

Клиническая
психология

Психологическая профилактика наркотической зависимости



Т. С. Бузина

COGITO
CENTRE

Клиническая психология

Т. С. Бузина

**Психологическая профилактика
наркотической зависимости**

«Когито-Центр»

2015

УДК 159.91
ББК 88.7

Бузина Т. С.

Психологическая профилактика наркотической зависимости
/ Т. С. Бузина — «Когито-Центр», 2015 — (Клиническая
психология)

ISBN 978-5-89353-472-6

Книга посвящена проблеме профилактики зависимости от психоактивных веществ и нередко сопутствующим этому заболеванию парентеральным инфекциям ВИЧ и гепатит С. Решение этой проблемы невозможно без понимания психологических механизмов и факторов, определяющих и структурирующих поведение пациентов с социально значимыми заболеваниями. В книге приводятся результаты проведенного автором комплексного психологического исследования зависимости от психоактивных веществ на различных этапах ее формирования. Рассмотрены мотивационные, ценностно-смысловые и личностные ресурсы на этапах единичных случайных проб, злоупотребления (эпизодического употребления) и сформированной зависимости и дана оценка их вклада в развитие заболевания. Дается также анализ особенностей внутренней картины болезни при различных видах зависимости и при ее сочетаемости с парентеральными инфекциями. Предложена психологическая модель профилактики рассматриваемых заболеваний как часть общей стратегии профилактической работы. Издание рассчитано на специалистов, занимающихся профилактикой и лечением зависимости, прежде всего на медицинских (клинических) психологов, врачей, социальных работников и педагогов.

УДК 159.91

ББК 88.7

ISBN 978-5-89353-472-6

© Бузина Т. С., 2015

© Когито-Центр, 2015

Содержание

Введение	7
Глава 1	9
1.1. Зависимость от психоактивных веществ и парентеральные инфекции ВИЧ и гепатит С как социально значимые заболевания	9
1.2. Клиническая характеристика зависимости от ПАВ	12
1.3. ВИЧ-инфекция как социально значимое заболевание	22
1.4. Вирусный гепатит С как социально значимое заболевание	30
1.5. Сочетанность зависимости от ПАВ, ВГС и ВИЧ-инфекции	32
1.5.1. Потребление ПАВ – ко-фактор инфицирования парентеральными инфекциями	35
1.5.2. Поведенческие факторы риска инфицирования ПИН	37
1.5.3. Поведенческие факторы риска распространения парентеральных инфекций при алкоголизме	39
Глава 2	43
2.1. Теоретические концепции и методы профилактики зависимости от ПАВ	44
Конец ознакомительного фрагмента.	48

Т. С. Бузина
Психологическая профилактика
наркотической зависимости

© Бузина Т.С, 2015

Рецензенты:

Ю. П. Зинченко

действительный член РАО, профессор, доктор психологических наук

Т. В. Клименко

профессор, доктор медицинских наук

А. Ш. Тхостов

профессор, доктор психологических наук

Н.А. Должанская

доктор медицинских наук

* * *

Введение

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) и сопутствующие ей ВИЧ-инфекция и гепатит С являются социально значимыми заболеваниями. Это болезни, в возникновении и (или) распространении которых определяющее значение имеют социально-экономические факторы. Основная характеристика и одна из главных проблем социально значимых болезней – способность к широкому распространению. У больных, страдающих данными заболеваниями, потребность в медицинской помощи возрастает по мере ухудшения их состояния и возникновения осложнений. Лечение таких больных требует привлечения дополнительных средств и укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения (Концепция Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)»)¹.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющим опасность для окружающих, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается бесплатно или на льготных условиях диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

Перечень социально значимых заболеваний утверждается Правительством РФ исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

Зависимость от ПАВ и парентеральные инфекции ВИЧ и вирусный гепатит С (ВГС), относясь к группе социально значимых заболеваний и имея высокую степень сочетанности, представляют серьезную медико-социальную проблему. Профилактика этих заболеваний и оказание медицинской помощи пациентам с сочетанием этих тяжелых заболеваний является сложной и многоаспектной проблемой, так как наличие тяжелой патологии усугубляется проблемами психологического и социального характера (Должанская, Бузина, 2002; Максимова, 2008).

Проблему повышения эффективности лечения и профилактики социально значимых болезней невозможно решить без учета психологических факторов риска возникновения и распространения данных заболеваний. Это связано с тем, что, какой бы уровень профилактики и оказания помощи пациентам с такими заболеваниями ни рассматривался, всегда одной из центральных проблем является необходимость изменения поведения, связанного с риском заболевания или его рецидива, на более безопасные, способствующие выздоровлению формы. Решение этой задачи невозможно без понимания психологических механизмов и факторов, определяющих и структурирующих поведение пациентов с социально значимыми заболеваниями.

Проблема изменения рискованного поведения на безопасное, направленное на сохранение и поддержание здоровья, выдвигает на первый план задачу исследования мотивационных и ценностных факторов, обеспечивающих изменение поведения и его устойчивость.

Понять человеческое поведение можно только через возникающие в его деятельности смыслы. Поскольку мотивы и потребности не равноправны, а иерархически организованы, смыслообразование осуществляется не только в наличной ситуации актуализированной потребности, но определяется более широким спектром устойчивых мотивационных структур: ценностными ориентациями, смысловыми образованиями, динамическими смысловыми системами и другими аспектами личностной регуляции (Тхостов, 2002).

¹ Утверждена распоряжением Правительства РФ от 11.12.2006, № 1706-п. URL: <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php?ID=77442>.

В данной работе исследуются мотивационная и ценностно-смысловая организации личности, зависимой от ПАВ, для определения факторов риска и выявления основных психологических мишеней профилактических воздействий, ориентирующих личность на здоровый образ жизни и приверженность к различным профилактическим и лечебно-реабилитационным мероприятиям.

В соответствии с отечественными концепциями роли образа в психической регуляции деятельности (Ананьев, 2001; Леонтьев, 1968; Рубинштейн, 1997; Смирнов, 1985) в работе рассматривается внутренняя картина болезни (ВКБ), внутренняя картина здоровья (ВКЗ) как цель лечения и фактор, определяющий мотивацию лечения, и смыслообразующий компонент изменения поведения больного человека. В случае сочетания нескольких тяжелых социально значимых заболеваний, таких как зависимость от ПАВ и парентеральные инфекции (ВИЧ-инфекция и ВГС), является важным определение ведущей роли того или иного заболевания в ВКБ для выделения основных мишеней лечебно-реабилитационной работы с такими пациентами и направлений первичной и вторичной профилактики.

При формировании ВКБ существенную роль играет процесс «означения» имеющихся у пациента субъективных переживаний. Во многом этот процесс обуславливается и контактом пациента с врачом. Отношение к врачу, степень доверия ему могут включаться в систему представлений о болезни и отражаться в ВКБ. Поскольку от отношения пациента к врачу как субъекту медицинских коммуникаций зависит приверженность пациента лечению и вовлеченность в лечебно-реабилитационные мероприятия, образ врача можно рассматривать как психологическую мишень профилактики и лечения зависимости от ПАВ и парентеральных инфекций.

В работе также рассматривается роль мотивационных факторов и ценностно-смысловых структур личности в формировании зависимого от ПАВ поведения на различных этапах формирования зависимости: при систематическом употреблении ПАВ, на этапе злоупотребления (эпизодическом употреблении) и этапе единичных проб.

Глава 1

Проблемы профилактики зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и сочетанных с ней парентеральных инфекций ВИЧ и вирусный гепатит С (ВГС)

1.1. Зависимость от психоактивных веществ и парентеральные инфекции ВИЧ и гепатит С как социально значимые заболевания

Впервые термин «социально значимые заболевания» появился в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан в 1993 г. и существует и в новом, принятом в 2011 г. Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Ранее существовало такое понятие, как «социальные болезни», хотя встречалось оно в узкопрофильной медицинской литературе.

В самом общем виде социально значимые заболевания – это болезни, возникновение и (или) распространение которых в определяющей степени зависит от социально-экономических условий.

Основной признак и одновременно ключевая проблема социально значимых болезней – способность к широкому распространению (массовость). У больных, страдающих заболеваниями этой группы, как отмечалось в Концепции Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» (утверждена распоряжением Правительства РФ от 11.12.2006, № 1706-р), потребность в медицинской помощи возрастает по мере ухудшения их состояния и возникновения осложнений. Лечение таких больных требует привлечения дополнительных средств и укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения.

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющим опасность для окружающих, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается бесплатно или на льготных условиях диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях.

Следует отметить, что, согласно законодательству, перечень социально значимых заболеваний утверждается Правительством РФ исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

В соответствии с существующим законодательством, в 2004 г. Правительство Российской Федерации утвердило перечень социально значимых заболеваний.

К этой группе заболеваний отнесены туберкулез, гепатит В и С, СПИД, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе зависимость от алкоголя и наркотиков, злокачественные новообразования, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, (см. таблицу 1.1.1).

Наличие тяжелой патологии усугубляет проблемы социального характера и приводит к появлению социально уязвимых слоев населения, которые нуждаются не только в медицинской, но и в паллиативной помощи, а также социальной защите. Поиск путей преодоления

проблем, связанных с социально значимыми заболеваниями, является первостепенной государственной задачей.

Таблица 1.1.1

**Перечень социально значимых заболеваний
(Постановление Правительства РФ № 715 от 01.12.2004)**

Код заболеваний по МКБ-10	Наименование заболеваний
1. A 15-A 19	Туберкулез
2. A 50-A 64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. B 16; B 18.0; B 18.1	Гепатит В
4. B 17.1; B 18.2	Гепатит С
5. B 20-B 24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. C 00-C 97	Злокачественные новообразования
7. E 10-E 14	Сахарный диабет
8. F 00-F 99	Психические расстройства и расстройства поведения
9. I 10-I 13.9	Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением

Национальный проект «Здоровье» направлен на дальнейшее усиление социальных возможностей здравоохранения, в том числе на повышение благосостояния населения, повышение качества и доступности медицинской помощи, содействие улучшению положения семей с детьми, попавших в трудную жизненную ситуацию, повышение эффективности системы социальной защиты и социального обслуживания.

В отсутствие адекватных государственных мер (организационных, технических, финансовых, медико-профилактических, лечебных и др.) растет уровень заболеваемости, инвалидизации и смертности от определенных болезней, снижается продолжительность жизни населения, огромные средства затрачиваются на стабилизацию ситуации с заболеваемостью и устранение негативных социальных и макроэкономических последствий.

В то же время социальная значимость заболеваний может снижаться при целенаправленном и эффективном воздействии на основные факторы, вызывающие и поддерживающие эти заболевания.

В данной ситуации особенно важно учитывать, что только взаимодействие всех социальных институтов, ориентированных на предотвращение неблагоприятных воздействий на человека, реализация профилактических программ, наряду с улучшением диагностики, лечения, использованием современных медицинских технологий способны решать стратегические задачи по решению проблем системы общественного здравоохранения (Максимова, 2008).

Для организации медико-социальной работы на высоком уровне необходимы: научное обоснование, нормативно-правовая база, система подготовки специалистов с использованием перспективных методологических подходов и технологий оказания медико-социальной

помощи населению. В связи с этим существенно возрастает роль клинической психологии в этой системе.

Клиническая психология может играть ключевую роль в повышении эффективности профилактики социально значимых болезней на всех трех уровнях профилактики: первичной, вторичной и третичной. Это связано с тем, что, какой бы уровень профилактики мы ни рассматривали, основной ее задачей всегда является изменение поведения, связанного с риском заболевания или рецидива, на более безопасные и конструктивные формы. Решение этой задачи невозможно без понимания психологических механизмов и факторов, определяющих и структурирующих поведение.

Среди социально значимых заболеваний хочется обратить внимание на те, для которых характерны сочетанность и взаимообусловленность распространения, что создает дополнительные, особые сложности в их предупреждении и лечении. Этими заболеваниями являются зависимость от ПАВ, входящая в категорию «Психические расстройства и расстройства поведения», и часто сочетающиеся с ней инфекции: ВИЧ-инфекция, парентеральные гепатиты и туберкулез.

Для таких заболеваний, как ВИЧ-инфекция и гепатит С, основным методом предупреждения их распространения в обществе является поведенческая профилактика, так как в настоящее время для них нет эффективных и надежных средств излечения, а также специфической профилактики в виде вакцин. Употребление ПАВ является фактором риска распространения этих инфекций и затрудняет и осложняет профилактические вмешательства.

Наиболее опасной для парентерального пути распространения ВИЧ-инфекции и гепатита С является зависимость от опиоидов, употребляемых преимущественно парентеральным путем. Зависимость от алкоголя, имеющая наибольшее распространение в нашей стране (Кошкина, Киржанова, 2006), также является фактором распространения ВИЧ-инфекции, так как употребление алкоголя способствует активизации полового пути передачи этих заболеваний (Должанская, 2005).

1.2. Клиническая характеристика зависимости от ПАВ

В международной классификации болезней (МКБ-10) употребление ПАВ определяется в разделе «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» и классифицируется в зависимости от вида вещества. Так, выделяются психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, опиоидов, каннабиоидов, седативных или снотворных веществ, кокаина, других стимуляторов, включая кофеин, табак, летучие растворители, а также психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ. Тяжесть данных расстройств варьируется от неосложненного опьянения и употребления с вредными последствиями до выраженных психотических расстройств и деменции. Употребление психоактивных веществ диагностируется как заболевание при наличии «синдрома зависимости».

Синдром зависимости определяется как сочетание физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, при которых употребление вещества или класса веществ начинает занимать первое место в системе ценностей индивидуума. Основной характеристикой синдрома зависимости является потребность (иногда непреодолимая) принять психоактивное вещество. Возвращение к употреблению психоактивных средств после периода воздержания приводит к более быстрому появлению признаков этого синдрома, чем у лиц, ранее не имевших синдром зависимости.

Диагноз синдрома отмены может быть поставлен только при наличии 3 или более перечисленных ниже признаков, возникавших в течение определенного времени в прошлом году. Этими признаками являются:

1. Сильная, компульсивная потребность приема вещества.
2. Нарушение способности контролировать прием вещества, т. е. начало употребления, окончание или дозировку употребляемых веществ, характеризующееся увеличением общей дозы и/или длительности приема и безуспешными попытками или сохраняющимся желанием уменьшить потребление.
3. Физиологическое состояние отмены, возникающее при прекращении приема вещества или уменьшении дозы вещества.
4. Повышение толерантности, снижение эффекта при приеме прежних доз, вызывающее необходимость повышения дозы для достижения прежнего эффекта.
5. Увеличение времени, затрачиваемого на добывание психоактивного вещества, прием и перенесение последствий, сопровождаемое сужением здоровой социальной активности и альтернативных употреблению вещества интересов личности.
6. Продолжение употребления вещества, несмотря на очевидные вредные последствия, такие как причинение вреда печени вследствие злоупотребления алкоголем, депрессивные состояния после периодов интенсивного употребления вещества, снижение когнитивных функций вследствие употребления наркотиков (Международная классификация болезней, 10-й пересмотр, 1994).

Особое внимание в этом перечне уделяется состоянию отмены, возникающему в результате прекращения приема психоактивного вещества или уменьшения привычной дозы. Начало и течение синдрома отмены ограничены во времени и соответствуют типу вещества и дозе, непосредственно предшествующей воздержанию. Синдром характеризуется физическими и психическими расстройствами, характер которых определяется видом психоактивного вещества. Синдром отмены по-другому называют абстинентным синдромом. Он считается важным диагностическим показателем при определении стадии заболевания (Пятницкая, 1994; Альтшуллер, 1995). Рассмотрим далее зависимость от опиоидов и алкоголя.

Клинические проявления синдрома зависимости от опиоидов

Для обозначения болезни, вызываемой систематическим потреблением психоактивных веществ, внесенных в специальный список наркотиков, в нашей стране обычно используется термин «наркомания». Зависимость от опиоидов (F11.20) является одной из наиболее распространенных и наиболее изученных форм наркомании (Шабанов, 2002). Она возникает в результате длительного злоупотребления природными или синтетическими опиатами. К природным опиатам относятся наркотики, получаемые из опия сырца (*Papaver somniferum*), содержащего 20 алкалоидов и дериватов опия (морфин, героин, кодеин, тебаин и др.). Из полностью синтетических опиатов используются: мепередин, метадон, пропоксифен. Наиболее наркогенным препаратом является героин. Считают, что его наркогенный эффект в 4–5 раз выше морфинного (Сиволап, Савченков, 2012).

При регулярном употреблении опиатов возникает выраженная психическая и физическая зависимость с тяжелыми явлениями при отмене наркотиков (абстинентный синдром). Сроки формирования заболевания зависят от применяемого препарата и способа его введения. Наиболее короткий срок формирования зависимости отмечается при внутривенном введении наркотика. Наиболее наркогенным является вводимый внутривенно героин (становление наркомании наблюдается после 3–5 инъекций). При введении морфина наркомания развивается после 10–15 инъекций (Тиганов, 1999).

Вначале имеет место этап эпизодического введения препарата, когда больные наркотиризуются от случая к случаю и не повышают дозу. В среднем он продолжается 2–3 мес, в отдельных случаях (особенно при отсутствии доступа к наркотикам) – от 6 до 12 мес. С формированием синдрома психической зависимости прием опиатов становится регулярным и для достижения прежнего эффекта больные вынуждены вводить наркотик более часто и увеличивать дозу, т. е. начинает расти толерантность. Описанный период в целом соответствует начальной или первой стадии наркомании (Сиволап, Савченков, 2012).

Вторая стадия наркомании определяется прежде всего развитием физической зависимости, которая формируется примерно через 3 нед.-1,5 мес. от начала систематического введения наркотиков.

В это же время формируется абстинентный синдром. Развитие его, наряду с синдромом психической зависимости и толерантностью, считается признаком «хронической», «развернутой», или второй, стадии наркомании, т. е. качественно иного этапа болезни (Стрельчук, 1956; Пятницкая, 1994).

Признаки абстиненции развиваются в течение нескольких часов после принятия последней дозы, в период, когда должна быть принята очередная доза по установившейся схеме, и достигают своего пика в интервале от 36 до 72 час. после последнего употребления. Уже через 6–8 часов после отнятия наркотика у больных наблюдаются напряженность, общая неудовлетворенность, тревога, раздражительность, общая дисфория, недомогание, физическая слабость. Ранние признаки опийного абстинентного синдрома: зевота, слезотечение, насморк с чиханьем, зуд в носу и носоглотке, ощущение закладывания носа, повышенная перистальтика кишечника (Пятницкая, 1994; Веселова, 2002).

После исчезновения острых признаков абстинентного синдрома наблюдаются остаточные явления в виде непреодолимого влечения к наркотику, пониженного настроения, дисфории, психического дискомфорта, астении, нарушений сна (отставленный период абстинентного синдрома).

На третьей стадии значительно изменяется действие наркотика. Эйфорическое его действие значительно уменьшается, а иногда полностью исчезает. Наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности и настроения, дозы наркотиков зачастую снижа-

ются, так как при введении прежней высокой дозы у больных наблюдаются вялость и слабость (Пятницкая, 1994).

Клинико-психологические особенности больных с синдромом зависимости от опиоидов

Формирование зависимости от ПАВ, помимо морфофизиологических изменений в функционировании органов и систем организма человека, приводит к изменениям и деградации личности. (Валентик, 2001; Менделевич, 2003; Campbell, Stark, 1990). Личностная деградация потребителей опия характеризуется сужением круга интересов, общим огрублением личности. У больных пропадает интерес к любым событиям их жизни, кроме приема наркотиков. Они становятся угрюмыми, нелюдимыми, перестают проявлять внимание к близким, безразлично относятся к работе, к жизненным радостям и неприятностям (Борисов, 2007; Идрисова, 2003).

Исследование А. А. Козлова и М. Л. Рохлиной (2000) пациентов с героиновой, опийной, первитино-эфедроновой и полинаркоманиями показало, что у всех, независимо от вида наркотического вещества, по мере наркотизации индивидуальные личностные характеристики нивелируются и формируется своеобразный наркотический дефект. Так называемая «наркоманическая» личность характеризуется: повышенной возбудимостью, нарастанием аффективных расстройств в виде дисфории или апатико-абулических депрессий, аффективной лабильностью, преобладанием истеровозбудимых форм реагирования, психосоциальной дисфункцией в виде постепенного угасания интересов, различными аномалиями эмоционально-волевой сферы, расстройствами сферы влечения, выраженным морально-этическим снижением и транзиторными интеллектуально – мнестическими расстройствами (Ерофеева, 2005; Рохлина, Козлов, 2000; Kozlov, Dorovskin, Doljanskaia, Buzina, Polunina, 2005).

В. Л. Юлдашев (1996) выделяет некоторые особенности межличностных отношений лиц с химической зависимостью. К ним относятся стремление уходить от ответственности в принятии решений, стереотипность поведения, зависимость, тревожность, тенденция обвинять других, сниженная переносимость повседневных трудностей с хорошей переносимостью экстремальных ситуаций, низкая самооценка в сочетании с внешними проявлениями превосходства, невозможность поддерживать стойкие эмоциональные отношения. По данным отечественных и зарубежных исследователей (Валентик, Сирота, 2002; Гагарина, 2003; Психология и лечение зависимого поведения, 2002; Brook, Whiteman, Finch et al., 1996; Dyke, Heaslip, Hogenson, Vedders, 1989; Gossop, Stewart, Browne, Marsden, 2002) в качестве личностных особенностей больных опийной наркоманией отмечаются неуверенность в себе, экстернальный локус контроля, сниженная самооценка, импульсивность, асоциальные наклонности, низкая фрустрационная толерантность.

У больных опийной наркоманией также выявляется повышенная epileptoидность, сниженная самокритичность, проявляющаяся в неадекватности представлений о себе, нарушение понимания больным своего места в жизни. У них недостаточно развита способность к рефлексии (Грюнталь, 2005).

У пациентов с опиоидной зависимостью выявляется сочетание склонности к рискованному поведению в виде поиска нового опыта и социальной расторможенности с высокой степенью полезависимости и алексетимии в виде чрезмерной диффузности интрацептивного опыта (Бузина, 1998). Высокая степень полезависимости и диффузность интрацепции свидетельствуют о слабой организованности и структурированности внутреннего опыта больных опийной наркоманией и низкой его рефлексии, что является препятствием для опосредованного отреагирования потребности в стимуляции в знаково-символической форме и социально детерминированных видах деятельности. Данные обстоятельства приводят к тому,

что потребность в острых ощущениях удовлетворяется непосредственно, путем употребления ПАВ (Бузина, 1998).

Исследователями отмечаются изменения личности потребителей опиоидов по мере увеличения длительности употребления наркотика. К. С. Лисецкий и С. В. Березин (2000) получили данные о таких психологических особенностях потребителей героина на стадии экспериментирования и эпизодического употребления, как эмоциональная незрелость, неполноценная психосексуальная организация, агрессивность и нетерпимость, слабые адаптивные способности, склонность к регрессивному поведению, сниженная способность к искреннему общению с партнером. В поздний период развития наркотической зависимости обостряются внутриличностные конфликты и неспособность к социально-психологической адаптации становится очевидной. Хроническое употребление наркотиков приводит к усилению пассивности, безразличию к своему внешнему виду, к бесплодному фантазированию и невозможности принимать решения, а также к абсолютной неспособности к длительным усилиям. Вторичными последствиями является асоциальное поведение в виде нелегального приобретения наркотиков, подделки рецептов, обмана членов семьи, друзей, врачей, возникновения конфликтов с законом. Отличительной чертой хронической наркомании является этическая деградация (Ерофеева, 2005).

По данным Н. Г. Идрисовой (2003), при формировании психической зависимости от героина, при длительности употребления менее года у потребителей наркотиков нарастают импульсивные тенденции в поведении, склонность к асоциальным поступкам, которые маскируются или проявляются социально приемлемыми путями. При употреблении героина около года теряется контроль над поведением, появляется склонность к самобичеванию, снижается самооценка, наблюдаются затруднения в социальной адаптации, сужаются интересы, возникает безразличие, состояние подавленности, снижается активность. Зависимые от наркотиков со стажем употребления 2–3 года характеризуются нарушением способности к самоконтролю, у них значительно выражены эгоистические тенденции, усиливается импульсивность и лабильность. При употреблении 4–5 лет усиливаются дезадаптивные тенденции и возникают аффективные расстройства (Идрисова, 2003; Менделевич, 2001).

М. Г. Ерофеева (2005), изучая личностные особенности зависимых от героина с разным стажем употребления наркотика, приходит к сходным выводам. В качестве психологических характеристик зависимых со стажем употребления менее 5 лет она отмечает следующие черты:

- высокая психическая активность, высокая мотивация достижения (часто ориентирована на моторную и речевую активность), интересы поверхностные, неустойчивые;
- эмоциональная и социальная незрелость, большое количество поверхностных контактов, эмоциональная лабильность, неадекватность самооценки;
- поверхностность, легковесность суждений;
- высокая степень зависимости от окружающих, ожидание агрессии с их стороны;
- склонность к депрессивным переживаниям, пессимизм;
- астено-невротические черты, сниженная работоспособность, чувство опустошенности, чувство одиночества;
- агрессивные тенденции в поведении, несдержанность, конфликтность;

Для зависимых от героина со стажем употребления наркотика больше 5 лет характерно усиление агрессивного поведения в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, склонностью к депрессивным переживаниям и внутриличностным конфликтам разнонаправленных тенденций.

Ряд исследователей обращает особое внимание на специфику эмоциональной сферы зависимых от опиоидов. Н. С. Курек (1991) отмечает такие особенности эмоциональной активности зависимых от опиоидов, как снижение точности восприятия эмоций другого человека

по мимике, жестам и позам в сочетании с нормальным или повышенным уровнем собственной эмоциональной экспрессии.

Т. И. Букановская (1992) обнаружила у больных опийной наркоманией высокую напряженность аффекта, низкую способность к переживанию негативных эмоций, наличие эмоций гнева-отвращения в структуре переживаний. Автор предполагает защитную роль опийной интоксикации, которая позволяет пережить эмоциональное состояние горя-страдания на качественно ином уровне, дающим чувство удовлетворения.

По результатам исследования К. С. Лисецкого (2000), типичными для наркозависимых являются: эмоциональная неустойчивость, эмоциональная незрелость, развитое чувство вины, нерешительность, боязливость, застенчивость, тревожность, мнительность, впечатлительность.

Также отмечается, что в эмоциональной сфере зависимых от опиоидов определяется богатая эмоциональность, если они находятся в периоде активного употребления наркотика. Если же они находятся в «чистом периоде», когда не употребляют наркотические вещества, то эмоциональное реагирование затруднено. В эмоциональных переживаниях наблюдается в основном напряженность, раздражительность, неприязнь к окружающим (Валентик, 2001; Валентик, Сирота, 2002).

Мотивационная сфера зависимых от опиоидов также имеет свои специфические особенности. У зависимых от опиоидов наблюдается снижение уровня мотивационной деятельности. Однако в состоянии наркотической интоксикации происходит значительная ее активация. Потребители наркотиков демонстрируют поразительную целеустремленность и способность преодолевать серьезные препятствия на пути добывания психоактивного вещества, но при выполнении нормативной деятельности становятся пассивными и безынициативными (Букановская, 1992; Валентик, 2001; Менделевич, 2001).

У зависимых от наркотиков отмечается высокий уровень мотивации избегания неуспеха, преобладание страха перед неуспехом над надеждой на успех и такие искажения мотивационно-потребностной сферы, как блокировка временной перспективы и блокировка потребности в защищенности, самоуважении, принадлежности к референтной группе (Менделевич, 2001).

Н. А. Грюнталь (2003), исследуя нарушение регуляторной функции самосознания у больных опийной наркоманией, делает вывод о том, что в самосознании больных отсутствуют прошлое, настоящее и будущее как единый временной континуум. Прошлое, настоящее и будущее для них изолированы, при этом реально существует лишь настоящее, «здесь и сейчас», а прошлое и особенно будущее «фантастичны», нереальны и с настоящим никак не связаны. Дефицитарность структуры мотивов больного наркоманией ограничивает возможность адекватного прогнозирования будущего.

По данным как зарубежных, так и отечественных исследователей, у лиц, злоупотребляющих наркотиками, отмечается наличие когнитивного дефицита, проявляющегося в ухудшении показателей памяти, внимания, ухудшение ассоциативного мышления (Козлов, Бузина, 1999; Шабанов, 2002; Грюнталь, 2005; Демина, 2005; Blatt, Berman, 1984; Campbell, Stark, 1990).

В исследовании А. А. Козлова и Т. С. Бузиной (1999) показано, что хроническое злоупотребление наркотиками приводит к снижению интеллектуальных способностей. Длительный отказ от их употребления приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций. По данным А. А. Козлова и М. Л. Рохлиной (2001), снижение когнитивных функций проявляется в виде обедненности воображения, нарушения непосредственного и опосредованного запоминания на динамическом и мотивационном уровнях. Отмечается сниженность способности к рефлексии, анализу и самоанализу. По данным М. Г. Ерофеевой (2005), типичным для данных больных является конкретность мышления.

При нейропсихологическом анализе высших психических функций у больных героиновой наркоманией М. Е. Баулина (2002) выделяет три основных дефекта:

- нарушение общей работоспособности и истощаемость, неспецифические нарушения памяти и других психических процессов как следствие длительной интоксикации с поражением головного мозга, особенно его срединных структур, являющихся мишенью действия опиатов;

- импульсивность, нарушения целенаправленности деятельности, анализа, снижения уровня обобщения, отвлекаемость и персеверации, свидетельствующие о заинтересованности левой лобной доли больших полушарий;

- трудности в восприятии пространственных признаков зрительных стимулов, характерные для поражения правой теменно-затылочной области, и нарушения понимания логико-грамматических отношений, свидетельствующие об органических изменениях в левой теменно-затылочной области.

В поведенческом плане многими авторами, изучающими причины формирования химической зависимости, употребление наркотиков рассматривается как психофармакологический копинг-механизм, который в ходе формирования зависимости трансформируется из кратковременных способов совладания с дистрессом на разных этапах приобщения к ПАВ в устойчивое псевдоадаптивное копинг-поведение, приводящее к дезадаптации индивида. Таким образом, употребление наркотиков дает временное облегчение в ситуации стресса, тем самым препятствуя развитию альтернативных копинг-механизмов (Сирота, Ялтонский, 2003; Lazarus, Folkman, 1987; Sklar, 1999). Также наркотизация рассматривается как попытка компенсации несостоятельности личного контроля над средой с помощью установления иллюзорного контроля в состоянии наркотического опьянения (Тхостов, Левин, Рассказова, 2007; Ryan, 2000).

Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский считают, что наркомания является малоадаптивным паллиативным копинг-поведением, обусловленным недостаточностью функционирования копинг-стратегий и личностно-средовых копинг-ресурсов (Сирота, 1994; Ялтонский, 1995; Сирота, Ялтонский, 2008). Данное расстройство характеризуется доминирующим использованием копинг-стратегий избегания жизненных проблем и ухода от реальности, а проблемно-разрешающее поведение направлено на поиск наркотика. Характерной чертой такого копинг-поведения является то, что оно меняет способ интерпретации ситуации, но не меняет саму стрессовую ситуацию и отношения индивида со средой.

Основными формами психологической защиты у больных наркоманией П. Д. Шабанов, О. Ю. Штакельберг (2000) обозначают отрицание, регрессию и компенсацию. При этом, по сравнению со здоровыми людьми, активность психологических защит, способствующих социальной адаптации, выше у больных наркоманией (Ерофеева, 2005).

Согласно исследованию К. С. Лисецкого и др. (2000), характерные защитные механизмы героиновых наркоманов – вытеснение или навязчивость, отказ от самореализации, агрессия.

Таким образом, личностная организация больных опийной наркоманией характеризуется неадекватностью самооценки, зависимостью ее от жизненных обстоятельств, наличием нереалистичных представлений о себе, никак не связанных с жизненным опытом, дефицитарностью структур внутреннего опыта, склонностью к неоправданному риску, снижением способности к рефлексии и самоотчету, трудностью в регуляции своего эмоционального состояния. Данным больным свойственна бедность мотивационной сферы, отсутствие конкретных интересов, подверженность внешним влияниям, преобладание инфантильных гедонистических установок, недостаточность функционирования копинг-стратегий и личностно-средовых копинг-ресурсов, что свидетельствует о личностной незрелости данной группы больных.

Клинические проявления синдрома зависимости от алкоголя

Согласно МКБ-10, алкоголизм относится к блоку F10 – «Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя».

Для систематизации различных проявлений алкоголизма предложено большое количество классификаций. В нашей стране традиционно используется классификация А. А. Портнова, И. Н. Пятницкой (Портнов, Пятницкая, 1970), которая не противоречит классификации МКБ-10, но в развитии алкоголизма выделяет 3 стадии, которые последовательно сменяют одна другую.

Для 1-й стадии алкоголизма – начальной стадии зависимости (по МКБ-10 F10.10 – употребление с вредными последствиями) – характерно:

- патологическое влечение к алкоголю, которое проявляется в определенных ситуациях, связанных с традиционным употреблением алкоголя, когда подготовка к приему спиртного сопровождается положительными эмоциями;

- снижение количественного контроля – первые дозы алкоголя про – воцируют дальнейшее употребление до состояния выраженного опьянения;

- рост толерантности – первоначально употребляемая доза алкоголя не вызывает желаемого чувства опьянения, поэтому растет количество выпиваемого алкоголя или происходит переход на более крепкие спиртные напитки;

- амнезии опьянения – выпадение из памяти фрагментов определенных событий, которые были в состоянии опьянения (на этой стадии неглубокие).

Длительность первой стадии алкоголизма в среднем составляет от одного года до пяти лет, в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем.

На 2-й стадии алкоголизма – средней стадии зависимости (по МКБ-10 F10.20 – синдром зависимости) утяжеляются все симптомы, характерные для первой стадии. Типичными для второй стадии являются:

- появление абстинентного синдрома (F10.30);

- формирование запоев или систематического пьянства;

- заострение преморбидных черт (усиление некоторых черт характера, которые были у человека до заболевания);

- высокая толерантность к алкоголю, т. е. увеличиваются разовые и суточные дозы алкоголя, повышается градус алкоголя.

На 3-й стадии алкоголизма (конечная стадия зависимости) влечение к алкоголю носит непреодолимый характер, больные употребляют даже заведомо опасные вещества, содержащие алкоголь, в том числе суррогаты. Толерантность к алкоголю падает, человек пьян от небольших доз алкоголя и длительность запоев снижается из-за нарастающего ухудшения самочувствия. Абстинентный синдром протекает крайне тяжело, часто возникают судорожные припадки, алкогольный делирий (F10.40) и другие расстройства (F10.50-F10.90). К перечисленным симптомам 2-й стадии присоединяется алкогольная деградация личности. У больных исчезает интерес к окружающему; все их побуждения сосредоточиваются только на выпивке. Происходит обеднение всей психической деятельности, падает работоспособность, больные могут выполнять только неквалифицированную работу, часто совершают правонарушения (Портнов, Пятницкая, 1970; Алкоголизм: руководство для врачей, 2011).

Клинико-психологические особенности пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

Личностные характеристики больных алкоголизмом отражают структуру проявлений, связанных с высоким уровнем эмоциональной напряженности, неустойчивости, импульсивности, высоким уровнем чувства вины и повышенной тревожности, нарушенной самооценки, блокированных потребностей (Анучин, Дудко, 1986). В структуре личности пациентов выявляются такие особенности, как выраженное чувство вины, неуверенности, наличие тревожности, недифференцированных переживаний, имеющих высокую эмоциональную насыщенность и интенсивность. Эти характеристики дополняются проявлениями повышенной мнительности, подозрительности, значительным уровнем тревоги и эмоциональной напряженности, склонности к подавлению эмоциональных проявлений, неприятию критики, проявлений ригидности (Альтшулер, 1994).

На начальных и, как правило, средних этапах алкоголизма изменения личности ограничиваются заострением изначальных личностных особенностей. Во второй стадии болезни к ним присоединяются расстройства эмоциональной сферы: эмоциональная лабильность (неустойчивость настроения), огрубление, возбудимость. Развивается алкогольная анозогнозия (отрицание болезни), проявляющаяся недостаточно критическим отношением к своему пьянству. Появляются социальные последствия пьянства. Одной из первостепенных черт алкоголика многие авторы называют моральную деградацию. В ходе своих действий по удовлетворению потребности в алкоголе больной решает жизненную задачу, переступить или не переступить свои моральные нормы. Постепенно эти поступки перестают быть случайными. Они становятся неизбежным, закономерным следствием логики развития жизни этих пациентов.

Алкогольная деградация, развивающаяся на отдаленных этапах алкоголизма, включает в себя аффективные расстройства, психопатоподобные симптомы, этическое снижение, утрату критического отношения к злоупотреблению алкоголем и своему состоянию в целом, стойкие изменения памяти и интеллекта (Альтман, 1980).

Аффективные расстройства при развитии алкогольной деградации становятся неотъемлемым свойством личности больных, отличаются чрезвычайной стойкостью, обнаруживаются не только в связи с алкогольными эксцессами, но и при длительном воздержании от алкоголя. Аффективные нарушения проявляются особой эмоциональной лабильностью, неустойчивостью настроения, обидчивостью, пессимизмом с экспрессивным выражением своих чувств. Эмоциональная неустойчивость всегда сочетается с возбудимостью, поэтому аффективные вспышки сопровождаются бурными проявлениями раздражения и гнева. В большинстве случаев аффективные колебания поверхностны (Рожнов, 2005).

У больных отмечается (несмотря на изменения настроения) эйфорическая установка – склонность к эйфории, беспечности, недооценке жизненных трудностей, плоскому юмору. Эти особенности настолько свойственны многим больным алкоголизмом на отдаленных этапах, что обычно выделяют тип алкогольной деградации с эйфорической установкой (Альтман, 1980). Эйфорической установкой некоторые авторы объясняют готовность больных ко лжи или заведомо невыполнимым обещаниям (Дереча, Дереча, 2001; Дереча, 2003).

Психопатоподобные симптомы в структуре алкогольной деградации не укладываются в какой-либо из вариантов, поэтому часто выделяют недифференцированные психопатоподобные варианты алкогольной деградации, для которых характерны мозаичность, полиморфизм проявлений. Поведенчески это выражается в неадекватности, непредсказуемости поступков больных. Одна и та же ситуация может то оживлять бурную реакцию, то оставлять больных совершенно спокойными. После больших периодов трезвости (например, в ремиссии) психопатоподобные симптомы смягчаются, но не исчезают (Сегал, 2007).

Социальное снижение больных алкоголизмом очень тесно связано с алкогольной деградацией и иногда рассматривается как ее составной компонент. Диагностика изменений личности при алкоголизме играет важную роль при клинической оценке заболевания на средних и отдаленных этапах. В частности, наиболее тяжелая форма изменения личности – алкогольная деградация – служит неоспоримым признаком перехода заболевания в III стадию (Мустаева, 1993).

В ряде работ отмечается, что, по мере развития алкогольной зависимости, возникают характерные изменения в эмоциональной сфере больных. Эмоциональные переживания становятся неглубокими, поверхностными, проявляется некоторая эйфоричность (Портнов, Пятницкая, 1971; Энтин, 1979; Glatt, 1967).

Выраженность эмоциональных проявлений у больных алкоголизмом во многом зависит от тяжести клинических признаков болезни, глубины психических нарушений. Так, для больных в начальной стадии больше характерна эмоциональная лабильность, которая во II стадии заболевания переходит в расторможенность, проявляющуюся в аффективно окрашенных отказных реакциях. По мере развития алкогольной зависимости у больных уменьшаются положительные эмоции и растут отрицательные, в эмоциональном состоянии больных алкоголизмом, в отличие от здоровых людей, начинают доминировать переживания депрессивного характера с чувством вины и опустошенностью (Ерышев, Рыбакова, Балашова, 1989; Ерышев, Рыбакова, 1996; Валентик, 1995; Валентик, 2001).

Исследования В. В. Пущиной (2007) показывают наличие низкого уровня проявления эмоциональности у больных алкоголизмом мужчин, выраженной тревожности и агрессивности, преобладания интеллектуальных эмоций в виде интереса и удивления, склонности к манипулированию. Для них характерен низкий уровень общей эмоциональности, среди отрицательных эмоций они чаще переживают вину. Зависимые от алкоголя мужчины выражают свои эмоции в основном через каналы экспрессии: интонацию, образность речи, мимику и громкость голоса. Эмоциональная реакция на воздействие стимулов окружающей среды у больных алкоголизмом в основном направлена не вовне, а внутрь себя и остается в виде переживаний.

В. Ф. Матвеев с соавторами (1987) изучили изменение базовых эмоций при алкоголизме с использованием методики самооценки эмоций К. Изарда (шкала дифференциальных эмоций). У больных, по сравнению со здоровыми лицами, были достоверно более выражены стыд, вина и радость (что связано, вероятно, со снижением самокритичности).

Самым частым эмоциональным проявлением патологического влечения к алкоголю являются дисфорические расстройства разной тяжести – от ворчливости, недовольства, угрюмости до напряженности, подавленности, вспыльчивости, агрессивности. Характерно сочетание дисфорических расстройств со сниженным настроением, эмоциональной неустойчивостью (Мартынов, 2006).

По мере формирования алкогольной зависимости, личность больных претерпевает глубокие трансформации как функциональная подсистема психики: вначале разрушаются преморбидные структуры самосознания, социализации и культурализации личности, после чего изменяется иерархия личностных интересов и ценностей, затем создается новая система смысложизненных ориентации с преобладанием иррационального содержания и патологической направленности личности (Дереча, 2000).

Признаками аддиктивного развития личности являются формирование в самосознании больных убеждения о привлекательности употребления алкоголя; ведущая роль личностной семантики в мотивах употребления спиртного, однотипное реагирование выпивками на многообразие жизненных событий; диссоциированность личности с внутриличностной борьбой трезвеннических и питейных мотивов; снижение способности личности контролировать свой образ жизни (Клочкова, 1993). При более выраженном аддиктивном развитии личности возникает стойкая убежденность больных в целесообразности употребления алкоголя, патологи-

ческая позиция личности в виде специфической иерархии жизненных ценностей и смыслов, специфическая «питейная» социализация и культурализация личности (Беляева, 1988).

Патологические изменения в когнитивной сфере заключаются в появлении искажений в реальном отображении событий, фактов и причинно-следственных связей. Искажения в самосознании (самовосприятии и самооценке) является субъективно привлекательным, желательным для больного, поскольку освобождает от адекватной оценки накопившихся жизненных трудностей, внутренних противоречий и перспектив. Поэтому вполне обоснованным представляется мнение, что одним из мотивов обращения к алкоголю и поддержания алкогольного образа жизни является неосознаваемое стремление к «отрицанию реальности», которое достигается не только в состоянии опьянения, но и отмечается также в периоды воздержания от алкоголя (Ерышев, Рыбакова, 1996). Соприкосновение и конфронтация и со своими проблемами (истинным «Я», нравственным самосознанием, социальной несостоятельностью, личностными потерями, ухудшением здоровья и т. д.) может стать критическим, субъективно непереносимым переживанием, ведущим к возобновлению пьянства и восстановлению посредством него прежнего искаженного образа «Я» (Братусь, 1998).

Связь употребления ПАВ с парентеральными инфекциями ВИЧ и ВГС

В заключение данного раздела можно отметить, что употребление ПАВ, в том числе опиоидов и алкоголя, приводит к изменению состояния психики, к снижению критики и контроля над своим поведением, а также личностной и социальной деградации.

Кроме того, образ жизни потребителей ПАВ провоцирует формы поведения, связанные с риском инфицирования парентеральными гепатитами В и С и ВИЧ-инфекцией.

Это подтверждается тем, что в России последних десятилетий наблюдается активное распространение ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов В и С, которое тесно связано с употреблением ПАВ. Особенностью эпидемического распространения этих инфекций является то, что на начальных стадиях они преимущественно сосредотачиваются в группах повышенного риска, в частности среди потребителей инъекционных наркотиков.

Использование нестерильного инъекционного оборудования при внутривенном употреблении наркотиков, неразборчивость в половых контактах и сексуальная расторможенность приводят к активизации основных путей распространения этих инфекций: 1) парентеральному – через кровь; 2) половому – при сексуальных контактах и 3) вертикальному – от матери к плоду во время беременности и родов.

Свойственные представителям этой группы субкультуральные особенности образа жизни и, прежде всего, склонность к различным формам рискованного поведения (в том числе наркотического и сексуального) приводят к быстрому распространению среди них указанных выше инфекций. Но этот процесс никогда не замыкается в данных маргинальных сообществах. Социальные исследования, проведенные в ряде субъектов Российской Федерации, свидетельствуют о том, что у 80 % всех опрошенных больных наркоманией, которые в большинстве своем являются носителями вируса гепатита С и имеют высокий процент зараженности ВИЧ-инфекцией, половыми партнерами являются лица, не употребляющие наркотики (Должанская, Андреев, Бузина и др., 2007). О начале выхода эпидемии в более широкую популяцию свидетельствует наметившаяся в России в последние годы тенденция к увеличению числа новых случаев заражения ВИЧ-инфекции половым путем (Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 1 ноября 2014 г.», 2014).

1.3. ВИЧ-инфекция как социально значимое заболевание

ВИЧ-инфекция – заболевание, возникающее в результате заражения вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Начало распространения заболевания относится к концу 70-х годов, когда в США были впервые зарегистрированы случаи заболеваний молодых людей с необычной клинической картиной, характеризовавшейся развитием тяжелой пневмоцистной пневмонии, возбудителем которой был микроорганизм *Pneumocystis carinii*, очень часто обитающий в легких, но не являющийся патогенным для лиц с нормальной иммунной системой. Необычность клинической картины состояла в отсутствии в анамнезе пациентов сведений о врожденном или вторичном иммунодефиците и в высоком проценте летальных исходов. Кроме того, у части больных были выявлены случаи саркомы Капоши – редкого злокачественного заболевания кожи, встречавшегося ранее только у людей в возрасте после шестидесяти лет. У всех больных отмечалось выраженное угнетение иммунной системы, сопровождавшееся развитием различных вторичных инфекций: кандидоза, цитомегаловирусной, герпетической и других инфекций.

Вскоре после этого многочисленные случаи с аналогичной клинической картиной стали выявляться среди определенных групп населения: наркоманов, использующих внутривенные наркотики; лиц, получавших терапию с применением донорской крови и ее компонентов; проституток; сексуальных партнеров заболевших лиц; детей, родившихся от больных матерей. В результате ученые сделали вывод об инфекционной природе заболевания и о возможных путях его передачи: «горизонтальных» – через кровь, через слизистые при сексуальных контактах и «вертикальном» – от матери к плоду.

С середины 1981 г. заболевание приняло характер глобальной эпидемии, а в 1982 г. оно получило название «Синдром приобретенного иммунодефицита» (СПИД).

В 1983 г. во Франции в Институте Пастера группой профессора Люка Монтанье (из лимфатического узла) и в Национальном институте рака в США группой профессора Роберта Галло (из лимфоцитов периферической крови) был выявлен возбудитель болезни, названный «Т-лимфотропным вирусом человека III типа». В 1986 г. Международный комитет по таксономии вирусов присвоил ему название Human immunodeficiency virus (HIV), в переводе на русский язык – вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).

По международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) с 1995 г. это заболевание получило название «Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)». Термин «СПИД» сохранился, но используется только для обозначения стадии заболевания, при которой развиваются оппортунистические инфекции.

Единственным источником ВИЧ-инфекции является зараженный человек на всех стадиях заболевания. Заболевание имеет хронический, прогрессирующий характер и заканчивается гибелью зараженного лица. Период, в течение которого протекает болезнь, может длиться от 2–3 лет до 15–20 лет в зависимости от типа вируса, состояния организма и наличия отягчающих ко-факторов.

Передача ВИЧ происходит при половых контактах, при переливании инфицированной крови и ее препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребенку во время беременности и родов, а также во время грудного вскармливания от инфицированной матери ребенку и от инфицированного ребенка кормящей женщине. Вероятность заражения при разных путях передачи вируса различна. Самый высокий риск заражения приходится на гемотрансфузии и на передачу вируса от матери к ребенку; между тем вклад каждого из этих факторов в развитие эпидемии не превышает 5-10 %.

В то же время на менее «эффективный» половой путь передачи (риск при однократном контакте – 0,1–1,0 %) приходится три четверти всех случаев ВИЧ-инфицирования людей, что обусловлено природой человеческих отношений – высокой частотой половых контактов.

Все зарегистрированные случаи ВИЧ-инфекции в мире распределяются по путям заражения следующим образом: половым путем (70–80 %), инъекционные наркотики (5–10 %), профессиональное заражение медработников (менее 0,01 %), переливание зараженной крови (5–10 %), от беременной или кормящей матери ребенку (5–10 %).

В России, по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, преобладает путь заражения через инъекционное введение наркотиков и лица, употребляющие наркотики, являются центральным звеном в механизме распространения эпидемии ВИЧ-инфекции (Справка «ВИЧ-инфекция в Российской Федерации на 1 ноября 2014 г.», 2014).

Особенностью ВИЧ-инфекции является отсутствие специфической клинической картины, и ее диагноз, как правило, ставится на основании тщательно собранного анамнеза в сочетании с рядом признаков, подтвержденных лабораторной диагностикой.

Первая клиническая классификация ВИЧ-инфекции была создана в 1986 г. в США, в Центре по контролю за заболеваниями (Centre Research Control – CDC), на ее основе – с незначительными модификациями – в 1989 г. была создана классификация этой болезни в нашей стране. Она включает в себя следующие стадии:

I. Стадия инкубации.

II. Стадия первичных проявлений:

а) острая лихорадочная фаза;

б) бессимптомная фаза;

в) персистирующая генерализованная лимфаденопатия.

III. Стадия вторичных заболеваний:

а) потеря веса менее 10 кг, поверхностные бактериальные, вирусные, грибковые поражения кожи и слизистых, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы;

б) прогрессирующая потеря в весе более 10 кг, необъяснимая диарея, лихорадка более одного месяца, волосатая лейкоплакия, туберкулез легких, повторные или стойкие бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых, повторный и диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши;

в) генерализованные бактериальные, грибковые, вирусные, протозойные, паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, туберкулез легких, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражение ЦНС разной этиологии.

IV. Терминальная стадия.

Все перечисленные стадии заболевания характеризуются различной степенью продолжительности и разной выраженностью клинических и диагностических признаков и имеют неодинаковый эпидемиологический риск.

Факт появления противовирусных антител в крови называется термином «сероконверсия». Именно этот момент используется для фактической диагностики наличия в организме ВИЧ-инфекции.

От момента инфицирования до появления специфических противовирусных антител происходит, как правило, 6–8 недель. Период между инфицированием и появлением определяемых антител к ВИЧ в сыворотке крови называется периодом «окна».

Данные, приведенные в таблице 1.2.1.1, наглядно демонстрируют, что если тест на ВИЧ производится в первые 6–8 недель от момента заражения (стадия I и стадия IIa), то высока вероятность получения отрицательного результата у инфицированного пациента, хотя он уже является источником инфекции.

Таблица 1.3.1

Наличие антител к ВИЧ, в зависимости от стадии заболевания

Стадии ВИЧ-инфекции	Продолжительность	Антитела к ВИЧ в крови	Результат теста на ВИЧ
I. Инкубация	4–6 недель	Отсутствуют «СИМПТОМ ОКНА» Отсутствуют	отрицательный
II. Первичные проявления:			отрицательный
а. Острая фаза	1–2 недели		отрицательный
б. Бессимптомная фаза	месяцы и годы	Сероконверсия	положительный
III. Вторичные заболевания	месяцы и годы	Есть	положительный
IV. Терминальная	месяцы	Есть	положительный

Весьма опасна в эпидемиологическом отношении и бессимптомная фаза (стадия IIб), когда при отсутствии клинических проявлений пациент, не прошедший обследования на ВИЧ, может быть скрытым источником инфекции долгие месяцы и годы. Кроме того, и на других стадиях заболевания в ряде случаев противовирусные антитела могут не обнаруживаться.

В этой связи существенное значение, наряду со специфической лабораторной диагностикой, приобретают данные тщательно собранного у пациента анамнеза с особым акцентом на выявление возможных факторов повышенного риска (гемотрансфузии и другие инструментальные вмешательства, особенности сексуального поведения, инъекционное употребление наркотиков и др.).

Инкубационный период ВИЧ-инфекции может быть длительным и зависит от характера и путей заражения, концентрации вируса и многих других факторов. После попадания вируса в организм человека происходит его интенсивное размножение в крови и наблюдается нарастание антигенных субстанций. Максимум концентрации антигена в крови выявляется в инкубационный период. У 40–50 % инфицированных лиц в это время может развиваться продромальное состояние, сопровождающееся повышением температуры до 38,5–39,5 °С и другими мононуклеозоподобными симптомами и сохраняющееся от трех до десяти дней. Такое состояние постепенно проходит, напоминая период восстановления после гриппозной инфекции.

Начиная с 6–8 недели от начала заболевания, происходит увеличение уровня антител в крови, т. е. сероконверсия. В это время у больных может развиваться генерализованная лимфаденопатия. Наблюдается умеренный иммунодефицит, который сохраняется на протяжении многих лет. Это период скрытого, латентного течения инфекции, когда в организме человека существует относительное равновесие системы антиген-антитело, поддерживающее условия для «дремлющей» инфекции.

Приблизительно у половины инфицированных первичные проявления ВИЧ-инфекции в период сероконверсии могут быть не резко выраженными и оставаться незамеченными.

При выраженном синдроме приобретенного иммунодефицита организм больного становится беззащитным перед многочисленными отрицательными факторами как внешней, так и внутренней среды. При этом происходит бурное развитие оппортунистических инфекций внутренних органов, поражается нервная система. На коже и слизистых наблюдается активизация сапрофитирующей бактериальной, кандидозной и вирусной инфекции. Развиваются сар-

кома Капоши и другие опухоли. Могут активизироваться такие инфекции, как туберкулез, сифилис, глубокие микозы и др.

В зависимости от того, какими именно микроорганизмами обусловлены клинические проявления, у больных могут развиваться пневмонии с характерными специфическими изменениями. У многих заболевших наблюдается пневмоцистная пневмония в сочетании с саркомой Капоши и бактериальными, вирусными, грибковыми и другими вторичными инфекциями.

Наиболее характерными признаками ВИЧ-инфекции являются лимфаденопатия и лихорадка, сохраняющиеся на протяжении более трех месяцев. При этом могут увеличиваться все или только отдельные группы лимфоузлов. Лихорадка при ВИЧ-инфекции часто сопровождается ознобами и проливными ночными потами, отличается длительностью и высокой устойчивостью к лечению. Практически все антибиотики и сульфамидные препараты оказываются неэффективными и не дают ожидаемого результата.

У части больных увеличиваются печень и селезенка, что является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о быстром прогрессировании процесса. Происходит потеря веса.

Для клинического течения пневмонии на фоне ВИЧ-инфекции характерно отсутствие выраженной симптоматики, и диагноз во многих случаях устанавливается только рентгенологически.

ВИЧ-инфекция нередко характеризуется поражениями желудочно-кишечного тракта, сопровождающимися длительным диарейным синдромом, глубокими обменными нарушениями и др.

Встречаются церебральные формы ВИЧ-инфекции – такие как менингиты, вызванные дрожжевыми грибами, токсоплазматические абсцессы мозга, острые и подострые энцефалиты, изолированные опухоли мозга (лимфомы). У больных могут выявляться различные сосудистые поражения.

Герпетические высыпания, локализованные и генерализованные, утяжеляют течение болезни. В этот период больные часто обращаются за медицинской помощью и госпитализируются в стационары и отделения различного профиля.

Терминальная стадия ВИЧ-инфекции характеризуется появлением заболеваний, вызываемых условно-патогенной флорой и выраженным утяжелением всех симптомов.

Картина клиники ВИЧ-инфекции чрезвычайно полиморфна и неспецифична, что во многом усложняет ее своевременную диагностику и затрудняет выбор терапевтических подходов.

Лечение ВИЧ-инфекции

Известны четыре основных подхода к лечению ВИЧ-инфекции: этиологический (противовирусный), иммуностимулирующий, иммуно-заместительный и патогенетический (против вторичных инфекций).

Клинические и экспериментальные наблюдения свидетельствуют о том, что ни одно из существующих в настоящее время средств не способно самостоятельно подавить репликацию вируса.

Только комбинированный подход, подобно комплексной терапии туберкулеза или онкологических заболеваний, может ограничить размножение вируса и предотвратить развитие лекарственной устойчивости.

В настоящее время стандартом лечения стала так называемая высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ). Данный метод был разработан в 1995 г. и заключается в применении трехкомпонентной схемы лечения, т. е. трех как минимум антиретровирусных препара-

ратов с целью как можно сильнее подавить репродукцию ВИЧ в организме и снизить вирусную нагрузку.

Данный метод зарекомендовал себя как довольно эффективный в тех странах, где стала доступной данная схема лечения, значительно снизилась смертность от ВИЧ-инфекции, а заболеваемость оппортунистическими инфекциями снизилась на 60–80 %. Это позволило воспринимать ВИЧ-инфекцию не как неотвратимый, прогрессирующий недуг, а как хроническое заболевание.

Следует отметить, что применение данного метода влечет за собой значительное количество проблем. На фоне противоретровирусной терапии часто возникает резистентность ВИЧ к используемым препаратам, поэтому для эффективного лечения рекомендуется их периодическая смена, необходимо соблюдать жесткую схему приема препаратов, сами препараты имеют токсическое воздействие на внутренние органы и системы. Решающим фактором эффективности данного метода является высокая приверженность схеме лечения.

Также необходимо отметить, что лечение ВИЧ-инфекции значительно осложняется в случаях, когда она развивается на фоне таких тяжелых патологий, как алкоголизм и наркомания. Образ жизни потребителей ПАВ затрудняет приверженность ВААРТ, что создает проблемы для всего общества, так как это провоцирует появление резистентных к лекарственным препаратам штаммов.

Генетические, поведенческие, социальные и другие особенности могут играть роль различных ко-факторов в развитии ВИЧ-инфекции (например, традиции сексуального поведения, проституция, сексуальные меньшинства, характер и распространенность наркоманий и др.).

Важное значение имеют также эмоциональные и психологические факторы, оказывающие влияние на качество жизни ВИЧ-инфицированных и дающие им силы противостоять болезни.

Диагноз «ВИЧ-инфекция» как кризисная ситуация развития

Любое хроническое заболевание ограничивает социальную адаптацию пациента, прежде всего, за счет нарушения личностно-средового взаимодействия и изменений системы отношений личности в связи с болезнью.

Когда человек заболевает, болезнь с неизбежностью занимает центральное место в его помыслах, становясь источником тревог и надежд. Под влиянием болезни изменяется личность человека, весь образ жизни, по-иному протекает его социальная адаптация. Если жизненный путь, состоящий из множества ситуаций, рассматривать в континууме здоровья – болезни, то обнаружится, что на полюсах этого континуума окажутся совершенно разные личности, т. е. имеются в виду, в первую очередь, различные системы ценностей, различный приоритет жизненных значимостей. Для больного человека наиболее значимыми представляются ситуации, имеющие отношение к его заболеванию, его возникновению, течению и исходу. При болезни круг остальных значимых переживаний резко сужается (Бурлачук, Коржова, 1998).

Общие принципы выбора заболевшим человеком тех или иных типов психического реагирования на заболевание, закономерности формирования отношения к болезни сочетаются в клинике со специфическими особенностями психического состояния пациентов, у которых возникли болезни. Можно говорить о влиянии самой болезни на характер реагирования на ее появление, течение, успешность лечения и исход. При этом типичность реакции на заболевание зависит от параметров болезни в такой же мере, как и от индивидуально-психологических особенностей человека.

Болезнь сужает пространство возможной активности человека, может даже спровоцировать кризис психического развития человека и вследствие этого возникновение психических новообразований как нормального, так и патологического типа (Соколова, Николаева, 1995).

В настоящее время не вызывает сомнений то обстоятельство, что соматические заболевания тесно связаны с психологическими факторами и поведением человека. По-видимому, все соматические заболевания имеют разной степени выраженности психосоциальный компонент и инфекция ВИЧ служит этому подтверждением (Беляева и др., 2003).

Каждая болезнь характеризуется набором специфических особенностей, затрагивающих значимые для пациента сферы жизнедеятельности. Выделяют следующие параметры, на основании которых оценивается любая болезнь и формируется психологическое отношение к ней: вероятность летального исхода, вероятность инвалидизации и хронификации, болевая характеристика болезни, необходимость радикального или паллиативного лечения, влияние болезни на возможность поддерживать прежний уровень общения, социальная значимость болезни и традиционное отношение к заболевшим в микросоциуме, влияние болезни на семейную и сексуальную сферы, влияние болезни на сферу развлечений и интересов (Менделевич, 2001).

Диагноз «ВИЧ-инфекция» – это серьезный кризис, который с первого дня сопровождается острыми переживаниями. Инфекция ВИЧ относится к длительно текущим заболеваниям. Успехи современной эффективной комбинированной противоретровирусной терапии позволяют продлить период активной жизнедеятельности пациентов, снизить риск возникновения оппортунистических инфекций, повысить качество их жизни. Однако, несмотря на очевидные достижения последних лет, инфекция ВИЧ по-прежнему относится к заболеваниям с неблагоприятным прогнозом, так как излечение по-прежнему невозможно.

ВИЧ-инфицированные пациенты обнаруживают высокий уровень стресса, что проявляется в нарушении общения, отчуждении от окружающих, изменении настроения, подавленности, снижении значимости собственной личности, чувстве уязвимости. Их психологическое состояние во многом определяется конфликтом между правом на жизнь и наличием неизлечимого заболевания (Беляева и др., 2003).

В обществе в отношении ВИЧ-инфицированных пациентов наблюдается явление стигматизации. Эпидемия ВИЧ-инфекции привела к появлению предубеждения по отношению к зараженным людям. Диагноз ВИЧ стал клеймом.

ВИЧ-инфекция оказывает влияние на все основные стороны жизни заразившегося человека. Она представляет собой угрозу физическому состоянию, влияет на личность, изменяя самооценку, самоуважение, уверенность в себе, изменяет взаимоотношения с окружающими, накладывает ограничения на жизненные перспективы человека.

Социальная сфера жизни складывается из различных аспектов: уровень доходов, социальная защита и поддержка, карьера и самореализация, общественная деятельность. Наличие ВИЧ не означает, что потребности в социальной сфере становятся меньше. Напротив, кризис в связи с ВИЧ может побудить человека обрести новые цели в социальной жизни. Однако дискриминация, связанная с ВИЧ, на месте работы, учебы или в других областях жизни ограничивает возможности людей и приводит к их социальной уязвимости. Обращение за поддержкой и помощью, может осложняться отсутствием специализированных служб, а также стереотипами, связанными с ВИЧ. С другой стороны, у многих людей с ВИЧ появляется потребность самим оказывать поддержку людям, оказавшимся в похожей ситуации.

Установление диагноза может приводить к многочисленным эмоциональным проблемам. Они связаны с разными ситуациями в жизни с ВИЧ: ухудшением физического самочувствия, проблемами в семье, разрывом отношений с любимым человеком, потерей работы. Даже при отсутствии явных трудностей сама необходимость скрывать свой ВИЧ-статус и ожидание проявления негативного отношения окружающих ухудшают эмоциональное самочувствие человека. К таким проблемам, в первую очередь, относится депрессия, а также стресс, гнев, различ-

ного рода страхи. Согласно распространенным в литературе данным для кризисного состояния ВИЧ-инфицированного также характерны тревожность, чувство беспомощности и безнадежности, суицидальные намерения (Недзельский, Морозова, 2003).

ВИЧ-инфекция в значительной степени может быть названа особым заболеванием. Течение ВИЧ-инфекции, пути передачи и сопутствующие заболевания формируют особый социальный контекст жизни людей с ВИЧ-позитивным статусом. При приобретении ВИЧ-позитивного статуса актуальная жизненная ситуация человека приобретает тотальный характер и экзистенциальный смысл. Тотальность обусловлена диапазоном тех сфер жизни, которые так или иначе будут подвергаться изменениям, а экзистенциальный смысл связан с тем, что под угрозой оказывается сам факт существования человека, инфицированного ВИЧ (Болдырева, 2007).

Психологическая характеристика ВИЧ-инфицированных пациентов

Изучению этиопатогенеза и клинической картины заболевания посвящено много работ в разных странах мира. Установлены пути заражения, описаны стадии заболевания. В психологической науке, несмотря на наличие интереса, проведено не так много исследовательских работ, посвященных вопросам изучения психологических аспектов пациентов, инфицированных ВИЧ. Современные отечественные исследования в данной области связаны с такими направлениями, как индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных пациентов (Ланга, 2006), влияние психологического ресурса ВИЧ-инфицированных на способность противостоять заболеванию (Зинченко, 2009), психологические механизмы и психопрофилактика девиантного поведения при ВИЧ-инфекции (Лаврентьева, 2008), копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальной адаптации больных с ВИЧ-инфекцией (Тухтарова, 2005), психологические особенности ВИЧ-инфицированных женщин (Жданова, 2004; Афанасьева, 2011). Для ВИЧ-инфицированных пациентов характерны тревожность, фрустрированность и сниженная толерантность к социальным раздражителям стрессорного характера (Ланга, 2006). Им присущи такие особенности, как нарушение социального стиля поведения, эмоциональные реакции со склонностью к агрессивному, авторитарному и конфликтному поведению, выбор крайне неконструктивных копинг-стратегий, таких как: дистанцирование, бегство-избегание, конфронтационный копинг, что отражает склонность пациентов к мысленным стремлениям и поведенческим усилиям, направленным на избегание или бегство от решения проблем, показывает стремление к когнитивным усилиям по отделению от ситуации и уменьшению ее значимости, а также наличие агрессивных тенденций, направленных на изменение ситуации, определенную степень враждебности и готовности к риску, поиск ими виновников своих неудач во внешней среде, недооценка своей роли в проблеме и отсутствие попыток ее адекватного разрешения. В исследованиях выявлены такие преобладающие формы психологической защиты, как отрицание, вытеснение, компенсация, регрессия, замещение.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточном осознании определенных, приносящих психологическую боль событий и фактов при их признании, вытеснении неприемлемых желаний, мыслей и чувств, вызывающих тревогу, о попытках ВИЧ-инфицированных больных найти подходящую замену реального или воображаемого недостатка другим качеством, чаще всего с помощью фантазирования или присвоения себе свойств, достоинств или поведенческих характеристик другой личности, с целью избегания конфликтных ситуаций и повышения чувства самодостаточности, а также о стремлении купировать тревогу путем использования более простых и привычных поведенческих стереотипов, путем подавления эмоций (враждебности, гнева), которые направляются на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызывают отрицательные эмоции и чувства (Тухтарова, 2005).

У ВИЧ-инфицированных пациентов часто обнаруживаются акцентуации личности различного типа. Основные выделенные типы: акцентуация личности демонстративно-гиперкомпенсаторного типа, представители которой характеризовались в поведении яркостью и выразительностью, склонностью к драматизации ситуации, манипулятивным поведением по отношению к другим людям, тенденцией к утрированному проявлению эмоций, чувствительностью к похвале и критике; акцентуация личности эмоционально-лабильного типа, для пациентов этого типа характера легкая смена настроения в зависимости от самых различных внешних факторов, особенно от наличия внимания, поощрения или, наоборот, игнорирования и осуждения со стороны других людей, особенно значимых для них; акцентуация личности тревожно-мнительного типа, пациенты этого типа отличались повышенной тревожностью, беспокойством по поводу как реального, так и мнимого расстройства здоровья, переживанием чувства вины и стыда в связи с фактом заражения ВИЧ-инфекцией, высокой склонностью к самоанализу и требовательностью к себе (Александрова и др., 2010).

1.4. Вирусный гепатит С как социально значимое заболевание

Вирусные гепатиты – это группа различных по этиологической, эпидемиологической и клинической сущности нозологических форм заболеваний, протекающих с преимущественным поражением печени. Вирусные гепатиты входят в десятку наиболее распространенных инфекционных болезней человека. По медицинским и социально-экономическим характеристикам наибольшее значение имеют гепатиты, обусловленные вирусами В, С и D (соответственно HBV, HCV, HDV), для которых доказана возможность хронизации инфекции. В международной классификации болезней (МКБ-10) вирусные гепатиты относятся к рубрике «Некоторые инфекционные и паразитарные болезни» (B15-B19) (Брико, 2001; Волчкова, 2004; Lee, 1997).

Вирус гепатита С (ВГС), (HCV) – член семейства флавивирусов. Геном ВГС представлен однонитевой РНК протяженностью около 10000 нуклеотидов. ВГС вызывает заболевание только у человека. Популяция ВГС крайне неоднородна. Идентифицировано 6 генотипов (классификация по Simmonds), более 100 субтипов и множественных вариантов вируса, обозначаемых как квазивиды (Brechot, 1996). В организме инфицированного ВГС человека одновременно могут находиться многие миллионы различных квазивидов вируса. Высокая мутационная изменчивость ВГС позволяет ему «ускользать» из-под иммунологического контроля организма, это определяет появление беспрерывно меняющихся антигенных структур вируса. Происходит постоянное «соревнование» между образованием новых антигенных вариантов и выработкой антигеннейтрализующих антител. «Победителем» всегда оказывается вирус, а не иммунная система человека (Brechot, Kremsdorf, 1993). Быстрое изменение ВГС лежит в основе длительного его носительства и определяет трудности создания вакцины против гепатита С (Шахгильдян, Михайлов, Онищенко, 2003; Юшук, Венгеров, 2007).

ВГС широко распространен в мире, частота встречаемости инфекции различается в различных странах и колеблется от 0,1 до 12 % (Юшук, Венгеров, 2007). Основными источниками ВГС являются люди, страдающие хроническим ГС (ХГС), а также носители вируса ГС, хотя не исключается возможность заражения ВГС и от больных острым ГС (ОГС). Число носителей ВГС в России, по последним данным, достигает два миллиона человек, что представляет реальную эпидемиологическую опасность (Шахгильдян, 2004; Должанская, 2005; Киржанова, 2009).

Пути передачи ВГС разнообразны. Парентеральные пути передачи считаются классическими и изучены лучше всего. Сюда относят инфицирование при переливании зараженной консервированной крови и ее продуктов (в частности, факторов свертывания), а также многократное использование одноразовых шприцов. Повышают риск передачи вируса процедуры гемодиализа, повреждения кожи при нанесении татуировок, при инъекциях (Майер, 2004; Михайлов, 2004; Alberti, Morisca, Chemello et al, 1992; Arif, Al-Swayeh, Al-Faleh, Ramia, 1996).

Непарентеральные пути передачи ВГС также имеют значение. Возможна передача вируса при длительных сексуальных контактах с источником инфекции (Bresters, Mauser-Bunschoten, Reesink et al., 1993; Kao, Hwang, Chen et al., 1996). Также существуют ряд исследований, по данным которых, передача ВГС происходила от матерей, имевших в крови антитела к этому вирусу, родившимся у них детям (Thaler, Landers, Park et al., 1991; Conte, Fraquelli, Prati et al., 2000).

Отличительной особенностью ВГС является многолетнее латентное или малосимптомное течение. Проведенные к настоящему времени исследования свидетельствуют о широком спектре вариантов течения и исходов ВГС. Установлено, что в ряде случаев при инфицировании минимальным количеством инфекционного материала возможна скрытая саморазре-

шающаяся инфекция без сероконверсии (т. е. в отсутствие обнаруживаемых anti-HCV), но с развитием протективного Т-клеточного иммунного ответа. Частота такой скрытой саморазрешающейся инфекции неизвестна (Brillanti, Foli, Gaiani et al., 1993; Prieto, Olaso, Verdu et al, 1995).

Острое течение ВГС (ОГС) (В 17.1) – это вызванное РНК-содержащим вирусом инфекционное заболевание с преимущественным поражением печени, которое характеризуется преобладанием стертых и субклинических форм с высокой частотой перехода в хроническую форму (Майер, 2004; Desmet, Gerber, Hoofnagle et al., 1994). ОГС диагностируется редко в связи с преобладанием стертого течения с минимальными клиническими проявлениями. Лишь у 5 % больных ОГС отмечается желтуха, в 95 % случаев болезнь протекает в безжелтушной форме. Клиническая симптоматика слабо выражена: больные отмечают слабость, вялость, быструю утомляемость, ухудшение аппетита, снижение толерантности к пищевым нагрузкам. Иногда отмечается тяжесть в правом подреберье. Выявляется умеренная гепатомегалия (увеличение печени). Признаки интоксикации выражены незначительно. Инкубационный период в среднем колеблется от 2 до 12 недель. Продолжительность ОГС обычно составляет 6-12 недель с крайне медленным формированием иммунного ответа в виде выработки антител, что существенно затрудняет серологическую диагностику данного заболевания. Лабораторная диагностика острой инфекции носит запоздалый характер, что обусловлено существованием так называемого «антительного окна»: антитела у больных появляются после 3 и более месяцев от начала клинических проявлений болезни (Волчкова, 2004; Игнатова, 2005; Hsu, Wright, Lubaet al., 1991).

Лечение ОГС, протекающее в легкой безжелтушной форме, не требует проведения дезинтоксикационной терапии. В случае среднетяжелых и тяжелых форм заболевания применяется противовирусная терапия. ОГС завершается выздоровлением в 10–15 %, хронизацией инфекции – 85 % (Юшук, Венгеров, 2007).

Хронический вирусный гепатит С (ХГС) (В 18.2) имеет различные исходы. У значительной части больных (10–40 %), главным образом, имеющих стойко нормальные уровни сывороточных аминотрансфераз (АЛТ и АСТ), в отсутствии ко-факторов наблюдаются минимальные изменения в печени, низкие темпы развития фиброза и отсутствие риска развития цирроза печени. У 20–30 % больных с ХГС развивается цирроз печени, и 20 % из больных циррозом печени имеют риск развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), один из типов первичного рака печени. У части больных развиваются внепеченочные поражения, которые также могут являться причиной смерти. ХГС характеризуется малосимптомным течением. Жалобы больных носят, как правило, неспецифический характер. Первой и нередко единственной жалобой является общая слабость, повышенная утомляемость; «внепеченочные» жалобы (на боли в суставах и мышцах, наличие кожных изменений и др.) встречаются обычно чаще, чем жалобы, связанные с заболеванием печени (желтуха, зуд, увеличение живота за счет скопления жидкости и др.). Клинические проявления поражения печени у больных ХГС не выражены.

В настоящее время определены многие факторы, влияющие на течение заболевания ХГС. Это путь инфицирования, возраст к моменту начала заболевания, иммунный статус, сопутствующие факторы (ВИЧ-инфекция, гепатит В, употребления ПАВ, поздний возраст и др.) и т. д. (Шахгильдян, Михайлов, Онищенко, 2003; Майер, 2004; Огурцов, Мазурчик, 2007; Gumder, Chopra, 1995; Highleyman, 2003).

1.5. Сочетанность зависимости от ПАВ, ВГС и ВИЧ-инфекции

Установленный последними исследованиями высокий уровень распространенности у потребителей ПАВ ВГС и ВИЧ-инфекции, обусловлен аналогичными путями передачи этих заболеваний.

Наиболее активно реализуется парентеральный путь передачи этих инфекций у потребителей инъекционных наркотиков. Для потребителей алкоголя наиболее свойственен сексуальный риск передачи инфекций. Для них характерна утрата разборчивости в выборе партнера, критичность к использованию средств предохранения. Нередко алкоголь используется как средство для облегчения вступления в половые отношения. Длительное злоупотребление алкоголем сочетается с частой сменой партнеров (промискуитетом), проституцией и чревато высоким риском заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (Адаскевич, 1999; Должанская, 2005).

Распространенность и клинические проявления ВГС у больных с синдромом зависимости от опиоидов

Значительную часть больных с ВГС составляют лица, использующие внутривенные способы введения наркотиков. Инфицирование вирусом приводит к носительству возбудителя, безжелтушной форме острого гепатита или легкому течению инфекции с кратковременной желтухой. Исходом 90 % случаев является хронизация процесса, течение которого усугубляется употреблением наркотических препаратов. Формированию хронической формы гепатита в немалой степени способствует преждевременный уход больных из стационара и продолжение практики введения наркотиков в период болезни и выздоровления (Огурцов, Мазурчик, 2007; Chung, Kim, Polsky, 2001; Sulkowski, Thomas, 2003).

Распространенность ВГС среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) очень высока. Это связано с повторным использованием ПИН одних и тех же игл и шприцов, контаминированных кровью, содержащей вирусы. Контаминация иглы или шприца происходит при групповом использовании инструмента. При введении наркотика в группе большему риску подвергаются начинающие ПИН, обычно вводящие наркотик последними, так как лица с большим наркотическим стажем, вводящие препарат первыми, часто являются носителями вирусов. В ряде случаев заражение возможно при применении стерильного или индивидуального инструмента, если человек набирает раствор препарата из общей емкости, которая при этом загрязняется кровью. Такой загрязненный раствор может попадать в продажу. Иногда инфицирование раствора происходит в процессе производства, если «производитель-наркоман» использует свою кровь в качестве индикатора качества приготавливаемого наркотика (Кожевникова, Шамов, Славутская, 1999; Кожевникова, Юшук, 2002; Котов, 2002).

Потребители наркотиков, вводящие препараты внутривенно, являются основной группой риска заражения ВГС; показатель риска в этой группе составляет 60–90 %, тогда как в обычной популяции не превышает 5 % (Должанская, 1999; Должанская, Бузина, Андреев и др., 2003; Киржанова, 2009).

Риск заражения вирусными гепатитами повышается по мере увеличения срока применения наркотических веществ. По данным эпидемиологических обследований групп больных наркоманией с разным стажем употребления ПАВ, антитела к вирусам гепатитов выявлялись у 50–60 % лиц со стажем употребления до 3 лет и у 90 % обследованных со стажем более 10 лет (Платошина, Афанасьев, 1997; Мазурчик, 2003).

Анализ возрастного состава больных вирусным гепатитом ПИН показал, что 95 % составляют лица в возрасте до 26 лет. В России в настоящее время наркотики применяют в основном молодежь до 20 лет, на долю которой приходится до 55 % всех зарегистрированных ПИН. Социальный статус больных парентеральными вирусными гепатитами с сопутствующей наркоманией имеет некоторые особенности. Почти 60 % ПИН составляют лица, не занятые на производстве и в учебном процессе (Кошкина, Киржанова, 2005; Киржанова, 2009; Rockstroh, 2003).

Клинические проявления, течение и исходы ВГС у потребителей наркотиков зависят от взаимодействия нескольких патологических процессов, развивающихся у больных этой группы. Кроме воздействия вируса, имеют значение состояние иммунной системы и нарушения функции печени у лиц, употребляющих ПАВ (Мазурчик, 2003; Farci, Alter, Govindarajan et al., 1992). Известно, что практически все наркотические вещества в той или иной степени подавляюще воздействуют на иммунитет. Наибольшее количество исследований в этой области посвящено нарушениям различных звеньев иммунитета у потребителей наркотиков опиной группы. Тяжесть поражения иммунитета у потребителей опиатов зависит от вида наркотика и степени наркотизации. Наиболее глубокие нарушения иммунитета выявляли у больных, которые используют внутривенное введение больших доз героина. У них наблюдается снижение резистентности к инфекционным заболеваниям. Именно нарушение иммунной системы на фоне приема наркотиков способствуют формированию хронических процессов ВГС. Хронизация ВГС у ПИН в 2–3 раза выше, по сравнению с лицами, не употребляющими ПАВ (Игнатова, 2004; Майер, 2004).

Для больных наркоманией типично наличие большого количества жалоб в начале болезни, особенно у больных ВГС: почти половина наркоманов предъявляют по 4–5 жалоб, которые были у них до появления желтухи, тогда как у большинства лиц, не употребляющих ПАВ, начало болезни, как правило, бывает бессимптомным или с небольшим количеством жалоб. Чаще начало болезни протекает по смешанному варианту преджелтушного периода. Обычно потребители ПАВ предъявляют те же жалобы, что и остальные больные, но частота их встречаемости отличается. Достоверно чаще у ПИН, по сравнению с больными, отрицающими прием ПАВ, отмечаются снижение аппетита вплоть до анорексии, тошнота, рвота, головокружение. Практически только больные наркоманией жалуются на боли в области печени. Следует отметить, что больных ВГС беспокоит ощущение тяжести в правом подреберье. К типичным симптомам преджелтушного периода у потребителей ПАВ присоединялись бессонница, головная боль, насморк, повышенная потливость, диарея, метеоризм. Такая полиморфная симптоматика отмечалась у потребителей опиатов через 2–3 суток после введения последней дозы наркотиков. Течение ВГС у 60 % больных, употребляющих ПАВ, не отличается от типичного. Особенности клинико-лабораторной картины связаны с развитием абстинентного синдрома или наркотической интоксикации, которые изменяют состояние больных и могут быть расценены как симптомы тяжелого гепатита (Огурцов, Мазурчик, 2007).

Большую группу больных составляют ПИН, которые не прекращают введение препаратов на фоне развития болезни. Кроме симптомов интоксикации, их беспокоят постоянная тошнота, анорексия, артралгии, кровоточивость десен, кожный зуд, боли в правом подреберье. Плохое самочувствие больные связывают с недостаточной дозой наркотиков и после введения препарата ощущают прилив сил, повышение настроения и улучшение самочувствие на несколько часов. Больные неадекватно оценивают свое состояние, что зависит от срока с момента введения последней дозы (Нестеров, Семиков, 2000; Практическая гепатология, 2004).

Таким образом, наблюдение за больными, страдающими вирусными гепатитами, позволяет сделать вывод, что клиническая картина заболевания обусловлена, в первую очередь, инфекционным процессом и воздействием вируса на гепатоциты. Описанные клинико-лабо-

раторные исследования согласуются с результатами морфологического исследования печени у ПИН. Установлено, что выявляемые у больных наркоманией изменения структуры и тяжесть поражения печени не зависят от вида, дозы и длительности приема ПАВ, а обусловлены воздействием вирусов гепатитов. Хронизация ВГС у ПИН может быть обусловлена несколькими причинами: в первую очередь, состоянием иммуносупрессии, развивающейся при приеме любого наркотического препарата, причем наиболее выраженный эффект характерен для опиатов, которые являются самыми употребляемыми наркотиками. Важное значение имеет продолжение наркотизации, несоблюдение элементарных врачебных рекомендаций и часто отсутствие лечения по экономическим причинам. Выявленные характеристики распространения вируса ГС показывают, что в настоящий период важными причинами высокой заболеваемости гепатитами являются внутривенное введение наркотических препаратов (Шахгильдян, Михайлов, Онищенко, 2003; Шахгильдян, 2004).

Сочетанность ВГС и ВИЧ-инфекции у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)

До внедрения ВААРТ в лечебную практику ВИЧ-инфекции развитие оппортунистических инфекций у пациентов ограничивало ожидаемую продолжительность жизни. Вследствие этого наличие других заболеваний, в частности хронических гепатитов, представляло собой менее актуальную проблему, так как большинство пациентов погибало до того, как эта патология начинала оказывать серьезное влияние на состояние их здоровья. Однако применение высокоактивных антиретровирусных препаратов и широкие возможности предотвращения большинства распространенных оппортунистических инфекций, способствовали удлинению бессимптомного периода и существенному повышению выживаемости ВИЧ-инфицированных пациентов (Змушко, Белозеров, 2000; Должанская, 2005; Сирота, Ялтонский, Мазус, 2008; Jarlais, Abdul-Quander, 1991).

Изменение в последние годы спектра патологии, ассоциирующейся с ВИЧ-инфекцией, означает, что для ВИЧ-инфицированных лиц принципиальное значение приобретают заболевания, не игравшие прежде существенной роли. Среди таких заболеваний важное место занимают вирусные поражения печени, в частности хронический вирусный гепатит С (ХГС). ВИЧ и синдром приобретенного иммунодефицита оставляли в тени гепатит С в течение многих лет. В настоящее время ХГС все в большей степени определяет заболеваемость и смертность ВИЧ-инфицированных больных (Samuel, Vlahov, Anthony, Chaisson, 1992; Rockstroh, 2003).

Ко-инфекция вирусом гепатита С (ВГС) и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) достаточно распространена, главным образом потому, что вирусы имеют общие пути передачи. По данным различных авторов, распространенность ВГС среди ВИЧ-инфицированных пациентов употребляющих внутривенно различные наркотические средства, может превышать 80 % (Ющук, Венгеров, 2007; Должанская, Андреев, Бузина, Корень, 2009; Klee, Faugier, Hayes, Boulton, Morris, 1990; Highleyman, 2003)

В результате взаимного влияния ВИЧ-инфекции и ВГС друг на друга, у коинфицированных больных могут наблюдаться серьезные клинические последствия. Имеются сведения, согласно которым ВГС представляет собой неблагоприятный фактор для ВИЧ-инфицированных пациентов, так как ВГС может ускорять прогрессию ВИЧ-инфекции и возрастание риска летального исхода вследствие развития СПИДа (Блохина, 2001; Канестри, Кравченко, 2001; Профилактика ВИЧ-инфекции..., 2009; Clarke, Keenan, Ryan, Barry, Mulcahy, 2002).

ВГС и ВИЧ-инфекция на протяжении нескольких лет считаются спутниками наркомании. Многие больные наркоманией узнают о наличии у них инфекционных заболеваний лишь при обращении за наркологической помощью. Нередки случаи одномоментного выявления как ВГС, так и ВИЧ-инфекции. На настоящий момент высокий уровень заболеваемости ВГС, ВИЧ-

инфекцией, особенно, среди лиц молодого возраста, трансформирует эту проблему из медицинской в социальную (Должанская, Бузина, Андреев и др., 2003; Должанская, 2005; Кошкина, Киржанова, 2009; Sulkowski, Thomas, 2003).

Таким образом, сочетанность таких социально значимых заболеваний как употребление ПАВ и парентеральные инфекции представляют собой серьезную медико-социальную проблему.

Кроме того, что каждое из этих заболеваний отягощает течение других и значительно осложняет лечение, активное распространение инфекций в среде потребителей угрожает выходу эпидемии за рамки групп риска в общую популяцию, что подтверждается современными эпидемиологическими исследованиями (в основном за счет активизации полового пути их передачи). В условиях отсутствия специфических вакцин против ВИЧ-инфекции и гепатита С наиболее действенным методом противодействия их эпидемии является профилактика рискованного поведения, как в общей популяции так и в группах риска.

1.5.1. Потребление ПАВ – ко-фактор инфицирования парентеральными инфекциями

Как уже указывалось выше, ВГС и ВИЧ-инфекция среди потребителей ПАВ регистрируются значительно чаще, чем среди здорового населения.

Заражение этими инфекциями и развитие заболевания в значительной степени зависит от изменения восприимчивости организма под воздействием многообразных внешних факторов, получивших название ко-факторов. Факторы, предрасполагающие к заражению, получили название ко-факторов передачи, а способствующие развитию заболевания – ускоряющих ко-факторов. Употребление ПАВ можно рассматривать и как ко-фактор передачи инфекции, и как ускоряющий ко-фактор.

В результате употребления ПАВ изменяется состояние психической сферы, и прием любого психоактивного вещества приводит к снижению контроля над собственным поведением и провоцирует его формы, связанные с высоким риском ВИЧ-инфицирования. При этом существенную роль может играть вид употребляемого ПАВ, его доза и длительность применения.

Факторами риска ВИЧ-инфицирования у потребителей наркотических веществ могут также быть возраст и длительность наркотизации.

По данным Российского научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, главным фактором риска заражения ВИЧ-инфекцией в России в 1999 г. было использование общих шприцев для внутривенного введения наркотиков (свыше 70 % случаев). Большинство заразившихся таким путем не были больными наркоманией с большим стажем, а употребляли наркотики эпизодически. Неопытные потребители порой подвергаются большему риску заражения, чем больные наркоманией со стажем. Подросток, впервые решивший попробовать внутривенный наркотик, не может, как правило, ввести его самостоятельно и проконтролировать стерильность шприца и иглы. При групповом приготовлении раствора для введения право первого укола чистым шприцем принадлежит наиболее опытному и старшему потребителю. Кроме того, наиболее опасные групповые формы употребления наркотиков свойственны ранним этапам формирования зависимости.

В результате происходит заражение «неопытных», случайных лиц, увеличивается его риск для лиц молодого возраста, вовлекаемых в наркотизацию, или для подростков, находящихся на стадии поискового поведения.

В ходе систематической наркотизации по мере развития заболевания качественные и количественные изменения претерпевает сексуальная активность больных. Наркотическое одурманивание, как правило, сопровождается повышением либидо и потенции. Это особенно

выражено при приеме гашиша и психостимуляторов. Через некоторое время реализация половых функций оказывается возможной лишь в состоянии опьянения, а при некоторых формах (опиизм) – во время развития абстинентного синдрома. Несмотря на распространенную точку зрения о снижении полового влечения и потенции при приеме препаратов опийной группы, некоторые исследования показали наличие среди опийных наркоманов так называемого «сексуально-экстатического» типа, характеризующегося сохранением сексуальности даже при достаточно большом стаже наркотизации и усилением и даже расторможенностью полового влечения в состоянии абстиненции.

Имеют место и качественные расстройства сексуальной сферы у наркоманов – нарушения сексуальной ориентации. Очень быстро становится обычным активный промискуитет и групповой секс в «семье». Однополая группа наркотизирующихся может спровоцировать и гомосексуальные отношения. Для наркоманов характерны и такие сексуальные инверсии, как педофилия (сексуальное влечение к детям), особенно при злоупотреблении психостимуляторами.

Употребление алкоголя также связано с угрозой распространения ВИЧ-инфекции. Нередко алкоголь используется как средство облегчения вступления в половые отношения, под его влиянием утрачивается разборчивость в выборе партнера, снижается критичность в плане использования средств предохранения. Длительное злоупотребление алкоголем сочетается с частой сменой партнеров (промискуитетом), проституцией, высоким риском заражения инфекциями, передаваемых половым путем.

Состояние иммунной системы при различных формах наркоманий также является существенным ко-фактором в распространении и течении ВИЧ-инфекции.

При опийной и эфедроновой наркоманиях установлено развитие иммунодефицита по Т-клеточному типу. У эфедроновых наркоманов отмечается дефицит и В-клеток, а у потребителей опиатов имеет место В-клеточная активация. Различный иммуносупрессивный эффект обнаружен у героина, органических растворителей, барбитуратов, транквилизаторов и других ПАВ.

Под влиянием каннабиоидов (марижуаны, гашиша) происходит ослабление гуморального иммунного ответа. Их употребление может вызвать ослабление функциональных свойств гранулоцитов, макрофагов и естественных киллеров, однако эти изменения носят умеренный характер.

Выраженным иммунодепрессивным действием обладают кокаин, амилнитрит, метилдиоксиамфетамин и другие психоактивные вещества, часто используемые гомосексуалистами для расслабления анального отверстия.

Алкоголь также оказывает негативное влияние на иммунную систему организма: подавляется гуморальный и клеточный иммунитет, снижается резистентность к инфекциям. Кроме того, прием наркотиков и алкоголя способствует развитию опухолевых процессов.

Таким образом, в процессе заражения ВИЧ-инфекцией употребление ПАВ выступает в роли ко-фактора передачи и ускоряющего ко-фактора.

По данным медико-статистической информации по наркологической заболеваемости, из всех веществ наибольшее распространение в нашей стране имеют алкоголь и опиоидные препараты, на третье место выходит потребление каннабиоидов, доля остальных веществ в структуре заболеваемости значительно меньше. С учетом высокого уровня потребления опиоидов и алкоголя можно рассматривать эти вещества как наиболее опасные с точки зрения распространения парентеральных инфекций.

Опиоидные препараты по-прежнему сохраняют лидерство по инъекционному заражению парентеральными инфекциями, а алкоголь обладают способностью провоцировать поведение, связанное с высоким риском заражения гепатитами В и С и ВИЧ-инфекцией половым путем.

1.5.2. Поведенческие факторы риска инфицирования ПИН

Систематическое употребление наркотиков и риск парентеральных инфекций

По данным социологического исследования пациентов наркологического стационара, зависимых от опиоидов (Должанская, Андреев, Бузина, 1997), были выявлены следующие наиболее часто встречающиеся объяснения причин начала употребления наркотиков: «любопытство», «случайность», «давление компании», «для улучшения настроения», «под воздействием различных ситуаций» и т. д. Следует заметить, что у женщин спектр причин, приводящих их к наркотикам, оказался шире, чем у мужчин, и чаще затрагивал сферу личных отношений (например, «под давлением друга» или «из-за боязни потерять любимого»). Женщины гораздо чаще, чем мужчины вовлекались в наркотизацию «случайно» или «под давлением компании». В то же время свыше 1/3 женщин стали употреблять наркотики «сознательно». Мужчины в основном начали употреблять наркотики «из любопытства».

В качестве первого наркотического вещества как мужчины, так и женщины чаще всего использовали препараты опия, в некоторых случаях «первитин», гашиш и др. У всех обследованных имелась сформировавшаяся наркоманическая зависимость. Поэтому особый интерес представляли сведения о длительности периода времени между первыми пробами наркотических веществ и возрастом начала систематической наркотизации. Обнаружено, что у мужчин самые первые пробы психоактивных веществ происходили в период с 12 до 23 лет, наиболее часто – в интервале с 14 до 16 лет, а пик начала систематической наркотизации пришелся на 15–20 лет. Среди женщин первые пробы были отмечены уже в 11 лет, и с этого же возраста у некоторых началось систематическое употребление наркотиков, но основная масса опрошенных «пробовала» наркотики в возрасте от 13 до 20 лет, а на систематическое потребление вышли в 15–20 лет. В целом средний возраст начала приобщения к наркотическим веществам составил 16 лет. Мужчины впервые пробовали наркотики в среднем в 14 лет, а женщины – в 17,6 лет. Возраст начала систематической наркотизации в среднем по всем опрошенным соответствовал 16,5 годам; по группе мужчин – 14,7 годам и по группе женщин – 18 годам.

Первый раз наркотическое вещество 51,9 % мужчин и 77,4 % женщин вводили с помощью шприца внутримышечно или внутривенно. Изучение возраста начала инъекций показало, что по группе в среднем он составил 16,3 лет; при этом средний возраст мужчин 14,7 лет, а женщин 17,6 лет. Около 56 % мужчин начинали систематически пользоваться шприцами в интервале с 11 до 20 лет, а 78 % женщин – в период с 15 лет до 21 года.

Большое прогностическое значение для распространения ВИЧ-инфекции имеют различные социальные формы употребления наркотиков.

Данное исследование подтвердило данные о широком распространении группового и совместного использования наркотических веществ, особенно среди женщин. Более 40 % всех опрошенных не смогли выделить какую-либо одну преобладающую или основную социальную форму употребления наркотиков, а ответили, что «бывает по-разному».

Среди наиболее привлекательных свойств наркотиков респонденты выделяли необходимость изменения дискомфортного психического состояния или стремление к достижению «нормального самочувствия» с сильным положительным эмоциональным подкреплением.

При этом, если мужчин чаще привлекали вызываемые ПАВ галлюцинации, а также ощущения легкости, раскрепощенности, раскованности, то женщин – состояния отрешенности от проблем, спокойствия, снятия тревоги, стресса и т. д.

Возможные последствия для здоровья, связанные с употреблением ПАВ, мужчин интересовали значительно чаще (в 30,8 % случаев), чем женщин (17,7 %). Однако многие больные

предпочитали не давать ответа на этот вопрос или говорили, что «стараясь об этом не задумываться», особенно в момент сильной тяги к наркотику.

Известно, что употребление алкоголя в сочетании с другими ПАВ усугубляет тяжесть наркотического опьянения и провоцирует различные формы рискованного и асоциального поведения. На систематическое употребление алкоголя в сочетании с другими ПАВ указали 29 % женщин и 13,5 % мужчин.

Опрос показал, что с момента начала наркотизации до первого обращения к специалисту у 69 % мужчин и 59 % женщин проходило от 6 месяцев до 3 лет, и только 9,6 % из всех опрошенных обратились к врачу в первые месяцы наркотизации. Средняя длительность этого интервала составляла: у мужчин 1,8 года; у женщин – 2,3 года; в целом по группе – 2,1 года.

Определяя цели обращения к специалистам, около 60 % мужчин и женщин говорили о «желании излечиться от наркомании», 19 % мужчин и 36 % женщин – о необходимости «снять ломку», 12 % мужчин и 24 % женщин – о желании излечить сопутствующее заболевание. Обращались к наркологам по собственному желанию 54 % мужчин и 62 % женщин, а под давлением окружающих – 37 % мужчин и 36 % женщин. Полностью излечиться от наркомании хотели бы 73 % мужчин и 84 % женщин.

Изучение информированности больных наркоманией о путях заражения ВИЧ-инфекцией показало, что они реально представляли себе возможность такого заражения из-за использования нестерильных игл и шприцов и несоблюдения необходимых мер предосторожности в сексуальных отношениях.

Страх заразиться ВИЧ испытывали более 80 % всех опрошенных; при этом 50 % мужчин и 58 % женщин связывали этот страх со своим образом жизни. Обследовались на ВИЧ по собственной инициативе свыше трети опрошенных, а 24 % женщин указали, что проходили обследование на ВИЧ в связи со сдачей крови.

Безопасность инъекций складывается из нескольких условий, одно из которых – употребление только стерильных шприцов. Подавляющее большинство опрошенных указало, что они приобретают шприцы без затруднения в аптеках. Однако условия использования шприцов и их обработки свидетельствовали о высоком риске ВИЧ-инфицирования опрошенных. Большинство из них указывали на неоднократное использование одноразовых шприцев, совместное пользование одним шприцом с близкими и (или) случайными людьми, или любым шприцом, оказавшимся «под рукой» в момент сильной тяги к наркотику, а также широкое распространение весьма неэффективных способов обработки инъекционных инструментов. Несмотря на знание частью больных необходимых мер предосторожности при использовании игл и шприцов (25 % мужчин и 52 % женщин), о реальных изменениях практики введения наркотиков из-за угрозы заражения ВИЧ-инфекции сообщили лишь 2 % мужчин и 18 % женщин.

В связи со страхом заражения ВИЧ-инфекцией отказались от инъекций 12 % мужчин и 8 % женщин. Хотели бы получить знания по безопасному введению наркотиков только 2 % мужчин и 3 % женщин.

Исследование подтвердило данные о наличии высокого поведенческого риска распространения парентеральных инфекции у ПИН, прежде всего, за счет использования нестерильного инъекционного инструментария. При этом большинство респондентов зная об угрозе ВИЧ-инфицирования и испытывая страх по этому поводу, были не в состоянии отказаться от использования инъекционного введения наркотиков.

Также опрос показал, что период времени от момента начала употребления наркотиков до обращения за медицинской помощью составляет свыше двух лет. В такой ситуации потребитель наркотиков, будучи инфицированным, но, не зная об этом, может достаточно долгое время являться источником заражения для других потребителей.

Эпизодическое употребление наркотиков и риск парентеральных инфекций

Впервые пробуя и эпизодически употребляющие наркотики не относят себя к группам повышенного риска и психологически бывают не готовы принять необходимые меры по предупреждению парентеральных инфекций.

Именно эпизодическое употребление в наибольшей степени свойственно подросткам, для которых характерен поисковый наркотизм, и они пробуют различные ПАВ. У них, как правило, на фоне выраженной зависимости от окружения слабо развито чувство опасности, а отсутствие знаний о высоком риске, связанном с наркотизацией, и навыков безопасного употребления наркотиков значительно повышают вероятность их инфицирования.

В Санкт-Петербурге опрос показал, что при групповом употреблении наркотиков только 5 % начинающих имели возможность первыми ввести себе наркотик, в то время как среди потребителей со стажем доля таких лиц была больше и составила 18,8 % (Кожевникова, Шамо́в, Славутская, 1997).

Исследование, проведенное в Санкт-Петербурге, показало, что для потребителей наркотиков весьма характерно раннее начало половой жизни – в 14 лет и раньше (34 %), а к 17 годам сексуальный опыт имели 84 % опрошенных наркоманов. Каждый 4-й опрошенный имел 2 и более сексуальных партнеров. При этом 80 % почти никогда не пользуются презервативом. 22 % указали на частые контакты с малознакомыми партнерами (Кожевникова, Шамо́в, Славутская, 1997).

При этом возраст начала половой жизни часто совпадал с возрастом первых проб наркотиков и, таким образом, у подростков активно реализовывались два основных пути заражения парентеральными инфекциями – половой и внутривенный.

Таким образом, рискованное поведение подростков в отношении наркотических веществ является также рискованным и в отношении ВИЧ-инфекции, и ВГС.

1.5.3. Поведенческие факторы риска распространения парентеральных инфекций при алкоголизме

Систематическое употребление алкоголя и риск парентеральных инфекций

Поведенческие проявления при патологическом влечении к алкоголю весьма разнообразны, но эмоционально-волевые нарушения, ведущие к утрате контроля над своим поведением, по мнению В. Б. Альтшулера (1994) и И. Н. Пятницкой (1994), при употреблении алкоголя встречаются гораздо чаще и развиваются раньше других нарушений.

Под влиянием алкоголя, который нередко используется как средство облегчения вступления в сексуальные отношения, утрачивается разборчивость в выборе партнера, снижается критичность в плане использования средств предохранения, а длительное злоупотребление алкоголем сочетается с частой сменой партнеров (промискуитетом), проституцией, что связано с высоким риском распространения инфекций, передаваемых половым путем, к которым относятся гепатиты В и С и ВИЧ-инфекция.

В то же время известно, что современный этап развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России характеризуется увеличением доли гетеросексуальных контактов при передаче вируса (Справка ВИЧ-инфекция в Российской Федерации..., 2014).

Специфическое воздействие алкоголя на психические процессы и поведение активизирует именно половой путь передачи этих инфекций, при этом увеличивается количество инфици-

цированных женщин, а соответственно, возрастает роль вертикального пути заражения – от матери к плоду.

Алкоголь также оказывает негативное влияние на иммунную систему организма, подавляя гуморальный и клеточный иммунитет и снижая резистентность к инфекциям. Кроме того, прием наркотиков и алкоголя способствует развитию опухолевых процессов, часто сопровождающих клинические проявления ВИЧ-инфекции.

Таким образом, у больных хроническим алкоголизмом риск заболеть ВГС и ВИЧ-инфекцией возрастает до 80–90 %.

С целью изучения различных форм поведения больных алкоголизмом, связанных с риском инфицирования парентеральными инфекциями были обследованы методом анкетного опроса больные с зависимостью от алкоголя (Должанская, Андреев, Бузина и др., 2007). Изучение информированности больных алкоголизмом выявило у 90,3 % опрошенных достаточный уровень осведомленности о путях распространения парентеральных инфекций и возможных способах их предупреждения. При этом страх заразиться этими инфекциями испытывали более 80 % всех опрошенных, а 50 % мужчин и 58 % женщин связывали этот страх со своим образом жизни.

Обследовались на парентеральные гепатиты и ВИЧ-инфекцию по собственной инициативе свыше трети опрошенных, а 24 % женщин указали, что проходили такие обследования в связи со сдачей крови.

На наличие в анамнезе больных вирусными гепатитами различной этиологии указали – 37,9 % опрошенных, в том числе ВГА – 1 %, ВГВ – 7,8 %, ВГС – 16,5 %, ВГВ+ВГС – 5,8 %, ВГА+ВГС – 1,9 %, не знали, какой гепатит они перенесли – 4,9 %.

В анамнезе 22,9 % респондентов было одно или несколько заболеваний, передающихся половым путем. У мужчин, больных алкоголизмом, достоверно чаще, по сравнению с женщинами, отмечались вирусные парентеральные гепатиты В и С и сифилис, в то же время трихомоноз и генитальный герпес чаще встречались у больных алкоголизмом женщин. Таким образом, лица, злоупотребляющие алкоголем, являются группой повышенного риска заражения и передачи различных инфекций, передаваемых через кровь и половым путем.

Известно, что употребление алкоголя в сочетании с другими ПАВ усугубляет тяжесть алкогольного опьянения и провоцирует различные формы рискованного и асоциального поведения.

Результаты опросов выявили, что женщины в большинстве случаев вовлекались в употребление алкоголя под давлением партнера и достоверно чаще, чем мужчины сочетали алкоголь с другими психоактивными веществами.

Они также достоверно чаще мужчин систематически употребляли алкоголь в сочетании с другими ПАВ (29 % и 13,5 %). Данные о сексуальном поведении больных с алкогольной зависимостью показали, что среди них распространены различные виды и формы рискованных сексуальных отношений. Выяснилось, что постоянный половой партнер был в среднем у 52,2 % больных алкоголизмом (у 39, 9 % мужчин и у 64, 5 % женщин). Пациентам с зависимостью от алкоголя было свойственно вступать в случайные половые контакты, в том числе и с несколькими половыми партнерами, а также с представителями других групп риска: среди мужчин 16,6 % больных алкоголизмом имели контакты с работниками секс бизнеса, а 7,7 % – вступали в сексуальные отношения с потребителями наркотиков. Среди мужчин с зависимостью от алкоголя доля лиц, вступавших в сексуальные контакты с работниками секс бизнеса, была существенно выше, чем среди женщин. В то же время указание на сексуальные контакты с потребителями наркотиков как у мужчин, так и у женщин свидетельствует о повышенном риске инфицирования лиц с алкогольной зависимостью парентеральными и инфекциями.

Пользовались презервативом при сексуальных контактах не более половины из обследованных мужчин и женщин; использовали презервативы редко – 18 %, и никогда не пользова-

лись презервативами свыше трети опрошенных. При этом 23,7 % опрошенных считали, что презервативы не защищают от ВИЧ-инфекции вирусных гепатитов В и С. Только 15 % больных алкоголизмом регулярно использовали презервативы при сексуальных контактах.

В качестве причин отказа от презерватива около 40 % пациентов назвали нежелание менять свои сексуальные привычки и лишать себя удовольствия, а около 60 % – уверенность в партнере. Для 15 % больных алкоголизмом мужчин и 23 % женщин причиной отказа от презерватива была трудность обсуждения со своими половыми партнерами необходимости его использования.

Таким образом, данные свидетельствуют о широкой распространенности среди больных алкоголизмом различных форм сексуального поведения, связанных с высоким риском инфицирования парентеральными инфекциями и заболеваниями, передаваемыми половым путем, что и подтверждается эпидемиологическими показателями распространенности гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции и других ИППП среди обследованных пациентов лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля.

Выявлено несоответствие относительно высокого уровня информированности о путях передачи и средствах защиты от инфицирования парентеральными инфекциями и распространенностью различных форм рискованного сексуального поведения у больных алкоголизмом. Наряду с этим у них обнаружилось отсутствие навыков охранительного, защитного поведения.

Эпизодическое употребления алкоголя и риск парентеральных инфекций

Исследованиями доказана широкая распространенность среди молодежи различных форм и моделей рискованного поведения, связанного с употреблением алкоголя и наркотиков и угрожающего инфицированием заболеваниями, передающимися половым путем и через кровь (Должанская, Бузина, Андреев и др., 2003; Бузина, 2009).

Основными выявленными факторами риска инфицирования у молодежи были: употребление больших доз алкоголя во время сексуальных отношений; секс со случайными половыми партнерами; отказ от использования презерватива при сексуальных контактах; оральные, анальные и групповые сексуальные контакты.

Результаты проведенных исследований в нескольких городах России позволили выявить целый ряд факторов, оказывающих влияние на риск заражения парентеральными инфекциями у лиц молодого возраста в связи с потреблением алкоголя.

Так, начало половой жизни у подростков часто совпадало с первыми пробами алкоголя и наркотических веществ, которые оказывают влияние на сексуальное поведение. По данным опроса, около 38 % подростков имели многочисленных половых партнеров, а 20,5 % не предохранялись при сексуальных контактах. При этом почти 50 % респондентов не знали, что презерватив является важнейшим средством предохранения от этих заболеваний.

О поведенческих факторах риска свидетельствуют данные о том, что в анамнезе учащихся случаи таких заболеваний, как вирусные гепатиты В и С, гонорея, туберкулез и ВИЧ-инфекция, составили в общей сложности 5 %.

Отметили наличие знакомых, инфицированных вирусными гепатитами 11,2 %, а знакомых с ВИЧ инфекцией – 4,2 % учащихся. Среди когда-либо употреблявших алкоголь и другие ПАВ 17,6 % опрошенных имели знакомых, переболевших вирусными гепатитами, а среди неупотреблявших – 7,9 % (Должанская, Бузина и др., 2009).

Изучение тендерного аспекта проблемы показало, что девушки, употреблявшие алкоголь и другие ПАВ, гораздо чаще сталкивались с такими последствиями ранних сексуальных отношений, как воспалительные заболевания половых органов, нежелательная беременность, заражение ИППП и ВИЧ-инфекция (Должанская, Бузина, Ленская, Орлов, 2004).

Таким образом, употребления опиоидов и алкоголя является серьезным поведенческим фактором риска распространения ВИЧ и ВГС не только среди потребителей ПАВ, но и в общей популяции населения.

Также это свидетельствует о настоятельной необходимости профилактики парентеральных инфекций не только среди зависимых от опиоидов и алкоголя, но и среди эпизодических потребителей.

Необходимо осуществлять профилактику употребления ПАВ не только саму по себе, но и в контексте предотвращения заражения ВГС и ВИЧ-инфекцией.

В подростковом возрасте необходима первичная профилактика употребления наркотиков. Неупотребление наркотиков – лучший вид профилактики ВИЧ-инфекции и ВГС. Знания об этих опасных инфекциях и навыки предохранения от них могут послужить аргументом в пользу неупотребления ПАВ. Работа должна вестись как со всем контингентом подросткового возраста, так и в направлении выявления групп повышенного риска наркотизации. Для этих групп должны быть разработаны более углубленные профилактические программы, учитывающие как социальные, так и психологические и индивидуальные факторы риска.

Глава 2

Основные концепции и методы профилактики употребления ПАВ и парентеральных инфекций

Профилактика в здравоохранении (от *гр. prophylacticos* – предохранение, предупреждение) – комплекс мероприятий, направленный на предотвращение у людей возникновения заболеваний, их обострений, а также социально-психологической и личностной дезадаптации.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии у человека рассматривают 3 уровня профилактики.

Первичная профилактика – это система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и др.).

К первичной профилактике относят социально-экономические мероприятия государства по оздоровлению образа жизни, окружающей среды, воспитанию и др. Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских работников. Не случайно поликлиники, больницы, диспансеры, родильные дома называются лечебно-профилактическими учреждениями.

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (снижение иммунного статуса, перенапряжение, адаптационный срыв) могут привести к возникновению, обострению или рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация как комплексный метод раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Ряд специалистов предлагают термин «третичная профилактика» как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности личности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем) реабилитацию.

2.1. Теоретические концепции и методы профилактики зависимости от ПАВ

Основные психологические концепции и подходы к профилактике зависимого поведения

Современные подходы к профилактике употребления психоактивных веществ основываются на следующих теоретических концепциях (Сирота, Ялтонский, 2003; Сирота, Ялтонский, Должанская, Бузина, 2004):

- теория социального научения и самоэффективности, а также теория продвижения здоровья А. Бандуры;
- теория проблемного поведения Р. Джессора;
- концепция здорового жизненного стиля ВОЗ;
- теория жизненных навыков Д. Ботвина;
- мотивационная теория стадийного изменения поведения (Прохазка, Ди-Клементи);
- транзакциональная теория стресса и копинг-поведения Р. Лазаруса и др.

Теория продвижения здоровья

Данный подход основан на «моделировании здоровья» вместо «моделирования болезни». Профилактика основывается на понятии продвижения здоровья (health promotion). Это понятие предполагает не только уход от болезни и предотвращение факторов риска, но развитие протективных факторов, способствующих здоровью. В основе данного подхода лежат социально-когнитивные теории, прежде всего, А. Бандуры и Р. Лазаруса, предполагающие что состоянием своего здоровья и благополучия человек способен управлять сам.

Для эффективности профилактических действий необходимо, чтобы человек имел:

- адекватные знания о факторах риска и рискованных поведенческих паттернах для того, чтобы управлять своим здоровьем в направлении его защиты и улучшения;
- убеждение в своей эффективности (самоэффективность) в возможности регулировать свое здоровье.

Восприятие своей эффективности – центральная идея социально-когнитивной теории. Самоэффективность определяет уверенность индивида в способности организовать свое поведение, мысли, чувства в благоприятном для себя направлении, несмотря на постоянное воздействие различных стрессовых событий и изменение жизненных обстоятельств. Вера в свою эффективность – огромный базис для действий. Потеря же людьми веры в себя может повлечь за собой эффект дезорганизации в том случае, когда человек будет встречаться с трудностями и изменениями окружающей действительности, что в принципе неизбежно.

Теория мотивации

Если человек не приходит к пониманию необходимости постоянных изменений своего мышления и стиля жизни, его жизнь сложится неудачно. Иными словами, он обречен на психическую и социальную дезадаптацию. В каком варианте будет проявляться эта дезадаптация – вопрос обстоятельств, скорее внешних, чем внутренних. Ясно одно, что риск приобщения его к наркотикам и другим психоактивным веществам резко увеличивается, проблема форми-

рования зависимости от них становится более актуальной, а если зависимость уже сформирована, то лечение и реабилитация будут неудачными.

В связи с этим становится очевидной необходимостью работа с мотивацией на позитивное изменение и развитие на всех этапах и стадиях жизни человека, а тем более его выздоровления.

Методы работы с мотивацией лиц в процессе профилактики и зависимых от наркотиков, алкоголя и других психоактивных веществ, стали развиваться в последние десять лет, когда обнаружилась абсолютная очевидность того, что формирование здорового человека, а также лечение пациентов, не готовых к изменению своего жизненного стиля не приводит к позитивным результатам. С другой стороны, стал очевидным и тот факт, что люди, употребляющие психоактивные вещества или еще не переступившие этого порога, имеют право на помощь в формировании мотивационной готовности на лечение, изменение своего поведения, жизненного стиля и выздоровление.

Основные положения, характеризующие мотивацию к изменению:

1. Мотивация (побуждение) – первоначальный и ключевой элемент в изменении поведения человека.
2. Мотивация имеет сложную многокомпонентную структуру.
3. Составные компоненты мотивации могут быть определены и измерены современными психодиагностическими методами.
4. Мотивация – не статическое состояние, а динамический процесс, колеблющийся во времени и пространстве в зависимости от состояния личности и среды.
5. Мотивация находится под влиянием внешних и внутренних воздействий, причем ведущим, как правило, является внутреннее воздействие (внутреннее побуждение). Внешние воздействия выступают в виде «социальной почвы».
6. Мотивация может быть изменена.
7. Мотивация на изменение поведения и жизненного стиля в целом может изменяться под влиянием родителей, педагогов, врача, психолога, консультанта, социальной среды.
8. Стиль взаимодействия психолога всегда влияет на мотивацию к изменению.
9. Задача врача или клинического психолога определить уровень мотивации человека к изменениям в его жизни и укрепить ее в позитивном направлении.
10. Мотивация на изменение зависит от готовности человека к изменениям и от стадии готовности, на которой находится человек.

В основе формирования мотивации на позитивные изменения лежат следующие принципы:

- Повышение осознания необходимости изменений поведения.
- Социальная поддержка.
- Высвобождение эмоций.
- Внутренний контроль или ответственность.
- Развитие здоровой, альтернативной употреблению наркотиков активности.
- Противодействие потреблению психоактивных веществ со стороны социальной среды.
- Поощрение успехов в изменении своего поведения в направлении здоровья.
- Поддерживающие отношения с социальным окружением.

Теория жизненных навыков

Жизненные навыки – те личные, межличностные и физические навыки, которые позволяют людям контролировать и направлять свою жизнь, развивать умения жить вместе с другими и вносить изменения в окружающую среду. Данная теория базируется на понятии об изменении поведения, а практическая реализация ее в профилактических программах исполь-

зует методы поведенческой реализации и терапии. Этот теоретический подход был сформулирован на стыке двух этиологических теорий – теории социального научения А. Бандуры и теории проблемного поведения Р. Джессора.

Программы развития жизненных навыков охватывают три области:

1. Информация.
2. Социальная резистентность, имеющая целью специальное предотвращение употребления наркотиков.
3. Развитие личностных копинг-навыков.

Первый компонент программ – информационный. Он заключается в изложении информации о здоровье, о вреде употребления наркотиков, социальной недопустимости их употребления. Второй компонент программ представляет собой развитие самоуправляемого поведения, сфокусированного на выбранном жизненном стиле, разработку планов самосовершенствования, развитие самооценки, социальной чувствительности и личностного контроля, обучение стратегиям принятия решений, устойчивости к влияниям социальной среды и давлению наркотицизирующих сверстников. Преодоление личностной и ситуационной тревоги – еще одно важное направление программ развития жизненных навыков. Участники программ обучаются различным техникам, редуцирующим тревогу, способствующим самоуправлению и релаксации, когда это необходимо. Третий важный компонент программ жизненных навыков – обучение различным социальным навыкам. Это – навыки коммуникации, налаживания социальных контактов, навыки отказа от предложений употребления психоактивного вещества, навыки отстаивания своей позиции, персональных границ и поддержания дружеских связей.

Теория альтернативной наркотизации деятельности

Впервые теоретическая концепция альтернативы наркотикам была сформулирована и базировалась на следующих позициях:

1. Психологическая зависимость от наркотика является результатом его заместительного эффекта.
2. Многие формы поведения, направленного на поиск удовольствия, являются результатом изменения настроения или сознания личности.
3. Люди не прекращают употребление психоактивных веществ, улучшающих настроение, или поведение, направленное на поиск удовольствия до тех пор, пока не имеют возможности получить взамен что-то лучшее.
4. Альтернативы наркотикам являются еще и альтернативами дистрессам и дискомфорту, которые сами по себе приводят к саморазрушающему поведению.

Данное направление подчеркивает важную роль среды и является попыткой развития специфической активности с целью уменьшить риск употребления наркотиков. Концепция альтернатив направлена на развитие осведомленности личности, развитие значимых интерперсональных связей, профессиональных навыков, эстетических установок, творческого и интеллектуального опыта, социально-политической вовлеченности.

В целом выделяется четыре варианта программ альтернативной активности:

- Предложение специфической активности (например, путешествия с приключениями), которая вызывает как волнение, так и предполагает преодоление различного рода препятствий среды.
- Комбинация специфических потребностей со специфической активностью (например, потребность в риске и поиске ощущений, свойственная людям, имеющим риск вовлечения в употребление наркотиков или алкоголизацию, удовлетворяется в этих программах посредством вовлеченности в экстремальные виды спорта – прыжки с парашютом и т. д.).
- Поощрение участия во всех видах специфической активности.

- Создание групп поддержки молодых людей, заботящихся о своей жизненной позиции. Данные программы особенно эффективны при работе с группами высокого риска употребления психоактивных веществ.

Концепция социальной поддержки

Интерес к феномену социальной поддержки и ее роли в сохранении психологического и физического благополучия, укрепления здоровья стремительно возрастает. Проведенные исследования показали, что люди, получающие разные виды поддержки от семьи, друзей, значимых для них лиц, отличаются более крепким здоровьем, легче переносят повседневные жизненные трудности и заболевания (Сирота, 1994; Ялтонский, 1995). Социальная поддержка, смягчая влияние стрессоров на организм, тем самым сохраняет здоровье и благополучие человека, облегчает адаптацию и способствует развитию индивида. Она является важной составляющей копинг-поведения, мощным средовым копинг-ресурсом, без которого не происходит ни адекватного развития, ни приспособления.

Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский (2009) рассматривают несколько теоретических моделей, объясняющих связь социальной поддержки с исходами психологического и физического здоровья.

I – модель основного (главного) или направленного эффекта. Согласно этой модели, наличие социальной поддержки само по себе непосредственно влияет на сохранение здоровья. Отсутствие поддержки или ее слабость приводят к ухудшению здоровья.

II – буферная модель. Механизм, связывающий стресс с болезнью, включает серьезные нарушения нейроэндокринной или иммунной систем, внесение изменений в поведение, связанное со здоровьем (неправильное питание, употребление алкоголя, табака, наркотиков и т. д.). В ситуации стресса высокой интенсивности выраженная социальная поддержка выступает как буфер между стрессором и человеком, амортизирует его негативное воздействие, что позволяет сохранить хорошее здоровье.

III – модель ненаправленного эффекта. Согласно этой модели, позитивное воздействие социальной поддержки на здоровье оказывается не направленно, а опосредованно, например, через самооценку. Высокая социальная поддержка повышает самооценку, которая определяет сохранение здоровья. Низкая социальная поддержка формирует негативную самооценку, которая отрицательно влияет на здоровье.

Любая профилактическая работа требует оценки ее эффективности. Естественно, что оценка эффективности профилактических программ не должна быть субъективной. Необходим учет соответствующих критериев эффективности, а также использование строгого, но простого в использовании измерительного аппарата – батареи анкет, опросников и экспериментально-психологических тестов, которые позволяют с высокой степенью достоверности говорить о происходящих изменениях в результате профилактического вмешательства, корректировать действия, изменять направления работы, ее форму и содержание, если это необходимо. Основными критериями эффективности профилактических программ являются:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.