

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
Конец ознакомительного фрагмента.	24

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-р. URL: <http://www.zdrav.ru/articles/practice/detail.php7ID=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 определением 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. А 15-А 19	Туберкулез
2. А 50-А 64	Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. В 16; В 18.0; В 18.1	Гепатит В
4. В 17.1; В 18.2	Гепатит С
5. В 20-В 24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. С 00-С 97	Злокачественные новообразования
7. Е 10-Е 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 наркотицируются 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; Весе лова, 2002).

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

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.