.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_2_DRUG_DEMAND.pdf) (accessed 21.07.2020).
823. Wright, P.B. HIV risk behaviors among rural stimulant users: variation by gender and race/ethnicity / P.B. Wright, K.E. Stewart, E.P. Fischer [et al.] // *AIDS Education and Prevention.* – 2007. – Vol. 19 (2). – P. 137-150. – doi: 10.1521/aeap.2007.19.2.137.
824. Yeadon, M. Opioids and respiration / M. Yeadon, I. Kitchen // *Prog Neurobiol.* – 1989. – Vol. 33 (1). – P. 1-16. – doi: 0.1016/0301-0082(89)90033-6.
825. Yen, C.F. Insight into alcohol-related problems and its associations with severity of alcohol consumption, mental health status, race, and level of acculturation in southern Taiwanese indigenous people with alcoholism / C.F. Yen, R.C. Hsiao, R. Ries [et al.] // *Am. J. Drug Alcohol Abuse.* – 2008. – Vol. 34 (5). – P. 553-561. – doi: 10.1080/00952990802295220.
826. Yen, C.F. Quality of life and its correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan / C.F. Yen, J.J. Tsai, P.L. Lu [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* – 2004. – Vol. 58 (5). – P. 501-506.
827. Zador, D. Heroin-related deaths in New South Wales, 1992: toxicological findings and circumstances / D. Zador, S. Sunjic, S. Darke // *Med. J. Australia.* – 1996. – Vol. 164 (4). – P. 204-207. – doi:10.5694/j.1326-5377.1996.tb94136.x.
828. Zhang, D. Linking brain electrical signals elicited by current outcomes with future risk decision-making / D. Zhang, R. Gu, L.S. Broster [et al.] // *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* – 2014. – Vol. 8 (8). – P. 84. – doi: 10.3389/fnbeh.2014.00084.
829. Zhao, K. Cortical thickness and subcortical structure volume abnormalities in patients with major depression with and without anxious symptoms / K. Zhao, H. Liu, R. Yan [et al.] // *Brain Behav.* – 2017. – Vol. 7 (8). – P. 1-9. – doi: 10.1002/brb3.754.
830. Zickmund, S.L. Majority of patients with hepatitis C express physical, mental, and social difficulties with antiviral treatment / S.L. Zickmund, C.L. Bryce, J.A. Blasiolo [et al.] // *European Journal of Gastroenterology&Hepatology.* – 2006. – Vol. 18 (4). – P. 381-388. – doi: 10.1097/00042737-200604000-00011.

831. Zola-Morgan, S. Lesions of perirhinal and parahippocampal cortex that spare the amygdala and hippocampal formation produce severe memory impairment / S. Zola-Morgan, L.R. Squire, D.G. Amaral [et al.] // *J Neurosci.* – 1989. – Vol. 9 (12). – P. 4355-4370. – PMID: 2593004.
832. Zuckerman, M. Sensation seeking the endogenous deficit theory of drug abuse / M. Zuckerman // *Research Monography Series.* – 1986. – Vol. 74. – P. 59-70. – PMID: 3122054.
833. Zule, W.A. An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors / W.A. Zule, D.P. Desmond // *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* – 1999. – Vol. 25 (1). – P. 1–23. – doi: 10.1081/ada-100101843.
834. Zweben, J.E. Psychiatric symptoms in methamphetamine users / J.E. Zweben, J.B. Cohen, D. Christian [et al.] // *Am. J. Addict.* – 2004. – Vol. 13 (2). – P. 181-190. – doi: 10.1080/10550490490436055.

**Перечень тестов нейропсихологического исследования опиатзависимых больных****ЛОБНЫЕ ДОЛИ****Динамический праксис**

1. Кулак — ладонь — ребро (правой рукой 15 раз). 2. Кулак — ладонь — ребро (левой рукой 15 раз). *Инструкция к заданиям 1–2:* Испытуемого просят, используя плавный и устойчивый ритмический образец, хлопать по бедру кулаком, ладонью и ее ребром. Пациент должен отрывать руку от поверхности при каждой смене позиций. Повторить такую последовательность изменений позиций 15 раз. Демонстрируется 1 раз; если испытуемый не усвоил, то повторно, пока он не запомнит и не начнет повторять правильно. Фиксируются нарушения последовательности (например, персеверации), плавности («спотыкание» — пауза перед последующим движением), неуверенность.

*Оценка:* 0 — точное выполнение; 1 — после первого выполнения ошибки ограничиваются не более чем 2 колебаниями (неуверенностью) при переходе из одной позиции в следующую и не более чем 1 ошибкой в положении руки; 2 — после первого повторения более 2 колебаний при переходе из одной позиции в другую, нарушения в развитии и сохранении плавности, уверенности движений, от 2 до 4 ошибочных позиций или в целом 3–4 ошибки; 3 — выраженные нарушения движений.

3. Воспроизведение заданных графических стереотипов. *Инструкция:* Испытуемого просят закончить как можно скорее 3 строчки с заданными графическими эталонами теми же знаками в той же последовательности (в последней строчке — не отрывая ручки от бумаги). Оценивается количество элементов в сериях и их конфигурация.

*Оценка задания 3:* 0 — точное воспроизведение элементов образца; 1 — нарушение количества элементов в сериях, смещение их конфигурации в одной строчке; 2 — нарушение воспроизведения в двух строчках; 3 — нарушение воспроизведения во всех трех строчках.

4. Реципрокная координация движений (30 раз). *Инструкция:* Руки на бедрах, одна ладонью вниз, другая сжата в кулак. Испытуемому предлагается синхронно менять положение обеих рук, одновременно слегка прихлопывая по бедру. Демонстрируется несколько раз, пока испытуемый не усвоит.

*Оценка:* 0 — нет ошибок, синхронные движения; 1 — одна ошибка в положении рук и/или легкая асинхрония; 2 — две ошибки в положении рук и/или умеренная асинхрония; 3 — три и более ошибки и/или выраженная асинхрония.



## ТЕМЕННЫЕ ДОЛИ

### Сенсорная интеграция

5. Стереогноз (правой рукой). 6. Стереогноз (левой рукой). *Инструкция к заданиям 5–6:* Зрение использовать нельзя. Испытуемого просят назвать предмет, положенный в его ладонь, после того как ладонь пассивно закрывается экспериментатором. Время не ограничивается.

*Оценка:* 0 — нет ошибок; 1 — 1 ошибка; 2 — 2 ошибки; 3 — 3 ошибки и более.

7. Графестезия (правой рукой). 8. Графестезия (левой рукой). *Инструкция к заданиям 7–8:* Испытуемого, сидящего с закрытыми глазами, просят назвать цифру, написанную на подушечке его указательного пальца карандашом без стержня (руки испытуемого на столе). Исследователь находится напротив и пишет цифры по отношению к себе, то есть испытуемому необходимо их мысленно переворачивать. Используются легко узнаваемые цифры 1, 3, 7 (с черточкой), 2, 8. Порядок их в каждой пробе фиксирован.

*Оценка:* 0 — нет ошибок; 1 — 1 ошибка; 2 — 2 ошибки; 3 — 3 или более.

### Праксис

#### Конструктивный праксис. Рисование по заданию

9. Часы с цифрами и стрелками. 10. Дом в перспективе. *Инструкция к заданиям 9–10:* Пациента просят нарисовать указанные рисунки. *Оценка заданий 9–11:* Отмечаются особенности рисунка (например, цифры снаружи циферблата).

*Оценка:* 0 — выполняет в совершенстве; дом имеет отчетливо 3 измерения; 1 — только легкие искажения с адекватной интеграцией на всех рисунках: дом имеет некоторые признаки трехмерности; часы имеют 3 из следующих признаков: круглый циферблат (если часы круглые), стрелки, цифры от 1 до 12 и симметричное расположение цифр; 2 — умеренные искажения или ротация любого из рисунков либо потеря трехмерности в рисунке дома (плоский); часы содержат 2 из следующих признаков: приблизительно круглый циферблат, стрелки или цифры от 1 до 12; часы узнаваемы как часы, а дом — как дом, 3 — неузнаваемые рисунки или грубое искажение основного образа.

11. Рисование лица. *Инструкция к заданию 11:* Пациента просят нарисовать человеческое лицо.

*Оценка задания* соответствует числу опущенных частей лица из числа обязательных: глаза, зрачки, брови, нос, рот, волосы. Отмечаются особенности (уши внутри контура лица, рисунок в профиль, зубы): 0 — нет пропусков; 1 — 1 пропуск; 2 — 2 пропуска; 3 — 3 или более пропусков.

## Конструктивный праксис. Срисовывание

12. Серия-1 (горизонтальный ромб, двухмерный крест, трехмерный куб, трехмерная трубка). 13. Серия-2 (куб, пирамида, усеченная пирамида). *Инструкция к заданиям 12–13:* Испытуемому предлагается скопировать каждую фигуру. Разрешается только одна попытка на каждый рисунок, даже если испытуемый не полностью удовлетворен результатом. Не разрешается стирать никакие линии и рисовать дополнительные линии, которых нет в копируемой фигуре.

Оценка основывается на анализе сходства с моделью (форма, величина, высота, ширина, дополнительные или пропущенные линии), положения в пространстве (ротация, зеркальное воспроизведение), размерности (трехмерность, размеры в высоту, ширину, глубину). Волнистость или легкая неточность (неаккуратность) не учитываются, но фиксируются признаки тремора. *Оценка по каждому заданию* соответствует средней оценке для всех фигур данного теста: 0 — почти совершенное воспроизведение; 1 — легкое искажение или ротация, отсутствие одной линии, умеренная микропсия, сохранение трехмерности в трехмерных изображениях; 2 — умеренное искажение или ротация, выраженная микропсия, отсутствие трехмерности в трехмерных изображениях; 3 — грубое искажение исходного образа (фигура неузнаваема) или отказ выполнить задание с мотивом «я не могу».

14. Складывание домика из спичек. *Инструкция:* Исследователь складывает домик из спичек на столе перед испытуемым; испытуемый должен запомнить его и построить точно такой же после того, как спички перемешают. На столе обязательно должно быть несколько лишних спичек.

*Оценка:* 0 — правильное изображение; 1 — легкое искажение; 2 — отличие от образца; 3 — не может вообще выполнить задание.

15. Переворачивание фигур на 180 градусов. *Инструкция:* Испытуемого просят нарисовать 3 геометрические фигуры, перевернув их на 180 градусов (так, чтобы по отношению к нему они были расположены так же, как образцы по отношению к экзаменатору, сидящему напротив).

*Оценка:* 0 — нет ошибок; 1 — 1 ошибка; 2 — 2 ошибки; 3 — 3 ошибки.

## Гнозис

16. Понимание логико-грамматических структур (понимание отношений между 3 предметами, выраженных двумя предлогами). *Инструкция:* Испытуемому предлагается выполнять задание, не переспрашивая. При неправильном выполнении ему предлагается самому повторить задание (для исключения возможности неудержания инструкции). «Положите лист в книгу, но под ручку. Положите ручку на лист, но под книгу. Положите ручку в книгу, но над листом».

*Оценка:* 0 — нет ошибок; 1 — 1 ошибка; 2 — 2 ошибки; 3 — 3 ошибки.

17. Географический гнозис. *Инструкция:* Испытуемому предлагается обозначить на контурной карте России буквами части света и цифрами либо начальными буквами города: Санкт-Петербург, Архангельск, Владивосток, Ялта.

*Оценка:* для оценки выполнения этого задания нет хорошо валидизированных стандартов. Принимаются во внимание следующие факторы: а) расположение прибрежных городов на берегу; б) расположение городов на соответствующем месте; в) расположение всех городов на одной половине карты (только западной или только восточной); г) делались ли попытки обозначить все названные города. 0 — нет ошибок; 1 — 1 ошибка; 2 — 2 ошибки; 3 — 3 или более ошибок.

18. Дорожный тест Money. *Инструкция:* Испытуемый должен мысленно следить за ручкой экспериментатора, перемещающейся по нарисованному маршруту на карте-схеме города, и быстро называть сторону поворота по ходу движения. Запрещаются попытки самому вести ручкой по маршруту, переворачивать схему либо поворачиваться самому в направлении движения.

*Оценка:* 0 — нет ошибок; 1 — 1–2 ошибки; 2 — 3 ошибки; 3 — 4 и более ошибок.

## ВИСОЧНЫЕ ДОЛИ

### Слуховой гнозис

19. Теппинг-ритм тест (воспроизведение ритмов): а) ● ● ● ● ; ●●● ●●● ●●●; б) ● ●● ● ●●●; в) ●●●● ● ●●●● ● ●●●● ●

*Инструкция:* Испытуемого просят повторить 4 серии быстрых и медленных ударов, которые экзаменатор выстукивает ручкой по столу. Пациент сидит с закрытыми глазами. Фиксируется не только количество, но и характер ошибок (двигательные, изменение количества ударов или серий, нарушение мелодического рисунка).

*Оценка:* 0 — без ошибок; 1 — 1 ошибка; 2 — 2 ошибки; 3 — 3 или более ошибок.

### Слухоречевая кратковременная память

20. Повторение серий слов в условиях интерференции. 21. Повторение серий слогов-триграмм в условиях интерференции. *Инструкция к заданиям 20–21:* Испытуемому необходимо запомнить предъявляемые последовательно 2 серии речевых стимулов и после однократного непосредственного воспроизведения первой, а затем второй серии через 5 сек вновь вернуться к припоминанию первой серии. Исследуется прочность удержания следов в условиях интерферирующей деятельности. Анализируются ошибки в виде парафазий, персевераций, конфабуляторных элементов и т. п.

*Оценка* основана на успешности выполнения самого сложного задания: 0 — безошибочное воспроизведение ряда из 4 элементов; 1 — ошибки в воспроизведении ряда из 4 элементов при безошибочном воспроизведении серии из 3 элементов; 2 — ошибки в воспроизведении ряда из 3 элементов при безошибочном воспроизведении серии из 2 элементов; 3 — ошибка в воспроизведении ряда из 2 элементов.

22. Повторение фраз в условиях интерференции. *Инструкция:* Испытуемому предлагается прослушать, не повторяя, первую фразу, затем вторую. После этого ему предлагается считать вслух от 10 до 1 в обратном порядке. Затем нужно повторить первую фразу.

*Оценка:* 0 — безошибочное воспроизведение первой фразы; 1 — потеря или замена отдельных слов, введение элементов второй фразы; 2 — потеря или замена части фразы, преобладание элементов второй фразы; 3 — невозможность повторения первой фразы.

23. Пересказ рассказов в условиях интерференции. *Инструкция:* Испытуемому предлагается прослушать первый, а затем второй рассказ, не повторяя их. После этого ему предлагается считать вслух до 10. Затем пациент должен пересказать первый рассказ, потом второй. Пересказ фиксируется дословно, со всеми изменениями, отступлениями и комментариями.

*Оценка:* 0 — безошибочное повторение обоих рассказов; 1 — потеря или замена второстепенных деталей, введение элементов другого рассказа (интерференция); 2 — потеря или замена существенных деталей, части сюжета, главных действующих лиц; введение значительного числа элементов другого рассказа; элементы конфабуляции; 3 — невозможность повторения рассказа, полное неудержание сюжета. Общая оценка представляет собой среднюю из оценок повторения обоих рассказов. Анализ характера пересказа позволяет иногда выявить дополнительно некоторые особенности речемышления испытуемого, характерные для ряда психопатологических состояний (наличие персевераций, конфабуляций, тенденций к олигофазии или логорее, резонерство, соскальзывание и др.).

### Зрительная кратковременная память

24. Идентификация невербализуемых геометрических фигур. *Инструкция:* Испытуемому предъявляют для запоминания одновременно 3 изображения-эталона на 10 сек (1 серия). Затем требуется найти их среди 20 изображений набора. Процедура повторяется с другими 3 фигурами (2 серия).

*Оценка:* 0 — безошибочное узнавание всех 6 фигур; 1 — 1 ошибка, 2 — 2 ошибки, 3 — 3 ошибки.

25. Идентификация невербализуемых геометрических фигур в условиях интерференции. *Инструкция:* После выполнения предыдущего задания испытуемому через 5 сек предлагается вновь отыскать в наборе фигуры 1 серии из предъявлявшихся.

*Оценка:* 0 — безошибочное узнавание всех 3 фигур; 1 — 1 ошибка, 2 — 2 ошибки, 3 — 3 ошибки.

26. Идентификация эмоционального состояния по мимике. *Инструкция:* Испытуемому предлагается запомнить одновременно предъявляемые в течение 10 сек 3 фотографии незнакомых мужских лиц с различными эмоциональными выражениями. Затем он должен найти соответствующие эмоциональные выражения в наборе из 12 фотографий женских лиц. Опыт повторяется с 3 женскими фотографиями-эталонами и поиском соответствующих выражений среди 12 мужских фотографий.

*Оценка:* 0 — безошибочное узнавание всех фигур (выражений); 1 — ошибка в узнавании или неудержание 1 фигуры (выражения); 2 — ошибка в узнавании или неудержание 2 фигур (выражений); 3 — ошибки или неудержание 3 и более фигур (выражений).

### ЗАТЫЛОЧНЫЕ ДОЛИ

#### Гнозис

27. Зрительный предметный гнозис (Лурия 1, распознавание зашумленных изображений предметов при максимальном уровне шума. 28. Зрительный предметный гнозис (Лурия 2, распознавание зашумленных изображений предметов при менее высоком уровне шума). *Инструкция к заданиям 27–28:* Испытуемый должен опознать контурные точечные изображения шести хорошо знакомых предметов на фоне беспорядочно расположенных точек («зашумленные изображения»). Время не ограничивается. При ошибках или затруднении предлагается обвести

видимые им контуры тупым концом карандаша. Отмечаются ответы испытуемого, учитывается, помогает ли ему обведение контуров. При безошибочном выполнении задания 36 исследование с меньшим уровнем шума не производится, задание 37 автоматически расценивается как 0.

*Оценка:* 0 — распознает все предметы; 1 — не узнает 1 предмет; 2 — не узнает 2 предмета; 3 — не узнает 3 и более предметов.

29. Лицевой гнозис (идентификация фотографий незнакомых лиц по заданному образцу).

*Инструкция:* Испытуемому предлагаются последовательно 2 фотографии незнакомых женских эмоциональных лиц. Глядя на эталон, он должен отыскать то же лицо, но с другим эмоциональным выражением, в наборе из 12 фотографий. Опыт повторяется с мужскими фотографиями.

*Оценка:* 0 — узнает все лица; 1 — не узнает одно лицо; 2 — не узнает 2 лица; 3 — не узнает 3 лица и более.

## РЕЧЬ

30. Дисфазия. *Инструкция:* Пациента просят повторить скороговорку: «Во дворе трава, на траве дрова». Если у него выявляются какие-либо трудности произношения, то просят повторить ее с нормальной скоростью.

*Оценка:* 0 — правильно после 1 попытки; 1 — правильно после 2-й попытки; 2 — правильно после 3-й попытки; 3 — правильное повторение невозможно.

**Опросник по изучению передозировок****Инструкция:**

Мы стараемся узнать больше о передозировках наркотиков и возможных путях их предотвращения. Нам хотелось бы больше узнать о Вашем личном опыте или об опыте передозировок в Вашей среде. Мы собираемся спросить Вас о том, как и какие препараты, Вы употребляете, о том опыте, который Вы, возможно, имеете в передозировках и о тех передозировках, свидетелем которых Вы были.

Здесь нет “правильных” или “неправильных” ответов, но для нас очень важно, чтобы Вы отвечали на наши вопросы честно - это, возможно, спасет Вашу жизнь или жизни Ваших друзей в будущем. Все, что Вы напишите здесь, – секретно и конфиденциально. Ваше имя не будет привязано к тому, что Вы напишите ниже.

Заполнение опросника займет около часа. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы при заполнении опросника, пожалуйста, задайте их нашим работникам, которые находятся в комнате.

**Часть I****A. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ:**

**A 1. Пол:**  Мужской  Женский

**A 2. Возраст:** \_\_\_\_\_ лет.

**A 3. В каком районе вы живете? Какая станция метро ближе всего к вашему дому?**

---

**A 4. С кем Вы живете вместе?**

Один (одна)

С родителями

С женой (мужем)

С сексуальным партнером

С родственниками

С друзьями

Другое (Напишите!) \_\_\_\_\_

**A 5. В настоящее время Вы работаете?**  Да  Нет

**А 6. Какое у Вас образование?**

- Неполное среднее
- Среднее
- Среднее специальное (ПТУ, техникум)
- Высшее или незаконченное высшее

**А 7. Вы учитесь в настоящее время?**  Да  Нет**В. ЗНАНИЯ О ПЕРЕДОЗИРОВКЕ:****Инструкция:**

*В этом разделе мы хотели бы узнать, что Вы знаете о симптомах опиатной (героиновой, метадоновой) передозировки и способах ее купирования.*

**В 1. Как Вы можете узнать, что у человека произошла передозировка в результате приема опиатов/героина? (Каковы симптомы передозировки опиатов?):** \_\_\_\_\_

**В 2. Как Вы можете узнать, что у человека произошла передозировка в результате приема амфетаминов? (Каковы симптомы передозировки амфетаминов?):** \_\_\_\_\_

**В 3. Как Вы думаете, что увеличивает риск передозировки опиатов/героина?:** \_\_\_\_\_

**В 4. Как можно избежать передозировки опиатов/героина? (Каковы меры предупреждения передозировки?):** \_\_\_\_\_

**В 5. Знаете ли Вы о каких-либо программах, занимающихся проблемой передозировок в Вашем регионе?**

- Да  Нет Если “Да”, опишите, пожалуйста, эти программы: \_\_\_\_\_

**В 6. Как вы думаете, какова вероятность, что в следующем году у Вас может быть передозировка?**

- Вполне возможно
- Скорее всего, возможно
- Возможно
- Скорее всего, невозможно
- Невозможно



**В 7. Насколько сильно вы обеспокоены тем, что в будущем можете испытать передозировку?**

- Сильно обеспокоен  
 Несколько обеспокоен  
 Не уверен  
 Почти не обеспокоен  
 Нисколько не обеспокоен

**В 8. Насколько сильно вы обеспокоены тем, что Ваши друзья могут испытать передозировку в будущем?**

- Сильно обеспокоен  
 Несколько обеспокоен  
 Не уверен  
 Почти не обеспокоен  
 Нисколько не обеспокоен

## Часть II

### С. ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ:

**Инструкция:**

*Для того чтобы лучше понимать причины, ведущие к опиатной (героиновой, метадоновой) передозировке, нам бы хотелось задать Вам несколько вопросов о Вашем опыте употребления наркотических средств. Для достоверной оценки ситуации в Вашем регионе необходимо, чтобы Вы отвечали предельно честно. Помните, что эта анкета анонимна и ответы на вопросы никак не могут быть связаны с Вашим именем.*

**С 1. В каком возрасте Вы впервые употребили героин или другие опиаты?**

\_\_\_\_\_ лет

**С 2. Вы вводите наркотики внутривенно?**  Да  Нет Если “Нет”, переходите к секции

Д 1

**С 3.**

Какие наркотики Вы когда-либо (выберите из перечисленного ниже)	А) Вводили внутривенно	Б) Вводили внутривенно за последние 30 дней	В) Вводили внутривенно в последний раз, когда употребляли наркотики

Героин			
Опиаты (кодеин, морфин, фентанил и т.д.)			
Амфетамины			
Другое (уточните)			

#### С 4. Как часто Вы употребляете наркотики в одиночестве?

- Всегда  
 Практически всегда  
 В половине случаев  
 Редко  
 Никогда

#### Инструкция:

Существуют 2 вида передозировок:

1. Амфетаминовая передозировка: галлюцинации, агрессивность, судороги, потеря сознания, учащенное сердцебиение, потливость, повышение температуры тела, лихорадочные состояния, учащенное дыхание, расширение зрачков.

2. Опиатная передозировка: бледность или синюшность кожных покровов, ослабленное, редкое дыхание, потеря сознания, отсутствие реакции на боль, снижение температуры тела, точечные зрачки.

### **D. ИНФОРМИРОВАННОСТЬ О ПЕРЕНЕСЕННЫХ ПЕРЕДОЗИРОВКАХ ДРУГИМИ ПОТРЕБИТЕЛЯМИ ОПИАТОВ**

*Следующие вопросы относятся к передозировкам опиатов/героина.*

**D 1. О каком количестве передозировок с НЕ летальным исходом Вы слышали за прошедший год?**

\_\_\_\_\_ нелетальных передозировок опиатов/героина

**D 2. О каком количестве передозировок с летальным исходом Вы слышали за прошедший год?**

\_\_\_\_\_ летальных передозировок от опиатов/героина

**D 3. Как Вы думаете, сколько Ваших друзей когда-либо испытывали передозировку?**

- Все мои друзья
- Большинство моих друзей
- Половина моих друзей
- Некоторые из моих друзей
- Никто

## Е. ПРИСУТСТВИЕ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ

### **Инструкция:**

*Мы заинтересованы в информации о передозировках опиатов/героина, свидетелем которых вы являлись. Помните, что анкетирование анонимно и информация, которой Вы с нами поделитесь, не будет связана с Вашим именем.*

**Е 1. Вы когда-либо присутствовали при передозировке?**  Да  Нет  Не уверен/Не знаю

**Е 2. Сколько раз Вы присутствовали при передозировке за прошедший год?**  
\_\_\_\_\_раз

**Е 3. Из всех случаев передозировок, происшедших за прошедший год в Вашем присутствии, сколько раз была вызвана скорая помощь?** \_\_\_\_\_раз

**Е 4. Из всех случаев передозировок, происшедших за прошедший год в Вашем присутствии, сколько раз наблюдался летальный исход.** \_\_\_\_\_раз

**Е 5. Когда был последний случай передозировки от опиатов/героина, свидетелем, которой**

**Вы явились?** \_\_\_\_\_месяц \_\_\_\_\_год

**Е 6. При передозировках, свидетелем которых Вы являлись, были ли случаи приезда полиции после звонка в скорую помощь?**  Да  Нет  Не уверен/ Не знаю

**Е 6 а. Вас когда-либо арестовывали за то, что Вы присутствовали при чьей-либо передозировке?**

Да  Нет

**Е 6 б. Если “Да”, какие последствия это для Вас имело?**

### **Инструкция:**

*Теперь мы бы хотели задать вам несколько вопросов о последней передозировке, свидетелем которой Вы были.*

**Е 7. Вы присутствовали когда**

Е 7 а. человек принимал наркотики  Да  Нет

Е 7 б. Появились первые признаки передозировки  Да  Нет

Е 7 в. Человек потерял сознание  Да  Нет

Е 7 г. Была оказана медицинская помощь  Да  Нет

Е 7 д. Человек умер или пришел в себя  Да  Нет

Е 8. Человек, у которого была передозировка выжил?  Да  Нет  Не знаю

Е 9. Какие наркотики или алкоголь использовались человеком, испытывшим передозировку, и как они применялись

Наркотик	Путь введения
<input type="checkbox"/> Героин или другие опиаты	<input type="checkbox"/> внутрь <input type="checkbox"/> курение <input type="checkbox"/> вдыхание <input type="checkbox"/> внутривенно <input type="checkbox"/> другое (уточните)
<input type="checkbox"/> Амфетамины	
<input type="checkbox"/> Алкоголь	
<input type="checkbox"/> Другое (уточните)	
<input type="checkbox"/> Не знаю/ Не уверен	

Е 10. По Вашему мнению, что явилось причиной передозировки?

- Попытка покончить жизнь самоубийством
- Одновременное употребление 2-х и более наркотиков
- Одновременное употребление наркотиков и алкоголя
- Наркотик оказался более сильным
- Некоторое время не употреблял наркотики
- Находился на лечении от наркозависимости
- Находился в тюрьме
- Другое (уточните)
- Не знаю/Не уверен

Е 11. Где произошла передозировка

- Дома
- Дома у друзей

- Дома у торговца наркотиками
- На улице (в общественном месте)
- Другое (уточните)

**Е 12. Сколько человек (включая Вас) присутствовало в момент данной передозировки.**

\_\_\_\_\_ человек

**Е 12 а. Они были:**

- потребители наркотиков
- люди, не употребляющие наркотики
- потребители наркотиков и люди, не употребляющие наркотики

**Е 13. Кто из присутствовавших пытался привести этого человека в чувство.**

- Никто, он пришел в себя сам
- Свидетели передозировки
- Мед. персонал скорой помощи
- Полиция
- Мед. персонал в больнице
- Другое (уточните)
- Не знаю

**Е 14. Какие действия предпринимались, что бы привести этого человека в чувство (включая действия свидетелей передозировки, персонала скорой помощи, полиции, персонала больницы)**

- Ничего
- Физическая стимуляция (давали пощечины, пытались поднять и водить по помещению, использовали холодную воду или лед)
- Внутривенное введение кокаина или «СПИДА»
- Внутривенное введение теплой, соленой воды, молока и т.д.
- Массаж сердца/искусственное дыхание
- Доставили туда, где его могли найти
- Все покинули место происшествия
- Отвезли в больницу
- Использовали Наркан/Налоксон
- Другое (уточните)

**Е 15. Вызывали ли скорую помощь?**

- Да  Нет  Не знаю

Е 15 а. Если скорую помощь вызывали, как скоро она приехала? \_\_\_\_ мин.  Не знаю

Е 15 б. Если скорую помощь вызывали, платил ли кто-нибудь, что бы они не вызывали полицию?

Да  Нет  Не знаю

Е 15 в. Если скорую помощь не вызывали, объясните почему: \_\_\_\_\_

Е 16. Была ли оказана медицинская помощь человеку, у которого была передозировка?

Да  Нет  Не знаю

Е 16 а. Если “Да”, платил ли кто-либо за оказание медицинской помощи?

Да  Нет  Не знаю

Е 16 б. Если “Нет”, то как Вы думаете, по каким причинам

Е 17. Приехала ли полиция?  Да  Нет  Не знаю

Е 17 а. Если “Да”, то кто вызвал: \_\_\_\_\_

Е 17 б. Каковы были действия полиции: \_\_\_\_\_

Е 17 в. Человек, у которого была передозировка, был арестован?

Да  Нет  Не знаю

Е 17 г. Были ли арестованы другие присутствовавшие?

Да  Нет  Не знаю

## Ф. ЛИЧНЫЙ ОПЫТ ПЕРЕДОЗИРОВКИ

Ф 1. У Вас лично когда-либо была передозировка опиатов/героина

Да  Нет Если нет, переходите к вопросу F17

Ф 2. Сколько Вам было лет, когда Вы впервые испытали передозировку опиатов/героина

\_\_\_\_\_ лет

Ф 3. Сколько у Вас было передозировок опиатов/героина в течение всей жизни (за период использования наркотиков)

\_\_\_\_\_ передозировок

Ф 4. Госпитализировали Вас когда-нибудь из-за передозировок?

Да  Нет

Ф 4 а. Если “Да”, то сколько раз? \_\_\_\_\_ раз

Ф 5. Когда у Вас была последняя передозировка опиатов/героина?

\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год

**Инструкция:**

*Следующие вопросы касаются Вашей последней передозировки.*

**F 6. Какие наркотики или алкоголь Вы тогда использовали?**

- Героин
- Опиаты домашнего приготовления
- Метадон
- Другие опиаты - кодеин, опиум, морфин, эндон, проладон
- Амфетамины
- Амфетамины домашнего приготовления
- Галлюциногены (н.п. ЛСД, грибы)
- Экстази
- Бензодиазепины (н.п. феназепам)
- Барбитураты (н.п. туинал)
- Алкоголь
- Марихуана
- Ингаляторы (н.п. клей)
- Другие наркотики/препараты (уточните какие)

**F 7. До того, как у Вас была последняя передозировка, Вы**

**F 7 а. Находились на лечении от наркозависимости**  Да  Нет

**F 7 б. Освободились после тюремного заключения**  Да  Нет

**F 8. Где произошла передозировка**

- Дома
- Дома у друзей
- Дома у торговца наркотиками
- На улице (в общественном месте)
- Другое (уточните)

**F 9. Кто-нибудь присутствовал при Вашей передозировки?**

- Никто, я был один
- Супруг/супруга, партнер
- Друзья, употребляющие наркотики
- Друзья, которые не употребляют наркотики

- Родственники
- Распространитель наркотиков
- Другое (уточните)

**F 10. Кто-либо пытался привести Вас в чувства?**

- Никто
- Свидетели передозировки
- Мед. персонал скорой помощи
- Мед. персонал в больнице
- Полиция
- Другое (уточните)

**F 11. Какие действия предпринимались, что бы привести Вас человека в чувства (включая действия свидетелей передозировки, персонала скорой помощи, полиции, персонала больницы)**

- Ничего
- Физическая стимуляция (давали пощечины, пытались поднять и водить по помещению, использовали холодную воду или лед)
- Внутривенное введение кокаина или “СПИДА”
- Внутривенное введение теплой, соленой воды, молока и т.д.
- Массаж сердца/искусственное дыхание
- Доставили туда, где меня могли найти
- Все покинули место происшествия
- Отвезли в больницу
- Ничего
- Использовали Наркан/Налоксон
- Другое (уточните)

**F 12. Вызывали ли скорую помощь?**  Да  Нет  Не знаю

**F 12 а. Если скорую помощь вызывали, как скоро она приехала?**

\_\_\_\_\_ мин.  Не знаю

**F 12 б. Если скорую помощь вызывали, платил ли кто-нибудь, что бы они не вызывали полицию?**

Да  Нет  Не знаю

**F 12 в. Если скорую помощь не вызывали, объясните почему:** \_\_\_\_\_

**F 13. Была ли Вам оказана медицинская помощь по поводу передозировки**



Да  Нет  Не знаю

**F 13 а.** Если “Да”, платил ли кто-либо за оказание медицинской помощи

Да  Нет  Не знаю

**F 13 б.** Если была оказана медицинская помощь, получали ли Вы какие-либо препараты

Да  Нет  Не знаю

**F 13 в.** Если Вы получали медицинские препараты, то какие: \_\_\_\_\_

**F 13 г.** Если Вам не была оказана медицинская помощь, то как Вы думаете, по каким причинам: \_\_\_\_\_

**F 14.** Были ли Вы госпитализированы по поводу Вашей передозировки?  Да  Нет

**F 14 а.** Если “Да”, то на сколько \_\_\_\_\_ дней, \_\_\_\_\_ недель, \_\_\_\_\_ месяцев

**F 14 б.** Если “Нет”, то как Вы думаете, почему \_\_\_\_\_

**F 15.** Приезжала ли полиция?  Да  Нет  Не знаю

**F 15 а.** Если “Да”, то кто вызвал: \_\_\_\_\_

**F 15 б.** Каковы были действия полиции: \_\_\_\_\_

**F 15 в.** Были ли Вы арестованы?

Да  Нет

**F 15 г.** Были ли арестованы другие присутствовавшие?

Да  Нет  Не знаю

**F 16.** Если у Вас есть какая-либо дополнительная информация о Вашей передозировке, пожалуйста, расскажите: \_\_\_\_\_

**F 17.** Насколько вы уверены в правильности Ваших действий в ответ на передозировку от опиатов/героина

Абсолютно уверен

Уверен

Не уверен

Не совсем уверен

Абсолютно не уверен

**F 18.** Вы когда-либо слышали о препарате “Наркан” или “Налоксон”?  Да  Нет

**F 19.** Заинтересованы ли Вы в получении дополнительной информации по профилактике передозировок?

Очень заинтересован

Заинтересован

Не заинтересован

**F 20. Заинтересованы ли Вы в посещении 1- часовой обучающей программы по способам купирования передозировок?**

Очень заинтересован

Заинтересован

Не заинтересован

*Спасибо за ответы на вопросы. Информация, которую мы получили, будет использована для создания эффективных профилактических программ по снижению риска передозировок и смертности в результате передозировок.*

Метод обработки и анализ данных, собранных в результате применения опросника, заключается в следующем:

1) Варианты ответов на вопросы необходимо закодировать (например: F 12., ответ «Да» получает код «1», ответ «Нет» получает код «2», ответ «Не знаю» получает код «3») и ввести в базу данных компьютерной программы Microsoft Access (рекомендуется применять статистический пакет SPSS).

2) Варианты ответов на вопросы открытого характера (например: F 12 в. «Если скорую помощь не вызывали, объясните почему») следует обработать в соответствии с правилами, основанными на подходе оценки качественных признаков, для чего необходимо определить основные категории ответов, закодировать их цифровыми кодами и ввести в компьютерную базу данных (например: F 12 в., категория «Из-за страха перед полицией» получает код «1», категория «Из-за уверенности в способности помочь пострадавшему своими силами» получает код «2» и так далее). Полученную в результате обработки базу данных следует подвергнуть контент – анализу при помощи инструментов статистического пакета SPSS. Основными результатами будут являться частота появления определенного ответа или, для непрерывных числовых переменных, минимальное, максимальное и среднее значения. Результаты, полученные благодаря контент – анализу, позволяют характеризовать исследуемую популяцию по интересующим исследователей критериям.

Применять компьютерные программы обработки количественных и качественных баз данных рекомендуется только в том случае, если кто-либо из группы исследователей уже имеет опыт работы с такими программными пакетами.

### Опросник анозогнозии при опиоидной зависимости

**Инструкция.** Просим Вас выразить свое согласие или несогласие с данными утверждениями. В опроснике не существует «правильных» или «неправильных», «плохих» или «хороших» ответов. Старайтесь отвечать искренне, не раздумывая долго. Поставьте галочку в графе, соответствующей Вашему мнению.

№	Утверждения	Согласен	Не уверен	Не согласен
1.	Употребление мною наркотиков плохо влияет на отношения в моей семье			
2.	Когда я начинаю употреблять наркотическое вещество, мне бывает трудно остановиться			
3.	У меня возникает потребность принять наркотическое вещество с целью предупреждения ломки или облегчения состояния			
4.	Моя работа (учеба) не страдают из-за моего употребления наркотического вещества.			
5.	Я скорее нуждаюсь в некотором уменьшении употребления наркотиков, чем в полном отказе от них			
6.	Из-за употребления наркотиков я совершаю поступки, не совместимые с моими принципами			
7.	Я считаю, что родственники и врачи преувеличивают мою зависимость от наркотиков			
8.	Цель моего лечения – добиться трезвости			
9.	Я не предвижу никаких трудностей в осуществлении своего желания бросить наркотики			
10.	Напрасно родственники и врачи считают меня наркоманом			
11.	Наркомания является не основной причиной того, что я получаю лечение			
12.	Мне необходимо полностью отказаться от наркотиков			
13.	Я готов лечиться столько, сколько нужно, длительно контактировать с врачом, чтобы достичь трезвости			
14.	У меня нет проблем из-за употребления наркотиков			
15.	У меня пока нет серьезных причин полностью отказываться от наркотиков			

16.	Я способен контролировать дозу употребляемого наркотика			
17.	Из-за моей наркотизации не страдает никто из моих родных			
18.	Я лечусь от наркомании по своему желанию			
19.	Мое физическое и психическое здоровье ухудшилось из-за употребления наркотиков			
20.	Главная причина моего лечения – употребление наркотиков			
21.	Я готов изменить свой образ жизни, чтобы оставаться трезвым			
22.	Я признаю себя больным наркоманией			
23.	Я не нуждаюсь в лечении по поводу наркомании			
24.	Употребление наркотиков создает много проблем в моей жизни			
25.	Сомневаюсь, что мне необходимо лечение, целью которого является полная трезвость			
26.	Мое здоровье не пострадало из-за употребления наркотического вещества			
27.	Я не готов изменить свой образ жизни, чтобы поддерживать трезвость			
28.	У меня есть серьезные причины сохранять полную трезвость			
29.	Я не признаю себя больным наркоманией.			
30.	Моя работа (учеба) страдает из-за употребления мною наркотиков			
31.	Пребывание в больнице поможет мне разрешить проблемы, связанные с моей наркотизацией.			
32.	Меня тревожит, что я попал в зависимость от наркотиков.			
33.	Одна из главных целей наркологического лечения – добиться, чтобы зависимый от наркотиков полностью отказался от наркотических веществ или длительно воздерживался от их употребления			
34.	Наркомания является болезнью			
35.	Я огорчен конфликтами, возникшими из-за моей наркотизации			
36.	Я не доволен тем, что родные и врачи считают меня больным наркоманией			
37.	Меня раздражает, что близкие мне люди требуют прекратить употребление наркотиков			

38.	Зависимый от наркотиков не может контролировать дозу употребляемого им наркотического вещества			
39.	Напрасно мои родственники (коллеги) уговорили меня обратиться за наркологическим лечением			
40.	Я не доволен тем, что меня лечат от наркомании			
41.	Труднопреодолимое желание (тяга) употребить наркотическое вещество является одним из признаков наркотической зависимости			
42.	Я огорчен тем, что попал в зависимость от наркотиков			
43.	Я не обращаю внимания на просьбы родственников прекратить употребление наркотиков			
44.	После длительного воздержания возможно умеренное потребление без последствий и проблем			
45.	Меня тревожат проблемы, которые вызваны моей наркотизацией			
46.	Наркомания – это не болезнь, а скорее слабоволие			
47.	Мне необходимо повышать дозы наркотического вещества для достижения желаемого эффекта			
48.	Я продолжаю употреблять наркотическое вещество не смотря на явные вредные последствия			
49.	Я трачу много времени на деятельность, связанную с приобретением и приемом наркотического вещества			
50.	Если я вовремя не принял наркотическое вещество, у меня отмечается ухудшение физического и психического состояния			
51.	Я могу справиться со своей болезнью без медицинской помощи			