

Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами

Сообщение 2

Сравнительный анализ личностных характеристик, показателей агрессии и гнева, копинг-стратегий, смысложизненных ориентаций, стигматизации, качества жизни

Илюк Р.Д., Ильюшкина Е.В., Святенко В.С., Джалилова З.О., Громыко Д.И., Ерофеева Н.А., Берно-Беллекур И.В., Торбан М.Н., Киселев А.С., Незнанов Н.Г., Крупицкий Е.М.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. Проведено сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик у 46 пациентов с опиоидной зависимостью (ОЗ) и 57 — с опиоидной зависимостью и ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ). Контрольную группу (КГ) составили 90 здоровых испытуемых. Все опиоидзависимые являлись потребителями инъекционных наркотиков. В Сообщении 2 изложены результаты исследования с использованием опросников: показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (BDHI), характеристик и ориентации гнева Ч.Д. Спилбергера (STAXI), копинг-стратегий Р. Лазаруса (WCQ), смысложизненных ориентаций (PII), а также 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF), опросника качества жизни (КЖ) Всемирной организации здравоохранения «ВОЗКЖ-100» (WHOQOL-100), модифицированной шкалы стигматизации Линка (LINK). Установлено, что у потребителей опиоидов, независимо от их ВИЧ-статуса, по сравнению с КГ выше: показатели «физической и вербальной агрессии», «индекса агрессивности», «раздражения», «чувства вины» (BDHI); «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности», «экспрессии гнева вовне» (STAXI); стигматизации/дискриминации по признакам наркозависимости и ВИЧ-инфицированности (LINK); в поведении доминируют дезадаптивные копинг-стратегии — «дистанцирование», «самоконтроль», «бегство-избегание» (WCQ); в профиле личности преобладают «подозрительность» (L), «тревожность» (O), «напряженность» (Q₄) (16PF).

У всех опиоидзависимых ниже контрольных значений: показатели по всем шкалам осмысленности жизни (PII); КЖ в «физической», «психологической» сферах, «уровень независимости», «социальные отношения», а также по интегральный показатель КЖ (WHOQOL-100); реже выявляются копинг-стратегии — «планирование решения проблемы» и «положительная переоценка» (WCQ); в профиле личности снижены «нормативность поведения» (G), «чувствительность» (I), «мечтательность» (M), «конформизм» (Q₂), «самоконтроль» (Q₃), «адекватность самооценки» (MD) (16PF). По сравнению с ОЗ у ОЗВИЧ отмечались: более высокие показатели «обиды», «чувства вины», «индекса враждебности» (BDHI); «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности», «экспрессии гнева вовне» (STAXI); стигматизации/дискриминации ВИЧ-инфицированных (LINK); более низкие значения: «общий уровень интеллекта» (B), «эмоциональная устойчивость» (C), «самоконтроль» (Q₃) (16PF); показатели КЖ в «психологической сфере», «уровень независимости» (WHOQOL-100); «цель в жизни», «процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «локус-контроля-жизнь» (PII).

Ключевые слова: опиоидная зависимость, ВИЧ, личностные особенности, агрессия и гнев, копинг-стратегий, стигматизация, смысложизненные ориентации, качество жизни.

A comparative study of the psychosocial, behavioral, and clinical characteristics of HIV-positive and HIV-negative opioid users

Part 2

Comparative analysis of personal characteristics, indicators of aggression, anger, coping strategies, stigma, quality and purpose of life

Ilyuk R.D., Ilyushkina E.V., Svyatenko V.S., Jalilova Z.O., Gromyko D.I., Erofeeva N.A., Berno-Bellekur I.V., Kiselev A.S., Neznanov N.G., Torban M.N., Krupitsky E.M.
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Sankt-Petersburg, Russia

Summary. Our comparative study of psychosocial, behavioural, and clinical characteristics involved 46 HIV-negative individuals with opioid dependence (HIV-IDUs), 57 HIV-positive opioid-dependent individuals (HIV+IDUs) and a control group of 90 healthy subjects (CG). All opioid dependent participants were

injecting drug users (IDUs). Results reported in Part 2 are based on our analysis of the following tests: The Buss—Durkee Hostility Inventory (BDHI), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), Folkman and Lazarus' Ways of Coping Questionnaire (WCQ), Purpose-in-Life Test (PIL), Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF), WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100), and the modified Link's Stigma Scale (LINK). Our analysis demonstrated that IDUs (independently of their HIV status) showed higher results on the BDHI's subscales of assault, verbal hostility, irritability, guilt and the total score; STAXI's subscales of trait anger and anger expression-out; LINK's drug use and HIV-related stigma and discrimination; behaviour is dominated by non-adaptive coping strategies of distancing, self-control, escape-avoidance (WCQ) and the vigilance (L), apprehension (O), tension (Q₄) personality characteristics (16PF) compared to the control group. All participated IDUs demonstrated lower results compared to that in the control group on all subscales and the total score of the Purpose-in-Life test and lower quality of life in the domains of physical and psychological health, social relationships and level of independence, as well as the total score of WHOQOL-100.

Coping strategies of the positive reappraisal and 'planful' problem solving (WCQ) are more rare and the personality characteristics of rule-consciousness (G), sensitivity (I), abstractedness (M), self-reliance (Q₂), perfectionism (Q₃), and motivational distortion (MD) (16PF) are decreased compared to the control group. Compared to HIV-negative IDUs, HIV-positive IDUs demonstrated higher scores on the 'resentment' and 'guilt' subscales, and the overall hostility index (BDHI); 'trait anger' and 'anger expression-out' subscales of the STAXI; HIV-related stigma and discrimination (LINK) and lower scores on the reasoning (B), emotional stability (C), and perfectionism (Q₃) subscales of the 16PF; psychological and level of independence domains of WHOQOL-100; purpose in life, locus of control-life, and life process or emotional richness of life (PIL).

Key words: opioid dependence, HIV, personal characteristics, aggression, hostility, anger, coping strategies, stigma, quality of life, purpose of life.

Наркотическая зависимость, отягощенная ВИЧ-инфекцией и психическими расстройствами, — это сложное состояние, которое сопровождается значительными изменениями в здоровье и социальном функционировании наркопотребителей, особенно если речь идет об инъекционном употреблении психоактивных веществ (ПАВ) наркотиков [30].

Интегративная, многоосевая оценка всего комплекса нарушений является одним из важнейших направлений изучения функционирования больных со сложной комбинацией заболеваний и позволяет целостно подходить к пониманию этиопатогенеза коморбидных расстройств.

Нами проведено комплексное исследование биопсихосоциальных характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами. Ранее, в *Сообщении 1* были опубликованы результаты сравнительного анализа клинических, социально-психопатологических показателей, а также поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ [11].

Формирование общей картины сочетанных заболеваний невозможно без оценки индивидуально-психологических особенностей личности, жизненных позиций пациентов, субъективного восприятия различных факторов, связанных со здоровьем, адаптивного поведения, а также без учета мнений больных о социальных установках людей по отношению к ним и способа реагирования на заболевание.

В *Сообщении 2* изложены результаты сравнительного изучения личностных характеристик, смысловых ориентаций, показателей агрессии, гнева, стигматизации, способов владающего поведения, а также качества жизни у зависимых от опиоидов с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусами.

Объект исследования. Обследованы 193 человека (117 мужчин и 76 женщин): с диагно-

зом «опиоидная зависимость» (ОЗ) — 46 пациентов, «опиоидная зависимость и ВИЧ-инфекция» (ОЗВИЧ) — 57, контрольная группа (КГ) — 90 человек.

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

Критерии невключения: в исследование не включались респонденты, не давшие добровольного информированного согласия на участие в исследовании, с диагнозами: шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, с выраженной неврологической симптоматикой, тяжелой соматической патологией, с наличием зависимости от других ПАВ, исключая зависимость от табака. Не включались в исследование пациенты, принимающие психотропные средства или психоактивные вещества, способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, начавшие психотерапию.

Методы исследования: В работе использовались следующие психометрические инструменты: 16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF) [15], опросник «Характеристики и ориентации гнева» Ч.Д. Спилбергера (STAXI) (в адаптации С.Л. Соловьевой) [34, 63], опросник «Показатели и формы агрессии» А. Басса и А. Дарки (BDHI) [42], опросник смысловых ориентаций (адаптирован Д.А. Леонтьевым (PIL)) [25, 44], опросник для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ) [59, 7], модифицированная шкала стигматизации/дискриминации методики Б.Г. Линка (LINK) [60], опросник Всемирной организации здравоохранения «Качество жизни-100» (ВОЗКЖ-100, WHOQOL-100), (адаптирован в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте им. В.М. Бехтерева) [14].

Дизайн исследования: сравнительное, кросс-секционное.

Методы статистической обработки. Статистический анализ данных проводился с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Количественные показатели в каждой группе предварительно были проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. Поскольку распределение всех этих показателей было близким к нормальному, то для сравнения групп применялся дисперсионный анализ (ANOVA) с *post-hoc* тестом Бонферрони для попарных сравнений. Для всех количественных показателей рассчитывались средние и среднеквадратические отклонения (SD). Для качественных показателей приведены частоты и доли в процентах. Для сравнения качественных признаков были построены таблицы сопряженности и использовался точный критерий Фишера (ТКФ). Различия принимались статистически значимыми при уровне значимости менее $p \leq 0,05$.

Результаты исследования

Показатели социально-демографического статуса. В группу ОЗ вошли 31 (67,39%) мужчина и 15 (32,61%) женщин. Средний возраст респондентов — 23,80 года (SD = 4,91), средняя длительность употребления опиоидов составила 70,2 (SD = 14,45) месяца. Возраст начала потребления опиоидов — 17,80 года (SD = 3,41), время формирования абстинентного синдрома — 1,71 года (SD = 0,62). В группу ОЗВИЧ включены 32 (56,14%) мужчины и 25 (43,86%) женщин. Средний возраст респондентов — 26,07 года (SD = 4,39), средняя длительность употребления опиоидов — 80,6 (SD = 20,09) месяца. Возраст начала потребления опиоидов — 19,22 года (SD = 3,33), время формирования абстинентного синдрома — 1,46 года (SD = 0,57). Средняя длительность ВИЧ-инфекции — 49,7 (SD = 9,30) месяца. Группа контроля (КГ) $n = 90$ была представлена волонтерами без соматической, инфекционной, наркологической и психиатрической патологии, в нее вошли 54 (60,00%) мужчины и 36 (40,00 %) женщины. Средний возраст респондентов КГ — 22,74 года (SD = 5,09). Статистически значимых различий между группами по полу и возрасту выявлено не было.

Показатели социального, клинического и психопатологического статуса, а также поведения, связанного с риском передачи ВИЧ, у исследуемых групп изложены в *Сообщении 1* [11].

Результаты исследования личностных особенностей при помощи 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF) (табл. 1). Для выявления основных черт личности использовался адаптированный вариант личностного опросника Р. Кеттелла (форма С). По сравнению с КГ, в группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются достоверно более низкие показатели по факторам «G» (низкая–высокая нормативность поведения), «I» (жесткость–чувствительность), «M» (практичность–мечтатель-

ность), «Q₂» (конформизм–нонконформизм), «Q₃» (низкий самоконтроль–высокий самоконтроль), «MD» (низкая — высокая самооценка). Самые высокие значения в группах ОЗ и ОЗВИЧ показатели регистрировались по факторам «L» (доверчивость–подозрительность), «O» (спокойствие–тревожность), «Q₄» (расслабленность–эмоциональная напряженность), и они были выше, чем в контрольной группе. У пациентов с ОЗ выше по сравнению с КГ факторы «E» (покорность–доминантность), «F» (рассудительность — безрассудство), «N» (робость–смелость). В группе ОЗВИЧ отмечались более низкие показатели, в сравнении с ОЗ и КГ, по факторам «B» (общий уровень интеллекта), «C» (эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость), «Q₃» (низкий самоконтроль–высокий самоконтроль). Значения фактора «N» (прямолинейность–дипломатичность) у ОЗВИЧ выше, чем в КГ.

Таким образом, в группах опиоидзависимых выявлено снижение всего комплекса коммуникативных, эмоциональных, интеллектуальных и адаптивно-регуляторных личностных характеристик, а коморбидный ВИЧ- позитивный статус еще в большей степени ухудшает самоконтроль, когнитивное функционирование, увеличивает показатели аффективности, дисфоричности и фрустрированности. В целом результаты тестирования свидетельствуют о наличии у пациентов с опиоидной зависимостью личностной дисфункциональности, которая максимально выражена у группе ОЗВИЧ.

Результаты исследования показателей гнева, выявленных при помощи опросника STAXI Ч.Д. Спилбергера (табл. 2). Пациенты ОЗ и ОЗВИЧ имеют более высокие уровни «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» и «экспрессии гнева вовне» по сравнению с КГ, что свидетельствует о наличии у данных больных выраженных переживаний гнева, в развитии которых важную роль играют индивидуально-психологические характеристиками, при этом гнев проецируется вовне.

В группе ОЗВИЧ показатели «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» и «экспрессии гнева вовне», выше чем у больных с ОЗ; кроме того, у ВИЧ-позитивных респондентов уровни «экспрессия гнева контроль» ниже, а «гнев-темперамент» выше, чем в КГ. Увеличение интенсивности эмоций гнева как личностно-динамической особенности, а также большая степень ориентации гнева наружу на фоне меньшей способности контролировать и подавлять гнев, может свидетельствовать о более выраженном снижении адаптивных возможностей ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Результаты исследования агрессии при помощи опросника А. Басса и А. Дарки (BDHI) (табл. 3). У пациентов с ОЗ и ОЗВИЧ, по сравнению с КГ, выше уровни «физической агрессии», «вербальной агрессии», «раздражения», «чувства

Таблица 1. Средние значения показателей 16-факторного личностного опросника Р.Б. Кеттелла (16PF) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Фактор А (замкнутость–общительность)	6,35	1,23	6,61	1,76	6,48	1,25
Фактор В (общий уровень интеллекта)	5,61 ¹	1,53	4,89 ^{1,3}	1,05	5,67 ³	1,53
Фактор С (эмоциональная неустойчивость–эмоциональная устойчивость)	5,83 ¹	1,16	4,93 ^{1,3}	1,12	5,50 ³	1,30
Фактор Е (покорность–доминантность)	5,70 ²	1,38	5,53	1,17	5,06 ²	1,06
Фактор F (рассудительность–безрассудство)	5,54 ²	1,07	5,21	1,06	4,80 ²	1,01
Фактор G (низкая–высокая нормативность поведения)	4,98 ²	1,20	4,91 ³	1,11	6,01 ^{2,3}	1,43
Фактор H (робость–смелость)	6,57 ²	1,42	6,32	1,43	5,72 ²	1,55
Фактор I (жесткость–чувствительность)	5,22 ²	0,92	5,05 ³	0,97	6,06 ^{2,3}	1,86
Фактор L (доверчивость–подозрительность)	7,61 ²	1,14	7,86 ³	0,93	6,06 ^{2,3}	1,29
Фактор М (практичность–мечтательность)	5,15 ²	1,46	5,09 ³	1,41	6,36 ^{2,3}	1,72
Фактор N (прямолинейность–дипломатичность)	6,41	1,65	6,47 ³	1,58	5,72 ³	2,01
Фактор О (спокойствие–тревожность)	7,63 ²	1,74	7,63 ³	1,33	6,37 ^{2,3}	1,18
Фактор Q1 (консерватизм–радикализм)	5,98	2,04	5,82	1,64	6,58	1,99
Фактор Q2 (конформизм–нонконформизм)	5,48 ²	1,41	5,54 ³	1,45	6,26 ^{2,3}	1,53
Фактор Q3 (низкий самоконтроль–высокий самоконтроль)	5,83 ^{1,2}	1,57	5,16 ^{1,3}	1,03	6,80 ^{2,3}	2,01
Фактор Q4 (расслабленность–эмоциональная напряженность)	7,09 ²	1,05	7,23 ³	1,20	5,40 ^{2,3}	1,80
Фактор MD адекватность самооценки (низкая –высокая самооценка)	5,87 ²	1,34	5,68 ³	1,40	6,61 ^{2,3}	1,63

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

Таблица 2. Средние значения показателей опросника STAXI Ч.Д. Спилбергера у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Сиюминутное состояние гнева	10,26	0,61	10,32	0,71	10,09	0,32
Склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность	16,80 ^{1,2}	2,72	19,00 ^{1,3}	4,54	14,79 ^{2,3}	3,36
Гнев-темперамент	7,72	1,65	8,30 ³	2,04	7,143	2,60
Гнев-реакция	8,65	2,07	8,89	2,13	8,14	1,95
Экспрессия гнева внутрь	13,52	2,59	14,07	2,76	13,50	2,97
Экспрессия гнева вовне	15,611,2	2,47	16,86 ^{1,3}	1,91	13,98 ^{2,3}	2,83
Экспрессия гнева контроль	20,02	2,94	18,98 ³	2,73	20,41 ³	3,89

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

Таблица 3. Средние значения показателей опросника показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки (BDHI) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ), ВИЧ негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Физическая агрессия	64,09 ²	16,61	63,49 ³	15,14	50,60 ^{2,3}	14,36
Вербальная агрессия	53,222	18,18	53,77 ³	15,26	46,72 ^{2,3}	12,79
Косвенная агрессия	65,00	18,59	64,09	25,16	64,50	21,29
Негативизм	48,70	20,93	47,37	23,49	48,89	15,61
Раздражение	52,63 ²	17,07	54,65 ³	12,06	42,99 ^{2,3}	12,79
Подозрительность	54,04	15,87	58,67 ³	16,01	47,30 ³	20,99
Обида	53,701	17,03	64,32 ^{1,3}	18,12	49,9 ^{2,3}	21,62
Чувство вины	51,89 ^{1,2}	16,01	67,35 ^{1,3}	17,28	40,46 ^{2,3}	10,92
Индекс агрессивности	56,64 ²	13,55	57,30 ³	11,02	46,77 ^{2,3}	8,72
Индекс враждебности	53,87 ¹	12,07	61,49 ^{1,3}	14,54	48,61 ³	18,17

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

Таблица 4. Средние значения показателей теста смысловых ориентаций (PIL) у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным (ОЗВИЧ), ВИЧ негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

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

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

вины» и «индекса агрессивности», что указывает на высокую готовность к проявлению негативных чувств, выражению их как напрямую (словесно или с применением физической силы против другого лица), так и опосредованно.

В группе ОЗВИЧ выше показатели «обида», «чувства вины» «индекса враждебности» по сравнению с ОЗ и КГ, а также «подозрительности» по сравнению с КГ. ВИЧ-инфицированные опиоидзависимые чаще, чем другие респонденты, переживают негативные эмоции в связи несправедливым к ним отношением, оскорблениями, что выражается в раздражении, недоверчивом отношении к окружающим. Высокие показатели чувства вины у пациентов обеих групп указывают на ощущаемые ими угрызения совести, убеждение в том, что они

является «плохими» людьми, а их поведение не соответствует морально-нравственным нормам.

Результаты исследования смысловых ориентаций опиоидзависимых при помощи опросника СЖО (PIL) (табл. 4).

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью опросника СЖО выявил ряд достоверных различий между группами. Показатели «Цель в жизни», «Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «Результативность жизни или удовлетворенность самореализацией», «Локус-контроля — Я», «Локус-контроля — Жизнь» и «Общий показатель» в группах ОЗВИЧ и ОЗ были ниже, чем в КГ. Результаты исследования свидетельствуют о том, что у опиоидзависимых отме-

чаются затруднения в формировании планов на будущее, утрата направленности своих действий, отсутствии уверенности в своих силах, способности жить в соответствии со своими целями и представлениями. Прожитая часть жизнь оценивается респондентами негативно, а процесс жизни воспринимается как неинтересный и эмоционально не насыщенный. В группах опиоидзависимых низкий уровень убежденности в том, что они могут контролировать свою жизнь, свободно принимать решения и их реализовывать. У обследуемых с ОЗВИЧ значения по шкалам «Цель в жизни», «Процесс жизни или эмоциональная насыщенность жизни», «Локус-контроля — Жизнь», были меньше по сравнению с ОЗ, что указывает на еще более низкий уровень смысла понимания существования, осмысленности целей, удовлетворенности своей жизнью в настоящем, уверенности в том, что жизнь неподвластна сознательному контролю.

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

Результаты исследования копинг-стратегий с использованием опросника Р.С. Лазаруса (WCCQ) (табл. 5).

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

Таким образом, опиоидзависимые, как правило, используют неэффективные способы совладающего поведения, которые направлены на уход от проблемы, избегание, подавление и сдерживание эмоций, неконструктивное разрешение трудностей, необходимость приложения усилий для регулирования своих мыслей и действий. Данные пациенты меньше склонны фокусироваться на существующих проблемах, искать в них позитивный смысл. У ВИЧ-инфицированных респондентов регистрируется высокий уровень конфликтных способов разрешения и преодоление ситуации, при этом они в большей степени склонны к поиску информационной и действенной поддержки со стороны близких, социального окружения.

Результаты исследования стигматизации/дискриминации при помощи модифицированной шкалы методики Б.Г. Линка (LINK) (табл. 6). Модифицированная «целевая» шкала методики Б.Г. Линка предназначена для измерения косвенной, «проективной» готовности респондентов стигматизировать/дискриминировать людей по статусу «наркозависимость» и «ВИЧ-инфицированный». Методика позволяет оценить мнение обследуемых групп о том, как большинство людей, а не сами респонденты, относится к ВИЧ-позитивным и

наркозависимым в различных сферах жизни: по вопросам трудоустройства, бракосочетания, безопасности, доверия и т. д.

Результаты сравнительного исследования стигматизации/дискриминации респондентов выявили следующие значимые различия: показатели стигматизации/дискриминации по признакам наркозависимости и ВИЧ-инфицированности в группах ОЗ и ОЗВИЧ выше, чем в КГ; пациенты ОЗВИЧ по сравнению с пациентами ОЗ демонстрируют более высокий уровень стигматизации ВИЧ-инфицированных.

Результаты исследования качества жизни при помощи «ВОЗКЖ-100», (WHOQOL-100) (табл. 7). По данным анализа показателей опросника ВОЗ КЖ-100 установлено, что в группе ОЗВИЧ субъективное восприятие качества жизни статистически значимо ниже по сравнению с КГ в субсферах: «G-удовлетворенность здоровьем и КЖ», «F1—физическая боль и дискомфорт», «F2—жизненная активность, энергия, усталость», «F3—сон и отдых», «F4—положительные эмоции», «F5—познавательные функции» «F6—самооценка», «F7—образ тела и внешность», «F8—отрицательные эмоции», «F10—выполнение повседневных дел», «F11—зависимость от лекарств и лечения», «F12—работоспособность», «F13—личные отношения», «F14—практическая социальная поддержка», «F15—сексуальная активность», «F16—физическая безопасность», «F18—финансовые ресурсы», «F20—приобретение новой информации», «F21—возможности использования отдыха», «F24—духовность, личные убеждения». При этом только в данной группе по сравнению с КГ отмечается снижение показателей в субсферах «F5», «F7», «F10», «F14», «F15», «F16», «F18», «F19», «F20», «F21», «F24». В обеих группах опиоидзависимых значения субсфер «G», «F1», «F2», «F3», «F4», «F6», «F8», «F9», «F11», «F12», «F13» были достоверно ниже, чем в КГ. Показатель субферы «F9—подвижность» по сравнению с КГ достоверно снижен лишь в группе ОЗ.

Между группами ОЗ и ОЗВИЧ было выявлено меньше статистически достоверных различий. В группе ОЗ, по сравнению с ОЗВИЧ, выше следующие показатели: «G-удовлетворенность здоровьем и КЖ», «F1—физическая боль и дискомфорт», «F2—жизненная активность, энергия, усталость», «F7—образ тела и внешность», «F8—«отрицательные эмоции», «F10—выполнение повседневных дел», «F11—зависимость от лекарств и лечения», «F12—работоспособность», «F21—возможности использования отдыха».

Данные, полученные по субсферам опросника ВОЗКЖ-100, находят свое отражение и в интегральных показателях. В обеих группах опиоидзависимых показатели качества жизни в «физической сфере», «психологической сфере», «уровне независимости», «социальных отношениях», «общем качестве жизни» статистически значимо хуже, чем в КГ. У респондентов в группе ОЗВИЧ при сравнении с КГ удовлетворенность КЖ статистически значимо ниже по всем сферам, вклю-

Таблица 5. Средние значения показателей опросника для изучения копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатели	ОЗ (n = 46)		ОЗВИЧ (n = 57)		КГ (n = 90)	
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
Конфронтативный копинг	9,63	2,77	10,07 ³	2,67	8,64 ³	2,76
Дистанцирование	8,432	2,64	8,32 ³	2,45	7,02 ^{2,3}	1,36
Самоконтроль	14,092	3,42	14,26 ³	3,25	12,47 ^{2,3}	2,92
Поиск социальной поддержки	10,93	2,18	12,18 ³	3,31	10,76 ³	2,90
Принятие ответственности	8,17	1,29	10,65	11,58	8,23	1,28
Бегство–избегание	10,74 ²	3,92	10,18 ³	4,64	6,57 ^{2,3}	2,52
Планирование решения проблемы	8,39 ²	2,04	8,40 ³	1,77	11,40 ^{2,3}	2,10
Положительная переоценка	8,70 ²	1,68	8,44 ³	2,42	11,31 ^{2,3}	3,35

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

Таблица 6. Средние значения показателей модифицированной шкалы стигматизации Б.Г. Линка (LINK) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

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

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

чая показатель «общее качество жизни». При этом ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ оценивают значительно ниже благополучие в «психологической» сфере и «уровне независимости». В отличие от групп ОЗ и КГ, снижение удовлетворенности КЖ в сферах «окружающая среда» и «духовная сфера» регистрируется только в группе ОЗВИЧ.

Обсуждение

Большинство выполненных ранее исследований затрагивают лишь отдельные аспекты психосоциального функционирования опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом [5, 6, 8, 22, 57, 58, 40, 35, 62, 54]. В тоже время, биопсихосоциальная парадигма предусматривает целостный подход к изучению особенностей формирования, диагностики, лечения и реабилитации аддиктивных расстройств.

В проведенном исследовании впервые была осуществлена попытка максимально охватить и сравнить социально-психологические, поведенческие и клинические характеристики опиоидзависимых с ВИЧ-положительным и ВИЧ-негативным статусами. Ранее в Сообщении 1 были опубликованы данные, свидетельствующие о более неблагоприятном социальном и психопатологическом

состоянии ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых потребителей инъекционных наркотиков, по сравнению с опиоидзависимыми, не инфицированными ВИЧ. В группах наркозависимых отмечен высокий уровень риска ВИЧ-инфицирования при употреблении наркотиков, риск передачи инфекций половым путем, который максимально выражен в группе ОЗВИЧ [11].

В Сообщении 2 представлены результаты исследования личностных характеристик, показателей агрессии, гнева, смысловых ориентаций, копинг-стратегий, стигматизации/дискриминации, а также качества жизни опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом.

Изучение индивидуально-психологических свойств личности с учетом принадлежности человека к той или иной группе демонстрирует индивидуальное своеобразие конкретной личности и позволяет с большей долей вероятности прогнозировать ее реальное поведение в определенных жизненных ситуациях [15]. Исследования, освещающие вопросы личностных особенностей зависимых от ПАВ, широко представлены в научной литературе [32, 27, 17, 28, 24]. В настоящее время обсуждается вопрос о возможности выделения особого, специфического «наркоманического дефекта» или «зависимой личности» [27, 18]. Достоверно установлено, что у больных с зависимо-

Таблица 7. Средние значения показателей опросника «ВОЗЖ-100» (WHOQOL-100) у опиоидзависимых с ВИЧ-положительным (ОЗВИЧ), ВИЧ негативным статусом (ОЗ) и в контрольной группе (КГ)

Показатель	ОЗ	ОЗВИЧ		КГ		
	Среднее	SD	Среднее	SD	Среднее	SD
G–общее качество жизни и состояние здоровья	12,91 ^{1***,2***}	2,14	10,88 ^{3***}	2,16	15,66	2,34
F1–физическая боль и дискомфорт	13,15 ^{1***,2***}	2,35	11,37 ^{3***}	1,99	15,11	2,64
F2–жизненная активность, энергия, усталость	13,70 ^{1*,2*}	2,72	12,26 ^{3***}	3,07	15,19	3,16
F3–сон и отдых	13,70 ^{2***}	4,70	13,68 ^{3***}	4,67	17,18	3,48
F4–положительные эмоции	13,20 ^{2**}	2,65	12,32 ^{3***}	3,43	15,11	3,33
F5–познавательные функции	14,30	2,39	13,70 ^{3***}	2,43	15,28	2,27
F6–самооценка	14,76 ^{2*}	1,95	13,93 ^{3***}	2,85	15,81	2,19
F7–образ тела и внешность	15,39 ^{1*}	2,80	13,61 ^{3***}	3,62	15,91	3,20
F8–отрицательные эмоции	14,78 ^{1*,2*}	2,58	13,33 ^{3***}	3,56	16,23	3,26
F9–подвижность	16,46 ^{2*}	2,77	16,84	3,06	17,81	2,56
F10–выполнение повседневных дел	15,91 ^{1*}	2,62	14,42 ^{3***}	3,37	16,90	2,64
F11–зависимость от лекарств и лечения	15,85 ^{1*,2***}	3,78	13,70 ^{3***}	4,20	18,52	3,06
F12–работоспособность	16,76 ^{1*,2*}	2,90	15,05 ^{3***}	3,55	18,18	2,40
F13–личные отношения	14,78 ^{2*}	3,13	14,14 ^{3***}	3,07	16,19	3,03
F14–практическая социальная поддержка	14,41	3,00	14,02 ^{3**}	3,18	15,70	3,16
F15–сексуальная активность	13,59	3,17	13,35 ^{3*}	3,80	14,94	3,08
F16–физическая безопасность	14,30	2,13	13,65 ^{3*}	2,07	14,67	2,66
F17–окружающая среда дома	13,83	2,93	13,00	3,52	14,37	3,65
F18–финансовые ресурсы	12,00	2,50	10,67 ^{3**}	2,99	12,32	3,39
F19–медицинская и социальная помощь	12,43	3,00	12,04	2,95	13,02	3,24
F20–приобретение новой информации	14,54	2,47	13,86 ^{3***}	2,58	15,48	2,14
F21–возможности использования отдыха	15,28 ^{1*}	3,64	13,67 ^{3***}	3,56	16,10	2,78
F22–окружающая среда	13,39	3,00	13,16	2,66	14,10	3,25
F23–транспорт	13,67	2,97	13,49	3,06	14,00	3,64
F24–духовность, личные убеждения	14,78	2,85	13,98 ^{3**}	3,55	15,63	2,98
Физическая сфера	13,51 ^{2***}	2,57	12,44 ^{3***}	2,55	15,82	2,13
Психологическая сфера	14,49 ^{1*,2*}	1,79	13,38 ^{3***}	2,62	15,67	1,78
Уровень независимости	16,24 ^{1*,2***}	2,35	15,00 ^{3***}	3,00	17,85	1,71
Социальные отношения	14,26 ^{2**}	2,59	13,83 ^{3***}	2,82	15,61	2,15
Окружающая среда	13,68	1,65	12,94 ^{3***}	1,92	14,25	1,62
Духовная сфера	14,78	2,85	13,98 ^{3**}	3,55	15,63	2,98
Общее качество жизни (КЖ-100)	86,97 ^{2***}	11,01	81,58 ^{3***}	14,39	94,85	8,17

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

стью от ПАВ, и, в частности, у опиоидзависимых, регистрируются специфические индивидуально-психологические характеристики, такие, как эгоцентризм, незрелость, неспособность заботиться о себе, замкнутость, нарушения в регулировании эмоций, обособленность, недостаточный контроль влечений и поведения, которые увеличивают вероятность возникновения зависимости от различных видов наркотических средств и ухудшают прогноз заболевания [23, 33, 41]. Воздействие вирусной инфекции на центральную нервную систему усугубляет общее состояние и снижает адаптационные возможности личности [48].

Результаты настоящего исследования, полученные с помощью 16-факторного опросника Р.Б. Кеттелла, подтверждают существование комбинаций дисфункциональных индивидуально-психологических черт у пациентов с опиоидной зависимостью, которые можно представить в виде базовых блоков личностных свойств. Коммуникативные свойства личности опиоидзависимых характеризуются избирательностью в межличностных отношениях, причем круг близкого окружения у них достаточно узкий. Активность в установлении и сохранении новых контактов невысокая. Отношение к людям настороженное, подозрительное, недоверчивое. Отмечается склонность к рискованному поведению, а также готовность подчиняться мнению и требованиям группы. В эмоциональной сфере выявляются повышенная тревожность, раздражительность, мнительность, низкая стрессоустойчивость, излишняя эмоциональная напряженность, низкий контроль эмоций и поведения, зависимость от настроений, страх, недовольство собой, неуверенность, чувство вины. Интеллектуальные возможности характеризуются меньшей оперативностью и некоторой ригидностью мышления. В мыслительных процессах преобладают прагматичность и конкретность. Адаптивность регуляторных свойств личности (самодисциплина и моральная нормативность) снижена, в социальном поведении преобладают меньшая критичность, а также пренебрежение общепринятыми правилами и нормами. В группе опиоидзависимых в личностном профиле доминируют смелость, напористость, импульсивность и склонность к риску. В группе ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов отмечались худшие показатели в интеллектуально-эмоциональной сфере, у них максимально выражены низкий самоконтроль, аффективность, фрустрированность, ригидность и конкретность мышления, что связано с воздействием инфекционных и токсических агентов.

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

ражены, что является одним из механизмов формирования агрессии.

Ранее было показано, что выраженные состояния гнева, снижение контроля гнева и экспрессия гнева в корне свойственны зависимым от ПАВ [55, 47, 46, 49]. Гнев, как негативное эмоциональное состояние, тесно связан с агрессией, потенцирует конфликтно-агрессивные паттерны поведения [16, 49].

Агрессия занимает значительное место в структуре аддиктивных расстройств и проявляются семейными, межличностными конфликтами, различными формами насилия [55, 47, 46, 10, 61]. Существует тесная взаимосвязь между потреблением ПАВ и характером агрессии, при этом различные виды зависимости от ПАВ существенно отличаются друг от друга в выраженности показателей агрессии [10, 61]. В ряде исследований отмечено, что у больных с героиновой зависимостью часто наблюдается склонность к агрессии [51], а наибольшие значения данного показателя отмечались у потребителей героина, имевших судимости [52]. Склонность к насилию среди ВИЧ-инфицированных и лиц с высоким риском ВИЧ-инфицирования выше, чем в целом среди населения [43]. Осознание ВИЧ-инфицированности как неизлечимой болезни вызывает у больных негативные эмоции и агрессивные реакции [21].

В данной работе установлено, что в группах ОЗВИЧ и ОЗ отмечается высокий уровень агрессивности, а также готовность к использованию физической и вербальной агрессии. Данные формы агрессии сопровождаются наличием выраженной раздражительности и чувства вины. Агрессивность при потреблении ПАВ связана, с нашей точки зрения, не только с высокими показателями гнева и инфекционно-токсическим воздействием на ЦНС, но с конфликтом между необходимостью принадлежать к обществу и потребностью сопротивляться его запретам, связанным с приемом ПАВ. Поскольку потребление ПАВ часто сопровождается срывами циклов реализации потребностей (невозможность достать желаемое вещество, противодействие окружения и органов правопорядка, стигматизация наркопотребителей), агрессия приобретает длительный и стойкий характер, перерастая в агрессивность как черту личности, что может быть причиной повышения показателя шкалы STAXI — «склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность». У больных ОЗВИЧ агрессивные тенденции поддерживаются значительным уровнем подозрительности и враждебности, обиды, что, возможно связано, как с медико-социальными проблемами, дискриминацией, так и с осознанием наличия тяжелой неизлечимой инфекционной патологии.

ВИЧ-положительный статус является для пациентов серьезной психологической травмой и ассоциируется у большинства из них со смертным приговором, что оказывает влияние на поведение и жизненные позиции больного [12].

Исследование смысложизненных ориентаций показало, что у опиоидзависимых обеих групп

регистрируется низкий уровень осмысленности существования, недостаточная целеустремленность, отсутствие планов на будущее. Эмоциональная оценка процесса жизни больными чаще носит отрицательный характер, у них отмечается отсутствие уверенности в своих силах и способности контролировать свою жизнь в соответствии с представлениями о ней. Наркозависимые не удовлетворены результатами прожитой части жизни. Наличие ВИЧ-инфекции у потребителей опиоидов усугубляет негативное восприятие их жизненных перспектив и смысла существования, приводит к большей потере контроля над жизнью, пересмотру целей, планов на будущее, в данной группе регистрируется наименьшая удовлетворенность собственной жизнью. Низкие показатели смысло-жизненных ориентаций у больных с опиоидной зависимостью были выявлены ранее и описаны в ряде работ [9, 38].

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

В данной работе с помощью опросника Лазаруса было показано, что в поведении обеих групп наркопотребителей преобладают дезадаптивные копинг-стратегии: дистанцирование и избегание в отношениях с окружающими, спонтанное решение возникающих проблем, которые в немалой степени обусловлены характерологическими особенностями наркозависимой личности. Больные ОЗ и ОЗВИЧ демонстрируют снижение способности положительно оценивать происходящие события, не стремятся принимать ответственность на себя, что в целом приводит к ухудшению социального функционирования. У пациентов ОЗВИЧ, по сравнению с группой контроля, выделяются некоторые специфические копинг-стратегии, в частности готовность к конфронтации — неадаптивной агрессивно-ориентированной стратегии поведенческой активности, приводящей к конфликтным напряженным отношениям с окружающими, что подтверждается высокими значениями «индекса враждебности» (BDHI) и проявлений гнева (STAXI). Вместе с тем для них же являются характерными поиск социальной, эмоциональной и информационной поддержки социума. Отмечаемые поведенческие реакции данной группы пациентов связаны с характером заболеваний, вышперечисленными личностными особенностями и пониманием возможных опасных последствий ВИЧ-инфицированности как на индивидуальном, так и на социальном уровнях. Доминирование неадаптивных форм совладающего поведения у потребителей опиоидов было продемонстрировано в других исследованиях [36].

Стигматизация расстройств, обусловленных потреблением психоактивных веществ и ВИЧ-инфекцией, является серьезной медико-психологической и социальной, но и особенно актуальной для наркологии проблемой [1]. Выде-

ление больных среди других, «клеймение» их на основании некоторых неприемлемых отклонений от нормы приводят к отчуждению и дискриминации стигматизируемых, преследованиям и другим отвергающим или враждебным действиям, что обуславливает ухудшение медико-социального состояния [60, 53, 13, 31].

Согласно нашим данным, полученным с помощью модифицированной шкалы Б.Г. Линка, потребители опиоидов обеих групп больше стигматизируют наркозависимых и ВИЧ-инфицированных, чем опрошенные из контрольной группы. Такой высокий уровень стигматизирующего отношения обусловлен отрицательным опытом взаимодействия ОЗ и ОЗВИЧ с социальным окружением, так как известно, что стигматизация по признакам наркозависимости и ВИЧ-инфицированности лишает ряда прав и не позволяет дискриминируемым реализовать множество жизненных перспектив. Низкая готовность респондентов контрольной группы стигматизировать изучаемых больных, возможно, определяется молодым возрастом испытуемых, образованием, отсутствием опыта общения с наркопотребителями, а также их толерантностью к информации о том, что связано с наркотиками, наркологическим заболеванием и ВИЧ-инфекцией. Стигматизация ВИЧ-инфицированных обследуемыми из группы ОЗ, вероятнее всего, связана с наличием угрозы ВИЧ-инфицирования и переносом на себя негативного отношения общества к ВИЧ-инфицированным, с которым они сталкивались в повседневной жизни. Наиболее высокий уровень стигматизации по ВИЧ-инфекции отмечается в группе ОЗВИЧ. Данный факт указывает на то, что эти пациенты максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы, которая приписывает стигматизируемым набор нежелательных характеристик, таких, как опасность, агрессивность, ненадежность, непредсказуемость, и сопровождается значительной социальной изоляцией и дискриминацией. Высокие уровни стигматизации и самостигматизации у потребителей опиоидов подтверждаются показателями, свидетельствующими о наличии выраженных переживаний «обида» и «вины» (BDHI).

Следует отметить, что у пациентов обеих групп происходит «наслоение» стигм как по диагнозу «наркозависимость», так и по диагнозу ВИЧ, что вероятно является следствием особенно негативного отношения социума к инфицированным наркологическим больным. Двойная стигматизация отягощает биопсихосоциальный статус пациентов и существенно снижает качество их жизни [3].

Одним из приоритетных методологических подходов биопсихосоциального направления является изучение показателя качества жизни (КЖ) [20, 39]. Качество жизни является интегральной характеристикой физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанной на его субъективном восприятии [29]. В последнее время в ряде исследований продемонстрировано, что у наркозависи-

мых отмечается низкий уровень КЖ [45, 19, 4, 64, 50]. ВИЧ-статус, в свою очередь, оказывает негативное воздействие на все сферы КЖ инфицированного человека [56, 26, 2, 37].

В данной работе для оценки качества жизни использовался опросник «ВОЗКЖ-100» — многомерный инструмент, позволяющий получить основанную на индивидуальном восприятии оценку качества жизни респондента в целом и по отдельным сферам и субсферам [14].

Результаты проведенного исследования показывают, что потребители опиатов, вне зависимости от ВИЧ-статуса, имеют низкий уровень удовлетворенности качеством своей жизни и состоянием здоровья: показатели в «физической сфере», «психологической сфере», «уровне независимости», «социальных отношениях», и «общем качестве жизни» у них достоверно хуже, чем у здоровых испытуемых. Снижение удовлетворенности КЖ в группах наркозависимых возможно вызвано физическим дискомфортом, снижением самооценки, нехваткой положительных эмоций, зависимостью от медикаментозной поддержки и медицинских вмешательств. В группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечается снижение способности справляться с работой, восстанавливать и поддерживать близкие личные взаимоотношения с окружающими, а также регистрируются беспокойство о своей внешней привлекательности. По сравнению с ОЗ, у ОЗВИЧ собственное самочувствие и качество жизни воспринимаются хуже: их в большей степени беспокоят высокая утомляемость, сниженная жизненная активность, отрицательные эмоции и неприятные физические ощущения, что может быть обусловлено как инфекционно-соматическими и психическими нарушениями (депрессия, тревога), так и индивидуально-психологической дезадаптацией. Данное состояние сопровождается более выраженной необходимостью в получении лекарств и лечения. У серопозитивных наркозависимых хуже работоспособность, больше проблем с выполнением повседневных дел, меньше возможностей отдыхать и испытывать удовольствие. Образ тела и внешность воспринимаются более ими негативно. У ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов удовлетворенность качеством жизни, при сравнении с нормативными показателями, достоверно хуже во всех сферах, и, кроме того, по целому ряду субсфер регистрируется снижение показателей исключительно в данной группе. Это свидетельствует о том, что ВИЧ-позитивные пациенты меньше чувствуют поддержку и практическую помощь со стороны близкого окружения, у них меньше возможностей по организации своего досуга и отдыха и удовлетворения сексуальных потребностей. Для пациентов группы ОЗВИЧ характерны низкая удовлетворенность финансовыми ресурсами, отсутствие ощущения физической безопасности и защищенности. У таких больных хуже когнитивное функционирование, больше проблем с приобретением новой информации, а также с получением медицинской и социальной помощи. Су-

ществующий медико-социальный статус снижает удовлетворенность в «духовной» сфере.

Результаты исследования, представленные в обеих наших статьях, свидетельствуют о том, что при опиоидной зависимости нарушения носят комплексный характер и затрагивают все стороны биопсихосоциального функционирования пациентов. ВИЧ-позитивный статус существенно снижает адаптационно-компенсаторные возможности организма, утяжеляет состояние соматического, психического и социального здоровья наркозависимых, обуславливает формирование специфичных только для данной группы аддиктивных и психопатологических расстройств, а так же индивидуально-психологических и поведенческих отклонений. Существующая комбинация заболеваний увеличивает риск наркопотребления и распространения инфекционных заболеваний, ухудшает прогноз.

Многомерная клинико-психологическая диагностика при сложной коморбидной патологии позволяет не только комплексно оценивать состояние больного человека, но также помогает обозначить основные принципы и направления медико-социальных воздействий. Система оказания медицинской и социальной помощи должна быть доступной и соответствовать потребностям и особенностям как инфицированных, так и не инфицированных потребителей наркотиков. Усилия необходимо направлять на уменьшение проявлений всего комплекса заболеваний, индивидуализацию диагностических, фармакологических, психотерапевтических и социально ориентированных интервенций. Взаимодействие с пациентами должно основываться на уважительном отношении, конфиденциальности, толерантности к их медико-социальному, юридическому и финансовому статусу, а также на взаимном доверии, сотрудничестве и недопустимости ограничения прав больных людей. Следует применять технологии, ориентированные на улучшение коммуникативных, эмоциональных, интеллектуальных характеристик наркопотребителей, выработку навыков самоконтроля, снижение уровня стигматизации, агрессии и рискованных форм поведения, а также на обретение новых жизненных смыслов, целей и ценностей. Социально-терапевтическое воздействие нужно сконцентрировать на повышении образования, профориентации, информационной поддержке, трудоустройстве, организации групп самопомощи и терапевтических сообществ. Объединение усилий пациентов, семьи, специалистов медицинских учреждений и социальных служб позволит более эффективно реализовывать программы восстановления здоровья и социальной адаптации наркологических больных.

Литература

1. Александров А.А. Стигматизация в наркологии // *Медицинская панорама*. — 2006. — № 6. — С. 42–46.
2. Барков Д.А., Улюкин И.М. Психологические показатели и качество жизни больных ВИЧ-инфекцией. Инфекционные болезни: проблемы здравоохранения и военной медицины // *Материалы Российской научно-практической конференции, посвященной 110-летию кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова*. — СПб.: ВМедА, 2006. — С. 40. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа http://www.infectology.ru/conference/22_24_03_2006/11-51.pdf
3. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.В. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. — М. — 2003. — 77 с.
4. Бойко Е.О. Качество жизни и социальное функционирование больных наркологическими заболеваниями и шизотипическим расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2009. — 34 с.
5. Бородина О.И., Козлов А.П. Социально-поведенческие риски ВИЧ-инфицирования потребителей инъекционных наркотиков // *Журнал социологии и социальной антропологии*. — 2007. — Т. 10. — № 3. — С. 112–131.
6. Бутс Р.Е., Квятковский К.Ф., Легман В.Е. и др. Рискованное поведение и ВИЧ/СПИД в Украине // *К.: МБФ «Международный Альянс по ВИЧ/СПИД в Украине»*. — 107 с.
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р. и др. Методика для психологической диагностики споров со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. Пособие для врачей и мед. психологов. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2009. — 37 с.
8. Должанская Н.А., Бузина Т.С. Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ // *Руководство по наркологии / ред. Н.Н. Иванец — М.: Медпрактика*. — 2002. — Т. 24. — С. 390–397.
9. Зениова Н.И., Каклюгин Н.В. Динамика смысловых ориентаций у лиц с опийной зависимостью, участвующих в реабилитационных программах религиозного и нерелигиозного типа // *Вестник Московского Университета*. — Сер. 14. — Психология. — 2012. — № 3. — С. 49–59.
10. Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Ильюшкина Е.В., Берно-Беллекур И.В., Агрессивное поведение и гнев в структуре зависимостей от различных ПАВ // *Психическое здоровье*. — 2012. — №12 (79) — С. 118–127.
11. Илюк Р.Д., Джалилова З.О., Громыко Д.И., Ильюшкина Е.В., Святенко В.С., Ерофеева Н.А., Берно-Беллекур И.В., Торбан М.Н., Киселев А.С., Незнанов Н.Г., Крупицкий Е.М. Сравнительное исследование социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом. Сообщение 1: Сравнительный анализ клинических, социально-психопатологических показателей, а также поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. — 2015. — № 3. — С. 44–56.
12. Илюк Р.Д., Крупицкий Е.М. Экзистенциальный кризис у ВИЧ-инфицированных наркозависимых как психотерапевтический ресурс // *Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: Сборник тезисов научной конференции с международным участием*. — СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2006. — С. 163.
13. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. — 2000. — Т. 1. — С. 3–8.
14. Кабанов М.М., Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П. и др. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. Пособие для врачей и психологов. — СПб. — 1998. — 55 с.
15. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла. Учебно-методическое пособие. — СПб.: Речь. — 2007. — 104 с.
16. Кассинов Г., Тафрейт Р.Ч. Психотерапия гнева: полное практическое руководство / Пер. с англ.: Гневко М., Никонова А. — М.: АСТ; СПб.: Сова. — 2006. — 477 с.
17. Козлов А.А. Клинические проявления изменений личности у больных наркоманиями: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1994. — 28 с.
18. Козлов А.А., Рохлина М.Л. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2000. — № 7. — С. 23–27.
19. Колотилин М.Г. Сравнительный анализ клинико-психопатологических расстройств и качества жизни при формировании опиоидной наркомании для разработки дифференцированных подходов к терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2014. — 23 с.
20. Комаров Е.В., Шабанов П.Д. Лечение алкогольной зависимости и тревожных расстройств с помощью пропротена 100 и качество жизни пациентов // *Психофармакология и биологическая наркология*. — 2009. — Т. 9. — Вып. 1–2. — С. 25–46.
21. Корнеева Г.К. Психологические особенности смысловой сферы личности ВИЧ-инфицированных осужденных в условиях лишения свободы: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Рязань. — 2004. — 24 с.
22. Кошкина Е.А., Киржанова В.В., Вышинский К.В. и др. Социально-демографические и поведенческие особенности потребителей наркотиков и оценка их численности в городах Северо-Западного федерального округа // *Жур-*

- нал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 2012. — Т. 112. — № 5. — Вып. 2: Аддиктивные расстройства. — С. 51–57.
23. Лавриненко В.И., Садилов Г.Н., Джанмедов А.М. Некоторые психологические особенности лиц, потребляющих одурманивающие средства // Актуальные вопросы наркологии: Тезисы республиканского совещания наркологов 24–25 апреля 1989 года. — Ашхабад. — 1989. — С. 32–34.
 24. Ланда А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных опийной наркоманией // Некоторые проблемы наркологии и токсикологии: Сборник научных трудов. — М. — 1989. — С. 102–110.
 25. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). — 2-е изд. — М.: Смысл. — 2000. — 18 с.
 26. Литвинцев С.В., Барков Д.А., Соловьев Е.Ю., Колотилин М.Г. Качество жизни при наркотической зависимости и инфицированности ВИЧ и гепатитами В и С // Наркология. — 2004. — №3. — С. 48.
 27. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Психология зависимой личности. — Казань. — 2002. — 240 с.
 28. Найденова Н.Г., Радченко А.Ф., Власова И.Б. Клиническая диагностика опийной интоксикации // Актуальные вопросы лечения и реабилитации в психиатрии и наркологии. — М.; Томск; Краснодар. — 1992. — С. 76–79.
 29. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Нева. — 2002. — 320 с.
 30. Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа у потребителей наркотиков: глобальная перспектива. — 2010. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/globalRussian.pdf>
 31. Рехтина Н.В. Дифференциация факторов и условий качества жизни в контексте распространения социально-обусловленных заболеваний (на примере исследования ВИЧ-положительных) // Известия Алтайского государственного университета. — 2010. — № 2/2 (66). — С. 223–226.
 32. Рохлина М.Л. Наркоманическая личность // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — № 7. — С. 23–26.
 33. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина. — 2005. — 304 с.
 34. Соловьева С.Л., Меркурьева А.А., Ковалева М.В. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилберга (STAXI) // Сибирский психологический журнал. — 2000. — № 3. — С. 90–93.
 35. Станько Э.П., Игумнов С.А., Гелда А.П. Эпидемиология наркозависимости и ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. — 2014. — № 4. — С. 15–21.
 36. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб. — 2003. — 23 с.
 37. Филоненко Н.Г. Научное обоснование основных направлений повышения качества жизни ВИЧ-инфицированных: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М.: ННИИОЗ РАМН. — 2009. — 24 с.
 38. Хохлова К.А. Особенности психологической адаптации наркозависимых на этапе реабилитации // Практическая психология. — 2006. — № 2. — С. 17–18.
 39. Яковлева Н. Психологические особенности ВИЧ-положительных подростков // Журнал «СПИД. Секс. Здоровье». — 2009. — № 02. — С. 15.
 40. Abad N., Baack B.N., O'Leary A. et al. A Systematic Review of HIV and STI Behavior Change Interventions for Female Sex Workers in the United States // AIDS and Behavior. — 2015 Feb 26. [Epub ahead of print]. — Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711295>
 41. Budhachandra Y., Ramesh K., Sumitra G. Personality profile among Human Immunodeficiency Virus (HIV) positives and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) patients of injecting drug users // Kathmandu University Medical Journal. — 2007. — № 5. — P. 38–41.
 42. Buss A.H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility // J. Cons. Psychol. — 1957. — Vol. 21. — P. 343–349.
 43. Cohen M., Deamant C., Barkan S. et al. Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV // Am. J. Public Health. — 2000. — Vol.90. — P. 560–565.
 44. Crumbaugh J.S. Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts // Journal of Individual Psychology. — 1968. — Vol. 24. — № 1. — P. 74–81.
 45. De Maeyer J., Vanderplasschen W., Lammertyn J. et al. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment // Qual. Life Res. — 2011, February. — Vol.20. — P. 139–150.
 46. De Mojá C.A., Spielberger C.D. Anger and drug addiction // Psychological Reports. — 1997. — № 81. — P. 152–154.
 47. Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E. Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders // Addict. Behav. — 2004. — Vol. 29, № 5. — P. 1001–1008.
 48. Ellis R., Langford D., Masliah E. HIV and antiretroviral therapy in the brain: neuronal injury and repair // Nat. Rev. Neurosci. — 2007, Jan. — № 8. — P. 33–44.
 49. Fernandez E., Scott S. Anger treatment in chemically-dependent inpatients: evaluation of phase effects and gender // Behav. Cogn. Psychotherapy. — 2009. — Vol. 37. — № 4. — P. 431–447.
 50. Fischer J.A., Conrad S., Clavarino A.M. et al. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples // Qual. Life Res. — 2013. — № 22. — P. 2113–21.
 51. Gerra G., Di Petta G., D'Amore A. et al. Effects of olanzapine on aggressiveness in heroin dependent

- patients // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. — 2006. — Vol.30. — P. 1291–1298.
52. Gerra G., Garofano L., Pellegrini C. et al. Allelic association of a dopamine transporter gene polymorphism with antisocial behaviour in heroin-dependent patients // *Addiction Biology*. — 2005. — № 10. — P. 275–281
 53. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* // Englewood Cliffs. — 1963. — P. 147.
 54. Goldstein R.B., Johnson M.O., Rotheram-Borus M.J. et al. The NIMH Healthy Living Project Team. Psychological Distress, Substance Use, and Adjustment among Parents Living with HIV // *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*. — 2005. — Vol.18. — P. 362–373.
 55. Ilyuk R.D., Gromyko D.I., Kiselev A.S. et al. Hostility and anger in patients dependent on different psychoactive drugs // *Activitas Nervosa Superior*. — 2012. — № 54. — P. 125–134.
 56. Korr W.S., Ford B.C. Measuring quality of life in the mentally ill // *Qual Life Res.* — 2003. — Vol. 12. — P. 17–23.
 57. Kozlov A.P., Shaboltas A.V., Toussova O.V. et al. HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St. Petersburg, Russia // *AIDS*. — 2006. — Vol. 4. — № 20. — P. 901–906.
 58. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Egorova V.Y. et al. HIV risk behavior and psychiatric symptoms among heroin addicts in St. Petersburg, Russia // *Journal of AIDS, Cancer and Public Health*. — 2006. — Vol. 10. — № 1. — P. 53–59.
 59. Lazarus R.S., Folkman S. *Manual for Ways of Coping Questionnaire*. — Palo Alto: Consulting Psychologists Press. — 1988. — P. 33.
 60. Link B.G., Struening E.L., Rahay M. et al. On Stigma and Its consequences: evidence from a longitudinal Study of MEN With Dual Diagnoses of Menyal Illness and Substance Abuse // *Jour. of Health and Social Behavior*. — 1997. — Vol. 38. — P. 177–190.
 61. Nichols T.R., Mahadeo M., Bryant K., Botvin G.J. Examining anger as a predictor of drug use among multiethnic middle school students // *J. Sch. Health*. — 2008. — Vol.78. — P. 480–486.
 62. Remien R.H., Rabkin J.G. Psychological aspects of living with HIV disease: A primary care perspective // *Western Journal of Medicine*. — 2001. — Vol.175. — P. 332–335.
 63. Spielberger C.D. *State-trait anger expression inventory research edition* // Professional manual. — Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. — 1988.
 64. Srivetsava S., Bhatia M.S., Rajender G., Angad S. Quality of life in substance use disorders // *Delhi psychiatry journal*. — 2009. — Vol. 12. — № 1. — P. 114–120.

Transliteration

1. Aleksandrov A.A. Stigmatizaciya v narkologii // *Medicinskaya panorama*. — 2006. — № 6. — S. 42–46.
2. Barkov D.A., Ulyukin I.M. Psihologicheskie pokazateli i kachestvo zhizni bol'nyh VICH-infekcij. Infekcionnye bolezni: problemy zdravoohraneniya i voennoj mediciny // *Materialy Rossijskoj nauchno-prakticheskoy konferencii, posvyashchennoj 110-letiyu kafedry infekcionnyh boleznej Voenno-medicinskoj akademii im. S.M. Kirova*. — SPb.: VMedA. — 2006. — S. 40. — [Elektronnyj resurs]. — Rezhim dostupa http://www.infectology.ru/conference/22_24_03_2006/11-51.pdf
3. Belyaeva V.V., Pokrovskij V.V., Kravchenko A.V. Konsul'tirovanie pri VICH-infekcii. Posobie dlya vrachej razlichnyh special'nostej. — M. — 2003. — 77 s.
4. Bojko E.O. Kachestvo zhizni i social'noe funkcionirovanie bol'nyh narkologicheskimi zabojevanijami i shizotipicheskim rasstrojstvom: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — M. — 2009. — 34 s.
5. Borodina O.I., Kozlov A.P. Social'no-povedencheskie riski VICH-inficirovaniya potrebitelej in'ekcionnyh narkotikov // *Zhurnal sociologii i social'noj antropologii*. — 2007. — T. 10. — № 3. — S. 112–131.
6. Buts R.E., Kvyatkovskij K.F., Legman V.E. i dr. Riskovannoe povedenie i VICH/SPID v Ukraine // K.: MBF «Mezhdunarodnyj Al'yans po VICH/SPID v Ukraine». — 107 s.
7. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R. i dr. *Metodika dlya psihologicheskoy diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situacijami. Posobie dlya vrachej i med. psihologov*. — SPb.: NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2009. — 37 s.
8. Dolzhanskaya N.A., Buzina T.S. Profilaktika parenteral'nyh infekcij v svyazi s upotrebleniem psihoaktivnyh veshchestv // *Rukovodstvo po narkologii*. / red. N.N. Ivanec. — M.: Medpraktika, 2002. — T. 24. — S. 390–397.
9. Zencova N.I., Kaklyugin N.V. Dinamika smyslozhiznennyh orientacij u lic s opijnoj zavisimost'yu, uchastvuyushchih v rehabilitacionnyh programmah religioznogo i nereligioznogo tipa // *Vestnik Moskovskogo Un-ta*. — Ser. 14. — Psihologiya. — 2012. — № 3. — S. 49–59.
10. Ilyuk R.D., Gromyko D.I., Ilyushkina E.V., Berno-Bellekur I.V. Aggression and anger in the structure of drug and alcohol dependency // *Mental Health*. — 2012. — №12 (79) — C. 118–127.
11. Ilyuk R.D., Jalilova Z.O., Gromyko D.I., Ilyushkina E.V., Svyatenko V.S., Erofeeva N.A., Berno-Bellekur I.V., Torban M.N., Kiselev A.S., Neznakov N.G., Krupitsky E.M. A comparative study of the socio-psychological, behavioral, and clinical characteristics of HIV-positive and HIV-negative opioid users. Part 1. // V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. — 2015. — № 3. — S. 44–56.

12. Ilyuk R.D., Krupitsky E.M. *Ekzistencial'nyj krizis u HIV-inficirovannykh narkozavisimyykh kak psihoterapevticheskij resurs // Psihoterapiya v sisteme medicinskih nauk v period stanovleniya dokazatel'noj mediciny: Sbornik tezisev nauchnoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem. — SPb.: NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 2006. — S. 163.*
13. Kabanov M.M., Burkovskij G.V. *Redukciya stigmatizacii i diskriminacii psihicheski bol'nykh // V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology. — 2000. — T. 1. — S. 3–8.*
14. Kabanov M.M., Burkovskij G.V., Kocyubinskij A.P. *i dr. Ispol'zovanie oprosnika kachestva zhizni (versiya VOZ) v psihiatricheskoy praktike. Posobie dlya vrachej i psihologov. — SPb., 1998. — 55 s.*
15. Kapustina A.N. *Mnogofaktornaya lichnostnaya metodika R. Kettella. Uchebno-metodicheskoe posobie. — SPb.: Rech', 2007. — 104 s.*
16. Kassinov G., Tafrejt R.CH. *Psihoterapiya gneva: polnoe prakticheskoe rukovodstvo / Per. s angl.: Gnevko M., Nikonova A. — M.: AST; SPb.: Sova, 2006. — 477 s.*
17. Kozlov A.A. *Klinicheskie proyavleniya izmenenij lichnosti u bol'nykh narkomaniyami: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — M., 1994. — 28 s.*
18. Kozlov A.A., Rohlina M.L. // *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. — 2000. — № 7. — S. 23–27.*
19. Kolotilin M.G. *Sravnitel'nyj analiz kliniko-psihopatologicheskikh rasstrojstv i kachestva zhizni pri formirovanii opioidnoj narkomanii dlya razrabotki differencirovannykh podhodov k terapii: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — M., 2014. — 23 s.*
20. Komarov E.V., Shabanov P.D. *Lechenie alkogol'noj zavisimosti i trevozhnykh rasstrojstv s pomoshch'yu proprotena 100 i kachestvo zhizni pacientov // Psihofarmakologiya i biologicheskaya narkologiya. — 2009. — T. 9. — Vyp. 1–2. — S. 25–46.*
21. Korneeva G.K. *Psihologicheskie osobennosti smyslovoj sfery lichnosti VICH-inficirovannykh osuzhdennykh v usloviyah lisheniya svobody: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk. — Ryazan', 2004. — 24 s.*
22. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V., Vyshinskij K.V. *i dr. Social'no-demograficheskie i povedencheskie osobennosti potrebitel'ev narkotikov i ocenka ih chislenosti v gorodah Severo-Zapadnogo federal'nogo okruga // Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S. Korsakova. — 2012. — T. 112. — № 5. — Vyp. 2: Adiktivnye rasstrojstva. — S. 51–57.*
23. Lavrinenko V.I., Sadikov G.N., Dzhanmedov A.M. *Nekotorye psihologicheskie osobennosti lic, potrebyayushchih odurmanivayushchie sredstva // Aktual'nye voprosy narkologii: Tezisy respubl. soveshchaniya narkologov 24–25 aprelya 1989 goda. — Ashkhabad, 1989. — S. 32–34.*
24. Landa A.N. *Nekotorye voprosy izucheniya lichnosti i poznavatel'nykh funkcij u bol'nykh opijnoj narkomaniej // Nekotorye problemy narkologii i toksikologii: Sbornik nauchnykh trudov. — M., 1989. — S. 102–110.*
25. Leont'ev D.A. *Test smyslozhiznennykh orientacij (SZHO). — 2-e izd. — M.: Smysl, 2000. — 18 c.*
26. Litvincev S.V., Barkov D.A., Solov'ev E.YU., Kolotilin M.G. *Kachestvo zhizni pri narkoticheskoy zavisimosti i inficirovannosti VICH i gepatitami B i C // Narkologiya. — 2004. — №3. — S. 48.*
27. Mendeleevich V.D., Sadykova R.G. *Psihologiya zavisimoy lichnosti. — Kazan', 2002. — 240 s.*
28. Najdenova N.G., Radchenko A.F., Vlasova I.B. *Klinicheskaya diagnostika opijnoj intoksikacii // Aktual'nye voprosy lecheniya i rehabilitacii v psihiatrii i narkologii. — M.; Tomsk; Krasnodar, 1992. — S. 76–79.*
29. Novik A.A., Ionova T.I. *Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v medicine. — SPb.: Neva, 2002. — 320 s.*
30. *Profilaktika i lechenie VICH/SPIDa u potrebitel'ev narkotikov: global'naya perspektiva. — 2010. — [Elektronnyj resurs]. — Rezhim dostupa: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/files/globalRussian.pdf>*
31. Rekhtina N.V. *Differenciaciya faktorov i uslovij kachestva zhizni v kontekste rasprostraneniya social'no-obuslovlennykh zabolevanij (na primere issledovaniya VICH-polozhitel'nykh) // Izvestiya Altajskogo gosudarstvennogo universiteta. — 2010. — № 2/2 (66). — S. 223–226.*
32. Rohlina M.L. *Narkomanicheskaya lichnost' // Zhurnal nevropatologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. — 2000. — № 7. — S. 23–26.*
33. Sivolap YU.P., Savchenkov V.A. *Zloupotreblenie opioidami i opioidnaya zavisimost'. — M.: Medicina, 2005. — 304 s.*
34. Solov'eva S.L., Merkur'eva A.A., Kovaleva M.V. *Rezultaty issledovaniya psihometricheskikh svoystv russkojazychnoj versii metodiki Spilbergera (STAXI) // Sibirskij psihologicheskij zhurnal. — 2000. — № 3. — S. 90–93.*
35. Stan'ko E.H.P., Igumnov S.A., Gelda A.P. *Epidemiologiya narkozavisimosti i VICH-infekcii sredi potrebitel'ev in'ekcionnykh narkotikov // Voprosy organizacii i informatizacii zdravoohraneniya. — 2014. — № 4. — S. 15–21.*
36. Tuhtarova I.V. *Koping-strategii, mekhanizmy psihologicheskoy zashchity i psihosocial'naya adaptaciya bol'nykh s VICH-infekciej: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — SPb., 2003. — 23 s.*
37. Filonenko N.G. *Nauchnoe obosnovanie osnovnykh napravlenij povysheniya kachestva zhizni VICH-inficirovannykh: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. — M.: NNIOZ RAMN, 2009. — 24 s.*
38. Hohlova K.A. *Osobennosti psihologicheskoy adaptacii narkozavisimyykh na eh tape rehabilitacii // Prakticheskaya psihologiya. — 2006. — № 2. — S. 17–18.*
39. Yakovleva N. *Psihologicheskie osobennosti VICH-polozhitel'nykh podrostkov // Zhurnal «SPID. Seks. Zdorov'e». — 2009. — № 02. — S. 15.*
40. Abad N., Baack B.N., O'Leary A. et al. *A Systematic Review of HIV and STI Behavior Change Interventions for Female Sex Workers in the United States // AIDS and Behavior. — 2015 Feb 26. [Epub ahead of print]. — Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711295>*
41. Budhachandra Y., Ramesh K., Sumitra G. *Personality profile among Human Immunodeficien-*

- cy Virus (HIV) positives and Acquired Immuno-deficiency Syndrome (AIDS) patients of injecting drug users // Kathmandu University Medical Journal. — 2007. — № 5 (1), Jan–Mar. — P. 38–41.
42. Buss A.H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility // J. Cons. Psychol. — 1957. — Vol. 21 (4). — P. 343–349.
 43. Cohen M., Deamant C., Barkan S. et al. Domestic violence and childhood sexual abuse in HIV-infected women and women at risk for HIV // Am. J. Public Health. — 2000. — 90 (4). — P. 560–565.
 44. Crumbaugh J.S. Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts // Journal of Individual Psychology. — 1968. — Vol. 24. — № 1. — P. 74–81.
 45. De Maeyer J., Vanderplasschen W., Lammertyn J. et al. Current quality of life and its determinants among opiate-dependent individuals five years after starting methadone treatment // Qual. Life Res. — 2011, February. — 20 (1). — P. 139–150.
 46. De Mojá C.A., Spielberg C.D. Anger and drug addiction // Psychological Reports. — 1997, Aug. — № 81 (1). — P. 152–154.
 47. Eftekhari A., Turner A.P., Larimer M.E. Anger expression, coping, and substance use in adolescent offenders // Addict. Behav. — 2004. — Vol. 29, № 5. — P. 1001–1008.
 48. Ellis R., Langford D., Masliah E. HIV and antiretroviral therapy in the brain: neuronal injury and repair // Nat. Rev. Neurosci. — 2007, Jan. — №. 8 (1). — P. 33–44.
 49. Fernandez E., Scott S. Anger treatment in chemically-dependent inpatients: evaluation of phase effects and gender // Behav. Cogn. Psychotherapy. — 2009. — Vol. 37. — № 4. — P. 431–447.
 50. Fischer J.A., Conrad S., Clavarino A.M. et al. Quality of life of people who inject drugs: characteristics and comparisons with other population samples // Qual. Life Res. — 2013, Oct. — № 22 (8). — P. 2113–21.
 51. Gerra G., Di Petta G., D'Amore A. et al. Effects of olanzapine on aggressiveness in heroin dependent patients // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. — 2006. — Sep. 30. — 30 (7). — P. 1291–1298.
 52. Gerra G., Garofano L., Pellegrini C. et al. Allelic association of a dopamine transporter gene polymorphism with antisocial behaviour in heroin-dependent patients // Addiction Biology. — 2005. — № 10 (3). — P. 275–281
 53. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity // Englewood Cliffs. — 963. — P. 147.
 54. Goldstein R.B., Johnson M.O., Rotheram-Borus M.J. et al. The NIMH Healthy Living Project Team. Psychological Distress, Substance Use, and Adjustment among Parents Living with HIV // The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice. — 2005. — 18(5). — P. 362–373.
 55. Ilyuk R.D., Gromyco D.I., Kiselev A.S. et al. Hostility and anger in patients dependent on different psychoactive drugs // Activitas Nervosa Superior. — 2012. — № 54, Vol. 3–4. — P. 125–134.
 56. Korr W.S., Ford B.C. Measuring quality of life in the mentally ill // Qual Life Res. — 2003. — Vol. 12. — P. 17–23.
 57. Kozlov A.P., Shaboltas A.V., Toussova O.V. et al. HIV incidence and factors associated with HIV acquisition among injection drug users in St. Petersburg, Russia // AIDS. — 2006, Apr. — Vol. 4. — № 20 (6). — P. 901–906.
 58. Krupitsky E.M., Zvartau E.E., Egorova V.Y. et al. HIV risk behavior and psychiatric symptoms among heroin addicts in St. Petersburg, Russia // Journal of AIDS, Cancer and Public Health. — 2006. — Vol. 10. — № 1. — P. 53–59.
 59. Lazarus R.S., Folkman S. Manual for Ways of Coping Questionnaire. — Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1988. — P. 33.
 60. Link B.G., Struening E.L., Rahay M. et al. On Stigma and Its consequences: evidence from a longitudinal Study of MEN With Dual Diagnoses of Menyal Illness and Substance Abuse // Jour. of Health and Social Behavior. — 1997. — Vol. 38, June. — P. 177–190.
 61. Nichols T.R., Mahadeo M., Bryant K., Botvin G.J. Examining anger as a predictor of drug use among multiethnic middle school students // J. Sch. Health. — 2008. — Sep. — 78 (9). — P. 480–486.
 62. Remien R.H., Rabkin J.G. Psychological aspects of living with HIV disease: A primary care perspective // Western Journal of Medicine. — 2001. — 175 (5). — P. 332–335.
 63. Spielberg C.D. State-trait anger expression inventory research edition // Professional manual. — Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. — 1988.
 64. Srivetsava S., Bhatia M.S., Rajender G., Angad S. Quality of life in substance use disorders // Delhi psychiatry journal. — 2009. — Vol. 12. — № 1. — P. 114–120.

Сведения об авторах

Илюк Руслан Дмитриевич — к.м.н., в.н.с., научный руководитель отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. DE-mail: ruslan.iluk@mail.ru

Джалилова Зара Ордыхановна — психиатр-нарколог отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: 61558297@mail.ru

Святенко Владислав Сергеевич — м.н.с. отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: 9248819@gmail.com

Ильюшкина Елена Витальевна — м.н.с. отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: iliushkinalena@yandex.ru

Громыко Дмитрий Иванович — к.м.н., с.н.с. отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: dmngrom@list.ru

Ерофеева Наталья Анатольевна — м.н.с. отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: nkazmenkova@mail.ru

Торбан Михаил Наумович — с 2006 по 2010 м.н.с. отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: torban5@gmail.com

Берно-Беллекур Игорь Валентинович — с 2003 по 2014 м.н.с. отделения аддиктивных расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: berno-bellekur@mail.ru

Киселев Алексей Сергеевич — специалист по биомедицинской статистике Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: biomedstat2010@gmail.com

Незнанов Николай Григорьевич — д.м.н., профессор, директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Крупницкий Евгений Михайлович — д.м.н., профессор, руководитель отдела наркологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: krueator@gmail.com