

ДИНАМИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ

¹Э.П.Станько, ²А.П.Гелда

¹Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

²Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Долгиновский тракт, 152, 220053, г. Минск, Республика Беларусь

В статье представлена оценка динамики основных компонентов патологического влечения к наркотику у ВИЧ-позитивных в сравнении с ВИЧ-негативными потребителями инъекционных наркотиков с использованием клинической шкалы определения тяжести патологического влечения к наркотику. Установлены существенные отличия динамики патологического влечения у пациентов исследуемых групп, подтверждаемые статистически значимыми различиями в выраженности компонентов патологического влечения. Сочетание наркозависимости и ВИЧ-инфекции носит взаимноотягчающий характер, выражающийся в утяжелении течения патологического влечения и негативном прогнозе сочетанной патологии. Выявленные закономерности могут быть использованы в качестве критериев при определении тактики ведения наркозависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: патологическое влечение; синдром; динамика; ВИЧ; потребители инъекционных наркотиков.

Основным стержневым синдромом для заболеваний, связанных с зависимостью к психоактивным веществам (ПАВ), является синдром патологического влечения (СПВ), представленный интенсивным стремлением к употреблению ПАВ или доминирующей потребностью, охватывающей сознательную и бессознательную сферы психической деятельности, включая идеаторный, аффективный, сенсорный и поведенческий уровни, без учета и анализа внутренней переработки возникающих побуждений, окружающей ситуации и вредных последствий потребления, связанных с причинением ущерба здоровью или даже опасностью для жизни потребителя [1]. Патологическое влечение может возникать спустя некоторое время после исчезновения острых проявлений состояния отмены, что позволяет рассматривать СПВ, как патологию, чаще всего ведущую к рецидиву заболевания [2]. Развитие наркозависимости отражает поступательная динамика СПВ к наркотикам [3]. Выявление закономерностей, возникающих при обострении патологического влечения к наркотикам, снижающего критические способности наркопотребителя, позволяет оценить выраженность компонентов СПВ.

Проблема ВИЧ-инфицирования наркологических пациентов сохраняет свою актуальность вви-

ду того, что пациенты этой группы остаются одними из самых сложных в терапевтическом сопровождении. Инфицирование ВИЧ потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) является мощным психогенным стрессовым фактором, изменяющим патофизику основных стержневых синдромов наркозависимости и вызывающим, помимо угрозы физическому существованию, различные патологические личностные реакции [4]. До настоящего времени динамика основных компонентов СПВ к наркотику у ВИЧ-позитивных ПИН (ВПН) в сравнении с ВИЧ-негативными (ВНН) не описана.

Цель исследования – изучение динамики основных компонентов синдрома патологического влечения у ВИЧ-позитивных ПИН.

Материал и методы. Обследовано 376 ВПН и 444 ВНН. Для соблюдения принципа однородности использовались критерии отбора, основными условиями которых было наличие клинически достоверных признаков наркозависимости и добровольное (информированное) согласие пациента. Для исключения влияния других факторов в тематический контингент обследованных пациентов не включались лица в состоянии острого психического расстройства, вызванного употреблением психоактивного вещества, страдающие

хронически протекающими психическими заболеваниями (шизофренией и близкими к ней психическими расстройствами, стойким когнитивным расстройством, расстройствами настроения, эпилепсией и др.), умственной отсталостью (деменцией), а также при наличии острого обострения или декомпенсации хронического соматоневрологического заболевания. В основную группу (ВПН) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» (F11.2x) и «ВИЧ» (B20), а в контрольную группу (ВНН) – с опиоидной зависимостью без ВИЧ-инфекции. Средний возраст ВПН составил 32,9 (SD=5,54) года, ВНН – 31,0 (SD=6,04) год, длительность заболевания более 5 лет – у 321 (85,3%) ВПН и у 327 (74,7%) ВНН.

Выбранный метод исследования – клиничко-психопатологический в соответствии с правилами GCP [5] по протоколу с использованием унифицированной индивидуальной регистрационной карты учета данных. Изучение выраженности и динамики основных компонентов СПВ к наркотику у пациентов исследуемых групп проводилось с использованием клинической шкалы определения тяжести патологического влечения к наркотику [1]. Дизайн исследования определен как аналитическое сочетанное (кросс-секционное и лонгитудинальное) исследование с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения.

Полученные данные обрабатывались методами параметрической и непараметрической статистики с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). Для описания выборочного распределения количественных признаков применялись математическое ожидание (M), среднее квадратическое отклонение (SD) в формате $M \pm SD$, медиана (Me) и интерквартильный размах в формате $Me (LQ-UQ)$. Для сопоставления групп по количественным признакам использовались непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни для независимых групп и критерий Вилкоксона для связанных групп. При анализе различия рассматривались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что в основе пристрастия к опиоидам лежит патологическое влечение, представленное доминирующей потребностью, охватывающей все сферы психической деятельности ПИН, среди которых, в первую очередь, страдает сфера мышления. Идеаторные нарушения, психо-

патологически представленные расстройствами мышления в виде навязчивостей, сверхценных идей, бредоподобных образований и бредовых включений, координируют поведение ПИН, направленное на потребление наркотиков.

При исследовании динамики идеаторного компонента СПВ с использованием клинической шкалы определения тяжести влечения к наркотику выявлена достоверная разница в выраженности изучаемого показателя у пациентов исследуемых групп (рис. 1).

Из приведенных данных следует (рис. 1), что до лечения наибольшей выраженность идеаторного компонента была у ВПН и составила 2,7 (SD=0,46) балла по сравнению с 2,4 (SD=0,53) у ВНН. При выписке интенсивность идеаторных нарушений снизилась до 2,1 (SD=0,43) баллов у ВПН и 1,9 (SD=0,41) у ВНН, что свидетельствует о сохранности особенностей мышления, связанных с приемом наркотика, несмотря на проведенное лечение. Через месяц, при снижении величины идеаторного компонента у ВНН, регистрируется увеличение его интенсивности до 2,3 (SD=0,82) баллов у ВПН, что указывает на увеличение частоты возникновения у ВПН стойких, не поддающихся волевому усилию мыслей о принятии наркотика. В дальнейшем интенсивность идеаторных нарушений у ВПН сохраняется примерно на одном уровне и составляет через 3 месяца – 2,3 (SD=0,79) балла, 6 месяцев – 2,2 (SD=0,90) балла по сравнению с 1,3 (SD=0,57) у ВНН ($p < 10^{-6}$). Через 12 месяцев наблюдения величина идеаторных нарушений составила 2,1 (SD=0,93) балла у ВПН, что в 1,7 раза выше аналогичного показателя ВНН – 1,2 (SD=0,63) ($p < 10^{-7}$).

Аффективные расстройства тесно связаны с патологическим влечением к наркотику и нередко предшествуют рецидиву заболевания [6]. Частота встречаемости в структуре патологического влечения к наркотику аффективных расстройств

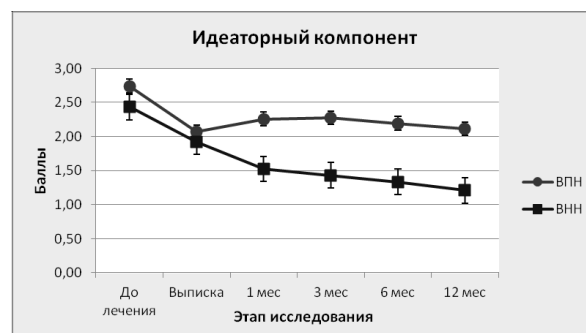


Рис. 1. Усредненный динамический профиль идеаторного компонента синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

составляет 78% у пациентов с героиновой наркоманией [6]. Обострение влечения к наркотикам проявляется в аффективных нарушениях, чаще всего в виде дисфорической депрессии, а также недовольства окружающим, раздражительности и возбуждения [6]. Динамические изменения сниженного настроения в структуре СПВ у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 2.

Очевидно, что сниженное настроение с проявлениями тоски, диагностируемое на невербальном уровне, было отличительной чертой ВПН (рис. 2). Максимально выраженная подавленность настроения с показателями 2,23 (SD=0,60) балла у ВПН и 2,0 (SD=0,77) у ВНН зарегистрирована до лечения. При выписке величина изучаемого показателя снизилась до 1,37 (SD=0,73) балла у ВПН и 0,94 (SD=0,42) у ВНН. Спустя месяц настроение у ВПН ухудшается, о чем свидетельствует увеличение уровня сниженного настроения до 1,71 (SD=0,93) балла. У ВНН наблюдается снижение изучаемого показателя до 0,42 (SD=0,59) балла, что указывает на улучшение психоэмоционального состояния ВНН, обуславливающего ослабление интенсивности влечения к наркотику. В период с 1 по 12-й месяц наблюдения уровень сниженного настроения у ВПН в 3,8 раза выше аналогичного показателя ВНН, составив 1,75 (SD=0,93) балла к 0,45 (SD=0,67) соответственно ($p < 10^{-7}$).

Патологическому влечению синдромологически равнозначны аффективные нарушения, обладающие рядом особенностей, к одним из которых в качестве базисного расстройства относится преобладание тревоги, наиболее выраженной у лиц, злоупотребляющих опиатами [7]. Индикаторами тревожного состояния служат ощущение беспомощности, пугающая неопределенность, мрачные предчувствия надвигающегося «срыва», сопровождающиеся капризностью, суетливостью, назойливостью, беспокойством ПИН, которые места себе не находят, сомневаются в эффективности

лечения, плохо спят. Динамические изменения тревоги в структуре СПВ у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 3.

Исходя из представленной на рис. 3 информации, у пациентов исследуемых групп до лечения зарегистрирован максимально выраженный уровень тревоги, клинически проявляющийся раздражительностью, неусидчивостью, нервозностью, напряженностью, неспособностью расслабиться вплоть до тревожной ажитации. При выписке уровень тревоги значительно снизился и составил 1,39 (SD=0,69) балла у ВПН и 1,01 (SD=0,51) у ВНН, что указывает на настороженность и озабоченность пациентов беспричинными опасениями. Спустя месяц от начала наблюдения, при значимом снижении тревожных переживаний у ВНН, регистрируется увеличение уровня тревоги у ВПН до 1,66 (SD=0,92) балла. В период с 3 по 12-й месяц наблюдения у ВПН интенсивность тревоги нарастает и в 3,5 раза превышает аналогичный показатель ВНН: 1,62 (SD=0,88) и 0,46 (SD=0,64) соответственно ($p < 10^{-6}$).

Одним из наиболее частых проявлений аффективной патологии в структуре СПВ является дисфория разной степени тяжести, которая лежит в основе влечения к ПАВ [8]. Существует тесная связь патологического влечения, его обострения и редукции с усилением и ослаблением явлений дисфории [9]. Динамические изменения дисфории в структуре СПВ у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 4.

Наиболее высокий уровень дисфории у пациентов исследуемых групп зарегистрирован до лечения (рис. 4). Для ВПН характерными проявлениями дисфории были раздражительность, злобность, напряженность, для ВНН – недовольное брюзжание. В дальнейшем проявления дисфории у ВНН постепенно сглаживались. Так, до лечения показатель дисфории у ВНН составил 1,72 (SD=1,08) балла, при выписке – 0,99 (SD=0,41)

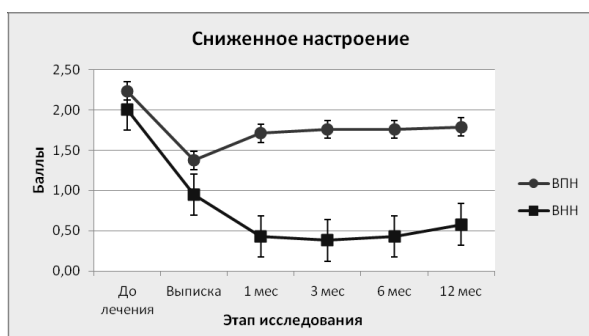


Рис. 2. Усредненный динамический профиль сниженного настроения в структуре синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

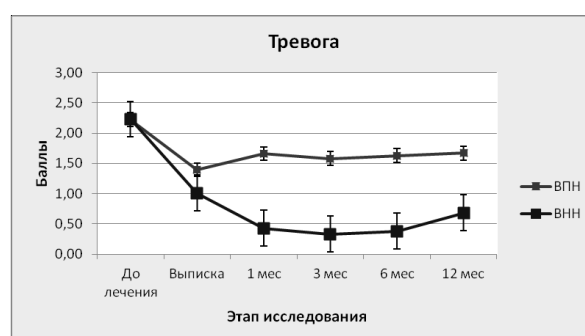


Рис. 3. Усредненный динамический профиль уровня тревоги в структуре синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

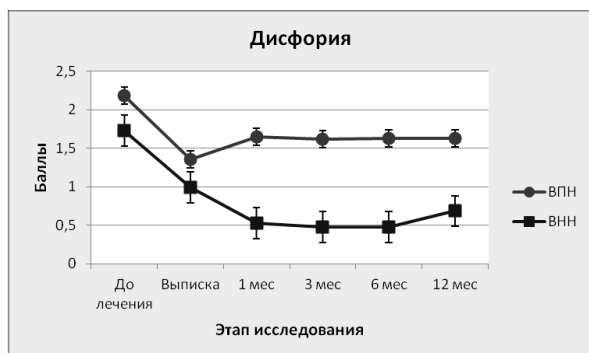


Рис. 4. Усредненный динамический профиль уровня дисфории в структуре синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

при $p < 10^{-5}$, достигнув минимальных значений через 1–6 месяцев наблюдения с незначительным подъемом к 12-му месяцу. В отличие от ВНН у ВПН после снижения значения показателя дисфории с 2,18 (SD=0,76) до лечения к 1,35 (SD=0,68) балла при выписке, спустя месяц регистрируется обострение дисфорических переживаний, величина которых достигает 1,64 (SD=0,91) балла и держится на одном уровне на протяжении 12 месяцев, превышая в 2,9 раза величину аналогичного показателя ВНН. Через 12 месяцев наблюдения уровень дисфории составил у ВПН 1,62 (SD=0,87) балла, у ВНН – 0,68 (SD=0,88) ($p < 10^{-7}$).

Актуализации патологического влечения к ПАВ предшествуют изменения эмоционального состояния в виде повышенной лабильности. По оценке лабильности аффекта можно судить о характере влечения к наркотикам и его тяжести, поскольку аффективные нарушения часто маскируют патологическое влечение. В процессе наркотизации у пациентов с длительным стажем наркопотребления в структуре личности формируется эмоциональная неустойчивость и обостренная чувствительность к состоянию душевного дискомфорта. Пациенты неадекватно реагируют на незначительные психотравмирующие моменты, у них легко и быстро снижается настроение, что способствует актуализации патологического влечения к наркотикам и нередко приводит к рецидиву [10]. Динамические изменения эмоциональной лабильности в структуре СПВ у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 5.

Очевидно, что перепады настроения были характерны для пациентов обеих групп (рис. 5). По сравнению с ВНН эмоциональная неустойчивость у ВПН отличается более высокой интенсивностью на протяжении всего периода наблюдения, кроме выписки. При выписке показатели эмоциональной неустойчивости ВПН и ВНН сравнялись и составили 1,92 (SD=0,45) и 1,94 (SD=0,32) соот-

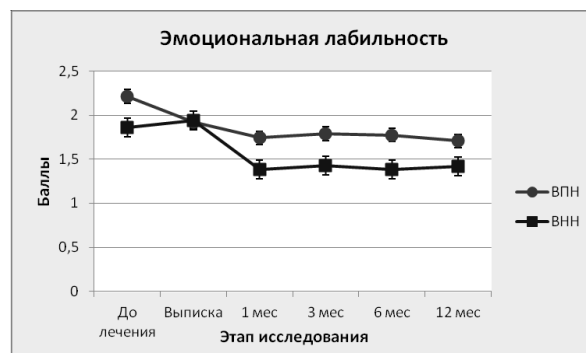


Рис. 5. Усредненный динамический профиль эмоциональной лабильности в структуре синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

ветственно. До лечения показатель эмоциональной неустойчивости у ВНН был ниже, чем у ВПН: 1,86 (SD=0,90) балла против 2,21 (SD=0,50). Спустя месяц отмечается снижение эмоциональной лабильности до 1,74 (SD=0,76) балла у ВПН и до 1,38 (SD=0,92) у ВНН. В период с 3 по 12-й месяц наблюдения уровень эмоциональной лабильности у ВПН был в 1,2 раза выше, чем у ВНН, о чем свидетельствуют значения исследуемого показателя – 1,75 (SD=0,80) балла у ВПН и 1,41 (SD=0,93) у ВНН ($p < 10^{-4}$).

Аффективные нарушения всегда сопровождаются разнообразными расстройствами сна в виде трудностей при засыпании, частых или ранних пробуждений с невозможностью заснуть, поверхностного сна [11]. Динамические изменения нарушений сна в структуре СПВ у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 6.

До лечения характерными для ВПН были частые и длительно существующие нарушения сна. После лечения при выписке заметное снижение расстройств сна наблюдается у ВПН и незначительное – у ВНН (рис. 6). Так, если до лечения

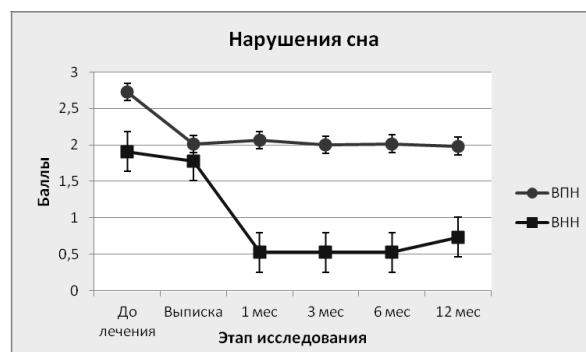


Рис. 6. Усредненный динамический профиль нарушений сна в структуре синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

величина показателя, отражающего выраженность расстройств сна, у ВПН была 2,72 (SD=0,51) балла, а у ВНН – 1,90 (SD=0,95), то при выписке – 2,01 (SD=0,73) у ВПН и 1,77 (SD=0,70) балла у ВНН. Клинически диссомнические расстройства проявлялись поверхностным сном, пробуждениями в течение ночи с последующим засыпанием, поздними засыпаниями или ранними пробуждениями с невозможностью заснуть в дальнейшем. Спустя месяц от начала наблюдения регистрируется резкое падение уровня диссомнических расстройств (до 0,52 (SD=0,87) балла) у ВНН и увеличение (до 2,1 (SD=1,08) баллов) – у ВПН. На протяжении 1–12 месяцев от начала наблюдения показатель нарушений сна у ВПН находился на одном уровне, в среднем составляя 2,0 (SD=0,57) балла, что в 3,49 раза выше аналогичного показателя у ВНН (0,57 (SD=0,90) ($p < 10^{-7}$)).

На всех этапах развития СПВ аффективные расстройства сопровождаются поведенческими нарушениями [11]. В клинической практике аффективный компонент патологического влечения нередко детерминирует грубые поведенческие расстройства, что приводит к нарушению социальной адаптации или возобновлению наркотизации. Актуальность влечения к наркотику влияет на поведение ПИН. Даже на фоне лечения у пациентов наблюдается психопатоподобное поведение с повышенной двигательной активностью, гневливостью, расторможенностью, чувством тревоги, ускорением речи, ажитацией, истерическими стигмами, что нередко приводит к усилению влечения и требует дополнительного медикаментозного вмешательства [10]. Динамические изменения поведенческих расстройств в структуре СПВ у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 7.

В нашем исследовании уровень поведенческих расстройств на протяжении всего периода наблю-

дения был в 2,2 раза выше у ВПН, чем у ВНН, составляя 1,76 (SD=0,85) и 0,78 (SD=0,65) балла соответственно (рис. 7; $p < 10^{-7}$). Если в поведении у ВПН преобладали враждебность, агрессивность, двигательное возбуждение вплоть до ажитации, то у ВНН чаще наблюдались недовольство режимом в отделении и негативизм.

После лечения уровень поведенческих расстройств у пациентов обеих групп снизился в 1,6 раза – с 2,21 (SD=0,71) баллов до лечения к 1,36 (SD=0,69) при выписке у ВПН и с 1,60 (SD=0,95) к 1,01 (SD=0,40) у ВНН. Спустя месяц у ВНН отмечается нивелирование поведенческих расстройств, что подтверждает величина изучаемого показателя – 0,47 (SD=0,51). Уровень поведенческих расстройств у ВНН с 1 по 12-й месяц наблюдения был низким и составил 0,52 (SD=0,64) балла. В отличие от ВНН, у ВПН через месяц регистрируется обострение поведенческих расстройств – рост показателя до 1,74 (SD=0,95) балла, что указывает на актуальность психопатоподобного поведения. В последующем, с 3 по 12-й месяц наблюдения уровень поведенческих расстройств был в 3,2 раза выше у ВПН, чем у ВНН, составляя 1,76 (SD=0,68) и 0,54 (SD=0,68) балла соответственно ($p < 10^{-7}$).

Наркотические сновидения являются частым признаком наличия патологического влечения, относятся к поведенческому компоненту, поскольку спящий ПИН нередко чувственно во сне переживает свое участие в употреблении наркотика, просыпаясь, испытывает волнение и тревогу [12]. Динамические изменения сновидений в структуре СПВ на наркотическую тематику у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 8.

Наиболее частые сновидения, единичные и многократно повторяющиеся, зарегистрированы у пациентов обеих групп до лечения (рис. 8), величина показателя составила 2,47 (SD=0,69) балла у ВПН

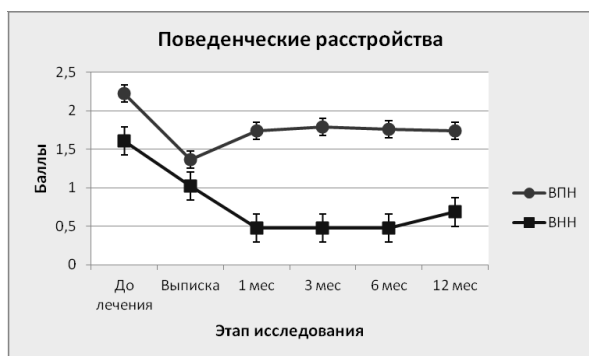


Рис. 7. Усредненный динамический профиль расстройств поведения в структуре синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

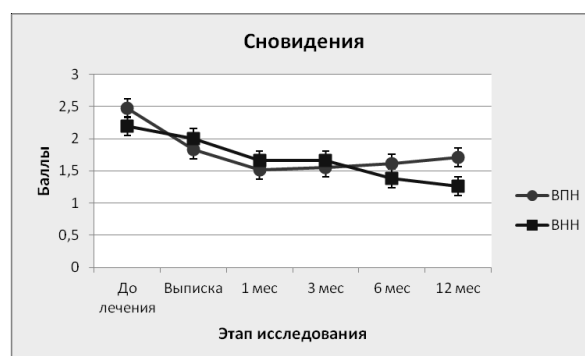


Рис. 8. Усредненный динамический профиль наркотических сновидений в структуре синдрома патологического влечения в исследуемых группах пациентов

и 2,19 (SD=0,95) у ВНН. Более заметное снижение величины исследуемого показателя наблюдается у ВПН после лечения, при выписке и через месяц наблюдения. Через 3 месяца регистрируется увеличение частоты сновидений у ВПН и дальнейшее снижение у ВНН. С момента выписки и до 3-х месяцев от начала наблюдения, сновидения у ВНН отмечаются чаще, чем у ВПН. Через 12 месяцев наблюдения сновидения в 1,3 раза чаще наблюдаются среди ВПН (1,70 (SD=0,64) балла), чем среди ВНН (1,26 (SD=0,93) балла) ($p < 10^{-4}$).

Развитие опийной зависимости во многом определяется особенностями формирования СПВ, поступательная динамика которого, в свою очередь, зависит от качественных особенностей его дифференцирующих составляющих (идеаторных, аффективных, сенсорных, поведенческих и вегетативных нарушений) [1, 3, 11].

Изменения синдрома патологического влечения к наркотику у пациентов исследуемых групп в динамике представлены на рис. 9.

Как следует из представленных данных (рис. 9), интенсивность СПВ к наркотику более выражена у ВПН, чем у ВНН, особенно до лечения и на протяжении 1–12 месяцев наблюдения. До лечения суммарная величина баллов, отражающая степень тяжести СПВ к наркотику, составила у ВПН 19,0 (SD=3,21) баллов к 15,9 (SD=4,82) у ВНН, что свидетельствует об осознанном характере влечения к наркотику у пациентов исследуемых групп даже при его отрицании. При выписке интенсивность СПВ снизилась до 13,3 (SD=3,35) баллов у ВПН и 11,6 (SD=2,61) у ВНН. Спустя месяц отмечается увеличение суммарной величины СПВ до 14,3 (SD=5,46) баллов у ВПН и снижение до 6,95 (SD=3,77) баллов у ВНН ($p < 10^{-7}$). По уровню тяжести патологического влечения к наркотику с 1 по 12 месяц наблюдения ВПН и ВНН различались в 2,1 раза. При этом, интенсивность

патологического влечения к наркотику составила 14,3 (SD=5,58) баллов у ВПН и 6,82 (SD=4,51) у ВНН ($p < 10^{-7}$), что свидетельствует о выраженном патологическом влечении к наркотику у ВПН и незначительных проявлениях – у ВНН.

Выводы:

1. Анализ показателей СПВ к наркотику у пациентов исследуемых групп свидетельствует о существенных отличиях, подтверждаемых статистически значимыми различиями в выраженности компонентов патологического влечения между группами и в группах пациентов до и после лечения.

2. На этапе становления ремиссии улучшения показателей СПВ у ВПН не наблюдалось. Наиболее опасен, вследствие обострения психопатологической симптоматики, что способствует актуализации влечения к наркотику, срыву и возобновлению его приема, период от 1 до 6 месяцев после прекращения приема наркотика. Нивелирование патологического влечения у ВНН происходило неравномерно: отмечалась более быстрая положительная динамика аффективного и поведенческого компонентов, нарушений сна, медленно восстанавливался идеаторный компонент, менее существенной была выраженность динамики эмоциональной лабильности.

3. Показатели СПВ к наркотику на протяжении всего периода наблюдения оказались значительно хуже у ВПН, чем у ВНН. Сочетание зависимости от наркотиков и ВИЧ-инфекции носит взаимно отягчающий характер, выражающийся в утяжелении течения СПВ и негативном прогнозе сочетанной патологии. ВИЧ оказывает неблагоприятное патопластическое влияние на тяжесть клинической симптоматики и течение наркозависимости, сочетанной с ВИЧ-инфекцией.

4. Более интенсивное патологическое влечение к наркотику у ВПН связано с преобладанием в структуре СПВ идеаторных нарушений, свидетельствующих об отношении пациентов к болезни и наркотикам (мысли, переживания), о выраженной потребности принять наркотик и отражающих поведение и психоэмоциональное состояние, изменение социального статуса и ограничений в сферах жизнедеятельности вследствие инфицирования ВИЧ.

5. Кратковременный базисный курс терапии улучшал показатели СПВ к наркотику, снижая интенсивность его основных проявлений, но не приводил к нормализации профиля СПВ, что свидетельствует о необходимости проведения длительного поддерживающего лечения, предупреждающего риск возобновления наркотизации и приводящего к формированию качественных и длитель-

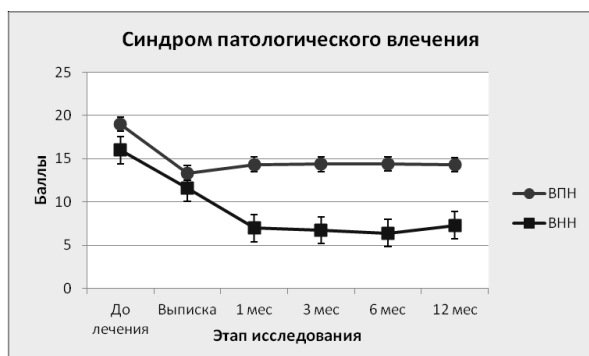


Рис. 9. Усредненный динамический профиль синдрома патологического влечения к наркотику в исследуемых группах пациентов

ных ремиссий. Назначение антиретровирусной терапии ВПН спустя 1 месяц после лечения наркозависимости становится нецелесообразным вследствие высокого риска возврата к наркотизации и необходимости фармакологической коррекции СПВ. Оптимальным условием начала антиретровирусной терапии является совместное ведение ВПН врачом-инфекционистом и врачом-психиатром-наркологом при длительности наркологической ремиссии не менее 6–12 месяцев.

6. Выявленные статистически значимые динамические изменения компонентов СПВ являются важными терапевтическими мишенями, требующими медикаментозной коррекции и мониторинга с целью профилактики рецидивов; они могут быть использованы в качестве прогностических критериев оценки риска развития рецидива заболевания и критериев, которые должны учитываться при разработке тактики ведения ВПН.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чирко, В.В. Клинико-диагностические оценки синдрома патологического влечения и отношения к болезни и лечению у больных героиновой наркоманией: методические рекомендации / В.В.Чирко [и др.] / под ред. В.В.Чирко. – Москва: ННЦН, 2005. – 15 с.
2. Михайлов, М.А. Острое патологическое влечение к психоактивным веществам (клиника, терапия) / М.А.Михайлов. – М.: «Спорт и культура – 2000», 2015. – 447 с.
3. Affective Disorders and Craving to Drugs in Heroin Addiction: Proc. 11th Congress of the Association of European Psychiatrists. Stockholm. 4–8 May 2002 // J. European Psychiatry. – 2002. – Vol.17, No.11. – P.214.
4. Чирко, В.В. Наркологические аспекты ВИЧ-инфекции / В.В.Чирко, А.М.Баринов, М.В.Демина // Наркология. – 2009. – №12. – С.68–80.
5. Надлежащая клиническая практика: ГОСТ Р 52379-2005. – Москва: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии: Национальный стандарт Российской Федерации [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. – Дата доступа: 22.11.2014.
6. Рохлина, М.Л. Аффективные расстройства при героиновой наркомании на разных этапах заболевания / М.Л.Рохлина // Наркология. – 2005. – №12. – С.36–39.
7. Malfish, S. Anxiety and Anger Among Abusers of Different Substances / S.Malfish, R.Massey, A.Krone // Drug and Alcohol Dependence. – 1990. – No.25. – P.253–256.
8. Lingford-Hughes, A.R. Treating anxiety complicated by substance misuse / A.R.Lingford-Hughes, J.Potokar, D.Nutt // Advances in Psychiatric Treatment. – 2002. – Vol.8. – P.107–116.
9. Ludvig, A.M. Why do alcoholics drink? / A.M.Ludvig // Biology of Alcohol., Psychosocial Factors / eds. V.Kissin, P.Begleiter. – New York: Plenum Press, 1983. – P.197–214.
10. Кусаинов, А.А. Негативные психопатологические синдромы в клинике героиновой наркомании / А.А.Кусаинов. – Павлодар: РГКП «Республиканский научно-практический центр медико-социальных проблем наркомании», 2011. – 113 с.
11. Иванец, Н.Н. Патологическое влечение к наркотику / Н.Н.Иванец, М.А.Винникова // Библиотека медицинского работника Med-Read [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: <http://med-read.ru/patologicheskoe-vlechenie-k-narkotiku/>. – Дата доступа: 06.01.2017.
12. Иванец, Н.Н. Наркология: национальное руководство / Н.Н.Иванец, И.П.Анохина, М.А.Винникова / под ред. Н.Н.Иванца. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.

MORBID ATTRACTION DYNAMICS OF HIV-POSITIVE INJECTION DRUGS USERS

¹ E.P.Stanko, ² A.P.Gelda

¹ Grodno State Medical University, M.Gorky Str. 80, 230009, Grodno, Republic of Belarus, ² Republican Research and Practice Centre for Mental Health, Dolginovsky Trakt 152, 220053, Minsk, Republic of Belarus

The research paper presents dynamics assessment of morbid attraction main components of HIV-positive injection drugs users in comparison with HIV-negative users with use of narcotic drugs morbid attraction clinical severity score. The paper contains essential differences of morbid attraction dynamics of studied patients groups confirmed by statistically significant differences in components expression of a morbid attraction. Drug addiction and HIV infection combination wear the influence, which is making heavier both diseases, expressed in morbid attraction weighting and in combined pathology negative outlook. Identified patterns can be used as criteria of tactics maintaining determining of HIV-positive drug-addicted patients.

Keywords: morbid attraction; syndrome; dynamics; HIV; injection drugs users.

Сведения об авторах:

Станько Эдуард Павлович, канд. мед. наук, доцент; УО «Гродненский государственный медицинский университет», кафедра психиатрии и наркологии; тел.: (+37533) 6831608; e-mail: edk_st@mail.ru.

Гелда Анатолий Петрович, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», зав. лабораторией клинико-эпидемиологических исследований; тел.: (+37544) 5799126; e-mail: radiant.97@mail.ru.

Поступила 10.01.2017 г.