

*Петров В.И., Козутенко Н.Н., Савищева Л.В., Вишняков М.Н., Борисенко А.Е.,
Красникова Е.Е.*

Новые возможности в медицинской реабилитации тревожно-депрессивных расстройств у ВИЧ-инфицированных, привлечённых к уголовной ответственности

Учреждение ИУ «Тюрьма № 4» УДИН МВД Республики Беларусь

Приведены данные изучения и лечения расстройств адаптации в виде тревожных и депрессивных проявлений у 10 ВИЧ-инфицированных, привлечённых к уголовной ответственности. С применением нескольких методов медицинской реабилитации (иглорефлексотерапия и психотерапия) впервые в Республике Беларусь показана эффективность комплексного лечения ВИЧ-инфицированных арестованных в условиях тюрьмы. Помимо снижения тревоги и депрессии иглорефлексотерапия и психотерапия имеют позитивное влияние на иммунный статус и базисные копинг-стратегии арестованных, имеющих носительство ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: расстройство адаптации, медицинская реабилитация, тревога, депрессия, арестованные.

Размеры кризиса СПИДА превзошли все наихудшие сценарии, десятки стран охвачены полномасштабными эпидемиями ВИЧ/СПИДА, и ещё большее их количество находится на грани такой эпидемии. По оценочным данным, во всём мире, число людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией в течении года составляет свыше 5 млн. человек, из них 800 тысяч-дети. В течении следующих 10 лет эти люди разделят участь более 20 млн. человек, умерших от СПИДА с момента регистрации 1-го клинического случая ВИЧ/СПИДА в 1981 году (3). Вектор заражения сегодня смещается в сторону полового пути передачи вируса и уже зарегистрированы 1-е случаи ВИЧ-терроризма.

Проблема ВИЧ-инфекции в местах лишения свободы с момента выявления первого ВИЧ-инфицированного осужденного в 1988 году сегодня не только не менее важна, но ещё более актуальна в связи с ростом носителей этого вируса в пенитенциарной среде, прогрессированием у них заболевания с увеличением стажа вирусносительства, нарастанием ВИЧ-ассоциированных заболеваний, реальной перспективой неблагоприятного исхода при отсутствии специфической терапии. Резкий рост числа ВИЧ-инфицированных лиц в учреждениях уголовно-исполнительной системы МВД Республики Беларусь стал отмечаться с 1996 года и вскоре наметилась чёткая тенденция того, что 22-25% от всех зарегистрированных в республике ВИЧ-инфицированных граждан содержатся в местах лишения свободы (6). Данная закономерность сохраняется и в настоящее время. В пенитенциарной среде на ВИЧ-инфицированного заключённого особенно негативно действуют 2 психогенных фактора, совмещённых по времени: факт социальной изоляции и наличие вируса иммунодефицита в крови, что предъявляет повышенные требования к индивидуальной системе психологического преодоления. Поскольку психологическое преодоление «запускается» ситуацией, то естественно считать его завершённым, состоявшимся, когда ситуация для субъекта утрачивает свою значимость как раздражитель и тем самым освобождает его энергию для решения других задач. Ни первое, ни второе невозможно радикально изменить для

осужденного в реалиях настоящего времени и имеющихся возможностей, что требует коррекции эмоционального состояния.

О темпах роста свидетельствует динамика выявления носительства этой инфекции у спецконтингента (таблица 1) по данным СПИД-лаборатории ИУ «Тюрьма №4» УДИН МВД Республики Беларусь:

Таблица 1

Динамика выявляемости носительства ВИЧ-инфекции у спецконтингента (2000 – 2005 г.г.)

Показатель	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Обследовано на ВИЧ лиц:	6926	6763	6821	6935	7137	7271
Сделано анализов на ВИЧ в ИФА:	7908	7567	7392	7389	7784	8736
Положительных в ИФА на ВИЧ:	7	21	39	26	21	42

Пребывание в местах лишения свободы является специфическим видом бытия, когда человек чаще помимо собственной воли оказывается в непривычных условиях, сопровождающихся воздействием различных экстремальных факторов, связанных с жёсткой регламентацией жизнедеятельности, реальной повседневной опасностью, исходящей от криминального окружения, существенным ограничением свободы выбора для реализации привычных и актуальных потребностей. Лишение свободы ставит человека в совершенно новые условия социального взаимодействия, где жизнь имеет свои законы и им, как правило, сложно сопротивляться (2). Пенитенциарная изоляция, по данным различных авторов, в 50 – 80% случаев, приводят к разнообразным психическим отклонениям. Действие неблагоприятных факторов на индивидуальность каждого осужденного, в том числе носительство ВИЧ-инфекции, не говоря уже о проявлениях СПИДа, порождает различные виды расстройств адаптации, что на первых порах проявляется в виде тревожно-депрессивной симптоматики различной степени выраженности, отклоняющегося поведения, которые могут иметь ряд неблагоприятных социально-психологических последствий. На сегодняшний день в Республике Беларусь официально зарегистрировано свыше 7 тысяч ВИЧ-инфицированных, из которых 16-20% постоянно находятся в системе пенитенциарных учреждений ДИН МВД Республики Беларусь. Значимость проблемы подчёркивается ещё и тем, что с 2005 года Организацией объединённых наций в масштабе Республики Беларусь, включающем и учреждения исполнения наказаний, реализуется совместный проект «Профилактика и лечение ВИЧ/СПИДа в Республике Беларусь» (координатор Савищева Л.В.), связанный с большими финансовыми вложениями и возможностью реальной лечебно-диагностической и профилактической помощью как населению, так и ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом нашей страны.

Актуальной задачей современной пенитенциарной медицины является научное обоснование, разработка и широкое внедрение в практику новых, эффективных и безопасных методов терапии расстройств адаптации тревожно-депрессивного спектра (РА ТДС) в условиях исправительного учреждения (ИУ), в том числе и среди ВИЧ-инфицированных. Несмотря на качественное улучшение медицинского обеспечения в ИУ Республики Беларусь проблема повышения качества лечения тревожных и депрессивных расстройств у пенитенциарного контингента приобретает

особую социальную значимость в связи с наличием выраженной психической дезадаптации человека в условиях «пенитенциарного контакта». Даже обладая огромным арсеналом психотропных средств сегодня можно сказать, что патогенетически обоснованных методов терапии её ещё недостаточно и число больных с расстройствами тревожно-депрессивного спектра, особенно среди контингента с соматической и инфекционной отягощённостью, продолжает увеличиваться. Дезадаптация, проявляясь на первых порах в виде тревоги и депрессии, в дальнейшем может способствовать появлению или прогрессированию психопатологии, противоправному поведению, формированию маскированных форм депрессии у контингента ИУ, что доставляет массу неудобств больным и пенитенциарному медперсоналу. Рост непереносимости больными многих психотропных препаратов, их выраженные, практически непрогнозируемые побочные действия и осложнения, повышение толерантности и формирование зависимости при длительном применении, высокая стоимость лекарств, стремление части осужденных к изощённому сбору психотропных средств с целью достижения токсикоманического эффекта заставляют обратиться к нетрадиционным методам лечения, в частности, к психо-и рефлексотерапии. Они достаточно универсальны и в тоже время специфичны по воздействию на отдельные заболевания и органы, позволяет исключить или сократить применение массивной лекарственной терапии, рационально чередовать рефлекторные и вербальные воздействия с медикаментозными методами. Своевременная диагностика, лечение и профилактика психических расстройств (заболеваний) у спецконтингента, в том числе у ВИЧ-инфицированных осужденных, привлечённых к уголовной ответственности, способствует сохранению его психического здоровья, более эффективному включению спецконтингента в систему воспитательных и трудовых мероприятий, предупреждению правонарушений (7). Комплексное, стратегически ориентированное воздействие на психическую дезадаптацию (ПД) спецконтингента (СК), позволяет добиться желаемого эффекта в большинстве случаев (9).

Цель работы:

- Изучить распространённость и выраженность расстройств тревожно-депрессивного спектра, особенности иммунного статуса у ВИЧ-инфицированных в условиях ИУ;
- Оценить эффективность комплексной медицинской реабилитации (в виде сочетания психо-и иглорефлексотерапии) расстройств адаптации, её влияние на иммунный статус у ВИЧ-инфицированного спецконтингента;
- Определить динамическую характеристику базисных копинг-стратегий у ВИЧ-инфицированного спецконтингента на фоне применения комплексного реабилитационного воздействия.

Материал и методы

Обследовано 10 человек из числа пенитенциарного контингента (8 осужденных и 2 арестанта), из них 9 мужчин и 1 женщина, в возрасте от 21 до 42 лет из числа ВИЧ-инфицированных ИУ «Тюрьма № 4» ДИН МВД Республики Беларусь на наличие и выраженность у них расстройств тревожно-депрессивного спектра. Ранее у каждого из привлечённых к уголовной ответственности зарегистрировано носительство вируса иммунодефицита человека, что подтверждалось соответствующими меддокументами и повторным исследованием при поступлении в учреждение. Носительство протекало асимптомно. Лабораторная диагностика иммуностатуса

производилась при активном содействии иммунологической лаборатории Могилёвского областного диагностического центра. Исследование выполняли по стандартному протоколу с использованием конъюгированных моноклональных антител к дифференцировочным антигенам человека: CD3, CD4, CD8, CD56, CD19, HLA-DR, CD25 («Caltag» USA). Пробы анализировали на проточном цитометре Epics XL («Culter» USA). Биохимические анализы крови (по печёночной программе) осуществлялись на базе лаборатории Могилёвской областной больницы. Наряду с общеклиническими данными использовали тестирование уровней тревоги и депрессии по короткой шкале (4), а также депрессии-по опроснику Бека (5), тревоги-по шкале Шихана, а также ряд диагностических шкал MMPI (I, II, III, VII, IX). Для оценки личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) использован тест, разработанный Ч.Д. Спилбергером и адаптированный Ю.Л. Ханиным (10,11). Во всех случаях строго соблюдался принцип добровольности и индивидуального заполнения анкет. Иглорефлексотерапия производилась по общепринятой методике в корпоральные акупунктурные точки в сочетании с классическим аутотренингом Шульца, тематически адаптированным к реабилитируемой группе больных. Контрольную группу составили практически 10 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с обследуемыми осужденными, успешно прошедшие медосмотр для приёма на работу. Результаты реабилитации оценивались сразу после лечения и спустя 1 месяц после его окончания.

Достоверность результатов оценивали методом вариационной статистики (1,8).

Результаты и обсуждение

Таблица №2А

Сравнительная характеристика уровней тревоги и депрессии у ВИЧ-инфицированных осужденных и здоровых лиц ($M \pm m$)

Группа обследованных	Тревога (краткая шкала)	Тревога (шкала Шихана)	Депрессия (краткая шкала)	Депрессия (опросник Бека)	РТ	ЛТ
Контрольная группа (1) n=10	1,2±1,1	6,6±7,4	0,6±0,8	2,9±3,4	34,2±5,1	32,2±4,3
Группа ВИЧ-инфицированных (2) n=10	5,9±1,4	48,4±31,0	3,3±2,4	16,7±10,7	51,8±10,3	49,7±11,9
P 1-2	t=7,8 p<0,001	t=3,9 p<0,05	t=3,2 p<0,05	t=3,6 p<0,05	t=4,6 p<0,001	t=4,1 p<0,05

Из 10 обследуемых ВИЧ-инфицированных у девяти регистрировались признаки, характерные для расстройств тревожно-депрессивного спектра. Как видно из таблиц №2А и №2Б уровни тревоги и депрессии у ВИЧ-инфицированных лиц значительно выше (имеют статистически достоверную разницу в сторону увеличения тревожно-депрессивных проявлений) при сравнении их с группой здоровых лиц. Даже несмотря на малый объём статистической выборки различия настолько велики, что позволяют получить значимую разницу при сравнении двух групп посредством использования критерия Стьюдента. При уровне значимости $\alpha = 0,05$ и числе степеней свободы (?) равном 18 (в данном случае) критическое значение t (двусторонний вариант) равно 2,101, что указывает на наличие статистически значимых различий по тревоге (тревожности) и депрессии в группах ВИЧ-инфицированных осужденных и здоровых лиц. О том же свидетельствуют и данные

ММРІ, включающие 3 шкалы невротической триады (I, II, III), шкалу тревоги (VII) и шкалу депрессии (IX), взятые в «чистом» виде при анализе исследуемых групп.

Таблица №2Б

Сравнительная характеристика уровней тревоги и депрессии у ВИЧ-инфицированных осужденных и здоровых лиц ($M \pm m$)

Группа обследованных	ММРІ				
	I	II	III	VII	IX
Контрольная группа, n=10 (1)	51,1±7,3	46,2±8,5	48,0±7,5	47,4±18,3	59,1±8,8
Группа ВИЧ инфицированных (2) n=10	80,3±26,4	64,5±12,8	69,7±15,0	66,7±13,7	73,6±8,3
P 1 2	t-3,2 p<0,05	t-3,6 p<0,05	t-5,6 p<0,001	t-3,6 p<0,05	t-3,6 p<0,05

Представляло интерес изучение иммунного статуса ВИЧ-инфицированных, находящихся в условиях ИУ, а также его состояния в связи со временем, прошедшем с момента инфицирования. Из 10 ВИЧ-инфицированных 3 имели стаж ВИЧ-инфицирования до года (CD4-клетки составляли в среднем 633 в 1 мм³ крови), 3 – со стажем 1-2,5 года (667 CD4-клеток в 1 мм³ крови) и четверо (со стажем ВИЧ-носительства от 3 до 5 лет) – 575 CD4-клеток в 1 мм³ крови. Из 10 ВИЧ-инфицированных 10 имели носительство вирусного гепатита С, 1 – микст-гепатита (В и С), причём 40% из них заразились половым путём, 60%-посредством введения наркотиков, причём один носитель при единственном в жизни внутривенном введении наркотика. Таким образом, практически у каждого осужденного, имеющего ВИЧ-инфекцию, обнаруживается и парентеральный гепатит (или несколько), что неудивительно ввиду аналогии путей заражения. Это ещё раз подчёркивает актуальность профилактики заражения вирусом иммунодефицита, которая одновременно является и превентивной мерой от заражения парентеральными гепатитами, диагностика которых на сегодняшний день не входит в обязательный перечень лабораторных методов обследования при поступлении в ИУ. До начала реализации реабилитационных программ в клинической картине тревожно-депрессивных и соматических субъективных проявлений у ВИЧ-инфицированных преобладали жалобы на плохой сон, пониженное настроение, снижение двигательной и мыслительной активности, головную боль, раздражительность, слабость, потливость, разбитость, неясные болезненные ощущения в разных частях тела, неопределённую тревожность, изжогу, иногда страх за свою будущую перспективу (у 95%). К 5-6 процедуре чётко отмечалось сглаживание или исчезновение болезненной симптоматики, что выражалось прежде всего в улучшении общего самочувствия и настроения, нормализации сна, исчезновении головных болей и тревожности. К концу курса лечения у 80% реабилитируемых наступало стойкое клиническое улучшение состояния, которое продолжалось в течение последующего месяца. У 20% ВИЧ-инфицированных отмечалось лишь некоторое улучшение состояния, что вероятно связано с изначальным пессимизмом в отношении применяемых методов лечения, хотя отдельные проявления тревожно-депрессивной симптоматики у них также купировались полностью.

Анализ выборочных средних тревоги и депрессии выявил статистически значимые различия до начала лечения и сразу после него по всем, кроме шкалы Шихана, применяемым психологическим тестам (таблица №3А), причём продолжительность эффекта составила как минимум месяц. Повторное изучение уровней тревоги и депрессии (через месяц) у ВИЧ-инфицированных осужденных указывает на наличие статистически значимых различий и сохранение лечебного эффекта по кратким шкалам тревоги и депрессии Гольдберга, шкалам ситуационной и личностной тревожности, хотя и по шкале Шихана и опроснику Бека различия ($p=0,06$) между группами до и спустя месяц после лечения достаточно выражены. Поэтому неудивительно, что сравнение данных сразу и спустя месяц после лечения статистических различий не выявило (p от 0,06 до 0,69).

Таблица №3А

Результаты применения комплексного реабилитационного воздействия на ВИЧ-инфицированных осужденных ($M \pm m$) по данным психотестов на тревогу (тревожность) и депрессию

Группа обследованных	Тревога (краткая шкала)	Тревога (шкала Шихана)	Депрессия (краткая шкала)	Депрессия (опросник Бека)	PT	ЛТ
Группа ВИЧ-инфицированных до лечения (1), n=10	5,9±1,4	48,4±31,0	3,3±2,4	16,7±10,7	51,8±10,3	49,7±11,9
Группа ВИЧ-инфицированных сразу после лечения (2), n=10	2,3±2,3	24,3±18,4	0,8±0,7	7,6±4,7	32,0±2,6	37,0±6,4
Группа ВИЧ-инфицированных спустя месяц после лечения (3), n=10	2,7±1,0	27,0±10,0	1,0±0,5	9,5±2,7	35,0±3,8	37,0±4,0
P 1-2	t=4,5 p<0,002	t=2,1 p=0,06	t=3,6 p<0,005	t=2,5 p<0,05	t=6,0 p<0,001	t=3,0 p<0,02
P 1-3	t=6,4 p<0,001	t=2,1 p=0,06	t=3,3 p<0,01	t=2,1 p=0,06	t=4,9 p=0,39	t=3,2 p<0,01
P 2-3	t=0,5 p=0,63	t=0,4 p=0,69	t=1,0 p=0,34	t=1,1 p=0,30	t=2,1 p=0,06	t=0

Данные биохимического обследования ВИЧ-инфицированных с учётом наличия у них (в 100% случаев) парентеральных гепатитов показало, что усреднённые показатели печёночных проб (билирубин, общий белок, АСТ, АЛТ) находились в пределах нормы, кроме тимоловой пробы, которая составляла 9,4. После комплексного лечебного воздействия (иглорефлексотерапии и психотерапии) отмечено некоторое увеличение общего белка и АЛТ (вероятнее всего связанное с повреждением мягких тканей иглой) и существенное уменьшение тимоловой пробы с 9,4 до 3,6 ЕД (усреднённые показатели). Выраженных клинических проявлений активности парентеральных гепатитов у исследуемой группы (желтизны кожи, иктеричности склер, диспепсии, астении и т.д.) не определялось ни до, ни после лечения.

Оценка усреднённых уровней (в Т-баллах) диагностических шкал ММРІ показала статистически значимые различия до и сразу после лечения ВИЧ-инфицированных (таблица 3Б) по II ($p<0,01$) и VII шкалам ($p<0,005$) ММРІ, что соответствует динамике клинических проявлений сразу после лечения и согласуется с выводами, полученными по другим психотестам.

Таблица №3Б

Результаты применения комплексного реабилитационного воздействия на ВИЧ-инфицированных осужденных ($M \pm m$) по данным ММРІ

Группа обследованных	ММРІ				
	I	II	III	VII	IX
Группа ВИЧ-инфицированных до лечения (1) n=10	80,3±26,4	64,5±12,8	69,7±15,0	66,7±13,7	73,6±8,3
Группа ВИЧ-инфицированных после лечения (2), n=10	75,2±22,8	49,4±5,3	63,4±13,5	47,0±7,1	68,4±6,9
P 1-2	t=0,5 p=0,63	t=3,5 p<0,01	t=1,0 p=0,34	t=4,1 p<0,005	t=1,5 p=0,16

Как видно из таблицы №4, у большинства ВИЧ-инфицированных осужденных с учётом количества CD4-клеток в 1 мм³ крови (согласно клинической классификации ВИЧ-инфекции – CDC, 1993 года) имеется А1-клиническая группа (в среднем-700 CD4-клеток в 1 мм³ крови), что косвенно подтверждается отсутствием клинических проявлений болезни. Уровень CD4-клеток вероятнее всего зависит (насколько позволяет делать вывод малочисленность выборки) от срока ВИЧ-инфицирования, который обратно пропорционален количеству CD4-клеток, хотя нельзя не учитывать и индивидуальные особенности иммунитета.

Таблица №4

Динамика субпопуляций лимфоцитов у ВИЧ-инфицированных осужденных на фоне реализации комплексного реабилитационного воздействия (M):

Показатели, n=7	Содержание (средняя величина)			
	В норме	До начала лечения	Сразу после окончания лечения	Спустя месяц после окончания лечения
Лейкоциты (абс.число)	4.0 – 9,0x10 ⁹	6,5	6,2	5,2
Лимфоциты (%)	18-40	47,9	37,0	40,0
(абсолютное число)	1,2-3,5x10 ⁹	3,0	2,3	2,2
T-лимфоциты (CD3) (%)	60-80	70,6	72,9	76,3
(абсолютное число)	1,0-2,4x10 ⁹	2,1	1,8	1,7
T-хелперы (CD4) (%)	33-55	21,9	19,2	24,0
(абсолютное число)	0,6 1,7x10 ⁹	0,7 (700)	0,5 (500)	0,5 (500)
T-цитотоксические (CD8) (%)	16-39	42,2	46,6	48,0
(абсолютное число)	0,3 1,0x10 ⁹	1,3 (1300)	1,2 (1200)	1,1 (1100)
B-лимфоциты (CD19) (%)	5-22	10,5	8,4	4,9
(абсолютное число)	0,04 0,4x10 ⁹	0,3	0,2	0,1
NK-клетки (CD56) (%)	5-25	7,2	7,3	13,6
(абсолютное число)	0,045 0,7x10 ⁹	0,2	0,2	0,3
CD25+ (%)	7-18	5,8	4,0	6,4
(абсолютное число)	0,06-0,4	0,2	0,1	0,1
DR- (%)	9-28	26,3	23,0	12,7
(абсолютное число)	0,1-0,75	0,5	0,5	0,3
Ratio (CD4/ CD8)	1,2-2,5	0,7	0,6	0,5

На фоне проведения комплексного реабилитационного воздействия имеется определённая динамика иммунного статуса, что выражается в незначительной иммуносупрессии сразу после окончания лечения и некоторой иммуностимуляции спустя месяц после его завершения, что проявляется (при анализе %-го соотношения)

увеличением популяции Т-лимфоцитов: CD3, CD4, CD25 +. Также имеется уменьшение DR+, что свидетельствует об уменьшении «раздражённости» иммунитета под влиянием внешних факторов, вероятнее всего и пенитенциарного характера. Вместе с тем объём выборки и разноплановость полученных данных иммуностатуса не позволяет сделать однозначные выводы и требует дальнейшего изучения влияния психо-и иглорефлексотерапии на возможность коррекции иммунитета нетрадиционными методами реабилитации.

Критерии эффективности преодоления проблемных ситуаций в основном связаны с психологическим благополучием субъекта и определяются понижением уровня его невротизации, выражающейся в ситуативном изменении депрессии, тревожности, психосоматической симптоматики и раздражительности (12,13). Представленная динамика тревоги (тревожности) и депрессии до и после реабилитационного воздействия косвенно указывает на позитивные изменения в системе психологического преодоления при применении психо-и иглорефлексотерапии. Изучение самих базисных копинг-стратегий позволяет непосредственно оценить возможности реагирования на жизненные трудности в нестандартной (пенитенциарной) ситуации. Сравнительный анализ полученных данных свидетельствует о качественном различии структуры копинг-поведения у ВИЧ-инфицированного пенитенциарного контингента и здоровых (таблица 5).

Таблица 5

Сравнительный анализ базисных копинг-стратегий у исследуемых групп в баллах ($M \pm m$)

Стратегии	Контингент		
	Поиск социальной поддержки	Разрешение проблем	Избегание
ВИЧ-инфицированный контингент до лечения (1), n=10	18,6±3,0	11,3±5,5	7,6±2,9
ВИЧ-инфицированный контингент после лечения (2), n=10	14,1±4,6	9,4±6,1	4,3±4,1
Здоровые (3), n= 10	17,7±3,4	15,0±3,3	7,0±3,1
P 1-2	t=2,6 p<0,05	t=0,7 p=0,5	t=2,1 p=0,06
P 1-3	t=0,6 p=0,56	t=1,9 p=0,09	t=0,5 p=0,63
P 2-3	t=2,0 p=0,07	t=2,7 p<0,05	t=1,7 p=0,12

ВИЧ-инфицированные значительно реже используют стратегию «разрешение проблем», как до лечения так и после ($p=0,09$ и $0,02$) в сравнении с группой здоровых лиц. Преобладающей стратегией преодоления у них является «поиск социальной поддержки». Вместе с тем, отчётливо выделяется тенденция уменьшения копинга «избегание» после проведенного реабилитационного воздействия ($p=0,06$), что может указывать на улучшение коммуникации ВИЧ-инфицированных. Следствием социальной изоляции и жёсткой регламентации жизнедеятельности явилось тенденция на снижение ($p=0,09$) интенсивности использования стратегии «разрешение проблем» и формирование у носителей вируса иммунодефицита

проблемно-избегающего поведения. Здоровые мужчины преимущественно использовали активные копинг-стратегии «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки». Проведенный анализ позволяет предположить, что базисные копинг-стратегии в условиях нахождения в ИУ и на свободе представляют собой интегративный показатель, зависящий от множества как личностных (степень стрессоустойчивости, уровень интеллекта, способность к коммуникации, степень психопатизации, шкала ценностей, пенитенциарный опыт и т.д.) и средовых факторов, которые заставляют индивидуума преодолевать стресс с учётом их многообразия и степени выраженности, актуальности применяемой копинг-стратегии для данного человека, места, времени.

Выводы:

1. Наличие ВИЧ-инфекции у осужденных в условиях пенитенциарного стресса является дополнительным психотравмирующим обстоятельством и способствует формированию психических расстройств тревожно-депрессивного спектра.
2. Медицинская реабилитация, включающая сочетанное воздействие психо-и рефлексотерапии, оказывает выраженный нормализующий эффект на купирование тревожно-депрессивных проявлений, причём оказывает пролонгированный эффект (как минимум месяц) на возможность рецидива тревожно-депрессивной симптоматики.
3. Влияние сочетанных реабилитационных мер (психо-и иглорефлексотерапия) на иммунный статус ВИЧ-инфицированных осужденных нельзя трактовать однозначно ввиду малочисленности выборочной группы, но положительные тенденции всё же выявляются при динамическом анализе процентного соотношения клеток, участвующих в иммунном ответе.
4. В условиях пенитенциарной изоляции в поведении осужденных ВИЧ-инфицированных отмечается преобладание копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», что свидетельствует о восприятии окружающей среды как возможного источника ресурсов для принятия решения при возникновении проблем. Применение медицинской реабилитации на этом фоне существенно ограничивает применение копинг-стратегии «избегание».
5. С учётом возможности профессионального заражения актуально также изучение неинвазивных методов реабилитации тревожных и депрессивных расстройств у осужденных.

Литература:

1. Вальчук Э.А. Гулицкая Н.И. Расчёт и анализ статистических показателей в здравоохранении. Учебно-методическое пособие. Гродно. 1997. С.17-36.
2. Глоточкин А.Д., Пирожков А.Ф. Исправительно-трудовая психология. М.: Академия МВД СССР, 1974. С. 426.
3. Доклад о глобальной эпидемии ВИЧ/СПИДА, объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДУ и ЮНЕЙДС-2002 год. С. 22.
4. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. Минск, 2001 г. С.393.
5. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. Минск, 2001 г. С.394-397.
6. Завадский В.И., Мышко И.В., Кралько А.А. ВИЧ-инфекция в учреждениях уголовно-исполнительной системы Республики Беларусь: проблемы и перспективы. Материалы 2-й научно-практической конференции «Актуальные проблемы

пенитенциарной медицины: социально-значимые болезни, ВИЧ/СПИД в местах лишения свободы. Минск, 27-28 ноября 2003 года. С. 3-8.

7. Постановление № 202/39 МВД/МЗ Республики Беларусь от 27/08/2003 года «Об утверждении инструкции по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы МВД Республики Беларусь». п. 434.

8. Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. Практика. Москва. 1999. С. 95.

9. Соколовская Л.А., Ласый Е.В., Позняк В.Б., Рынков П.В. Суицидальное поведение: эпидемиология, теоретические модели, профилактика. Здоровоохранение. №9.-2001. С. 19-23.

10. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические исследования тревоги. // Стресс и тревога в спорте. – М.: Спорт, 1983. – С. 55-70.

11. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте. // Вопросы психологии. 1978.-№6. – С. 94-106.

12. Nacano K. Coping strategies and psychological symptoms in Japanese sample // J. Clin. Psychol. 1991. V. 47. №3. P. 346-350.

13. Nacano K. The role of coping strategies on psychological and physical well-being // J. Psychol. Res. 1991. V. 33. № 4. P. 160-167.