

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ 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 социального функционирования ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков в сравнении с ВИЧ-негативными с использованием у пациентов с синдромом зависимости шкалы оценки социального функционирования. Установлено снижение социального функционирования пациентов обеих групп. Анализ социального функционирования показал различия в социально-психологических характеристиках пациентов исследуемых групп, которые подтверждаются статистически значимыми изменениями индивидуально-личностных и социально-средовых компонентов адаптации. Нарушения социального функционирования ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков выражены значительно, чем ВИЧ-негативных, в сфере социально приемлемых форм поведения и отношений с родственниками. Выявленные закономерности могут быть использованы в качестве критериев эффективности лечения и прогноза заболевания у наркозависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Ключевые слова: социальное функционирование; дезадаптация; динамика; ВИЧ; потребители инъекционных наркотиков.

Социальное функционирование (СФ) наркозависимых пациентов, являясь значимой характеристикой их состояния, отражает особенности клинических проявлений болезни и характерные для пациентов психологические изменения. Прием наркотиков меняет социальную ориентацию личности, приводит к дезадаптации в обществе, выражением которой является снижение трудоспособности наркозависимых пациентов, которые в большинстве случаев нигде не работают, занимаются криминальной деятельностью, связанной с приобретением наркотика или находятся на иждивении у родственников [1]. Пациенты с наркозависимостью демонстрируют низкий уровень социального интеллекта, снижающий возможности психосоциальной адаптации, испытывают трудности в межличностном взаимодействии, вследствие чего нарушается адаптация в социальной среде, не обладают развитым уровнем эмпатии, что препятствует формированию социальной общности и снижает их адаптационные возможности [2].

Медико-социальный портрет ВИЧ-положительных потребителей инъекционных наркотиков (ВПН), в частности, потребителей опиатов, имеет свои особенности. Опиоидная зависимость и ВИЧ-инфекция оказывают взаимно утяжеляющее влияние: злоупотребление опиоидными наркотиками, приводя

к аддиктивной деформации личности у лиц с опиоидной зависимостью, способствует утяжелению течения и прогноза ВИЧ-инфекции, а неврологические расстройства и психопатологические последствия ВИЧ-инфекции вызывают усугубление аддиктивных расстройств. Наличие ВИЧ-инфекции у пациентов с зависимостью от опиоидов приводит к нарастанию тяжести психических расстройств вследствие первичной ВИЧ-энцефалопатии или вторичных психогенных расстройств в ответ на выявление фатального заболевания, существенно сокращающего продолжительность жизни, ограничивающего социальную активность и приводящего к различным патологическим личностным реакциям [3]. ВПН склонны к неконструктивному саморазрушающему совладанию (потребление наркотиков и алкоголя), способствующему усилению стресса и демонстрирующему негативную динамику совладания [4].

Предоставление лечебных услуг данной категории пациентов способно сокращать употребление наркотиков и уменьшать связанные с ними медицинские и социальные последствия. Проведение только просветительной работы в отношении последствий приема наркотиков или предоставление информации об опасностях, связанных с употреблением наркотиков, эффективных резуль-

татов не дают. Особое внимание следует уделять социально-экономическим детерминантам употребления наркотиков, устраняя те факторы, которые повышают уязвимость данной категории пациентов и способствуют развитию или поддержанию среди них рискованных форм поведения. Обычные психосоциальные меры вмешательства показали свою эффективность в улучшении здоровья и СФ лиц с расстройствами, вызванными употреблением наркотиков [5]. Для определения важных компонентов психосоциальной реабилитации и выявления значимых мишеней психотерапевтического воздействия представляется необходимым исследование СФ лиц с зависимостью от опиоидов в динамике [6].

При оценке СФ лиц, зависимых от опиоидов, прогностическим значением обладают уровень социально направленной или полезной деятельности и изменения, произошедшие в процессе болезни [7]. Вероятность формирования качественной и длительной ремиссии возрастает у лиц, зависимых от опиоидов, с определяющими поведение более сохранными личностными особенностями, социально активных и способных структурировать свой досуг. На продолжительность ремиссии существенное влияние оказывают наличие психических расстройств, сохранность критических способностей, способность к самообслуживанию, характер семейных взаимоотношений и социально полезная деятельность [6]. Показатели СФ, включающие оценку социального, психического и физического аспектов жизнедеятельности пациентов с зависимостью от опиоидов, вместе с клиническими данными могут рассматриваться как диагностические критерии [1]. До настоящего времени динамика основных показателей СФ у ВПН в сравнении с ВИЧ-негативными потребителями инъекционных наркотиков (ВНН) не описана.

Цель настоящего исследования – изучение динамики показателей социального функционирования ВИЧ-позитивных ПИН.

Материал и методы

Исследование проведено в оценочном сопоставлении показателей социального функционирования в выборках ВПН (основная группа) и ВНН (контрольная группа) при соблюдении критериев включения в исследование: опиоидная зависимость (F11.2x), ВИЧ (B20) или отсутствие ВИЧ (в сопоставляемой контрольной группе), добровольное (информированное) согласие на участие в исследовании. Критерии невключения в исследование: острое психотическое расстройство, вызванное употреблением психоактивного вещества,

хронически протекающие психические заболевания (шизофрения и близкие к ней психические расстройства, расстройства настроения, стойкое когнитивное расстройство, эпилепсия и др.), умственная отсталость (деменция), острое обострение или декомпенсация хронического соматоневрологического заболевания.

Дизайн исследования: кросс-секционное и лонгитудинальное с регулярным мониторингом отслеживаемых параметров до и после лечения, на этапе катамнестического наблюдения – спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клинико-психологическое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP [7] по протоколу с применением унифицированной индивидуальной регистрационной карты учета данных. Изучение выраженности и динамики основных показателей СФ у контингента исследуемых групп проводилось с использованием шкалы оценки социального функционирования пациентов с синдромом зависимости [8].

Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q). С целью описания выборочного распределения количественных признаков применяли математическое ожидание (M) и среднее квадратическое отклонение (SD) в формате $M \pm SD$, а также медиану (Me) и интерквартильный размах в формате $Me (LQ-UQ)$, где LQ – нижний квартиль, UQ – верхний квартиль. 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 $p < 0,05$.

Всего обследовано 376 ВПН в среднем возрасте 32,9 (SD=5,54) года (мужчины – 33,7 (SD=5,59) года; женщины – 30,8 (SD=4,86) лет) и 444 ВНН в среднем возрасте 31,0 (SD=6,04) год (мужчины – 31,4 (SD=5,91) год; женщины – 29,9 (SD=6,67) лет). Давность потребления наркотика 5 лет и более составила среди ВПН: 5–10 лет – 105 (27,9%), более 10 лет – 216 (57,4%), а среди ВНН: 5–10 лет – 162 (36,5%) и более 10 лет – 165 (37,2%).

Результаты и обсуждение

Использование шкалы оценки социального функционирования позволило выявить у пациентов исследуемых групп статистически значимые различия в социально-психологических характеристиках, которые подтверждаются изменениями индивидуально-личностных и социально-средовых компонентов адаптации. Среди основных ком-

понентов индивидуально-личностной сферы пациентов можно выделить агрессивное (аутоагрессивное) поведение, психоорганические нарушения, аффективные расстройства, потребностно-мотивационную направленность личности в виде способности к самообслуживанию, структурированию свободного времени, к заботе о близких, а также характер семейных отношений, самооценку личностных качеств и состояний, проявляющихся в степени критических способностей. К социально-средовым компонентам адаптации относятся функционирование в трудовой и социальной сферах, контакты с друзьями и знакомыми, социальная активность, изменение социального статуса.

Агрессивные/аутоагрессивные формы поведения, ведущие к ухудшению семейных взаимоотношений и нарушению социальных связей, являются одной из причин нарушения СФ [9]. Динамические изменения агрессивного/аутоагрессивного поведения пациентов исследуемых групп представлены на рис. 1.

Как следует из представленных данных (рис. 1), более высокий уровень агрессивного поведения с замкнутостью, грубостью без нанесения физического ущерба себе и окружающим зарегистрирован у ВПН. К выписке уровень агрессивного поведения у ВПН снизился и составил 0,69 (SD=0,73) балла по сравнению с 0,37 (SD=0,56) у ВНН ($p < 10^{-7}$). Спустя месяц от начала наблюдения отмечается ухудшение поведения у ВПН – до 1,03 (SD=0,67) балла с тенденцией к незначительному нарастанию к 12-му месяцу. В отличие от ВПН, у ВНН после лечения наблюдается снижение агрессивного поведения с незначительными колебаниями в процессе наблюдения.

По мере наркотизации у всех наркопотребителей формируется «наркоманический» дефект, который характеризуется психосоциальной дисфункцией и нарастающими аффективными расстрой-

ствами [10]. Изменения аффективных расстройств у пациентов исследуемых групп в динамике представлены на рис. 2.

До лечения зарегистрирован наиболее высокий уровень аффективных расстройств, составивший 2,1 (SD=0,67) балла у ВПН и 2,0 (SD=0,71) у ВНН, что свидетельствует об умеренной степени выраженности аффективных расстройств. Спустя месяц наблюдается нарастание (по сравнению с состоянием при выписке) уровня аффективных расстройств до 1,08 (SD=0,70) балла у ВПН и снижение у ВНН до 0,38 (SD=0,58). Через 12 месяцев наблюдения уровень аффективных расстройств был выше у ВПН, чем у ВНН, составив 1,19 (SD=0,72) и 0,78 (SD=1,1) балла соответственно ($p < 10^{-4}$). В клинической картине у ВПН доминировали сниженное настроение, раздражительность, тревога.

Использование кустарно модифицированных наркотических средств с включением нейротоксических соединений (марганец) часто сопровождается органическим поражением головного мозга, которое присоединяется к собственно «наркоманическому» дефекту личности и, при условии хронической наркотизации, приобретает отчетливые клинические формы психоорганического синдрома, оказывающего существенное влияние на динамику психического функционирования и жизнедеятельность наркопотребителя [11]. Динамические изменения уровня психоорганических нарушений у пациентов исследуемых групп, представленные на рис. 3, свидетельствуют о том, что уровень психоорганических нарушений на протяжении всего периода наблюдения статистически значимо (в 2,9 раза) был выше у ВПН, чем у ВНН, составив в среднем 1,39 (SD=0,73) балла у ВПН и 0,48 (SD=0,46) у ВНН ($p < 10^{-7}$). Степень тяжести интеллектуально-мнестических нарушений у ВПН характеризовалась как умеренная, представлен-

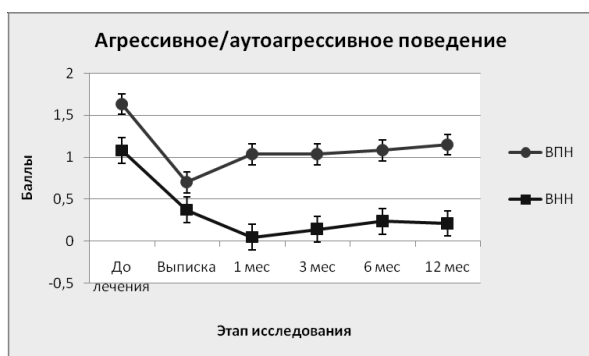


Рис. 1. Усредненный динамический профиль агрессивного/аутоагрессивного поведения в исследуемых группах пациентов

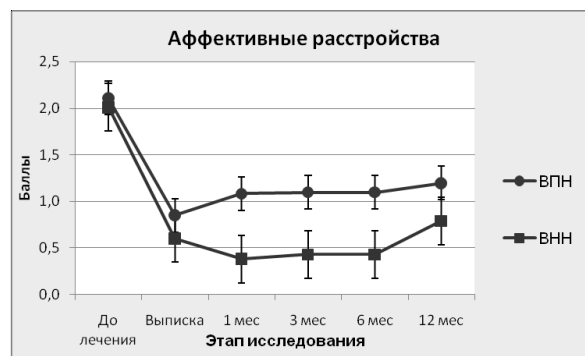


Рис. 2. Усредненный динамический профиль аффективных расстройств в исследуемых группах пациентов

ная ригидностью мышления и различными видами амнезии (фиксационной, оперативной, репродуктивной). Максимально высокий показатель психоорганических нарушений, составивший 1,66 (SD=0,69) балла у ВПН и 1,28 (SD=0,76) у ВНН ($p < 10^{-7}$), зарегистрирован до лечения. После лечения до 3 месяцев наблюдения регистрируется незначительное ослабление тяжести психоорганических нарушений у ВПН, после чего тяжесть психоорганических нарушений нарастает. Кривая, отражающая динамические изменения психоорганической симптоматики у ВНН, резко снижается к 1-му месяцу и полностью нивелируется к 12-му месяцу наблюдения.

Среди наркозависимых в 2 раза чаще, чем среди лиц, не имеющих зависимости, встречаются ригидные личности, которые не способны гибко выстраивать свои поведенческие стратегии в соответствии с новыми жизненными требованиями [12].

На рис. 4 представлены данные, иллюстрирующие изменения критических способностей пациентов исследуемых групп к своему состоянию и заболеванию до и после лечения. Так, уровень критических способностей, отражающий максимально выраженное снижение критики к своему состоянию и заболеванию, зарегистрирован до лечения и составил у ВПН 2,46 (SD=0,59) балла, у ВНН – 1,98 (SD=1,09) балла ($p < 10^{-5}$). Уровень критических способностей при выписке составил у ВПН 1,87 (SD=0,49) балла, у ВНН – 1,36 (SD=0,91) балла ($p < 10^{-6}$), что свидетельствует о частичной критике относительно собственного состояния и заболевания у ВНН и формальной у ВПН. С 1-го по 12-й месяц наблюдения способность пациентов обеих групп критически воспринимать свое состояние и заболевание находится на одном уровне и составляет в среднем 1,96 (SD=0,46) балла у ВПН и 1,98 (SD=0,37) балла у ВНН, что свидетельствует о преобладании у паци-

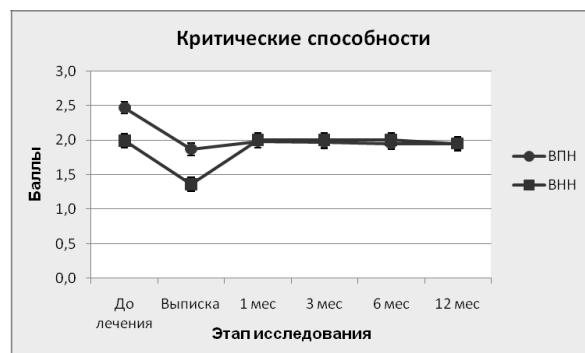


Рис. 4. Усредненный динамический профиль критических способностей в исследуемых группах пациентов

ентов обеих групп формальной критики относительно собственного состояния и заболевания.

Динамические изменения способности к самообслуживанию у пациентов исследуемых групп показаны на рис. 5.

Из приведенных данных следует, что чаще и более выраженные затруднения в сфере самообслуживания на протяжении всего периода наблюдения испытывали ВПН. В отличие от ВНН, которые были способны к самообслуживанию, но на минимальном уровне, наибольший показатель низкой способности к самообслуживанию зарегистрирован до лечения у ВПН. Способность к самообслуживанию до лечения составила 2,18 (SD=1,0) балла у ВПН и 1,98 (SD=1,03) у ВНН. После лечения наблюдается улучшение изучаемого показателя у пациентов обеих групп. При выписке способность к самообслуживанию составила 1,69 (SD=0,90) балла у ВПН и 1,23 (SD=1,02) у ВНН, спустя месяц от начала наблюдения – 1,08 (SD=0,66) балла у ВПН и 0,42 (SD=0,50) у ВНН ($p < 10^{-4}$). С 1-го по 12-й месяц наблюдения способность ВПН к самообслуживанию была на уровне 1,07 (SD=0,7) балла, что указывало на наличие кратковременных затруднений в самообслу-



Рис. 3. Усредненный динамический профиль психоорганических нарушений в исследуемых группах пациентов

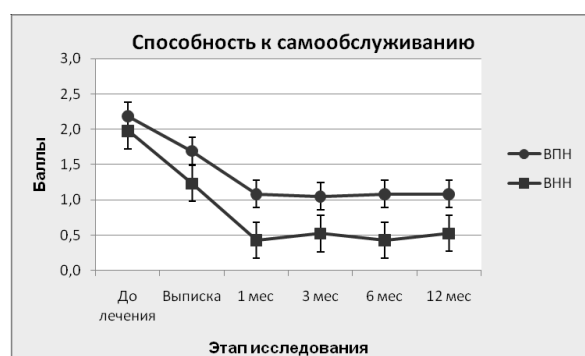


Рис. 5. Усредненный динамический профиль способности к самообслуживанию в исследуемых группах пациентов

живании, о которых было известно близким людям. Каких-либо существенных трудностей в самообслуживании ВНН не испытывали, способность к самообслуживанию была в 2,3 раза выше аналогичного показателя ВПН.

Динамические изменения показателя трудовой деятельности у пациентов исследуемых групп представлены на рис. 6. На протяжении всего периода наблюдения уровень затруднений, связанных с трудовой деятельностью, был выше у ВНН, чем у ВПН. Пациенты обеих групп испытывали до лечения выраженные нарушения трудовой деятельности, которые сильно препятствовали их функционированию. Показатель трудовой деятельности до лечения составил 3,01 (SD=1,03) балла у ВПН и 3,06 (SD=1,07) у ВНН, что свидетельствовало о неспособности ВПН и ВНН сохранять рабочие места и о частом выборе работы, провоцирующей их к употреблению ПАВ. При выписке снижение уровня затруднений, связанных с трудовой деятельностью, у пациентов исследуемых групп было несущественным. Спустя месяц от начала наблюдения регистрируется снижение исследуемого показателя до 1,75 (SD=0,6) у ВПН и до 2,23 (SD=0,7) у ВНН ($p<0,003$). С 1-го по 12-й месяц наблюдения величина показателя трудовой деятельности составляла 1,76 (SD=0,55) балла у ВПН и 2,13 (SD=0,72) у ВНН ($p<0,03$).

Показатели свидетельствуют, что ВПН понимали необходимость работы, чаще испытывали кратковременные затруднения в профессиональной сфере, которые были известны близким людям. ВНН испытывали умеренные затруднения, связанные с трудовой деятельностью, бывшие очевидными любому из их окружения, однако негативного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области не оказывали. Затруднения сопровождалась конфликтами с коллегами по работе, периодическими прогулами.

Оценка динамических изменений уровня социальной активности пациентов исследуемых групп показана на рис. 7, который иллюстрирует отсутствие достоверной разницы в социальной активности пациентов исследуемых групп. До лечения социальная активность ВПН зарегистрирована на уровне 2,43 (SD=0,59) балла, ВНН – 2,29 (SD=0,73) балла, что свидетельствует о наличии трудностей в СФ пациентов обеих групп, сужении круга общения до потребительского уровня и контактов с людьми, имеющими сходные проблемы вследствие употребления ПАВ. После лечения социальная активность пациентов исследуемых групп увеличилась, но разницы в активности ВПН и ВНН не отмечалось. С 1-го по 12-й месяц наблюдения уровень социальной активности составил 1,85 (SD=0,38) балла у ВПН и 1,75 (SD=0,43) у ВНН, что указывало на сужение контактов со снижением их интенсивности, широты и разнообразия с внешним окружением, на общение преимущественно с людьми со сходными проблемами вследствие употребления ПАВ.

Динамика показателя, отражающего уровень семейных отношений в исследуемых группах представлена на рис. 8.

Наиболее высокий показатель семейных взаимоотношений, отражающий частые конфликты с родственниками и членами семьи, которые вызывали затруднения в их повседневном функционировании, зарегистрирован до лечения и составил 2,65 (SD=0,67) балла у ВПН и 2,68 (SD=0,81) у ВНН. При выписке уровень конфликтного поведения у пациентов исследуемых групп незначительно снизился и составил 2,26 (SD=0,69) балла у ВПН и 2,26 (SD=0,87) у ВНН. Спустя месяц наблюдается снижение исследуемого показателя у ВНН до 1,61 (SD=0,49) балла и повышение у ВПН до 1,93 (SD=0,47) балла. С 1-го по 12-й месяц наблюдения показатель семейных отношений у

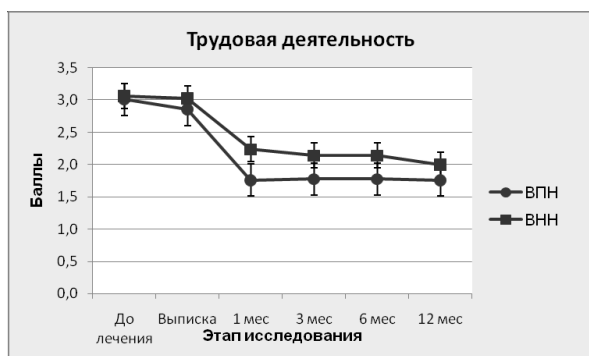


Рис. 6. Усредненный динамический профиль трудовой деятельности в исследуемых группах пациентов

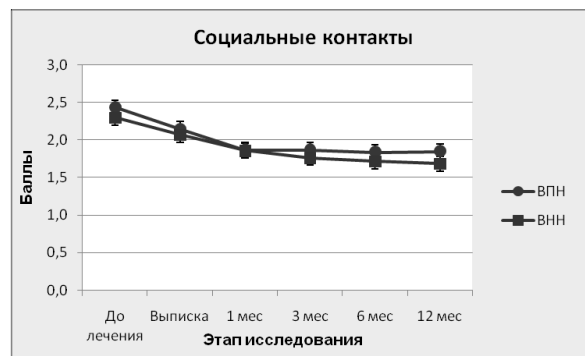


Рис. 7. Усредненный динамический профиль уровня социальной активности в исследуемых группах пациентов

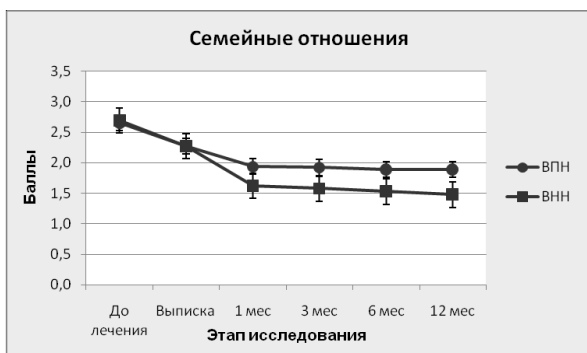


Рис. 8. Усредненный динамический профиль уровня семейных отношений в исследуемых группах пациентов

ВПН находился на одном уровне, составляя 1,91 (SD=0,55) балла, что свидетельствует об умеренных затруднениях в функционировании ВПН, очевидных любому человеку из их окружения в связи с частыми конфликтами с родственниками и членами семьи, не приводящими к ее потере. Постепенное снижение показателя регистрируется у ВНН, его величина к 12-му месяцу наблюдения составила 1,47 (SD=0,51) балла, что свидетельствует о сохранности у ВНН кратковременных конфликтов в семейных отношениях, вызывающих затруднения в повседневном функционировании, которые отмечают только близкие люди.

При анализе СФ пациентов исследуемых групп учитывалась способность пациентов проявлять заботу о близких, динамические изменения которой представлены на рис. 9.

Как следует из представленных данных (рис. 9), наиболее высоким показатель, отражающий затруднения в отношениях с близкими людьми, был до лечения, составляя 2,65 (SD=0,75) балла у ВПН и 2,47 (SD=0,98) у ВНН. После лечения величина изучаемого показателя у ВНН к 12-му месяцу наблюдения постепенно снизилась до 1,53 (SD=0,51) балла, что свидетельствует о

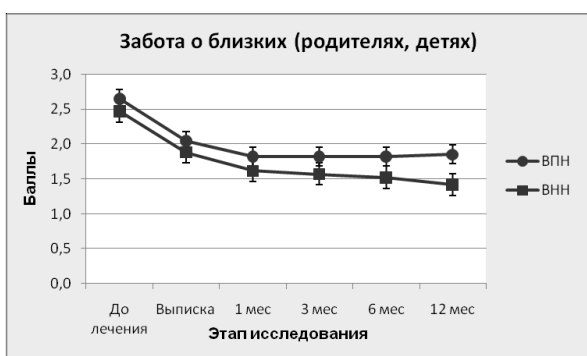


Рис. 9. Усредненный динамический профиль способности пациентов проявлять заботу о близких в исследуемых группах пациентов

кратковременных затруднениях в отношениях с близкими людьми, которые не оказывали существенного негативного влияния на способность ВНН проявлять заботу о близких. С 1-го по 6-й месяц наблюдения способность проявлять заботу о близких людях находилась у ВПН на одном уровне, составляя 1,82 (SD=0,54) балла. Спустя 12 месяцев от начала наблюдения величина изучаемого показателя у ВПН возросла до 1,85 (SD=0,54) балла, что свидетельствует о формальном отношении ВПН к родственникам (детям) без особых эмоциональных привязанностей в исследуемый период.

Оценка способности структурировать свое свободное время у пациентов исследуемых групп в динамике показана на рис. 10, который иллюстрирует степень затруднений, испытываемых пациентами обеих исследуемых групп в способности структурировать свое свободное время до и после лечения. Следует отметить, что наибольшие проблемы в исследуемой области испытывали ВНН вплоть до 12-го месяца от начала наблюдения, когда величина изучаемого показателя впервые оказалась ниже аналогичного показателя ВПН и составила 1,57 (SD=0,60) балла. Максимальное снижение показателя у ВПН, величина которого составила 1,98 (SD=0,49) балла, регистрируется через 1 месяц наблюдения. С 1-го по 12-й месяц наблюдения способность ВПН структурировать свое свободное время находилась на одном уровне, составляя 1,95 (SD=0,48) балла, что свидетельствует об умеренной степени затруднений в структурировании свободного времени, которую испытывали ВПН. Среднее значение изучаемого показателя за весь период наблюдения составило 2,18 (SD=0,56) балла у ВПН и 2,23 (SD=0,75) у ВНН, что свидетельствует о доминировании у пациентов однобоких интересов и увлечений и подтверждает наличие у пациентов

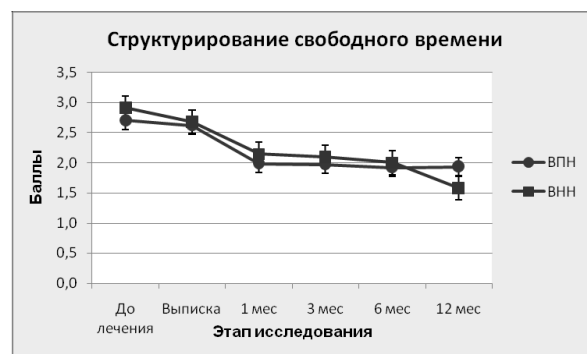


Рис. 10. Усредненный динамический профиль способности пациентов структурировать свое свободное время в исследуемых группах пациентов

исследуемых групп очевидных любому человеку из их окружения умеренных затруднений в структурировании своего досуга.

Выводы

1. Социальное функционирование ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных потребителей инъекционных наркотиков характеризуется выраженным снижением индивидуально-личностных и социально-средовых компонентов адаптации в сферах социально приемлемых форм поведения и социально полезной деятельности, включая затруднения в трудовой и социальной сферах, неудовлетворенность семейными отношениями, сужение социальной активности и ограничение контактов в плане межличностного общения. Низкий уровень социального функционирования пациентов обеих групп обусловлен неадекватной самооценкой своих личностных качеств и состояний, проявляющейся в снижении критических способностей, сужением потребностно-мотивационной направленности личности, представленным сниженной способностью пациентов к структурированию досуга, самообслуживанию, проявлению заботы о близких, а также наличием расстройств настроения и, в меньшей степени, психоорганических нарушений и агрессивных форм поведения.

2. Анализ социального функционирования пациентов исследуемых групп показал различия в их социально-психологических характеристиках, которые подтверждаются статистически значимыми изменениями индивидуально-личностных и социально-средовых компонентов адаптации. В группе ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков нарушения социального функционирования выражены значительно, чем у ВИЧ-негативных, в сфере социально приемлемых форм поведения и отношений с близкими людьми (включая агрессивное/аутоагрессивное поведение, способность к самообслуживанию, проявлению заботы о близких людях), а также в выраженности аффективных расстройств и психоорганических нарушений.

3. Более благополучные социальные характеристики ВИЧ-негативных потребителей инъекционных наркотиков отражают их личностную сохранность, семейную поддержку и социально активный образ жизни. Более низкий уровень социального функционирования ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков, проявляющийся выраженным снижением индивидуально-личностных и социально-средовых компонентов адаптации, связан с субъективным восприятием социальной недостаточности вследствие инфицирования ВИЧ и появления ограничений в

сферах жизнедеятельности, формирующих социальную недостаточность пациентов. Деадаптация ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков характеризуется зависимыми формами поведения и незрелыми личностными реакциями, приводящими к искажению субъективного представления о себе и формирующими дезадаптивное поведение ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков, связанное с неприятием своего социального статуса. Проявлениями дезадаптации являются агрессивное/аутоагрессивное поведение, ухудшение отношений в семье, сужение социальной активности, снижение критических способностей, возникновение расстройств настроения и психоорганических нарушений, которые увеличивают вероятность рецидива наркотизации. Для профилактики рецидива наркотизации необходима коррекция дезадаптивных проявлений и психологическое сопровождение ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков на всех этапах заболевания.

4. Базисный курс кратковременной терапии лишь снижает выраженность компонентов социального функционирования, прежде всего аффективных расстройств и агрессивного/аутоагрессивного поведения, величина которых через 1 месяц наблюдения вновь возрастает у ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков. Отсутствие у ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков положительной динамики основных компонентов социального функционирования в период становления ремиссии является прогностически неблагоприятным признаком, повышающим вероятность возникновения рецидива наркотизации.

5. Выявленные в результате исследования характеристики социального функционирования потребителей инъекционных наркотиков целесообразно рассматривать в качестве значимых мишеней для психотерапевтического воздействия или компонентов психосоциальной реабилитации, которые могут быть использованы также как критерии эффективности проводимого лечения и прогноза заболевания.

Литература

1. Шабанов, П.Д. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг; под ред. А.Я.Гриненко. – СПб.: Лань, 2000. – 368 с.
2. Зенцова, Н.И. Когнитивные факторы психосоциальной адаптации у лиц, зависимых от алкоголя и героина: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Н.И.Зенцова; МГУ им. М.В.Ломоносова. – М., 2009. – 25 с.

3. Сиволат, Ю.П. К проблеме ВИЧ-инфекции у больных наркоманией / Ю.П.Сиволат // Монитор. – 2007. – №1 (9) – С.16–17.
4. Шаргородская, О.В. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса / О.В.Шаргородская, М.В.Сапоровская, Т.Л.Крюкова // Вестник КГУ им. Н.А.Некрасова. – 2015. – Т.21. – С.138–142.
5. Мировая проблема наркотиков с позиций общественного здравоохранения, в том числе в контексте Специальной сессии Генеральной ассамблеи Организации объединенных наций по мировой проблеме наркотиков [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. Доклад Секретариата. – Женева, 2016. – Режим доступа: https://www.unodc.org/documents/ungass2016/Contributions/UN/WHO/B138_11-ru.pdf. – Дата доступа: 14.01.2017.
6. Станько, Э.П. Оценка эффективности лечения ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью с использованием психодиагностического комплекса / Э.П.Станько, А.П.Гелда // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – №1. – С.57–66.
7. 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.
8. Бойко, Е.О. Шкала оценки социального функционирования у больных с синдромом зависимости / Е.О.Бойко // Наркология. – 2008. – №9. – С.61–69.
9. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинко-типологические аспекты диагностики и лечения: дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.16 / Г.Я.Пилягина; Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины. – Киев, 2004. – 27 с.
10. Козлов, А.А. «Наркоманическая» личность / А.А.Козлов, М.Л.Рохлина // Нет наркотикам. Информационно-публицистический ресурс [Электронный ресурс]. – 2002. – Режим доступа: http://www.narkotiki.ru/5_5252.htm. – Дата доступа: 15.01.2017.
11. Носатовский, И.А. Фенилпропаноламиновая наркомания (вопросы клиники, патогенеза, лечения): дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.18; 14.00.45 / И.А.Носатовский; ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». – М., 2007. – 35 с.
12. Бохан, М.А. Ранняя профилактика и неоабилитация больных опийной наркоманией / М.А.Бохан, А.Л.Катков, Ю.А.Россинский; под общ. ред. М.А.-Бохана. – Павлодар, 2005. – 287 с.

SOCIAL FUNCTIONING OF HIV-POSITIVE INJECTION DRUGS USERS

¹ E.P.Stanko, ² A.P.Gelda

¹ Grodno State Medical University, M.Gorkiy Str. 80, 230009, Grodno, Republic of Belarus

² Republican Scientific and Practical Centre for Mental Health, Dolginovsky Trakt 152, 220053, Minsk, Republic of Belarus

The research paper presents dynamic assessment of social functioning main components of HIV-positive injection drugs users (IDUs) in comparison with HIV-negative IDUs using social functioning assessing scale. Social functioning reduction of both patients groups is established. Social functioning analyses showed differences in social and psychological characteristics of studied patients groups which are confirmed by statistically significant changes of individual, social and environmental adaptation components. Social functioning impairment of HIV-positive IDUs is expressed more appreciably than of HIV-negative in the sphere of social behavior forms and in the sphere of family relationship. Detected regularities can be used as treatment and forecast efficiency criteria of HIV-positive injection drugs users.

Keywords: social functioning; disadaptation; dynamics; HIV; injection drugs users (IDUs).

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 клинко-эпидемиологических исследований; тел.: (+37544) 5799126; e-mail: radiant.97@mail.ru.

Поступила 17.01.2017 г.