

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ ИМЕНИ В.М. БЕХТЕРЕВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждено
к печати решением
Ученого Совета
НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева
Протокол № 5 от 24.09.2020

**Многомерная оценка рискованного инъекционного и полового
поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2020

УДК: 616.89-008.441.33:616-097-022(075.4)

Многомерная оценка рискованного инъекционного и полового поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом: методические рекомендации / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; авторы-сост.: Р.Д. Илюк, Н.А. Ерофеева, Д.И. Громыко, З.А. Джалилова, А.И. Нечаева. – СПб.: / НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020. – 38 с.

Организация-разработчик: федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Авторы-составители: Илюк Р.Д., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И., Джалилова З.А., Нечаева А.И.

Рецензент: Гречаный С.В. – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, д.м.н.

Аннотация

В методических рекомендациях изложен комплексный подход к оценке инъекционного и полового поведения, связанного с риском заражения ВИЧ, у опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом. Описаны общие и специфические взаимосвязи социальных, клинических, психологических и поведенческих характеристик с рискованным поведением у больных с синдромом зависимости от опиоидов. Продемонстрирована роль психопатологических и аддиктивных нарушений, индивидуально-психологических особенностей, проявлений гнева, стигматизации, способов совладающего поведения наркозависимых с различным ВИЧ-статусом в формировании рискованного инъекционного и сексуального поведения, что необходимо учитывать при проведении лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий.

Методические рекомендации предназначены для врачей психиатров-наркологов, врачей-психиатров, медицинских (клинических) психологов, врачей-психотерапевтов, социальных работников.

ISBN 978-5-94651-077-6

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2020.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ	12
Исследование социально-демографических и клинических характеристик опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом	13
Комплексное изучение психологических и поведенческих характеристик опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом	14
Оценка инъекционного и полового рискованного поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом.....	15
Анализ биопсихосоциальных факторов, связанных с рискованным инъекционным и половым поведением опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом	15
Результаты апробации	15
Анализ результатов апробации.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	30
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	30
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	38

Многомерная оценка рискованного инъекционного и полового поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом

Р. Д. Илюк, Н. А. Ерофеева, Д. И. Громыко, З. А. Джалилова, А. И. Нечаева

ВВЕДЕНИЕ

Основные понятия и модели рискованного поведения. Анализ публикаций по теме «Рискованное поведение» показал отсутствие единого подхода к пониманию и трактовке данного феномена. С одной стороны, рискованное поведение относят к «особому стилю поведения, который с высокой степенью вероятности может привести к потере здоровья, физического и социального благополучия личности» [6], с другой — риск рассматривают как «ценность современного общества, обусловленную динамичностью происходящих в нем преобразований» [1].

На формирование и поддержание рискованного поведения оказывают влияние социальные (микро и макро), медико-биологические, а также психологические и поведенческие факторы.

Социальные факторы рискованного поведения

Семья и материальное положение. Одним из важнейших социальных факторов, формирующих негативное отношение к рискованному поведению, является влияние со стороны семейного окружения [9, 11].

В семье усваиваются правила и нормы поведения ее членов в различных сферах жизнедеятельности, вырабатываются ценностно-мотивационные основы репродуктивного здоровья, а также осуществляется урегулирование ответственности и обязательств [1, 7].

Показано, что благополучное семейное окружение и адекватный родительский контроль взаимосвязаны с более поздним началом половой жизни и применением безопасных сексуальных практик [62, 77].

Относительно более благополучное материальное состояние в основном не работающих ВИЧ-инфицированных наркозависимых может поддерживаться либо иждивенческой моделью, либо нелегальным доходом, связанным с проституцией, торговлей наркотиками и другой криминальной практикой, что повышает кратность инъекций и расширяет спектр потребляемых ПАВ, увеличивая риск инфицирования ВИЧ [3].

Образование и знание о путях распространения ВИЧ. Анализ различий социо-демографических характеристик опиоидзависимых ПИН показал, что общий уровень образования ниже в группе больных опиоидной зависимостью с ВИЧ-инфекцией [20]. Преобладание среднего уровня образования является показателем потенциального социального неблагополучия группы, проблем с трудоустройством, плохой информированности о заболеваниях, передающихся

парентеральным путем, и неосознания последствий рискованного поведения, приводящих, в свою очередь, к усилению социальных девиаций внутри сообщества [3, 70].

Между низким уровнем образования и совместным использованием инъекционного оборудования установлена прямая взаимосвязь [86]. В другом исследовании показано, что до 60% обследованных ПИН не имеют достаточных знаний о заболеваниях, распространяемых инъекционным путем [105].

Наиболее информированными о путях инфицирования ВИЧ являются женщины, предоставляющие платные сексуальные услуги. Максимальное расхождение между знаниями о методах предотвращения инфицирования ВИЧ половым путем и использованием средств предохранения наблюдается у мужчин [26].

Недостаточная осведомленность и пренебрежение способами профилактики ИППП, отсутствие половой культуры, несформированные моральные нормы, недооценка последствий способствуют инфицированию ВИЧ лиц с ранним сексуальным дебютом [23, 111]. Вместе с тем даже при наличии знаний о путях заражения ВИЧ-инфекцией и способах профилактики существенного изменения рискованного поведения или отказа от инъекционного потребления ПАВ в группе ПИН не происходит [13, 38, 44].

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

Медико-биологические факторы рискованного поведения

Импульсивность. Растет число работ, в которых подтверждается взаимосвязь между импульсивностью, зависимостью от ПАВ, а также рискованным поведением [14, 79, 90, 91]. Импульсивность представляет собой сложный феномен, в основе которого лежит склонность человека к быстрым, незапланированным реакциям на внутренние или внешние раздражители без учета негативных последствий как для него самого, так и для других [90]. Зависимость от ПАВ, сочетающаяся с патологической импульсивностью, сопровождается худшими результатами лечения, высоким уровнем рецидивов, а также рискованными формами поведения и потребления ПАВ [68, 115]. В настоящее время с использованием различных методов, в том числе и нейровизуализационных, накоплено достаточно свидетельств о связи переднебазальных регионов лобных долей, мозолистого и миндалевидного тел с импульсивностью [42, 45, 54, 92, 96]. Подчеркивается ведущая роль в контроле над импульсами префронтального кортекса — дорсолатеральных, медиальных (передняя цингулярная часть), орбитофронтальных отделов [14, 58]. Регистрируемая дефицитарность конвекситальных и медиобазальных префронтальных зон головного мозга, ассоциированная с психопатологическими расстройствами, нарушением регуляции контроля над поведением на фоне увеличенной активности системы наград и патологической импульсивности, усиливает рискованное поведение, утяжеляет течение зависимости, ухудшает прогноз [14].

Возрастные особенности. Высокий уровень рискованного поведения у подростков — хорошо известный феномен [28, 29, 30, 46, 49]. Раннее начало (до 18 лет) употребления наркотика инъекционным путем увеличивает вероятность заражения парентеральными инфекциями в 2 раза [20].

Одной из причин рискованного поведения (раннее начало потребления наркотиков или вступление в небезопасные сексуальные связи в подростковом возрасте) является гиперчувствительность мезолимбической системы награды мозга [46, 55].

Установлено, что рискованное поведение подростков связано с неравномерным созреванием двух нейробиологических систем [100]. Первая локализуется в лимбической и паралимбической областях коры головного мозга и обеспечивает интенсивность эмоциональной реакции. Максимальная активность названных структур отмечается в период полового созревания. Это приводит к тому, что подростки, особенно в присутствии значимых людей и стимулов, ведут себя более рискованно, желая получить вознаграждение с целью удовлетворения потребностей и интересов [108].

Вторая нейросистема, отвечающая за контроль над импульсами, прогнозирование и обеспечивающая разумность суждений, локализована в основном в префронтальной и теменной коре головного мозга, ее развитие продолжается до 20 лет [108].

В процессе взросления происходит значительное увеличение связей между мозговыми структурами, в результате растет способность принимать менее рискованные и более взвешенные решения, осуществлять долгосрочное планирование, а также выбирать большее вознаграждение в будущем вместо меньшего в настоящем времени [50, 80].

Область коры, отвечающая за принятие обдуманных решений, у подростков функционирует со «взрослой» интенсивностью только при условии сильной стимуляции, и для адекватной оценки подростком рискованности своего поведения необходим сильный внешний раздражитель [46].

Свойственная подросткам и лицам молодого возраста реакция группирования со сверстниками, частая неконтролируемая смена настроения также влияют на неадекватность оценки и осуществление рискованных действий [28].

Решение, принятое в компании сверстников, оказывается более рискованным по сравнению с намерением, имевшимся до групповой дискуссии [109, 110].

Гендерные различия. Предполагается, что гендерные различия в проявлениях рискованных форм поведения наиболее выражены в детском возрасте (чаще регистрируются у мальчиков) и нивелируются в процессе взросления [39].

Хотя между мужчинами и женщинами, не потребляющими наркотики, отличий в потребности новых ощущений не выявлено, женщины оценивают наличие риска выше, чем мужчины [72].

Рискованному сексуальному поведению более подвержены мужчины, чаще меняющие сексуальных партнеров, вступающие в случайные связи. Общество

терпимее относится к такому поведению среди мужчин, поэтому оно в меньшей степени оценивается негативно [40].

В случае одинаковой выраженности риска инфицирования ВИЧ у мужчин и женщин, потребляющих инъекционные наркотики, ВИЧ-инфекция чаще передается от инфицированного мужчины к женщине, чем от инфицированной женщины ее половому партнеру [73, 84]. Данный факт косвенно подтверждается большим числом ВИЧ-инфицированных ПИН женского пола [67].

Рискованное сексуальное поведение среди потребителей ПАВ более выражено у женщин, чем у мужчин. Лица женского пола чаще вступают в сексуальную связь с партнером, потребляющим ПАВ инъекционно, и совместно потребляют ПАВ [39, 67, 102].

Мужчины, потребляющие инъекционные наркотики, предпочитают в качестве сексуальных партнерш женщин без химической зависимости, реже потребляют с ними ПАВ и при этом редко используют презервативы [82, 89, 117].

Потребители инъекционных наркотиков женского пола, по сравнению с мужчинами, чаще участвуют в предоставлении платных сексуальных услуг и вступают в сексуальные отношения с партнерами с более выраженным рискованным поведением [113]. Среди ПИН 5,7% мужчин и 45,6% женщин предоставляли сексуальные услуги в обмен на деньги и наркотики, 26,8% мужчин и 5,0% женщин сами пользовались коммерческими сексуальными услугами [21].

Употребление ПАВ. Потребление различных ПАВ, даже нерегулярное или случайное, развитие наркотической зависимости и формирование синдрома отмены, поиск и прием наркотика парентеральным способом значительно увеличивают риск заражения различными инфекциями, в том числе ВИЧ [97].

Опиоидзависимые посещают места группового потребления наркотиков, контактируют с большим количеством инъекционных партнеров, часто осуществляют обмен иглами, шприцами и наркотическим веществом [8, 20].

Установлено, что инъекционное рискованное поведение ПИН в отношении инфицирования ВИЧ реализуется при непосредственном и опосредованном использовании контаминированного инструментария для инъекций; иных приспособлений, воды и посуды, которую другие ПИН уже использовали для промывки своих шприцев и разведения наркотика [10, 27, 63, 70]. Многократное использование шприцев потребителями инъекционных наркотиков повышает вероятность заражения парентеральными инфекциями в 1,9 раза [20]. По оценкам других авторов, риск заражения ВИЧ в результате инъекции инфицированным шприцем составляет от 0,63% до 2,4% (медианное значение 0,8%, т. е. примерно 1 заражение на 125 инъекций); риск заражения в результате использования другого инфицированного оборудования не был учтен [44].

Употребление психостимуляторов напрямую взаимосвязано с парентеральным способом введения, количеством инъекций и отказом от предохранения при сексуальных контактах [75]. Для зависимых от стимуляторов характерна высокая вероятность повторных инъекций наркотика: частота приема ПАВ может достигать до 1 инъекции в 20 минут в течение нескольких суток [31]. У потребителей

стимуляторов наблюдается многократный обмен между собой и повторное использование шприцев, в то время как зависимые от героина чаще обмениваются раствором наркотика, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц [81, 92, 119]. От 30% до 80% опиоидзависимых могут наркотизироваться в том числе и стимуляторами [114].

В ряде сравнительных исследований отмечается сходство по демографическим и поведенческим показателям как у зависимых от опиоидов, так и стимуляторов. Но психостимуляторная наркомания сопровождается более высоким уровнем риска инфицирования ВИЧ в связи с групповой формой потребления ПАВ и беспорядочными сексуальными отношениями без предохранения [35, 81, 98].

Результаты многих исследований доказывают наличие взаимосвязи между тяжестью наркологического заболевания и склонностью к риску. Низкий реабилитационный потенциал и рискованное поведение в отношении ВИЧ имеют общие предикторы — сниженный контроль поведенческих импульсов и нарушение способности к регуляции эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях [99, 116].

Половое поведение. Потребители наркотиков демонстрируют высокий уровень сексуального риска. Многие авторы обращают внимание на игнорирование большинством наркозависимых, в том числе и с ВИЧ-положительным статусом, применения средств защиты при половых контактах. Наиболее частыми причинами отказа от использования презервативов являются: «нежелание менять привычки сексуального поведения», «уверенность в половом партнере», «негативное отношение к презервативам» [3, 66].

Проведенные исследования доказывают наличие прямой взаимосвязи между частотой алкоголизации и вероятностью риска полового инфицирования ВИЧ [47, 53]. Опрос потребителей этанола показывает, что вследствие своего растормаживающего действия алкоголь повышает вероятность рискованного поведения, в частности, облегчая вступление в сексуальные отношения. В ряде случаев злоупотребление алкоголем сочетается с промискуитетом и проституцией [106]. У лиц подросткового возраста вероятность реализации рискованного сексуального поведения возрастает в состоянии алкогольного опьянения, приводящего к тяжелым негативным последствиям: около 76% подростков с ВИЧ-инфекцией постоянно употребляли алкоголь [56]. В наркологическом анамнезе больных ПИН в большинстве случаев первым ПАВ выступает алкоголь. При этом у опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией начало алкоголизации наблюдается в более молодом возрасте, чем в группе опиоидзависимых без ВИЧ [17]. Переход к инъекционным наркотикам не приводит к отказу от алкоголизации, а вероятность сочетания различных ПАВ становится дополнительным фактором поведенческого риска [3, 97]. По некоторым данным, до 38% ПИН могут совмещать употребление алкоголя и наркотических веществ [22].

Установлено различие в профиле сексуального риска у зависимых от опиатов и стимуляторов. У потребителей героина, как правило, отмечается сни-

жение сексуального влечения, а прием стимуляторов вызывает сексуальную расторможенность. Наркотизация стимуляторами на начальных этапах часто определяется потребностью в снятии психологических барьеров и повышения сексуальной активности, что приводит к риску инфицирования тяжелыми заболеваниями, передающимися половым путем [75]. В другом исследовании рискованного поведения наркопотребителей сообщается об активации сексуальных функций в результате приема опиатов у 19% мужчин и 17% женщин, а приема стимуляторов — у 58% мужчин и 62% женщин. На наличие нескольких половых партнеров во время опийной интоксикации указывали 3% мужчин и 2% женщин, а при стимуляторной — 34% мужчин и 30% женщин [98].

Зависимые от героина женщины могут использовать стимуляторы для повышения половой активности с целью предоставления платных сексуальных услуг. Сочетанное потребление наркотиков способствует более рискованному сексуальному поведению, что подтверждают следующие данные: ВИЧ-инфекция диагностируется чаще у женщин (18,2%), чем у мужчин (8,7%) [103].

Расширение спектра потребляемых ПАВ отражает выраженную склонность к поведению типа «поиск ощущений», что приводит к снижению реабилитационного потенциала и повышает инъекционный и сексуальный риск инфицирования ВИЧ [15, 118].

Коморбидные инфекционные заболевания. Специфичность сочетания инфекционной патологии и зависимости может быть обусловлена видом предпочитаемого ПАВ: опиоидов, психостимуляторов и т. д. [101]. Эмоциональные переживания по поводу первичного заболевания — наркомании — у потребителей ПАВ более выражены, чем переживания из-за ко-инфекций. Большинство зависимых от ПАВ с коморбидной инфекционной патологией считают заболевание гепатитом С незначительным и легко излечимым. Следует отметить, что вирус гепатита С является биомаркером, определяющим рискованное сексуальное поведение ПИН [64].

Наличие ВИЧ-инфекции часто не приводит к существенной трансформации в мышлении и поступках ПИН — до 66% ПИН продолжают рискованное поведение после того, как узнали о своем диагнозе ВИЧ [43].

У ВИЧ-инфицированных ПИН наблюдается снижение мотивационного потенциала и осмысленности жизни, что способствует сохранению рискованного поведения и значительно повышает вероятность инфицирования инъекционных и сексуальных партнеров [16, 60, 61].

По некоторым данным, в случаях выявления ВИЧ-инфекции у одного из постоянных партнеров, ВИЧ-негативные ПИН могут снижать частоту совместного потребления инъекционных наркотиков, при этом они не задумываются об изменении сексуального поведения [21].

В результате продолжения рискованного инъекционного и сексуального поведения у пациентов с ВИЧ происходит заражение новыми штаммами ВИЧ, приводящее к обновлению циркулирующих рекомбинантных форм вирусов, резистентных к АРВТ, увеличивающих генетическое разнообразие ВИЧ и затрудняющих лечение ВИЧ-инфекции. Кроме того, отмечается ко-инфицирование герпесом,

туберкулезом, сепсисом, сифилисом и другими заболеваниями, передающимися парентеральным путем, что приводит к дополнительным проблемам со здоровьем [64, 94, 112].

Коморбидная психическая патология. Для опиоидзависимых характерна сочетанность наркомании с различными психическими нарушениями, повышающими уровень рискованных поступков.

Наибольшая склонность к риску наблюдается у наркозависимых с антисоциальными личностными расстройствами [63]. У мужчин с опиоидной зависимостью чаще диагностируется антисоциальное личностное расстройство, а у женщин — посттравматическое стрессовое расстройство [78]. Среди других психопатологических нарушений, оказывающих влияние на готовность к рискованному поведению у зависимых от ПАВ, отмечаются: депрессия, генерализованное тревожное расстройство, фобии [74].

Ранее проведенные исследования свидетельствуют о том, что потребность в риске является неотъемлемой особенностью индивидуумов с патопсихологическими нарушениями и чаще встречается при наличии гипертимно-неустойчивой и истероидной психопатии [24, 29].

У потребителей ПАВ часто выявляются такие черты характера, как пренебрежительное отношение к принятым нормам поведения, переживание скуки, поиск новых ощущений, стремление к необычным формам поведения, что в совокупности обуславливает импульсивность и готовность к риску [65].

Обследование опиоидзависимых показывает, что наличие коморбидной психопатологической симптоматики осложняет течение наркологического заболевания. При этом тяжесть психопатологии определяет более выраженное рискованное поведение зависимых от опиоидов в отношении инфицирования ВИЧ [63].

В систематическом обзоре и мета-анализе на основании экспертной оценки 11 научных работ выявлен высокий уровень коморбидной психической патологии у наркозависимых. В приведенных данных авторы указывают на наличие депрессии у 27% опиоидзависимых, тревоги — у 29%, что является существенной проблемой для здравоохранения и требует разработки адекватных и эффективных клинических стратегий [74].

Депрессивная симптоматика, представленная ощущением скуки, характерна для наркозависимых и взаимосвязана с рискованным сексуальным и инъекционным поведением [71, 107]. У ПИН с депрессией чаще выявляется сексуальный тип рискованного поведения, чем инъекционный [48]. Инфицирование ВИЧ половым путем выше при клинически не выраженной депрессии, в большей мере соответствующей уровню дистимии. Значительное нарастание идеаторного и моторного компонентов депрессии приводит к ослаблению полового влечения [104]. По мнению других авторов, наличие выраженных пессимистических и суицидальных мыслей, отражающих тяжесть депрессивного состояния, приводит к снижению контроля над побуждениями, препятствует адекватной оценке риска заражения ВИЧ и способствует продолжению инъекционного потребления

наркотиков, а также отказу от использования презервативов [18]. Потребители инъекционных наркотиков с тяжелой депрессивной симптоматикой в 4 раза чаще пользуются общими иглами и шприцами. У ПИН с суицидальными мыслями на 82% больше сексуальных партнеров и в 5 раз выше вероятность незащищенного полового контакта с работниками коммерческого секса. Однако при наличии выраженной сопутствующей тревоги у наркозависимых вероятность обмена иглами или шприцами меньше на 30%, а вероятность незащищенных половых контактов с платными сексуальными партнерами снижается на 70% [41].

Психологические и поведенческие факторы рискованного поведения

Личностные особенности. В структуре личности, склонной к рискованному поведению, на первый план выступают такие черты, как импульсивность, стремление к новым ощущениям, нонконформизм и частое переживание скуки [5, 12, 87].

Ранее было высказано предположение о том, что величина приемлемого риска является индивидуальным свойством, по которому можно делить людей на более или менее рискованных [57]. В этой связи Р. Кеттелл при создании 16-факторного личностного опросника [51] включил такие черты личности, как осторожность, сдержанность при принятии решений или, напротив, большая рискованность, несдержанность (Factor F — Seriousness), в структуру одного из основных показателей — «Самоконтроль» (Self-Controlled/Conscientious/Unrestrained).

Рискованное поведение статистически значимо коррелирует с такими личностными особенностями, как экстраверсия, эмоциональная неустойчивость, интернальность в межличностных взаимоотношениях, а также готовность и склонность к риску [2, 34].

Лица, склонные к рискованному сексуальному поведению, обладают такими характеристиками, как нерешительность, неуверенность, им свойственны также эгоцентричность, враждебность, раздражительность, низкий уровень когнитивного контроля [5, 38].

К факторам, влияющим на рискованное поведение, относят отсутствие установок на сохранение здоровья, деформацию системы ценностей, низкую устойчивость к стрессам [28, 47].

Показано, что рискованное поведение ПИН взаимосвязано с когнитивными установками, особенностями окружения и такими характеристиками, как неуверенность в себе, низкая самооценка [38]. Известно, что потребители инъекционных наркотиков воспринимают себя как беспомощных, неспособных достичь успеха в жизни вследствие низкого уровня развития самосознания, самоуважения и аутосимпатии [24].

Эмоциональная лабильность, раздражительность, снижение контроля над экспрессией гнева, характерные для опиоидзависимых, приводят к увеличению агрессивности [17, 76]. Агрессивные действия во многих случаях, особенно у подростков, являются следствием эмоциональных расстройств, в том числе и «тоскливого аффекта», что объясняет феномен «повышенного удовольствия

от опасности» [48]. У лиц, склонных к агрессивному поведению, высокий порог напряженности, их не пугают опасные и стрессовые ситуации. Предполагается, что для хорошего самочувствия таким людям необходимы определенная степень напряженности и желание испытать новые ощущения и переживания, что может выражаться в стремлении к физическому и социальному риску ради этих ощущений и переживаний. С помощью методики «Склонность к поиску ощущений» М. Цукермана выявлено существование связи между потребностью в новых ощущениях и предрасположенностью подростков к поведению, связанному с приемом наркотиков [32].

Некоторые авторы рассматривают рискованное поведение как аутоагрессивное отклоняющееся поведение [24, 25].

Копинг-стратегии. Формирование стойкой зависимости у лиц, потребляющих ПАВ, в сочетании с дезадаптивными копинг-стратегиями (отрицание, избегание, конфронтация) приводит к нарастанию негативных последствий, в том числе и к рискованному поведению [4, 34].

При получении известия об инфицированности ВИЧ психосоциальная дезадаптация пациентов с зависимостью от ПАВ продолжает нарастать [1]. Такие механизмы психологической защиты, как отрицание, вытеснение и регрессия, свойственные потребителям наркотиков, и после инфицирования ВИЧ способствуют сохранению поведения с выраженным риском [37].

ВИЧ-инфицированные с высокой склонностью к рискованному поведению демонстрируют более агрессивное поведение в проблемных ситуациях и, по сравнению с людьми с низкой склонностью к риску, чаще используют конфронтативные копинг-стратегии [36]. Данный тип совладающего поведения предполагает определенную степень враждебности и готовность к риску.

Неконструктивное совладающее поведение (уход в себя, избегание) взаимосвязано с депрессивной симптоматикой, в то время как конструктивное (когнитивная переоценка, поиск социальной поддержки) — приводит к уменьшению дезадаптации и раздражения, что снижает риск инъекционного инфицирования ВИЧ [69, 88].

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

При употреблении опиоидов инъекционное и половое поведение, связанное с риском заражения ВИЧ-инфекцией, определяется сложным комплексом биопсихосоциальных факторов. Для оценки данного феномена требуется проведение системного исследования факторов, ассоциированных с выраженностью риска передачи ВИЧ.

В методических рекомендациях описывается многомерный подход к оценке показателей инъекционного (РИ) и полового (РП) поведения, социально-психологических и клинических характеристик, обуславливающих ВИЧ-инфицирование опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом.

Метод позволяет оценить особенности рискованного поведения и взаимосвязь РИ, РП с биопсихосоциальными показателями потребителей опиоидов с учетом их ВИЧ-инфицированности.

Исследование социально-демографических и клинических характеристик опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом

Анамнестические и социо-демографические данные. При сборе анамнеза отмечается информация, касающаяся трудового статуса, образования, развития, перенесенных и сопутствующих заболеваний, семьи и ближайшего окружения, внутрисемейных взаимоотношений и т. д.

Клиническая оценка наркологических расстройств. Регистрируются характер употребления и способы введения ПАВ, уровень толерантности, наличие передозировок, особенности наркотизации и специфика действия ПАВ. Оцениваются клинические симптомы абстинентных и постабстинентных расстройств, особенности лечебных и реабилитационных мероприятий, ремиссий. Выясняется уровень критичности к заболеванию, а также учитывается наличие сочетанных зависимостей от других ПАВ. Клиническая оценка зависимости проводится с помощью единых диагностических критериев по МКБ-10 (F10-F19, WHO, 1992), визуальной аналоговой шкалы влечения к героину (ВАШ), метода ретроспективной оценки недавнего употребления ПАВ (TLFB). Физическое обследование включает анализ биологических жидкостей на наркотики и определение алкоголя в выдыхаемом воздухе.

Клиническая оценка соматоневрологических расстройств и инфекционных заболеваний. Оценке подлежит общесоматическое состояние и наличие соматической патологии. Регистрируются вес, динамика веса, дисфункции ЖКТ, заболевания печени, почек, кожи, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Осуществляется сбор данных об инфекционных заболеваниях: вирусных гепатитов, туберкулеза, сифилиса, пневмонии, эндокардитов, менингитов и т. д. Фиксируется наличие неврологических расстройств. При необходимости рекомендуется применять инструментальные методы исследования: ЭЭГ, ТКДГ, МРТ.

Клиническая оценка симптомов психических расстройств. Оценка и регистрация психических расстройств выполняются на основе единых диагностических критериев по МКБ-10. Для определения актуального психопатологического симптоматического статуса рекомендуется использовать опросник выраженности психопатологической симптоматики Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) [59]. Ответы испытуемых на вопросы инструмента интерпретируются по девяти основным шкалам: соматизация — Somatization (SOM), обсессивность-компульсивность — Obsessive-Compulsive (O-C), межличностная сензитивность — Interpersonal Sensitivity (INT), депрессия — Depression (DEP), тревожность — Anxiety (ANX), враждебность — Hostility (HOS), фобическая тревожность — Phobic Anxiety (PHOB), паранойяльная тенденция — Paranoid Ideation (PAR), психотизм — Psychoticism (PSY) и по 3 обобщенным шкалам второго

порядка: GSI- общий индекс тяжести симптомов; PTSD — индекс личного симптоматического дистресса, PST — общее число утвердительных ответов.

Клиническая шкала Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS) [93]. Шкала, состоящая из 10 пунктов, позволяет оценить состояние обследуемого за последние 10 дней. На основе ответов пациента исследователь / врач выставляет баллы по каждому пункту, затем суммирует и получает общий балл.

Комплексное изучение психологических и поведенческих характеристик опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом

16-факторный личностный опросник Р.Б. Кеттелла (16PF) [52]. Вопросы опросника группируются по содержанию вокруг определенных черт личности, составляющих факторы. К первичным факторам относят: Фактор А (замкнутость — общительность); Фактор В (общий уровень интеллекта); Фактор С (эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость); Фактор Е (покорность — доминантность); Фактор F (рассудительность — безрассудство); Фактор G (низкая — высокая нормативность поведения); Фактор H (робость — смелость); Фактор I (жесткость — чувствительность) Фактор L (доверчивость — подозрительность); Фактор М (практичность — мечтательность); Фактор N (прямолинейность — дипломатичность); Фактор О (спокойствие — тревожность); Фактор Q1 (консерватизм — радикализм); Фактор Q2 (конформизм — неконформизм); Фактор Q3 (низкий самоконтроль — высокий самоконтроль); Фактор Q4 (расслабленность — эмоциональная напряженность); Фактор MD адекватность самооценки (низкая — высокая самооценка). Вторичными факторами являются: F1 — тревога; F2 — экстраверсия — интроверсия; F3 — чувствительность; F4 — конформность.

Опросник копинг-стратегий Р.С. Лазаруса (WCQ, *The Ways of Coping Questionnaire* — R. Lazarus и S. Folkman, 1984) [83]. Опросник содержит 8 шкал, которые группируются из 50 утверждений, касающихся способов преодоления трудностей в основных сферах психической деятельности — когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Выделяемые копинг-механизмы в зависимости от степени конструктивности делятся на три группы: конструктивные (планирование решения, самоконтроль, поиск социальной поддержки), относительно конструктивные (принятие ответственности, положительная переоценка) и неконструктивные (конфронтативный копинг, дистанцирование, бегство-избегание).

Опросник «Характеристики и ориентации гнева» Ч.Д. Спилбергера (STAXI) (в адаптации С.Л. Соловьевой) [33] состоит из трех частей и включает 44 вопроса, а также 7 шкал: агрессия как состояние; агрессия как черта личности; агрессия как компонент в структуре темперамента; агрессия как реакция в различных ситуациях; агрессия, направленная внутрь (аутоагрессия); агрессия, направленная вовне (гетероагрессия); контроль агрессии. Данная методика направлена на исследование как ситуационного, так и личностного уровней агрессивности, характера проявлений этого свойства, а также преимущественной направленности и степени контроля над агрессивными проявлениями.

Модифицированная шкала методики Б. Г. Линка (LINK) [85] 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. 14 вопросов психометрического инструмента предназначены для измерения косвенной, «проективной» готовности респондентов стигматизировать/дискриминировать людей по статусу «Наркозависимость» (7 вопросов), и «ВИЧ-инфицированность» (7 вопросов).

Оценка инъекционного и полового рискованного поведения опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом

Тест оценки степени риска (ТОСР) [95]. Показатель риска заражения ВИЧ инъекционным путем при наркотизации (ИР) рассчитывается на основании оценки частоты приема наркотиков, использования общих игл и способа обработки вспомогательных инструментов для инъекций и т. д. Показатель риска заражения половым путем (ПР) рассчитывается по результатам ответов на вопросы, касающихся частоты и типов половых контактов, ВИЧ-статуса половых партнеров и используемых средств индивидуальной защиты. Общий показатель риска инфицирования (Общий балл ТОСР) представляет собой сумму баллов ИР и ПР.

Анализ биопсихосоциальных факторов, связанных с рискованным инъекционным и половым поведением опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом

Системная оценка результатов должна основываться на убедительных данных, которые получены в ходе четко спланированного исследования. Так как объем данных может быть значительным и разнообразным, то для их обработки необходимо использование методов математической статистики, которые соответствуют поставленным аналитическим задачам. Суждения о различиях между изучаемыми биопсихосоциальными показателями или выводы о взаимном влиянии анализируемых факторов должны быть объективизированы расчетами статистических показателей, с использованием адекватных математических функций и моделей. Для статистического анализа рекомендуется применение таких программ, как SPSS, Statistica, S-Plus, MedCalc, StatDirect и др. В большинстве случаев при обработке данных необходимым является участие специалиста с профессиональной подготовкой в области биомедицинской статистики.

Результаты апробации

Работа выполнена в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Эффективность методологии была апробирована в ходе обследования 193 человек (117 мужчин и 76 женщин): 46 опиоидзависимых (ОЗ) (F11.20; F11.21),

57 опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) (F11.20; F11.21; B20–B24) и 90 здоровых испытуемых контрольной группы (КГ), возраст от 18 до 60 лет.

Критериями включения являлись: 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. Не включались пациенты: не давшие добровольного информированного согласия; имевшие эндогенные психические заболевания; зависимость от другого ПАВ, кроме никотина; СПИД; нейроинфекции; онкологические заболевания; клинически нестабильное серьезное заболевание: печеночную или почечную недостаточность, сердечно-сосудистые, легочные, эндокринные, неврологические, инфекционные или метаболические нарушения.

Проведение работы одобрено Локальным этическим комитетом НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева.

Методы апробации. Нами использовалась специально разработанная анкета для оценки социально-демографических и клинических характеристик. Применялись следующие психометрические инструменты: визуально-аналоговая шкала влечения к ПАВ (ВАШ), опросник психопатологической симптоматики (SCL-90) [59]; шкала для диагностики депрессии Монтгомери–Асбегга (MADRS–SIGMA) [93]; 16-факторный личностный опросник Р. Б. Кеттелла (16PF) [19, 52]; опросник для изучения копинг-стратегий Р. С. Лазаруса (WCQ) [83]; «Характеристики и ориентации гнева STAXI Ч. Д. Спилбергера» (в адаптации С. Л. Соловьевой) [33]; модифицированная шкала стигматизации/дискриминации методики Б. Г. Линка (LINK) [85], а также опросник оценки степени риска ВИЧ-инфицирования (ТОСР) [95].

Методы статистической обработки. Обработка исходной информации проводилась с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Количественные показатели были проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи критерия Колмогорова–Смирнова. При сравнении групп применялся дисперсионный анализ (ANOVA) с post-hoc тестом Бонферрони для попарных сравнений. У всех количественных переменных рассчитывались средние значения и среднеквадратические отклонения. Для качественных показателей приведены частоты и доли в процентах. Сравнение качественных признаков проведено с помощью построенных таблиц сопряженности и точного критерия Фишера (ТКФ). При корреляционном анализе использовался коэффициент Пирсона (r), оценивались связи между показателями общего, инъекционного, полового риска инфицирования опросника ТОСР и социально-демографическими, клиническими характеристиками больных, а также значениями шкал психометрических инструментов. В качестве критерия статистической достоверности рассматривался уровень значимости при $p \leq 0,05$.

Социально-демографические и клинические показатели обследованных. Группу опиоидзависимых (ОЗ) составили 46 пациентов, 31 мужчина (67,4%) и 15 женщин (32,6%). Средний возраст респондентов — 24 года ($SD = 5$). Образование:

незаконченное среднее образование имели 2 человека (4,4%), среднее — 16 (34,8%), среднее специальное — 19 (41,3%), незаконченное высшее — 5 (10,9%), высшее — 4 человека (8,7%). 20 респондентов (43,5%) имели проблемы с трудоустройством. Семейное положение: женаты или замужем — 2 человека (4,4%), гражданский брак (постоянное сожительство) — 8 (17,4%), сожительство непостоянное — 11 (23,9%), разведены — 5 (10,9%), холосты (не замужем) — 20 пациентов (43,5%). Средний возраст начала потребления опиоидов — 18 лет ($SD = 3$), время формирования абстинентного синдрома от начала потребления опиоидов — 1,7 года ($SD = 0,6$), средняя длительность употребления опиоидов у ОЗ составила 70 ($SD = 14$) месяцев. Суммарная длительность всех ремиссий — 10 месяцев ($SD = 8$). Количество случаев лечения опиоидной зависимости — 2,42 ($SD = 1,24$). Многократно перенесли передозировку — 19,5% ($n = 9$). О наличии гепатита С сообщили 28 человек (61%), гепатита В — 22 человека (48%).

В группу опиоидзависимых с ВИЧ-инфекцией (ОЗВИЧ) вошли 57 пациентов: 32 мужчины (56,1%) и 25 женщин (43,8%). Средний возраст респондентов — 26 лет ($SD = 4$). Средняя длительность ВИЧ-инфекции в группе ОЗВИЧ равнялась 49,7 ($SD = 9$) месяца. Образование: начальное образование имели 3 человека (5,2%), незаконченное среднее — 13 (22,8%), среднее — 25 (43,9%), среднее специальное — 14 (24,6%), незаконченное высшее — 1 (1,7%), высшее — 1 человек (1,7%). Проблемы с трудоустройством имел 41 человек (71,9%). Семейное положение: женаты или замужем — 6 человек (10,5%), гражданский брак (сожительство постоянное) — 10 (17,5%), сожительство непостоянное — 10 (17,5%), разведены — 12 (21,1%), холосты (не замужем) — 19 человек (33,3%). Средний возраст начала потребления опиоидов — 19 лет ($SD = 3$), время формирования абстинентного синдрома от начала потребления опиоидов — 1,5 года ($SD = 0,6$), средняя длительность употребления опиоидов у ОЗВИЧ — 80 ($SD = 20$) месяцев. Суммарная длительность всех ремиссий — 17 месяцев ($SD = 16$). Количество случаев лечения опиоидной зависимости — 2,14 ($SD = 1,67$). Многократно перенесли передозировку — 22,8% ($n=13$). Наличие гепатита С подтвердили 74% ($n=45$) обследуемых, гепатита В — 44% ($n=25$).

В контрольную группу вошли 90 человек, 54 мужчины (60%) и 36 женщин (40%). Средний возраст респондентов составил 22,7 года ($SD = 5$). Образование: начальное образование имел 1 человек (1,1%), незаконченное среднее образование — 7 человек (7,8%), среднее — 26 (28,9%), среднее специальное — 18 (20%), незаконченное высшее — 26 (28,9%), высшее — 11 (12,2%), ученую степень — 1 человек (1,1%). Не работал — 1 человек (1,1%). Проблемы с трудоустройством имели 10 человек (11,1%). Семейное положение: женаты или замужем — 12 человек (13,3%), гражданский брак (сожительство постоянное) — 5 (5,56%), сожительство непостоянное — 4 (4,4%), разведенных нет, холосты (не замужем) — 69 человек (76,7%).

Социальные и клинические характеристики, имеющие статистически значимые различия ($p \leq 0,05$). Количество незанятых в группе ОЗВИЧ больше (не работали и не учились — 73,7%), чем в группе ОЗ (47,8%). ОЗВИЧ, в отличие от ОЗ,

чаще проводят свободное время с зависимыми от ПАВ (66,7% и 32,6%). В близком окружении ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ чаще встречались ВИЧ-инфицированные (64,9% и 38%), в том числе среди половых партнеров (49,1% и 4,4%). Инициатива лечения у ОЗВИЧ чаще исходила от пациента — 79%, чем у ОЗ — 47,8%. Активационная мотивация потребления алкоголя (8,8% и 2,2%) чаще отмечались у ОЗВИЧ, чем у ОЗ. Активное противодействие родственников потреблению опиоидов (58,7% и 26,32%) и инициатива лечения от семьи (52,2% и 17,5%) чаще регистрировались в группе ОЗ по сравнению с ОЗВИЧ. В группе ОЗ чаще, чем у ОЗВИЧ, причинами ремиссий являлись терапевтические воздействия (43,5% и 19,3%).

Результаты исследования выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R). При оценке значений психопатологической симптоматики в исследуемых группах выявлены статистически значимые различия ($p \leq 0,05$): в группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются более высокие показатели, по сравнению с КГ, по субшкалам «Соматизация (SOM)»: 0,47_{ОЗ} (SD = 0,15), 0,93_{ОЗВИЧ} (SD = 0,37), 0,29_{КГ} (SD = 0,17); «Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)»: 0,64_{ОЗ} (SD = 0,16), 0,66_{ОЗВИЧ} (SD = 0,26), 0,41_{КГ} (SD = 0,21); «Депрессия (DEP)»: 0,581_{ОЗ} (SD = 0,18), 0,86_{ОЗВИЧ} (SD = 0,40), 0,40_{КГ} (SD = 0,20); «Тревожность (ANX)»: 0,41_{ОЗ} (SD = 0,22), 0,67_{ОЗВИЧ} (SD = 0,46), 0,27_{КГ} (SD = 0,15); «Враждебность (HOS)»: 0,57_{ОЗ} (SD = 0,38), 0,63_{ОЗВИЧ} (SD = 0,45), 0,42_{КГ} (SD = 0,22); «Паранойяльные симптомы (PAR)»: 0,68_{ОЗ} (SD = 0,19), 0,70_{ОЗВИЧ} (SD = 0,36), 0,31_{КГ} (SD = 0,21); «Психотизм (PSY)»: 0,31_{ОЗ} (SD = 0,14), 0,45_{ОЗВИЧ} (SD = 0,32), 0,23_{КГ} (SD = 0,15); «Общая сумма баллов»: 35,96_{ОЗ} (SD = 4,96), 49,39_{ОЗВИЧ} (SD = 12,88), 13,26_{КГ} (SD = 3,29); «Общий индекс тяжести (GSI)»: 0,40_{ОЗ} (SD = 0,05), 0,55_{ОЗВИЧ} (SD = 0,14), 0,15_{КГ} (SD = 0,03); «Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)»: 1,31_{ОЗ} (SD = 0,13), 1,59_{ОЗВИЧ} (SD = 0,24), 1,17_{КГ} (SD = 0,17); «Общее число утвердительных ответов (PST)»: 27,50_{ОЗ} (SD = 3,24), 30,91_{ОЗВИЧ} (SD = 4,95), 11,56_{КГ} (SD = 3,20).

В группе ОЗВИЧ наблюдаются более высокие ($p \leq 0,05$), чем у ОЗ, значения по показателям «Соматизация (SOM)»: 0,93_{ОЗВИЧ} (SD = 0,37), 0,47_{ОЗ} (SD = 0,15); «Депрессия (DEP)»: 0,86_{ОЗВИЧ} (SD = 0,40), 0,58_{ОЗ} (SD = 0,18); «Тревожность (ANX)»: 0,67_{ОЗВИЧ} (SD = 0,46), 0,41_{ОЗ} (SD = 0,22); «Психотизм (PSY)»: 0,45_{ОЗВИЧ} (SD = 0,32), 0,31_{ОЗ} (SD = 0,14); «Общая сумма баллов»: 49,39_{ОЗВИЧ} (SD = 12,88), 35,96_{ОЗ} (SD = 4,96); «Общий индекс тяжести (GSI)»: 0,55_{ОЗВИЧ} (SD = 0,14), 0,40_{ОЗ} (SD = 0,05); «Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)»: 1,59_{ОЗВИЧ} (SD = 0,24), 1,31_{ОЗ} (SD = 0,13); «Общее число утвердительных ответов (PST)»: 30,91_{ОЗВИЧ} (SD = 4,95), 27,50_{ОЗ} (SD = 3,24); у больных ОЗВИЧ «Фобическая тревожность (PHOV)» выше ($p \leq 0,05$), чем у КГ: 0,27_{ОЗВИЧ} (SD = 0,23), 0,18_{КГ} (SD = 0,17).

Результаты исследования депрессивных проявлений (MADRS). Суммарный балл по шкале в группе ОЗВИЧ составил 10,05 (SD = 2,24) и был статистически значимо выше ($p \leq 0,05$), чем у ОЗ — 8,98 (SD = 1,65). При сравнительной оценке показателей депрессивных проявлений в группах ОЗ и ОЗВИЧ выше, чем в КГ, средние значения шкал «Объективные признаки подавленности»: 1,02_{ОЗ} (SD = 0,26), 0,89_{ОЗВИЧ} (SD = 0,52), 0,10_{КГ} (SD = 0,30); «Субъективные

признаки подавленности» 1,02_{ОЗ} (SD=0,71), 0,72_{ОЗВИЧ} (SD=0,65), 0,00_{КГ} (SD=0,00); «Внутреннее напряжение» 1,13_{ОЗ} (SD=0,81), 1,54_{ОЗВИЧ} (SD=0,73), 0,41_{КГ} (SD=0,64); «Недостаточный сон» 2,57_{ОЗ} (SD=0,19), 1,05_{ОЗВИЧ} (SD=0,81), 0,79_{КГ} (SD=0,87); «Нарушение концентрации внимания» 0,63_{ОЗ} (SD=0,49), 0,79_{ОЗВИЧ} (SD=0,41), 0,00_{КГ} (SD=0,00); «Апатия» 0,30_{ОЗ} (SD=0,46), 0,70_{ОЗВИЧ} (SD=0,46), 0,00_{КГ} (SD=0,00); «Пессимистические мысли» 0,96_{ОЗ} (SD=0,29), 0,96_{ОЗВИЧ} (SD=0,46), 0,20_{КГ} (SD=0,40); «Суицидальные мысли» 0,52_{ОЗ} (SD=0,57), 0,74_{ОЗВИЧ} (SD=0,44), 0,00_{КГ} (SD=0,00).

В группе ОЗВИЧ наблюдаются более высокие, чем у ОЗ, средние значения по субшкалам «Внутреннее напряжение», «Снижение аппетита», «Апатия», «Утрата способности чувствовать», «Общий балл», но у ОЗ выше значения по субшкале «Недостаточный сон».

Результаты исследования показателей гнева (STAXI). Пациенты ОЗ и ОЗВИЧ имеют более высокие ($p \leq 0,05$), чем респонденты КГ, уровни «склонности к раздражительности и гневу как личностной особенности» (16,80_{ОЗ} (SD=2,72), 19,00_{ОЗВИЧ} (SD=4,54), 14,79_{КГ} (SD=3,36)) и «экспрессии гнева вовне» (15,51_{ОЗ} (SD=2,47), 16,86_{ОЗВИЧ} (SD=1,91), 13,98_{КГ} (SD=2,83)). При этом 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 потребителей опиоидов по сравнению с КГ уровни «экспрессия гнева контроль» ниже (18,98_{ОЗВИЧ} (SD=2,73), 20,41_{КГ} (SD=3,89)), а «гнев-темперамент» выше (8,30_{ОЗВИЧ} (SD=2,04), 7,14_{КГ} (SD=2,60)).

Результаты исследования личностных особенностей (16PF). По сравнению с КГ в группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются достоверно ($p \leq 0,05$) более низкие показатели по факторам «Низкая — высокая нормативность поведения (G)»: 6,01_{КГ} (SD=1,43), 4,98_{ОЗ} (SD=1,20), 4,91_{ОЗВИЧ} (SD=1,11); «Жесткость — чувствительность (I)»: 6,06_{КГ} (SD=1,86), 5,22_{ОЗ} (SD=0,92), 5,05_{ОЗВИЧ} (SD=0,97); «Практичность — мечтательность (M)»: 6,36_{КГ} (SD=1,72), 5,15_{ОЗ} (SD=1,46), 5,09_{ОЗВИЧ} (SD=1,41); «Конформизм — нонконформизм (Q₂)»: 6,26_{КГ} (SD=1,53), 5,48_{ОЗ} (SD=1,41), 5,54_{ОЗВИЧ} (SD=1,45); «Низкий самоконтроль — высокий самоконтроль (Q₃)»: 6,80_{КГ} (SD=2,01), 5,83_{ОЗ} (SD=1,57), 5,16_{ОЗВИЧ} (SD=1,03). Самые высокие значения в группах ОЗ и ОЗВИЧ регистрировались по факторам «Доверчивость — подозрительность (L)»: 7,61_{ОЗ} (SD=1,14), 7,86_{ОЗВИЧ} (SD=0,93); «Спокойствие — тревожность (O)»: 7,63_{ОЗ} (SD=1,74), 7,63_{ОЗВИЧ} (SD=1,33); «Расслабленность — эмоциональная напряженность (Q₄)»: 7,09_{ОЗ} (SD=1,05), 7,23_{ОЗВИЧ} (SD=1,20); и они были выше ($p \leq 0,05$), чем в контрольной группе. У пациентов с ОЗ выше ($p \leq 0,05$) по сравнению с КГ факторы «Покорность — доминантность (E)»: 5,70_{ОЗ} (SD=1,38), 5,06_{КГ} (SD=1,06); «Рассудительность — безрассудство (F)»: 5,54_{ОЗ} (SD=1,07), 4,80_{КГ} (SD=1,01); «Робость — смелость (H)»: 6,57_{ОЗ} (SD=1,42), 5,72_{КГ} (SD=1,55). В группе ОЗВИЧ отмечались более низкие показатели ($p \leq 0,05$) в сравнении с ОЗ и КГ по факторам «Общий уровень интеллекта (B)»: 4,89_{ОЗВИЧ} (SD=1,05), 5,61_{ОЗ} (SD=1,53), 5,67_{КГ} (SD=1,53); «Эмоциональная неустойчивость — эмоциональная устойчивость (C)»: 4,93_{ОЗВИЧ} (SD=1,12), 5,83_{ОЗ} (SD=1,16), 5,50_{КГ} (SD=1,30);

«Низкий самоконтроль — высокий самоконтроль (Q_3)»: 5,16_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,03$), 5,83_{ОЗ} ($SD = 1,57$), 6,80_{КГ} ($SD = 2,01$). Значения фактора «Прямолинейность — дипломатичность (N)» у ОЗВИЧ выше ($p \leq 0,05$), чем в КГ: 6,47_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,58$), 5,72_{КГ} ($SD = 2,01$).

Результаты исследования копинг-стратегий (WCQ). По данным сравнительного анализа установлены следующие значимые различия: больные ОЗ и ОЗВИЧ чаще ($p \leq 0,05$), чем в КГ, прибегают к стратегиям «дистанцирование»: 8,43_{ОЗ} ($SD = 2,64$), 8,32_{ОЗВИЧ} ($SD = 2,45$), 7,02_{КГ} ($SD = 1,36$); «самоконтроль»: 14,09_{ОЗ} ($SD = 3,42$), 14,26_{ОЗВИЧ} ($SD = 3,25$), 12,47_{КГ} ($SD = 2,92$); «бегство — избегание»: 10,74_{ОЗ} ($SD = 3,92$), 10,18_{ОЗВИЧ} ($SD = 4,64$), 6,57_{КГ} ($SD = 2,52$); «планирование решения проблемы»: 8,39_{ОЗ} ($SD = 2,04$), 8,40_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,77$), 11,40_{КГ} ($SD = 2,10$); «положительная переоценка»: 8,70_{ОЗ} ($SD = 1,68$), 8,44_{ОЗВИЧ} ($SD = 2,42$), 11,31_{КГ} ($SD = 3,35$). В группе ОЗВИЧ уровень применения копинг — стратегий «конфронтативный копинг»: 10,07_{ОЗВИЧ} ($SD = 2,67$), 8,64_{КГ} ($SD = 2,76$) и «поиск социальной поддержки»: 12,18_{ОЗВИЧ} ($SD = 3,31$), 10,76_{КГ} ($SD = 2,90$) выше, чем в КГ ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования стигматизации/дискриминации (LINK). Показатели стигматизации по статусу «наркозависимость» и «ВИЧ-инфицированность» в группе ОЗ составили 14,93_{ОЗ} ($SD = 1,54$) и 10,52_{ОЗ} ($SD = 1,07$) балла, а в группе ОЗВИЧ — 15,19_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,57$) и 14,60_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,85$) балла, и они были выше, чем в контрольной группе: 5,14_{КГ} ($SD = 0,91$) и 6,61_{КГ} ($SD = 1,15$) балла, ($p \leq 0,05$). Пациенты ОЗВИЧ по сравнению с пациентами ОЗ демонстрировали более высокий уровень стигматизации по статусу «ВИЧ-инфицированность»: 14,60_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,85$), 10,52_{ОЗ} ($SD = 1,07$) балла, ($p \leq 0,05$).

Результаты исследования степени риска ВИЧ-инфицирования (ТОСР). В группе ОЗВИЧ значимо выше ($p \leq 0,05$), чем у ОЗ, выраженность показателей ТОСР: риск инфицирования ВИЧ половым путем — 6,61_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,80$), 5,78_{ОЗ} ($SD = 1,23$), итоговая величина ТОСР — 0,32_{ОЗВИЧ} ($SD = 0,06$), 0,29_{ОЗ} ($SD = 0,06$). Показатель риска инфицирования ВИЧ инъекционным путем в группе ОЗВИЧ — 6,12_{ОЗВИЧ} ($SD = 1,34$) был больше, чем в группе ОЗ — 5,72_{ОЗ} ($SD = 1,60$), однако статистической значимости по этому показателю выявлено не было.

При анализе отдельных утверждений шкалы ТОСР установлено, что пациенты из группы ОЗВИЧ чаще, чем ОЗ, применяли использованные иглы — 54% ($n = 31$), ОЗ — 30% ($n = 14$) ($p \leq 0,01$); обменивались уже использованными иглами — 56% ($n = 32$), ОЗ — 29% ($n = 13$) ($p \leq 0,01$); бывали в местах, где собираются наркозависимые для потребления ПАВ — 74% ($n = 42$), ОЗ — 59% ($n = 27$) ($p \leq 0,05$); обменивались или делились посудой (несколько раз в месяц), в которой приготавливали наркотики — 21% ($n = 12$), ОЗ — 4% ($n = 2$) ($p \leq 0,05$). Другие ПИН реже применяли переданные им уже использованные иглы от ОЗ — 17% ($n = 8$), чем ОЗВИЧ — 55% ($n = 31$) ($p \leq 0,05$). 24% ($n = 11$) опрошенных из группы ОЗ всегда использовали новые иглы, у ОЗВИЧ этот показатель равен 0 ($p \leq 0,001$). Однако опиоидзависимые более часто применяли один шприц для переноса наркотика в другой — 71% ($n = 33$), ОЗВИЧ — 48% ($n = 27$) ($p \leq 0,05$); обменивались или делились посудой, в которой приготавливали наркотики — 72% ($n = 33$),

ОЗВИЧ — 51% ($n = 29$) ($p \leq 0,05$); пользовались и/или обменивались водой, которая уже была использована для очистки игл — 76% ($n = 35$), ОЗВИЧ—51% ($n = 29$) ($p \leq 0,05$).

Высокий уровень сексуального риска в группе ОЗВИЧ обусловлен тем, что большинство опрошенных практиковали сексуальные отношения с ВИЧ-инфицированными (независимо от того, был ли известен обследуемому ВИЧ-статус партнера на момент отношений или стал известен позже) — 72% ($n = 41$), ОЗ — 0% ($p \leq 0,05$). Женщины с ОЗВИЧ чаще занимались коммерческим сексом — 23% ($n = 13$) и ОЗ — 13% ($n = 6$), имели большее количество половых партнеров (2 и более) — 23% ($n = 13$), ОЗ — 11% ($n = 5$). «Обычно» во время секса использовали презервативы 35% ($n = 16$) опрошенных из группы ОЗ и 16% ($n = 9$) — ОЗВИЧ. Пациенты с ВИЧ-инфекцией эпизодически (несколько раз в месяц) употребляли кокаин — 9% ($n = 5$), ОЗ — 0% ($p \leq 0,06$).

Корреляционные связи показателей «общий балл ТОСР», «риск инфицирования инъекционным путем» (ИР) и «риск инфицирования половым путем» (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусом. В группах ОЗ и ОЗВИЧ отмечаются корреляционные связи ($p \leq 0,05$) между показателями «Общий балл» ТОСР, ИР, ПР и возрастом (Общий балл ТОСР: $r_{\text{ОЗ}} = -0,66$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,64$; ИР: $r_{\text{ОЗ}} = -0,56$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,58$; ПР: $r_{\text{ОЗ}} = -0,50$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,38$).

С увеличением возраста ОЗ реже использовали чужие контаминированные иглы ($r_{\text{ОЗ}} = -0,29$; $p \leq 0,05$), но чаще передавали для использования свои иглы (с дезинфекцией или без) другим наркопотребителям ($r_{\text{ОЗ}} = 0,30$; $p \leq 0,05$). ОЗВИЧ молодого возраста реже использовали новые иглы ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,33$; $p \leq 0,05$) для инъекций и чаще обменивались раствором наркотика, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,42$; $p \leq 0,01$). В группе ОЗВИЧ молодые респонденты оказывали платные сексуальные услуги ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,32$; $p \leq 0,01$), реже использовали презервативы ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,37$; $p \leq 0,01$).

Продолжительность потребления опиоидов в обеих группах отрицательно коррелирует ($p \leq 0,05$) с общим баллом ТОСР ($r_{\text{ОЗ}} = -0,47$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,58$), ИР ($r_{\text{ОЗ}} = -0,34$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,41$) и ПР ($r_{\text{ОЗ}} = -0,43$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,43$). Установлено, что наркозависимые с непродолжительным потреблением опиоидов не имеют собственного инъекционного инструментария, навыков безопасного инъекционного поведения. Респонденты обеих групп чаще находились в местах группового потребления ПАВ ($r_{\text{ОЗ}} = -0,41$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,37$; $p \leq 0,01$), более интенсивно обменивались контаминированным инструментарием для инъекций ($r_{\text{ОЗ}} = -0,29$; $p \leq 0,05$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,35$; $p \leq 0,01$), использовали один шприц для переноса наркотика в другой ($r_{\text{ОЗ}} = -0,35$; $p \leq 0,01$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,41$; $p \leq 0,01$). Наиболее выраженной по силе является взаимосвязь небольшой продолжительности потребления ПАВ и выраженного инъекционного риска в группе ОЗВИЧ ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,61$; $p \leq 0,01$).

Согласно полученным данным ($p \leq 0,05$), чем короче длительность гепатита В, тем выше общий балл ТОСР ($r_{\text{ОЗ}} = -0,30$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,64$), ИР ($r_{\text{ОЗ}} = -0,55$

vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,48$) и ПР ($r_{\text{ОЗ}} = -0,09$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,53$). Короткая продолжительность инфекционного анамнеза (гепатиты В, С, ВИЧ) в обеих группах обратно взаимосвязана с обменом контаминированным оборудованием для приготовления наркотического раствора с большим количеством инъекционных партнеров ($r_{\text{ОЗ}} = -0,28$; $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,44$; $p \leq 0,05$). Респонденты группы ОЗ ВИЧ с коротким инфекционным анамнезом чаще посещали места группового потребления наркотиков ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,28$; $p \leq 0,05$).

С помощью корреляционного анализа ($p \leq 0,05$) в группах ОЗ и ОЗ ВИЧ нами установлены взаимосвязи между общим баллом ТОСР, ИР, ПР и показателем выраженности депрессии (MADRS) (общий балл ТОСР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,48$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,43$; ИР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,40$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,29$; ПР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,37$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,33$); фактором F (рассудительность — безрассудство) (16PF) (общий балл ТОСР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,55$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,33$; ИР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,49$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,50$; ПР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,38$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,05$); фактором Q₄ (расслабленность — эмоциональная напряженность) (16PF) (общий балл ТОСР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,35$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,49$; ИР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,20$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,41$; ПР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,40$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,31$); копинг-стратегией «Самоконтроль» (WCQ) (общий балл ТОСР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,29$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,28$; ИР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,13$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,29$; ПР: $r_{\text{ОЗ}} = 0,35$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,14$); показателем стигматизации по статусу «наркозависимость» (Link) (общий балл ТОСР: $r_{\text{ОЗ}} = -0,57$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,40$; ИР: $r_{\text{ОЗ}} = -0,57$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,34$; ПР: $r_{\text{ОЗ}} = -0,31$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,25$).

Следует отметить, что ОЗ с выраженной напряженностью (Q₄) (16PF) чаще делали себе инъекции героина ($r_{\text{ОЗ}} = 0,37$; $p \leq 0,05$), а также реже использовали для инъекций новые иглы ($r_{\text{ОЗ}} = -0,28$; $p \leq 0,05$).

Исследуя взаимосвязи между отдельными утверждениями ТОСР и показателями шкалы стигматизации (Link), мы установили ($p \leq 0,05$), что стигма по статусу «наркозависимость» отрицательно взаимосвязана с частотой обмена использованными иглами ($-0,33$) и контаминированной посудой ($-0,39$), пребыванием в местах, где собираются наркозависимые ($-0,32$), эпизодами секса за наркотики ($-0,39$) в группе ОЗ, а также с частотой обмена наркотиков, когда используется контаминированный шприц для переноса ПАВ в другой шприц ($-0,31$), в группе ОЗВИЧ. Кроме того, показатель стигматизации/дискриминации по ВИЧ-позитивному статусу отрицательно связан ($p \leq 0,05$) с частотой сексуальных контактов ($-0,30$), эпизодов сексуальных услуг в обмен на наркотики ($-0,36$) в группе ОЗ, а также с частотой употребления алкоголя ($-0,26$), пребывания в местах группового употребления стимуляторов ($-0,29$), частотой использования презервативов ($0,30$) и общего шприца для обмена наркотика ($-0,23$) — в группе ОЗВИЧ [20]. ОЗ, не инфицированные ВИЧ, с **низким показателем наркостигматизации** (Link) реже использовали презервативы при половых контактах ($r_{\text{ОЗ}} = 0,33$; $p \leq 0,05$) и в меньшей степени осознавали возможный риск инфицирования ВИЧ ($r_{\text{ОЗ}} = 0,29$; $p \leq 0,05$).

Корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путем (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами. В группах ОЗ и ОЗВИЧ ИР (ТОСР) коррелирует ($p \leq 0,05$) с уровнем влечения к опиоидам ($r_{\text{ОЗ}} = 0,40$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,39$); личностными факторами

опросника 16 PF — E (покорность — доминантность) ($r_{O3} = 0,45$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,28$), L (доверчивость — подозрительность) ($r_{O3} = 0,39$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,30$), Q₂ (конформизм — неконформизм) ($r_{O3} = 0,49$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,27$).

Мы выявили отрицательную корреляцию ($p \leq 0,05$) между потребностью в семейном образе жизни опиоидзависимых обеих групп с ИР (ТОСР) ($r_{O3} = -0,45$ vs. $r_{O3ВИЧ} = -0,29$). ОЗ со слабо выраженной потребностью в семейном образе жизни чаще ($p \leq 0,05$) обменивались использованными иглами ($r_{O3} = -0,27$ vs. $r_{O3ВИЧ} = -0,35$) и контаминированным инструментарием для приготовления наркотиков ($r_{O3} = -0,32$ vs. $r_{O3ВИЧ} = -0,41$), а также использовали один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой ($r_{O3} = -0,35$ vs. $r_{O3ВИЧ} = -0,33$).

Параметр ИР (ТОСР) в ОЗ и ОЗВИЧ прямо коррелирует ($p \leq 0,05$) с показателями опросника STAXI: гневом-реакцией ($r_{O3} = 0,51$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,29$) и экспрессией гнева вовне ($r_{O3} = 0,35$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,40$). Респонденты обеих групп с выраженным показателем «экспрессия гнева вовне» (STAXI) чаще использовали ($p \leq 0,05$) чужие ($r_{O3} = 0,32$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,26$) и обменивались своими использованными иглами ($r_{O3} = 0,35$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,28$), в том числе с лицами ВИЧ-инфицированными, чаще посещали места группового потребления ПАВ ($r_{O3} = 0,38$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,29$), использовали чужие ($r_{O3} = -0,31$ vs. $r_{O3ВИЧ} = -0,33$) и обменивались своими использованными иглами с большим количеством ПИН ($r_{O3} = 0,32$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,26$), обменивались раствором наркотика, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц ($r_{O3} = 0,34$ vs. $r_{O3ВИЧ} = 0,31$).

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

Корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путем (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом. Отрицательная корреляция между образованием опиоидзависимых группы ОЗ с ИР (ТОСР) ($r_{O3} = -0,37$; $p \leq 0,05$) указывает, что у потребителей наркотиков с низким уровнем образования выше риск инфицирования ВИЧ инъекционным путем. ВИЧ-негативные ОЗ с более высоким уровнем образования реже использовали контаминированное оборудование для приготовления наркотиков ($r_{O3} = -0,43$; $p \leq 0,05$), реже обменивались с кем-либо наркотиком, используя один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой шприц ($r_{O3} = 0,29$; $p \leq 0,05$), больше тревожились о возможном заражении ВИЧ и сдавали кровь для определения антител/антигенов к ВИЧ с помощью ИФА ($r_{O3} = 0,30$; $p \leq 0,05$).

Суммарная длительность всех ремиссий у опиоидзависимых без ВИЧ отрицательно взаимосвязана с ИР (ТОСР) ($r_{O3} = -0,33$; $p \leq 0,05$). ОЗ с негативным

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

В группе ОЗ параметр ИР (ТОСР) коррелирует с показателем общей длительности сна ($r_{03} = -0,30$; $p \leq 0,05$); наличием судорог в анамнезе ($r_{03} = 0,33$; $p \leq 0,05$); показателями гнева (STAXI) — сиюминутное состояние гнева ($r_{03} = 0,30$; $p \leq 0,05$), склонность к раздражительности и гневу как личностная особенность ($r_{03} = 0,31$; $p \leq 0,05$); выраженностью межличностной сензитивности (SCL-90-R) ($r_{03} = -0,29$; $p \leq 0,05$); с факторами опросника 16PF — Н (робость — смелость) ($r_{03} = 0,31$; $p \leq 0,05$) и О (спокойствие — тревожность) ($r_{03} = -0,35$; $p \leq 0,05$).

Потребители опиоидов без ВИЧ с выраженным фактором F_1 (высокая тревожность) чаще делали себе инъекции героина ($r_{03} = 0,47$; $p \leq 0,05$) и чаще обменивались контаминированным инструментарием для инъекций ($r_{03} = 0,33$; $p \leq 0,05$).

Корреляционные связи показателя риска инфицирования инъекционным путем (ИР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоид-зависимых с ВИЧ-позитивным статусом. В группе ОЗВИЧ корреляционный анализ установил обратную связь между ИР (ТОСР) и длительностью ВИЧ ($r_{03\text{ВИЧ}} = -0,38$; $p \leq 0,05$), а также возрастом начала половой жизни ($r_{03\text{ВИЧ}} = -0,37$; $p \leq 0,05$). ОЗВИЧ с ранним началом половой жизни чаще делали себе инъекции героина ($r_{03\text{ВИЧ}} = -0,29$; $p \leq 0,05$), посещали места группового потребления ПАВ ($r_{03\text{ВИЧ}} = -0,49$; $p \leq 0,05$), не дезинфицировали свои иглы для инъекций ($r_{03\text{ВИЧ}} = 0,34$; $p \leq 0,05$), редко пользовались новыми иглами ($r_{03\text{ВИЧ}} = 0,31$; $p \leq 0,05$), использовали один шприц (свой или чей-то) для переноса наркотика в другой ($r_{03\text{ВИЧ}} = -0,38$; $p \leq 0,05$).

Корреляционный анализ указывает на то, что чем выше параметр «субъективные признаки подавленности» (MADRS-SIGMA), тем больше проявления ИР ($r_{03\text{ВИЧ}} = 0,31$; $p \leq 0,05$) у ОЗВИЧ. Чем более выражены субъективные признаки подавленности, тем больше частота употребления наркотика ($r_{03\text{ВИЧ}} = 0,26$; $p \leq 0,05$) и шире спектр ПАВ (героин, психостимуляторы, алкоголь), которые употребляют респонденты группы ОЗВИЧ ($r_{03\text{ВИЧ}} = 0,31$; $p \leq 0,05$), и тем меньше они беспокоятся об опасности возможного инфицирования ($r_{03} = -0,32$; $r_{03\text{ВИЧ}} = -0,29$; $p \leq 0,05$).

Инъекционное рискованное поведение ОЗВИЧ ассоциировано с низкой индивидуальной дисциплинированностью, ориентацией на собственные желания и потребности, снижением регуляции эмоций и поведения: показатель ИР (ТОСР) взаимосвязан с фактором Q_3 (низкий — высокий самоконтроль) (16PF) ($r_{03\text{ВИЧ}} = -0,31$; $p \leq 0,05$). ОЗВИЧ с низким самоконтролем (Q_3) более склонны к полипотреблению ПАВ ($r_{03} = -0,38$; $p \leq 0,05$), чаще обменивались использованными иглами с большим количеством наркопотребителей ($r_{03} = -0,30$; $p \leq 0,05$).

Употребление алкоголя снижает самоконтроль и повышает риск заражения инъекционным путем: мотивация к употреблению алкоголя прямо коррелирует с ИР (ТОСР) ($r_{03\text{ВИЧ}} = 0,32$; $p \leq 0,05$).

Корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путем (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами. Нами установлена положительная корреляция ($p \leq 0,05$) между ПР (ТОСР) и временем, прошедшим с момента последнего употребления наркотика, в группах ОЗ и ОЗВИЧ ($r_{\text{ОЗ}} = 0,29$ vs. $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,28$). Наркопотребители обеих групп вне зависимости от статуса с увеличением времени, прошедшего с момента последнего потребления героина, чаще ($p \leq 0,05$) употребляли алкогольные напитки ($r_{\text{ОЗ}} = 0,33$; $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,46$) и имели большее количество сексуальных контактов и сексуальных партнеров ($r_{\text{ОЗ}} = 0,28$; $r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,43$).

Корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путем (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группе с ВИЧ-негативным статусом. Согласно результатам корреляционного анализа ($p \leq 0,05$) в группе ОЗ параметр ПР (ТОСР) взаимосвязан с образованием ($r_{\text{ОЗ}} = -0,39$), показателем MADRS-SIGMA — нарушение концентрации внимания ($r_{\text{ОЗ}} = 0,31$), а также личностными особенностями (16 PF) — А (замкнутость — общительность) ($r_{\text{ОЗ}} = 0,51$) и О (спокойствие — тревожность) ($r_{\text{ОЗ}} = -0,36$). Вместе с тем нами установлено ($p \leq 0,05$), что чем более выражена общительность, самонадеянность у ОЗ с негативным ВИЧ статусом, тем реже они использовали презервативы при сексуальных контактах ($r_{\text{ОЗ}} = -0,30$), и не тревожились о возможном инфицировании ВИЧ половым путем ($r_{\text{ОЗ}} = -0,26$).

Корреляционные связи показателя риска инфицирования половым путем (ПР) с социальными, клиническими и психологическими характеристиками опиоидзависимых, регистрируемые в группах с ВИЧ-позитивным статусами. В группе ОЗВИЧ регистрируются ($p \leq 0,05$) взаимосвязи ПР с общей продолжительностью употребления седативных и снотворных средств (мес) ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,57$), периодичностью употребления алкоголя ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,32$), выраженностью апатии (MADRS) ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,27$), общей продолжительностью употребления стимуляторов ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,41$), межличностной сензитивностью (SCL-90-R) ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,31$), а также показателями гнева STAXI — экспрессией гнева внутрь ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,26$) и экспрессией гнева вовне ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,28$). Следует отметить, что чем чаще респонденты группы ОЗВИЧ потребляли алкоголь ($p \leq 0,05$), тем больше у них было половых партнеров ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,44$), тем реже они использовали презервативы ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,39$) и потребляли более широкий спектр ПАВ ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = 0,43$). При этом, чем меньше чувство беспокойства и дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия ($p \leq 0,05$) испытывали респонденты, тем чаще они потребляли психостимуляторы ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,27$), имели большее количество половых партнеров ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,26$), чаще обменивали сексуальные услуги на ПАВ ($r_{\text{ОЗВИЧ}} = -0,26$).

Анализ результатов апробации

Впервые проведена комплексная оценка социально-психологических, поведенческих и клинических характеристик опиоидзависимых с ВИЧ-позитивным

и ВИЧ-негативным статусами. Большую часть обследованных составили мужчины. Наркозависимые в основном имели среднее или среднее специальное образование; значительное количество их проживало с родителями, реже с мужем или женой, процент живущих отдельно от семьи сравнительно низок. Социальные показатели у респондентов с ОЗВИЧ были более неблагополучны и проявлялись в отсутствии занятости, низком уровне жизни, специфическом аддиктивном круге общения, слабом участии родственников в вопросах здоровья.

Особенностями течения наркологического заболевания у больных ОЗВИЧ явились: позднее начало потребления опиоидов, короткий период формирования синдрома зависимости. Данные пациенты употребляют большее количество алкоголя с целью активации своего состояния, они чаще переносят многократные передозировки опиоидами. На фоне больших проблем со здоровьем и неблагополучной социальной среды у пациентов с ОЗВИЧ мотивация к лечению выше, что приводит к более частым самостоятельным обращениям за медицинской помощью, а также к достижению более длительных ремиссий.

По сравнению с группой ОЗВИЧ, в группе ОЗ отмечаются ранее начало потребления опиоидов, более выраженное влечение к ПАВ и низкие показатели ремиссий (длительность последней и максимальной ремиссии, суммарная длительность всех ремиссий).

Употребление опиоидов приводит к повышению ряда значений шкал опросника SCL-90. В настоящей работе у зависимых обеих групп выявлены высокие показатели психопатологических жалоб по шкалам опросника SCL-90-R: «Соматизация (SOM)», «Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)», «Депрессия (DEP)», «Тревожность (ANX)», «Враждебность (HOST)», «Паранойяльные симптомы (PAR)», «Психотизм (PSY)».

В группе опиодзависимых наибольшие значения наблюдаются по шкалам «Обсессивно-компульсивные расстройства», «Паранойяльные симптомы» и «Депрессии». Такие феномены, как влечение к ПАВ и настойчивые, тягостные мысли о наркотике, могут определять высокие показатели по шкале «Обсессивно-компульсивные расстройства». Узкая направленность мышления, подозрительность, недоверчивость, склонность к сокрытию своих истинных потребностей от окружающих, вызванных аддикцией, в сочетании с прямолинейностью, односторонностью интересов, фиксацией на собственном состоянии, способствуют повышению значений по шкале «Паранойяльные симптомы». У пациентов ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ отмечаются более высокие уровни показателей «Соматизации», «Депрессии», «Тревожности». Данные шкалы имеют максимальные значения. «Соматизация» обусловлена большим количеством различных жалоб на состояние физического здоровья у ВИЧ-инфицированных потребителей опиоидов. Аффективные нарушения по шкале «Депрессия» включают симптомы угасания интереса к деятельности, ощущение безнадежности, дисфорию, чувство беспричинного внутреннего беспокойства и напряжения. По нашим данным, депрессивное состояние диагностируется в обеих группах обследованных, при этом выраженность депрессивных проявлений значимо выше у ВИЧ-инфициро-

ванных потребителей опиоидов. Клиническая картина депрессии у обследованных потребителей наркотиков была представлена симптомами подавленности, недостаточностью сна, нарушением концентрации внимания, отсутствием интереса к окружающей среде, пессимистическими мыслями. В группе ОЗВИЧ доминировали такие симптомы, как апатия, астения, снижение чувствительности, внутренняя напряженность, нарушения аппетита. Вышеуказанное состояние сопровождается тревогой (высокие показатели по шкале «Тревозность», а также такими проявлениями, как эмоциональная холодность, чувство одиночества, отгороженность, отсутствие доверительных связей с близкими, наличие идей виновности и самоуничтожения — шкала «Психотизм»). Потребность в наркотизации вызывает чувства неполноценности, гнева и злости, приводит к нарушению социальных норм, конфликтным и агрессивным отношениям, что сопровождается повышением показателей по шкале «Враждебность» в обеих группах обследованных. О более тяжелом течении опиоидной зависимости, сочетанной с ВИЧ-инфекцией, свидетельствуют высокие значения интегративных индексов: общего индекса тяжести (GSI), индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI), общего числа утвердительных ответов (PST) (что говорит о широте выявляемой симптоматики).

На наличие клинически значимой, но не выраженной депрессивной симптоматики у опиоидзависимых обеих групп, которая больше представлена у наркопотребителей с коморбидной ВИЧ-инфекцией, указывают данные шкалы MADRS.

В группах ОЗ и ОЗВИЧ наиболее выражены такие симптомы депрессии, как «Объективные признаки подавленности», «Субъективные признаки подавленности», «Внутреннее напряжение», «Недостаточный сон», «Нарушение концентрации внимания», «Апатия», «Пессимистические мысли», «Суицидальные мысли». Больных ОЗВИЧ в большей мере, чем ОЗ, беспокоят симптомы: «Внутреннее напряжение», «Снижение аппетита», «Апатия», «Утрата способности чувствовать», «Общий балл», но у ОЗ более выражены жалобы на нарушения сна.

У опиоидзависимых обеих групп отмечаются выраженные переживания гнева, в развитии которых важную роль играют индивидуально-психологические характеристики, при этом гнев проецируется вовне (STAXI). Больные ОЗВИЧ по сравнению с ОЗ характеризуются большей интенсивностью эмоции гнева как личностно-динамической особенности, а также более высокой степенью ориентации гнева вовне на фоне меньшей способности контролировать и подавлять гнев, что может свидетельствовать о более выраженном снижении адаптивных возможностей ВИЧ-инфицированных наркозависимых.

Результаты исследования, полученные с помощью 16-факторного опросника Р. Б. Кеттелла (16PF), указывают на 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 отмечаются 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.

Исследование копинг-стратегий с использованием опросника Р.С. Лазаруса (WCQ): 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 менее склонны фокусироваться на существующих проблемах, искать в них позитивный смысл. У ВИЧ-инфицированных респондентов регистрируется высокий уровень конфликтных способов разрешения и преодоления ситуации, при этом они в большей степени склонны к поиску информационной и действенной поддержки со стороны близких, социального окружения.

Данные, полученные с помощью модифицированной шкалы Б. Г. Линка, показывают, что потребители опиоидов обеих групп больше стигматизируют наркозависимых и ВИЧ-инфицированных, чем опрошенные из контрольной группы, что, возможно, обусловлено отрицательным опытом взаимодействия ОЗ и ОЗВИЧ с социальным окружением. Низкая готовность респондентов контрольной группы стигматизировать изучаемых больных определяется молодым возрастом испытуемых, образованием, отсутствием опыта общения с наркопотребителями и ВИЧ-инфицированными. Стигматизация ВИЧ-инфицированных опиоидзависимых, вероятнее всего, связана с наличием угрозы ВИЧ-инфицирования и пере-

носом на себя негативного отношения общества к ВИЧ-инфицированным, с которым они сталкиваются в повседневной жизни. Наиболее высокий уровень стигматизации по ВИЧ-инфекции отмечается в группе ОЗВИЧ, так как эти пациенты максимально ощущают на себе действие ВИЧ-стигмы. 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.

При изучении рискованного инъекционного и полового поведения у опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом (ТОСР) установлено, что показатель риск инфицирования ВИЧ при наркотизации в группе ОЗВИЧ более выражен, чем в группе ОЗ, но статистически значимой разницы выявлено не было.

Выраженность показателя риска инфицирования ВИЧ половым путем и итоговая величина ТОСР у наркопотребителей с ВИЧ-позитивным статусом выше, чем у больных ОЗ.

Общие и специфические биопсихосоциальные характеристики, связанные с рискованным инъекционным и половым поведением опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. С целью обнаружения взаимосвязей между социальными, клиническими, психологическими характеристиками и рискованным поведением опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами был выполнен корреляционный анализ изучаемых показателей, которые были получены в ходе апробации. Установлено, что общими факторами, связанными с высоким общим показателем риска, инъекционным и половым рискованным поведением, являются молодой возраст потребителей опиоидов, непродолжительный опыт употребления опиоидов, меньшая длительность гепатита В, выраженность депрессии, чрезмерные усилия по регулированию своих мыслей, чувств, действий, низкий показатель стигматизации по статусу «наркозависимость», а также такие эмоциональные характеристики личности, как беспечность, неосторожность, безответственное отношение к себе и другим, низкий самоконтроль, импульсивность, напряженность, фрустрированность.

Риск инфицирования инъекционным путем в обеих группах ассоциирован с высокой интенсивностью влечения к наркотику, конфликтностью, склонностью к доминированию, неконформизмом, низкой заинтересованностью в создании и сохранении семьи, направленностью гнева вовне, конфронтацией при разрешении конфликтных ситуаций.

Высокий риск инфицирования инъекционным путем у опиоидзависимых с ВИЧ-негативным статусом сопряжен с низким уровнем образования, меньшей длительностью ремиссий, нарушениями сна, наличием судорожных состояний в анамнезе, раздражительностью и гневом как личностной особенностью, сиюминутным состоянием гнева, наличием коммуникативных трудностей в эмоционально напряженных ситуациях, низкой тревожностью, недооценкой деталей и опасных ситуаций, авантюризмом, низкой межличностной сензитивностью.

Повышению риска инфицирования инъекционным путем у ОЗВИЧ способствуют ранее начало половой жизни, меньшая продолжительность ВИЧ, употребление алкоголя, низкая индивидуальная дисциплинированность, ориентация на собственные желания и потребности, снижение регуляции эмоций и поведения, а также такие депрессивные переживания, как субъективные признаки подавленности.

Риск инфицирования половым путем в обеих группах больных сопряжен со временем, прошедшим с момента последнего употребления наркотика. При этом у опиоидзависимых без ВИЧ ПР ассоциирован с уровнем образования, нарушением концентрации внимания (MADRS) и личностными особенностями, упрощающими вступление в сексуальные связи: общительность, легкость в установлении межличностных контактов, готовность идти на поводу, низкий уровень беспокойства и тревожности. Специфическими факторами, взаимосвязанными с выраженностью ПР у ОЗВИЧ, являются меньшая продолжительность употребления седативных и снотворных средств, частое употребление алкоголя, апатия как проявление депрессии, продолжительное употребление стимуляторов, экспрессия гнева вовнутрь и вовне, низкая межличностная сензитивность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексная оценка социально-психологических, клинических факторов инъекционного и полового рискованного поведения позволяет целостно оценивать состояние потребителей опиоидов с различным ВИЧ-статусом. Опиоидзависимые пациенты с ВИЧ-инфекцией характеризуются более высоким уровнем риска инфицирования ВИЧ, чем ОЗ без ВИЧ.

С помощью корреляционного анализа выявлена многоуровневая структура общих и специфических биопсихосоциальных характеристик, связанных с риском инфицирования инъекционным и половым путем опиоидзависимых с различным ВИЧ-статусом. Общие и специфические факторы, ассоциированные с риском инъекционного и полового инфицирования ВИЧ, опиоидзависимых с ВИЧ-негативным и ВИЧ-позитивным статусами важно учитывать при разработке и проведении программ профилактики распространения опасных инфекций среди населения.

Список литературы

1. Антонов А. И., Медков В. М. Социология семьи. Учебное пособие. М.: МГУ, 1996; 304.
2. Бисалиев Р. В., Великанова Л. П. Несуицидальные формы саморазрушающего поведения у больных наркоманиями. Наркология. 2004; 11: 53–57.
3. Бородкина О. И., Козлов А. П. Социально-поведенческие риски ВИЧ инфицирования потребителей инъекционных наркотиков. Журнал социологии и социальной антропологии. 2007; 10(3): 112–131.
4. Брюханов А. В. Преимущественные копинг — стратегии при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления психоактивных веществ. Таврический медико-биологический вестник. 2012; 1(57): 42–49.

5. Бузина Т. С., Шаталов П. Н. Специфика ценностно-смысловой сферы наркозависимых. Психология и Психотехника. 2011; (7): 33–45.
6. Бунас А. А. Различные аспекты обоснования природы рискованного поведения личности. II Междунар. науч. конф. «Психология: проблемы практического применения». Чита, 2013: 10–16. URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/82/4049/>.
7. Васильева Э. К. Семья и ее функции: Демографическо-статистический анализ. М.: Статистика, 1975; 181.
8. Грюнталь Н. А., Елианский С. П. Дефицитарность когнитивного стиля как фактор риска деструктивного и аутодеструктивного поведения у больных опийной наркоманией. Психологические аспекты зависимостей: Сборник научных статей. 2002: 50–61.
9. Дик П. В. Психологические факторы рискованного поведения подростков. Психологический журнал. 2012; 1–2: 104–110.
10. Должанская Н. А., Бузина Т. С. Профилактика парентеральных инфекций в связи с употреблением психоактивных веществ. Руководство по наркологии под редакцией Н. Н. Иванца. М.: ИД Медпрактика-М., 2002; 2(19): 395–404.
11. Должанская Н. А., Бузина Т. С., Андреев С. А., Лозовская И. С., Ленская Е. В. Роль семейного фактора в формировании здорового образа жизни подростков. Вопросы наркологии. 2003; 4: 51–58.
12. Егоров А., Гречаный С. Поведенческие аспекты ВИЧ-инфицирования у пациентов с зависимостью от психоактивных веществ. URL: <https://www.narcom.ru/publ/info/1048>.
13. Звартау Э. Э., Крупицкий Е. М., Лиознов Д. А. Коморбидность наркологических и социально значимых инфекционных заболеваний в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Вопросы наркологии. 2005; 2: 68–73.
14. Илюк Р. Д., Ананьева Н. И., Ерофеева Н. А., Громыко Д. И., Киселев А. С., Незнанов Н. Г., Поляков Ю. И., Крупицкий Е. М. Последствия несмертельных передозировок опиоидами: результаты исследования качества жизни, клинических, психопатологических характеристик, импульсивности, нейрокогнитивного функционирования и МРТ воксель-базированной морфометрии головного мозга у опиоидзависимых пациентов. Вопросы наркологии. 2018; 10–11(170): 55–100.
15. Илюк Р. Д., Громыко Д. И., Берно-Беллекур И. В. Особенности эмоциональной и мотивационной сферы наркозависимых и их роль в прекращении потребления психоактивных веществ. СПб.: Санкт-Петербургский науч.-исслед. психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева, 2008; 35.
16. Илюк Р. Д., Джалилова З. О. Комплексный анализ показателей риска инфицирования ВИЧ и их взаимосвязь с социально-психологическими, поведенческими, клиническими характеристиками потребителей опиоидов с различным ВИЧ статусом. Всеросс. научно-практ. конф. Казань, 2015: 386–387.
17. 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 опиодозависимых с ВИЧ-позитивным и ВИЧ-негативным статусом. Сообщение 1: сравнительный анализ клинических, социально-психопатологических показателей, а также поведения, связанного с риском инфицирования ВИЧ. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. 2015; 3: 44–55.
18. Илюк Р. Д., Джалилова З. О., Киселев А. С. Сравнительная оценка степени риска инфицирования и передачи ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных опиоидных наркотиков с различным ВИЧ-статусом. Научно-практ. конф. СПб., 2014: 561–562.

19. Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла: учебно-методическое пособие. СПб: Речь, 2007; 104.
20. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Вышинский К. В., Роудз Т., Платт Л. Факторы риска распространения ВИЧ и гепатита С среди потребителей инъекционных наркотиков в Москве. Наркология. 2005; 6: 16–20.
21. Красносельских Т. В., Шаболтас А. В., Соколовский Е. В., Козлов А. П. Распространенность и факторы риска заражения ИППП/ВИЧ в группе потребителей инъекционных наркотиков. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2010; 7(3): 69–73.
22. Лиознов Д. А., Вимор Ю., Васильева Т. В. и др. Употребление алкоголя и поведение, ассоциированное с риском распространения ВИЧ. VII Всероссийский съезд инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней» (Нижний Новгород, 25–27 октября 2006 г.). Нижний Новгород, 2006: 161.
23. Лиознов Д. А., Николаенко С. Л. Поведение ассоциированное с риском заражения ИПП и возбудителями гемоконтактных инфекций, в студенческой среде. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2010; 3: 81–83.
24. Личко А. Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков. Сб. науч. тр. Ленинград, 1991: 9–15.
25. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. М.: МЕДпресс, 2001; 432.
26. Плавинский С. Л., Баранова А. Н., Ерошина К. М., Бобрик А. В., Новожилов А. В., Короткова А. В. Инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция и эффективность программ снижения вреда в Российской Федерации. М., 2009; 48.
27. Предупреждение ВИЧ-инфицирования среди молодых людей, злоупотребляющих наркотиками путем инъекций: практическое руководство 2001. ООН, управление по наркотикам и преступности. URL: http://30liman-schl.edusite.ru/DswMedia/handbook_hiv_russian.pdf.
28. Профилактическая работа с несовершеннолетними различных групп социального риска по злоупотреблению психоактивными веществами. Под ред. Л. М. Шипициной, Л. С. Шпилени; М.: Моск. гор. фонд поддержки шк. книгоиздания. 2004; 336.
29. Психопатические расстройства у подростков. Под ред. А. Е. Личко, Ю. В. Попова. Л.: Изд. инст. им. Бехтерева, 1987; 203.
30. Пузыревич Н. Л. Рискованное поведение как ведущая ценность современных подростков. II междунар. науч.-практ. конф «Актуальные проблемы психологии личности». Новосибирск, 2010: 58–61.
31. Рохлина М. Л., Козлов А. А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М.: Анахарсис, 2001; 208.
32. Сенцов И. Г., Спектор С. И., Богданов С. И. Наркомания в США. Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2004; 168.
33. Соловьева С. Л., Меркурьева А. А., Ковалева М. В. Результаты исследования психометрических свойств русскоязычной версии методики Спилбергера (STAXI). Сибирский психологический журнал. 2000; 3: 90–93.
34. Станько Э. П., Игумнов С. А., Гелда А. П. Биопсихосоциальные факторы дезадаптации потребителей инъекционных наркотиков. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2015; 1(82): 47–53.
35. Титова Е. А., Крупицкий Е. М., Штакельберг О. Ю., Гриненко А. Я. Сравнительный анализ поведения, связанного с высоким риском ВИЧ инфицирования у потребителей психостимуляторов и опиоидов. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2010; 5: 74–79.
36. Тулупьева Т. В., Тулупьев А. Л., Пащенко А. Е., Сироткин А. В., Столярова Е. В., Ламанова Е. Б., Бадосова Н. В., Никитин П. В. Психологическая защита и копинг стратегии

ВИЧ-инфицированных с позиции опасности для общественного здоровья: автоматизация сбора данных и итоги исследования. Труды СПИИРАН. 2007; 4: 357–387.

37. Тухтарова И. В., Дремков Д. Ю. Психологическая защита и копинг-поведение у лиц с ВИЧ-инфекцией. I Всерос. науч.-практич. конф. молодых ученых и студентов по медицине. Тула, 2002: 202–203.
38. Шарок В. В. Социально-психологические факторы рискованного поведения: сб. статей по материалам лучших дипломных работ выпускников факультета психологии СПбГУ. СПб., 2007: 148–152.
39. Abiona T. C., Adefuye A. S., Balogun J. A., Sloan P. E. Gender differences in HIV risk behaviors of inmates. *Journal of Women's Health* 2009; 18: 65–71. doi: 10.1089/jwh.2008.0941.
40. Absalon J., Fuller C. M., Ompad D. C., Blaney S., Koblin B., Galea S., Vlahov D. Gender differences in sexual behaviors, sexual partnerships, and HIV among drug users in New York City. *AIDS and Behavior* 2006; 10: 707–715. doi: 10.1007/s10461-006-9082-x.
41. Armstrong G., Jorm A. F., Samson L., Joubert L., Nuken A., Singh S., Kermode M. Association of depression, anxiety, and suicidal ideation with high-risk behaviors among men who inject drugs in Delhi, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2013; 64: 502–510. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182a7ef21.
42. Aron A. R., Fletcher P. C., Bullmore E. T., Sahakian B. J., Robbins T. W. Stop-signal inhibition disrupted by damage to right inferior frontal gyrus in humans. *Nature Neuroscience*. 2003; 6(2): 115–116. doi: 10.1038/nn1003.
43. Avants K., Warburton L. A., Hawkins K. A., Margolin A. Continuation of high-risk behavior by HIV-positive drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000; 19(1): 15–22. doi: 10.1016/s0740-5472(99)00092-6.
44. Bagga R. F., Boily M. C., White R. G., Alary M. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2006; 20: 805–812. doi: 10.1097/01.aids.0000218543.46963.6d.
45. Bjork J. M., Momenan R., Smith A. R., Hommer D. W. Reduced posterior mesofrontal cortex activation by risky rewards in substance-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008; 95: 115–128. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.12.014.
46. Blakemore S. J., Burnett S., Dahl R. E. The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human Brain Mapping*. 2010; 31: 926–933. doi:10.1002/hbm.21052.
47. Boyer C. B., Shafer M., Wibbelsman C. J., Seeberg D., Teitje E, Lovell N. Associations of sociodemographic, psychosocial, and behavioral factors with sexual risk and sexually transmitted diseases in teen clinic patients. *Journal of Adolescent Health*. 2000; 27(2): 102–111. doi: 10.1016/s1054-139x(99)00113-5.
48. Buffardi A. L., Thomas K. K., Holmes K. K., Manhart L. E. Moving upstream: ecosocial and psychosocial correlates of sexually transmitted infections among young adults in the United States. *American Journal of Public Health*. 2008; 98: 1128–1136. doi: 10.2105/AJPH.2007.120451.
49. Buzwell S., Rosenthal D. Constructing the sexual self: Adolescents' sexual self-perceptions and sexual risk-taking. *Journal of Research on Adolescence*. 1996; 6(4): 489–513.
50. Casey B. J., Getz, S., Galvan A. The adolescent brain. *Developmental Review*. 2008; 28: 42–77. doi: 10.1016/j.dr.2007.08.003.
51. Cattell H. E. P., Schuerger J. M. Essentials of 16PF assessment. Hoboken, NJ: Wiley, 2003; 320.
52. Cattell R. B., Cattell A. K., Cattell H. E. Sixteen Personality Factor Questionnaire (5th ed.). Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing, 1993; 162.

53. Cerwonka E. R., Isbell T. R., Hansen C. E. Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*. 2000; 12(2): 141–153.
54. Chunming Xie., Shi-Jiang Li., Yongcong Shao., Liping Fu., Joseph G., Enmao Ye., Wenjun Li., Alexander D. Cohen., Gang C. *et al.* Identification of hyperactive intrinsic amygdala network connectivity associated with impulsivity in abstinent heroin addicts. *Behavioural Brain Research*. 2011; 216(2): 639–646. doi: 10.1016/j.bbr.2010.09.004.
55. Cohen J. R., Asarnow R. F., Sabb F. W., Bilder R. M., Bookheimer S. Y., Knowlton B. J., Poldrack R. A. A unique adolescent response to reward prediction errors. *Nature Neuroscience*. 2010; 13: 669–671. doi: 10.1038/nn.2558.
56. Conner L. C., Wiener J., Lewis J. V., Phill R., Peralta L., Chandwani S., Koenig L. J. Prevalence and predictors of drug use among adolescents with HIV infection acquired perinatally or later in life. *AIDS and Behavior*. 2013; 17(3): 976–986. doi: 10.1007/s10461-011-9950-x.
57. Coombs C. H., Kaolan M. F., Schwartz S. Portfolio Theory and the Measurement of Risk. *Human Judgment and Decision Processes*. N.Y.: Academic Press, 1975: 63–85.
58. Crews F. T., Boettiger C. A. Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*. 2009; 93(3): 237–247. doi: 10.1016/j.pbb.2009.04.018.
59. DeRogatis L. R. SCL-90-R: administration, scoring and procedures. Manual 1 / L. R. DeRogatis. Baltimore: Clinical Psychometric Research. 1977: 4–8.
60. Des Jarlais D. C., Dehne K., Casabona J. HIV surveillance among injecting drug users. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2001; 15: 13–22. doi: 10.1097/00002030-200104003-00003.
61. Des Jarlais C., Arasteh K., Semaan S., Wood E. HIV among injecting drug users: current epidemiology, biologic markers, respondent-driven sampling, and supervised-injection facilities. *Current opinion in HIV and AIDS*. 2009; 4(4): 308–313. doi: 10.1097/COH.0b013e32832bbc6f.
62. Disney E., Kidorf M., Kolodner K., King van M. D., Peirce J., Beilenson P., Brooner R. Psychiatric comorbidity is associated with drug use and HIV risk in syringe exchange participants. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006; 194(8): 577–583. doi: 10.1097/01.nmd.0000230396.17230.28.
63. Dore G. J., Soriano V., Rockstroh J., Rockstroh J., Kupfer B. *et al.* Frequent hepatitis B virus rebound among HIV-hepatitis B virus-coinfected patients following antiretroviral therapy interruption. *AIDS*. 2010; 24(6): 857–865. doi:10.1097/QAD.0b013e328334bddb.
64. DiClemente R. J., Salazar L. F., Crosby R. A., Rosenthal S. L. Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective — a commentary. *Public Health*. 2005; 119(9): 825–836. doi: 10.1016/j.puhe.2004.10.015.
65. Eklund J. M., Klinteberg B. Personality characteristics as risk indications of alcohol use and violent behaviour in male and female adolescents. *Journal of Individual Differences*. 2005; 26(2): 63–73. doi: 10.1027/1614-0001.26.2.63.
66. Elifson K. W., Klein H., Sterk C. E. Predictors of sexual risk-taking among new drug users. *Journal of Sex Research*. 2006; 43: 318–327. doi: 10.1080/00224490609552331.
67. Eluwa G. I., Strathdee S. A., Adebayo S. B., Ahonsi B., Adebajo S. B. A profile on HIV prevalence and risk behaviors among injecting drug users in Nigeria: should we be alarmed? *Drug Alcohol Depend*. 2013; 127: 65–71. doi: 10.1007/s10461-014-0936-3.
68. Evren C., Durkaya M., Evren B., Dalbudak E., Cetin R. Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug Alcohol. Rev*. 2011; 31(1): 81–90. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00303.x.
69. Fleishman J., Fogel B. Coping and depressive symptoms among people with AIDS. *Health Psychology*. 1994; 13(2): 156–169. doi: 10.1037/0278-6133.13.2.156.

70. Fluk H. Syringes to go: A program in Avellaneda to use drugs without risks 2001. URL: <http://www.pagina12.com.ar/2001/01-04/01-04-08/pag21.htm>.
71. German D., Latkin C. A. Boredom, depressive symptoms, and HIV risk behaviors among urban injection drug users. *AIDS and behavior*. 2012; 16: 2244–2250. doi: 10.1007/s10461-012-0247-5.
72. Gerra G., Avanzini P., Zaimovic A., Sartori R., Bocchi C., Timpano M., Zambelli U., Delsignore R., Gardini F., Talarico E., Brambilla F. Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of sensation-seeking temperament in normal humans. *Neuropsychobiology*. 1999; 39: 207–213. doi: 10.1159/000026586.
73. Gilbert P.B., McKeague I.W., Eisen G., Mullins C., Gueye-Ndiaye A., Mboup S., Kanki P.J. Comparison of HIV-1 and HIV-2 infectivity from a prospective cohort study in Senegal. *Statistics in Medicine*. 2003; 22: 573–59. doi: 10.1002/sim.1342.
74. Goldner E.M., Lusted A., Roerecke M., Rehm J., Fischer B. Prevalence of Axis-I psychiatric (with focus on depression and anxiety) disorder and symptomatology among non-medical prescription opioid users in substance use treatment: systematic review and meta-analyses. *Addictive Behaviors*. 2014; 39(3): 520–531. doi: 10.1016/j.addbeh.2013.11.022.
75. Hudgins R., McCusker J., Stoddard A. Cocaine use and risky injection and sexual behaviors. *Drug and Alcohol Dependence*. 1995; 37(1): 7–14. doi: 10.1016/0376-8716(94)01060-X.
76. Ilyuk R.D., Gromyko D.I., Kiselev A.S., Torban M.N., Krupitsky E.M. Hostility and anger in patients dependent on different psychoactive drugs. *Activitas Nervosa Superior*. 2012; 54(3–4): 125–134. doi: 10.1007/BF03379590.
77. Kartikeyan S.K., Chatruvedi R.M., Bhalerao V.R. Role of the family in drug abuse. *Journal of Postgraduate Medicine*. 1992; 38(1): 5–7.
78. Kidorf M., Disney E.R., King V.L., Neufeld K., Beilenson P.L., Brooner R.K. Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004; 74(2): 115–122. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2003.11.014.
79. Kirby K.N., Petry N.M., Bickel W.K. Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *J. Exp. Psychol. Gen.* 1999; 128(1): 78–87. doi: 10.1037//0096-3445.128.1.78.
80. Knutson B., Fong G.W., Adams C.M., Varner J.L., Hommer D. Dissociation of reward anticipation and outcome with event-related fMRI. *Neuroreport*. 2001; 12(17): 3683–3687. doi: 10.1097/00001756-200112040-00016.
81. Kruse G.R., Barbour R., Heimer R., Shaboltas A.V., Toussova O.V., Hoffman I.F., Kozlov A.P. Drug choice, spatial distribution, HIV risk, and HIV prevalence among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Harm Reduction Journal*. 2009; 6: 1–22. doi: 10.1186/1477-7517-6-22.
82. Kwiattkowski C.F., Booth R.E. HIV risk behaviors among older American drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2003; 33: 131–137. doi: 10.1097/00126334-200306012-00010.
83. Lazarus R., Folkman S. *Manual for Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988: 2–40.
84. Leynaert B., Downs A.M., De Vincenzi I. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: variability of infectivity throughout the course of infection. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *American Journal of Epidemiology*. 1998; 148: 88–96. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009564.
85. Link B.G., Struening E.L., Rahav M., Phelan J.C., Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997; 38(2): 177–190.

86. Liu J. B., Zhang L. L., Lai W. H., Feng L., Zeng Y. L., Liu L., Hu Y., Li J., Zhang X. L., Xiao Y., Vermund S. H., Jia Y. J. Sharing of needles and paraphernalia injection in new and long-term injection drug users in Sichuan, China. *Chinese journal of Epidemiology*. 2009; 7: 656–662.
87. Marvel G. A., Hartmann B. R. An «economic» theory of addiction, hypomania, and sensation seeking. *The International journal of the addictions*. 1992; 87(3): 417–428. doi: 10.3109/10826088609083538.
88. McClure J. B., Catz S. L., Prejean J., Brantley P. J., Jones G. N. Factors associated with depression in a heterogeneous HIV-infected sample. *Journal of Psychosomatic Research*. 1996; 40(2): 407–415. doi: 10.1016/0022-3999(95)00615-x.
89. Miller M., Neaigus A. Sex partner support, drug use and sex risk among HIV-negative non-injecting heroin users. *AIDS Care*. 2002; 14: 801–813. doi: 10.1080/0954012021000031877.
90. Moeller F. G., Barrat E. S., Dougherty D. M., Schmitz J. M., Swann A. C. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am. J. Psychiatry*. 2001; 158(11): 1783–1793. doi: 10.1176/appi.ajp.158.11.1783.
91. Moeller F. G., Hasan K. M., Steinberg J. L., Kramer L. A., Dougherty D. M., Santos R. M., Valdes I., Swann A. C., Barratt E. S., Narayana P. A. Reduced anterior corpus callosum white matter integrity is related to increased impulsivity and reduced discriminability in cocaine-dependent subjects: diffusion tensor imaging. *Neuropsychopharmacology*. 2005; 30(3): 610–617. doi: 10.1038/sj.npp.1300617.
92. Molitor F., Ruiz J. D., Flynn N. M., Mikanda J. N., Sun R. K., Anderson R. Methamphetamine use and sexual and injection risk behaviors among out-of-treatment injection drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1999; 25: 475–493. doi: 10.1081/ada-100101874.
93. Montgomery S. A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*. 1979; 134: 382–389. doi: 10.1192/bjp.134.4.382.
94. Najera I., Richman D. D., Olivares I. Natural occurrence of drug resistance mutations in the reverse transcriptase of human immunodeficiency virus type 1 isolates. *AIDS Research and Human Retroviruses*. 1994; 10: 1479–1488. doi: 10.1089/aid.1994.10.1479.
95. Navaline H. A., Snider E. C., Petro C. J., Tobin D., Metzger D., Alterman A. I., Woody G. E. Preparations for AIDS vaccine trials. An automated version of the Risk Assessment Battery (RAB): enhancing the assessment of risk behaviors. *AIDS Research & Human Retroviruses*. 1994; 10: 281–283.
96. O'Doherty J., Kringelbach M. L., Rolls E. T., Hornak J., Andrews C. Abstract reward and punishment representations in the human orbitofrontal cortex. *Nature Neuroscience*. 2001; 4: 95–102. doi: 10.1038/82959.
97. Pechansky F., Kessler F., von Diemen L., Inciardi J. A., Surratt H. Substance use, risk situations, and HIV seroprevalence among individuals seeking free HIV testing in Porto Alegre, Brazil. *RevistaPanamericana de SaludPublica*. 2005; 18(4–5): 249–255. doi: 10.1590/s1020-49892005000900004.
98. Rawson R. A., Washton A., Domier C. P., Reiber C. Drugs and sexual effects: role of drug type and gender. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2002; 22(2): 103–108. doi: 10.1016/s0740-5472(01)00215-x.
99. Robinson T. E., Berridge, K. C. Addiction. *Annual Review of Psychology*. 2003; 54: 25–53. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145237.
100. Romer D. Adolescent Risk Taking, Impulsivity, and Brain Development: Implications for Prevention. *Developmental Psychobiology*. 2010; 3(52): 263–276. doi: 10.1002/dev.20442.
101. Roth A. M., Armenta R. A., Wagner K. D., Roesch S. C., Bluthenthal R. N., Cuevas-Mota J., Garfein R. S. Patterns of drug use, risky behavior, and health status among persons who

- inject drugs living in San Diego, California: a latent class analysis. *Substance Use & Misuse*. 2015; 50(2): 205–214. doi: 10.3109/10826084.2014.962661.
102. Rowan-Szal G.A., Chatham L.R., Joe G.W., Simpson D.D. Services provided during methadone treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000; 19: 7–14. doi: 10.1016/s0740-5472(99)00091-4.
103. Sanchez J., Comerford M., Chitwood D.D., Fernandez M.I., McCoy C.B. High risk sexual behaviours among heroin sniffers who have no history of injection drug use: implications for HIV risk reduction. *AIDS Care*. 2002; 14(3): 391–398. doi: 10.1080/09540120220123793. 202.
104. Schweiger U., Deuschle M., Weber B., Korner A., Lammers C.H., Schmider J., Gotthardt U., Heuser I. Testosterone gonadotropin and cortisol secretion in male patients with major depression. *Psychosomatic Medicine*. 1999; 61: 292–296. doi: 10.1097/00006842-199905000-00007.
105. Shariful Islam S.M., Biswas T., Bhuiyan F.A., Islam M.S., Rahman M.M., Nessa H. Injecting drug users and their health seeking behavior: a cross-sectional study in Dhaka, Bangladesh. *Journal of Addiction*. 2015: 1–8. doi: 10.1155/2015/756579.
106. Siziya S., Muula A.S., Kazembe L.N., Rudatsikira E. Harmful lifestyles' clustering among sexually active in-school adolescents in Zambia. *BMC Pediatrics*. 2008; 8: 6. doi: 10.1186/1471-2431-8-6.
107. Stein M.D., Solomon D.A., Herman D.S., Anderson B.J., Miller I. Depression severity and drug injection HIV risk behaviors. *The American journal of psychiatry*. 2003; 160(9): 1659–1662.
108. Steinberg L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*. 2008; 28: 78–106. doi: 10.1016/j.dr.2007.08.002.
109. Steinberg L. Risk taking in adolescence: what changes, and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2004; 1021: 515–518. doi: 10.1196/annals.1308.005.
110. Stoner J. Risky and cautious shifts in group decisions: The influence of widely held values. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1968; 4(4): 442–459. doi: 10.1016/0022-1031(68)90069-3.
111. Takács J., Amirkhanian Y.A., Kelly J.A., Kirsanova A.V., Khoursine R.A., Mocsonaki L. Condoms are reliable but I am not: a qualitative analysis of AIDS-related beliefs and attitudes of young heterosexual adults in Budapest, Hungary, and St. Petersburg, Russia. *Central European Journal of Public Health*. 2006; 14(2): 59–66.
112. Thio C.L., Seaberg E.C., Skolasky R.J., Phair J., Visscher B., Muñoz A., Thomas D.L. Multicenter AIDS Cohort Study. HIV-1, hepatitis B virus and risk of liver-related mortality in the Multicenter Cohort Study (MACS). *The Lancet*. 2002; 360(9349): 1921–1926. doi: 10.1016/s0140-6736(02)11913-1.
113. Tyndall M.W., Patrick D., Spittal P., Li K., O'Shaughnessy M.V., Schechter M.T. Risky sexual behaviors among injection drugs users with high HIV prevalence: implications for STD control. *Sexually Transmitted Infections*. 2002; 78: 170–175. doi: 10.1136/sti.78.suppl_1.i170.
114. Vanderplasschen W., De Maeyer J., Colpaert K., Cogels S., Rea A., Dom G., Sabbe B., Broekaert E. Poly substance use and mental health among individuals presenting for substance abuse treatment. Gent: Academia Press. 2012: 201.
115. Verdejo-García A., Lawrence A.J., Clark L. Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neurosci. Biobehav. Rev*. 2008; 32(4): 777–810. doi: 10.1016/j.neubiorev.2007.11.003.
116. Witkiewitz K., Marlatt G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*. 2004; 59(4): 224–235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224.

117. Wright P.B., Stewart K.E., Fischer E.P., Carlson R.G., Falck R., Wang J., Leukefeld C.G., Booth B.M. HIV risk behaviors among rural stimulant users: variation by gender and race/ethnicity. *AIDS Education and Prevention*. 2007; 19: 137–150. doi: 10.1521/aeap.2007.19.2.137.
118. Zuckerman M. Sensation Seeking the endogenous deficit theory of drug abuse. *Research Monography Series*. 1986; 74: 59–70. doi:10.1037/e496752006-007.
119. Zule W.A., Desmond D.P. An ethnographic comparison of HIV risk behaviors among heroin and methamphetamine injectors. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 1999; 25(1): 1–23. doi: 10.1081/ada-100101843.

Список обозначений и сокращений

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ПИН — потребители инъекционных наркотиков

ОЗ — опиоидная зависимость

ОЗВИЧ — опиоидная зависимость и ВИЧ-инфицирование

ПАВ — психоактивное вещество

РИ — рискованное инъекционное поведение

РП — рискованное половое поведение

ИППП — инфекции, передающиеся половым путем