

## Социальное функционирование ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков

Станько Э.П.<sup>1</sup>

к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии

Игумнов С.А.<sup>2</sup>

д.м.н., профессор, заведующий отделением клинической психофармакологии отдела клинической наркологии

1 — УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно, Республика Беларусь

2 — Научно-исследовательский институт наркологии — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Игумнов Сергей Александрович; e-mail: igumnovsa@serbsky.ru

Финансирование. Работа выполнена при поддержке

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 23.01.2017.

В статье представлена оценка динамики основных компонентов социального функционирования (СФ) в когорте ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков (ВПН) (376 человек) и в сравнении с когортой ВИЧ-негативных потребителей инъекционных наркотиков (ВНН) (445 человек). Дизайн исследования определен как аналитическое сочетание (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). Изучение выраженности и динамики основных показателей СФ у пациентов исследуемых групп проводилось с использованием шкалы оценки социального функционирования у пациентов с синдромом зависимости. Установлено снижение социального функционирования пациентов обеих групп. Анализ социального функционирования показал различия в социально-психологических характеристиках пациентов исследуемых групп, которые подтверждают статистически значимыми изменениями индивидуально-личностных и социально-средовых компонентов адаптации. Нарушения социального функционирования в когорте ВПН выражены значительно, чем в когорте ВНН, в сфере социально приемлемых форм поведения и отношений с родственниками. Выявленные закономерности могут быть использованы в качестве дополнительных критериев эффективности лечения и прогноза заболевания у наркозависимых пациентов с ВИЧ-инфекцией.

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

### Введение

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 пациентов с зависимостью от опиоидов, которые в большинстве случаев нигде не работают, занимаются криминальной деятельностью, связанной с приобретением наркотика или находятся на иждивении у родственников [1]. Пациенты с зависимостью от опиоидов выявляют 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 [1].

Медико-социальный портрет ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков (ВПН) имеет свои особенности. Опиоидная зависимость и ВИЧ-инфекция оказывают взаимно отягощающее влияние: злоупотребление ПАВ, приводя к аддитивной деформации личности у лиц с опиоидной зависимостью, способствует утяжелению течения и прогноза ВИЧ-инфекции, а неврологические расстройства и психопатологические последствия ВИЧ-инфекции вызывают усугубление аддитивных 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 продолжитель-

ность жизни и ограничивающего социальную активность, приводящего к различным патологическим личностным реакциям [2]. ВПН склонны к неконструктивному саморазрушающему поведению (потребление наркотиков и алкоголя), способствующему усилению стресса и демонстрирующему негативную динамику процессов совладания со стрессом (копинга) [3].

Предоставление лечебных услуг данной категории пациентов способно сокращать употребление наркотиков и уменьшать связанные с ними медицинские и социальные последствия. Проведение только просветительской работы в отношении последствий приема наркотиков или предоставление информации об опасностях, связанных с употреблением наркотиков, эффективных результатов не дает. 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 [4]. Для определения важных компонентов психосоциальной реабилитации и выявления значимых мишеней психотерапевтического воздействия представляется необходимым исследование СФ лиц с зависимостью от опиоидов в динамике [5].

При оценке СФ лиц, зависимых от опиоидов, прогностическим значением обладают уровень социально направленной или полезной деятельности и изменения, произошедшие в процессе болезни [6]. Вероятность формирования качественной и длительной ремиссии возрастает у лиц, зависимых от опиоидов, с определяющими поведение более сохраненными личностными особенностями, социально активными и способными 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 [5]. 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 (ВНН) в отечественной литературе не описана.

Целью настоящего исследования стало изучение динамики показателей социального функционирования ВИЧ-позитивных ПИН.

## Пациенты и методы исследования

Настоящее исследование проводилось на территории Республики Беларусь при научно-методическом обеспечении Научно-исследовательского института наркологии — филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Обследовано всего 376 ВПН и 445 ВНН. Для соблюдения принципа однородности использовались критерии отбора, основным условием которых было наличие клинически достоверных признаков наркозависимости. В основную группу (ВПН) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и «ВИЧ-Р20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Возраст ВПН варьировал от 19 до 53 лет, средний возраст составил 32,9 года ( $SD = 5,54$ ); мужчин — 33,7 года ( $SD = 5,59$ ); женщин — 30,3 лет ( $SD = 4,86$ ). Давность потребления наркотиков составила: до 5 лет — 36 (8,1%), до 10 лет — 105 (36,6%), более 10 лет — 216 (48,5%).

В группу сравнения (ВНН) включены 445 пациентов с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и ВИЧ-негативным статусом. Возраст ВНН варьировал от 19 до 57 лет, средний возраст составил 31,0 год ( $SD = 6,04$ ); мужчин — 31,4 года ( $SD = 5,91$ ); женщин — 29,9 года ( $SD = 6,67$ ). Давность потребления наркотиков составила: до 5 лет — 68 (15,3%), до 10 лет — 162 (36,4%), более 10 лет — 165 (37,1%).

Для исключения влияния других факторов в тематический контингент не были включены лица, которые не согласились на обследование; в состоянии отмены; с психотическим расстройством; выраженными органическими изменениями личности; умственной отсталостью; шизофренией; обострением психического расстройства и декомпенсацией хронического соматического заболевания.

Использовался клиничко-психопатологический метод исследования, основанный на данных анамнеза и объективного наблюдения за пациентами с применением унифицированной индивидуальной регистрационной карты пациентов, по утвержденному клиническому протоколу, одобренному Этическим комитетом УО «Гродненский государственный медицинский университет», в соответствии с правилами GSR [6].

Изучение выраженности и динамики основных показателей СФ у пациентов исследуемых групп проводилось с использованием шкалы оценки социального функционирования у пациентов с синдромом зависимости [7]. 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 катamnестического наблюдения — спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения.

Полученные данные обрабатывались параметрическими и непараметрическими методами статистики с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0. 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

Использование шкалы оценки социального функционирования позволило выявить у пациентов исследуемых групп статистически значимые различия в социально-психологических характеристиках, которые подтверждаются изменениями индивидуально-лич-

ностных и социально-средовых компонентов адаптации. Среди основных компонентов 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, характер семейных отношений, самооценка личностных качеств и состояний, проявляющиеся 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 ЦП [8]. Динамические изменения агрессивного/аутоагрессивного поведения пациентов исследуемых групп представлены на рис. 1, на котором видно, что более высокий уровень агрессивного поведения с грубостью, грубостью без нанесения физического ущерба себе и окружающим зарегистрирован у ВПН. К выписке уровень агрессивного поведения у ВПН снизился и составил 0,69 балла ( $SD = 0,73$ ) к 0,37 ( $SD = 0,56$ ) у ВНН при  $p < 10^{-7}$ . Спустя месяц от начала наблюдения отмечается ухудшение поведения у ВПН до 1,03 балла ( $SD = 0,67$ ) 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 расстройствами [9]. Изменения аффективных расстройств у пациентов исследуемых групп в динамике представлены на рис. 2.

Как видно из рис. 2, до лечения зарегистрирован наиболее высокий уровень аффективных расстройств, составивший 2,1 балла ( $SD = 0,67$ ) у ВПН и 2,0 ( $SD = 0,71$ ) — у ВНН, что свидетельствует об умеренной степени выраженности аффективных расстройств. Спустя месяц наблюдается нарастание уровня аффективных расстройств до 1,08 балла ( $SD = 0,70$ ) 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 и составил 1,19 балла ( $SD = 0,72$ ) к 0,78 ( $SD = 1,1$ ) при  $p < 10^{-4}$  соответственно. В клинической картине у ВПН доминировали сниженное настроение, раздражительность, тревога.

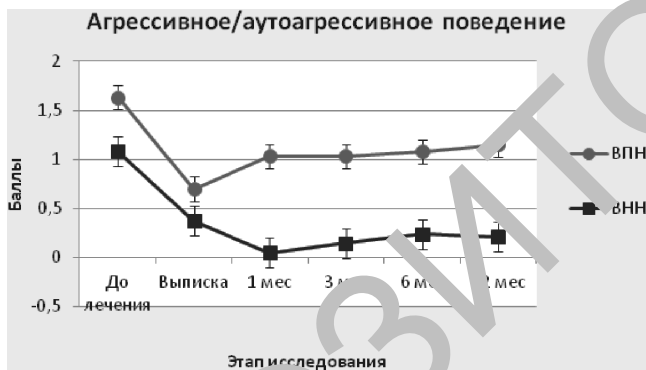


Рис. 1. Усредненный динамический профиль агрессивного/аутоагрессивного поведения по группам.

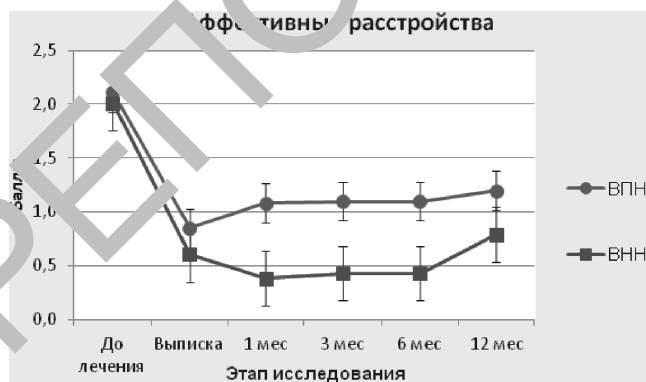


Рис. 2. Усредненный динамический профиль аффективных расстройств по группам.

Использование кустарно модифицированных наркотических средств с включением нейротоксических соединений (марганец) часто сопровождается органическим поражением головного мозга, которое присоединяется к собственному «наркоманическому» дефекту личности и, при условии хронической наркотизации, приобретает отчетливые клинические формы психоорганического синдрома, оказывающего существенное влияние на динамику психического функционирования и жизнедеятельность наркопотребителя [10]. Динамические изменения уровня психоорганических нарушений у пациентов исследуемых групп представлены на рис. 3.

Как видно из рис. 3, уровень психоорганических нарушений на протяжении всего периода наблюдения статистически значимо в 2,9 раза выше был у ВПН, чем у ВНН, и в среднем составил 1,39 балла ( $SD = 0,73$ ) у ВПН к 0,48 ( $SD = 0,46$ ) у ВНН при  $p < 10^{-7}$ . Степень тяжести интеллектуально-мнестических нарушений у ВПН характеризовалась как умеренная, представлена ригидностью мышления и различными видами амнезии (фиксационной, оперативной, репродуктивной). Максимально высокий показатель психоорганических нарушений зарегистрирован до лечения, составивший 1,66 балла ( $SD = 0,69$ ) у ВПН к 1,28 ( $SD = 0,76$ ) у ВНН при  $p < 10^{-7}$ . После лечения регистрируется незначительное ослабление тяжести психоорганических нарушений у ВПН до 3 месяца наблюдения, после чего тяжесть психоорганических нарушений нарастает. Критическая, 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 зависимость, встречаются ригидные личности, которые не способны гибко выстраивать свои поведенческие стратегии в соответствии с новыми жизненными требованиями [11]. Динамические изменения критических способностей ВПН и ВНН показаны на рис. 4, который иллюстрирует 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 балла ( $SD = 0,56$ ) к 1,98 ( $SD = 1,09$ ) у ВНН при  $p < 10^{-5}$ . Уровень критических способностей при выписке составил у ВПН 1,87 балла ( $SD = 0,49$ ) к 1,36 ( $SD = 0,91$ ) у ВНН  $p < 10^{-6}$ , что свидетельствует о частичной критике к состоянию и заболеванию 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 балла ( $SD = 0,46$ ) у ВПН и 1,98 ( $SD = 0,37$ ) у ВНН, что свидетельствует о преобладании у пациентов обеих групп формальной критики к своему состоянию и заболеванию.

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

Как видно из рис. 5, чаще и более выраженное затруднения в сфере самообслуживания испытывали

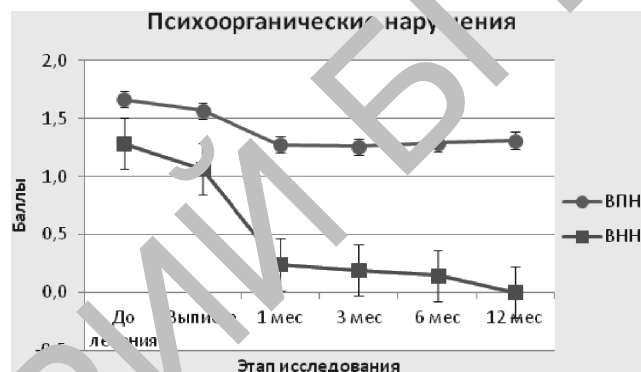


Рис. 3. Усредненный динамический профиль психоорганических нарушений по группам.

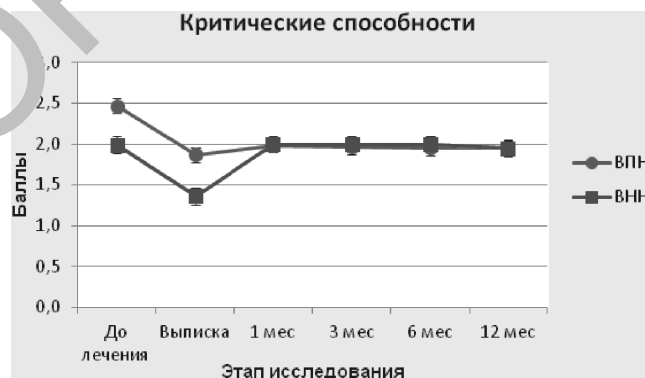


Рис. 4. Усредненный динамический профиль критических способностей по группам.

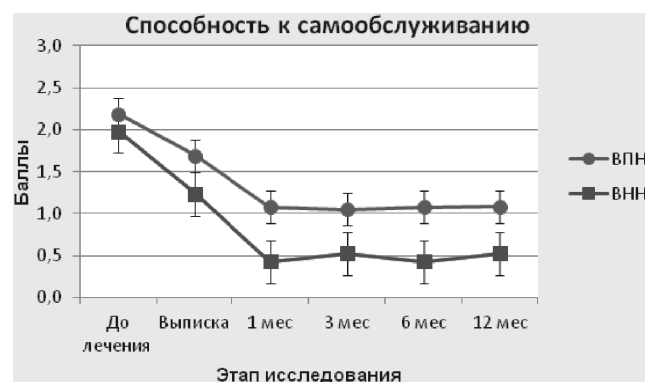


Рис. 5. Усредненный динамический профиль способности к самообслуживанию по группам.



ВПН, чем ВНН на протяжении всего периода наблюдения. Наибольшим показателем низкой способности к самообслуживанию зарегистрирован до лечения у ВПН в отличие от ВНН, которые были способны к самообслуживанию, но на минимальном уровне. Способность к самообслуживанию до лечения составила 2,18 балла ( $SD = 1,0$ ) 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 балла ( $SD = 0,90$ ) у ВПН и 1,23 ( $SD = 1,02$ ) у ВНН, спустя месяц от начала наблюдения — 1,08 балла ( $SD = 0,66$ ) у ВПН и 0,42 ( $SD = 0,50$ ) у ВНН при  $p < 10^{-4}$ . С 1 по 12 месяц наблюдения способность ВПН к самообслуживанию была на уровне 1,07 балла ( $SD = 0,7$ ), что указывало на наличие кратковременных затруднений в самообслуживании, 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 показаны

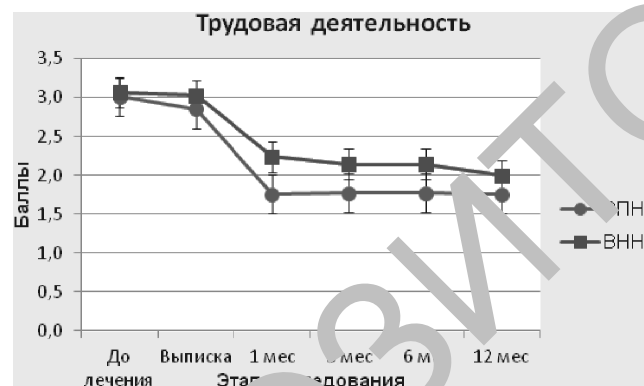


Рис. 6. Усредненный динамический профиль трудовой деятельности по группам.

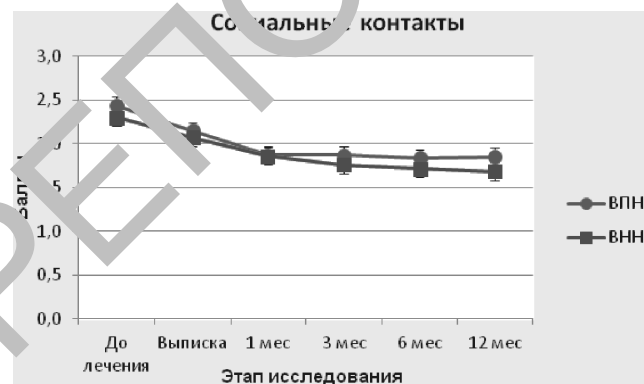


Рис. 7. Усредненный динамический профиль уровня социальной активности по группам.

на рис. 6, который демонстрирует, что уровень затруднений, связанных с трудовой деятельностью на протяжении всего периода наблюдения выше был 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 балла ( $SD = 1,0$ ) у ВПН и 3,06 ( $SD = 1,07$ ) у ВНН, что свидетельствовало о неспособности ВПН и ВНН охранять рабочие места и частом выборе работы, провоцирующей к употреблению психоактивных веществ (ПАВ). При выписке снижение уровня затруднений, связанных с трудовой деятельностью у пациентов исследуемых групп было незначительным. Спустя месяц от начала наблюдения регистрируется снижение исследуемого показателя до 1,75 ( $SD = 0,6$ ) у ВПН и 2,23 ( $SD = 0,7$ ) у ВНН при  $p < 0,003$ . С 1-го по 12-й месяц наблюдения, величина показателя трудовой деятельности составила 1,76 балла ( $SD = 0,55$ ) у ВПН и 2,3 ( $SD = 0,72$ ) у ВНН при  $p < 0,03$ . Таким образом ВПН понимали необходимость работы, чаще испытывали кратковременные затруднения в профессиональной сфере, которые были известны близким людям. ВНН испытывали умеренные затруднения, связанные с трудовой деятельностью, которые были очевидны любому из окружения ВНН, однако негативного влияния на способности пациента выполнять свои функции в этой области не оказывали. Затруднения сопровождались 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 балла ( $SD = 0,59$ ), у ВНН — 2,29 ( $SD = 0,73$ ), что свидетельствует о наличии трудностей в СФ пациентов обеих групп, сужении круга общения до потребительского уровня, контактов с людьми, имеющих 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 балла ( $SD = 0,38$ ) 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 характер семейных отношений в исследуемых группах, представ-

лена на рис. 8, на котором показано, что исходный показатель характера семейных взаимоотношений, отражающий частые конфликты с родственниками и членами семьи, которые вызывали затруднения в их повседневном функционировании, зарегистрированный до начала лечения, составил 2,65 балла ( $SD = 0,67$ ) 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 балла ( $SD = 0,69$ ) у ВПН и 2,26 ( $SD = 0,87$ ) у ВНН. Спустя месяц наблюдается снижение исследуемого показателя у ВНН до 1,61 балла ( $SD = 0,49$ ) и повышение у ВПН до 1,93 ( $SD = 0,47$ ). С 1 по 12 месяц наблюдения показатель семейных отношений у ВПН находится на одном уровне и составляет 1,91 балла ( $SD = 0,55$ ), 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, величина которого к 12-му месяцу наблюдения составляет 1,47 балла ( $SD = 0,51$ ), 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 видно из рис. 9, показатель, отражающий затруднения в отношениях с близкими, был наиболее высоким до лечения и составил 2,65 балла ( $SD = 0,75$ ) у ВПН и 2,47 ( $SD = 1,98$ ) у ВНН. После лечения величина изучаемого показателя у ВНН к 12 месяцу наблюдения постепенно снижается до 1,53 балла ( $SD = 0,51$ ), что свидетельствует о противоречивости кратковременных затруднений в отношениях с близкими, 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 находилась у ВПН на одном уровне и составила 1,92 балла ( $SD = 0,54$ ). Спустя 12 мес. от начала наблюдения величина изучаемого показателя у ВПН возросла до 1,85 балла ( $SD = 0,54$ ), 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.

Рис. 10 иллюстрирует степень затруднений, которые испытывали пациенты обеих групп в способности структурировать свое свободное время до и после ле-

чения. Следует отметить, что наибольшие проблемы в исследуемой области испытывали ВНН вплоть до 12-го месяца от начала наблюдения, когда величина исследуемого показателя впервые оказалась ниже аналогичного показателя ВПН и составила 1,57 балла ( $SD = 0,60$ ). Максимальное снижение показателя у ВПН регистрируется через 1 месяц наблюдения, величина которого составила 1,98 балла ( $SD = 0,49$ ). С 1-го по 12-й месяц наблюдения способность ВПН структурировать свое свободное время находилась на

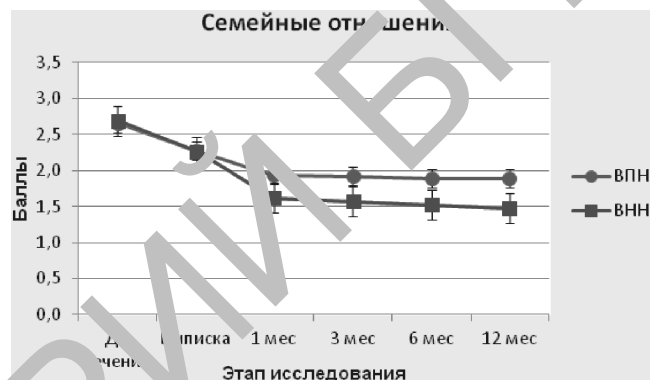


Рис. 8. Усредненный динамический профиль характера семейных отношений по группам.

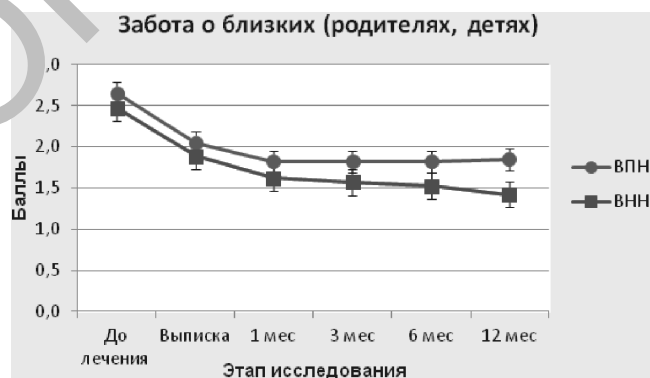


Рис. 9. Усредненный динамический профиль способности пациентов проявлять заботу о близких по группам.

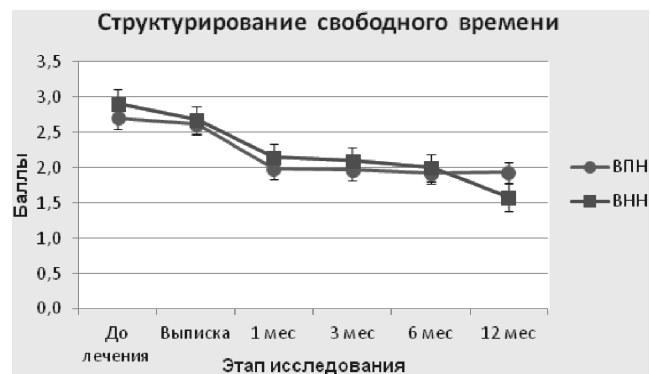


Рис. 10. Усредненный динамический профиль способности пациентов структурировать свое свободное время по группам.

одном уровне и составила 1,95 балла ( $SD = 0,48$ ), что свидетельствует об умеренной степени затруднений в структурировании свободного времени, которую испытывали ВПН. Среднее значение изучаемого показателя за весь период наблюдения составило 2,18 балла ( $SD = 0,56$ ) у ВПН и 2,23 ( $SD = 0,75$ ) у ВНН, что свидетельствует о доминировании у пациентов односторонних интересов и увлечений и подтверждает наличие у 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 пациентов своих личностных качеств и состояний, проявляющихся в снижении критических способностей, а также сужением потребностно-мотивационной направленности личности, представленной сниженной способностью пациентов к структурированию досуга, к самообслуживанию, проявлению заботы о близких, наличием расстройств настроения и, в меньшей степени, — психоорганических нарушений и агрессивным поведением;

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 сильнее, чем у ВИЧ-негативных в сфере социально приемлемых форм поведения и отношений с близкими, включая агрессивное/аутоагрессивное поведение, способность к самообслуживанию, проявлению заботы о близких, 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, представленный выраженным снижением индивидуально-личностных и социально-средовых компонентов адаптации, связан с субъективным вос-

приятием 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. Проявления дезадаптации могут служить 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 нарушения 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.

### Список литературы

1. Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П. Качество жизни и деадаптация потребителей инъекционных наркотиков с ВИЧ-инфекцией. М.: Новое знание, 2015. 357 с.
2. Сиволоп Ю.П. К проблеме ВИЧ-инфекции у больных наркоманией. *Монитор* 2007; (1): 16-17.
3. Шаргородская О.В., Сапоровская М.В., Крюкова Т.А. Динамика совладания у ВИЧ-инфицированных на разных этапах переживания стресса. *Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова* 2015; 21: 138-142.
4. Мировая проблема наркотиков с позиций общественного здравоохранения, в том числе в контексте Специальной сессии Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по мировой проблеме наркотиков. Всемирная организация здравоохранения. Доклад Секретариата. Женева, 2016. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.unodc.org/documents/>

ungass2016//Contributions/UN/WHO/B138\_11-ru.pdf. Дата обращения: 14.01.2017.

5. Станько Э.П., Гелда А.П. Оценка эффективности лечения ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью с использованием психодиагностического комплекса. *Вопросы организации и информатизации здравоохранения* 2016; (1): 57-66.

6. Надлежащая клиническая практика: ГОСТР 52379-2005. Москва: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии: Национальный стандарт Российской Федерации. 2005. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. Дата обращения: 22.11.2014.

7. Бойко Е.О. Шкала оценки социального функционирования у больных с синдромом зависимости. *Наркология* 2008; (9): 61-69.

8. Пилигина Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. Автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук. Киев: Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии Минздрава Украины, 2004: 27 с.

9. Козлов А.А., Рохлина М.Л. «Наркоманическая» личность. Нет наркотикам. Информационно-публицистический ресурс. 2002. [Электронный ресурс]. Режим доступа: [http://www.narkotiki.ru/5\\_5252.htm](http://www.narkotiki.ru/5_5252.htm). Дата доступа: 15.01.2017.

10. Носатовский И.А. Фенилпропаноламиновая наркомания (Вопросы клиники, патогенеза, лечения). Автореф. дис. на соискание ученой степени д.м.н. М.: ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», 2007: 35 с.

11. Бокхан М.А., Катков А.Л., Россинский Ю.А. Ранняя профилактика и реабилитация больных опиоидной наркоманией. Под общ. ред. М.А. Бокхана. Павлодар, 2005: 287 с.

## References

1. Stanko E.P., Igumnov S.A., Gelda A.P. Quality of life and disadaptation of injecting drug users with HIV infection. Moscow: New knowledge, 2015. 357 p.

2. Civolap Yu.P. To the problem of HIV infection in patients with drug addiction. *Monitor* 2007; (1): 16-17.

3. Shargorodskaya O.V., Saporovskaya M.V., Kryukova T.L. The dynamics of coping in HIV-infected patients at different stages of experiencing stress. *Bulletin of KSU im. ON. Nekrasov* 2015; 21: 138-142.

4. The world drug problem from a public health perspective, including in the context of the United Nations General Assembly Special Session on the World Drug Problem. World Health Organization. Report of the Secretariat. Geneva, 2016. [Electronic resource]. Available at: [https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/UN/WHO/B138\\_11-en.pdf](https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/UN/WHO/B138_11-en.pdf). Accessed: 14/01/2017.

5. Stanko E.P., Gelda A.P. Evaluation of the effectiveness of treatment of HIV-positive patients with opiate dependence using the psychodiagnostic complex. *The organization and informatization of public health services* 2016; (1): 57-66.

6. Good clinical practice: ГОСТ 52379-2005. Moscow: Federal Agency for Technical Regulation and Metrology: National Standard of the Russian Federation. 2005. [The electronic resource]. Available at: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. Accessed: 11/22/2014.

7. Boiko E.O. Scale for assessing social functioning in patients with addiction syndrome. *Narcology* 2008; (9): 61-69.

8. Pilyagina G.Ya. Autoaggressive behavior: pathogenetic mechanisms and clinical and typological aspects of diagnosis and treatment. Kiev: Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, 2004: 27 p.

9. Kozlov A.A., Rokhlina M.L. «Drug addict» personality. No Drugs. Information and journalistic resource. 2002. [The electronic resource]. Available at: [http://www.narkotiki.ru/5\\_5252.htm](http://www.narkotiki.ru/5_5252.htm). Accessed: 01/15/2012.

10. Nosatovsky I.A. Phenylpropanolamine drug addiction (Questions of the clinic, pathogenesis, treatment). Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry of the Federal Agency for Health and Social Development, 2007: 35 p.

11. Bokhan MA, Katkov AL, Rossinsky Yu.A. Early prevention and rehabilitation of patients with opiate addiction. Under the Society. Ed. M.A. Bohana. Pavlodar, 2005: 287 p.

## SOCIAL FUNCTIONING OF HIV-POSITIVE CONSUMERS OF INJECTING DRUGS

**Stanko E.P.<sup>1</sup>, Igumnov S.A.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Grodno State Medical University

<sup>2</sup> Research Institute for Addiction Problems, Branch of V.P. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Addiction Problems of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

**For correspondence:** Igumnov S.A., e-mail: [igumnovsa@serbsky.ru](mailto:igumnovsa@serbsky.ru)

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Funding.** The study had no sponsorship.

**Received:** 23.01.2017.

Assessment of dynamics of the main components of social functioning of consumers of injecting drugs, HIV-positive in comparison with HIV-negative, with use at patients with a syndrome of dependence of a scale of assessment of social functioning is presented in article. Depression of social functioning of patients of both groups is established. The analysis of social functioning showed differences in social and psychological characteristics of patients of the studied groups which are confirmed by statistically significant changes of individual and personal and social and environmental components of adaptation. Disturbances of social functioning of HIV-positive consumers of injecting drugs are expressed more appreciably, than HIV-negative in the sphere of socially acceptable forms of behavior and the relations with relatives. The taped patterns can be used as criteria of efficiency of treatment and the forecast of a disease at drug-addicted patients with HIV infection.

**Keywords:** social functioning, adaptation violation, dynamics, HIV, consumers of injecting drugs.