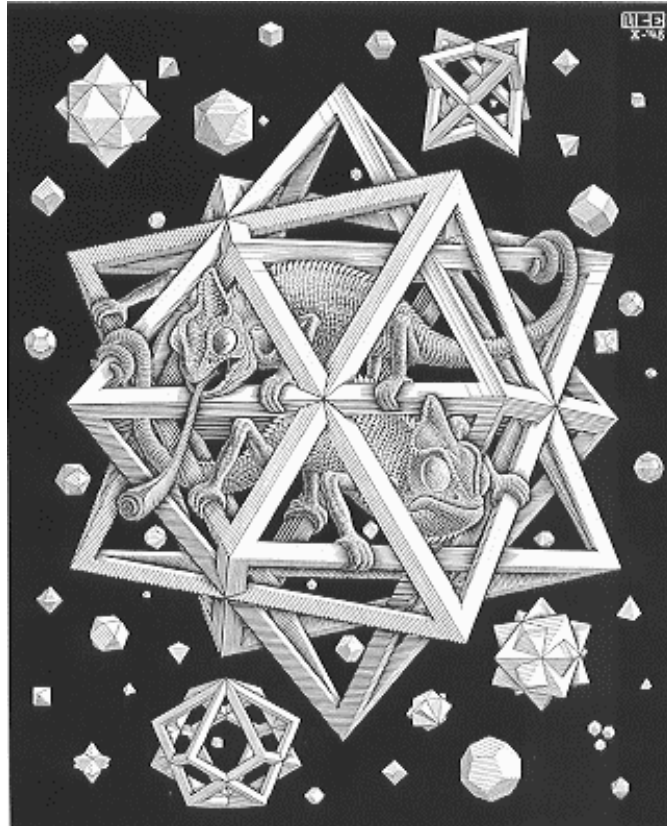


Т.С. Бузина



**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Бузина Т.С.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К
ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИ
УПОТРЕБЛЕНИИ ПСИХОАКТИВНЫХ
ВЕЩЕСТВ**

Москва 2010

УДК 159.91
ББК 88
Б 90

Рецензенты:

Доктор психологических наук, профессор Тхостов А.Ш.
Доктор медицинских наук (по специальности медицинская психология),
профессор Сирота Н.А.

Бузина Татьяна Сергеевна.

Б90 Психологические подходы к профилактике ВИЧ - инфекции при употреблении психоактивных веществ. – М.: Прометей, 2009. – 172 с.

ISBN 978-5-94845-152-6

Книга посвящена психологическим аспектам профилактики ВИЧ-инфекции при употреблении психоактивных веществ. Рассматриваются теоретические аспекты проблемы, приводятся результаты собственных исследований, (проведенных в период 1993 по 2009 гг.) поведенческих и психологических особенностей потребителей психоактивных веществ, обсуждается специфика психопрофилактики наркоманий в целом и ВИЧ-инфекции в частности. Книга представляет интерес для медицинских психологов, студентов университетов и медицинских институтов, философов, медицинских работников и других специалистов, работающих в сфере профилактики, лечения и реабилитации социально-значимых болезней.

ISBN 978-5-94845-152-6

© Бузина Т.С. , 2010

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|------------|
| ГЛАВА 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ | 5 |
| Современное состояние проблемы наркомании..... | 5 |
| Комплексное исследование изменений личности, эмоциональной и познавательной сферы больных наркоманией в процессе лечения..... | 11 |
| <i>Личностные особенности больных наркоманиями.</i> | 14 |
| <i>Особенности эмоциональной сферы больных наркоманиями</i> | 17 |
| <i>Интеллектуальные способности больных наркоманиями.....</i> | 19 |
| ГЛАВА 2 . ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ..... | 23 |
| Потребление наркотических веществ и профилактика ВИЧ-инфекции . | 27 |
| Психологические предпосылки риска потребления наркотических веществ и ВИЧ-инфицирования..... | 33 |
| Изучение видов рискованного поведения и представлений о ВИЧ-инфекции и способах ее профилактики..... | 55 |
| Исследование когнитивного стиля больных опийной наркоманией..... | 79 |
| Особенности словаря интрацептивных ощущений больных наркоманией..... | 81 |
| ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ | 100 |
| ГЛАВА 4. ПОДРОСТКИ: УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ПАРЕНТЕРАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ..... | 105 |
| ГЛАВА 5. СЕМЕЙНЫЙ ФАКТОР В ФОРМИРОВАНИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ПОДРОСТКОВ | 110 |

| | |
|--|------------|
| ГЛАВА 7. РОЛЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ..... | 120 |
| Роль врача в устранении сексуальных факторов риска | 125 |
| Роль врача в устранении инъекционных факторов риска..... | 127 |
| Метод мотивационного интервьюирования..... | 128 |
| Рискованное поведение..... | 134 |
| ГЛАВА 8. ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ-НАРКОЛОГОВ К ПРОБЛЕМАМ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ | 136 |
| ГЛАВА 9. ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ И СТАНДАРТЫ ДО - И ПОСЛЕТЕСТОВОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ..... | 150 |
| ЛИТЕРАТУРА..... | 159 |

Глава 1. Психологические особенности больных наркоманиями

Современное состояние проблемы наркомании.

Рост употребления наркотиков создает в нашем обществе значительные медицинские и социальные проблемы.

Злоупотребление этими веществами кроме токсического воздействия на организм ведет к формированию таких тяжелых заболеваний как токсикомании и наркомании. Развитие этих заболеваний сопровождается различного рода неврологическими и психическими расстройствами, а также поражением печени, сердечно-сосудистой, иммунной и других систем организма. Продолжительность жизни больных наркоманиями сравнительно невелика и в среднем составляет 36 лет. Вместе с тем лечение заболеваний этого типа крайне затруднено, так как они сочетают в себе во многом необратимые биологические нарушение гомеостаза организма с такими изменениями личности, как морально-этическое и интеллектуальное снижение (И.Н. Пятницкая, 1994; В.Ф. Егоров и др., 1996).

Полное излечение от наркомании считается невозможным, а эффективным результатом лечения считается достижение стойкой ремиссии. Больные после курса медикаментозного лечения нуждаются в серьезной психологической и социальной реабилитации. Им необходимо восстановить утраченные связи с обществом, заново научиться жить в нем, иначе, при попадании в прежнюю среду, неизбежен срыв. Однако процесс возвращения к общественной жизни зачастую бывает очень сложен, требует от пациента значительных усилий, на которые он в большинстве случаев бывает неспособен. Общество также не всегда готово к встрече с такими людьми. Им бывает нужно новое жилье взамен утраченного, работа, которую очень сложно найти и т.п. Все это требует наличия специальной реабилитационной и социальной служб, что предполагает значительные материальные затраты.

Злоупотребление различными психоактивными веществами порождает множество и других проблем в обществе. С их распространением растет число преступлений, связанных с приобретением, хранением и распространением наркотиков, и противоправных действий, совершенных в состоянии острой наркотической интоксикации. Потеря трудоспособности и высокая стоимость наркотиков толкают больных наркоманией на совершение краж, грабежей и другие преступления. Среди женщин, употребляющих наркотики, как способ заработка на них, распространена проституция.

Распространение наркоманий носит эпидемический характер. Считается, что один потребитель вовлекает в наркотизацию 6-10 человек. Активно этому способствует в последнее время и развитие рынка наркотиков, сопровождающееся появлением на нем все новых и новых веществ. В последние годы в наркотизацию все больше стала вовлекаться молодежь. Потребление наркотиков становится частью молодежной моды и культуры. В эпидемиологическом отношении это очень тревожный факт, так как чем ниже возраст больных наркоманией, тем более отдалено «насыщение» данным заболеванием в популяции и тем динамичнее развивается эпидемия (Е.А. Кошкина, Г.А. Корчагина, 1996). Кроме того, активное вовлечение в наркотизацию молодежи ведет к тому, что поражается наиболее дееспособная и перспективная часть общества.

В международной классификации болезней (МКБ-10) наркомании определяются в разделе «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» и классифицируются 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, табака, летучих растворителей, а также психические и поведенческие расстройства в результате сочетанного употребления наркотиков и использования других психоактивных веществ. Тяжесть данных расстройств варьирует 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 определенных признаков, возникавших в течение определенного времени в прошлом году. Этими признаками являются:

- 1) Сильная потребность или необходимость принять вещество.
- 2) Нарушение способности контролировать прием вещества, то есть начало употребления, окончание или дозировки употребляемых веществ.

- 3) Физиологическое состояние отмены, возникающее при прекращении приема вещества или уменьшении дозы вещества.
- 4) Признаки толерантности, такие как увеличение дозы вещества, необходимой для достижения эффекта, производимого ранее более низкими дозами.
- 5) Прогрессирующее забвение альтернативных интересов в пользу употребления вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения, приема вещества или восстановления после его действия.
- б) 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.

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 (И.Н. Пятницкая, 1994; В.Б.Альтшуллер, 1995).

В нашей стране обычно используются два термина для обозначения болезни, вызываемой систематическим потреблением психоактивных веществ. Злоупотребление наркотическими веществами, внесенными в специальный список наркотиков, называют наркоманией. Для заболеваний, вызванных злоупотреблением другими психоактивными веществами, не внесенными в список наркотиков, термин токсикомании. Зарубежные исследователи и клиницисты используют в основном термин токсикомания независимо от вида вещества.

Расстройства психики, вызываемые интоксикацией наркотическими веществами, психическая зависимость от них и изменения личности, возникающие при длительном злоупотреблении ими, еще в конце прошлого века сделали наркоманию предметом изучения психиатрии.

Практически сразу встал вопрос о предрасположенности некоторых индивидуумов к заболеванию наркоманией и особых чертах личности, присущих этой категории больных. Многие психиатры конца XIX-го – начала XX вв. (Р. Крафт-Эббинг, 1887; Э. Крепелин, 1923; В.П. Сербский, 1912; С.С. Корсаков, 1913; В.П. Осипов, 1931; П.Б. Ганнушкин, 1964) связывали

наркоманию с психопатиями. Так К. Крафт-Эббинг, С.С. Корсаков считали необходимым различать морфиноманию и случайный морфинизм, отмечая, что наркомания, развивающаяся у психопатов, клинически отличается от случайного пристрастия к наркотикам. По данным Р.Я. Голант (1926) встречаемость психопатий среди больных наркоманией составляет 22% случаев, а по данным Н.В. Конторовича (1936) – 52%.

Позднее некоторыми исследователями была опровергнута обязательная связь психопатий с наркоманией. По данным И.В. Стрельчука (1956) основная масса обследованных им наркоманов (73%) не имела клинических проявлений психопатий.

В дальнейшем перестали напрямую отождествлять наркоманию с конституциональными психопатиями, а стали говорить о большей или меньшей предрасположенности к наркотическому поведению при определенных типах акцентуаций характеров и выраженности тех или иных черт личности. А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991) указывают на то, что наркотическое поведение наиболее свойственно подросткам с неустойчивым типом акцентуации характера, который характеризуется отсутствием упорства и настойчивости в достижении какой-либо цели и потребностью в определенной внешней стимуляции. Также наиболее часто, по мнению авторов, злоупотребление психоактивными веществами сочетается с эпилептоидным, гипертимным и истероидным типами акцентуаций. Н.Г.Найденова (1991) оценивает структуру личности 91 из 95 обследованных больных наркоманией как психопатическую с социальной дезадаптацией, а 4-х из 95 - как психопатическую без социальной дезадаптации. Она также отмечает обострение преморбидных личностных особенностей и сдвиг личности в сторону “эпилептоидизации” и “шизоидизации” под влиянием наркотизации.

В настоящее время принят в основном синдромологический и симптоматический подходы при описании психопатологических расстройств больных наркоманией. В качестве характерных черт личности наркоманов часто рассматриваются аффективная лабильность, импульсивность, впечатлительность, слабоволие, неустойчивость, неуверенность в себе, склонность к многочисленным, но неустойчивым межличностным контактам (А.Ф. Радченко, 1989; W.E. Penk, R. Robinovitz, 1976; R.A. Steer, G. Schut, 1979; В.К. Campbell, M.J. Stark, 1990).

Многие авторы отмечают расстройства эмоциональной сферы у больных наркоманиями в виде депрессий и дистимий (Н.Г. Найденова, 1975; М.Л. Рохлина, 1982; Е.Г. Трайнина, 1984; М.Л. Рохлина, А.Г. Врублевский, 1990; И.Н. Пятницкая, 1994; W. Dorus, E. Senay, 1980).

Однако при описании личности больного наркоманией всегда встает вопрос о первичности или вторичности тех или иных расстройств, какие из них можно рассматривать, как преморбидные черты личности или предикторы наркотизации, а какие, как следствие систематического приема наркотических веществ.

Некоторые авторы считают наркоманию вторичным заболеванием, являющимся следствием личностной или аффективной патологии (Е. Vinot, 1982, 1984). Имеющиеся в преморбиде болезненные аффективные состояния и связанные с ними психические расстройства больные пытаются «излечить» приемом наркотических веществ.

L. Pozet и I.W. Tomcrak (1983) при обследовании большой группы мужчин, употребляющих наркотики установили у 84,1% из них наличие психических отклонений до начала употребления наркотиков; у 50% - личностные расстройства в виде психопатий и социопатий; у 7,9% - неврозоподобные расстройства депрессивного типа и лишь у 19% никаких психических отклонений.

По данным А.И. Дурандиной и Б.И. Исмаилова (1980) преморбидные особенности личности обследованных ими больных распределились следующим образом: у 60,2% был выявлен психопатический склад характера; у 25,4% наблюдались акцентуации характера; у 3% - невротические черты личности; у 11,4% никаких девиаций характера выявлено не было.

Boyle M.N., Offord D.R., Racine I.A. et al. (1992) утверждают, что среди психопатологических проявлений личности у обследованных подростков только поведенческие нарушения могут быть признаны независимыми предикторами употребления марихуаны и «тяжелых» наркотиков в поздней юности.

На сочетание склонности к наркомании с поведенческими расстройствами указывают также работы других авторов (В.В. Ковалев, 1979; А.И. Дурандина, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский, 1985; М.Е. Galizio, Maisto S.A., 1985; Н. White, E. Lobovie, 1994).

Особо хочется остановиться на экспериментально-психологических работах, посвященных изучению различных личностных особенностей, связанных с употреблением наркотиков.

Наиболее часто экспериментально-психологические обследования больных наркоманией проводятся методом ММРІ (СМИЛ). Обобщая данные, полученные многими зарубежными авторами по этой методике, А.Ф. Радченко (1989) приводит следующие характерные для злоупотребляющих героином типы профилей: 1) профиль с пиками по шкалам «2-4-8» (депрессия-психопатия-шизфрения); 2) профиль с единственным пиком по шкале «4» (психопатия); 3) профиль с пиками «2-9» (депрессия-гипомания). В

качестве общих личностных характеристик для данной группы больных отмечаются повышенная независимость, авантюризм, импульсивность.

С помощью ММРІ проводились также исследования, целью которых было определение черт личности, приводящих подростков к употреблению наркотиков (G.W. Goldstein, G.T. Sappington, 1977). Сравнение показателей учащихся школ, которые в будущем стали употреблять наркотики, с данными учеников, так и не приобщившихся к ним, показало, что в первой группе профили отличались от контрольной группы повышением по шкалам «3» (истерия), «4» (психопатия) и «9» (гипомания). Таким образом, будущие наркоманы были импульсивнее, менее склонными к компромиссам, требующими к себе большего внимания от окружения, чем их сверстники из контрольной группы. Другие исследователи (I.A. Wingard, G. Huba, P. Beutler, 1980), изучавшие подростков с помощью ММРІ, отмечают, как преморбидные, следующие черты личности: повышенная независимость, склонность к правонарушениям, недостаточность принятия социальных норм, неспособность к предвидению, потребность в необычном, постоянно изменяющемся опыте, низкая самооценка.

Аналогичные результаты были получены и в исследованиях отечественных авторов (А.А. Колесников, Р.Н. Рожанец, 1979), которые изучали больных гашишной наркоманией на различных стадиях заболевания. Профиль ММРІ больных с небольшой давностью заболевания имел пики по шкалам «4» и «9» и отражал, по мнению авторов, выраженное стремление этих лиц к постоянным переживаниям необычных «острых» ощущений, недостаточную способность извлекать пользу из негативного опыта, общительность и одновременную нестойкость межличностных связей.

M.Zuckerman (1986), обследовав группу больных наркоманией методикой Айзенка и шкалой «поиска ощущений» выявил у них эмоциональную холодность, эгоцентризм, низкий самоконтроль, импульсивность, враждебность, беспокойство, напряженность, потребность в стимуляции. Поскольку все перечисленные особенности регистрируются и у подростков, еще не имеющих зависимости, но пробуемых наркотики, и не исчезают у наркоманов в процессе лечения, делается вывод о том, что они являются возможными предикторами наркомании.

В литературе описан ряд социальных и медицинских последствий злоупотребления наркотиками. Отмечается низкий уровень трудовой занятости, высокую частоту криминогенного поведения и судимостей, частые нарушения семейных связей (Пелипас В.Е., Мирошниченко Л.Д., 1992, Кошкина Е.А., 1993), указывается на повышенный суицидальный риск и высокую смертность у больных наркоманиями (Groughan J.Z., Miller J.P., Wagelin D., Whitman B.J., 1982.; Трайнина Е.Г., 1984; Holmberg M.B, 1985;

Shufman N.E., Witzum E., 1994). Подчеркивается (Елисеев И.М., 1976), что наркотизация меняет социальную ориентацию личности - за счет процесса социально-трудовой дезадаптации и роста числа правонарушений, т.е. криминализации.

Подобные нарушения социализации возникают, как правило, на фоне изменения психической и личностной сферы больных наркоманиями.

Показано, что при многолетнем течении наркоманий - наблюдается выраженная психопатизация личности, а в ряде случаев - ее деградация с морально-этическим снижением, сопровождающаяся утратой трудоспособности и антисоциальными тенденциями (Ураков И.Г., Дудко Т.Н., Пузиенко В.А., Рохлина М.Л., 1979, Найденова Н.Г., 1992). По данным Рохлиной М.Л. (1995) в 82% случаев у больных наркоманией было обнаружено снижение "уровня личности".

Многие авторы отмечают расстройства эмоциональной сферы у больных наркоманиями в виде депрессий и дистимий (Н.Г. Найденова, 1975; М.Л. Рохлина, 1982; Е.Г. Трайнина, 1984; М.Л. Рохлина, А.Г. Врублевский, 1990; И.Н. Пятницкая, 1994; W. Dorus, E. Senay, 1980).

Эти нарушения связаны не только с психофизиологическими механизмами зависимости от психоактивных веществ, важное значение имеет их обусловленность токсическими свойствами наркотических веществ (Селедцов А.М., 1994). Так, имеются немногочисленные описания поражений нервной системы при наркоманиях (Лукачер Г.Я., Врублевский А.Г., Ласкова Н.Б., 1987), отдельные сообщения о героиновой энцефалопатии, миелопатии и полиневропатии. Описан «органический синдром настроения», встречающийся у опиоиднозависимых пациентов (с признаками синдрома отмены) и больных, получающих метадон (Kanof P.D., Aronson M.J., 1993).

Имеются указания на формирование органического симптомокомплекса, обусловленного токсическим действием эфедрина и имеющего два варианта - апатический и эйфорический (Кулагина Н.Е., 1992).

Комплексное исследование изменений личности, эмоциональной и познавательной сферы больных наркоманией в процессе лечения.

Вместе с тем, сравнительных комплексных психологических исследований изменений личности, особенностей эмоциональной сферы и уровня интеллектуальных способностей больных наркоманиями, учитывающих появление новых форм зависимости в литературе практически нет. Также отсутствуют данные о динамике этих показателей в процессе лечения.

Чтобы комплексно решить этот вопрос, было обследовано 70 больных наркоманиями, составивших 4 группы:

- 1) больные с диагнозом "героиновая наркомания" (38 человек);
- 2) больные с диагнозом "опийная наркомания" (16 человек);
- 3) больные с диагнозом "полинаркомания" (13 человек);
- 4) больные с диагнозом "первотиновая наркомания" (13 человек).

Средний возраст больных в группах составил 22; 26,8; 23,3; 27,1 лет соответственно. Наибольшее количество больных пришлось на возрастную группу от 16 до 25 лет – 59%; больных в возрасте от 26 до 35 лет - 32%, на возрастные группы до 15 и старше 35 лет приходилось лишь единичное число наблюдений, составляя в целом - 9 %¹.

Среди обследованных преобладали лица со средним образованием – 28 человек, 21 человек со средним специальным. Незаконченное среднее образование имели 11 человек. Кроме того, 8 человек имели незаконченное высшее образование и 2 человека высшее образование.

Длительность наркотизации составляла от 1 года до 24 лет (в среднем - $4,35 \pm 2,25$ года), при этом 52 больных были с давностью заболевания до 5-ти лет, 10 больных – с давностью наркотизации несколько месяцев и до года, 7 больных - до 15-ти лет и только 1 больной - свыше 20-ти лет.

Больные обследовались в период с 1994 г. по 1998 г. На начальных этапах проведенного исследования наиболее часто встречалось употребление самодельно изготовленных препаратов опийной группы в сочетании с антигистаминными препаратами, транквилизаторами, снотворными или в комбинации с алкоголем; наблюдалось периодическое присоединение к опиатам различных средств, в том числе наркотических, в основном с двумя целями: смягчить явления опийной абстиненции или усилить эйфоризирующий эффект первоначального наркотика. В дальнейшем заметно возросло употребление героина, и напротив – существенно снизился прием первитин-эфедрона.

Для изучения личностных особенностей больных наркоманиями был выбран тест СМИЛ (стандартизированный метод исследования личности - адаптированный вариант методики ММПИ – Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Всего данной методикой были обследованы 35 больных наркоманией: из них 16 - с диагнозом героиновой наркомании; 9 – с диагнозом опийной наркомании; 5 – с диагнозом полинаркомании, 5 – с диагнозом первитиновой наркомании².

¹ Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями. \\ Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, М.:1999, №10, с. 14-17

² Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенности больных наркоманиями. \\ Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, М.:1999, №10, с. 14-17

Исследование особенностей эмоциональной сферы больных наркоманией осуществлялось с помощью «Краткого теста» М. Люшера (4,5). Выбор этой методики обусловлен тем, что, в отличие от теста СМИЛ, определяющего сложившиеся психологические черты личности, тест М. Люшера отражает, скорее, наличное функциональное состояние обследуемого, возможные источники стресса и тип реагирования на него.

Кроме того, сама процедура тестирования вносит разнообразие в процесс обследования, не требует от испытуемого длительного напряжения внимания и мыслительных функций (в отличие от теста СМИЛ), что весьма важно при обследовании больных в постабстинентном состоянии, сопровождающимся астеническим состоянием. Всего «Кратким тестом» М.Люшера было обследовано 22 больных героиновой наркоманией, 3 больных опийной наркоманией, 4 – полинаркоманией и 1 первитиновой наркоманией. Всего – 30 больных.

Для изучения уровня интеллектуальных способностей больных наркоманиями нами был выбран тест «Прогрессивные матрицы Равена» (Raven Progressive Matrice).

Выбор нами данной методики обусловлен рядом обстоятельств. Невербальный стимульный материал теста позволяет снизить влияние уровня образования испытуемых на результаты теста, в отличие от тестов, предлагающих вербальные и арифметические задания. К тому же невербальные методики обычно вызывают у испытуемых более позитивное отношение к обследованию, чем вербальные. Проведение теста не ограничено во времени, что позволяет исключить влияние астенического состояния больных на скорость выполнения заданий. Также нам представляется также немаловажным то, что в получаемый в результате тестирования коэффициент IQ, входит такая динамическая характеристика ментальных способностей как – способность к обучению. Поскольку исследуемые нами больные тестировались на различных этапах становления ремиссии, наличие динамической составляющей в тесте нам было особенно важно.

Кроме сравнения результатов обследованных больных со стандартными нормативами, мы использовали также процедуру сравнения их с данными контрольной группы. В качестве такой группы было протестировано 8 здоровых людей, средний возраст которых соответствовал среднему возрасту больных. Больных наркоманиями было обследовано 15 человек.

Личностные особенности больных наркоманиями.

Обобщенные профили СМИЛ, полученные в результате тестирования различных групп больных наркоманией представлены на Рисунке 1.

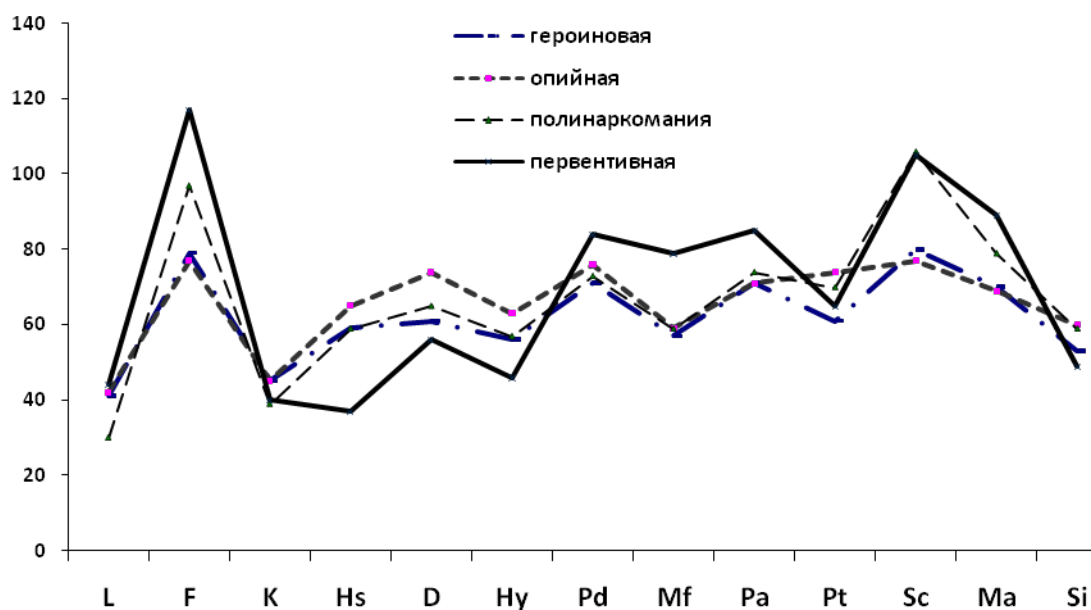


Рис.1. Обобщенные профили СМИЛ.

Из рисунка видно, что в целом конфигурация профиля во всех четырех группах обследованных совпадает, различия наблюдаются лишь в степени выраженности подъемов по шкалам. Средние значения Т-баллов по шкалам представлены в Таблице 1.

Основные пики профилей наблюдаются по оценочной шкале F; второй шкале (депрессия); четвертой шкале (психопатия); шестой шкале (паранойя) и восьмой шкале (шизоидность). Для больных полинаркоманией и первитиновой наркоманией характерно также повышение по девятой шкале (гипомания). Поскольку значения Т-баллов по указанным шкалам превышают 70, то полученные профили можно отнести к высокорасположенным, что свидетельствует о психологической напряженности обследуемых, наличии у них внутренних конфликтов.

Наиболее высокие значения в полученных профилях наблюдаются по восьмой шкале (шизоидность). Обычно пик по этой шкале свидетельствует о наличии в клинической картине растерянности, потери продуктивности, некоторой дезориентации и затрудненности социальных контактов.

Сочетание пика на восьмой шкале с пиком на шестой шкале (паранойя) указывает на склонность испытуемых к дисфории, повышенной раздражительности, злопамятности и ригидности мышления. У лиц с таким

профилем наблюдается ослабление личных привязанностей и отчуждение. В то же время вину за нарушение межличностных отношений, жизненные трудности и эмоциональные конфликты они склонны возлагать на окружающих.

Таблица 1

Средние значения Т-баллов по шкалам СМИЛ в различных группах больных наркоманиями

| Шкалы СМИЛ | Больные героиновой наркоманией | | Больные опийной наркоманией | | Больные первитиновой наркоманией | | Больные полинаркоманией | |
|------------|--------------------------------|------|-----------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------|------|
| | среднее | SD | среднее | SD | среднее | SD | среднее | SD |
| L | 40,9 | 7,1 | 42,4 | 4,4 | 44,2 | 5,7 | 38,4 | 8,6 |
| F | 79,1 | 25,8 | 76,5 | 14,3 | 116,5 | 49,8 | 97,0 | 53,6 |
| K | 44,7 | 8,2 | 45,4 | 4,7 | 40,1 | 9,2 | 39,4 | 16,5 |
| Hs | 59,4 | 18,7 | 64,7 | 14,3 | 37,0 | 22,2 | 59,3 | 16,5 |
| D | 61,1 | 15,4 | 74,2 | 11,1 | 55,6 | 17,4 | 65,3 | 11,9 |
| Hу | 55,9 | 14,9 | 62,5 | 11,5 | 46,2 | 19,1 | 56,6 | 5,8 |
| Pd | 70,9 | 16,4 | 75,9 | 13,4 | 83,5 | 21,9 | 72,9 | 10,3 |
| Mf | 57,2 | 13,2 | 58,5 | 10,8 | 78,8 | 12,5 | 59,4 | 9,5 |
| Pa | 70,9 | 14,7 | 70,6 | 11,6 | 85,0 | 19,8 | 74,0 | 27,3 |
| Pt | 60,9 | 19,3 | 74,1 | 18,8 | 64,8 | 24,2 | 69,9 | 10,5 |
| Sc | 80,2 | 35,8 | 77,0 | 16,8 | 105,4 | 37,8 | 106,2 | 53,5 |
| Ma | 70,2 | 15,1 | 68,7 | 10,9 | 89,0 | 14,7 | 78,7 | 10,5 |
| Si | 53,3 | 8,9 | 60,2 | 4,7 | 48,9 | 7,2 | 59,0 | 9,9 |

Затруднение межличностных связей и отношений приводит к нарушению социальной адаптации. На это указывает пик по четвертой шкале (психопатия). Сочетание пиков по восьмой, шестой и четвертой шкалам характерно для молодых людей с выраженной тенденцией относиться к окружающим с недоверием. Они совершают асоциальные поступки в результате недоразумений, неспособности четко осознавать социальную норму и часто примыкают к девиантным группам.

Умеренное повышение по второй шкале (депрессия) в сочетании с пиком по восьмой шкале указывает на тревогу и растерянность, возникающие в результате нарушения адаптации и потери продуктивности.

Таким образом, общая конфигурация профиля СМИЛ обследованных нами больных наркоманиями указывает на явное нарушение адаптации, их

асоциальность и отчужденность, также им свойственны подозрительность, неумение извлекать опыт из негативных ситуаций и тенденция возлагать вину на окружающих.

Что касается различий между группами больных, то статистическая достоверность этих различий была выявлена между группами больных опийной и героиновой наркоманиями по нулевой шкале (социальная интроверсия). У больных героиновой наркоманией значения Т-баллов по этой шкале ниже, чем у больных опийной наркоманией. Это свидетельствует о большей экстравертированности и импульсивности героиновых наркоманов по сравнению с опийными. У них больше выражена эмоциональная незрелость и плохой самоконтроль. Однако, нужно отметить, что в обеих группах показатели по этой шкале находятся в пределах допустимой нормы.

Можно отметить как тенденцию значительное повышение профиля СМИЛ больных первитиновой наркоманией на шкале F, а также четвертой, шестой, восьмой и девятой шкалах по сравнению с остальными группами больных. Это говорит о более значительном нарушении у них адаптации, а подъем по девятой шкале (гипомания) указывает на их больший эгоцентризм и эмоциональную незрелость.

У больных полинаркоманией отмечаются более высокие значения по восьмой шкале, по сравнению с опийными и героиновыми наркоманами, что указывает на их большую отгороженность и дезориентированность.

К сожалению, статистически достоверность этих различий подтвердить не удалось из-за недостаточного количества больных первитиновой и полинаркоманией.

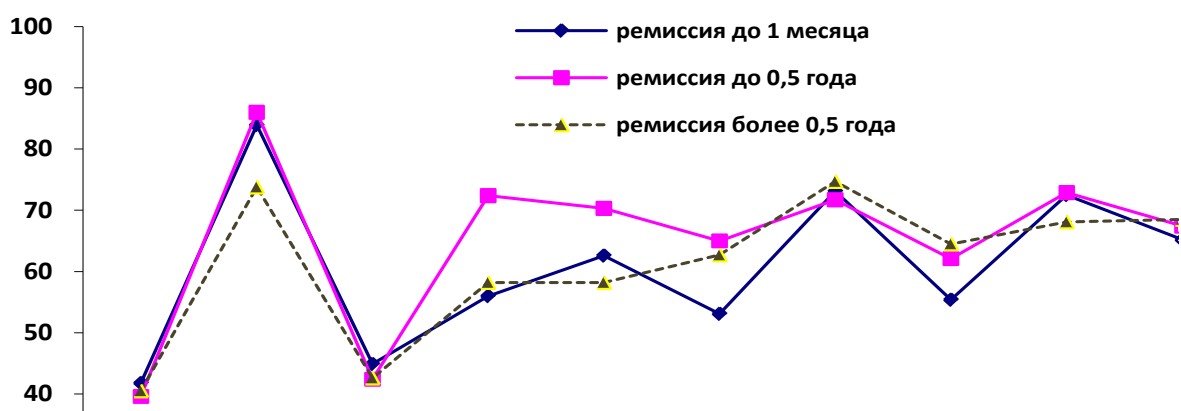


Рис.2. Усредненные профили СМИЛ у больных в различной длительностью ремиссии.

Мы также попытались проследить изменения профиля СМИЛ у больных с различной длительностью ремиссии. Обследованные нами больные наркоманией были разбиты на три группы:

- больные с длительностью ремиссии до 1 месяца;
- больные с длительностью ремиссии до 0,5 года;
- больные с длительностью ремиссии более 0,5 года.

Усредненные профили СМИЛ по этим группам представлены на Рисунке 2.

Мы видим, что общая конфигурация профиля в целом сохраняется на различных этапах отказа от наркотиков. Но в то же время наблюдается явная тенденция к нарастанию психопатологической симптоматики во второй группе больных с длительностью ремиссии до полугода. У этой группы наблюдается значительно больший подъем по шкалам так называемой невротической триады (ипохондрия, депрессия, истерия). При этом преобладают ипохондрическая симптоматика с жалобами соматического характера.

Также довольно выражены депрессивные тенденции. Сочетание высоких значений по второй шкале с пиками по шкале F и восьмой шкале указывают на тревогу, растерянность и дезориентированность.

Снижения профиля СМИЛ по указанным шкалам в группе больных с ремиссией более полугода по сравнению с двумя другими группами обследованных указывает на улучшение их адаптации, снижение тревоги, чувства отгороженности от окружающих.

Таким образом, можно предположить, что наиболее тяжелым периодом формирования ремиссии после отказа от наркотиков и проведения соответствующего лечения является промежуток времени от месяца до полугода. В это время, очевидно, имеется наибольшая вероятность срыва.

К сожалению, статистическую достоверность полученных различий между группами подтвердить не удалось, поэтому о полученном результате можно судить лишь как о тенденции, подтверждаемой тем не менее клиническими данными.

Обращает на себя внимание практическое отсутствие изменений по четвертой шкале в различных группах больных. Это говорит о том, что асоциальность, конфликтность, сниженный контроль над своим поведением являются наиболее устойчивыми характеристиками личности больных.

Особенности эмоциональной сферы больных наркоманиями

Ввиду небольшого количества больных в группах больных первитиновой, опийной наркоманией и полинаркоманией анализ межгрупповых различий оказался проблематичным, поэтому анализировалась вся совокупность обследованных.

Частотное распределение цветов по позициям и их процентное соотношение представлены в Таблице 2. Из таблицы видно, что в большинстве случаев на первой позиции оказывается синий цвет, а на второй позиции – фиолетовый цвет.

Таблица 2

Процентное распределение цветов теста Люшера по позициям*

| Цвет | 1 позиция | 2 позиция | 3 позиция | 4 позиция | 5 позиция | 6 позиция | 7 позиция | 8 позиция |
|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Синий | 23,3 | 13,3 | 13,3 | 13,3 | 13,3 | 13,3 | 6,7 | 3,3 |
| Зеленый | 16,7 | 6,7 | 13,3 | 26,7 | 13,3 | 16,7 | 3,3 | 3,3 |
| Красный | 10,0 | 10,0 | 13,3 | 10,0 | 13,3 | 16,7 | 20,0 | 6,7 |
| Желтый | 3,3 | 16,7 | 20,0 | 20,0 | 0,0 | 13,3 | 10,0 | 16,7 |
| Фиолетовый | 16,7 | 36,7 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 10,0 | 0,0 | 6,7 |
| Коричневый | 3,3 | 10,0 | 3,3 | 13,3 | 13,3 | 13,3 | 30,0 | 23,3 |
| Черный | 10,0 | 0,0 | 0,0 | 6,7 | 20,0 | 10,0 | 16,7 | 26,7 |
| Серый | 16,7 | 6,7 | 26,7 | 0,0 | 16,7 | 6,7 | 13,3 | 13,3 |

Синий цвет теста означает полное спокойствие. Созерцание этого цвета оказывает умиротворяющее действие на центральную нервную систему. В периоды болезни и изнурения потребность в этом цвете возрастает.

Предпочтение этого цвета может свидетельствовать о такой сильной потребности в удовлетворенности, что у человека возникает нужда во всем, что может принести удовлетворение, покой и расслабленность. Зачастую это осуществляется с помощью приема алкоголя, транквилизаторов и наркотических средств.

Фиолетовый цвет представляет собой смесь синего и красного и выражает чувственную близость, сензитивность, а также волшебство и воплощение в реальность всего мыслимого и желаемого. Предпочтение фиолетового свойственно эмоционально незрелым личностям, Я которых слабо дифференцировано. Такие субъекты часто хотят, чтобы их одобряли, они чувствительны, но в то же время не хотят, чтобы их отношения с окружающими обременяли их излишней ответственностью.

На третьей позиции чаще всего встречается серый цвет. Такое его расположение символизирует барьер в достижении целей и подчеркивает значение первых двух позиций, определяя их значительную компульсивность. Еще больше эту ситуацию усиливает зеленый цвет на четвертой позиции.

* Сумма в строках может незначительно превышать 100%, так как полученные в результате вычислений проценты округлялись до одного знака после запятой

Субъект хочет добиться цели, невзирая на существующие препятствия и ради этого скрывает свои намерения.

В целом ситуацию можно описать таким образом, что большинство наших обследованных стремятся к покою, удовлетворению своих желаний, нежном отношении со стороны окружающих, а ощущение препятствия к этому только усиливает их стремления, которые они стараются скрыть от окружающих.

На пятой и шестой позиции чаще всего встречаются черный и красный цвета соответственно. Такое расположение этих цветов также отражает фрустрированность потребностей, выражаемых цветами первых двух позиций и означает чувство, что кто-то чинит препятствия и мешает достичь желаемых целей.

Коричневый и черный на седьмой и восьмой позициях соответственно также означают стресс, вызванный нежелательными ограничениями и запретами.

Желтый цвет, означающий беззаботность, раскованность, релаксацию и устремленность в будущее, не преобладает ни на одной из позиций. Чаще всего он встречается на 3-ей и 4-ой позициях, которые и соответствуют такому поведению, но все же на этих позициях чаще встречаются серый и зеленый, отражающие эмоциональное напряжение и необходимость борьбы для достижения покоя.

В целом, результаты, полученные по тесту Люшера, свидетельствуют, что большинство обследованных больных наркоманией испытывают потребность в покое, расслабленности, чувственном удовольствии и участливом отношении. В то же время имеются существенные препятствия на пути к достижению этого, они вынуждены скрывать свои желания, и все это придает компульсивный и неуправляемый характер этим желаниям.

Интеллектуальные способности больных наркоманиями

Среднее значения IQ по всей группе больных составило 93,33 балла, а по группе здоровых – 118,75 баллов (см. Таблицу 3).

Согласно классификации IQ-показателей по Векслеру оба этих значения соответствуют нормальным показателям, но IQ больных соответствует среднему уровню «нормы», ближе к ее нижней границе (90 баллов), а среднее значение IQ здоровых находится ближе к верхней границе «высокой нормы» (119 баллов).

Таблица 3

Средние значения IQ в группах больных наркоманиями и здоровых

| Группа обследованных | Среднее значение IQ | SD |
|----------------------|---------------------|-------|
| Здоровые | 118,75 | 8,41 |
| Больные наркоманиями | 93,33 | 16,77 |

Таким образом, можно сказать, что интеллектуальные способности больных наркоманиями значительно снижены по сравнению со здоровыми.

Дальнейшее исследование показало, что IQ больных изменяется в зависимости от длительности ремиссии. На рисунке 3 видно, что при длительности ремиссии от 1 месяца до 0,5 года показатель IQ снижается ниже уровня группы больных с длительностью отказа от наркотиков до 1 месяца почти до значений сниженной нормы.

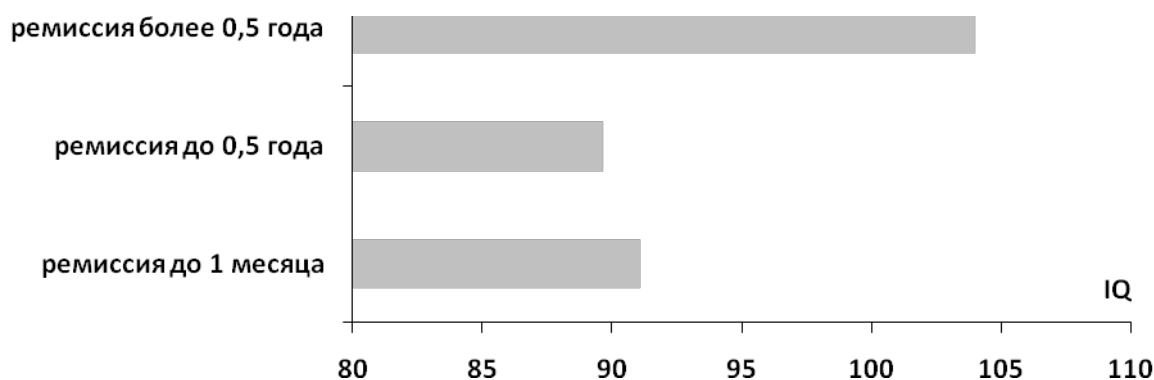


Рис.3. Зависимость уровня IQ от длительности ремиссии.

Однако в дальнейшем, при ремиссии свыше полугода, он возрастает и приближается к верхней границе средней нормы. Таким образом, сравнение с группой здоровых показало, что хроническое злоупотребление приводит к снижению интеллектуальных способностей. В то же время длительный отказ от употребления наркотиков приводит к определенному улучшению интеллектуально-мнестических функций.

При средней продолжительности ремиссии (от 1 месяца до полугода) наблюдается ухудшение в сфере интеллектуальной деятельности. Аналогичную картину мы наблюдаем и по результатам теста СМИЛ, указывающим на снижение адаптации и усугубление психопатологической

симптоматики в этот период. Возможно, что ухудшение интеллектуальных показателей связано именно с этим.

В целом по результатам проведенного психологического исследования можно заключить, что хроническое злоупотребление наркотиками приводит к значительным изменениям личности, таким как психопатизация и аутистические тенденции. Наиболее устойчивыми характеристиками личности больных наркоманиями являются асоциальность, конфликтность, сниженный контроль над своим поведением.

Эмоциональная сфера характеризуется стрессом в результате фрустрированности потребности в удовольствии и покое, а интеллектуальные способности находятся на уровне нижней границы нормы.

В результате проведенного лечения и длительного отказа от наркотиков наблюдается тенденция к улучшению этих показателей. Однако имеется опасный период от 1 месяца до полугода после отказа от наркотиков, когда наблюдается усугубление психопатологических симптомов, что может приводить к ухудшению и интеллектуальной деятельности. В этот период более вероятны срывы и возобновление приема наркотиков.

Итак, многочисленные исследования, направленные на выделения специфических психологических черт, свойственных больным наркоманиями или людям, склонным к употреблению наркотиков, отмечают у них такие расстройства как импульсивность, низкая самооценка, неспособность прогнозировать последствия негативных поступков и извлекать из них опыт, а также потребность в постоянной смене впечатлений и «острых» ощущениях.

В заключение хотелось бы отметить, что вышеперечисленные психологические черты не являются единственными предикторами приобщения к наркотикам. Современные представления об этиологии наркоманий помимо психопатологических факторов выделяют также биологические (наследственная отягощенность, низкая толерантность к наркотическим веществам и т.п.) и социальные условия (дисфункциональность семьи, педагогическая запущенность и прочие), приводящие к употреблению наркотических веществ (К. Эриксон, 1986; К.Б. Судаков, 1990; В.Д. Москаленко, 1993).

Таким образом, в формировании наркотической зависимости участвует ряд биологических, социальных и психологических факторов, и современные программы лечения, реабилитации и профилактики наркоманий должны носить комплексный характер. Эти программы должны быть также ориентированы и на предупреждение таких вредных последствий приема наркотиков как распространение ВИЧ-инфекции и других опасных заболеваний (гепатиты В и С, венерические заболевания и т.д.).

Особое значение в этих программах должно придаваться психологическим механизмам возникновения наркотического поведения и зависимости. Однако именно эта область наркологических знаний является мало разработанной и, как видно из данного обзора, ограничивается в основном констатацией тех или иных психопатологических расстройств. Однако, большое количество импульсивных людей, с низкой самооценкой и прочими чертами, свойственными больным наркоманией, не становятся наркоманами.

Глава 2 . Психологические факторы риска ВИЧ-инфицирования больных опийной наркоманией

В последнее десятилетие одной из центральных проблем, связанных с употреблением наркотиков, стало распространение ВИЧ-инфекции в среде потребителей психоактивных веществ. Прямое попадание вируса ВИЧ в кровь дает самую высокую вероятность заболевания. Потребители наркотиков, вводящие их внутривенно, реализуют именно этот путь распространения инфекции, так как они часто совместно используют одни и те же шприцы и иглы без соответствующей дезинфекции, набирают раствор для инъекций из общей посуды, иногда добавляют свою кровь в общий раствор при кустарном изготовлении наркотика и т.п. (Пандемия ВИЧ-инфекции и СПИДа, 1994).

С начала эпидемии ВИЧ-инфекции в России основным путем ее распространения был половой и темпы ее развития, хотя и вызывали тревогу, но были сравнительно невелики по сравнению со многими другими странами. Однако в 1996 году попадание вируса ВИЧ в среду потребителей наркотиков привело к резкому увеличению темпов роста этой инфекции. Внутривенное введение наркотиков стало ведущим фактором развития эпидемии. По данным Минздравсоцразвития больные наркоманией, вводящие наркотики внутривенно, составляют свыше 60% от вновь выявленных ВИЧ-инфицированных.

Учитывая постоянный рост потребления наркотиков, следует ожидать, что проблема ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом наркоманов создаст очень серьезные проблемы в нашем обществе.

Здравоохранение уже столкнулось с тем, что этим больным требуются совершенно особые условия и методы лечения. Возникла необходимость координирования работы инфекционных и наркологических служб, так как лечение одного заболевания невозможно осуществлять без лечения другого. Это требует не только создания новых лечебных мест, но и подготовки специалистов в данной области.

Распространение ВИЧ-инфекции в среде потребителей наркотиков создает угрозу роста этого заболевания и в других слоях общества. Как уже указывалось ранее, для них характерны и проституция, и промискуитет. Они вступают в сексуальные отношения не только между собой, но и с людьми, не употребляющими наркотики. Таким образом, реализуется самый распространенный путь передачи этой инфекции, как сексуальные контакты.

Среди потребителей наркотиков существует такой способ зарабатывания денег как сдача крови. Несмотря на то, что вся взятая у

населения кровь тщательно проверяется, невозможно исключить полностью такие случаи, когда кровь уже инфицирована, но в ней еще не определяются антитела к ВИЧ.

Еще одну проблему создают ВИЧ-инфицированные женщины, употребляющие наркотики и рождающие инфицированных детей. Часто они просто отказываются от таких детей при их рождении. Но даже когда такие матери берут на себя заботу о своих детях, они, с одной стороны, бывают не в состоянии обеспечить им надлежащий уход, с другой стороны, есть большой риск, что эти дети очень скоро останутся сиротами, так как их матери больны тяжелым и неизлечимым заболеванием. Таким образом, общество в скором времени столкнется с проблемой содержания, воспитания и лечения ВИЧ-инфицированных детей, рожденных от матерей, употребляющих наркотики (А.Г. Рахманова, 1996).

Итак, мы видим, что потребление наркотиков порождает массу не только медицинских, но и социальных проблем, а распространение ВИЧ-инфекции среди больных наркоманией, вводящих наркотики внутривенно, несет в себе особую опасность всему обществу, так как на данный момент они являются основной группой риска в отношении этого заболевания.

В условиях отсутствия вакцины против ВИЧ-инфекции и эффективных методов ее лечения основным механизмом предупреждения эпидемии является профилактика. Серьезность складывающейся эпидемической ситуации требует поиска новых, более целенаправленных и эффективных методов работы именно с группой потребителей наркотиков, вводящих их внутривенно.

Традиционная медицинская профилактика до недавнего времени основывалась на просвещении и информировании населения о наносимом ущербе здоровью вредными привычками. Предполагалось, что эти знания могут способствовать распространению здорового образа жизни.

Подобный “просветительский идеализм” основывался на укоренившейся еще со времен французского Просвещения идее рациональности человека, которая подразумевает возможность полного подчинения поведения разуму. Предполагалось, что человек, изначально рождаясь невинным, все плохое приобретает в течение жизни, и, если с самого начала жизни его воспитывать правильно, в дальнейшем он будет вести себя в соответствии с усвоенными с детства правильными принципами (Э.Б. Кондильяк, 1980). Однако почти сразу же эти идеи стали вступать в противоречие со многими фактами из жизни. Оказалось, что в хороших семьях, несмотря на правильное воспитание, могут вырастать преступники, а многие люди, прекрасно понимая весь вред определенных своих поступков, иногда просто не могут вести себя иначе.

Одно из объяснений этому дал появившийся на рубеже XIX и XX веков психоанализ, который открыл новую область человеческой природы - бессознательное - и показал, что реальное поведение в значительной мере детерминировано иррациональными факторами и, вопреки разуму, может быть деструктивным. Для изменения поведения недостаточны только разумные основания к этому, необходимы, прежде всего, изменения в сложной иерархической мотивационной структуре личности. Для того чтобы поведение изменилось, изменения должны найти свое место в деятельности субъекта и приобрести для него личностный смысл (А. Н. Леонтьев, 1975).

Все это говорит о необходимости и актуальности психологического подхода к медицинской профилактике, учитывающего специфические механизмы формирования рискованного в отношении того или иного заболевания поведения.

Тем не менее, просветительский подход до сих пор занимает одно из центральных мест в медицинской профилактике, и лишь сравнительно недавно стал подвергаться критике. В настоящее время в области профилактики злоупотребления наркотическими веществами все более активно разрабатываются и внедряются в практику многоуровневые программы, учитывающие психологические факторы приобщения подростков к наркотикам и имеющие своей целью формирование системы ценностей, установок и навыков, детерминирующих охранительное поведение (О.Л. Романова и др., 1994; Р. Спрангер, 1993; Р. Спрангер, 1994).

В начале развития эпидемии ВИЧ-инфекции профилактические программы в разных странах тоже носили в основном санитарно-просветительский характер и использовали средства массовой информации для пропаганды безопасного секса (М. Newman, 1987). Такие мероприятия давали определенные положительные результаты, но эффективность их была недостаточна. Исследование подобных кампаний средств массовой информации, проведенное в 35 странах в конце 80-х годов, показало, что, несмотря на то, что осведомленность населения о ВИЧ-инфекции значительно повысилась, это не привело к реальным изменениям в поведении людей (AIDS, 1989).

Изучение факторов распространения ВИЧ показало наличие так называемого «рискованного» поведения в отношении этой инфекции. Это поведение увеличивает риск реализации основных путей передачи вируса (через кровь и половые контакты). Для него характерны беспорядочные, незащищенные сексуальные связи и использование нестерильных средств для инъекций (M.L. Cooper, 1992). Подобное поведение свойственно, прежде всего, лицам, употребляющим наркотики внутривенно, так как в их среде часто практикуется обмен иглами и шприцами, и они ведут беспорядочную

половую жизнь (J.F. Samuels et al., 1992; D. Serrano et al., 1992; G.J. Schilling et al., 1991).

Последние исследования в области профилактики ясно указывают на низкую эффективность одноразовых кампаний и необходимость разработки долгосрочных адресных профилактических программ, ориентированных на конкретные группы риска. Эти программы должны учитывать различные факторы, в том числе и психологические, определяющие рискованное поведение, с целью воздействия на него и его изменения (Н.А. Должанская и др., 1996; Cassel Russel N., 1992; D.R. Gibson et al., 1993).

Активно внедряемая в последнее время концепция «снижения вреда» от употребления наркотиков («Harm reduction»), признает невозможность отказа от наркотиков и ориентирована в основном на просветительскую работу с большими наркоманиями, обеспечение их одноразовыми шприцами, дезинфицирующими средствами и замену внутривенных наркотиков пероральными. Хотя подобная работа и приносит вполне определенные положительные результаты, необходимо признать, что данную группу населения нельзя сделать безопасной в отношении распространения ВИЧ-инфекции, пока они подвержены наркотической зависимости. Для них всегда сохраняется риск оказаться в опасной ситуации или из-за отсутствия стерильных инструментов, или из-за необходимости вступить в случайную половую связь, чтобы заработать на очередную дозу наркотиков, или по каким-либо другим причинам, связанным с их образом жизни.

Необходимо признать, что наиболее эффективный способ снижения уровня ВИЧ-инфицированности в связи с потреблением наркотиков, это снижение уровня потребления наркотиков. Огромную роль в этом может сыграть знание причин, приводящих людей к наркотизации и, соответственно, риску ВИЧ-инфицирования. Профилактическую работу надо начинать еще до того, как люди стали употреблять наркотики.

Для повышения эффективности профилактической работы среди потребителей наркотиков необходимо изучение психологических факторов риска ВИЧ-инфицирования, характерных для данного контингента.

Рискованное поведение в отношении ВИЧ-инфекции нельзя рассматривать отдельно от поведения, приводящего к употреблению наркотиков. Это поведение является одним из проявлений особой потребности в острых ощущениях и переживаниях и называется «поиск ощущений». Риск в отношении ВИЧ-инфекции также является выражением этой потребности.

«Поиск ощущений» не всегда проявляется в виде непосредственного изменения состояния сознания с помощью наркотических веществ. В обществе имеется набор средств отреагирования потребности в острых и

необычных переживаниях: через определенные виды деятельности, связанные с риском (спорт, служба в армии и органах правопорядка, экспедиции и т.п.) и в знаково-символической форме (при решении сложных задач, восприятии сложных произведений, чтении захватывающей литературы и т.п.). Однако существует ряд причин социального и психологического порядка, по которым потребителям наркотиков эти средства оказываются неподходящими.

Мы предполагаем, что рискованное поведение типа «поиск ощущений» является предпосылкой начала приобщения к наркотикам и риска ВИЧ-инфицирования в том случае, когда оно сочетается с такими психологическими чертами как алекситимия и низкий уровень когнитивной дифференцированности (высокой полезависимости).

Потребление наркотических веществ и профилактика ВИЧ-инфекции

Уже в самом начале распространения ВИЧ-инфекции в начале 80-х годов, еще до установления ее вирусной природы, была обнаружена тесная связь этого заболевания с употреблением наркотиков и, прежде всего, именно с их внутривенным введением. В качестве предполагаемой причины неизвестной болезни сначала рассматривалось иммунодефицитное состояние, возникающее вследствие воздействия наркотиков на организм.

После выявления вируса ВИЧ в 1983 году и определения путей его передачи (через кровь, половым путем и от матери к плоду) стало ясно, что причина распространения этой инфекции среди потребителей наркотиков связана с образом их жизни.

Потребители внутривенных наркотиков многократно используют одноразовые шприцы и иглы и обмениваются ими друг с другом, поэтому наиболее характерным путем распространения вируса ВИЧ в данной среде является его попадание в кровь при введении наркотиков. Поскольку этот путь передачи дает наиболее высокую вероятность заражения, именно в этой группе риска обычно наблюдается наиболее стремительное увеличение числа ВИЧ-инфицированных (Р.М. Хаитов, Г.А. Игнатьева 1992; Я.Х. Лысенко и др., 1996; В.В. Покровский, 1996).

Так, в Польше после первого обнаружения в 1988 году единичных случаев ВИЧ у наркоманов число инфицированных возросло за последующие 18 месяцев до 500. В Бангкоке (Таиланд) и Эдинбурге (Шотландия) аналогичная ситуация развилась всего лишь за год, в течение которого наркоманы стали составлять 40-50% от общего числа ВИЧ-инфицированных (М. Moore, 1992).

К странам, в которых эпидемия ВИЧ-инфекции сформировалась в основном за счет лиц, вводящих наркотики внутривенно, следует отнести Италию, Францию, Испанию, государства Северной Америки и другие (Пандемия ВИЧ..., 1994).

Необходимо отметить, для потребителей наркотиков характерны и другие пути передачи ВИЧ-инфекции.

Для потребителей психостимуляторов в состоянии наркотического опьянения характерно расторможенное сексуальное поведение. Совместное употребление наркотиков часто сопровождается групповыми сексуальными контактами без каких-либо мер предохранения (К. Watkins et al., 1992; Н. Klee, 1992; Т. Rhodes et al., 1993; R. Stall, В. Leigh, 1994). Опрос потребителей внутривенных наркотиков, проведенный Н.Клее et al. (1990), показал, что они редко используют презервативы при половых контактах, при этом мужчины предпочитают в качестве сексуального партнера ненаркотизирующихся женщин. Для женщин, употребляющих наркотики, характерна проституция, как способ заработка на них.

Таким образом, потребителям наркотиков присущ и второй путь передачи инфекции – половой. Именно этот путь, как показывают приведенные выше исследования, создает серьезную угрозу распространения ВИЧ за пределами популяции наркоманов.

В среде потребителей наркотиков реализуется также и третий путь передачи ВИЧ-инфекции – вертикальный, то есть от зараженной матери – плоду. В основной своей массе ВИЧ-инфицированные будущие матери-наркоманки, впервые обращаются в лечебные учреждения на поздних сроках беременности, когда уже невозможно ни прерывание беременности, ни проведение терапии, снижающей риск инфицирования плода. Рождающиеся таким образом дети часто остаются на попечении государства, так как матери или отказываются от них, или бывают не в состоянии обеспечить им надлежащий уход (А.Г. Рахманова, 1996; СПИД. Образы эпидемии, 1994).

Таким образом, с ростом ВИЧ-инфекции среди наркоманов, в обществе будет появляться все большее количество зараженных детей.

Моделью для распространения ВИЧ-инфекции могут служить другие массовые инфекционные заболевания, имеющие аналогичные пути передачи – половой и через кровь. Так в последние годы в России значительно возросла заболеваемость вирусными гепатитами (типов В и С), сифилисом, гонореей, хламидиозом и другими инфекциями, и особенно – среди потребителей наркотиков. Распространение этих инфекций, передающихся так же, как и ВИЧ-инфекция, указывает на наличие среди определенных слоев населения рискованного поведения, которое может способствовать и развитию эпидемии ВИЧ-инфекции (О.М. Дроздова, 1996).

В России и ее ближайшем окружении до середины 1996 года рост ВИЧ-инфекции осуществлялся в основном за счет передачи вируса половым путем, и эпидемиологическая ситуация, несмотря на постоянное увеличение числа зараженных, оставалась достаточно спокойной. Тогда распространения вируса среди наркоманов воспринималась как нечто не слишком реальное и достаточно отдаленное. Но когда с августа 1995 г. по июль 1996 г. численность ВИЧ-инфицированных на Украине - стране, наиболее близкой и имеющей с нами довольно прозрачные границы, - возросла с нескольких сотен до шести тысяч, положение в корне изменилось, так как эпидемия там в основном сформировалась за счет лиц, вводящих наркотики внутривенно (около трех тысяч человек) (Ю.Кобыща и др., 1996).

На 11 августа 1997 г. в России число ВИЧ-инфицированных граждан составило 5292 человека; при этом, начиная с 1995 г., в ряде регионов - Краснодарском крае, Кировской, Тюменской, Саратовской, Нижегородской, Ростовской, Калининградской областях, Кабардино-Балкарской республике - отмечается значительный рост случаев ВИЧ-инфицирования именно среди лиц, вводящих наркотики внутривенно. Всего с 1996 г. по данным Министерства здравоохранения в России было выявлено 2565 случаев ВИЧ-инфекции среди наркоманов.

Факт обнаружения ВИЧ у лиц, употребляющих наркотики, свидетельствует о состоявшемся некоторое время тому назад попадании вируса в эту среду и постепенном накоплении "критической массы" зараженных, которая начинает придавать этому процессу эпидемический характер. СПИД становится реальной угрозой не только для наркоманов, но и для всего общества в силу причин, о которых говорилось выше.

Опыт других стран также свидетельствует о том, что при попадании ВИЧ-инфекции в среду наркоманов происходит ее стремительное распространение во всем обществе.

Итак, очевидно, что образ жизни больных наркоманией создает угрожающую эпидемиологическую ситуацию в отношении ВИЧ-инфекции и требует принятия срочных мер. В условиях отсутствия вакцины против ВИЧ-инфекции и эффективных методов ее лечения основным механизмом предупреждения эпидемии становится профилактика.

Традиционная медицинская профилактика до недавнего времени основывалась на просвещении и информировании населения о наносимом ущербе здоровью вредными привычками. Предполагалось, что эти знания могут способствовать распространению здорового образа жизни.

Подобный "просветительский идеализм" основывался на укоренившейся еще со времен французского Просвещения идее рациональности человека, которая подразумевает возможность полного

подчинения поведения разуму. Предполагалось, что человек, изначально рождаясь невинным, все плохое приобретает в течение жизни, и, если с самого начала жизни его воспитывать правильно, в дальнейшем он будет вести себя в соответствии с усвоенными с детства правильными принципами (Э.Б. Кондильяк, 1980). Однако почти сразу же эти идеи стали вступать в противоречие со многими фактами из жизни. Оказалось, что в хороших семьях, несмотря на правильное воспитание, могут вырастать преступники, а многие люди, прекрасно понимая весь вред определенных своих поступков, иногда просто не могут вести себя иначе.

Одно из объяснений этому дал появившийся на рубеже XIX и XX веков психоанализ, который открыл новую область человеческой природы - бессознательное - и показал, что реальное поведение в значительной мере детерминировано иррациональными факторами и, вопреки разуму, может быть деструктивным. В самом психоанализе подобное поведение рассматривается как проявление влечения к смерти – Танатоса (З. Фрейд, 1992, L. Eidelberg, 1968). В рамках других подходов подобное поведение объясняется наличием скрытых мотивов или проявлением потребности в риске и «острых ощущениях» (М. Zuckerman, 1986).

Но, несмотря на различные толкования, все авторы указывают на то, что для изменения нежелательного поведения недостаточна только апелляция к разумным основаниям. Прежде всего, необходимо добиться изменений в сложной иерархической мотивационной структуре личности. Чтобы поведение стало другим, оно должно приобрести новый личностный смысл и найти свое место в деятельности субъекта (А.Н. Леонтьев, 1975).

Тем не менее, просветительский подход до сих пор занимает одно из центральных мест в медицинской профилактике и лишь сравнительно недавно стал подвергаться критике. Проведенные исследования убедительно показывают, что при проведении первичной профилактики наркоманий простое информирование подростков о вреде наркотиков только усиливает их любопытство и подталкивает к пробам наркотических веществ (цит. по О.Л. Романова, 1993). В настоящее время все более активно разрабатываются и внедряются в практику многоуровневые антинаркотические программы, учитывающие психологические факторы приобщения подростков к потреблению наркотических веществ и имеющие своей целью формирование системы ценностей, установок и навыков, детерминирующих охранительное поведение (О.Л. Романова, Т.И. Петракова, 1992; О.Л. Романова, М.В. Самойлова, 1994; Б. Спрангер, 1993; Б. Спрангер, 1994; О.Л. Романова, 1997). В начале развития эпидемии ВИЧ-инфекции профилактические программы в разных странах тоже носили в основном санитарно-просветительский характер и использовали средства массовой информации для пропаганды

безопасного секса (M. Newman, 1987). Такие мероприятия давали определенные положительные результаты, но их эффективность была явно недостаточной. Исследование подобных кампаний в средствах массовой информации, проведенное в 35 странах в конце 80-х годов, показало, что хотя осведомленность населения о ВИЧ-инфекции значительно повысилась, это не привело к реальным изменениям в поведении людей (AIDS, 1989).

Изучение факторов риска ВИЧ-инфицирования показало существование так называемого «рискованного» поведения в отношении распространения этой инфекции.

Это поведение увеличивает риск реализации основных путей передачи вируса (через кровь и половые контакты) и характеризуется беспорядочными незащищенными сексуальными связями и использованием нестерильных средств для инъекций (M.L. Cooper, 1992). Подобное поведение характерно, прежде всего, для лиц, употребляющих наркотики внутривенно. Это связано с распространенной среди них практикой обмена иглами и шприцами и беспорядочной половой жизнью (J.F. Samuels et al., 1992; D. Serrano et al., 1992; G.J. Schilling et al., 1991). Большинство потребителей наркотиков, зная об опасности ВИЧ-инфицирования благодаря средствам массовой информации, тем не менее, не предпринимают необходимых мер предосторожности, особенно в области сексуальных контактов (S.R. Friedman et al., 1989; K. Heubert et al., 1992, H.Klee et al., 1990). Специальные занятия с больными наркоманией, на которых дается подробная информация о СПИДе и мерах профилактики ВИЧ-инфекции, не приводят к значительным изменениям в их поведении по отношению к ВИЧ-инфекции (A.J. Saxon et al., 1992), и, хотя угроза СПИДа мотивировала использование презервативов в среде наркоманов, только 13,9% опрошенных заявили, что делают это постоянно (Т.Н. Kramer et al., 1991).

Все больше исследователей указывают на низкую эффективность одноразовых кампаний, считая необходимым разработку долгосрочных профилактических программ, ориентированных на реальное изменение рискованного поведения в отношении ВИЧ с учетом вызывающих его психологических факторов (Cassel Russell N., 1992; D.R.Gibson et al., 1993).

Существующие у нас сейчас профилактические программы по ВИЧ-инфекции носят в основном санитарно-просветительский характер и не приносят значительных положительных результатов. Анализ зарубежных программ показывает, что хотя они и ориентированы на изменение рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции, в них практически не учитываются именно психологические особенности представителей конкретных групп риска.

Стремительное распространение ВИЧ-инфекции, связанное с рискованным поведением лиц, употребляющих наркотики, привело к появлению нового направления в профилактике – «снижению вреда» («Harm Reduction»). В основе этого подхода лежит представление о наркомании как хроническом, трудно поддающемся лечению заболевании, и о том, что распространение ВИЧ-инфекции в настоящий момент представляет для общества большую угрозу, чем наркотическая зависимость.

В рамках этого подхода реализуются различные программы, основанные на принципах снижения вреда от немедицинского употребления наркотиков для тех, кто не может или не хочет отказаться от их приема. Это программы обмена игл и шприцев и заместительная терапия (в частности, метадоновая терапия), предусматривающая переход от внутривенного приема наркотических веществ к пероральному с постепенным отказом от их употребления вообще (Н.А. Должанская и др., 1994; V. Schouten et al., 1993; Psychoactive drugs..., 1993). Реализация таких программ осуществляется путем активной «уличной» работы (“outreach work”) и обеспечивает не только профилактику ВИЧ-инфекции, но способствует оказанию различной социальной и медицинской помощи потребителям психоактивных веществ (T. Rhodes et al., 1991).

Исследователи, участвующие в таких программах, считают, что таким образом удастся устанавливать контакт с гораздо большей группой больных наркоманией, чем в условиях медицинских наркологических учреждений, и вовлекать их в различные лечебные и социальные программы. В некоторых случаях привлечение потребителей психоактивных веществ в пункты обмена игл и шприцев способствует созданию у них мотивации и к лечению зависимости (И. Леду, 1994; Т. Родс, 1997; A. Wodak, D.C. Des Jarlais 1993).

Опыт Австралии и г. Сан-Франциско (США) показал, что обмен игл и шприцев и «уличная» работа с наркоманами, организованные на должном уровне и при поддержке официальных структур и общественного мнения оказались достаточно эффективными и внесли существенный вклад в сдерживание эпидемии (A. Wodak, 1992; A. Wodak et al., 1995; A.R. Moss, K. Vranizan, 1992).

Однако, несмотря на положительные результаты, которые дают эти программы, следует признать, что они ориентированы больше на создание условий для «безопасного» употребления наркотиков, чем на создание мотивации отказа от рискованного поведения и наркотизации. Появление этих программ показывает несостоятельность существующих методов профилактики наркоманий. Несмотря на то, что внедрение этих программ, несомненно, дает свои положительные результаты, существует масса проблем, которые они не в состоянии разрешить.

Ставя своей главной целью профилактику ВИЧ-инфекции, они мало уделяют внимания вопросам лечения наркоманий. Это создает значительные трудности в работе этих программ, особенно в странах, где употребление наркотиков преследуется по закону. Кроме того, больные наркоманией, участвующие в таких программах, всегда могут оказаться в таких обстоятельствах, когда они не в состоянии контролировать свое поведение (либо вследствие интоксикации, либо в виду отсутствия необходимой дозы наркотика). Это может привести к использованию грязного шприца или раствора для инъекций и, соответственно, к риску ВИЧ-инфицирования. Поэтому следует признать, что появление таких программ является, в первую очередь, вынужденной мерой в условиях дефицита эффективных программ профилактики рискованного поведения не только в отношении ВИЧ-инфекции, но и в отношении наркотического поведения.

Профилактика ВИЧ-инфекции должна осуществляться в тесном взаимодействии с профилактикой наркоманий. Рискованное поведение в отношении употребления наркотиков является одновременно опасным и в отношении ВИЧ-инфекции, а снижение распространения наркомании ведет к уменьшению риска ВИЧ-инфекции (Н.А. Должанская и др., 1996).

Таким образом характерными чертами новых профилактических программ должны быть обращенность к конкретным группам риска и ориентированность на активное вмешательство с целью изменения рискованного поведения людей. Их успешная реализация во многом зависит от умения устанавливать контакт с социальной группой, на которое направлено воздействие, понимания ее культурологических особенностей и психологических механизмов, препятствующих выработке охранительного поведения. Выявление этих механизмов является одной из принципиальных задач нового направления в профилактике.

Психологические предпосылки риска потребления наркотических веществ и ВИЧ-инфицирования.

Как уже указывалось выше, распространения ВИЧ-инфекции тесным образом связывается с наличием так называемого «рискованного поведения» в отношении этого заболевания среди населения в целом и, особенно, среди, потребителей внутривенных наркотиков. Поэтому нам представляется целесообразным рассмотреть его как частный случай такого психологического феномена, как склонность к риску.

Долгое время рискованное поведение рассматривалось как когнитивный процесс вероятностной оценки и принятия решения в условиях дефицита времени, информации и других параметров ситуации (Ю. Козелецкий, 1979). Однако, это не всегда так. В.А. Петровский (1992)

выделяет два типа рискованного поведения. В одном случае поведение определяется значимостью достигаемой цели и является “мотивированным”. При этом цели рискованного поведения могут быть самыми различными (достижение определенного социального или материального положения, одобрение со стороны окружающих и т.д.), но обязательно присутствует выгода и когнитивный выбор стратегии ее достижения. В другом же случае рискованное поведение как бы “бескорыстно”, так как не влечет за собой никакой видимой объективной выгоды. Однако испытуемые, рискующие “бескорыстно”, указывают на наличие «субъективной выгоды». Они объясняют свои поступки “тягой, влечением” к риску и описывают возникающие при этом ощущения как “нарастающее напряжение, сменяющееся в последний момент резкой разрядкой”. Таким образом, привлекает не цель сама по себе, а возможность испытать особые “острые ощущения”. Причем, было установлено, что если субъект рискует ради достижения какой-то внешней в цели, то на выбор стратегии поведения и величину риска, на который он готов пойти, оказывают влияние как характеристики цели (например, ее привлекательность), так и такие личностные особенности индивидуума, как потребность в социальном одобрении, уровень притязаний и мотивация достижения. В то же время все эти факторы не имели никакого значения в ситуации, когда субъект рисковал ради получения особых ощущений. Было установлено также и то, что почти все люди, готовые рисковать ради выгоды, рисковали и ради особых переживаний. Однако, не все, рисковавшие “бескорыстно”, готовы были к риску ради выгоды (В.А. Петровский, 1992).

Таким образом, можно предположить, что готовность к «мотивированному», рассчитанному риску является одним из проявлений более общей потребности в острых ощущениях.

Подтверждение этому можно найти и в других исследованиях, посвященных изучению людей, чьи профессии и хобби сопряжены с риском. Так, экспериментальные данные показали, что среди альпинистов, горнолыжников, волонтеров для психологических экспериментов по сенсорной депривации и гипнозу, деятельность которых сопряжена с физическим риском, а также бизнесменов и политиков, чей риск имеет социальные последствия, встречается достаточно высокий процент лиц, имеющих высокие показатели по шкале поиска ощущений (К. Мигдал, 1990; L.M. Bouter et al., 1988; D. Thomas, 1989; R. Wahlers, M. Etzel, 1985; J. Watson, 1985; M. Zuckerman et al., 1967). Эти люди рискуют не только потому, что от них этого требует их профессия, они выбирают такие профессии, потому что им нужны необычные переживания.

Т.В. Корнилова (1995) рассматривает два вида рискованного поведения: готовность к риску, как регулятор процесса принятия решения, заключающийся в оценке субъектом своего прошлого опыта и предвосхищении возможных уровней самоконтроля, и склонность к риску, как поиск острых ощущений. При этом отмечается взаимозависимость этих качеств индивида в молодом возрасте и их независимость в более старшем.

Сопоставляя эти данные с исследованием В.А. Петровского, можно предположить, что потребность в острых ощущениях у некоторых людей с возрастом включается в определенную социальную деятельность, начинает опосредоваться когнитивными процессами и становится готовностью к риску, ради определенной цели; у части же людей эта потребность в силу определенных причин так и не опредмечивается в конкретных видах деятельности.

В современной зарубежной литературе в связи с рискованным поведением употребляют в основном два термина: *risk-taking* (G. Wyatt, 1990; M. Zuckerman, 1986), - как принятие рискованного решения, и *sensation seeking* – как поиск ощущений (M. Zuckerman, 1975; M. Zuckerman, 1992; M. Zuckerman et al., 1988). В целом эти понятия сопоставимы с делением риска на “мотивированный” и “бескорыстный” (В.А. Петровский, 1993) или «готовность к риску» и «склонность к риску» (Т.В. Корнилова, А.А. Долныкова, 1995). Для поведения типа *risk-taking* характерна выраженная когнитивная активность и наличие объективной выгоды, цели, в то время как поведение типа *sensation seeking* связано с потребностью в различных новых ощущениях и переживаниях и выражается в стремлении к физическому и социальному риску ради них самих.

Несомненно, что в связи с проблемой рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции интерес представляет именно поиск ощущений, так как не имеет объективной выгоды, а принятие решения в данном случае носит импульсивный характер.

Понятие “поиск ощущений” введено в психологию М. Zuckerman’ом, считающим, что подобное поведение является индивидуальной особенностью субъекта и связано с необходимостью поддерживать оптимальный уровень стимуляции и возбуждения. Человек, склонный к такому поведению, описывается как независимый, испытывающий потребность в возбуждении, импульсивный, с низким уровнем тревоги (M. Zuckerman, 1975; M. Zuckerman, 1992; M. Zuckerman et al., 1988).

Установлена связь показателей поиска ощущений со злоупотреблением психоактивными веществами. Лица употребляющие алкоголь и марихуану в подростковом возрасте, имеют высокие показатели поиска ощущений (M. Bates et al., 1986; L. Jaffe, R. Archer, 1987). В то же время одним из факторов

приобщения подростков к наркотикам является стремление к экспериментированию с этими веществами для повышения уровня возбуждения (А.Е. Личко, 1991; В.С. Битенский, А.Е. Личко, 1991; И.А. Никифоров, 1992; А.Ф. Радченко, 1994), соответственно рискованное поведение и поиск ощущений в силу низкой тревоги и высокой импульсивности могут выступать как предикторы возможной наркотизации молодежи. А.А. Колесников и Р.В. Рожанец (1979) считают, что профили ММРІ больных гашишной наркоманией с небольшой давностью заболевания отражают стремление этих лиц к постоянным переживаниям “острых ощущений”, тяготение к внешне возбуждающим ситуациям, недостаточную способность извлекать пользу из собственного негативного опыта, поверхностность межличностных отношений, тенденцию к доминированию и преодолению препятствий. Это описание вполне соответствует чертам личности, склонной к поведению типа “поиска ощущений”.

А.Ф. Радченко (1989), анализируя преморбидные особенности личности больных наркоманией, установила, что, несмотря на различные типы личности, у них можно выделить многие общие черты, такие как аффективная лабильность, неустойчивость интересов, постоянное стремление к новым, необычным ощущениям, повышенная общительность, не приводящая к образованию устойчивых межличностных связей, и склонность к неоправданному риску.

Нужно отметить, что не все потребители наркотиков в одинаковой степени склонны к рискованному поведению и поиску ощущений. А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991) считают, что постоянное стремление к приключениям, риску и неизведанным переживаниям больше всего свойственно подросткам с гипертимным типом акцентуации характера и выступает причиной начала употребления наркотиков, при этом из всех видов психоактивных веществ они предпочитают стимулирующие.

G. Marvel и В. Hartmann (1986), разрабатывая “экономическую” теорию аддикции, обнаружили, что наркотики, относящиеся к группе стимуляторов, выбирают люди с высокими показателями поиска ощущений, и, наоборот, люди с низкими показателями предпочитают седативную группу наркотиков. Обследование 144 мужчин, содержащихся в заключении и злоупотребляющих наркотическими веществами, показало, что ЦНС-стимуляторы предпочитают те, которые испытывают потребность в возбуждении, тогда как те, которые употребляют седативные препараты, нуждаются в снижении возбуждения (M. Kern et al., 1986).

Итак, злоупотребление психоактивными веществами, выбор конкретного препарата и риск ВИЧ-инфицирования связаны с рискованным поведением и поиском ощущений. Исследования показали, это поведение не

является специфическим только по отношению к наркотикам. Так, опасное сексуальное поведение девушек 15-16 лет в значительной степени зависит от выраженности в их поведении склонности к поиску ощущений (J. Arnett, 1990). Но высокорискованное сексуальное поведение положительно коррелирует с употреблением алкоголя и наркотиков (A. Biglan et al., 1990). В настоящее время все чаще указывается на серьезную опасность в распространении ВИЧ лицами, злоупотребляющими преимущественно психостимуляторами, из-за групповых форм потребления сочетающихся с сексуальной расторможенностью во время наркотического опьянения (B. Eddin et al., 1992; H. Klee, 1992; D. McBride et al., 1992). Этим же людям в значительной степени свойственно поведение типа поиска ощущений.

Существуют различные интерпретации феномена «поиска ощущений». Наиболее распространена гипотеза о том, что существует некоторый оптимальный для индивида уровень возбуждения, который он стремится постоянно поддерживать. Понятие оптимума возбуждения было введено Д.Хеббом и К.Лейбом, считавшими, что необходимость его поддержания становится потребностью индивида, а нарушение равновесия в этой области мотивирует деятельность по его восстановлению (D. Hebb, 1965; K. Leuba, 1965).

С этих же позиций Я. Стреляу (1982) описывает такое свойство темперамента как реактивность. При этом описание низкорективных субъектов, не переносящих однообразия, активных, с низкой тревогой, во многом совпадает с описанием М. Zuckerman'a (1975) индивидов с высоким уровнем показателей поиска ощущений. Оба автора считают, что подобные качества характера могут быть связаны с изначально низким уровнем возбудимости.

В рамках концепции физиологического базиса поиска ощущений показано, что ориентировочная реакция на случайные стимулы у лиц с высокими показателями этого типа поведения по своей величине значительно выше оборонительной, тогда как у лиц с низкими показателями соотношение этих реакций противоположное. Это позволяет предположить, что ситуация внезапной опасности может вызывать у высокорискованных индивидов в большей мере интерес к ней по сравнению с теми, кто не склонен к риску (M. Zuckerman et al., 1988). По мнению М. Zuckerman'a, отсутствие страха с одной стороны и потребность в необычных впечатлениях с другой стороны могут приводить к употреблению наркотиков людей с выраженным поиском ощущений (M. Zuckerman, 1986). Косвенное подтверждение этому содержится в работах отечественных авторов. К. Мигдал (1990) зафиксировал низкий уровень страха как личностной черты у людей с высокой потребностью в стимуляции, а А. Радченко (1994) обнаружила дисбаланс базисных эмоций у потребителей психоактивных веществ, заключающийся в

преобладании эмоций радости над эмоциями страха в спектре их эмоциональных переживаний.

Представления о физиологическом базисе рискованного поведения лишь в определенной мере отвечают на вопрос о его причинах и не дают ответа, почему в одних случаях потребность в возбуждении ведет к предпочтению социально одобряемых форм деятельности (увлечение опасными видами спорта, выбор профессии, связанной с риском), а в других случаях выражается в девиантном поведении. Почему одни люди более склонны к физическому риску, а другие к социальному?

Вероятно, что кроме уровня возбуждения, как физиологической основы, в формировании рискованного поведения участвуют и другие факторы. Рискованное поведение, как вид деятельности, хотя и имеет в своей основе феномен поиска ощущений, опосредовано когнитивным компонентом в связи с необходимостью осуществлять выбор и принимать решение (M. Zuckerman, 1990). Уровень такой опосредованности определяется и зрелостью личности, и развитостью мотивационной сферы субъекта, а также зависит от вида деятельности. Необходимость осуществлять деятельность в рамках, определяемых социумом, требует также участия волевых механизмов и предполагает ответственность и вину за последствия.

Подростки с отклоняющимся поведением зачастую импульсивны, у них недостаточно развиты Я-концепция и волевые компоненты личности, а также интеллектуальные способности (В.С. Битенский и др., 1991; А.Ю. Кржечковский, 1990; А.Ю. Кржечковский, 1991; А.Н. Ланда, 1989). Их мотивационная сфера обеднена, и в ней преобладают гедонистические установки. Причинами этого могут быть и наследственная отягощенность, и неблагоприятная микросоциальная среда, и педагогическая запущенность (Г.А. Милушева, Н.Г. Найденова, 1991; Н.Г. Найденова, 1991; В.Д. Москаленко, 1993). Но, тем не менее, все это приводит к тому, что таким подросткам недоступен опосредованный уровень отреагирования потребности в острых, необычных ощущениях и они выбирают прямой способ воздействия на свое внутреннее состояние с помощью приема наркотических веществ.

Многие отечественные исследователи считают, что у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, часто встречается неустойчивый тип акцентуаций характера (А.Ф. Радченко, 1989; А.Е. Личко, 1991). Этот тип наиболее предрасположен к наркотическому поведению и характеризуется отсутствием устойчивых интересов. Такие подростки зависят от окружения и не имеют устойчивого собственного мнения. В то же время они подвержены скуке, нуждаются в притоке внешней стимуляции, но бывают неспособными к долгим и целенаправленным усилиям, а прием

наркотических препаратов позволяет им непосредственно получить необходимые необычные переживания. Обращает на себя внимание и тот факт, что, как пишут А.Е. Личко и В.С. Битенский (1991), высокий риск начала употребления наркотических веществ не сочетается у неустойчивых подростков с быстрым формированием зависимости от них. У них отчетливо прослеживается длительный период групповой зависимости, прежде чем выявляется индивидуальная.

Отсутствие конкретных интересов, подверженность влиянию других, потребность быть членом какого-нибудь сообщества, выраженное групповое поведение, отмечающиеся у подростков, склонных к злоупотреблению наркотическими веществами, указывают на неустойчивость и нечеткость их Я. Об этом же свидетельствует и несформированность у них Я-концепции. Ведь Я-концепция, имея в своей основе образ собственного тела («физического Я»), формируется путем постепенного осознания собственной идентичности, т.е. отличности от других, и возникновения границ Я (Р. Бернс, 1986).

Устойчивость границ Я определяет способность индивида ориентироваться на собственные представления и ощущения и не идти на поводу у обстоятельств. Операциональным выражением этого качества в психологических экспериментах выступают понятия «когнитивного стиля», «полезависимости-полenezависимости» или «когнитивной дифференцированности» (М.С. Егорова, 1981).

Понятие уровня «полenezависимости» впервые было введено Н.А. Witkin'ом и сначала рассматривалось, как преобладание анализа или синтеза при решении перцептивных задач (цит. по М.С. Егорова, 1981). В последнее время под полenezависимостью понимается способность индивида ориентироваться в ситуации, опираясь на собственные ощущения, а не контекст, в котором она ему предъявляется. Поэтому низкая когнитивная дифференцированность и соответствующая ей полenezависимость приводят к недостаточной представленности и обобщенности в сознании субъекта его телесных функций. По мнению Е.Т. Соколовой (1989; 1991) это приводит к фиксированности самосознания на уровне конкретной телесности и избавляет его от необходимости вербализации и соответственно осознания внутренних конфликтов. На примере больных нервной анорексией и ожирением показано, что искажение у них воспринимаемых размеров тела происходит не только за счет более выраженной субъективной значимости внешности, но и за счет более низкого, чем в норме, уровня психологической дифференцированности, в понятие которой входит и низкая когнитивная дифференцированность.

Нечеткость границ Я приводит этих больных к необходимости прямого воздействия на свое тело (путем доведения себя до истощения или ожирения). Вероятно, что эта же нечеткость границ Я, приводит потребителей наркотиков к невозможности реализации потребности в ощущениях опосредованно, через социальную деятельность. Поэтому они добиваются изменения своего внутреннего состояния путем прямого воздействия на него с помощью наркотиков.

Одним из условий формирования адекватного образа Я и системы взаимоотношений с внешним миром является овладение языком своего тела. Представления о своем теле, своей телесности изменяются на различных этапах онтогенеза. На первых этапах жизни тело является той системой координат, исходя из которой, индивид строит свои взаимоотношения с окружающим миром. По мере развития появляется и другая, внешняя, система координат, представляющая собой культурно-исторический пласт человеческого бытия и начинающая оказывать все большее влияние на внутреннюю. Физиология человека приобретает новое качество и становится культурно-детерминированным и психологически опосредованным феноменом (В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996).

Культурная опосредованность нашей телесности и речевая организация сознания приводят к тому, что внутренние ощущения приобретают знаковую форму и начинают выступать в роли означающего. Представления об интрацептивных ощущениях как семиотической системе помогают объяснить целый ряд явлений, когда качество болезненных и вообще телесных ощущений не совпадает с качеством фактора, кажущегося их причиной (А.Ш. Тхостов, 1993).

Таким образом, мы видим, что неспособность индивида вербально выражать свое состояние, будь то внутренний диалог или словесное описание своих телесных ощущений, может служить основой для формирования различных психопатологических симптомов. Можно предположить, что еще одной из причин употребления наркотиков связано с неспособностью индивида опосредованно, в знаково-символической форме, реализовать потребность в необычных переживаниях.

В 1972 году Р.Е. Sifneos ввел термин «алекситимия», что буквально обозначает: “без слов для чувств”, то есть неспособность отреагировать свои переживания в словах (Алекситимия...,1994). Он описал наблюдавшиеся им особенности пациентов психосоматической клиники, которые выражались в “утилитарном” способе мышления, тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях, обедненной фантазиями жизни, сужении аффективного опыта и, особенно, в трудностях подыскать подходящее слово для описания своих чувств. Близкие особенности

психосоматических пациентов были описаны также в 1963 году P.Marty и De M.M'Uzan (цит. по Н.Д. Былкина,1995). A.Poulsen, вслед за M.Bagby, G.Taylor и L.Atkinson, относит алекситимию к “когнитивно-аффективному стилю, который оказывает влияние на способ приобретения опыта и выражения эмоций у индивидов” (A. Poulsen, 1991).

Алекситимия определяется следующими когнитивно-аффективными особенностями: 1) трудностью в определении (идентификации) и описании собственных чувств; 2) трудностью в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; 3) снижением способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; 4) фокусированием в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях (Алекситимия...,1994). По мнению других авторов, при алекситимии также наблюдаются: тенденция разрешать любые конфликты через действие; детальное описание фактов, событий, физических симптомов, но не возникающих при этом чувств; ригидность и конкретность когнитивного стиля (J.-L. Pardinielli,1993, Н.Д. Семенова,1993). J.-L. Pardinielli (1993) отмечает у алекситимиков также “неспособность ассоциировать визуальные картины, образы, мысли в специфическое эмоциональное состояние”, преобладание поведенческих реакций над вербальными, неспособность “совместить мысли с эмоциональными состояниями». G. Taylor отмечает, что алекситимики “не могут обозначать свои чувства и использовать их как знаки внутренних конфликтов или как ответ на внешнюю ситуацию” (цит. по J.-L. Pardinielli, 1993).

Была выдвинута гипотеза, что алекситимия характерна для психологически незрелых личностей, у которых соматическая реакция заменяет эмоциональный отклик (T.N. Wise et al., 1990). Неспособность алекситимических индивидов регулировать причиняющие им страдания эмоции, может вылиться в усиление физиологических реакций на стрессовые ситуации, создавая тем самым условия, ведущие к развитию психосоматических заболеваний (Алекситимия...,1994). Алекситимия считается рядом авторов личностной особенностью индивидов с психосоматическими расстройствами, а также упоминается как устойчивый феномен, характерный для ряда заболеваний. По мнению Н.Д.Семеновой (1993), “алекситимия предстает в виде некоего психологического симптомокомплекса, проявляющегося на различных уровнях: когнитивном, аффективном и поведенческом”. По мнению Lebovici алекситимик “плохо сознает и еще хуже сообщает о своих чувствах, которые к тому же неверно истолковывает” (P.E. Sinfios, 1983, стр. 42).

В целом для лиц с алекситимией характерно особое сочетание эмоциональных, когнитивных и личностных проявлений. Эмоциональная

сфера этих пациентов отличается слабой дифференцированностью. Они плохо распознают собственные и чужие эмоционального состояния. Когнитивная сфера этих людей отличается недостаточностью воображения, слабостью функции символизации и категоризации в мышлении. Личностный профиль этих пациентов характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что является, по мнению В.В.Николаевой (1993), особенно существенным - недостаточностью функции рефлексии.

Итак, алекситимия изначально понималась как совокупность психологических признаков индивидов, предрасполагающая их к психосоматическим заболеваниям. Однако в последние годы она связывается со все более широким кругом нозологических форм. Данная особенность не является присущей исключительно психосоматическим пациентам. Алекситимические характеристики обнаруживаются у больных раком, у страдающих почечной недостаточностью, у алкоголиков, у лиц с маскированной депрессией, у страдающих ожирением, у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом (Th. N. Wise et al., 1991; Н.Д. Былкина, 1995; A. Poulsen, 1991; A. Thome, 1990). Сходные феномены описаны при посттравматических состояниях, а также при наркоманиях и токсикоманиях (J-L. Pardinielli 1993; A. Thome, 1990; Н.Д. Былкина, 1995). J.-L. Pardinielli отмечает, что некоторые пациенты-алекситимики, подвергшиеся психотравмам или межличностным конфликтам, таким как разрыв отношений, потеря любви или близкого важного успеха, сильно увеличивают свою профессиональную или спортивную активность или осуществляют “оральные действия” (употребление алкоголя, питание, граничащее с булимией), “игровые действия” (игры, предполагающие финансовые вложения), “гедонистические действия” (прием стимуляторов или веществ, изменяющих восприятие самого себя или окружающего) или “сексуальные действия”.

Проявления алекситимии на уровне самосознания характеризуются также неустойчивостью и недифференцированностью самооценки, невозможностью реального прогноза собственной деятельности, неадекватностью целеполагания, неопределенностью представлений о будущем и др. (В.В.Николаева, 1993), что по многим параметрам совпадает с описанием преморбидных черт больных наркоманиями. Разрыв между внутренним и внешним делает невозможной сознательную переработку своего состояния и символическое отреагирование конфликта. Это приводит к разрядке напряжения в импульсивных действиях, психосоматических симптомах или стремлению физически изменить состояние сознания с помощью наркотиков.

Возвращаясь к проблеме рискованного поведения, можно предположить, что алекситимия позволяет субъектам, склонным к употреблению психоактивных веществ, реализовывать потребность в острых ощущениях в знаково-символической форме.

Э.Фромм (1994) указывает на то, что дело не только в наличии или отсутствии возбуждающего стимула, а в качестве самого стимула и в “стимулируемом” индивиде, в его способности продуктивно реагировать на стимулирующее раздражение. Потребность в возбуждении субъективно переживается как скука, и чем “проще” стимул, тем чаще нужно менять его содержание или интенсивность. “Сложные” стимулы не вызывают чувства пресыщения, так как, постоянно изменяясь, заставляют индивида быть активным, ставить новые цели и решать разнообразные задачи, но при этом и сам субъект должен обладать набором определенных внутренних качеств и уметь адаптироваться к меняющейся ситуации. Социальные формы рискованного поведения относятся именно к “сложным” стимулам и поэтому социальные способы удовлетворения потребности в стимуляции не всегда возможны.

P.Dews (1988), рассматривая поведенческий контекст наркомании, считает, что не сам паттерн поведения является в данном случае аномальным, а скорее он попадает под контроль “схемы” с неподходящим способом подкрепления наркотическими веществами. И в таком случае большое значение в профилактике наркоманий и ВИЧ-инфекции приобретает поиск более адекватных путей реализации потребности в стимуляции.

Таким образом, можно предположить связь алекситимии со склонностью к наркотическому поведению и рассматривать ее как один из предикторов наркотизации. В то же время ее можно рассматривать и как источник рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции. A.Thome (1990) связывает алекситимию, как фактор повышенного риска СПИДа, со злоупотреблением токсическими препаратами, и отмечает, что она встречается и у тех, кто имеет множество сексуальных партнеров и отличается компульсивным сексуальным поведением.

Итак, современные условия требуют разработки эффективных методов профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании.

В профилактических программах, используемых в настоящее время, явно недостаточно учитываются психологические механизмы формирования проблемного поведения, а изучение психологических аспектов потребления наркотиков часто ограничивается лишь констатацией тех или иных психопатологических расстройств, наличие которых у других людей не приводит к наркотической зависимости.

Многочисленные литературные данные указывают на наличие у лиц, употребляющих наркотические вещества, стремления к рискованному поведению, и нам представляется целесообразным рассмотреть риск наркотизации и ВИЧ-инфицирования как различные аспекты более общей склонности субъекта к риску и поиску «острых ощущений».

«Поиск ощущений» может проявляться в самых различных формах, и в обществе имеется определенный набор средств отреагирования потребности в острых и необычных переживаниях: через определенные виды деятельности, связанные с риском (спорт, служба в армии и органах правопорядка, экспедиции и т.п.) и в знаково-символической форме (при решении сложных задач, восприятии сложных произведений искусства, чтении захватывающей литературы и т.п.). Однако есть ряд причин, препятствующих этим социальным способам реализации потребности в острых ощущениях. Все социальные способы рискованного поведения предполагают наличие проработанных когнитивных стратегий, поэтому определенные особенности когнитивного стиля потребителей наркотиков могут выступать в роли одного из таких препятствий.

Имеются данные, позволяющие предположить слабую дифференцированность телесного опыта у людей, употребляющих наркотики, выражающуюся в высокой степени полезависимости и алекситимии.

Полезависимость отражает неспособность индивида опираться на свой внутренний опыт в меняющихся внешних условиях, а алекситимия характеризуется трудностями выражения этого опыта знаковыми средствами и осознания его.

Таким образом, эти психологические черты могут ограничивать способности субъекта изменять состояние сознания культурно-опосредованными способами, приводя его к необходимости непосредственно воздействовать на него с помощью наркотиков.

Выдвинутые нами положения мы попытались подтвердить с помощью экспериментально-психологического исследования.

Для изучения проявления склонности к риску больных наркоманией в различных социализированных формах нами была разработана специальная анкета. Для определения сферы проявления «поиска ощущений» был использован адаптированный вариант методики М. Цукермана «Поиск ощущений».

При изучении особенностей уровня полезависимости больных наркоманией мы посчитали целесообразным использовать тест «Спрятанные фигуры» Виткина (вариант А). Этот тест содержит невербальный стимульный материал, что позволяет избежать влияния алекситимии на результаты. Краткость теста позволяет исключить влияние утомления на когнитивные

способности обследуемых больных, подверженных астении в постабстинентном состоянии.

Особенности репрезентации внутреннего опыта и алекситимии мы сочли необходимым исследовать с помощью методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений». Она позволяет определить не только наличие или отсутствие алекситимии, но и измерить объем словаря телесных ощущений испытуемых и семантическую организацию их внутреннего опыта. Это особенно важно, когда речь идет о больных наркоманией, имеющих, несомненно, особенный внутренний опыт.

Экспериментальное исследование психологических факторов риска употребления наркотических веществ и ВИЧ-инфицирования.

В качестве основной экспериментальной группы была выбрана группа больных опийной наркоманией, так как они представляют одну из самых многочисленных групп потребителей наркотиков, а также, благодаря внутривенному введению наркотиков, являются группой риска в отношении ВИЧ-инфекции, составляя наибольший процент ВИЧ-инфицированных наркоманов в настоящее время в России.

В эту группу испытуемых вошли пациенты клиники НИИ наркологии МЗ РФ, находящиеся на стационарном лечении, имеющие синдром зависимости от опиоидов (шифр по МКБ-10 – F11.2) и установленный диагноз II стадии опийной наркомании со средней давностью заболевания - 4,5 года. Больные обследовались после купирования основных проявлений абстинентного синдрома на 7-ой – 10-ый день после госпитализации.

В первую группу сравнения вошли учащиеся 2-3 курсов одного из московских профессиональных училищ. Это связано с тем, что предварительное исследование больных наркоманией показало, что большинство из них имели законченное или незаконченное среднее специальное образование, а первые пробы наркотических веществ наиболее часто осуществлялись в возрасте от 14 до 16 лет (Н.А. Должанская и др., 1997). В то же время испытуемые этой группы не имели диагноза наркотической зависимости.

Вторую группу сравнения составили испытуемые, чья профессиональная деятельность связана с риском. Это были курсанты военных училищ, из них 22 - группа подготовки к борьбе с терроризмом и 25 человек - группа будущих работников пограничных контрольно-пропускных пунктов.

Третья группа сравнения «здоровые» являлась контрольной. В нее вошли испытуемые с различным уровнем образования (среднее, неполное высшее и высшее), не злоупотребляющие наркотическими веществами. Все группы были однородны по полу.

Подробная характеристика групп представлена в Таблице 4.

Таблица 4

Группы испытуемых

| Группа | Количество (чел.) | Пол | Средний возраст |
|---|-------------------|------|-----------------|
| ОСНОВНАЯ ГРУППА– больные опийной наркоманией | 85 | Муж. | 21.07±0.73 |
| 1 ГРУППА СРАВНЕНИЯ – учащиеся профессионального училища | 124 | Муж. | 17.09±0.15 |
| 2 ГРУППА СРАВНЕНИЯ – учащиеся военных училища | 47 | Муж. | 20.34±0.13 |
| 3 ГРУППА СРАВНЕНИЯ – контрольная группа «здоровые» | 74 | Муж. | 23.47±0.38 |

Методы исследования

1. Для предварительной проверки предположения о том, больные наркоманией склонны к различным типам рискованного поведения, в том числе и риску в отношении ВИЧ-инфекции, была составлена специальная анкета.

Анкета включала в себя 173 пункта и подразделяется на следующие информационные блоки:

- Демографический (данные о семейном положении, социальном статусе);
- Медицинский (сведения о состоянии здоровья);
- Стиль поведения (склонность к различным видам рискованного поведения);
- Наркотики (данные о наркотическом поведении и употребляемых веществах);
- ВИЧ-инфекция (информированность о ВИЧ-инфекции, наркотическое и сексуальное поведение, связанные с риском ВИЧ-инфицирования).
- СМИ (предпочитаемые средства массовой информации).

2. Для изучения потребности в острых ощущениях была использована методика «поиска ощущений».

Опросник является русской версией польской модификации теста М.Цукермана "Sensation Seeking Scale" ("Шкала поиска ощущений") (авторы адаптации В.В.Гульдман и А.М.Корсун) (1990). Польская модификация теста включает, помимо пяти шкал оригинала, дополнительную шкалу "Г" - потребность в интеллектуально-познавательной стимуляции (Z. Tonerplitz, 1977). Методика предназначена для измерения потребности человека в поиске новых ощущений и впечатлений, которая, по мнению М.Цукермана, является побудителем к тому или иному виду деятельности. Степень выраженности данной потребности у индивида тесно связана с субъективной склонностью к риску (M. Zuckerman, 1975). Опросник включает в себя 68 пар утверждений. Испытуемый из каждой пары должен выбрать одно утверждение, наиболее соответствующее его личным предпочтениям.

1. G - GENERAL SCALE "Общая потребность в стимуляции". Высокие значения по этой шкале характеризуют испытуемых, как индивидов с высокой потребностью в новых и сложных переживаниях и ощущениях. Они имеют тенденцию к импульсивным действиям, экспрессии и эмоциональности в социальных контактах. Потребность в стимуляции иногда является причиной употребления наркотиков и алкоголя, толкает людей на занятия рискованными видами спорта, участие в необычных экспериментах. Эти люди нередко пренебрегают или недооценивают последствия своих действий. Оптимальной для них является среда, обеспечивающая им индивидуальную свободу или автономию.
2. TAS - THRILL AND ADVENTURE SEEKING "Шкала поиска впечатлений и приключений". Высокие значения по этой шкале имеют лица, склонные к риску в условиях угрозы физической опасности. Это люди, которых обычно называют "любителями острых ощущений". По-другому эту шкалу можно назвать шкалой физического риска.
3. ES - EXPERIENCE SEEKING "Шкала поиска нового опыта". Высокие оценки по этой шкале отражают стремление получать новые переживания и ощущения через впечатления, которые дают искусство, музыка, путешествия, смена места жительства и социального окружения. В эту группу попадают лица, ведущие нонконформистский образ жизни или проявляющие активный интерес к подобному образу жизни.
4. DIS - DISINHIBITION "Шкала социальной расторможенности". Отражает потребность в несдержанном поведении в социальной сфере (133). Индивидуумы с высокими показателями по этой шкале характеризуются постоянным стремлением разнообразить свою социальную жизнь. Они нередко нарушают существующие в обществе моральные запреты. Эти люди испытывают потребность в новом и необычном опыте, способном повысить уровень возбуждения, и часто используют для этого различные

стимуляторы (в том числе алкоголь и наркотики). Эта шкала оценивает поведение индивидуума с точки зрения принятия его обществом и связана с некоторыми формами делинквентного поведения.

5. BS - BOREDOM SUSCEPTIBILITY "Шкала чувствительности к скуке". Индивидуумы с высокими значениями по этой шкале испытывают отвращение к повторяющемуся опыту любого типа и проявляют крайнее напряжение и нетерпение в условиях, когда такого постоянства невозможно избежать. Для них необходим постоянный приток новой информации, знакомства с новыми людьми. Эти люди плохо переносят монотонность в деятельности.

6. I - INTELLECTUAL STIMULATION - "Шкала потребности в интеллектуальной стимуляции". Высокие значения по этой шкале имеют лица, испытывающие потребность в постоянной "подпитке" своей интеллектуальной деятельности новой информацией. Пути получения информации индивидуальны и зависят от личностных особенностей.

В данном исследовании испытуемым предъявлялся список пар утверждений, где в каждой паре нужно было выбрать утверждение, наиболее соответствующее его поведению. Утверждения каждой пары относились к различным видам поиска ощущений, или были нейтральными. На основании ответов испытуемого подсчитывался средний балл, отражающий степень выраженности данного вида «поиска ощущений». Анализировались групповые результаты.

3. Для исследования алекситимии была использована методика "Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений". Она представляет собой вариант методики "Классификация ощущений" А.Ш.Тхостова (1991).

Выбор этой методики был обусловлен тем, что имеющиеся в настоящее время методы измерения алекситимии представляют собой в основном либо различные варианты самоотчета испытуемых, либо модифицированные проективные тесты. Эти методы справедливо, на наш взгляд критикуются. Проективные техники исследования требуют больших временных затрат, подвержены влиянию ситуации исследования, а их результаты и процедура исследования трудно поддаются унификации и стандартизации; методы же, основанные на самоотчете испытуемого, требуют от него рефлексии своего состояния и выражения его словами, что для алекситимиков как раз и является затруднительным (А.Ш.Тхостов, 1991). Кроме того, алекситимия, как затруднения в описании внутреннего опыта из-за ограниченности знаково-символических средств, является, на наш взгляд, лишь одним из возможных случаев недостаточности рефлексии. Возможен также и «диффузный» вариант алекситимии, характеризующийся

недостаточной структурированностью внутреннего опыта и выражающийся в затруднении при выборе нужных средств.

В методике "Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений" всем испытуемым предлагается стандартный список слов, из которых они выбирают слова, подходящие для описания внутренних телесных ощущений.

Результаты теста позволяют определить как объем словаря интрацептивных ощущений, так и способность испытуемого дифференцировать свой внутренний опыт, подбирая для его описания адекватные слова. Таким образом, можно судить о наличии или отсутствии у испытуемого трудностей рефлексии внутреннего опыта.

Процедура тестирования в нашем исследовании заключалась в том, что испытуемому предлагался набор из 80 слов, из которых он должен был выбрать подходящие для описания внутренних телесных ощущений; далее из выбранных слов испытуемый подбирал подходящие для ощущений, которые ему самому доводилось переживать. После этого он отбирал слова, соответствующие наиболее важным и значимым для него ощущениям, а также которые описывают болезненные ощущение. Из слов, соответствующих болезненным ощущениям испытуемый выбирал те, которые описывают опасные, угрожающие здоровью ощущения и те, которые часто встречаются. Всего, таким образом, каждый испытуемый выполнял 6 заданий (или этапов) теста, выбирая соответственно:

- 1) Слова, подходящие для описания внутренних телесных ощущений;
- 2) Слова для ощущений, которые испытуемый переживал сам;
- 3) Слова для важных, значимых ощущений из тех, которые сам переживал;
- 4) Слова, описывающие опасные, угрожающие здоровью;
- 5) Слова для часто встречающихся ощущений;
- 6) Слова для болезненных ощущений.

(Список дескрипторов и бланк для ответов приводятся в Приложении 2).

Степень выраженности алекситимии определялась количеством выбранных слов в каждом задании.

Анализировалась также частота встречаемости того или иного слова на разных этапах выполнения задания в разных группах.

4. Для изучения уровня когнитивной дифференцированности («полнезависимости») был использован краткий вариант «А» теста "Спрятанные фигуры" Г.Виткина (Н.А. Witkin, 1954). Использование этого варианта было обусловлено сниженной работоспособностью больных наркоманией, находившихся в постабстинентном состоянии. Все обследование включало в себя заполнение анкеты и выполнение других методик, что отнимало у испытуемых много времени и требовало от них длительного сосредоточения. Поэтому данная методика предъявлялась

большим наркоманией в самом начале работы и небольшое количество стимульного материала в этом варианте позволяло, на наш взгляд, избежать влияния утомления на результаты выполнения теста.

Задача испытуемого в данной методике заключается в том, что он должен найти простые геометрические фигуры, образующие часть более сложного узора. Полнезависимые субъекты легко выполняют это задание, полнезависимым требуется более длительное время.

В настоящем исследовании испытуемому предъявлялась фигура-образец (шестиугольный контур) с просьбой запомнить ее по форме и по размеру. Затем ему последовательно предъявлялись пять изображений, в каждом из которых этот образец был "спрятан". Испытуемый должен был найти в каждом изображении запомненную фигуру. На поиск в каждом предъявлении отводилось пять минут времени.

По всем пяти предъявлениям вычислялось среднее время, затраченное на поиск образца. Это время и рассматривалось как показатель степени полнезависимости испытуемого.

5. Больные опийной наркоманией (основная группа испытуемых) в момент обследования могли быть подвержены остаточному действию абстинентного синдрома. Это состояние нередко сопровождается различного рода психопатологическими симптомами, что в свою очередь может исказить результаты тестирования. Поэтому для контроля степени выраженности психопатологической симптоматики в основной группе испытуемых и группах сравнения использовалась методика SCL-90.

SCL-90 - клиническая шкала самоотчета, разработанная L.R.Derogatis et al. (1975). Она ориентирована на определение симптоматического поведения амбулаторных психически больных как в клинической, так и в исследовательской ситуациях. Однако высокая чувствительность шкалы в отношении статуса и терапевтической динамики состояния пациентов позволяет ее использовать в работе и со стационарными больными (Э.С. Паравян, Г.С. Атанесян, 1992). Результат обследования этой шкалой "отражает симптоматическую конфигурацию обследуемого" (Э.С. Паравян, Г.С. Атанесян, 1992), что представляется ценным для исследований в смежных с психиатрией областях.

SCL-90 состоит из 90 пунктов, каждый из которых оценивается по пятибалльной системе ранжирования выраженности симптома от "несколько" до "крайне". Эти пункты позволяют определить выраженность 9 параметров первостепенной важности, которые составляют основу большинства поведенческих симптомов среди амбулаторных психически больных. Каждый параметр содержит не менее 6

пунктов. Небольшое количество пунктов шкалы SCL-90 не включены в 9 ведущих параметров и выделены отдельно в дополнительную группу. Ниже приводятся основные параметры шкалы и дополнительные пункты.

Основные параметры шкалы:

1. СОМАТИЗАЦИЯ (Somatization). Пункты, охватывающие этот параметр, отражают беспокойство, возникающее от осознания нарушений функций тела. Параметр содержит жалобы на сердечно-сосудистую, желудочно-кишечную, дыхательную и др. системы. В случае исключения органической основы жалоб, регистрируются разнообразные соматоформные расстройства.
2. ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНЫЙ ПАРАМЕТР (Obsessive-Compulsive). Ядром данного параметра является одноименный клинический синдром, в основе которого лежат навязчивые мысли и действия. Параметр включает пункты, указывающие на повторяемость и нежелательность этих явлений.
3. ИНТЕРПЕРСОНАЛЬНАЯ СЕНСИТИВНОСТЬ (Interpersonal Sensitivity). Симптомы, составляющие основу этого фактора, сконцентрированы на чувствах личной неадекватности и неполноценности. Фактор включает пункты, отражающие самоосуждение, чувство неловкости и выраженного дискомфорта при межличностном взаимодействии. Отражает склонность к рефлексии и пониженную самооценку с отрицательными ожиданиями.
4. ДЕПРЕССИЯ (Depression). Пункты, относящиеся к параметру депрессии, отражают широкий круг обстоятельств, сопутствующих клиническому депрессивному синдрому. Параметр также включает пункты, связанные с идеей самоубийства, чувствами безнадежности и бесполезности.
5. ТРЕВОГА (Anxiety). К параметру "тревога" относится группа симптомов и реакций, которые обычно клинически связываются с очевидной (явной) тревогой, отражающей чувство гнетущего беспричинного внутреннего беспокойства. Основой данного параметра является ощущение нервозности, нетерпеливости и внутреннего напряжения.
6. ВРАЖДЕБНОСТЬ (Anger-Hostility). Данный параметр формируется из трех категорий враждебного поведения: мысли, чувства и действия. Основой для включения параметра "враждебность" в SCL-90 послужила важность данного компонента шкалы в различных клинических решениях, принимаемых в отношении психически больных.
7. ФОБИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА (Phobic Anxiety). Пункты, охватывающие этот параметр, отражают страхи, связанные с путешествиями, открытыми пространствами, пребыванием в толпе, общественными местами, транспортом и т.д., а также фобические реакции социального характера.

8. ПАРАНОИДНОЕ МЫШЛЕНИЕ (Paranoid Ideation). Параметр включает пункты, направленные на выявление нарушений рассудочной деятельности.
9. ПСИХОТИЦИЗМ (Psychoticism). Основой данного параметра являются пункты, отражающие шизофренические симптомы первого ранга К.Шнайдера: слуховые галлюцинации, отчуждение мыслей и др.

В данном исследовании испытуемым предлагался бланк со списком симптомов, где нужно было отметить, в какой степени симптом их беспокоит. Шкала для ответов содержала следующие параметры:

- (0) нисколько;
- (1) слегка;
- (2) умеренно;
- (3) очень;
- (4) крайне.

При обработке результатов вычислялся средний балл по каждому из 9 основных параметров шкалы, а также общий средний балл (GSI). Проводился сравнительный анализ по различным группам испытуемых.

Все полученные в исследовании данные были обработаны с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS, версия 7.0 и системы количественного и качественного анализа анкетных данных - DA-система версия 4.0. Были использованы параметрические и непараметрические методы дескриптивной статистики и факторный анализ.

Оценка выраженности психопатологических симптомов у больных опийной наркоманией.

С целью контроля возможных постабстинентных психопатологических расстройств у больных наркоманией, которые могли бы оказать существенное влияние на результаты, полученные по другим методикам, клинической шкалой самоотчета (SCL-90) было обследовано 76 больных опийной наркоманией и 74 человека контрольной группы (группа «здоровые»). Также были обследованы две группы сравнения - 47 учащихся военного училища и 16 учащихся ПТУ.

Полученные результаты показали, что в группе больных наркоманией средние значения по всем шкалам методики выше, чем в остальных обследованных группах (Таблица 5).

Достоверность различий средних значений по всем шкалам методики на уровне $p=0,05$ определяется для группы больных наркоманией, группы здоровых и группы учащихся военного училища.

При сравнении больных наркоманией с группой учащихся ПТУ нет статистически значимых различий по шкалам “интерперсональная сенситивность” и “депрессия”.

На Рисунке 3 можно видеть, что наименьшие значения по всем шкалам имеют учащиеся военного училища, а наиболее близкие к показателям больных наркоманией – учащиеся ПТУ.

Таблица 5

Сравнительные данные по методике «SCL-90» по группам больных наркоманией, здоровых, учащихся ПТУ и военного училища

| Шкалы | Больные наркоманией | | Здоровые | | Учащиеся ПТУ | | Учащиеся военного училища | |
|--|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение |
| Соматизация | 0,99±7,00 | 0,61 | 0,29±0,04 | 0,37 | 0,57±0,11 | 0,46 | 0,16±0,03 | 0,22 |
| Обсессивно-компульсивный параметр | 1,24±7,30 | 0,64 | 0,45±0,05 | 0,47 | 0,87±1,49 | 0,60 | 0,30±0,05 | 0,33 |
| Интерперсональная сенситивность | 1,13±8,30 | 0,73 | 0,43±0,06 | 0,51 | 0,83±0,19 | 0,76 | 0,29±0,05 | 0,30 |
| Депрессия | 1,34±7,60 | 0,67 | 0,36±0,05 | 0,46 | 0,74±0,16 | 0,66 | 0,21±0,04 | 0,24 |
| Тревога | 1,08±7,40 | 0,65 | 0,32±0,04 | 0,36 | 0,56±0,11 | 0,45 | 0,21±0,04 | 0,30 |
| Враждебность | 1,35±8,30 | 0,73 | 0,48±0,06 | 0,48 | 0,63±0,12 | 0,46 | 0,35±0,05 | 0,37 |
| Фобическая тревога | 0,66±7,70 | 0,65 | 0,14±0,003 | 0,28 | 0,33±0,11 | 0,46 | 0,06±0,01 | 0,13 |
| Параноидное мышление | 1,24±7,78 | 0,68 | 0,40±0,06 | 0,48 | 0,71±0,16 | 0,63 | 0,27±0,05 | 0,34 |
| Психотицизм | 1,1±8,20 | 0,71 | 0,30±0,05 | 0,45 | 0,61±0,10 | 0,60 | 0,16±0,04 | 0,29 |
| Общая шкала | 1,04±5,90 | 0,51 | 0,33±0,04 | 0,33 | 0,62±0,10 | 0,41 | 0,21±0,03 | 0,21 |

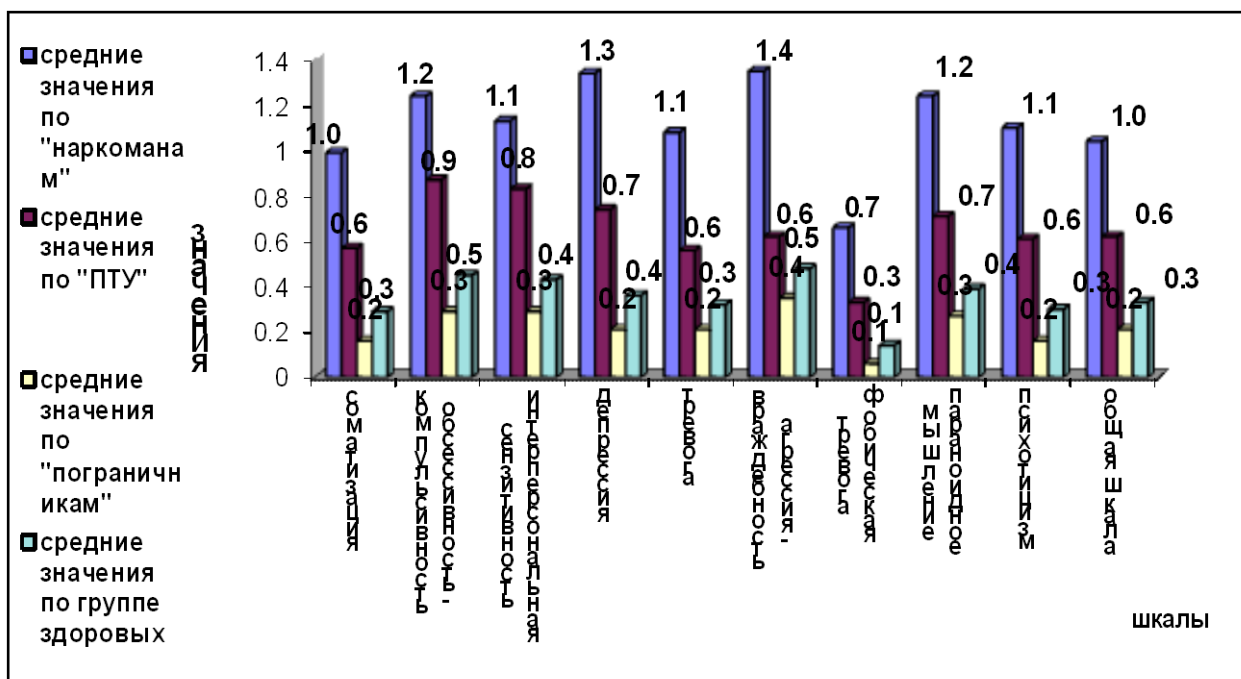


Рисунок 3. Среднегрупповые значения по шкале самоотчета

Таким образом, учащиеся ПТУ по психопатологическим характеристикам значительно ближе к больным наркоманией, чем студенты военного училища. Наибольшее сходство между учащимися ПТУ и потребителями наркотиков наблюдается по шкалам “интерперсональная чувствительность” и “депрессия”.

Однако в целом надо заметить, что у больных наркоманией ни один средний показатель по какой-либо шкале не превышает 1,5 баллов. Это означает, что уровень выраженности психопатологических симптомов у представителей данной группы не достигает значения «умеренно» и находится в пределах слабой выраженности. Это позволяет нам сделать вывод о том, что возможные постабстинентные расстройства, если и могли оказать влияние на работоспособность испытуемых данной группы, то оно незначительно. Таким образом, результаты, полученные по другим методикам, могут быть вполне сопоставимы с результатами, полученными в других группах испытуемых.

Изучение видов рискованного поведения и представлений о ВИЧ-инфекции и способах ее профилактики.

Результаты анкетирования

По специальной анкете было опрошено 124 учащихся 2-3 курсов профессионального училища и 43 больных опийной наркоманией – пациентов клиники НИИ наркологии.

Для того чтобы иметь определенную уверенность в валидности полученных данных, опрос проводился анонимно и добровольно. Кроме того, если респонденты считали невозможным дать искренний ответ на тот или иной вопрос, им было предложено не отвечать на него совсем.

В целом отсутствие данных по большинству вопросов не превышает в среднем 20%, хотя в некоторых случаях принимает и большие значения. Данные опроса приводятся в процентах, рассчитанных от количества ответивших на данный вопрос.

Для удобства анализа полученные результаты были сгруппированы в следующие разделы:

- Демографический (данные о семейном положении, социальном статусе);
- Медицинский (сведения о состоянии здоровья);
- Стиль поведения (склонность к различным видам рискованного поведения);
- Наркотики (данные о наркотическом поведении и употребляемых веществах);
- ВИЧ-инфекция (информированность о ВИЧ-инфекции, наркотическое и сексуальное поведение, связанные с риском ВИЧ-инфицирования).
- СМИ (предпочитаемые средства массовой информации).

Раздел СМИ включен в анкету с целью изучения возможности проведения профилактических кампаний в средствах массовой информации.

Статистическая проверка полученных распределений результатов с помощью критерия Колмогорова-Смирнова показала, что в обеих группах получены нормальные распределения по всем пунктам. Поэтому для установления статистической достоверности различий между группами использовался параметрический метод Independent Samples Test из пакета прикладных статистических программ SPSS 7.0, в основе которого лежит проверка гипотезы о равенстве дисперсий критерием Левена.

Демографические сведения об опрошенных.

Результаты анкетирования, полученные по данному разделу, показали, что у большинства опрошенных в обеих группах имеются мать и отец, братья или сестры, и родители всегда живут вместе. Около половины респондентов отмечают наличие конфликтных отношений между родителями.

Большинство участников опроса выросли в городских условиях, проживают со своими родителями, имеют примерно одинаковые жилищные условия и не меняли место жительства за последние 5 лет.

Что касается социального статуса опрошенных, то 5,65% учащихся ПТУ, кроме учебы имеют постоянную или временную работу. Среди больных наркоманией имеют постоянную работу 19,51%; 14,64% учатся в различных учебных заведениях. Остальные или не имеют постоянной работы, или не работают совсем.

В целом, по данному разделу анкеты обе группы достаточно однородны, а полученные по некоторым пунктам статистически значимые различия между ними объяснимы небольшой разницей в возрасте учащихся ПТУ и больных наркоманией.

Медицинские сведения об опрошенных.

Собранные сведения о здоровье респондентов показали статистически достоверные различия между группами по этим вопросам. Так, учащиеся ПТУ, по сравнению с больными наркоманией, больше указывали на частые болезни как в детстве (38,9% и 17,5% соответственно), так и во взрослом возрасте (12,1% и 2,6%). Однако, среди больных наркоманией чаще, чем среди учащихся ПТУ, наблюдались длительные госпитализации в детстве (20% и 9,73% соответственно) и домашнее стационарирование (17,14% и 7,08%).

Больные наркоманией были больше подвержены тяжелым соматическим заболеваниям (см. Таблицу 6).

Из таблицы видно, что для больных наркоманией характерны инфекции, связанные с потреблением наркотиков и передаваемые парентеральным путем (т.е. гепатиты), а также пневмонии и туберкулез, которые могут выступать в качестве оппортунистических инфекций при ВИЧ-инфекции.

На наличие психопатологических или неврологических расстройств также достоверно больше указывали больные наркоманией, чем учащиеся ПТУ (71,43% и 42,22% соответственно). Подробные данные указаны в Таблице 7.

Учащиеся ПТУ наиболее часто отмечали бессонницу, а больные наркоманией – нарушения поведения. Под нарушениями поведения имелись

в виду конфликты в школе со сверстниками и учителями, побеги из дома, бродяжничество и т.п.

Таблица 6³

Тяжелые соматические заболевания, перенесенные учащимися ПТУ и больными наркоманией (в %)

| Соматическое заболевание | Учащиеся ПТУ | Больные наркоманией |
|--------------------------------|--------------|---------------------|
| Диабет | 1,16 | 2,50 |
| Судорожные припадки | 1,16 | 2,50 |
| Пневмонии* | 2,33 | 20,00 |
| Туберкулез | 0,00 | 5,00 |
| Гепатит В | 0,00 | 5,00 |
| Гепатит С | 0,00 | 5,00 |
| Гепатит неизвестной этиологии* | 1,16 | 27,50 |
| Другие заболевания | 12,79 | 7,50 |
| Ничем не болел | 79,07 | 35,00 |
| Нет данных | 2,33 | 0,00 |

Таблица 7

Психопатологические или неврологические расстройства, которыми страдали учащиеся ПТУ и больные наркоманией (в %)

| Характер расстройства | Учащиеся ПТУ | Больные наркоманией |
|-----------------------|--------------|---------------------|
| Бессонница | 21,11 | 14,29 |
| Тревога | 8,89 | 9,52 |
| Депрессия* | 8,89 | 28,57 |
| Расстройства питания | 5,56 | 2,38 |
| Расстройства речи | 3,33 | 2,38 |
| Нарушения поведения* | 11,11 | 50,00 |
| Не было никаких* | 56,67 | 26,19 |
| Нет данных | 1,11 | 2,38 |

³ Здесь и далее звездочкой (*) обозначены статистически значимые различия между группами; уровень значимости: $p=0,05$

Стиль поведения (рискованное поведение).

Рискованное поведение в данной анкете было рассмотрено в различных сферах жизни и деятельности респондентов. Условно все ответы испытуемых были разбиты на следующие категории:

- образ жизни;
- азартные игры и отношение к деньгам;
- физический риск;
- несчастные случаи;
- социальный риск.

Образ жизни.

Этот раздел содержит информацию, касающуюся потребности разнообразить свою повседневную жизнь путем смены окружающей обстановки, через многочисленные знакомства и участие в различных мероприятиях. Данные по этому разделу представлены в Таблице 8.

Практически по всем пунктам данного раздела получены значимые различия между группами.

Больные наркоманией больше, чем учащиеся ПТУ, предпочитают божемный образ жизни, они больше путешествуют, больше склонны участвовать в мероприятиях, отражающих определенные социальные настроения (митинги, демонстрации и т.п.). В то же время учащимся ПТУ в большей мере, чем больным наркоманией свойственны различные формы организованного досуга (спорт, рыбалка, совместные праздники и др.).

Таким образом, можно видеть, что образ жизни больных наркоманией, по сравнению с учащимися ПТУ, носит менее структурированный и организованный характер, у них нет стандартных, организованных форм досуга. Виды досуга, которые они предпочитают, не связаны с выполнением какой-либо деятельности.

Азартные игры и отношение к деньгам.

Данные по этому разделу анкеты приведены в Таблице 9.

Почти по всем пунктам данного раздела получены статистически достоверные различия между группами.

Больные наркоманией больше имеют долгов и больше тратят деньги, чем учащиеся ПТУ. В то же время получение острых ощущений через азартные игры и посещение платных спортивных мероприятий для них менее характерно.

Эти результаты отражают на наш взгляд ту же тенденцию, которая наблюдалась в предыдущем разделе. Любая игра, в том числе азартная, кроме того, что она позволяет получить «острые» ощущения, предполагает еще и выполнения вполне определенной деятельности. И мы видим, что больные

наркоманией, меньше, чем представители группы сравнения, вовлекаются в подобные виды деятельности.

Таблица 8

Данные анкетного опроса больных наркоманией и учащихся ПТУ, касающиеся образа жизни как поиска ощущений (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | | Учащиеся ПТУ | |
|---|---------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | Да (часто) | Бывает (иногда) | Да (часто) | Бывает (иногда) |
| Любит богемный образ жизни* | 31.58 | 21.05 | 22.09 | 12.76 |
| Часто участвует в праздниках* | 10.53 | 52.63 | 43.56 | 38.61 |
| Ходил на митинги, демонстрации и др.* | 5.26 | 31.58 | 3.09 | 19.59 |
| Часто путешествует* | 57.89 | | 35.92 | |
| Совершает далекие путешествия* | 21.05 | 52.63 | 16.00 | 19.00 |
| Любит ездить автостопом* | 21.05 | 21.05 | 21.65 | 16.49 |
| Во время досуга использует рыболовные снасти* | 2.70 | 21.62 | 27.18 | 38.83 |
| Во время досуга использует охотничье ружье | 0.00 | 13.89 | 18.81 | 12.87 |
| Во время досуга использует велосипед* | 0.00 | 13.89 | 36.27 | 39.22 |
| Во время досуга использует музыкальные инструменты* | 13.16 | 18.42 | 19.56 | 22.68 |
| Во время досуга использует инструменты для поделок* | 5.41 | 13.51 | 17.35 | 34.69 |
| Во время досуга использует Спортивный инвентарь* | 2.63 | 42.11 | 33.00 | 44.00 |
| Во время досуга играет в групповые игры* | 2.78 | 8.33 | 37.86 | 31.07 |

Таблица 9

Данные анкетного опроса больных наркоманией и учащихся ПТУ по вопросам, касающимся азартных игр и отношения к деньгам (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | | Учащиеся ПТУ | |
|--|---------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | Да (часто) | Бывает (иногда) | Да (часто) | Бывает (иногда) |
| Любит азартные игры* | 31.53 | 21.05 | 60.40 | 22.77 |
| Играет на деньги | 47.37 | | 47.52 | |
| Ходит на платные спортивные мероприятия* | 21.05 | | 32.67 | |
| Много долгов* | 26.32 | | 4.95 | |
| Деньги жгут руки | 36.84 | | 40.00 | |
| Тратит больше, чем есть* | 26.32 | 56.63 | 25.00 | 22.00 |

Физический риск

В Таблице 10 представлены результаты опроса по этому разделу анкеты.

По всем пунктам данного раздела получены статистически достоверные различия между группами респондентов.

Из таблицы видно, что больные наркоманией в большей мере испытывают потребность в движении, чем учащиеся ПТУ. В то же время они больше склонны реализовывать эту потребность в таких рискованных действиях как прыжки с парашютом, и меньше - в спортивной борьбе.

Итак, у больных наркоманией есть явная потребность в активности. Но эта активность не имеет каких-либо конкретных, структурированных форм. Хотя они и любят прыгать с парашютом и на батуте, боевые виды спорта, предполагающие подчинение определенному набору правил, уже не вызывают у них такого интереса.

Таблица 10

Данные анкетного опроса учащихся ПТУ и больных наркоманией по вопросам, касающимся физического риска (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | | Учащиеся ПТУ | |
|---|---------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | Да (часто) | Бывает (иногда) | Да (часто) | Бывает (иногда) |
| Любит боевые виды спорта* | 47.37 | 21.05 | 75.49 | 15.69 |
| Хочется прыгать на батуте, с парашютом* | 42.11 | 26.32 | 50.00 | 11.00 |
| Любит быструю езду* | 88.89 | | 92.23 | |
| Невыносимо не двигаться* | 84.21 | | 62.24 | |

Несчастные случаи.

Данные, полученные по этому разделу, приведены в Таблице 11.

По всем пунктам данного раздела получены статистически достоверные различия между группами. Больные наркоманией достоверно чаще оказывались жертвами дорожных происшествий, несчастных случаев на работе и передозировок лекарственных средств или наркотиков. Они чаще обжигаются и указывают на большее количество суицидных попыток.

Таблица 11

Данные анкетного опроса больных наркоманией и учащихся ПТУ по вопросам, касающимся несчастных случаев (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | Учащиеся ПТУ |
|---|---------------------|--------------|
| Был жертвой дорожного происшествия* | 40.00 | 10.87 |
| Был жертвой несчастного случая на работе* | 7.89 | 6.14 |
| Была попытка самоубийства* | 10.53 | 5.62 |
| Была передозировка лекарств или наркотиков* | 36.84 | 5.81 |
| Часто обжигается* | 33.36 | 21.33 |

В целом, данные этого раздела указывают на то, что тенденция к попаданию в опасные ситуации у больных наркоманией выражена больше, чем у учащихся ПТУ.

Сопоставляя полученные данные с результатами предыдущих разделов, можно предположить, что неспособность больных наркоманией

реализовывать потребность в активности в конкретных видах деятельности приводит к тому, что они становятся подверженными различным случайным происшествиям.

Социальный риск.

Данные этого раздела анкеты отражают склонность к рискованному поведению в социальной сфере (столкновения с органами правопорядка, конфликтные отношения с окружающими и т.п.). Результаты опроса по этому блоку вопросов представлены в Таблице 12.

В основном по все пунктам данного раздела были получены статистически достоверные различия между группами опрошенных. Из таблицы видно, что практически по всем видам рискованного социального поведения больные наркоманией значительно превосходят учащихся ПТУ. В сфере межличностных контактов они легко знакомятся с первым встречным, им нравится шокировать окружающих своей речью и внешним видом.

В области нарушений правопорядка они предпочитают ездить зайцем, легко могут оказаться за рулем в нетрезвом виде и подвергались различного рода судебным разбирательствам. Около трети из них были в заключении или имели приводы в милицию.

Несомненно, что больные наркоманией больше подвержены социальному риску, чем группа сравнения. Им явно свойственна социальная расторможенность.

Таблица 12

Данные анкетного опроса больных наркоманией и учащихся ПТУ по вопросам, касающимся социального риска (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | | Учащиеся ПТУ | |
|--|---------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | Да (часто) | Бывает (иногда) | Да (часто) | Бывает (иногда) |
| Может провоцирующе выглядеть* | 31.58 | 47.37 | 31.87 | 23.08 |
| Нравится шокировать своей речью* | 26.32 | 42.11 | 34.02 | 30.93 |
| Уступает дорогу* | 89.47 | 10.53 | 55.67 | 44.33 |
| Знакомится с первым встречным* | 63.16 | | 39.39 | |
| Ездит зайцем* | 94.74 | | 84.76 | |
| Может оказаться за рулем в нетрезвом виде* | 84.21 | | 32.98 | |
| Повергался судебным разбирательствам* | 73.17 | | 12.50 | |
| Был в заключении или имел приводы в милицию* | 30.77 | | 4.95 | |

По всему разделу анкеты, касающемуся рискованного поведения, можно отметить, что из различных способов получения острых ощущений наиболее характерными для больных наркоманией являются сфера социального поведения и божественный, неупорядоченный образ жизни.

Они не очень любят спортивные игры и мероприятия, не увлекаются азартными играми, не участвуют в различных праздниках и т.п. Таким образом, несмотря на явную потребность в активности они не имеют стандартных социализированных способов ее реализации в какой-либо деятельности.

Наркотики.

Поскольку мы рассматриваем группу учащихся ПТУ как группу сравнения с больными опийной наркоманией, то нас интересовал уровень потребления подростками наркотических веществ. Также нас интересовало, какие вещества они начинают пробовать первыми, есть ли различия по сравнению с больными наркоманией, которые были вовлечены в потребление наркотиков несколькими годами раньше.

Сравнительные данные по спектру впервые попробованных подростками и больными наркоманией психоактивных веществ и уровню их употребления представлены в Таблице 13.

Результаты опроса показали, что только 22% учащихся ПТУ не пробовали никаких психоактивных веществ (кроме табака). Остальные же знакомы с весьма широким спектром веществ, употребляемых per os, ингаляционным путем и, что самое опасное, с точки зрения распространения ВИЧ-инфекции, вводимых внутривенно.

Особое внимание хочется обратить на то, что кроме таких традиционных для нашей страны наркотических веществ, как кустарно изготовленные препараты конопли, опия сырца, эфедрон и первитин, подросткам знакомы и наркотики, попадающие к нам в последние годы из-за рубежа. Это - героин, кокаин, ЛСД, экстази и др. Среди больных наркоманией, которые пробовали наркотики на несколько лет раньше, спектр попробованных впервые веществ значительно уже.

В целом картина используемых подростками психоактивных веществ следующая: наибольшее количество опрошенных попробовали на момент опроса алкоголь - 70,8% и коноплю - 35,9%. Только алкоголь употребляют лишь 28,3% учащихся, остальные наряду с ним пробовали от одного до нескольких различных психоактивных веществ.

Достаточно тревожным представляется тот факт, что дорогостоящий, сильный, вызывающий быстрое привыкание наркотик - героин - оказался на третьем месте (16,8%) и потеснил более традиционные и более распространенные ранее среди подростков вещества (клей, растворители, снотворные, транквилизаторы и др.).

Таблица 13

Сравнительные данные по впервые попробованным наркотическим веществам в группах учащихся ПТУ и больных наркоманией (в %)

| Наркотическое вещество | Учащиеся ПТУ | Больные наркоманией | Вся выборка |
|-----------------------------|--------------|---------------------|-------------|
| Героин | 16.30 | 2.33 | 11.85 |
| Морфий, др. опиаты | 3.26 | 46.51 | 17.04 |
| Производные кодеина | 3.26 | 0.00 | 2.22 |
| Эфедрон | 5.43 | 9.30 | 6.67 |
| Первитин | 4.35 | 20.93 | 9.63 |
| Кофеин | 5.43 | 0.00 | 3.70 |
| Амфетамин и др. стимуляторы | 4.35 | 0.00 | 2.96 |
| Барбитураты | 4.35 | 0.00 | 2.96 |
| Другие снотворные | 9.78 | 4.65 | 8.15 |
| Транквилизаторы | 6.52 | 2.33 | 5.19 |
| Эфир | 4.35 | 0.00 | 2.96 |
| Трихлорэтилен | 2.17 | 0.00 | 1.48 |
| Клей | 10.87 | 2.33 | 8.15 |
| Другие растворители | 4.35 | 2.33 | 3.70 |
| Конопля | 35.87 | 72.09 | 47.41 |
| ЛСД, "кислота" | 3.26 | 4.65 | 3.70 |
| Алкоголь | 70.65 | 72.09 | 71.11 |
| Никакое | 10.87 | 0.00 | 7.41 |
| Табак | 11.96 | 0.00 | 8.15 |
| Паркопан | 2.17 | 0.00 | 1.48 |
| Кетамин | 7.61 | 0.00 | 5.19 |
| Экстази | 2.17 | 0.00 | 1.48 |
| Кокаин | 2.17 | 0.00 | 1.48 |

С точки зрения риска распространения ВИЧ-инфекции, складывающаяся картина особенно опасна тем, что многие из указанных учащимися веществ предполагают внутривенное введение.

Полученные данные подтверждают общепринятые представления о поисковом подростковом полинаркотизме, так как лишь в единичных случаях отмечаются пробы исключительно одного какого-либо вещества, чаще всего опрошенные подростки указывают сразу на несколько веществ. Необходимо также отметить, что в настоящее время молодое поколение все более активно приобщается к употреблению наркотиков, так как спектр употребляемых ими веществ оказался значительно шире, чем в группе больных наркоманией, которые были вовлечены в наркотизацию на несколько лет раньше.

Несмотря на то, что в большинстве случаев мы имеем дело с несистематическим приемом и даже единичными пробами, 10,5%

опрошенных употребляли внутривенные наркотики от 1 до 3 раз в неделю, 7,4% - употребляют их в настоящее время, 3,2% - переживали “ломку”. Эти данные свидетельствуют о том, что учащиеся, даже изредка пробующие наркотики, общаются с лицами зависимыми от наркотиков, которые могут стать для них источником ВИЧ-инфекции. При этом риск ВИЧ-инфицирования достаточно велик в связи с тем, что, как правило, в первый раз наркотик вводится не самостоятельно, а более опытным потребителем, и в этой ситуации не всегда можно проконтролировать стерильность шприца и иглы. Так 14,61% опрошенных учащихся указали, что вводили себе наркотик несамостоятельно.

Риск усугубляется еще и тем, что часто используется кустарно приготовленный, не стерильный раствор, потребление носит групповой характер, и забор раствора в шприц осуществляется из общей емкости и одной иглой.

Полученные результаты далеко не полно отражают ситуацию употребления психоактивных веществ среди молодежи, так как несмотря на анонимность анкетирования 16,3% опрошенных отказались отвечать на вопросы, относящиеся к наркотикам. Есть основания предполагать, что и из ответивших не все были до конца искренними.

В отношении больных наркоманией опрос показал, что они в значительной степени подвержены риску ВИЧ-инфицирования при внутривенном введении наркотиков. Только 17,07% из них указали на то, что никогда не пользуются чужими иглами и шприцами при введении наркотиков. 9,76% пользуются чужими шприцами регулярно и 70,73% - в исключительном случае. При этом уверенность в стерильности употребляемого инструментария выразили только 28,95% больных наркоманией.

В качестве основного мотива использования чужого шприца чаще всего выступает отсутствие своего (72,50%), на определенные групповые нормы в этом отношении указывают только 7,50% опрошенных; 15% не думают о возможности заражения ВИЧ-инфекцией таким способом.

Таким образом, данные, полученные по этому разделу анкеты, наглядно продемонстрировали, что больные наркоманией подвержены риску ВИЧ-инфицирования при внутривенном введении наркотиков. Многим учащимся ПТУ свойственно рискованное наркотическое поведение и, соответственно, также грозит опасность ВИЧ-инфицирования.

ВИЧ-инфекция.

Данный раздел анкеты содержит вопросы, позволяющие получить информацию о том, что знают респонденты о ВИЧ-инфекции и как они в связи с этим себя ведут.

Данные об информированности опрошенных о ВИЧ-инфекции представлены в Таблице 11. Из таблицы видно, что статистически значимых различий между группами нет. В то же время полученные данные позволяют предположить, что больные наркоманией лучше осведомлены о ВИЧ-инфекции, о ее природе, последствиях. Они прекрасно понимают, что риск заражения зависит и от сексуального и от наркотического поведения.

Что касается учащихся ПТУ, то около трети вообще не ответили на большинство вопросов, касающихся ВИЧ-инфекции. Но в отличие от раздела о наркотиках, где некоторые скрывали употребление психоактивных веществ, это скорее было связано с недостаточными знаниями о ВИЧ. В целом среди их ответов достаточно велика доля ответов, отражающих неуверенные знания (категория ответов «в крайнем случае»).

Следующая часть вопросов этого раздела вопросов была посвящена тому, как респонденты для себя лично представляют риск ВИЧ-инфицирования, как это отражается и в их поведении. Эти данные представлены в Таблице 14.

Из таблицы видно, что большинство опрошенных в обеих группах связывают риск заражения ВИЧ-инфекцией и со своим сексуальным поведением и, со своим способом употребления наркотиков, прекрасно осознавая, что даже однократный контакт с ВИЧ-инфекцией достаточен для инфицирования.

В то же время учащиеся ПТУ достоверно чаще выражают опасение заразиться при сексуальных контактах и значительно больше указывают на то, что предохраняются от заражения при сексуальных контактах. Хотя среди них больше тех, кто считает, что кроме презерватива может быть иное средство предохранения от ВИЧ-инфекции при сексуальных контактах.

Обращает на себя внимание вопрос, касающийся возможности заражения ВИЧ-инфекцией из-за способа употребления наркотиков. Около половины ответивших на этот вопрос учащихся ПТУ (что составляет 23.60% от всех учащихся, принимавших участие в опросе) допускают этот риск в отношении себя. Это позволяет предположить, что около четверти опрошенных учащихся имели опыт внутривенного употребления наркотиков.

Таблица 14

Знания и представления о ВИЧ-инфекции больных наркоманией и учащихся ПТУ (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | | Учащиеся ПТУ | |
|---|---------------------|------------------|--------------|------------------|
| | Точно | В крайнем случае | Точно | В крайнем случае |
| СПИД – стыдная болезнь* | 5.26 | 5.26 | 27.38 | 16.67 |
| СПИД – продукт биологических экспериментов* | 10.53 | 28.95 | 26.25 | 27.50 |
| СПИД приводит к смерти | 94.74 | 2.63 | 72.73 | 11.36 |
| СПИД – вирусная инфекция | 81.58 | 10.53 | 59.72 | 25.00 |
| СПИД – последствия гомосексуализма и наркомании | 87.18 | 2.56 | 49.33 | 21.33 |
| СПИД – наказание божье | 26.32 | 26.32 | 21.52 | 16.46 |
| СПИД пришел из Африки | 27.03 | 16.22 | 32.47 | 27.27 |
| СПИД – случай проявить мужество | 2.56 | 5.13 | 10.26 | 23.08 |
| СПИД – результат сексуальной свободы | 79.49 | 5.13 | 34.25 | 32.88 |
| СПИД зависит от сексуального поведения | 94.87 | | 83.53 | |
| СПИД зависит от поведения наркоманов | 94.74 | | 73.75 | |
| СПИД – самая большая проблема медицины | 88.89 | 8.33 | 68.35 | 18.99 |

Таблица 15

Данные анкетного опроса больных наркоманией и учащихся ПТУ об их поведении в связи с риском ВИЧ-инфицирования (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | Учащиеся ПТУ |
|--|---------------------|--------------|
| | Да | Да |
| СПИД зависит от моего сексуального поведения | 84.62 | 68.29 |
| СПИД зависит от моего способа употребления наркотиков | 89.74 | 45.31 |
| Я не заражусь, т.к. у меня нет многочисленных половых партнеров* | 72.50 | 62.16 |
| Я не заражусь, т.к. у меня нет гомосексуальных связей | 92.31 | 59.72 |
| Я не заражусь, т.к. я предохраняюсь при сексуальных связях* | 25.00 | 79.49 |
| Я опасюсь заразиться из-за частоты сексуальных связей* | 18.42 | 37.04 |
| Есть ли иное средство предохранения от СПИДа, кроме презерватива * | 20.00 | 46.75 |
| «Одного раза» достаточно, чтобы заразиться | 82.28 | 94.87 |
| Знает адреса пунктов тестирования/консультирования* | 25.93 | 74.07 |
| Обследовался ли по поводу ВИЧ-инфекции* | 94.87 | 8.86 |
| Тестировался на ВИЧ самостоятельно, анонимно | 2.56 | 3.33 |
| Тестировался на ВИЧ в связи с госпитализацией | 97.44 | 2.22 |
| Тестировался на ВИЧ в связи со дачей крови | 0.00 | 2.22 |

Учащиеся ПТУ хуже, чем больные наркоманией осведомлены о ВИЧ-инфекции, но все же хорошо представляют себе угрозу заражения этим недугом и больше, чем больные наркоманией, предпринимают реальные действия для ее предотвращения. Они достоверно лучше знают адреса пунктов анонимного тестирования и консультирования по ВИЧ-инфекции. Среди них больше тех, кто обследовался на ВИЧ по собственной инициативе, а не по необходимости при госпитализации, сдаче крови и т.п. В целом больные наркоманией достаточно осведомлены о ВИЧ-инфекции и вполне осознают, что имеют повышенный риск заражения из-за своего образа жизни. В то же время они практически не принимают никаких конкретных мер для его предотвращения.

Средства массовой информации

Этот раздел содержит три блока данных:

- предпочтения респондентов в области печатной продукции - прессы;
- предпочтения респондентов, касающиеся радио;
- предпочтения респондентов в области телевидения.

Пресса.

Этот раздел содержит данные о газетах, журналах, книгах, которые предпочитают опрошенные. Подробные данные по конкретным видам печатной продукции приводятся в Таблице 16.

Таблица 16

Данные анкетного опроса больных наркоманией и учащихся ПТУ по видам предпочитаемой ими печатной продукции (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | | Учащиеся ПТУ | |
|---|---------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | Да (часто) | Бывает (иногда) | Да (часто) | Бывает (иногда) |
| Читает обзоры по политической или социальной жизни | 11.76 | 44.12 | 7.69 | 29.81 |
| Читает журналы, книги, репортажи об актуальных событиях | 0.00 | 21.62 | 8.08 | 29.29 |
| Читает биографии, книги о современных событиях | 2.78 | 8.33 | 6.80 | 26.21 |
| Читает детективы и шпионские романы | 10.22 | 17.78 | 10.89 | 28.71 |
| Читает только детективы* | 8.16 | | 15.79 | |
| Читает другие романы | 5.81 | 10.24 | 4.08 | 21.43 |
| Поклонник научной фантастики* | 33.33 | 27.78 | 30.77 | 23.08 |
| Читает научные, медицинские журналы, журналы о природе | 5.56 | 13.89 | 1.98 | 23.76 |
| Читает литературные журналы, по искусству, кино | 2.70 | 21.62 | 6.86 | 36.27 |
| Читает газеты, журналы о спорте* | 0.00 | 38.89 | 31.48 | 38.89 |
| Читает комиксы* | 0.00 | 5.56 | 16.82 | 33.64 |
| Читает книги по религии, мистике, парапсихологии | 16.22 | 16.22 | 9.71 | 30.10 |
| Читает книги по философии, психологии | 10.53 | 18.42 | 1.96 | 9.80 |

Ежедневно читают прессу 7,14% учащихся ПТУ и 10,53% больных наркоманией. Несколько раз в неделю или редко читают прессу 55,36% учащихся ПТУ и 78,94% больных наркоманией. Никогда не читают прессу 37,50% учащихся ПТУ и 10,53% больных наркоманией.

Из таблицы видно, что наиболее регулярно учащиеся ПТУ читают газеты и журналы о спорте и комиксы. Именно по этим пунктам выявлены статистически достоверные различия между группами.

По остальным пунктам данного раздела статистически значимых различий между группами не выявлено.

Больные наркоманией из всех перечисленных видов печатной продукции наиболее часто читают детективные и шпионские романы, иногда другие романы и газеты и журналы о спорте. Они чаще, чем учащиеся ПТУ, указывают на философскую и психологическую литературу. Однако под такого рода литературой они чаще всего имеют в виду произведения Карлоса Кастанеды, посвященные различным способам изменения состояния сознания, в том числе и с помощью наркотиков.

В большинстве своем респонденты обеих групп читают мало. В среднем ничего не читают 66,05% учащихся ПТУ и 71,42% больных наркоманией.

Радио.

Слушают радио 81,25% учащихся ПТУ и 69,23% больных наркоманией, но регулярно уделяют внимание различным радиопередачам только 26,79% учащихся ПТУ и 12,82% больных наркоманией. Значимых различий между группами по видам радиопередач выявлено не было.

Респонденты в основном слушают эстраду и информационные выпуски.

Меньше всего опрошенные слушают публицистические передачи и симфоническую музыку.

Телевидение.

В этом разделе представлены данные о различных видах радиопередач, которые предпочитают респонденты (см. Таблицу 17).

Всегда или почти всегда смотрят телевизор 79,25% учащихся ПТУ и 82,05% больных наркоманией.

В основном все опрошенные смотрят по телевидению кинофильмы.

Для больных наркоманией на втором месте располагаются новости, а на третьем – концерты современной музыки. Далее идут спортивные передачи, эстрадные передачи, передачи о природе и животных и медицинские передачи.

Учащиеся ПТУ после кинофильмов предпочитают спортивные передачи. На третьем месте – новости.

Обобщая полученные данные по этому разделу, можно отметить, что, несмотря на некоторые различия, и учащиеся ПТУ и больные наркоманией предпочитают примерно одни и те же телевизионные передачи: кинофильмы, новости, спортивные передачи, концерты современной музыки и передачи о природе и животных.

Таблица 17

Данные анкетного опроса больных наркоманией и учащихся ПТУ по предпочитаемым ими телепередачам (в %)

| Содержание вопроса | Больные наркоманией | | Учащиеся ПТУ | |
|--|---------------------|------------------|--------------|------------------|
| | Всегда | Время от времени | Всегда | Время от времени |
| Смотрит кинофильмы | 57.89 | 39.47 | 53.45 | 43.10 |
| Любит «закрученные» фильмы* | 70.00 | 30.00 | 66.00 | 18.00 |
| Любит фильмы ужасов | 36.84 | 26.32 | 68.93 | 13.59 |
| Смотрит спортивные передачи | 18.42 | 52.63 | 26.32 | 52.63 |
| Смотрит концерты современной музыки | 17.95 | 64.10 | 27.52 | 33.94 |
| Смотрит эстрадные передачи | 10.53 | 50.00 | 9.80 | 37.25 |
| Смотрит литературные передачи | 2.56 | 7.69 | 1.96 | 7.84 |
| Смотрит классический балет, музыку* | 0.00 | 24.32 | 3.88 | 4.85 |
| Смотрит передачи о цирке* | 0.00 | 15.79 | 6.67 | 40.95 |
| Смотрит передачи о природе, животных* | 5.13 | 46.15 | 18.45 | 41.75 |
| Смотрит медицинские передачи* | 0.00 | 33.33 | 9.80 | 33.33 |
| Смотрит новости | 43.59 | 46.15 | 19.81 | 55.66 |
| Смотрит репортажи из повседневной жизни* | 0.00 | 30.77 | 13.46 | 50.00 |
| Смотрит передачи о политике, экономике* | 2.56 | 15.38 | 6.93 | 26.73 |
| Смотрит публицистические передачи* | 0.00 | 10.26 | 7.07 | 21.21 |

Низкий интерес респонденты проявили к передачам о политике, экономике, к литературным и публицистическим передачам.

По сравнению с больными наркоманией у учащихся ПТУ шире спектр телепередач, которые они смотрят. Они достоверно чаще, чем больные наркоманией смотрят репортажи из повседневной жизни, публицистические, политические и экономические передачи, а также передачи о животных, цирке и медицинские передачи.

В целом из всех средств массовой информации респонденты обеих групп предпочитают телевидение. У больных наркоманией спектр предпочитаемых передач гораздо беднее, чем у учащихся ПТУ.

Сравнение учащихся ПТУ, не употреблявших ничего кроме табака и алкоголя, с учащимися, пробовавшими наркотические вещества.

Поскольку опрос учащихся ПТУ показал, что многие из них пробовали хотя бы один раз наркотические вещества, то мы решили посмотреть, какие наблюдаются значимые различия в ответах тех учащихся, которые не пробовали ничего кроме алкоголя и табака, и учащихся, пробовавших наркотики. Из всех опрошенных учащихся ПТУ были сформированы две группы: пробовавшие наркотические вещества – 44 человека и пробовавшие только алкоголь или ничего – 80 человек.

По демографическому разделу анкеты среди учащихся, пробовавших наркотические вещества, больше тех, кто вырос не в городе, а в поселках городского типа и сельской местности.

По разделу «рискованное поведение» значимых различий между группами учащихся ПТУ выявлено не было.

В разделе «СМИ» также практически нет значимых различий.

В разделе «ВИЧ-инфекция» обращает на себя внимание то, что пробовавшие наркотики учащиеся ПТУ несколько лучше осведомлены о ВИЧ-инфекции и связанном с ней рискованном поведении, и больше озабочены опасностью заражения, поэтому предохраняются при половых контактах и знают о местонахождении пунктов анонимного тестирования и консультирования по ВИЧ-инфекции

Таблица 18

Пункты анкеты, вошедшие в первый фактор

| Содержание пункта анкеты | Факторные нагрузки |
|---|---------------------------|
| Много долгов | 0,88 |
| Ходил на митинги, демонстрации | 0,85 |
| Ходит на платные спортивные мероприятия | 0,82 |
| Совершает далекие путешествия | 0,82 |
| Читает только детективы | 0,81 |
| Часто путешествует | 0,80 |
| Часто участвует в праздниках | 0,80 |
| Играет на деньги | 0,79 |
| Тратит больше, чем есть | 0,79 |
| Любит ездить автостопом | 0,79 |
| Ездит зайцем | 0,78 |
| Деньги «жгут» руки | 0,78 |
| Любит драки | 0,78 |
| Может оказаться за рулем в нетрезвом виде | 0,75 |
| Знакомится с первым встречным | 0,75 |
| Музыка захватывает полностью | 0,74 |
| Нравится быстрая езда | 0,73 |
| Невыносимо не двигаться | 0,73 |

| | |
|--|------|
| Любит азартные игры | 0,73 |
| Любит боевые виды спорта | 0,73 |
| Нравится шокировать своей речью | 0,73 |
| Хочется прыгать на батуте, с парашютом | 0,72 |
| Считает себя рискованным человеком | 0,71 |
| Может провоцирующе выглядеть | 0,70 |
| Поклонник научной фантастики | 0,70 |
| Любит божественный образ жизни | 0,69 |
| Любит фильмы «ужасов» | 0,69 |

В целом значимых различий между группами учащихся ПТУ мало, поэтому группы можно рассматривать как однородные и отличающиеся от больных наркоманией, у которых есть не только опыт знакомства с наркотиками, а психическая и физическая зависимости от них.

Факторный анализ полученных по анкете данных.

Факторный анализ данных, полученных в результате анкетного опроса, проводился методом факторизации главных осей (Principal Axis Factoring – PAF) из пакета статистических прикладных программ SPSS 7.0. Анализ проводился по всей совокупности данных по обоим группам опрошенных.

В результате вращения исходной факторной структуры методом varimax были выделены шесть факторов, объясняющих 55% суммарной дисперсии.

В первый фактор (объясненная дисперсия – 25,9%) с высокими факторными нагрузками вошло большинство вопросов из раздела «Рискованное поведение» (см. Таблица 18).

Как видно из таблицы, наибольшие факторные нагрузки имеют те пункты анкеты, которые отражают поиск ощущений в каких-либо социализированных формах (участие в митингах, спортивных мероприятиях, праздниках; азартные игры, путешествия, спорт, чтение детективов, музыка и т.п.).

Таким образом, этот фактор можно назвать «Структурированный и социализированный поиск ощущений».

Во второй фактор (объясненная дисперсия – 14,7%) вошли пункты анкеты, содержащиеся в разделе СМИ. Содержание этих пунктов и их факторные нагрузки приводятся в Таблице 19.

Из таблицы видно, что во втором факторе содержатся теле- и радиопередачи и издания, отражающие разнообразные интеллектуальные интересы респондентов. Сюда практически не вошли вопросы, касающиеся легких, развлекательных жанров.

Поэтому нам кажется целесообразным назвать этот фактор «Интеллектуальная стимуляция».

Третий фактор объясняет 6,2% общей дисперсии и содержит пункты анкеты, касающиеся знаний о ВИЧ-инфекции и поведения по отношению к ней (Таблица 20). Поэтому этот фактор можно назвать «Представления о ВИЧ-инфекции».

В четвертый фактор (3% дисперсии) вошли три пункта анкеты, касающиеся употребления наркотиков (Таблица 21).

Так как эти пункты содержат информацию о возрасте начала употребления наркотиков, числе инъекций в неделю и месте на пирамиде употребления, то этот фактор был нами назван «Степень вовлеченности в употребления наркотиков».

Таблица 19

Пункты анкеты, вошедшие во второй фактор

| Содержание пунктов анкеты | Факторные нагрузки |
|--|--------------------|
| Смотрит литературные передачи | 0,85 |
| Смотрит публицистические передачи | 0,83 |
| Смотрит эстрадные передачи | 0,80 |
| Смотрит передачи о политике | 0,80 |
| Смотрит классический балет, музыку | 0,79 |
| Смотрит репортажи о повседневной жизни | 0,79 |
| Смотрит передачи о цирке | 0,78 |
| Смотрит медицинские передачи | 0,77 |
| Смотрит передачи о природе | 0,76 |
| Читает научные журналы | 0,74 |
| Читает биографии, книги о совр. событиях | 0,74 |
| Читает книги по политике, философии | 0,72 |
| Читает репортажи об актуальных событиях | 0,70 |
| Читает журналы по литературе, искусству | 0,69 |
| Читает детективы и шпионские романы | 0,69 |
| Читает комиксы | 0,97 |
| Читает романы других жанров | 0,66 |
| Смотрит новости | 0,66 |
| Слушает информационные выпуски | 0,64 |
| Слушает публицистические передачи | 0,63 |
| Читает обзоры по политической жизни | 0,63 |
| Читает газеты, журналы о спорте | 0,63 |
| Читает книги по религии, мистике | 0,62 |
| Смотрит спортивные передачи | 0,61 |
| Смотрит концерты современной музыки | 0,60 |
| Слушает симфоническую музыку | 0,60 |

Таблица 20

Пункты анкеты, вошедшие в третий фактор

| Содержание пунктов анкеты | Факторные нагрузки |
|---|--------------------|
| СПИД – наказание божье | 0,78 |
| СПИД – случай проявить мужество | 0,78 |
| СПИД – результат сексуальной свободы | 0,73 |
| СПИД зависит от поведения наркоманов | 0,71 |
| «Одного раза» достаточно, чтобы заразиться СПИДом | 0,71 |
| СПИД – продукт биологических экспериментов | 0,67 |
| СПИД – большая проблема здравоохранения в будущем | 0,67 |
| СПИД – последствия вирусной инфекции | 0,67 |
| Не заразится, т.к. нет гомосексуальных связей | 0,67 |
| Обследовался по поводу СПИДа | 0,67 |
| СПИД – опасность, пришедшая из Африки | 0,66 |
| Не заразится, т.к. нет многочисленных половых партнеров | 0,66 |
| СПИД зависит от сексуального поведения людей | 0,65 |
| Знает о пунктах аноним. тестирования/ консультирования | 0,64 |
| СПИД – риск.послед. гомосекс.отношений и наркомании | 0,63 |
| СПИД – болезнь, приводящая к смерти | 0,62 |
| Есть иное средство предохранения, кроме презерватива | 0,62 |
| СПИД зависит от моего способа употребления наркотиков | 0,60 |
| Не заразится, т.к. предохраняется | 0,60 |
| Вакцина будет скоро изобретена | 0,59 |
| СПИД зависит от моего сексуального поведения | 0,58 |
| Опасается заразиться из-за частоты сексуальных связей | 0,55 |

Таблица 21

Пункты анкеты, вошедшие в четвертый фактор

| Содержание пунктов анкеты | Факторные нагрузки |
|---|--------------------|
| Число инъекций в неделю | 0,68 |
| Место на пирамиде употребления наркотиков | 0,68 |
| В каком возрасте начала употреблять наркотики | 0,60 |

Пятый фактор объясняет 2,7% дисперсии и содержит также пункты, касающиеся употребления наркотиков (Таблица 22).

Поскольку эти пункты касаются внутривенного введения наркотиков и стерильности используемых инструментов, то этот фактор был назван «Рискованное употребление наркотиков».

Таблица 22

Пункты анкеты, вошедшие в пятый фактор

| Содержание пунктов анкеты | Факторные нагрузки |
|--|--------------------|
| Практикует внутривенные инъекции | 0,52 |
| Был уверен, что игла и шприц стерильны | 0,51 |

Шестой фактор (2,4%) дисперсии содержит пункты анкеты, касающиеся попадания респондентов в различные непредвиденные ситуации, сопряженные с опасностью для жизни (Таблица 23). Этот фактор был назван нами «Виктимность».

Таблица 23

Пункты анкеты, вошедшие в шестой фактор

| Содержание пунктов анкеты | Факторные нагрузки |
|--|--------------------|
| Был жертвой несчастного случая на работе | 0,83 |
| Был жертвой дорожного происшествия | 0,81 |
| Была попытка самоубийства | 0,80 |
| Была передозировка лекарств/наркотиков | 0,77 |

Таким образом, в результате факторного анализа данных анкеты в обеих группах респондентов выделились следующие шесть факторов:

- «Структурированный и социализированный поиск ощущений»;
- «Интеллектуальная стимуляция»;
- «Представления о ВИЧ-инфекции»;
- «Степень вовлеченности в употребление наркотиков»;
- «Рискованное употребление наркотиков»;
- «Виктимность».

Проверка статистической достоверности различий средних рангов факторных значений между двумя группами опрошенных с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни показала, что эти различия отсутствуют по третьему фактору - «Представления о ВИЧ-инфекции»; четвертому фактору - «Степень вовлеченности в употребление наркотиков» и шестому - «Виктимность». По трем другим факторам - «Структурированный и социализированный поиск ощущений», «Интеллектуальная стимуляция» и «Рискованное употребление наркотиков» - достоверность различий выявляется на уровне $p=0,05$. Соотношение средних рангов полученных факторов в обеих группах показано на Рисунке 4.

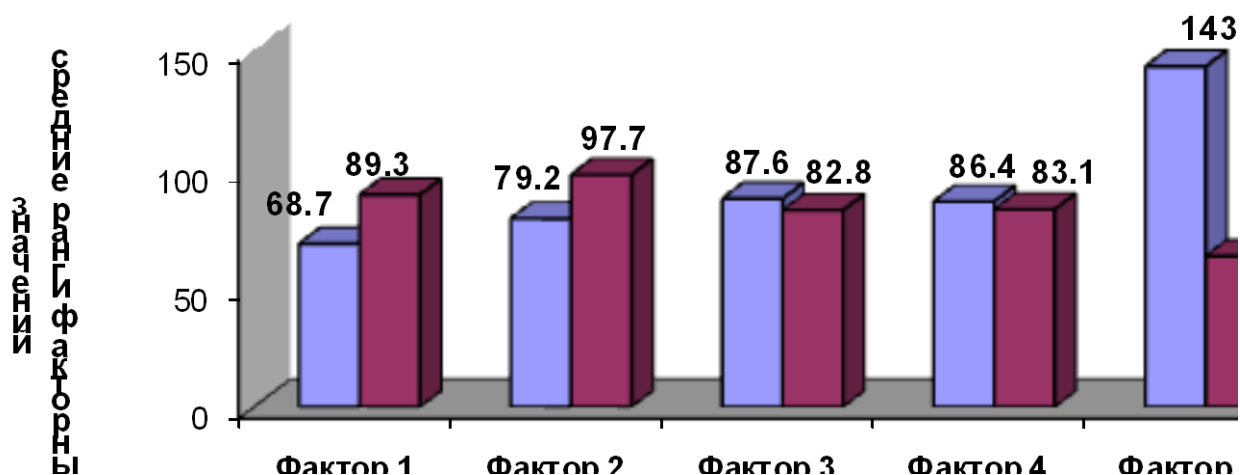


Рисунок 4. Средние ранги факторных значений группах больных наркоманией и учащихся ПТУ

На диаграмме видно, что полученная факторная структура подтверждает проведенный ранее анализ различий средних значений по пунктам анкеты. Несмотря на то, что не по всем факторам получены достоверные различия, все же можно говорить об определенной тенденции к тому, что поведение учащихся ПТУ определяется в основном факторами «Структурированный и социализированный поиск ощущений» и «Интеллектуальная стимуляция», а поведение больных наркоманией - факторами «Степень вовлеченности в употребление наркотиков», «Рискованное употребление наркотиков» и «Виктимность».

Отсутствие достоверных различий по фактору «Степень вовлеченности в употребление наркотиков» возможно связано с тем, что этот фактор содержит такой пункт анкеты как «Место на пирамиде употребления наркотиков». В отношении этого вопроса в процессе анкетирования выяснилось, что больные наркоманией всегда называют себя простыми потребителями, так как признание себя в принадлежности более высоким ступеням пирамиды, означает хранение и распространение наркотиков, что является уголовно наказуемым. Поэтому данные, полученные по этому пункту, нельзя считать вполне достоверными.

Хотя больные наркоманией иногда даже лучше информированы о ВИЧ-инфекции, чем учащиеся ПТУ, фактор «Представления о ВИЧ-инфекции» определяет целиком объединенную выборку испытуемых и не чувствителен к составляющим ее группам. В то же время факторы, отражающие особенности

рискованного поведения испытуемых (прежде всего «Рискованное употребление наркотиков», а также «Структурированный и социализированный поиск ощущений» и «Интеллектуальная стимуляция»), дифференцируют всю совокупность данных по группам испытуемых. Это еще раз доказывает, что знания не оказывают прямого влияния на поведение. Рискованное поведение больных наркоманией не определяется недостатком знаний об опасности.

Особое внимание обращают на себя факторы «Структурированный и социализированный поиск ощущений» и «Виктимность». Оба этих фактора включают в себя пункты анкеты из раздела «Рискованное поведение», но отражают разные его аспекты. Несмотря на отсутствие значимых различий по этому фактору между группами, средние ранги факторных значений у больных наркоманией все же выше. Одновременно анализ результатов анкетирования показал, что больным наркоманией хоть и свойственна потребность в активности, она не опредмечивается в конкретных, социализированных видах деятельности. В то же время они чаще, чем учащиеся ПТУ страдают от различных непредвиденных происшествий (дорожные инциденты, производственные травмы, передозировки, суициды). Можно предположить, что неспособность реализовать потребность в острых ощущениях в деятельности приводит к подверженности несчастным случаям («виктимности»), и рискованное наркотическое поведение и подверженность ВИЧ-инфекции также являются одним из вариантов неопредмеченного в деятельности поиска ощущений.

Полученные результаты также указывают и на то, что идеальное отреагирование потребности в риске, так называемая «Интеллектуальная стимуляция», не является характерным для больных наркоманией. Это еще раз указывает на возможное наличие у них алекситимии, как фактора, препятствующего знаково-символической переработке внутренних конфликтов, связанных с поиском ощущений.

Особенности «поиска ощущений» больных опийной наркоманией.

Методикой «поиск ощущений» было обследовано 68 больных опийной наркоманией. Также были 83 здоровых испытуемых, как контрольная группа по данной методике. Как группы сравнения были обследованы 23 учащихся ПТУ и 47 учащихся военного училища. Учащиеся ПТУ рассматривались нами как группа риска наркотизации, а учащие военного училища – как группа профессионального риска.

Средние данные, полученные по шкалам методики, приведены в Таблице 24.

Сравнение группы больных наркоманией с группой здоровых показало, что у них наблюдаются статистически достоверно более высокие показатели по шкалам “поиск нового опыта” и “социальная расторможенность” и более низкие показатели по шкале “потребность в интеллектуальной стимуляции” (см. Рисунок 5).

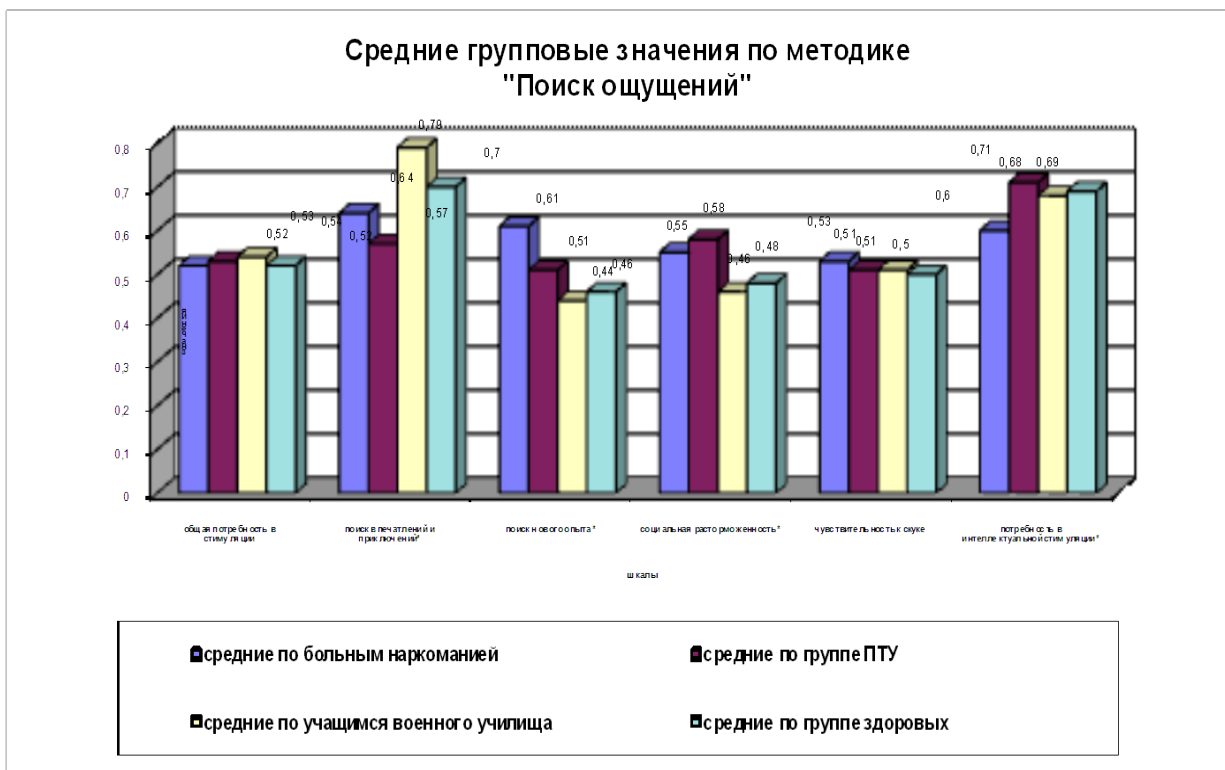


Рисунок 5. Средние групповые по методике «поиск ощущений»

Шкалы «поиск нового опыта» и «социальная расторможенность» отражают склонность индивидов к отреагированию потребности в ощущениях в сфере социальных отношений, в то время как шкала «потребность в интеллектуальной стимуляции» отражает знаково-символическую форму отреагирования. Таким образом, полученные данные указывают на то, что для больных наркоманией, по сравнению со здоровыми, более характерно реализовывать потребность в ощущениях через столкновение с социумом, чем в знаково-символических формах.

При сравнении группы больных наркоманией с учащимися ПТУ статистически значимых различий не обнаружено кроме шкалы “потребность в интеллектуальной стимуляции”, по которой у учащихся ПТУ достоверно более высокие значения.

Таблица 24

Сравнительные данные по методике «Поиск ощущений» по группам больных наркоманией, здоровых, учащихся ПТУ и военного училища

| Шкала ⁴ | Больные Наркоманией | | Здоровые | | Учащиеся ПТУ | | Учащиеся военного училища | |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение | Средний балл и стандартная ошибка | Стандартное отклонение |
| ОПС | 0,52±0,02 | 0,17 | 0,52±0,02 | 0,16 | 0,53±0,03 | 0,14 | 0,54±0,02 | 0,15 |
| ПВП | 0,64±0,03 | 0,21 | 0,70±0,02 | 0,22 | 0,57±0,03 | 0,16 | 0,79±0,02 | 0,17 |
| ПНО | 0,61 ±0,02 | 0,20 | 0,46±0,02 | 0,87 | 0,51±0,03 | 0,15 | 0,44±0,03 | 0,18 |
| СР | 0,55±0,02 | 0,18 | 0,48±0,02 | 0,17 | 0,58±0,03 | 0,15 | 0,46±0,02 | 0,16 |
| ЧС | 0,53±0,02 | 0,18 | 0,50±0,02 | 0,18 | 0,51±0,03 | 0,15 | 0,51±0,03 | 0,2 |
| ИС | 0,60±0,03 | 0,24 | 0,89±0,02 | 0,17 | 0,71±0,03 | 0,14 | 0,68±0,03 | 0,19 |

Сравнение больных опийной наркоманией с учащимися военного училища показало, что у “военных” выше значения по шкалам “поиск впечатлений и приключений” и “потребность в интеллектуальной стимуляции”, а у больных наркоманией выше значения по шкалам “поиск нового опыта” и “социальная расторможенность”.

Таким образом, мы видим, что учащиеся военного училища больше склонны к физическому риску, а больные наркоманией – к социальному. К тому же будущие военные и в большей мере способны к реализации потребности в ощущениях в знаково-символической форме.

Сравнение группы учащихся ПТУ с учащимися пограничного училища показало результаты, сходные полученным при сравнении “наркоманов” с “военными”. По шкалам “поиск нового опыта” и “социальная расторможенность” значения выше у учащихся ПТУ, а показатели по шкале “поиск впечатлений и приключений” выше у учащихся пограничного училища.

Таким образом, выявлены качественные различия “поиска ощущения” в разных группах. Больные наркоманией и учащиеся ПТУ более склонны к поиску ощущений в социальной сфере, тогда как учащиеся пограничного училища больше склонны к физическому риску.

Данные, полученные по группе больных наркоманией, подтверждают результаты, полученные с помощью анкетирования. Из всех видов

⁴ ОПС – «общая потребность в стимуляции»; ПВП – «поиск впечатлений и приключений»; ПНО – «поиск нового опыта»; СР – «социальная расторможенность»; ЧС – «чувствительность к скуке»; ИС – «потребность в интеллектуальной стимуляции».

рискованного поведения им наиболее свойственны те, которые не предполагают включенности в какую-либо социальную деятельность.

Учащиеся ПТУ обнаруживает наиболее сходные показатели “поиска ощущений” с группой больных наркоманией. Подобное психологическое сходство и значительный процент среди них тех, кто уже попробовал наркотики, позволяет, на наш взгляд рассматривать их как группу риска в отношении заболевания наркоманией.

Исследование когнитивного стиля больных опийной наркоманией.

По методике «Спрятанные фигуры» Г. Виткина (вариант А) были обследованы 71 больной опийной наркоманией. Результаты, полученные по группе больных наркоманией, сравнивались с данными по группе здоровых людей, которые приводились в исследованиях А.Ш. Тхостова (1990). В Таблице 25 и на Рисунке 6 приводится среднее время, затрачиваемое испытуемыми на поиск одной фигуры теста.

Таблица 25

Сравнительные данные по тесту «Спрятанные фигуры» в группах больных наркоманией и здоровых

| Группа | Среднее время, затраченное на одну фигуру, ± стандартная ошибка (сек.) | Стандартное отклонение |
|-----------------------------|--|------------------------|
| Больные опийной наркоманией | 170.82±10.57 | 89.05 |
| Здоровые | 30.00±8.00 | 12.47 |

Среднее время поиска фигуры в тесте "С фигуры"

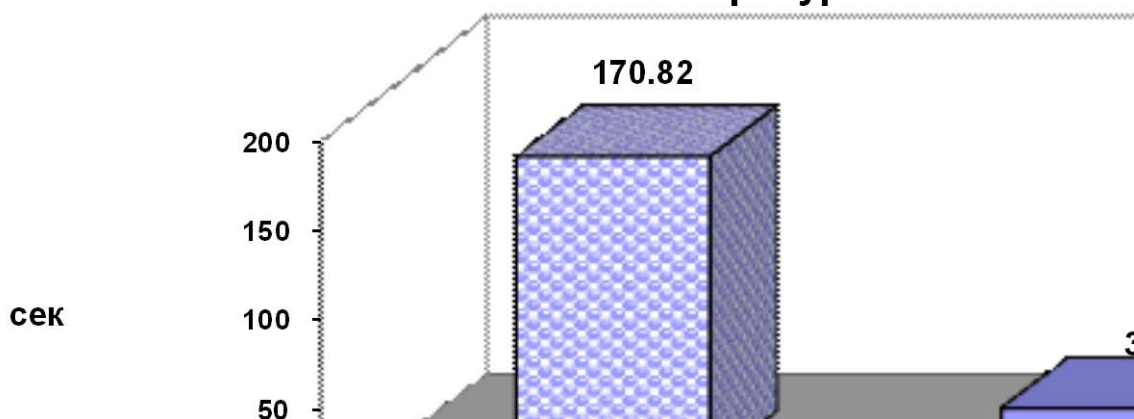


Рисунок 6. Среднее время поиска. Статистическая значимость различий полученных результатов подтверждается на уровне $p=0,001$.

Таким образом, мы видим, что уровень полезависимости больных опийной наркоманией значительно превышает нормальные показатели.

Полезависимость изначально рассматривалась как один из показателей когнитивного стиля и определялась в практических исследованиях как показатель способности субъекта выделять фигуру из фона. Позднее она стала интерпретироваться как функция модуса ориентации субъекта: на собственное тело или на внешний объект. В экспериментах было показано, что при решении определенных пространственных задач на определение ориентации объекта в пространстве, испытуемые делятся на две категории: полнезависимые – те, которые принимают за точку отсчета свое тело, - и полезависимые – те, которые ориентируются на внешний изменяющийся контекст предъявления объекта.

В настоящее время способность опираться на внутренний опыт независимо от меняющихся внешних обстоятельств связывается с устойчивостью границ Я и структурированностью внутреннего опыта и определяется как степень психологической дифференцированности и система субъективной ориентации.

В целом, высокополнезависимые субъекты используют в качестве системы координат собственный опыт и ориентируются на объективные качества стимула, а полезависимые, имея как систему координат внешние стимулы, ориентируются на условия их предъявления.

Низкая дифференцированность внутреннего опыта приводит к тому, что внешние стимулы для субъекта бывают более значимы и понятны, чем интрацептивные сигналы. Так, высокая степень полезависимости или предрасположенность к ней регистрируется у значительной части ипохондрических больных, больных кардиофобиями, абдоминальных алгиях и других психосоматических расстройствах, когда у субъекта отсутствует адекватная рефлексия собственной интрацепции. Доказательством того, что внешняя стимуляция для них более значима является тот факт, что эти заболевания успешно лечатся плацебо.

Полученные в нашем исследовании данные по тесту «Спрятанные фигуры» в группе больных опийной наркоманией также указывают на низкую дифференцированность их внутреннего опыта, приводящую к тому, что для них более значима и необходима внешняя стимуляция, в том числе и в виде наркотических веществ.

Основные исследования когнитивного стиля указывают на то, что он является индивидуальной характеристикой, мало подверженной изменениям в течение жизни и корригируемой лишь в довольно ограниченном диапазоне. Поэтому, опираясь на полученные результаты, мы можем считать, что высокая полезависимость больных наркоманией является скорее не

приобретенной вследствие длительной наркотической интоксикации характеристикой, а присущей им изначально особенностью организации их телесного опыта.

Особенности словаря интрацептивных ощущений больных наркоманией.

Методикой «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» было обследовано 46 больных опийной наркоманией и 53 человека контрольной группы.

Анализ средних групповых значений

По результатам выполнения теста для каждого испытуемого подсчитывалось количество выбранных слов в каждом задании. Средние данные по двум группам испытуемых приводятся в Таблице 26.

Из таблицы видно, что во всех шести заданиях больные наркоманией выбирают значительно большее количество слов, чем испытуемые контрольной группы.

Этот факт указывает на больший уровень неопределенности и диффузности словаря интрацептивных ощущений у больных наркоманией. В отличие от классического представления об алекситимии, когда у субъекта отсутствуют слова для описания внутренних ощущений, здесь мы сталкиваемся с явлением иного рода. Наши испытуемые, наоборот, выбирают избыточное количество слов для описания своих ощущений.

Можно предположить, что в этом случае речь идет не о алекситимии, определяющейся отсутствием или бедностью соответствующего внутреннему опыту словаря, а о таком ее варианте, как «затруднении от избыточности слов», связанном со слабой структурированностью этого словаря. Затруднения в вербализации внутреннего опыта в этом случае есть следствие не отсутствия слов, а затруднений при выборе подходящих.

На слабую дифференцированность словаря интрацептивных ощущений больных наркоманией указывает и их частотное распределение.

Частотные распределения количества дескрипторов интрацептивных ощущений на Рисунках 5,6 и 7 показывают диапазоны значений, в которых располагаются наиболее близкие к среднему значению наблюдения, составляющие 50% всей выборки, на всех шести этапах теста. Мы видим, что в группе «здоровых» конкретизация инструкции на 3-6 этапах, по сравнению с первыми двумя, приводит к явному уменьшению количества выбранных слов и большей однородности групповых результатов. В группе же больных наркоманией эта тенденция очень слаба, и диффузность их словаря интрацептивных ощущений сохраняется практически на всех этапах теста.

Средние показатели количества выбранных слов по методике «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»

| Этап (задание) | Больные наркоманией | | Контрольная группа | |
|--|-------------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | Среднее ± стандарт-ная ошибка | Стандарт-ное отклонение | Среднее ± стандарт-ная ошибка | Стандарт-ное отклонение |
| 1. Дескрипторы для интрацептивных ощущений* | 51.67±2.22 | 15.07 | 29.98±2.04 | 14.81 |
| 2. Дескрипторы собственных ощущений* | 45.80±2.45 | 16.61 | 22.26±1.75 | 12.75 |
| 3. Дескрипторы значимых ощущений* | 23.62±1.74 | 11.80 | 7.98±0.80 | 5.80 |
| 4. Дескрипторы болезненных ощущений* | 13.37±1.43 | 9.71 | 8.77±0.91 | 6.65 |
| 5. Дескрипторы опасных ощущений* | 13.39±1.53 | 10.35 | 4.32±0.63 | 4.60 |
| 6. Дескрипторы часто встречающихся ощущений* | 13.40±1.74 | 11.80 | 4.13±0.66 | 4.79 |

Статистическая значимость различий количества выбираемых слов между группой больных наркоманией и «здоровыми» подтверждается с помощью критерия Манна-Уитни на уровне значимости $p=0,01$ на всех этапах выполнения теста.

Однако при таком методе подсчета различий между экспериментальными группами на различных этапах теста оказывается, что, начиная со второго задания, испытуемые находятся в неодинаковых условиях. Количество слов в каждом последующем выборе может зависеть от количества слов, оставшихся после предыдущего этапа теста. Чтобы избежать этого влияния нами также были подсчитаны относительные показатели количества выбранных дескрипторов, которые представляют собой процент выбранных испытуемым дескрипторов от числа предъявляемых на данном этапе слов. То есть на первом этапе за 100% принимались все 80 предъявленных слов, а на последующих этапах за 100% принималось количество слов оставшихся от предыдущего выбора. Полученные таким образом показатели по двум группам приводятся в Таблице 27.

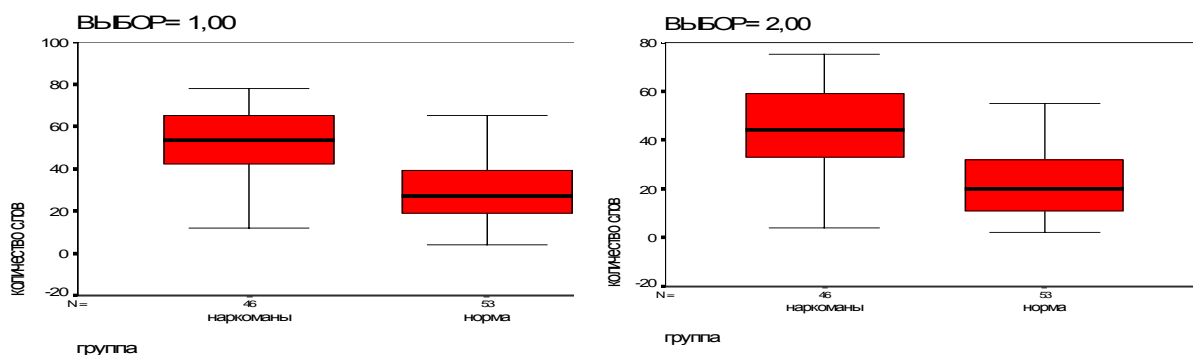


Рисунок7. Распределение количества выбранных дескрипторов интрацептивных ощущений на 1-ом и 2-ом этапах теста.

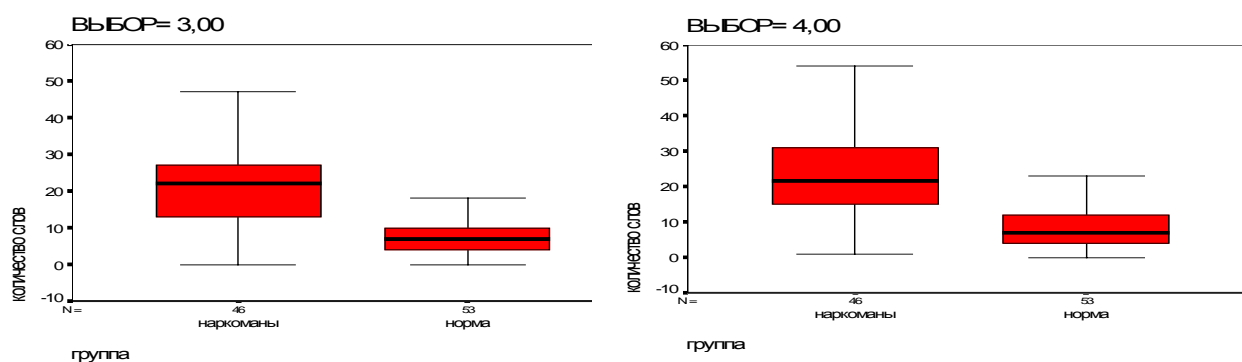


Рисунок8. Распределение количества выбранных дескрипторов интрацептивных ощущений на 3-ем и 4-ом этапах теста.

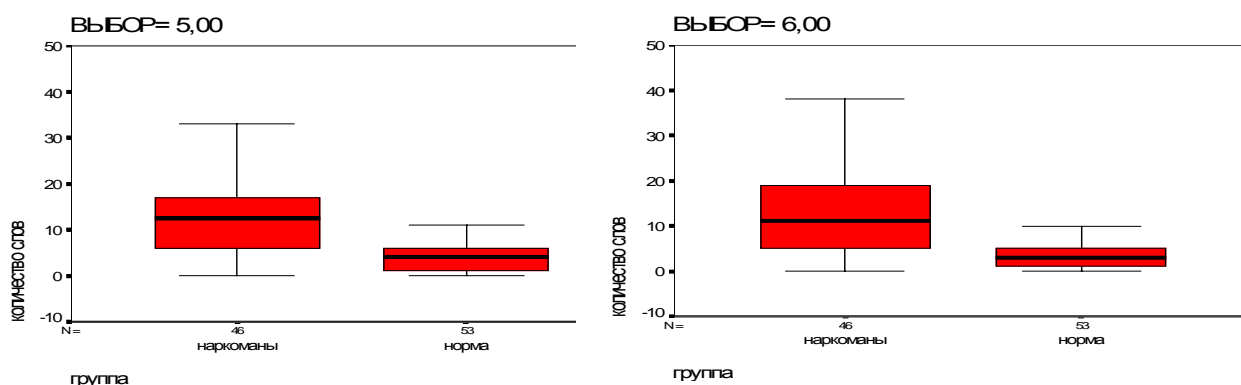


Рисунок 9. Распределение количества выбранных дескрипторов интрацептивных ощущений на 5-ом и 6-ом этапах теста.

Таблица 27

Относительные показатели количества выбираемых слов по методике «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (% процент от возможного выбора)

| Этап (задание) | Больные наркоманией | Контрольная группа |
|---|---------------------|--------------------|
| 1. Дескрипторы, подходящие для описания интрацептивных ощущений* | 64.38±2.81 | 36.81±2.61 |
| 2. Дескрипторы, подходящие для описания собственных ощущений* | 87.20±2.05 | 75.24±2.59 |
| 3. Дескрипторы, подходящие для описания значимых ощущений* | 51.30±2.98 | 35.05±2.51 |
| 4. Дескрипторы, подходящие для описания болезненных ощущений* | 51.71±2.80 | 39.48±2.76 |
| 5. Дескрипторы, подходящие для описания опасных ощущений* | 53.23±3.37 | 45.33±4.14 |
| 6. Дескрипторы, подходящие для описания часто встречающихся ощущений* | 58.42±3.34 | 50.41±4.63 |

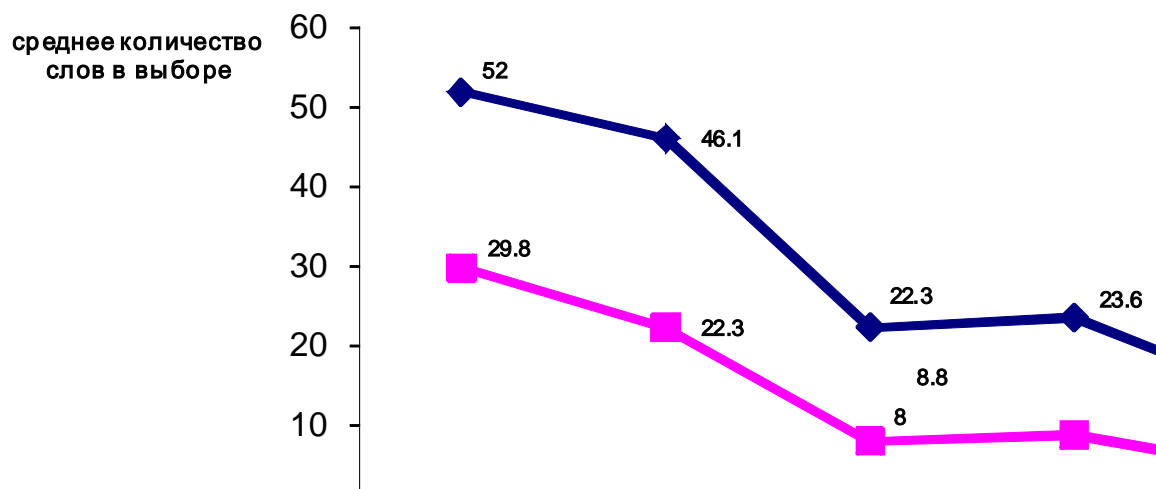


Рисунок 10. Динамика абсолютного количества дескрипторов.

% от количества слов в
предыдущем выборе

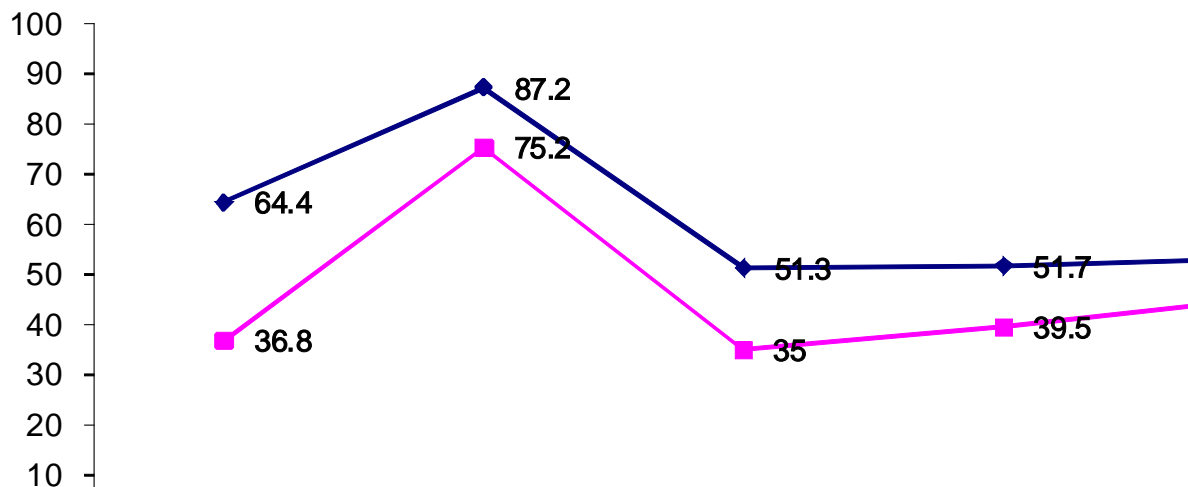


Рисунок 11. Динамика относительного количества дескрипторов.

При таком методе подсчета значимые различия между группами также наблюдались во всех шести заданиях теста.

Таким образом, оба метода подсчета количества дескрипторов интрацептивных ощущений на всех этапах выполнения теста обнаруживают явную тенденцию больных наркоманией выбирать значительно большее количество слов по сравнению со «здоровыми» (см. Рисунки 8,9). Их словарь ощущений более размыт, а внутренний опыт менее дифференцирован.

Полученные нами данные показывают, что больные опийной наркоманией испытывают затруднения в вербализации внутреннего опыта не из-за отсутствия слов, а из-за трудностей при выборе подходящих.

Мы считаем, что затруднения рефлексии внутреннего опыта могут выражаться не только в сужении словаря знаково-символических средств для его описания, но должны включать и различные типы нарушений его структурирования. Однако эта точка зрения нуждается в дополнительных доказательствах, и в данной работе высказывается в качестве дискуссионной.

Факторный анализ результатов методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений»

В процессе выполнения заданий по данной методике испытуемым предлагалось подбирать слова, подходящие для «описания внутренних, телесных ощущений», но при этом они не получали никаких разъяснений относительно самого понятия «внутренние, телесные ощущения». Таким образом, они должны были ориентироваться на свои собственные семантические критерии, структурирующие их внутренний опыт.

С целью выявления этих структурирующих опыт критериев был осуществлен факторный анализ данных, полученных при проведении методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений». В качестве переменных исходной корреляционной матрицы послужили 80 предъявляемых слов, принимающих значения 0 или 1 в зависимости от того, были они выбраны испытуемым или нет.

В результате факторизации данных по группе «здоровых» выделились 4 интерпретируемых фактора, объясняющих 37,1% общей дисперсии.

В первый фактор, объясняющий 22,9% общей дисперсии, вошли слова, относящиеся к разного рода соматическим недомоганиям (см. Таблицу 28).

Этот фактор можно назвать фактором «болезненных соматических ощущений».

Во второй фактор (6,0% дисперсии) вошли слова, описывающие тягостные эмоциональные состояния (Таблица 29).

Этот фактор был назван фактором «эмоционально негативных (депрессивных) ощущений».

Третий фактор, объясняющий 5,6% дисперсии, составили слова, связанные с получением удовольствия и описывающие различные комфортные и приятные состояния (Таблица 30).

Этот фактор был назван фактором «приятных ощущений» или «удовольствие».

Четвертый фактор (2,6% дисперсии) определяется словами, описывающими сильные болезненные состояния (Таблица 31).

Этот фактор был назван фактором «мучительные ощущений».

Таблица 28

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе «здоровых», вошедшие в первый фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|----------|--------------------|
| Знобить | 0,69 |
| Жжение | 0,69 |
| Онемение | 0,63 |
| Жар | 0,63 |
| Дрожь | 0,60 |
| Биение | 0,57 |
| Зуд | 0,56 |
| Тошнота | 0,55 |
| Ломота | 0,55 |
| Удушье | 0,55 |
| Давление | 0,54 |
| Боль | 0,53 |

Таблица 29

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе «здоровых», вошедшие во второй фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|--------------|--------------------|
| Грусть | 0,76 |
| Отчаяние | 0,75 |
| Тревога | 0,69 |
| Тоска | 0,67 |
| Невмоготу | 0,65 |
| Жутко | 0,62 |
| Страдание | 0,61 |
| Депрессия | 0,59 |
| Предчувствие | 0,58 |

Таблица 30

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе «здоровых», вошедшие в третий фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|----------------|--------------------|
| Блаженствовать | 0,70 |
| Удовольствие | 0,69 |
| Покой | 0,67 |
| Влечение | 0,67 |
| Возбуждение | 0,65 |
| Ласкающий | 0,61 |
| Легкость | 0,60 |
| Пресыщение | 0,58 |
| Приятный | 0,57 |

Таблица 31

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе «здоровых», вошедшие в четвертый фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|------------|--------------------|
| Пронзать | 0,60 |
| Изнуряющий | 0,58 |
| Мучительно | 0,53 |
| Сжиматься | 0,53 |

В процессе факторного анализа, кроме основных четырех факторов, выделились еще четыре фактора, объясняющие вместе 9,8% общей дисперсии. В них с низкими факторными нагрузками вошли слова, в основном описывающие различные модальностные ощущений такие как «громко», «твердый», «влажный», «темный», «горький», «липкий», «звенеть» и т.п. Несмотря на то, что каждый фактор по отдельности проинтерпретировать не удалось, можно отметить, что большая часть слов, вошедших в эти факторы, считалась испытуемыми неподходящими для интрацептивных ощущений.

В группе больных наркоманией было выделено пять интерпретируемых факторов, объясняющих 46,2% общей дисперсии.

В **первый фактор** (30,8% общей дисперсии) вошли слова, описывающие различные приятные и комфортные ощущения. Дескрипторы, содержащиеся в этом факторе, и их факторные нагрузки представлены в Таблице 32.

Этот фактор по содержанию почти совпадает с третьим фактором, выделившимся по группе «здоровых», поэтому он также назван фактором «приятных ощущений» или «удовольствие».

Во **второй фактор** с высокими факторными нагрузками вошли слова, представленные в Таблице 33. Эти слова в большей степени подходят для описания модальностных ощущений таких как слуховые и тактильные, чем для интрацептивных. Поэтому этот фактор был назван фактором «сенестопатических ощущений».

Таблица 32

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе больных наркоманией, вошедшие в первый фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|----------------|--------------------|
| Удовольствие | 0,84 |
| Покой | 0,83 |
| Легкость | 0,80 |
| Блаженствовать | 0,68 |
| Приятный | 0,66 |
| Вкусный | 0,66 |
| Возбуждение | 0,65 |
| Ласкающий | 0,56 |

Таблица 33

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе больных наркоманией, вошедшие во второй фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|----------|--------------------|
| Громко | 0,75 |
| Шепот | 0,74 |
| Жужжание | 0,71 |
| Шорох | 0,70 |
| Мерцание | 0,59 |
| Твердый | 0,59 |
| Звенеть | 0,55 |
| Липкий | 0,56 |
| Мохнатый | 0,52 |
| Стук | 0,52 |

В группе «здоровых» такой фактор отсутствует, поэтому можно предположить, что слова, вошедшие в него, связаны с состояниями, возникающими у больных наркоманией в связи с приемом наркотиков. Так, А.В. Надеждин (1995) указывает на то, что значительная часть ощущений, переживаемых больными опийной наркоманией в состоянии интоксикации и абстиненции, обладает признаками сенестопатий.

Третий фактор, объясняющий 4,4% общей дисперсии, похож на второй фактор, выделившийся в группе здоровых. Поэтому он также был назван фактором «эмоционально негативных (депрессивных) ощущений». Слова, вошедшие в этот фактор, и их факторные нагрузки представлены в Таблице 34.

Таблица 34

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе больных наркоманией, вошедшие в третий фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|---------------|--------------------|
| Подавленность | 0,77 |
| Грусть | 0,71 |
| Отчаяние | 0,66 |
| Тревога | 0,65 |
| Тоска | 0,65 |
| Депрессия | 0,61 |
| Страдание | 0,53 |

В **четвертый фактор** (3,1% дисперсии) вошли слова, описывающие соматические ощущения, чаще всего наблюдающиеся при различных интоксикациях (Таблица 35).

Этот фактор получил название «Интоксикация (отравление)».

Таблица 35

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе больных наркоманией, вошедшие в четвертый фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|------------|--------------------|
| Отравление | 0,58 |
| Биение | 0,57 |
| Удушье | 0,55 |
| Тошнота | 0,51 |
| Лихорадка | 0,50 |

Пятый фактор (2,4% дисперсии) также, как и четвертый, содержит слова, описывающие соматические ощущения (Таблица 36).

Поскольку, слова, вошедшие в этот фактор соответствуют ощущениям, возникающим при лихорадочных состояниях, этот фактор был назван «Лихорадка».

Таблица 36

Дескрипторы интрацептивных ощущений в группе больных, вошедшие в пятый фактор

| Слова | Факторные нагрузки |
|---------|--------------------|
| Знобить | 0,62 |
| Дрожь | 0,58 |
| Зуд | 0,52 |
| Жар | 0,50 |

Таким образом, факторный анализ данных, полученных по методике «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» показал различия в способах структурирования внутреннего опыта больных наркоманией и «здоровых».

Прежде всего, обращает на себя внимание то, что в группе «здоровых» первый фактор, имеющий максимальный процент объясненной им дисперсии, отражает болезненные соматические ощущения, а второй по значимости фактор – эмоционально-негативные ощущения. Эти факторы имеются и у больных наркоманией, но они не являются ведущими. Можно предположить, что в норме осознание телесности происходит в основном при наличии каких-либо неприятных соматических или эмоциональных состояний.

У больных наркоманией на первом месте находятся ощущения, связанные с получением удовольствия – это первый основной фактор, объясняющий 30,8% всей дисперсии. Подобный фактор выделился и у «здоровых», но он не является ведущим и объясняет лишь 5,6% дисперсии.

Таким образом, больные наркоманией осознают и воспринимают свою телесность в основном через приятные, гедонистические переживания.

Необходимо также отметить, что болезненные соматические ощущения занимают второстепенное положение в телесном опыте больных наркоманией

и связываются в основном с интоксикационными состояниями. После гедонистических ощущений, наибольшее значение имеют сенестопатические и эмоционально негативные переживания, которые нередко сопровождают синдром отмены наркотиков и являются для них более мучительными, чем другие болезненные соматические ощущения.

В целом, можно предположить, что у здоровых людей и больных наркоманией существуют различные стратегии внутреннего опыта. Здоровые, оценивая свой телесный опыт, ориентируются, прежде всего, на негативные ощущения, а для больных наркоманией важнее различные формы переживания удовольствия.

Проведенное нами экспериментально-психологическое исследование на группе больных опийной наркоманией и контрольных группах сравнения (учащихся ПТУ, военного училища и группе «здоровые») показало наличие психологических предпосылок для рискованного поведения среди потребителей наркотиков.

При этом можно отметить, что учащиеся ПТУ наиболее близки по психопатологическим характеристикам к группе больных наркоманией, чем представители других групп сравнения. Наибольшее сходство между учащимися ПТУ и потребителями наркотиков наблюдается по шкалам “интерперсональная сенситивность” и “депрессия”.

Исследование видов рискованного поведения с помощью анкеты показало, что по социально-демографическим характеристикам группы больных наркоманией и учащихся ПТУ достаточно однородны, а полученные по некоторым пунктам статистически значимые различия между ними объяснимы некоторой разницей в возрасте.

По медицинскому разделу анкеты было показано, что для больных наркоманией характерны инфекции, связанные с потреблением наркотиков и передаваемые парентеральным путем (т.е. гепатиты), а также пневмонии и туберкулез, которые могут выступать в качестве оппортунистических инфекций при ВИЧ-инфекции.

На наличие психопатологических или неврологических расстройств также достоверно больше указывали больные наркоманией, чем учащиеся ПТУ.

Учащиеся ПТУ наиболее часто отмечали бессонницу, а больные наркоманией – нарушения поведения, под которыми подразумевались конфликты в школе со сверстниками и учителями, побеги из дома, бродяжничество и т.п.

В разделе анкеты, посвященном образу жизни показано, что больные наркоманией больше, чем учащиеся ПТУ, предпочитают богемный образ

жизни, они больше путешествуют, больше склонны участвовать в мероприятиях, отражающих определенные социальные настроения (митинги, демонстрации и т.п.). В то же время учащимся ПТУ в большей мере, чем больным наркоманией свойственны различные формы организованного досуга (спорт, рыбалка, совместные праздники и др.).

Образ жизни больных наркоманией, по сравнению с учащимися ПТУ, носит менее структурированный и организованный характер, у них мало стандартных, социализированных форм досуга. Виды досуга, которые они предпочитают, не связаны с выполнением какой-либо деятельности.

Аналогичные результаты получены и по разделу, посвященному различным видам рискованного поведения. Так, больные наркоманией больше имеют долгов и больше тратят деньги, чем учащиеся ПТУ. В то же время получение острых ощущений через азартные игры и посещение платных спортивных мероприятий для них менее характерно. Любая игра, в том числе азартная, кроме того, что она позволяет получить «острые» ощущения, предполагает еще и выполнения вполне определенной деятельности. И мы видим, что больные наркоманией, меньше, чем представители группы сравнения, вовлекаются в подобные виды деятельности.

В сфере физического риска больные наркоманией несмотря на явную потребность в активности также не склонны реализовывать ее в каких-либо социально-структурированных формах.

Однако по разделу «Несчастные случаи» потребители наркотиков достоверно чаще оказывались жертвами дорожных происшествий, несчастных случаев на работе и передозировок лекарственных средств или наркотиков. Они чаще обжигаются и указывают на большее количество суицидных попыток. Таким образом, тенденция попадать в опасные ситуации у больных наркоманией выражена больше, чем у учащихся ПТУ.

Можно предположить, что неспособность больных наркоманией реализовывать потребность в активности в конкретных видах деятельности приводит к тому, что они становятся подверженными различным случайным происшествиям.

Больным наркоманией также явно свойственна социальная расторможенность. Практически по всем видам рискованного социального поведения они значительно превосходят учащихся ПТУ.

В сфере межличностных контактов они легко знакомятся с первым встречным, им нравится шокировать окружающих своей речью и внешним видом.

В области нарушений правопорядка потребители наркотиков предпочитают ездить зайцем, легко могут оказаться за рулем в нетрезвом

виде и подвергались различного рода судебным разбирательствам. Около трети из них были в заключении или имели приводы в милицию.

Данные по разделу «Наркотики» показали, что учащиеся ПТУ в большинстве своем знакомы с наркотическими веществами и подтвердили общепринятые представления о поисковом подростковом полинаркотизме, так как опрошенные подростки указывали сразу на несколько попробованных ими веществ. Необходимо также отметить, что в настоящее время молодое поколение все более активно приобщается к употреблению наркотиков, так как спектр употребляемых ими веществ оказался значительно шире, чем в группе больных наркоманией, которые были вовлечены в наркотизацию на несколько лет раньше.

Несмотря на то, что в большинстве случаев мы имеем дело с несистематическим приемом и даже единичными пробами, нужно отметить, что даже изредка пробующие наркотики, общаются с лицами зависимыми от наркотиков, которые могут стать для них источником ВИЧ-инфекции. При этом риск ВИЧ-инфицирования достаточно велик в связи с тем, что, как правило, в первый раз наркотик вводится не самостоятельно, а более опытным потребителем, и в этой ситуации не всегда можно проконтролировать стерильность шприца и иглы.

Риск усугубляется еще и тем, что часто используется кустарно приготовленный, не стерильный раствор, потребление носит групповой характер, забор раствора в шприц осуществляется из общей емкости и одной иглой.

В группе больных наркоманией опрос показал, что они в значительной степени подвержены риску ВИЧ-инфицирования при внутривенном введении наркотиков. Только 17,07% из них указали на то, что никогда не пользуются чужими иглами и шприцами при введении наркотиков. 9,76% пользуются чужими шприцами регулярно и 70,73% - в исключительном случае. При этом мало, кто из них, выразили уверенность в стерильности употребляемого инструментария.

В качестве основного мотива использования чужого шприца чаще всего выступает отсутствие своего, на определенные групповые нормы в этом отношении указывают менее 10% опрошенных.

Таким образом, данные, полученные по этому разделу анкеты, наглядно продемонстрировали, что больные наркоманией подвержены риску ВИЧ-инфицирования при внутривенном введении наркотиков. Многим учащимся ПТУ свойственно рискованное наркотическое поведение и, соответственно, также грозит опасность ВИЧ-инфицирования.

Оценка уровня информированности о ВИЧ-инфекции и связанного с ним поведения показал, что учащиеся ПТУ хуже, чем больные наркоманией осведомлены о ВИЧ-инфекции, но все же хорошо представляют себе угрозу заражения этим недугом и больше, чем больные наркоманией, предпринимают реальные действия для ее предупреждения. Они достоверно лучше знают адреса пунктов анонимного тестирования и консультирования по ВИЧ-инфекции. Среди них больше тех, кто обследовался на ВИЧ по собственной инициативе, а не по необходимости при госпитализации, сдаче крови и т.п.

В целом больные наркоманией достаточно осведомлены о ВИЧ-инфекции (больше, чем группа сравнения) и вполне осознают, что имеют повышенный риск заражения из-за своего образа жизни. В то же время они практически не принимают никаких конкретных мер для его предотвращения.

Изучение предпочтений испытуемыми в области средств массовой информации показал, что респонденты обеих групп предпочитают телевидение. У больных наркоманией спектр выбираемых ими передач гораздо беднее, чем у учащихся ПТУ.

В результате факторного анализа данных по анкете было выделено 6 факторов:

- «Структурированный и социализированный поиск ощущений»;
- «Интеллектуальная стимуляция»;
- «Представления о ВИЧ-инфекции»;
- «Степень вовлеченности в употребление наркотиков»;
- «Рискованное употребление наркотиков»;
- «Виктимность».

Есть основания говорить об определенной тенденции к тому, что поведение учащихся ПТУ определяется в основном факторами «Структурированный и социализированный поиск ощущений» и «Интеллектуальная стимуляция», а поведение больных наркоманией факторами «Степень вовлеченности в употребление наркотиков», «Рискованное употребление наркотиков» и «Виктимность».

Хотя больные наркоманией иногда даже лучше информированы о ВИЧ-инфекции, чем учащиеся ПТУ, фактор «Представления о ВИЧ-инфекции» определяет целиком объединенную выборку испытуемых и не чувствителен к составляющим ее группам. В то же время факторы, отражающие особенности рискованного поведения испытуемых (прежде всего «Рискованное употребление наркотиков», а также «Структурированный и социализированный поиск ощущений» и «Интеллектуальная стимуляция»), дифференцируют всю совокупность данных по группам испытуемых. Это

еще раз доказывает, что знания не оказывают прямого влияния на поведение. Рискованное поведение больных наркоманией не определяется недостатком знаний об опасности.

Особое внимание обращают на себя факторы «Структурированный и социализированный поиск ощущений» и «Виктимность». Оба этих фактора включают в себя пункты анкеты из раздела «Рискованное поведение», но отражают разные его аспекты. Несмотря на отсутствие значимых различий по этому фактору между группами, средние ранги факторных значений у больных наркоманией все же выше. Одновременно анализ результатов анкетирования показал, что больным наркоманией хоть и свойственна потребность в активности, она не опредмечивается в конкретных, социализированных видах деятельности. В то же время они чаще, чем учащиеся ПТУ страдают от различных непредвиденных происшествий (дорожные инциденты, производственные травмы, передозировки, суициды). Можно предположить, что неспособность реализовать потребность в острых ощущениях в деятельности приводит к подверженности несчастным случаям («виктимности»), и рискованное наркотическое поведение и опасность заражения ВИЧ-инфекции также являются одним из вариантов неопредмеченного в деятельности поиска ощущений.

Полученные результаты также указывают и на то, что идеальное отреагирование потребности в риске, так называемая «Интеллектуальная стимуляция», не является характерным для больных наркоманией. Это еще раз указывает на возможное наличие у них алекситимии, как фактора, препятствующего знаково-символической переработке внутренних конфликтов, связанных с поиском ощущений.

Изучение различных видов рискованного поведения с помощью методики «Поиск ощущений», содержащей 6 шкал («общая потребность в стимуляции», «поиск впечатлений и приключений», «поиск нового опыта», «социальная расторможенность», «чувствительность к скуке» и «потребность в интеллектуальной стимуляции») показало качественные различия «поиска ощущений» в разных экспериментальных группах.

Сравнение группы больных наркоманией с группой здоровых показало, что у них наблюдаются более высокие показатели по шкалам «поиск нового опыта» и «социальная расторможенность» и более низкие показатели по шкале «потребность в интеллектуальной стимуляции».

Шкалы «поиск нового опыта» и «социальная расторможенность» отражают склонность индивидов к отреагированию потребности в ощущениях в сфере социальных отношений, в то время как шкала «потребность в интеллектуальной стимуляции» отражает знаково-символическую форму отреагирования. Таким образом, для больных

наркоманией, по сравнению со здоровыми, более характерно реализовывать потребность в ощущениях через столкновение с социумом, чем в знаково-символических формах.

Сравнение группы больных наркоманией с учащимися ПТУ показало различия только по шкале “потребность в интеллектуальной стимуляции”, по которой у учащихся ПТУ более высокие значения.

Сравнение больных опийной наркоманией с учащимися военного училища показало, что у “военных” выше значения по шкалам “поиск впечатлений и приключений” и “потребность в интеллектуальной стимуляции”, а у больных наркоманией выше значения по шкалам “поиск нового опыта” и “социальная расторможенность”.

Таким образом, учащиеся военного училища больше склонны к физическому риску, а больные наркоманией – к социальному. Будущие военные также в большей степени способны к реализации потребности в ощущениях в знаково-символической форме.

В целом больные наркоманией и учащиеся ПТУ больше склонны к поиску ощущений в социальной сфере, тогда как учащиеся пограничного училища – к физическому риску.

Данные, полученные по группе больных наркоманией, подтверждают результаты, полученные с помощью анкетирования. Из всех видов рискованного поведения им наиболее свойственны те, которые не предполагают включенности в какую-либо социальную деятельность. В наибольшей степени им свойственная «социальная расторможенность» – получение острых ощущений через столкновение с социальными нормами.

Учащиеся ПТУ обнаруживают наиболее сходные показатели “поиска ощущений” с группой больных наркоманией. Подобное психологическое сходство и значительный процент среди них тех, кто уже попробовал наркотики, позволяет рассматривать их как группу риска в отношении заболевания наркоманией.

Оценка уровня когнитивной дифференцированности больных наркоманией методикой «Спрятанные фигуры» выявила их значительно более высокую степень полезависимости по сравнению со здоровыми.

Поскольку когнитивный стиль считается индивидуальной характеристикой и мало подвержен коррекции, мы полагаем, что высокая полезависимость больных опийной наркоманией является скорее не приобретенной вследствие длительной наркотической интоксикации характеристикой, а присущей им преморбидно особенностью организации их телесного опыта.

Полученные данные указывают на низкую дифференцированность внутреннего опыта потребителей наркотиков. Это приводит к повышенной

потребности во внешней стимуляции, в качестве которой и выступают наркотики.

Предположение о наличии у больных наркоманией алекситимии, как причины неспособности к отреагированию потребности в острых ощущениях в знаково-символических формах, проверялось методикой «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений». По результатам этой методики был осуществлен как анализ средних групповых значений, так и факторный анализ данных отдельно по группе больных наркоманией и отдельно по группе здоровых.

При анализе средних групповых значений подсчитывались абсолютные показатели количества слов в каждом выборе и относительные, выражающие процент от количества слов, оставшихся после предыдущего этапа теста. Оба вида подсчета показали, что больные наркоманией на всех этапах теста выбирают заведомо большее количество слов, чем испытуемые контрольной группы.

Частотные распределения количества дескрипторов интрацептивных ощущений, показали что в группе «здоровых» конкретизация инструкции на 3-6 этапах, по сравнению с первыми двумя, приводит к явному уменьшению количества выбранных слов и большей однородности групповых результатов. В группе же больных наркоманией такая тенденция выражена очень слабо.

Этот факт указывает на большой уровень неопределенности и диффузности словаря интрацептивных ощущений у больных наркоманией. В отличие от классического представления об алекситимии, когда у субъекта отсутствуют слова для описания внутренних ощущений, здесь мы сталкиваемся с явлением иного рода. Наши испытуемые, наоборот, выбирают избыточное количество слов для описания своих ощущений.

Можно предположить, что в этом случае речь идет не о классической алекситимии, определяющейся отсутствием или бедностью соответствующего внутреннему опыту словаря, а об особом варианте алекситимии, как «затруднении от избыточности слов», связанной со слабой структурированностью этого словаря. Затруднения в вербализации внутреннего опыта в этом случае есть следствие не отсутствия слов, а затруднений при выборе подходящих. Данные о диффузности и неструктурированности словаря интрацептивных ощущений согласуются с результатами методики «Спрятанные фигуры», также указывающими на слабую дифференцированность внутреннего опыта больных опийной наркоманией.

Факторный анализ данных, полученных при проведении методики «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» был осуществлен с целью выявления семантических критериев, структурирующих внутренний опыт

испытуемых. В результате факторизации данных по группе «здоровых» выделились 4 интерпретируемых фактора:

- «болезненные соматические ощущения»;
- «эмоционально-негативные (депрессивные) ощущения»;
- «приятные ощущения» или «удовольствие»;
- «мучительные ощущения».

В группе больных наркоманией было выделено пять интерпретируемых факторов:

- «приятные ощущения» или «удовольствие»;
- «сенестопатические ощущения»;
- «эмоционально-негативные (депрессивные) ощущения»;
- «интоксикация (отравление)»;
- «лихорадка».

Таким образом, факторный анализ данных, полученных по методике «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» показал различия в способах структурирования внутреннего опыта больных наркоманией и «здоровых». В группе «здоровых» первый фактор, имеющий максимальный процент объясненной им дисперсии, отражает болезненные соматические ощущения, а второй по значимости фактор – эмоционально-негативные ощущения. Таким образом, в норме осознание телесности происходит в основном при наличии каких-либо неприятных соматических или эмоциональных состояний.

Эти факторы имеются и у больных наркоманией, но они не являются ведущими. У них на первом месте находятся ощущения, связанные с получением удовольствия. «Приятные ощущения» или «удовольствие» – это первый основной фактор. Этот фактор есть у «здоровых», но он не является главным. Таким образом, больные наркоманией осознают и воспринимают свою телесность в основном через приятные, гедонистические переживания.

Болезненные соматические ощущения в телесном опыте больных наркоманией занимают второстепенное положение, связываясь, в основном, с интоксикационными состояниями. После гедонистических ощущений, наибольшее значение для них имеют сенестопатические и эмоционально-негативные переживания, которые нередко сопровождают синдром отмены наркотиков и являются более мучительными, чем другие болезненные соматические ощущения.

В целом, можно предположить, что у здоровых людей и больных наркоманией существуют различные стратегии внутреннего опыта. Здоровые, оценивая свой телесный опыт, ориентируются, прежде всего, на негативные ощущения, а для больных наркоманией важнее различные формы переживания удовольствия.

Ориентация на переживание удовольствия также затрудняет рефлексию негативных последствий рискованного поведения и в отношении употребления наркотиков, и в отношении возможности заражения ВИЧ-инфекцией. Такая стратегия оценки внутреннего опыта является еще одним психологическим фактором риска наркотизации и ВИЧ-инфекции.

Результаты данного исследования могут быть использованы в различных областях профилактики ВИЧ-инфекции и наркомании.

Так, данные анкетного опроса о предпочитаемых средствах массовой информации могут быть использованы при разработке просветительских материалов и их размещении в различных изданиях, теле- и радиопередачах.

Также показано, что одной просветительской работы недостаточно, и необходимо развивать такие формы работы с молодежью, которые помогали бы им реализовывать склонность к «острым ощущениям» в социально приемлемых видах деятельности и активно вовлекать их в структурированные формы досуга. С помощью апробированных в работе методик можно дифференцировать лиц, наиболее подверженных риску наркотизации и ВИЧ-инфекции, чтобы более целенаправленно осуществлять коррекцию рискованного поведения.

Данные о высокой степени полезависимости больных наркоманией, диффузности и низкой структурированности их внутреннего опыта позволяет по-новому взглянуть на проблему психотерапевтической работы с ними. Несмотря на то, что психотерапия признается одной из наиболее важных составляющих лечения зависимостей, очень часто она не дает желаемых результатов. Возможно, это связано с тем, что большинство психотерапевтических методов ориентировано на осознание и проработку внутренних невротических конфликтов «Я». Но наркотическое поведение, возникшее в результате «поиска ощущений» не является «невротическим» в том смысле, что его причиной был внутренний конфликт. С другой стороны, нечеткость границ «Я», обусловленная высокой степенью полезависимости, и диффузность интрацептивного опыта у потребителей наркотиков могут затруднять поиск внутренней опоры для овладения проблемным поведением. Вероятно, поэтому наиболее эффективными психотерапевтическими методами лечения зависимостей в настоящее время являются те, которые предоставляют пациентам внешние средства (например, различные виды «кодирования», программа «Двенадцать шагов» и т.п.). Однако эта точка зрения в настоящее время является дискуссионной и требует дополнительной проверки.

Глава 3. Социально-психологические проблемы профилактики ВИЧ-инфекции

Одной из кардинальных проблем профилактики наркологических заболеваний является поиск истоков вовлечения в наркотизацию и выявление факторов, приводящих к началу и систематическому потреблению ПАВ. Эффективная профилактика ВИЧ-инфекции среди наркологических контингентов невозможна без учета комплекса социальных, медицинских, поведенческих и психологических факторов, влияющих на потребление ПАВ.

Это положение послужило основанием для проведения социологического исследования лиц, употребляющих наркотики. Всего обследовано по специально разработанной программе 116 человек - 52 мужчины и 64 женщины, находившихся на стационарном лечении в двух московских наркологических клиниках. Возраст обследованных не превышал 40 лет, средний возраст мужчин составлял 21,4 и женщин – 22,7 года; при этом 73% мужчин были в возрасте от 15 до 24-х лет, 86% женщин - от 16 до 30 лет. Состояли в браке 10 (19,2%) мужчин и 19 (30,6 %) женщин; жили в семье родителей 38 (73,08%) мужчин и 37 (59,7%) женщин; одиноками оказались 4 (7,7%) мужчины и 9 (14,5%) женщин. Подавляющее большинство обследованных имели среднее или незаконченное среднее образование; только 10 (19,2%) мужчин и 4 (6,5%) женщины имели постоянную работу, а 28 (53,9%) мужчин и 38 (61,3%) женщин считались безработными. Более трети опрошенных указали на отсутствие профессии.

В ответах на вопросы о причинах начала наркотизации⁵ можно выделить несколько наиболее часто встречающихся объяснений: “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 (29%; 45%), «первитин»

⁵ Бузина Т.С., Должанская Н.А., Андреев С.А., Харькова Н.В. Социальные и поведенческие проблемы употребления наркотиков и профилактика ВИЧ-инфекции. \\ Вопросы наркологии. 1997. № 3. С.60-67

(17%; 21%), гашиш (7,7%; 4,8%) и др. Кроме этого, спектр веществ “первых проб” у женщин был представлен еще и циклодолом, «экстази», снотворными препаратами и др.

У всех обследованных нами больных выявлялась 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.

26 (51,9%) мужчин и 46 (77,4%) женщин первое наркотическое вещество 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.

Данные наших исследований⁶ подтверждают 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».

Для осуществления профилактических и лечебных мероприятий необходимо выяснение индивидуальных причин, приводящих к потреблению психоактивных веществ и понимание механизмов вовлечения в наркотизацию.

⁶ Бузина Т.С., Должанская Н.А., Андреев С.А., Харьковская Н.В. Социальные и поведенческие проблемы употребления наркотиков и профилактика ВИЧ-инфекции. \\\ Вопросы наркологии. 1997. № 3. С.60-67

Опрашивая респондентов о наиболее привлекательных для них свойствах наркотиков и об их представлениях о негативных последствиях употребления ПАВ, мы определили⁷, что наиболее значимыми были 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 «стараятся 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 18 (29%) женщин и 7 (13,5%) мужчин. В плане профилактики ВИЧ-инфекции важное значение имеет проблема своевременности принятия лечебных мер.

Опрос показал, что с момента начала наркотизации до первого обращения к специалисту у 36 (69%) мужчин и 38 (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. Имели предшествующий опыт обращения к наркологам в диспансеры и стационары 34 (65,4%) опрошенных мужчин и 49 (76,6%) женщин.

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 и др. 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

⁷ Бузина Т.С., Должанская Н.А., Андреев С.А., Харьковская Н.В. Социальные и поведенческие проблемы употребления наркотиков и профилактика ВИЧ-инфекции. \\ Вопросы наркологии. 1997. № 3. С.60-67

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 приобретает шприцы без затруднения в аптеках. Однако условия использования шприцов и их обработки свидетельствуют о высоком риске ВИЧ-инфицирования опрошенных. 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 создают реальную угрозу распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков.

Несмотря на знание частью больных необходимых мер предосторожности при использовании игл и шприцов (25% мужчин и 52% женщин), реально изменить практику введения наркотиков из-за угрозы заражения ВИЧ-инфекции смогли лишь 2% мужчин и 18% женщин. Остальные или категорически отказывались что-либо менять, или вообще не отвечали на соответствующие вопросы.

Отказались от инъекций в связи со страхом заражения 12% мужчин и 8% женщин, и лишь 2% мужчин и 3% женщин хотели бы получить знания по безопасному введению наркотиков. Считали целесообразным внедрение практики обмена игл и шприцов 25% мужчин и 15% женщин. В то же время почти 80% всех опрошенных полагали, что следует бесплатно снабжать наркоманов одноразовыми шприцами, а 67% мужчин и 32% женщин считали, что такая услуга должна быть платной. При этом многие больные не смогли ответить, стали ли бы они, в случае существования пунктов обмена игл и шприцов, прибегать к их услугам⁸.

Обращает на себя внимание и тот факт, что, вопреки существующим в России запретам, у 31% мужчин и 45% опрошенных женщин был опыт

⁸ Бузина Т.С., Должанская Н.А., Андреев С.А., Харьковская Н.В. Социальные и поведенческие проблемы употребления наркотиков и профилактика ВИЧ-инфекции. \\ Вопросы наркологии. 1997. № 3. С.60-67

использования метадона. Однако был ли это действительно официальный метадон – неизвестно. В проблеме профилактики наркологических заболеваний и ВИЧ-инфекции существенная роль принадлежит правовым аспектам. Респонденты продемонстрировали, с одной стороны, неоднозначность в понимании и оценке правовых проблем, связанных с потреблением наркотиков и распространением ВИЧ, с другой стороны - их явно недостаточную проработанность и дефицит необходимой официальной информации. Подавляющее большинство опрошенных мужчин и женщин (76,9% и 67,7% соответственно) считали целесообразным выдавать больным наркоманиями наркотики под врачебным контролем и, таким образом, как бы поддерживали принципы заместительной терапии. Не согласны с возможностью преследования по закону за употребление наркотиков 65,4% мужчин и 61,3% женщин. Однако считали допустимым принудительное лечение больных наркоманией 42,3% мужчин и 38,7% женщин и принудительное обследование на ВИЧ-инфекцию 86,5% мужчин и 88,7% женщин. Проведенное исследование позволило очертить круг вопросов, остро нуждающихся в скорейшем разрешении в связи с разработкой конкретных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей психоактивных веществ.

Прежде всего, это профилактика раннего приобщения к ПАВ среди детей и подростков, включая поиск путей «внедрения» адекватной и эффективной информации о последствиях потребления наркотических веществ, способы предотвращения перехода единичных проб в систематическую наркотизацию и другие ее аспекты.

Далее, это психологическая помощь и поддержка лицам в подростковом и юношеском возрасте для выработки альтернативных наркотизации форм получения положительных эмоций и формирования осознанного отношения к проблемам потребления ПАВ. Серьезного внимания заслуживают и проблемы женского наркотизма. Результаты опроса свидетельствуют об отсутствии у потребителей наркотических веществ стабильной модели поведения, что значительно усложняет разработку профилактических мероприятий и требует гибкого подхода, учитывающего всю совокупность эмоциональных и других психологических и поведенческих факторов.

В случае возникновения зависимости чрезвычайно важно стимулировать как можно более раннее обращение за медицинской помощью. Таким больным необходимы социальная и юридическая поддержка. В связи с высоким риском ВИЧ-инфицирования очень важно формировать и у специалистов-наркологов, и у самих пациентов адекватное, научно-обоснованное, серьезное отношение к вопросам снижения вреда от немедицинского потребления наркотиков.

Глава 4. Подростки: употребление наркотиков и парентеральные инфекции

Многочисленные исследования показали, что у 60-75% взрослых больных наркоманиями первый прием наркотиков приходится на несовершеннолетний возраст (Драган Г.Н., 1997). Опрос, проведенный нами среди больных наркоманией, показал, что у мужчин самые первые пробы наркотических веществ приходились на возраст от 12 до 23 лет, наиболее часто это происходило в интервале от 14 до 16 лет, а систематическая наркотизация начиналась в интервале от 15 до 20 лет. Среди женщин первые пробы были отмечены уже в 11 лет, но основная масса опрошенных попробовали наркотики в возрасте от 13 до 20 лет, а систематически начали употреблять в 15-20 лет. У мужчин средний возраст первых проб - 14 лет, у женщин - 17,6. Возраст начала систематической наркотизации в среднем по всем опрошенным составил 16,5 лет; среди мужчин -14,7 года, среди женщин - 18 лет (Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А. и др.,1997). Таким образом, "взрослая" наркомания в основном формируется в подростковой среде, а сами подростки являются группой повышенного риска наркотизации по сравнению с другими группами населения.

В Санкт-Петербурге в результате опроса 360 школьников и 270 студентов медицинских колледжей было выявлено, что около 1/4 опрошенных (21% школьников и 27%) студентов имели опыт употребления наркотических веществ. При этом 13% от имевших наркотический опыт употребляли наркотики регулярно. Распределение по возрастным группам подростков, пробовавших наркотические вещества, представлено в Таблице 37 (Платошина О.В., Афанасьев В.С., 1997).

Таблица 37

Распределение по возрастным группам подростков, пробовавших наркотические вещества

| Возрастная группа | 13-14 лет | 15-16 лет | 16-17 лет |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|
| % употребляющих наркотики | 16% | 25% | 25% |

По результатам исследования подростков, подробно изложенного в предыдущей главе, только 22% респондентов не пробовали никаких психоактивных веществ (кроме табака). Наибольшее количество учащихся ПТУ на момент опроса пробовали алкоголь - 70,8%. На втором месте - производные конопли (35,9%). Однако только алкоголь употребляли лишь 28,3%, остальные наряду с ним пробовали от одного до нескольких различных ППВ. (Должанская Н.А., Бузина Т.С., Лозовская И.С.,1996)

Обращает на себя внимание спектр употребляемых подростками веществ. Достаточно тревожным представляется тот факт, что дорогостоящий, сильный, вызывающий быстрое привыкание наркотик - героин - оказался на третьем месте (16,8%). (Должанская Н.А., Бузина Т.С., Лозовская И.С., 1996).

С самого начала развития эпидемии ВИЧ-инфекции в России в 1996 году преобладающим путем ее передачи является парентеральный. В 1998 году путь передачи более чем в 90% новых случаев - это внутривенное введение наркотиков. В настоящее время стал распространяться и гетеросексуальный путь передачи ВИЧ, но пока парентеральный путь остается ведущим (около 70% случаев заражения). Столь стремительное распространение ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков определяется условиями и способами введения и приготовления наркотических растворов. Прежде всего, среди потребителей наркотиков широко распространено групповое употребление: то есть используются общие иглы и шприцы, готовится общий на всех раствор. В этих условиях заражение может происходить как при совместном многократном использовании одних и тех же игл и шприцов разными потребителями, так и при наборе наркотического раствора в шприц из общей емкости. Общий раствор может быть инфицирован как через загрязненный шприц зараженного наркомана, так и в результате особого способа приготовления раствора, когда туда добавляется кровь. Распространена также практика продажи уже готовых, кустарно приготовленных наркотиков, прямо в шприце, при этом нередки случаи, когда покупатель отдает продавцу взамен свой, отнюдь нестерильный, шприц.

Проведенный нами опрос⁹ больных наркоманией показал, что только 17,07% из них никогда не пользовались чужими иглами и шприцами при введении наркотиков. 9,76% пользуются чужими шприцами регулярно, а 70,73% - утверждают, что используют их в исключительном случае. При этом уверенность в стерильности употребляемого инструментария выразили только 28,95% больных наркоманией. (Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А. и др., 1997)

В качестве основного мотива использования чужого шприца чаще всего указывалось на отсутствие своего (72,50%), на определенные групповые нормы в этом отношении сослались только 7,50% опрошенных; 15% не думали о возможности заражения ВИЧ-инфекцией таким способом.

⁹ Н.А. Должанская, Т.С. Бузина Употребление наркотиков подростками и риск парентеральных инфекций. \ Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 1999, № 6, с.23-26

Не менее угрожающей, а в некоторых случаях даже более опасной, является ситуация с распространением среди потребителей наркотиков парентеральных гепатитов В и С. В 1996 году внутривенные потребители наркотиков составляли 22,8% от всех случаев инфицирования гепатитом В и 33,8% от всех случаев инфицирования гепатитом С. В 1997 году эти показатели составили 33,8% и 56,4% соответственно. По данным исследования, проведенного во 2-й клинической инфекционной больнице г. Москвы не менее, чем у 42% их пациентов, у которых были выявлены маркеры парентеральных гепатитов, при этом наиболее вероятным способом заражения было немедицинское употребление ПВ (Покровский В.В., Кожевникова Г.М., 1998).

В настоящее время вирусный гепатит В наиболее интенсивно распространяется в возрастных группах 15-19 лет и 20-29 лет. По данным исследователей из Санкт-Петербурга более 40% потребителей ПВ с диагнозами вирусный гепатит В и С приходятся на возрастную группу 15-19 лет. При этом отмечается, что 87,3% больных парентеральными гепатитами употребляли наркотики в течение последних 6-12 месяцев, из них 28,8% - ежедневно, а 58,5% - эпизодически, а (Кожевникова Г.М., Шамов А.С., Славутская О.Б., 1997).

Особый акцент следует сделать на наиболее характерном для подростков эпизодическом приеме наркотиков. Есть многочисленные данные, которые указывают на то, что в ряде случаев эпизодический прием может быть даже более значимым для распространения инфекций. В 1996 году на совещании руководителей Центров по профилактике и борьбе со СПИДом (Саратов, 23-24 октября) отмечалось, что до 60% случаев ВИЧ-инфицирования в результате внутривенного введения наркотиков приходилось не на систематическое, а эпизодическое и случайное употребление наркотиков (В России..., 1996). Впервые пробующие и эпизодически употребляющие наркотики не относят себя к группам повышенного риска и психологически бывают не готовы принять необходимые меры безопасности.

Именно эпизодическое употребление в наибольшей степени свойственно подросткам, для которых характерен поисковый наркотизм, и они пробуют различные ПВ. 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 показал¹⁰, что при групповом употреблении наркотиков только 5% начинающих имели возможность первыми ввести себе наркотик, в то время как среди наркоманов со стажем доля таких лиц была больше и составила 18,8% (Кожевникова Г.М., Шамов А.С., Славутская О.Б., 1997).

Наш опрос учащихся ПТУ 11, кроме отношения к наркотикам, был посвящен также знаниям и поведению по отношению к ВИЧ-инфекции. Полученные результаты сравнивались с данными аналогичного опроса среди больных наркоманией со стажем. Поскольку многие из учащихся ПТУ пробовали различные психоактивные вещества, то мы можем говорить о сравнении группы эпизодических потребителей с группой постоянных потребителей наркотиков.

Данные исследования показали, что в целом наблюдается тенденция к тому, что эпизодические потребители наркотиков меньше осведомлены о ВИЧ-инфекции, чем постоянные. При употреблении наркотиков основной вклад в развитие эпидемии ВИЧ-инфекции вносит парентеральный путь передачи, но не менее значим и половой.

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-ти 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 Г.М., Шамов А.С., Славутская О.Б., 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 ВИЧ-инфекцией - половой и внутривенный. Все это свидетельствует о настоятельной необходимости профилактики среди подростков как употребления наркотиков, так и связанных с ним парентеральных инфекций. Рискованное поведение в отношении наркотических веществ является также рискованным и в отношении ВИЧ-инфекции, и гепатитов В и С и других заболеваний, передающихся половым путем и через кровь (ЗППП). Поэтому в настоящее

¹⁰ Н.А. Должанская, Т.С. Бузина Употребление наркотиков подростками и риск парентеральных инфекций. \ Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 1999, № 6, с.23-26

¹¹ Н.А. Должанская, Т.С. Бузина Употребление наркотиков подростками и риск парентеральных инфекций. \ Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 1999, № 6, с.23-26

время невозможно осуществлять профилактику наркотического поведения без профилактики этих инфекций.

В подростковом возрасте необходима первичная профилактика употребления наркотиков. Неупотребление наркотиков - лучший вид профилактики ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С и других ЗППП. Знания об этих опасных инфекциях и навыки предохранения от них могут послужить аргументом в пользу неупотребления ПВ. 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.

Профилактическую работу необходимо также проводить среди эпизодических потребителей наркотиков и среди тех, кто уже попал в зависимость.

Глава 5. Семейный фактор в формировании здорового образа жизни подростков

Практически все современные профилактические программы для подростков и молодежи включают в себя модули, ориентированные на работу с их семьями. Молодые люди 15-18-лет, как правило, еще находятся под влиянием родителей, и роль семейного фактора в формировании их привычек, поведения и отношения к различным формам общественного сознания в этом возрасте достаточно велика.

Для изучения особенностей формирования в семьях навыков здорового образа жизни подростков был проведен опрос учащихся одного московского ПТУ и их родителей. Им был предложен перечень вопросов, отражающих отношение в семьях к здоровью подростков, организации их досуга; занятиям спортом и др. Выявлялась распространенность вредных привычек и различных форм рискованного поведения среди детей и информированность о них родителей. Была также предпринята попытка оценить степень влияния на подростков современной рекламы табака, пива и алкоголя.

Всего были опрошены 146 учащихся ПТУ (93 юноши и 53 девушки) в возрасте от 14 до 19 лет (средний возраст $15,96 \pm 0,08$) и 93 человека их родителей: 9 отцов и 84 матери. Средний возраст родителей составил $41,77 \pm 0,72$ лет.

Социальная характеристика и образ жизни опрошенных.

Условия жизни подавляющего большинства учащихся были удовлетворительными: около 80% подростков воспитывались в полных семьях и проживали в отдельных квартирах. В большинстве семей (61%) было двое детей. Семей с одним ребенком было 21%, с тремя детьми - 16%, а в одной семье воспитывалось пятеро детей.

Среднее и среднее специальное образование было у 80% родителей. Работали в государственных учреждениях 60% родителей; в частных - 22%; имели свой бизнес или занимались торговлей - 2,1%. Домохозяйка было 8,5%, пенсионеров - 3,2%.

Сравнение ответов детей и родителей о некоторых сторонах образа жизни учащихся показало, что практически третья часть всех опрошенных подростков не имела никаких увлечений, что косвенно подтверждается и тем, что 30,8% родителей мальчиков и 41,4% родителей девочек никак не ответили на этот вопрос.

Юноши отдавали предпочтение занятиям спортом, техническому творчеству, занятиям с компьютером; девушки чаще занимались

деятельностью, связанной с искусством (рисование, музыка и танцы) (Таблица 38). Юноши чаще, чем девушки занимались спортом регулярно - 24,7% и 7,6% соответственно.

Обращает на себя внимание резко сниженный интерес учащихся к чтению книг: так среди юношей только 1,08% (т.е. практически 1 человек!), сказал, что любит читать книги, и среди девушек таких было 3,8%, и о таком положении вещей знали и их родители.

Просмотр телепередач не нашел никакого отражения в ответах учащихся, в то время как родители отметили, что 4,6% юношей и 17,2% девушек проводили свободное время у телевизора.

Таблица 38

Увлечения детей и представление о них родителей

| Увлечения | Юноши | Девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|------------------------|-------|---------|-----------------|------------------|
| Нет увлечений | 29,03 | 32,08 | 0,0 | 0,0 |
| Компьютер | 6,46 | 1,89 | 35,4 | 0,0 |
| Искусство | 7,5 | 34,0 | 6,2 | 17,2 |
| Техническое творчество | 6,5 | 0,0 | 7,7 | 0,0 |
| Спорт | 34,4 | 13,2 | 33,9 | 10,3 |
| Отдых и развлечения | 9,8 | 11,4 | 7,7 | 24,1 |
| Туризм | 3,23 | 3,8 | 1,5 | 0,0 |
| Коллекционирование | 1,08 | 1,89 | 0,0 | 0,0 |
| Чтение книг | 1,08 | 3,77 | 6,2 | 6,9 |
| Просмотр телепередач | 0,0 | 0,0 | 4,6 | 17,2 |
| Разное | 5,38 | 3,77 | 0,0 | 6,9 |
| Не ответили | 0,0 | 0,0 | 30,8 | 41,4 |

Рискованное поведение

Проблемное поведение подростков в школе, до поступления в ПТУ, может служить определенным показателем склонности к различным видам риска. Так, проблемы с поведением в школе, по словам учащихся, были у 53,8% юношей и 43,4% девушек, что существенно расходилось с ответами их родителей. (Таблица 39). Такое расхождение может быть связано с недостаточной информированностью родителей или их нежеланием демонстрировать семейные проблемы. Такая «скрытность» особенно проявилась у родителей девушек в вопросе о побегах из дома.

Таблица 39

Проблемное поведение учащихся в школе и представление о нем родителей

| Проблемы в школе | Юноши | Девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|-----------------------|-------|---------|-----------------|------------------|
| Проблемы с поведением | 53,8 | 43,4 | 32,31 | 13,8 |
| Побеги из дома | 11,8 | 20,8 | 4,6 | 0 |

В то же время о наличии проблем с воспитанием ребенка дали утвердительный ответ 23,1% родителей юношей и 31,03% родителей девушек.

Отношение к психоактивным веществам.

Курение табака относится к наиболее распространенной форме употребления легальных психоактивных веществ (ПАВ). В опрошенных семьях курящих отцов было 61,6%, матерей - 22,6%, братьев и сестер - 33,6%. Семей, в которых никто не курил, было 15,7%.

Сравнительные данные о распространенности курения среди подростков и информированности об этом их родителей представлены в таблице 40.

Таблица 40

Курение табака учащимися ПТУ и представление об этом их родителей

| Курение табака | Юноши | Девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|-------------------------|-------|---------|-----------------|------------------|
| Не курит | 48,4 | 24,5 | 35,4 | 65,5 |
| 1 сигарета в день | 2,2 | 1,9 | 1,5 | 0,0 |
| 2-5 сигарет в день | 9,7 | 30,2 | 24,6 | 10,3 |
| Более 10 сигарет в день | 36,6 | 34,0 | 9,2 | 0,0 |
| Редко | 3,2 | 9,4 | 0,0 | 0,0 |
| Пробовал | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 3,5 |
| Не знаю | 0,0 | 0,0 | 26,2 | 13,8 |
| Не ответили | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 6,9 |

Прежде всего, обращают на себя внимание различия в ответах учащихся и их родителей. Так 65% родителей девушек считали, что их дочери не курят в то время как, 30,2% девушек выкуривали от 2-х до 5-ти сигарет в день, а 34% - более 10 сигарет в день. Ответы родителей юношей меньше расходились с ответами детей, хотя и они недооценивали количество выкуриваемых детьми сигарет.

Родители юношей считали, что говорить с детьми о вреде курения надо, начиная с возраста 7-10 лет, а родители девушек – с 5-10 лет, и около 80%

утверждали, что говорили с детьми об этом. Но результаты опроса детей показали, что средний возраст начала курения у юношей составил $11,07+0,36$, а у девушек – $13,13 + 0,21$. При этом оценка родительских приоритетов в здоровье детей показала, что проблема курения детей интересовала только 25% родителей юношей и 14% родителей девушек.

Другим легальным психоактивным веществом, широко употребляемым в семьях, является алкоголь. В семьях, где кто-либо из членов семьи злоупотреблял алкоголем, жили 20% юношей и 35% девушек.

Данные таблицы 41 наглядно демонстрируют расхождения в представлениях родителей о реальной ситуации с потреблением алкоголя их детьми. Так, более половины родителей считали, что их сыновья и дочери вообще не употребляли алкогольные напитки, в то же время из ответов детей следует, что алкоголь не употребляли лишь 26,9% мальчиков и 7,6% девочек. Кроме того, некоторые родители вообще ничего не знали об этой стороне жизни своих детей, а другие не ответили на этот вопрос. Проблема употребления детьми алкоголя интересовала 22% родителей юношей и только 7% родителей девушек¹².

Таблица 41

Употребление учащимися алкоголя и представление об этом их родителей

| Употребление алкоголя | Юноши | Девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|-----------------------|-------|---------|-----------------|------------------|
| Не употребляли | 26,9 | 7,6 | 50,8 | 51,7 |
| Пробовал 1-2 раза | 6,5 | 1,9 | 13,9 | 17,2 |
| Иногда по праздникам | 41,9 | 66,04 | 18,4 | 20,7 |
| 1-2 раза в месяц | 12,9 | 15,1 | 0,0 | 0,0 |
| 1-2 раза в неделю | 5,4 | 3,8 | 0,0 | 0,0 |
| Чаще 2-х раз в неделю | 3,2 | 5,7 | 0,0 | 0,0 |
| Ежедневно | 3,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Не знаю | 0,0 | 0,0 | 9,2 | 3,5 |
| Не ответили | 0,0 | 0,0 | 7,7 | 6,9 |

Ситуация с употреблением пива подростками представлена в Таблице 42. Прежде всего, обращает на себя внимание высокий процент учащихся употреблявших пиво часто: 1-2 раза в неделю, чаще двух раз в неделю и даже ежедневно. Эти показатели составили суммарно для юношей 41%, а для девушек – 32,1%. Кроме того, 24,5% девушек употребляли пиво 1-2 раза в

¹² Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А., Лозовская И.С., Ленская Е.В Роль семейного фактора в формировании здорового образа жизни подростков. \ \ Вопросы наркологии, М.: 2003, № 4, с. 51- 58.

месяц. При этом можно сказать, что родители находились в неведении и считали, что их дети или вообще не употребляли пиво, или делали это крайне редко.

Таблица 42

Употребление учащимися пива и представление об этом их родителей

| Употребление пива | Юноши | Девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|-------------------------|-------|---------|-----------------|------------------|
| Не употребляли | 12,9 | 5,7 | 29,2 | 34,5 |
| Пробовали 1-2 раза | 2,2 | 1,9 | 24,1 | 24,5 |
| Иногда по праздникам | 35,5 | 35,9 | 17,2 | 23,4 |
| 1 –2 раза в месяц | 8,6 | 24,5 | 3,1 | 13,8 |
| 1-2 раза в неделю | 17,2 | 15,1 | 4,6 | 0,0 |
| Чаще 2-х раз в неделю | 14,0 | 13,2 | 0,0 | 0,0 |
| Ежедневно | 9,7 | 3,8 | 0 | 0,0 |
| Перестал из-за здоровья | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 0,0 |
| Не знаю | 0,0 | 0,0 | 6,2 | 10,3 |
| Не ответили | 0,0 | 0,0 | 3,1 | 0,0 |

Наряду с высокими показателями курения табака обращает на себя внимание высокий уровень систематического употребления подростками пива. В то же время, по словам родителей, вредные последствия, связанные с курением, обсуждались в 80% семей, а с употреблением пива – только в 50% семей.

Курение табака, употребление пива и алкоголя в значительной степени относятся к социальным явлениям, поэтому влияние общественного сознания на их распространение очень велико. К одним из действенных инструментов, влияющих на общественное сознание, относится реклама.

Учитывая существующую в современных СМИ, мощную рекламную «интервенцию» пива, табака и другой алкогольной продукции, мы попытались выяснить, отношение к ней в семьях подростков. Для этого учащимся и их родителям было предложено, выразить свое отношение к рекламе, и оценить, как она влияет на их поведение (Таблица 43).

Представления о рекламе легальных ПАВ подростков и их родителей

| Влияние рекламы: | Юноши | девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|--|-------|---------|-----------------|------------------|
| ТАБАКА: | | | | |
| Нравится | 1,08 | 1,9 | 0,0 | 0,0 |
| Вызывает интерес и способствует приобщению | 7,5 | 7,6 | 26,2 | 13,8 |
| Не нравится | 17,4 | 9,5 | 0,0 | 0,0 |
| Не влияет | 75,3 | 81,1 | 47,7 | 62,7 |
| Не знают | 0,0 | 0,0 | 1,54 | 6,9 |
| ПИВА: | | | | |
| Нравится | 9,7 | 9,4 | 0,0 | 0,0 |
| Вызывает интерес и способствует приобщению | 10,8 | 22,6 | 22,2 | 10,3 |
| Не нравится | 11,2 | 7,6 | 1,5 | 0,0 |
| Не влияет | 71,0 | 60,4 | 40,0 | 48,3 |
| Приводит к недооценке пива как алкоголя | 0,0 | 0,0 | 7,7 | 3,5 |
| Формирует обычное поведение | 0,0 | 0,0 | 16,9 | 13,8 |
| Не знают | 0,0 | 0,0 | 4,62 | 3,45 |
| АЛКОГОЛЯ | | | | |
| Нравится: | 2,1 | 3,8 | - | - |
| Вызывает интерес и способствует приобщению | 4,3 | 9,4 | - | - |
| Не нравится | 19,4 | 7,6 | - | - |
| Не влияет | 75,3 | 79,3 | - | - |

Большинство опрошенных подростков считало, что реклама легальных ПАВ не оказывала на них влияния¹³. Тем не менее, из данных, приведенных в таблице, видно, что реклама пива нравилась подросткам значительно больше, чем реклама табака и алкоголя, она же вызывала у них повышенный интерес и желание попробовать пиво, что подтвердили данные о высоком уровне его потребления (Таблица 42). Родители юношей и девушек придавали значительно большее значение влиянию рекламы на своих детей и считали, что реклама пива формирует у подростков представление о том, что его систематическое употребление ассоциируется с обычным нормативным

¹³ Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А., Лозовская И.С., Ленская Е.В Роль семейного фактора в формировании здорового образа жизни подростков. \\\ Вопросы наркологии, М.: 2003, № 4, с. 51- 58.

поведением, а само пиво перестает восприниматься как продукт, содержащий алкоголь.

По-видимому, это отражает тот факт, что реклама пива, в отличие от рекламы табака и другого алкоголя, разрешена для показа по телевидению и постоянно демонстрируется в большом объеме. Это не может не настораживать специалистов, занимающихся вопросами охраны здоровья населения, и в особенности, молодежи.

Выяснение отношения самих родителей к рекламе легальных ПАВ показало, что только 4,26% опрошенных относились к ней спокойно и положительно; не обращали внимания и оставались равнодушными к ней – 2,2%; считали, что ее должно быть меньше на телевидении - 4,25%; полагали, что она особенно вредна для «неокрепших умов» -1,06%; не видели в ней необходимости, предпочитая ориентироваться на здравый смысл – 1,06%. Выступали категорически против такой рекламы 67% опрошенных родителей, а 3,2% - против телевизионной рекламы.

Изучение вопросов, связанных с употреблением подростками нелегальных наркотиков показало, что среди учащихся ПТУ 31,2% юношей и 22,6% девушек когда-либо употребляли наркотики. В основном это была конопля. Сведений об использовании подростками парентеральных наркотиков не было. Возраст первой пробы наркотика составил у юношей - 14,2 лет, у девушек – 14, 8 лет. Среди знакомых юношей употребляли наркотики - 23,7%, а среди знакомых девушек - 34%. При этом практически никто из родителей подростков ничего не знал об этой стороне жизни своих детей (Табл. 44 и 45). В то же время утверждали, что обсуждали со своими детьми последствия, связанные с употреблением наркотиков 62,3% родителей юношей и 71,7% родителей девушек.

Таблица 44

Употребление подростками наркотиков и представление об этом их родителей.

| Наркотики | Юноши | Девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|----------------|-------|---------|-----------------|------------------|
| Употребляли | 31,2 | 22,6 | 0,0 | 3,5 |
| Не употребляли | 68,8 | 77,4 | 93,8 | 86,2 |
| Не знают | 0,0 | 0,0 | 6,2 | 3,5 |
| Не ответили | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 6,9 |

Таблица 45

Наличие у подростков знакомых, употреблявших наркотики и представление об этом их родителей

| Знакомые, употребляющие наркотики | Юноши | Девушки | Родители юношей | Родители девушек |
|-----------------------------------|-------|---------|-----------------|------------------|
| Есть | 23,7 | 33,96 | 0,0 | 0,0 |
| Нет | 75,2 | 66,04 | 35,38 | 42,28 |
| Не знают | 0,0 | 0,0 | 20,0 | 17,24 |
| Не ответили | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Сексуальное поведение и инфекции, передаваемые половым путем и через кровь.

Среди опрошенных учащихся 1-го и 2-го курсов ПТУ имели сексуальных партнеров - 34,4% юношей и 47,2 % девушек. При этом выяснилось, что 11,3% девушек подвергались сексуальному насилию (средний возраст - 13,8 лет). Вопросы сексуального воспитания детей волновали 24,6% родителей юношей и 31,03% родителей девушек. Обследовались на ВИЧ-инфекцию 11% юношей и 4% девушек, один юноша получил положительный результат теста, а один - не захотел отвечать на этот вопрос. Два мальчика перенесли гепатит С.

Среди знакомых юношей инфицированных вирусными гепатитами было 7,5%, а среди знакомых девушек – 13,3%.

Субъективная оценка здоровья.

Жалобы на состояние здоровья предъявляли 16% юношей и 25% девушек. В то же время оценивали здоровье своих детей как «плохое» только 8% родителей юношей и 3% родителей девушек. Затруднились дать какую-либо оценку здоровья детей 3,1% родителей сыновей и 6,9% родителей дочерей.

На вопрос о том, что в здоровье ребенка больше всего интересует родителей, ответы распределились следующим образом: на первом месте было правильное питание – 38,3%; на втором месте - режим труда и отдыха и занятия физкультурой и спортом – по 34%; затем - личная гигиена – 27%; сексуальное воспитание – 26,6%; курение 21,3%; алкоголь – 17% и наркотики – 11,7% .

Таким образом, сравнительный опрос учащихся ПТУ и их родителей показал, что условия жизни их семей в основном были удовлетворительными. Образование родителей в подавляющем большинстве случаев было на уровне среднего и средне специального, что, по-видимому,

свидетельствует о том, что дети традиционно остаются на «социальной лестнице» родителей.

Обращает на себя внимание отсутствие, почти у трети подростков, каких бы то ни было увлечений, и особенно то, что дети практически не читают книг.

Значительная часть учащихся курит табак, употребляет пиво и алкоголь. Особую тревогу вызывает высокий уровень вовлеченности в потребление легальных ПАВ девушек.

Данные об употреблении учащимися нелегальных наркотиков, наличии у них половых партнеров, и, особенно, о сексуальном насилии, которому подвергались некоторые девушки, а также сведения о перенесенных вирусных гепатитах, являются показателями распространенности среди них рискованного наркотического и сексуального поведения.

Однако, приведенные факты, помимо самостоятельного значения, приобретают особый смысл при сравнении их с ответами родителей на аналогичные вопросы. Обращают на себя внимание не только недостаточная информированность, но и искаженные представления родителей практически обо всех сторонах жизни детей. Вызывает тревогу то, что реальные проблемы со здоровьем учащихся недооцениваются их родителями.

Значительная часть родителей, особенно девочек, имеет весьма отдаленное представление о вовлеченности детей в курение табака, употребление пива и других алкогольных напитков. Не говоря уже о сексуальном поведении детей, которому многие родители не уделяли должного внимания.

Не менее информативным оказался и опрос, посвященный изучению влияния рекламы на потребление учащимися легальных ПАВ. С одной стороны, родители придавали большое значение рекламе как фактору приобщения детей к ПАВ, с другой – не знали реальной ситуации с потреблением ПАВ своими детьми.

Дети же, напротив, считали, что реклама не оказывала на них существенного влияния, но, в то же время, их ответы свидетельствовали о высоком уровне потребления ими и табака, и пива, и алкоголя.

Несоответствие ответов детей и родителей, вероятнее всего, отражает недостаток взаимопонимания и доверия между ними. Высокий уровень потребления ПАВ подростками не согласовывался с информацией родителей о проводимых с ними беседах на эти темы. Это может быть отражением формального подхода в общении с детьми с одной стороны, а с другой – свидетельством отсутствия навыков эффективного формирования здорового образа жизни.

Поэтому родители должны стать целевой группой при разработке профилактических программ для подростков. В вопросах здоровья детей родителей следует ориентировать на проблемы более адекватные подростковому возрасту: уделять больше внимания сексуальному воспитанию, потреблению ПАВ и развивать навыки эффективного общения с детьми.

Методический подход, основанный на результатах сравнительного анкетного опроса, позволил нам¹⁴ оценить различные стороны жизни детей и соответствие представлений о них родителей, а также обнаружить наиболее уязвимые точки в семейном воспитании, связанные с формированием здорового образа жизни подростков. Это может лечь в основу разработки методов эффективного взаимодействия подростков со взрослыми (родителями, учителями и др.). Этот метод параллельных опросов особенно целесообразно использовать при разработке масштабных профилактических мероприятий для учащейся молодежи.

¹⁴ Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А., Лозовская И.С., Ленская Е.В Роль семейного фактора в формировании здорового образа жизни подростков. \\\ Вопросы наркологии, М.: 2003, № 4, с. 51- 58.

Глава 7. Роль медицинских работников в профилактике парентеральных инфекций среди молодежи

Исследования последних десятилетий в области общественного здравоохранения выявили существенную роль поведения личности в распространении многих соматических и инфекционных заболеваний. Это означает, что индивидуальный прогноз здоровья может быть в значительной степени детерминирован наличием или отсутствием у человека определенных привычек или паттернов поведения.

Модель профилактики парентеральных инфекций, в связи с потреблением ПАВ, у молодежи соединяет в себе два подхода:

- предотвращение распространения хронической неинфекционной патологии;
- вмешательство в эпидемиологический процесс инфекционных заболеваний.

На первый взгляд эти задачи могут показаться несовместимыми. Однако, особенность распространения наркоманий очень сходна с закономерностями распространения ряда инфекций, а развитие парентеральных инфекций, в свою очередь, практически всегда идет рука об руку с эпидемией наркоманий. Таким образом, становится очевидным не только их совпадение в пространственно-временном измерении, но и необходимость единства методических подходов к профилактике этих недугов.

Высокая «контагиозность» и скорость распространения этих патологий, преимущественное поражение лиц молодого репродуктивного возраста, *зависимость от поведенческих факторов*, отсутствие в подавляющем большинстве случаев эффективных средств специфической профилактики и лечения, значительные медико-социальные затраты и ощутимый ущерб для общества – все это позволяет отнести наркомании и их спутники - парентеральные инфекции - к *социально значимым заболеваниям*.

Высокая социальная значимость и цена профилактики вирусных гепатитов, ИППП и ВИЧ-инфекции налагает на врачей особую профессиональную ответственность, не только перед пациентом, но и перед обществом.

Врач является для детей и подростков важным источником информации по проблемам профилактики и охраны здоровья. Врачи, оказывающие различные виды медицинской помощи, включая наркологическую, находятся в уникальной ситуации, позволяющей им помочь юным пациентам определить опасность, связанную с определенными

формами поведения и направить их усилия на устранение возможного риска ВИЧ-инфицирования и других тяжелых инфекционных последствий, сопровождающих потребление ПАВ¹⁵.

Для предупреждения этих опасных социальных инфекций особенно важными, наряду с профессиональной информированностью, оказываются умение врача говорить с пациентами и владение навыками эффективного общения.

Задачи врачей в деятельности по предупреждению среди молодежи ВИЧ-инфекции, ВГ и ИППП в связи с употреблением ПАВ:

- понять поведение подростков и молодежи и процесс его изменения;
- владеть методикой оценки факторов риска;
- предоставить средства, которые могут помочь изменить поведение и снизить риск.

Подростковые врачи должны уделять особое внимание профилактике вирусных гепатитов (ВГ), ВИЧ-инфекции и других инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и через кровь, в ежедневной практической деятельности, так как эффективными могут быть только регулярные и целенаправленные профилактические меры.

Модель взаимодействия между врачом и пациентом, как процесс простой передачи информации от специалиста пассивному получателю помощи, не способствует обсуждению видов поведения, которые связаны с риском инфицирования. Врач должен владеть специальными приемами установления доверительных отношений и другими навыками эффективной коммуникации.

Особое значение для повышения эффективности профилактической деятельности приобретают такие современные проблемно-ориентированные методы, которые позволяют моделировать при помощи игровых приемов противоречия и конфликты, возникающие у практикующих врачей.

Обучение специалистов, основанное на методе инструктирования модельного больного для определения ролей и обратной связи, оказывает положительное влияние на профилактическую работу врачей.

Одним из важнейших направлений деятельности врача по профилактике ВИЧ-инфекции и других ИППП является индивидуальное консультирование пациентов, проводимое на этапе оказания первичной медицинской помощи. Такое консультирование предполагает постоянное

¹⁵ Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С., Шевцова Ю.Н., Орлов А.В., Ленская Е.В., Лозовская И.С. Роль медицинских работников в формировании мотивации на снижение риска распространения парентеральных инфекций среди молодежи.

взаимодействие между врачом и пациентом, способствует выявлению его специфических нужд, и позволяет дать динамическую оценку стиля его жизни и поведения.

Задача поведенческой профилактики состоит в формировании мотивации на создание новых более полезных для здоровья альтернативных вариантов поведения и привычек, и их продолжительного существования. Для ее решения используются пять этапов коррекции поведения.

Первый этап. Предоставление информации.

Предоставление достоверной информации о риске инфицирования в результате употребления различных ПАВ является важным и неременным этапом коррекции поведения, но оно само по себе не может привести к коррекции поведения.

Второй этап. Изучение установок и привычек – личностных факторов в отношении здоровья, и определение вероятности формирования поведенческих навыков на основе информирования.

На этом этапе осуществляется приложение конкретных усилий, *мотивирующих коррекцию поведения*. Среди молодежи проводятся конкретные мероприятия, направленные на мотивацию изменения проблемного поведения. При этом реализуются различные стратегии, повышения мотивации с обязательным учетом личностных факторов, которые могут влиять на характер «ответа» на информацию об охране здоровья и изменения поведения.

Важным является выявление причин, влияющих на «негативный ответ», и приводящих к разрушению мотивации и коррекции поведения. Необходимо разрабатывать и использовать более сложные модели мотивации и убеждения молодежи, основанные на объяснении причин различного отношения и поведения отдельных личностей в отношении охраны своего здоровья, которые определяются:

- личной уязвимостью к заболеванию;
- представлениями о серьезности последствий в случае отказа от профилактики;
- предоставляемой достоверной информацией об эффективности мер, направленных на снижение риска;
- информацией об издержках или препятствиях, связанных с коррекцией поведения.

Подростки могут знать о своем рискованном поведении и обладать информацией, необходимой для снижения сексуального риска ВИЧ-инфицирования. Однако они могут сделать выбор в пользу поступков с высоким уровнем риска из-за возможного отрицательного отношения приятелей или сексуальных партнеров. Поэтому при общении с подростками

очень важно учитывать возможное предпочтение ими отрицательных форм поведения, безопасным его формам, несмотря на очевидные преимущества, приобретаемые в результате снижения степени поведенческого риска. В такой ситуации у подростков на первый план выступают черты личностной незрелости и желание подчиняться законам микросоциума и не нарушать его традиции.

Поэтому для достижения положительных результатов необходимо определять и использовать факторы, играющие существенную роль в принятии подростками решения по поводу своего поведения.

Третий этап. Подготовка персонала, приобретение практических навыков, необходимых для укрепления здоровья.

Недостаточность предоставления информации без обучения практическим навыкам снижения риска была неоднократно доказана популяционными исследованиями.

Программы, основанные на пробуждении чувства страха в отношении личной уязвимости и обращающие особое внимание на преимущества безопасного для здоровья поведения, неполноценны и, скорее всего, неэффективны, так как для профилактики распространения парентеральных инфекций путем коррекции поведения, необходимо обучение конкретным навыкам.

В обучении навыкам, способствующим реализации безопасного для здоровья поведения, особое значение приобретает подготовленность медицинского персонала всех уровней, оказывающих медицинскую помощь подросткам и молодежи. К таким навыкам относятся безопасный секс, отказ от употребления ПАВ, обмен информацией в среде общения и др.

Четвертый этап. Компании по пропаганде здорового образа жизни и распространение мнения о возможности изменения поведения, несмотря на трудности и препятствия.

Исключительно важным параметром перехода к новым формам поведения для подростков является самоэффективность. Она связана с убеждениями человека в отношении его возможностей соблюдения безопасного поведения и преодоления вероятных трудностей или противодействий. Поэтому для перехода к новым нормам поведения и для возможности осуществления усилий по укреплению здоровья программы просвещения в области ВИЧ и других инфекций должны включать представления о самоэффективности и содержать тренинговые модули, направленные на ее повышение. Они должны способствовать повышению личной эффективности участников программы в отношении безопасного поведения.

Пятый этап. Процесс укрепления здоровья, основанный на использовании факторов окружающей среды в качестве побуждающих стимулов в отношении развития и поддержания здорового образа жизни.

Варианты индивидуального выбора в отношении здоровья и усилия по коррекции поведения осуществляются внутри сети социальных факторов влияния.

Для создания социальной среды, способствующей здоровому образу жизни, используются такие принципы социального маркетинга, как исследование целевой аудитории, данные об уровне знаний, жизненных позиций, схем поведения и убеждений и др.

Очень важно отметить, что сосредоточение усилий на конкретных группах повышенного риска, может привести к ограничению степени эффективности усилий по установлению норм безопасного поведения в других сообществах. Это, в свою очередь, может способствовать формированию ложного представления о неуязвимости других социальных групп для ВИЧ-инфекции.

В программах, направленных на снижение риска ВИЧ-инфекции, основное внимание уделяется коррекции поведения, и переходу от высокого уровня поведенческого риска к безопасному поведению.

Однако не менее важной задачей для врача является и поддержание у подростков, на как можно более продолжительный срок, схем безопасного поведения, которое выявляется на приеме во время беседы, или при более углубленном обследовании.

Подростку необходимо объяснить, что он, несмотря на свой юный возраст, сам несет ответственность за свое поведение, а задача врача, вместе с ближайшим социальным окружением – родителями и педагогами, состоит в том, чтобы помочь ему принимать правильные решения.

Наиболее удобным моментом для реализации врачами профилактической деятельности является обращение пациентов по поводу употребления различных ПАВ, или в связи с заболеваниями, передаваемыми половым путем, или по вопросам сексуальных отношений. Все эти поводы могут и должны быть использованы врачами для доверительного, непринужденного обсуждения деликатных поведенческих проблем. При этом не следует забывать, что обсуждение с подростками вопросов, связанных с сексом, может вызывать определенный дискомфорт, как у пациентов, так и у врачей.

Желание и способность пациентов изменить свое поведение или привычки для снижения риска зависит от того, насколько ими осознана необходимость таких изменений. Это в значительной степени обусловлено различными типами поведения, эмоциональными и психологическими

факторами, которые необходимо учитывать врачам особенно при работе с подростками.

Роль врача в устранении сексуальных факторов риска

Подростковый возраст часто является и возрастом первого сексуального опыта, который может не только кардинальным образом изменить поведение молодого человека, но и повлиять на всю его последующую жизнь.

При обсуждении с подростком вопросов сексуального риска врач, прежде всего, должен предоставить ясную и достоверную информацию о возможном при половых контактах высоком риске заражения различными тяжелыми, а иногда и неизлечимыми инфекционными заболеваниями.

Информированность – это первый необходимый шаг для принятия верного решения, поэтому подросткам необходима объективная оценка риска, проиллюстрированная примерами их собственного сексуального поведения. Врач должен помочь подростку оценить степень сексуального риска и, если подросток признает наличие такого риска, постараться вместе стимулировать его к изменению поведения, и совместно с ним разработать конкретные шаги, необходимые для снижения риска.

Подросток, никогда не использовавший презерватив, получив новую для себя *информацию* о возможном заражении ВИЧ-инфекцией половым путем, осознает, что у него нет *навыка* приобретения и использования презерватива. У него возникает масса трудно разрешимых проблем, связанных с неумением предложить своей партнерше использовать в сексе презерватив, он не знает *как себя вести* в этой ситуации. В то же время знания о возможном заражении могут *активировать мотивацию* на сохранение здоровья, и он решит начать пользоваться презервативами. Но у него не хватает *поведенческих навыков*.

Таким образом, простейшую схему изменения проблемного поведения можно представить так: от *информирования* через *мотивацию* к формированию *поведенческих навыков и безопасного поведения*.

Однако, в жизни редко прослеживаются такие линейные тенденции и процесс принятия решений и формирования новых поведенческих навыков подвержен влиянию многих факторов, среди которых важная роль принадлежит мотивации. В свою очередь процесс формирования мотивации может быть представлен четырьмя главными этапами:

- уверенность в себе;
- получение и принятие информации;
- чувство компетентности;
- появление понимания необходимых изменений.

Развитие уверенности в себе необходимо для готовности к получению информации.

Задача врача объяснить подростку, что часто изменения поведения могут носить ступенчатый характер, поэтому очень важно на любом этапе закрепить достигнутый успех снижения риска. В случае же возможного возврата к рискованному образу жизни, необходимо помочь подростку превратить достигнутый ранее менее рискованный тип поведения в личную норму. Для этого могут быть успешно использованы различные моменты перемен в сексуальной жизни. Так смена сексуального партнера, начало или окончание половой связи и т.п. могут повлиять на появление выраженной мотивации к разработке новых стратегий поведения в новых обстоятельствах.

Для некоторых юношей и девушек половое воздержание и отложенное первое половое сношение могут быть реальными и эффективными способами избежать заражения ИППП.

Чрезвычайно важным моментом является возможная связь между вступлением подростков в сексуальные отношения и употреблением ими, или их половыми партнерами, различных ПАВ, включая алкоголь. В таких ситуациях ПАВ, как правило, используются как средства, снимающие первоначальный страх и другие психологические преграды, облегчающие вступление в сексуальный контакт и даже придающие ему особую эмоциональную окраску.

Многочисленные исследования показали, что употребление ПАВ, как правило, приводит к пренебрежению использованию презерватива при половых контактах.

В этом случае врач должен объяснить подростку, особый, «удвоенный» риск подобного поведения, особенно в случаях использования ПАВ, вводимых парентерально.

Очень важно обратить внимание подростков, что самый эффективный путь профилактики – это отказ от половых контактов, если это невозможно, то необходимо не только использовать презерватив, но и на необходимость следования определенным правилам его использования.

Эпидемия ВИЧ-инфекции изменила и отношение к очень актуальной для подросткового возраста проблеме - к профилактике нежелательной беременности. Врачи, давая подросткам консультации по правилам применения презерватива, должны рекомендовать их использование отдельно или в сочетании с послеконитусными контрацептивными средствами, либо в сочетании с противозачаточными пилюлями.

Роль врача в устранении инъекционных факторов риска

Употребление любых ПАВ провоцирует различные формы рискованного поведения, но риск увеличивается многократно при использовании наркотических веществ, вводимых парентерально. Поскольку для подростков очень характерен поисковый тип поведения и связанные с ним возможные пробы наркотических веществ, в том числе с использованием шприцев, при беседах с подростками на приеме врача всегда следует спрашивать о возможном употреблении ПАВ. При этом особое внимание следует уделять высокому риску, которому подвергают себя подростки, экспериментирующие с ПАВ, принимающие их эпизодически, или соглашающиеся на единичные пробы парентеральных наркотиков.

У лиц, употребляющих наркотики, выявляется различная степень обеспокоенности в отношении риска заражения парентеральными инфекциями, связанного с совместным использованием инъекционного инструментария. Поэтому особенно важно разъяснять подросткам, что именно совместное использование различных приспособлений для инъекций может привести к распространению вирусных «парентеральных» инфекций.

Самым эффективным способом снижения такого риска является жизнь без наркотиков. Если же подросток вступил на путь экспериментирования, или оказался связанным с людьми, употребляющими наркотики или другие ПАВ, главная задача врача состоит в достижении доверия подростка, и помощи ему в изменении средовых факторов, которые в этом возрасте могут играть решающую роль.

Однако нельзя сбрасывать со счетов тех подростков, которые уже попали в группу инъекционного риска и продолжают употреблять наркотики.

Работа врача по снижению риска инфицирования в этой группе проводится в соответствии со следующими принципами:

- вооружить подростков достоверной информацией об инъекционном риске;
- мотивировать подростков на отказ от наркотиков и помочь в поиске соответствующего лечения;
- предоставить информацию о возможных мерах по снижению вреда при использовании наркотиков: использование для каждой инъекции только новой иглы и шприца, никогда не использовать чужие принадлежности для инъекций, пользоваться презервативами при половых контактах.

Акцент на снижение вреда может помочь врачу заслужить доверие подростка, сделать его своим союзником, наметить совместный план реальных действий и предоставить ему возможность принятия самостоятельных решений.

Рекомендуется предварительно опросить подростков по следующей схеме: состав семьи, жизненные цели, самооценка состояния здоровья, любимое занятие, интерес к темам, связанным со здоровьем, источники информации о проблемах, связанных с курением, алкоголем, наркотиками, ИППП и ВИЧ, количество выкуренных за жизнь (или регулярно выкуриваемых) сигарет, частота употребления алкоголя, включая пиво, известные подростку названия ПАВ, в том числе тех, которые он уже хотя бы раз пробовал, отношение к здоровому образу жизни, физкультуре и спорту, мнение подростка о том, что необходимо для ведения здорового образа жизни, кто должен этому способствовать, как лучше получать информацию о здоровом образе жизни, с какого возраста следует информировать подростков о вреде курения, алкоголизации, наркотизации, о ИППП, ВИЧ и безопасном сексуальном поведении, выявить знания подростка о ИППП, ВИЧ и способах заражения этими заболеваниями, о том, куда бы он обратился, если бы у него или его друзей возникли проблемы с наркотиками, алкоголем или подозрение на ИППП.

Если подросток подвергает себя или окружающих риску заражения ВИЧ-инфекцией, необходимо принять определенные меры для того, чтобы предотвратить подобное поведение в будущем.

Для эффективной профилактической работы может быть предложен *метод мотивационного интервьюирования*, разработанный Миллнером и Роллником (Millner, 1983; Millner & Rollnick, 1991). Он касается выявления и изменения мотивации как таковой, и может использоваться при работе с любым контингентом, как для формирования антинаркотической мотивации, так и для формирования безопасного поведения и других подобных целей.

Мотивационное интервьюирование является эффективным методом запуска поведенческих изменений. Оно представляет многообещающую альтернативу другим подходам, где используется прямое убеждение и агрессивная конфронтация.

Метод мотивационного интервьюирования.

Основной фокус этого метода направлен на изучение и разрешение амбивалентности, являющейся основным препятствием для изменений поведения. Он является одновременно клиент-центрированным и директивным методом.

Клиент-центрированный дух является основополагающим для мотивационного интервьюирования. Импульс к изменению возникает из собственных внутренних мотивов и целей пациента, и он сам озвучивает необходимость перемен.

Врач должен избегать прямого убеждения, принуждения и других приемов внешнего управления подростком. Взаимодействие между врачом и подростком должно носить партнерский характер, с акцентом на свободу выбора молодого человека.

В то же время одним из основных аспектов метода является деликатное направляющее воздействие врача с концентрацией усилий на изучении и разрешении амбивалентности подростка. Самомотивирующие высказывания подростка подчеркиваются и укрепляются при помощи рефлексивного слушания и выборочного усиления.

Идеальному консультанту присущи следующие качества:

- творческий подход и изобретательность;
- искренняя уверенность в позитивных результатах, лишённая навязывания собственных переживаний за подростка;
- здравый смысл и навыки общения;
- проявление уважительного отношения к подростку;
- ориентация на действия.

Мотивационное интервьюирование базируется на пяти основных принципах работы консультанта.

1. Избегать споров.

Консультант, проводящий мотивационное интервьюирование, старается не спорить с пациентами. Во время мотивационного интервьюирования не рекомендуется выдвигать аргументы, противоречащие мнению подростка, либо вовсе отрицающего, либо смягчающего свои проблемы, связанные с алкоголем. Споры и серьезные аргументы приводят большинство клиентов в замешательство, они начинают думать, что на них в буквальном смысле этого слова нападают.

Убеждение должно быть мягким, неназойливым и основываться на понимании того, что решение об изменении образа жизни всегда принимает сам подросток. Надо помнить, что мнение подростка формируется из его собственных слов, а не из слов собеседника.

2. Выразить эмпатию.

Эмпатия предполагает, что консультант видит мир глазами пациента, думает и чувствует так же, как он, и как бы проживает вместе с ним его жизнь. Эмпатия очень важный момент в теории мотивационного интервьюирования. Когда подросток чувствует, что его понимают, он раскрывается и начинает подобно рассказывать о своей жизни. Очень важен тот момент, что, заметив участие со стороны консультанта, подросток становится более восприимчивым к информации консультанта о проблемах, связанных с опасным образом жизни. Полное понимание консультантом жизни подростка ускоряет процесс изменения его линии поведения.

3. Поддерживать чувство уверенности в собственных силах.

Вера подростка в то, что перемены к лучшему возможны, является важным фактором мотивации, ведущим к успеху в работе. Поскольку теория мотивационного интервьюирования предполагает, что подросток сам делает выбор и совершает необходимые для изменения образа жизни действия, консультант должен сосредоточить свои усилия на том, чтобы поддерживать мотивацию поступков подростка и его чувство уверенности в собственных силах.

4. Соглашаться с контраргументами.

Руководствуясь теорией мотивационного интервьюирования, консультант не должен стремиться преодолеть сопротивление подростка. Наоборот, он должен как бы следовать за ним. Высказывания, свидетельствующие о сопротивлении, не опровергаются. Вместо этого консультант использует «заявления» подростка для более подробного изучения его позиции. Изучая проблемы подростка, консультант может предложить ему познакомиться с новыми, открывающимися перед ним перспективами, ни в коем случае не навязывая ему своего мнения.

5. Демонстрировать различие.

Консультант помогает подростку в полной мере почувствовать различие между нынешним положением и целями, которых можно достичь в будущем. Он должен мягко и постепенно подвести подростка к пониманию того, что его нынешний образ жизни не приближает, а отдаляет от поставленных целей.

Эффективность проводимых консультаций во многом достигается благодаря эмпатическому общению, которое предполагает внимательное выслушивание, выражение сочувствия и понимания проблем подростка настолько, насколько это возможно, что позволяет подростку взглянуть на себя по-новому и побуждает его к изменению своего поведения. Другими словами, это умение “посмотреть на мир глазами другого человека” и принять его мысли и чувства.

Эмпатия подразумевает уважительное отношение к подростку. Роль эмпатического терапевта заключается в том, чтобы помочь подростку самому найти пути решения своих проблем, а не навязывать готовые рекомендации. Подростку необходимо почувствовать, что врач верит в его способность сделать правильный выбор и принять верное решение, и не считает время и усилия, затраченные на совместную работу, напрасными. Не только слова терапевта, но и интонация, жесты должны выражать эмпатию. Делая какие-либо предположения об опыте подростка, учитывайте, что вас отличает от него/нее возраст, пол, культурная принадлежность.

Эмпатия отличается от симпатии. Испытывая симпатию, терапевт может принять сторону подростка, даже не выслушав его историю полностью. Жалая подростка, консультант имеет шанс не заметить, что именно чувство жалости к самому себе мешает подростку предпринять конструктивные действия. Быть эмпатичным – не значит всегда соглашаться с мнением подростка. Скорее, это означает принятие точки зрения подростка и стремление найти то, что ее определяет.

Чего следует избегать?

Ключевым моментом эмпатического подхода является отсутствие оценок или суждений в высказываниях врача. Его задача понять, *как именно это происходит* в жизни подростка, а не как *это должно происходить*.

Ниже приведены некоторые приемы, использование которых может препятствовать полному пониманию точки зрения подростка:

- Приказания или команды;
- Предупреждения или угрозы;
- Предложение совета или готовых решений;
- Спор или попытка убедить в чем-либо;
- Морализаторство;
- Несогласие, осуждение или критика;
- Высмеивание или маркирование («навешивание ярлыков»);
- Интерпретирование или анализирование;
- Утешение или симпатизирование;
- Отстранение, уход от темы или псевдошутливость.

Во время мотивационного интервьюирования используются следующие приемы.

Рефлексия

Высказывания подростка, отражающие его мотивацию, должны усиливаться. Это можно сделать путем эмпатичного повторения того, что сказал подросток. Врач должен стараться выбирать и подчеркивать те высказывания, в которых подросток выражает мотивацию в отношении изменений. Благодаря этим действиям, врач стимулирует как можно большее количество «самотивационных» высказываний.

«Отражение» слов подростка может происходить на разных «уровнях», начиная от буквально дословного повторения его слов, до рефлексии чувств подростка (лежащими за произносимыми словами).

Структурирование

Очень важно, чтобы терапевт приносил структуру в информацию, получаемую от подростка. Целесообразно сделать наглядными, предоставляемые подростком сведения, чтобы молодой человек смог глубже

понять себя и свои психологические, социальные, эмоциональные и медицинские обстоятельства.

Реструктурирование

Реструктурирование, или позитивное маркирование (positive labeling) опыта или высказываний подростка используется для придания иного, более позитивного смысла различным событиям в его жизни, его чувствам и поведению. Если в оценке подростком собственного опыта, поведения или чувств преобладают негативные мотивы, использование врачом реструктурирования позволит дать им позитивную интерпретацию. Врач может помочь подростку выстроить ряд событий, подчеркивая их положительную сторону, что является важным процессом при работе над повышением уровня самооценки и самоэффективности подростка.

Обобщение

Во время приема врач может кратко обобщить то, что было сказано подростком. Иногда это нужно делать достаточно часто, практически после каждого высказывания подростка. Во время приема полезно несколько раз делать обобщение, суммируя все, что рассказал подросток, для того, чтобы убедиться в том, что все сказанное им было верно понято, с целью проверки, насколько точно врач его понял, а также для того, чтобы подросток уловил реакцию врача на ту информацию, которой он поделился.

Постановка вопросов

Постановка вопросов - очень ценный прием. Верные вопросы, заданные в наиболее подходящие моменты, помогают подростку быть наиболее конкретным и точным в том, что он говорит.

Провоцирование

Провокации или использование парадоксов – это специальный способ вывода подростка на высказывания. Врач играет роль “адвоката дьявола”. Он играет «отказ», чтобы спровоцировать высказывания подростка, имеющие противоположное значение. С помощью этого приема врач «склоняет» подростка принять роль, в которой он доказывает, что проблемы действительно существуют и перемены необходимы.

Этот подход абсолютно не похож на консультирование, предполагающее конфронтацию. Мы не рекомендуем врачам противопоставлять себя подростку или вступать с ним в спор, пытаясь убедить его в необходимости изменения поведения. Вместо этого мы предлагаем уделять внимание тому, чтобы укрепить самоаргументацию, задавая подростку специальные вопросы и, в случае необходимости, реагируя на его ответы.

Открытые вопросы

Необходимо задавать подростку такие вопросы, которые бы побуждали его к более глубокому размышлению. Общие вопросы, которые требуют ответа “да” или “нет”, или односложного ответа, помогают получать лишь конкретную информацию. В этом случае у подростка не возникает желания более глубоко разобраться в своих проблемах. Надо попытаться переформулировать общие вопросы в специальные, например:

Вместо вопроса: “Изменился ли характер Вашего сексуального поведения за последнее время?”

Следует спросить: “Как изменился характер Вашего сексуального поведения за последнее время?”

Тем не менее, общие вопросы тоже нужны. Необходимо все время переходить от одного типа вопросов к другому, чтобы консультация не превратилась в нудное выяснение подробностей.

Рефлексивное слушание

Слушая ответы подростка на общие вопросы, врач должен демонстрировать заинтересованную реакцию, или “рефлексивное слушание”. При рефлексивном слушании того, что говорит подросток, врач пытается разобраться, что он/она имеет в виду, выделяя главное. Иногда нам только кажется, что мы правильно поняли собеседника, на самом же деле он может иметь в виду совсем другое.

Рефлексивное слушание позволяет консультанту:

- продемонстрировать подростку, что его действительно слушают;
- проверить, совпадает ли понимание того, что сказал подросток, с тем, что он подразумевает на самом деле;
- помочь подростку укрепить уверенность в необходимости изменений.

Обобщение

Обобщающие утверждения помогают собрать воедино весь материал, который врач обсуждает с подростком, и использовать его для достижения различных целей. Следует показать подростку, что врач активно его слушает, обобщая затронутые им проблемы.

Решимость

Укрепление уверенности подростка в том, что он/она может измениться, является промежуточной стадией на пути к изменению рискованного поведения. Важно укреплять оптимистический настрой подростка на то, что перемены возможны и достижимы. Чем больше врач управляет процессом, тем меньше уверенности он оставляет подростку в том, что тот сам может сделать правильный выбор и принять на себя

ответственность за перемены. Подросток станет сильнее, если позволить ему самостоятельно сделать выбор, а потом поздравить с успехом.

Соппротивление

Соппротивление – это поведение подростка, иногда возникающее в ходе консультации и принимающее форму споров, перебивания, отрицания и игнорирования. Соппротивление зачастую является реакцией на содержание и стиль взаимодействия между подростком и врачом. Важно избегать ситуаций, в которых можно спровоцировать или укрепить соппротивление подростка, поскольку, чем сильнее соппротивление подростка, тем меньше вероятность, что он будет склонен к изменениям. Другими словами, соппротивление позволяет подростку “эксплуатировать” привычные аргументы для того, чтобы не менять свою жизнь. Причин для соппротивления может быть несколько. Например, подросток может быть склонен к низкой самооценке и может не верить в свою способность к изменениям.

Рискованное поведение.

Важно оценить риск заражения ВИЧ-инфекцией, особенно для тех подростков, которые экспериментируют с инъекционными наркотиками. Для этого можно использовать стандартизированную Шкалу оценки поведения, связанного с риском заражения ВИЧ-инфекцией (HRBS), которая приводится в ОТИ (Справочник по лечению зависимости от опиатов) как дополнительная оценочная шкала.

Для эффективной профилактической работы с подростками, необходимо помнить, что тема о наркотиках является эмоционально значимой. Можно выделить как минимум три подгруппы подростков, с которыми должна проводиться принципиально разная профилактическая работа, как по отношению к употреблению ПАВ, так и по отношению к ВИЧ-инфекции и ЗППП.

К *первой группе* можно отнести внешне благополучных подростков, проявляющих активность в учебе и общественной деятельности. Как правило, такие подростки менее предрасположены к алкоголю, наркотикам и различным видам рискованного поведения, но они зачастую имеют психологические проблемы, проблемы в общении, более тревожны и менее других информированы на «интересные» темы.

Вторая группа – это подростки, нередко из «неблагополучных» семей, замеченные в употреблении алкоголя или наркотиков. Если в первой группе стоит делать акцент на информации, то во второй – подростки знают о наркотиках и сексе намного больше, здесь надо правильно и очень деликатно «вернуть им их же знания», грамотно расставив акценты, делая больший упор на значимые для каждого из них ценности и эмоции.

Третья группа – не злоупотребляющие ни алкоголем, ни наркотиками, но живо интересующиеся и жадно впитывающие любую информацию на алкоголь-наркотическую, криминальную и другие подобные темы, подростки. Здесь существует опасность превратить просветительно-консультационную работу в «кликбез» – подростки могут очень внимательно слушать и задавать подробные вопросы, для использования полученной информации в собственных целях.

При консультировании подростков необходимо уделять особое внимание формированию у них навыков безопасного поведения в среде, которая располагает их к риску. Им необходимо предоставлять информацию о возможных последствиях приема наркотиков, путях передачи ВИЧ и других инфекций, передающихся парентеральным и половым путем, способах безопасного сексуального поведения (презервативы, уменьшение числа сексуальных партнеров, отложенная сексуальная активность).

Основным принципом профилактической работы с подростками с высоким риском инфицирования парентеральными инфекциями должен стать поиск путей взаимодействия всех звеньев образовательной и воспитательной цепи. Родители и педагоги вместе с врачами должны играть в этом процессе ключевую роль.

Особое значение следует придавать и работе с детскими и молодежными коллективами, потому что в этом возрасте употребление ПАВ в высокой степени социально детерминировано.

Глава 8. Отношение врачей-наркологов к проблемам профилактики ВИЧ-инфекции

Требование высокого уровня подготовленности медицинского персонала по вопросам предупреждения ВИЧ-инфекции является одним из главных компонентов общей концепции профилактики ВИЧ/СПИДа в наркологии.

Одним из первых шагов в этом направлении был проведенный нами в 1993 году опрос участников московского Совещания ведущих наркологов России. Полученные в результате этого опроса данные были использованы при подготовке обучающих семинаров для наркологов и позволили разработать более детальную программу наших дальнейших исследований, проведенных осенью 1995 года.

Эпидемиологическая ситуация с ВИЧ-инфекцией в нашей стране длительное время была стабильной и характеризовалась практическим отсутствием официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных больных наркоманией. Но с 1996 года картина в корне изменилась: в ряде городов и областей России возникла, по сути дела, эпидемия ВИЧ-инфекции среди наркоманов. На 20 ноября 1996 года зарегистрировано 2082 случая ВИЧ-инфицирования, из них около 700 - потребители наркотических веществ, у 40% из них точно установлено, что передача ВИЧ-инфекции произошла при внутривенном введении наркотиков. Вопросы, связанные с медицинским обслуживанием таких пациентов сегодня приобрели особую актуальность для здравоохранения. Проведенный нами в 1995 году повторный опрос специалистов пришелся на самый канун этой эпидемии¹⁶.

Дополненные и переработанные анкеты были разосланы во все региональные наркологические диспансеры. Считаю необходимым указать, что в организации этого исследования большую помощь нам оказало Добровольное благотворительное общество в поддержку национальной программы по СПИДу "МЫ и ВЫ".

Ответы были получены из 27 региональных центров - Барнаула, Биробиджана, Владивостока, Вологды, Воронежа, Иванова, Калининграда, Костромы, Краснодара, Новгорода, Оренбурга, Петрозаводска, Ростова-на-Дону, Ставрополя, Хабаровска и др.

¹⁶ Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А. Результаты повторного опроса российских наркологов по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции. \ \ Вопросы наркологии, М.: 1996, №3, с.67-68.

Состав респондентов был следующим: по полу: мужчины - 57%, женщины - 43%; по возрасту: до 30 лет - 10%; 31-40 лет - 30%; 41-50 лет - 53%; старше 50 лет - 7%; по стажу работы в наркологии: менее 5 лет - 17%; 6-10 лет - 43%; свыше 10 лет - 40%. Таким образом, основное число опрошенных составили лица зрелого возраста, имеющие значительный опыт работы по специальности.

На вопрос о том, считают ли врачи проблему профилактики ВИЧ-инфекции актуальной для лечебно-профилактических учреждений наркологического профиля (далее ЛПУ НП), ответили утвердительно только 76,6%. В 1993 году таких ответов было 87%; таким образом, процент специалистов, не считающих эту проблему актуальной, возрос за этот период с 13% до 23,4%.

Заметим, что к этому времени уже был принят новый Федеральный закон о предупреждении распространения ВИЧ-инфекции, активнее стала проводиться работа по обучению медицинского персонала. На наш взгляд, подобная динамика полученных показателей, с одной стороны, является наглядной иллюстрацией недостаточной эффективности такой работы, с другой - связана с тем, что, так как к моменту опроса случаи ВИЧ-инфекции среди наркоманов практически не регистрировались, то в результате у врачей притупилась необходимая настороженность и ослабел интерес к проблеме.

подавляющее большинство опрошенных - как в 1993, так и в 1995 годах - не встречали в своей практике ВИЧ-инфицированных наркоманов¹⁷. При этом около 40% из них считали, что в действительности такие больные были, но этот факт не находил отражения в официальной статистике. Такому представлению, несомненно, способствовало и то обстоятельство, что за эти годы значительно возрос удельный вес заболеваний, передающихся половым путем (далее ЗППП), и пути передачи, общие в ВИЧ-инфекцией. Более 20% респондентов указали, что в их ЛПУ НП работа по профилактике этих заболеваний поставлена на очень низком уровне, а около 15% вообще не ответили на этот вопрос.

Одним из ключевых моментов опросов был вопрос о до- и послетестовом консультировании, которым должно сопровождаться обследование в ЛПУ НП каждого пациента на ВИЧ-инфекцию.

¹⁷ Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А. Результаты повторного опроса российских наркологов по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции. // Вопросы наркологии, М.: 1996, №3, с.67-68

В Таблице 46 представлены сведения об обследовании на ВИЧ различных групп пациентов наркологических диспансеров и стационаров.

Таблица 46

Объем обследований на ВИЧ-инфекцию различных групп пациентов наркологических диспансеров и стационаров (по результатам опроса ведущих специалистов в 1995 г.)

| Группы пациентов | Обследовались на ВИЧ-инфекцию (в процентах) | |
|--|---|---------------|
| | В диспансерах | В стационарах |
| Больные хроническим алкоголизмом | 47 | 71 |
| Больные токсикоманиями | 47 | 89 |
| "Внутривенные" наркоманы | 67 | 95 |
| Все больные наркоманией | 63 | 89 |
| Подростки, состоящие на диспансерном учете | 37 | 62 |

Из таблицы видно, что, как в диспансерах, так и в стационарах, значительное число пациентов с различными наркологическими диагнозами подвергались обследованию на ВИЧ.

Сравнение данных по отношению к до- и послетестовому консультированию обнаружило, что в 1993 году 97% опрошенных считали его необходимым для пациентов ЛПУ НП, а в 1995 - только 63,3%, что согласуется с указанным нами снижением интереса к проблеме с роковой недооценки ее актуальности. По ответам врачей реальная обеспеченность дотестовым консультированием составила 60%, а послетестовым - 40%. Эти показатели можно было бы считать не такими уж низкими, однако, они вызвали у нас определенные сомнения, связанные с тем, что на вопрос об обеспеченности ЛПУ НП специалистами, осуществляющими такое консультирование, 40% ответили отрицательно, а 30% оставили его без ответа.

В процедуре до- и послетестового консультирования важную роль играет позиция специалистов по отношению к реализуемой во многих странах политике снижения вреда от немедицинского потребления наркотиков или, другими словами, предпочтения "меньшего зла"(Harm Reduction). Накопленный международный опыт свидетельствует о таких широко распространенных мероприятиях в рамках политики Harm Reduction, как программы обмена игл и шприцев, раздача презервативов и дезинфицирующих средств и обучение их использованию, обучение приемам безопасного секса, метадоновая заместительная терапия и др.

Отношение отечественных наркологов к возможности и необходимости реализации в нашей стране подобных мер претерпело за два года, прошедшие между опросами, заметные изменения. Так, если в 1993 г. признавали возможность обучения наркоманов безопасному обращению с инструментарием для введения наркотиков 47% опрошенных, то в 1995 г. уже 66% врачей-наркологов считали целесообразным внедрение программ обмена игл и шприцев. Идею о допустимости использования в наркологической практике заместительной метадоновой терапии в 1993 г. поддерживали лишь 14% опрошенных, а в 1995 - уже 60% наркологов. Эти факты свидетельствуют о том, что несмотря на существующие правовые проблемы и нормативные ограничения, специалисты стремятся расширять практические возможности помощи больным, исходя из природы наркомании и существующих прогностических оценок ее дальнейшего распространения. Они ищут новые, нестандартные подходы к лечению, профилактике и реабилитации больных наркоманией.

Проблема медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных пациентов

ЛПУ НП приобрела в последнее время особую остроту, так как даже с учетом действующих многочисленных законов, приказов и инструкций, жизнь ставит перед специалистами множество трудноразрешимых задач. Среди них на первый план выступают обусловленные стремлением к выполнению своего

профессионального долга правовые и этические проблемы. В связи с этим нам представлялось особенно важным проанализировать данные о знаниях, представлениях и отношении специалистов к этим проблемам накануне эпидемии СПИДа. В дни опроса в 1995 году она не казалась столь реальной как сейчас, и ответы на вопросы, поставленные в анкете, носили в значительной степени теоретический, предположительный характер.

В Таблице 47 приведены ответы на вопросы о выборе врачами наркологами возможных действий в случае выявления у их пациентов ВИЧ-инфицированности или заболевания СПИДом. Необходимо отметить, что сам по себе факт обнаружения в сыворотке крови антител к ВИЧ, без клинических проявлений болезни, не свидетельствует о необходимости специального противовирусного лечения, но он, несомненно, указывает на то, что такой пациент является реальным источником дальнейшего распространения инфекции.

Таблица 47

Предполагаемые действия врачей-наркологов в случае обнаружения у своих пациентов ВИЧ/СПИДА в отношении выбора учреждения для их лечения (в %% от числа опрошенных)

| Избранное врачами-наркологами действие | Диагноз у больных | | | | | |
|---|-------------------|------|------------|------------------|------|------------|
| | ВИЧ-инфекция | | | Заболевание СПИД | | |
| | Да | Нет | Нет ответа | Да | Нет | Нет ответа |
| Содержание больных в ЛПУ НП при обязательном соблюдении всех противоэпидемических мероприятий | 3,3 | 23,3 | 43,3 | 13,3 | 20,0 | 66,7 |
| Содержание больных в ЛПУ НП при условии дополнительной оплаты | 20,0 | 16,7 | 63,3 | 10,0 | 20,0 | 70,0 |
| Перевод в специализированный инфекционный стационар | 56,7 | 10,0 | 33,3 | 50,0 | 3,0 | 47,0 |
| Консультативная помощь нарколога в специализированной инфекционной больнице | 63,3 | 10,0 | 26,7 | 40,0 | 3,0 | 57,0 |

Даже при беглом взгляде на Таблицу 47 можно заметить некоторое "смятение" и даже "неуверенность" в ответах врачей - и это неудивительно, так как перед опрошенными стояла трудная задача: сделать для себя, пусть даже теоретически, выбор между долгом и страхом, между действительностью и возможным неизбежным будущим.

Прежде всего, обращает на себя внимание тот факт, что многие врачи вообще не стали отвечать на этот вопрос - так как, в действительности не знали, как бы они поступили в такой ситуации.

Более половины опрошенных считали необходимым перевод ВИЧ-инфицированных пациентов в специализированный инфекционный стационар и оказание им там консультативной наркологической помощи. Свыше трети из них решили, что таким пациентам следует оказывать помощь в ЛПУ НП при условии строжайшего соблюдения всех противоэпидемических и профилактических мероприятий; 20,0% справедливо, на наш взгляд, полагали, что такой труд должен дополнительно оплачиваться. В случае же обнаружения у своих пациентов заболевания СПИДом у врачей возникали еще большие сложности в определении тактики ведения таких пациентов.

Не менее сложными оказались и вопросы, связанные с врачебной тайной и с гуманным отношением к больному и к его тяжелейшим проблемам.

В Таблице 48 приведены данные о том, как опрошенные врачи предполагали распорядится информацией в случае обнаружения у их пациентов ВИЧ-инфекции или СПИДа. При анализе этих данных особенно настораживает как высокий процент специалистов, не ответивших на многие вопросы, так и небольшое число полагавших для себя возможным сообщать сведения о диагнозах своих пациентов не только сотрудникам ЛПУ, но и другим пациентам, родственникам больных и даже направлять их по месту жительства, учебы или работы ВИЧ-инфицированных.

Таблица 48

Предполагаемые действия врачей-наркологов в отношении распространения информации в случае обнаружения у пациентов ВИЧ/СПИДА
(в %% от числа опрошенных)

| Избранное врачами-наркологами действие | Диагноз у больных | | | | | |
|---|-------------------|------|------------|------------------|------|------------|
| | ВИЧ-инфекция | | | Заболевание СПИД | | |
| | Да | Нет | Нет ответа | Да | Нет | Нет ответа |
| Сообщат администрации ЛПУ | 16,6 | 6,7 | 26,7 | 47,0 | 6,0 | 47,0 |
| Сообщат персоналу ЛПУ | 36,7 | 20,0 | 43,3 | 30,0 | 16,7 | 53,3 |
| Сообщат другим пациентам ЛПУ | 3,0 | 47,0 | 50,0 | 6,7 | 26,7 | 66,7 |
| Сообщат родственникам ВИЧ-инфицированного | 16,7 | 30,0 | 53,3 | 13,3 | 23,3 | 63,3 |
| Сообщат по месту жительства ВИЧ-инфицированного | 10,0 | 40,0 | 50,0 | 6,7 | 26,7 | 66,7 |
| Сообщат по месту работы или учебы ВИЧ-инфицированного | 3,0 | 43,3 | 53,3 | 3,0 | 26,7 | 70,0 |

Подобные тенденции необходимо преодолевать, используя не только все правовые и этические аргументы, но и на основе системы последовательного массового образования и воспитания, так как в значительной степени они определяются широким непониманием проблемы в целом и распространенными в обществе негативными антигуманистическими тенденциями в отношении больных СПИДом.

Обнаруженная "мозаика" ответов, мнений и настроений высвечивает самые узкие места в системе организации медицинского обслуживания лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, отягощенными ВИЧ/СПИДом.

В этом плане важно мнение опрошенных врачей в отношении необходимости обучения медицинского персонала ЛПУ НП по проблемам ВИЧ/СПИДа. 43,3% респондентов считали, что персонал ЛПУ не одготовлен к встрече с эпидемией и только 36,7% - что в их ЛПУ обеспечены все условия для предотвращения распространения эпидемии.

Таким образом, проведенный нами повторный опрос выявил разнообразные позиции и тенденции в спектре отношения высококвалифицированных врачей-наркологов к проблемам медицинского обслуживания ВИЧ-инфицированных в ЛПУ наркологического профиля.

Это исследование, осуществленное в самый канун разворачивающейся в настоящее время эпидемии ВИЧ-инфекции среди больных наркоманией в нашей стране позволило высветить наиболее уязвимые места в системе защиты населения от СПИДа и помощи больным, у которых это заболевание сочетается с наркологической патологией.

Укажем на наиболее важные проблемы, требовавшие скорейшего решения на многих уровнях: юридическом, административно-организационном, образовательном, этическом:

- четкое определение принципов и условий оказания медицинской помощи больным, страдающим наркологическими заболеваниями, отягощенными ВИЧ-инфекцией и СПИДом;
- создание всех необходимых условий для поддержания санитарно-эпидемиологического режима и обеспечения профилактики внутрибольничной инфекции и защиты персонала и пациентов ЛПУ НП;
- усиление комплекса мер по профилактике ЗППП, вирусных гепатитов и других инфекционных заболеваний в ЛПУ НП;
- создание программы систематического обучения медицинского персонала ЛПУ НП по вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции;
- внедрение в практику медицинского обслуживания пациентов ЛПУ НП
- системы до- и послетестового консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа с
- обеспечением соответствующего обучения медицинского персонала;
- проведение систематической разъяснительной, воспитательной и профилактической работы с персоналом ЛПУ НП по правовым и этическим
- проблемам ВИЧ/СПИДа;
- расширение поиска новых, нестандартных мер профилактики наркологических заболеваний, возникающих в связи с потреблением психоактивных веществ;
- периодически проводить медико-социальные исследования ситуации по профилактике ВИЧ/СПИДа в сфере наркологии.

Несомненно, что реализация подобных исследований в рамках мониторинга позволит более эффективно осуществлять подготовку медицинского персонала наркологических учреждений и разрабатывать

адекватные формы организации медицинского обслуживания в них с учетом опасности динамики распространения ВИЧ-инфекции.

Следующий этап исследования осуществлялся в период развернутой эпидемии ВИЧ-инфекции и имел целью выявление наиболее существенных и значимых проблем, связанных с оказанием стационарной наркологической помощи ВИЧ-инфицированным больным героиновой наркоманией (БГН) и разработкой стандартов до- и послетестового консультирования по ВИЧ-инфекции. Исследование было проведено в клинике НИИ наркологии МЗ РФ в 2000-2001 гг.

На первом этапе была дана оценка эпидемиологической ситуации и эпидемиологического режима в стационаре, определен исходный уровень информированности врачей, их отношение к проблеме и владение навыками работы с ВИЧ-инфицированными пациентами.

Данные о выявлении за последние 5 лет у пациентов инфекций, передаваемых половым и парентеральным путем, представлены в Таблице 49. Они свидетельствуют о росте инфицированных ВИЧ и парентеральными гепатитами среди БГН на фоне относительно стабильных показателей заболеваний, передающихся половым путем - (около 2,5% в среднем). Это позволяет сделать вывод, что на современном этапе развития эпидемии ВИЧ и вирусных гепатитов преобладал парентеральный путь передачи этих инфекций.

Таблица 49

Данные о выявлении ВИЧ-инфекции, сифилиса, гонореи и парентеральных гепатитов у больных наркоманиями, находившихся на лечении в клинике НИИ наркологии в 1996-2000 гг.

| Годы | 1996 | | 1997 | | 1998 | | 1999 | | 2000 | |
|---------------------------------|------|-----|------|-----|------|------|------|------|------|------|
| Количество больных наркоманиями | 487 | | 788 | | 980 | | 688 | | 591 | |
| ВИЧ-инфицированные | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| | 1 | 0,2 | 1 | 0,1 | 11 | 1,12 | 99 | 14,4 | 88 | 14,9 |
| RW | 10 | 2,0 | 29 | 3,7 | 26 | 2,7 | 13 | 1,9 | 16 | 2,7 |
| Гонорея | 1 | 0,2 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | - | - | - | - |
| Гепатит В ¹⁸ | - | - | - | - | 31 | 3,2 | 15 | 2,2 | 1 | 0,2 |
| Гепатит С | - | - | 12 | 1,5 | 240 | 24,5 | 78 | 11,3 | 116 | 19,6 |
| Гепатит В+С | - | - | 3 | 0,4 | 19 | 2,0 | 9 | 1,3 | 5 | 0,8 |

Проведенный опрос 50 врачей и научных сотрудников клиники, показал, что они практически все сталкивались с лечением ВИЧ-

инфицированных БГН: у 76% опрошенных было от 1 до 10, а у 24% - от 10 до 20 и более таких пациентов.

Обнаруживали клинические проявления ВИЧ-инфекции и оказывались перед необходимостью проведения дифференциальной диагностики у БГН 66% врачей.

Несмотря на то, что подавляющее большинство наркологов (87%) считали, что они знакомы с клиническими признаками ВИЧ-инфекции, все они признали необходимость дополнительных знаний в этой области. При этом 82 % считали, что такие знания нужны им для профессиональной деятельности, а 18% осознавали их необходимость не только для работы, но и для личной жизни.

Использование проективной методики «Незаконченные предложения» (НП), позволяющей, респондентам выражать мнение в свободной форме дало возможность получить менее формальную и более разнообразную информацию об отношении врачей к проблемам оказания помощи БГН, связанным с ВИЧ-инфекцией.

Врачам наркологам было предложено закончить (дописать) следующие НП:

- При лечении больного наркоманией я ожидаю.....
- Главное в лечении больного наркоманией.....
- Лечить больных наркоманией это.....
- Результат лечения больного наркоманией зависит от.....
- Лечить ВИЧ-инфицированных наркоманов для меня.....
- При лечении ВИЧ-инфицированных наркоманов чаще всего.....
- Сообщить пациенту результат положительного теста на ВИЧ для меня.....

Оценивая ожидания врачей при лечении БГН, мы условно разделили их на четыре группы: оптимистические; тревожные; пессимистические и корыстные.

Оптимистические ожидания при лечении БГН были у 73% опрошенных: из них на достижение длительной ремиссии рассчитывали 23%; «положительного результата» (без уточнения) ожидали 21%; осознания больным своей болезни и помощи в терапии –15%; доверия больного и помощи родственников – 8% и полного отказа от наркотика – 8%.

Тревожные ожидания, связанные с присоединением различных осложнений, были у 17% опрошенных, в том числе и опасения, связанные с возможным инфицированием парентеральными вирусными гепатитами (ВГ) и ВИЧ-инфекцией - 6%.

Пессимистические ожидания свидетельствовали об отсутствии у 6% врачей надежды на какой-либо положительный результат в лечении БГН.

Корыстные ожидания, связанные только с получением материального вознаграждения за лечение, были у 2% опрошенных.

Опору на личность больного, его желание лечиться и установку на выздоровление считали «главным» в лечении БГН 43% врачей; квалифицированный подбор медикаментозной терапии в сочетании с психотерапией, при наличии в ЛПУ соответствующей материальной базы – 13%; профессионализм и авторитет врача, контакт с пациентом и его родственниками – 21%; терпение по отношению к больным и помощь в возвращении их к жизни – 8%; веру и духовное воспитание – 6% и реабилитационные мероприятия – 2%.

Лечить БГН по мнению 64% врачей это сложный, тяжелый, изматывающий труд; лечение душевной болезни, требующее большого психоэмоционального напряжения.

Для 15% врачей лечить БГН - означает помочь пациенту найти в жизни замену наркотику и преодолеть вместе с ним и его родственниками возникшие проблемы; для 10% это обычная профессиональная деятельность, и для 6% врачей - интересная творческая работа.

Результат лечения БГН по мнению 51% опрошенных зависит от сочетания таких факторов как особенности болезни, квалификация врача, адекватная терапия, установка больного на лечение, взаимопонимание и помощь родственников.

Главенствующее значение в достижении результата лечения по мнению 31% врачей принадлежит личностным особенностям пациента и контакту с его близкими; продолжительности пребывания в лечебной программе - 4%; Богу и духовному перерождению личности больного - 4%.

Учитывая новую ситуацию, связанную с появлением в наркологических клиниках все большего числа ВИЧ-инфицированных БГН, нас интересовали проблемы, возникавшие у врачей при оказании помощи таким пациентам.

Существенных различий в лечении ВИЧ-инфицированных по сравнению с другими БГН не усматривали 42% врачей.

Считали, что лечить ВИЧ-инфицированных БГН труднее из-за постоянного эмоционального напряжения, сложной психотерапевтической работы и большой тревоги за их будущее - 31%. Врачи также указывали на целесообразность участия в лечебном процессе инфекциониста и психолога и необходимость создания в стационаре соответствующих условий для лечения таких больных (4%); отмечали некоторый повышенный риск при работе с такими пациентами - 4%.

Врачи считали, что сообщать БГН положительный результат теста на ВИЧ - очень сложная психологическая задача, и делать это должен лечащий нарколог, хорошо знающий пациента (21%). При этом указали на необходимость специальной подготовки 47%. Считали, что сообщать положительный результат может и другой специалист, и не обязательно врач, но с хорошей психологической подготовкой – 17%. Некоторые врачи полагали, что сообщение положительного результата не всегда целесообразно из-за состояния пациента - 4%.

Среди особенностей лечения ВИЧ-инфицированных БГН отмечалась измененная чувствительность и толерантность к медикаментам, присоединение соматической патологии, сниженный иммунитет и необходимость коррекции медикаментозного лечения и иммуностимулирующей терапии - 29%. У ВИЧ-инфицированных БГН врачи наблюдали нетипичную картину абстинентного синдрома (АС), более тяжелый выход из состояния абстиненции и частые срывы.

При лечении ВИЧ-инфицированных БГН часто приходилось сталкиваться с психологией обреченного, психопатизированного, потерявшего смысл жизни человека, которого сложно мотивировать на отказ от наркотиков и на выздоровление, а 4% врачей даже считали, что лечение таких больных напрасный труд. Признались, что старались избегать лечить таких больных 11% опрошенных.

В то же время в практике некоторых врачей встречались пациенты, у которых, благодаря диагнозу ВИЧ-инфекция, возникала мотивация на отказ от наркотиков и желание излечиться от обоих недугов.

Некоторым врачам удавалось выработать у таких пациентов позитивные установки на будущее и убедить их, что ВИЧ-инфекция не должна стать поводом для возврата к наркотику, потому что жизнь не заканчивается и многое в руках самого человека.

Ряд признаний, сделанных врачами во время опроса, несли на себе отпечаток «эпохи до СПИДа», или другими словами, недостаточной информированности. Так, например, некоторые врачи «старались избегать» разговоров с ВИЧ-инфицированными БГН о ВИЧ-инфекции и, связанных с ней проблемах. В то же время именно доверительное общение врача и пациента является, основным признанным и наиболее эффективным средством профилактики осложнений и предупреждения дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции. Был даже приведен пример, когда при обнаружении у больного ВИЧ-инфекции с ним боялись здороваться за руку.

Проведенный опрос свидетельствует о том, что эпидемия ВИЧ-инфекции не только непосредственно отразилась на течении и лечении героиновой наркомании, но и оказала существенное влияние на

психологический климат в ЛПУ и всю организацию лечебно-профилактического процесса в наркологии.

Полученная информация о наиболее существенных и уязвимых проблемах, с которыми приходится сталкиваться при лечении ВИЧ-инфицированных БГН, позволила разработать программу курса обучения врачей-наркологов по вопросам профилактики парентеральных инфекций и технике до- и послетестового консультирования по ВИЧ.

Для врачей и научных сотрудников клиники НИИН по этой программе был проведен цикл семинаров по общим сведениям о ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитах; эпидемиологическому режиму в лечебных учреждениях; видам рискованного поведения БГН; принципам профилактики парентеральных инфекций и политике снижения вреда; до- и послетестовому консультированию, а также этическим и правовым вопросам. Для отработки практических навыков консультирования в работе семинаров активно использовались игровые и интерактивные методы обучения.

Отношение врачей к лечению ВИЧ-инфицированных БГН в процессе обучения на семинаре претерпело определенные позитивные изменения. Если до обучения высказывалось мнение о бесполезности и бессмысленности лечения таких больных, то после него возникло осознание того, что при существующей эпидемиологической ситуации независимо от результата теста на ВИЧ любой пациент может оказаться инфицированным, и наркологическая помощь должна предоставляться всем БГН в полном объеме. Информация о вариантах длительного течения ВИЧ-инфекции, которые наряду с современными методами комплексной противовирусной терапии позволяют добиваться существенного продления жизни больного, помогла наркологам изменить мнение о безнадежности лечения ВИЧ-инфицированных БГН.

После семинара у наркологов появился профессиональный интерес к оказанию помощи ВИЧ-инфицированным БГН и потребность постоянного расширения знаний по этим вопросам. При этом у врачей не вызывало сомнения, что особое внимание необходимо уделять процедуре дотестового и послетестового консультирования и мотивации пациентов на изменение рискованного поведения, для блага самого пациента и для предотвращения возможного дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

До семинара вопрос возможности и необходимости обсуждения с БГН их наркотического поведения и способов употребления наркотиков (в отличие от сексуального поведения) вызвал у наркологов противоречивые мнения. Многие врачи (43%) считали, что абсолютно недопустимо, неприемлемо и вообще не имеет смысла говорить с БГН о каких-либо «безопасных» способах употребления наркотиков, во-первых, потому что в

принципе не существует их «безопасного» употреблении, а во-вторых, у пациентов необходимо формировать установку на полный отказ от наркотика. В то же время 50% врачей считали такое обсуждение чрезвычайно важным и даже обязательным, особенно с учетом необходимости профилактики парентеральных инфекций. Рассматривали такие обсуждения как весьма сложное – 4% и как отчаянную меру – 4%.

После проведения семинара практически все слушатели признали целесообразность такого обсуждения и сказали, что в этом вопросе семинар им очень помог. Уменьшились и сложности, возникавшие у наркологов при сообщении пациенту положительного теста на ВИЧ.

Во время работы семинара врачи проконсультировали свыше 60 БГН, при этом все отметили несомненную помощь обучения на семинаре в проведении консультирования.

В представленных протоколах консультирования отмечалась высокая степень наркологического и сексуального риска у подавляющего большинства БГН, при этом у многих не было мотивации на отказ от наркотиков и изменение рискованного поведения. Не все БГН осознавали для себя высокий риск ВИЧ-инфицирования и были психологически не подготовлены к возможному получению положительного результата теста на ВИЧ. Все это сформировало у врачей твердое убеждение в необходимости проведения с такими пациентами дополнительной психотерапевтической работы.

Большой интерес наряду с ВИЧ-инфекцией вызвало обсуждение клиники, профилактики и лечения парентеральных вирусных гепатитов, широко распространенных у БГН.

Особо были отмечены наглядные, игровые и интерактивные формы обучения, благодаря которым они «могут почувствовать себя на месте пациента и понять степень риска». Практические занятия помогли многим врачам обсуждать с БГН такие сложные темы как рискованное сексуальное и наркотическое поведение.

Несомненным достоинством семинара стало взаимное обогащение тренеров и слушателей новой информацией и навыками в оказании помощи ВИЧ-инфицированным БГН. Так, обсуждение темы дотестового консультирования показало, что его не всегда возможно проводить в наркологическом стационаре непосредственно перед тестом, т.к. в это время больной обычно находится в состоянии абстиненции и недоступен для беседы. Поэтому для наркологических стационаров целесообразно рекомендовать его проведение в отсроченном виде, после купирования основных проявлений АС, но до получения результата теста.

Дополнительные трудности у БГН возникают из-за отсутствия у них первоначальной мотивации к консультированию, так как в стационаре тестирование проводится в обязательном порядке, а не по их инициативе.

В этой связи особенно возрастает роль врача в формировании у БГН мотивации к принятию профилактической информации по ВИЧ. Сами врачи понимают, что такую работу должен проводить именно лечащий врач-нарколог, находящийся в тесных и доверительных отношениях с пациентом. При этом они осознают важность и необходимость профессиональной подготовки по этим вопросам.

Глава 9. Программы профилактики парентеральных инфекций и стандарты до- и послетестового консультирования по ВИЧ-инфекции

Начиная с конца 90-х годов, распространение ВИЧ-инфекции в России приняло эпидемический характер преимущественно за счет лиц, вводящих наркотики парентерально. В наркологических стационарах, где оказывается специализированная медицинская помощь потребителям наркотиков, все пациенты проходят тест на ВИЧ, который, по существующему законодательству, должен обязательно сопровождаться до- и послетестовым консультированием. Однако наши предшествующие исследования свидетельствуют о том, что специалисты-наркологи недостаточно информированы по проблемам ВИЧ-инфекции, как правило, не владеют техникой до- и послетестового консультирования и не проводят его.

Поэтому целью настоящего исследования¹⁹ было создание для врачей-наркологов программы обучения методам профилактики парентеральных инфекций и разработка стандартов до- и послетестового консультирования пациентов.

Стратегия обучения врачей-наркологов заключается в необходимости формирования у специалистов:

- адекватного отношения к проблеме ВИЧ-инфекции и к пациентам с ВИЧ и предоставления достоверных и максимально полных сведений о ВИЧ-инфекции и общих проблемах профилактики парентеральных инфекций в условиях наркологического стационара;
- представлений о том, что любого пациента с наркотической зависимостью следует рассматривать с позиций возможного риска инфицирования ВИЧ или парентеральными вирусными гепатитами;
- навыков до- и послетестового консультирования как одной из важных составляющих профилактики с использованием принципов «Снижения вреда»;
- навыков работы в условиях повышенного риска инфицирования.

С учетом этого для врачей-наркологов была разработана обучающая программа профилактики парентеральных инфекций. Программа состояла из серии тематических семинаров: общие сведения о ВИЧ-инфекции и

¹⁹Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С., Козлов А.А., Павловская Н.И. Программа профилактики парентеральных инфекций и стандарты до- и послетестового консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции для врачей наркологов. \\\ Вопросы наркологии, М.:2002, № 6, с.48 – 54.

парентеральных вирусных гепатитах; эпидемиологический режим в лечебных учреждениях; виды рискованного поведения лиц, употребляющих наркотики; принципы профилактики парентеральных инфекций; политика снижения вреда; до - и послетестовое консультирование; принципы работы с пациентами; отработка практических навыков консультирования; этические и правовые вопросы, связанные с оказанием помощи ВИЧ-инфицированным пациентам. В работе семинаров активно использовались игровые и интерактивные методы обучения.

Для решения учебных и исследовательских задач семинара были подготовлены следующие методические материалы:

- 1) анкета для определения исходного уровня информированности и отношения к проблемам ВИЧ-инфекции врачей-наркологов;
- 2) методика «незавершенные предложения», ориентированная на выявление у врачей установки врачей на результат лечения наркоманий, в том числе, в сочетании с ВИЧ-инфекцией и парентеральными вирусными гепатитами, отношения к этическим проблемам наркологии и к программам Снижения вреда;
- 3) тематические анкеты для оценки эффективности работы семинаров;
- 4) анкета и ответный бланк для самостоятельной работы врачей-наркологов с пациентами и проведения дотестового и послетестового консультирования;
- 5) схема самоотчета консультанта для контроля самостоятельной работы участников семинара и для выявления возможных трудностей, возникающих в процессе консультирования пациентов;
- 6) протокол консультирования для оценки индивидуального риска и контроля эффективности консультирования;

В процессе работы был проведен ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции и парентеральным гепатитам в клинике НИИ наркологии с 1996 года и дана оценка санитарно-эпидемиологического режима²⁰.

Для обучения методам консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции из научных сотрудников и врачей-наркологов отделений клиники НИИ наркологии была сформирована группа из 16 человек.

Для эффективного проведения семинаров разрабатывался сценарий каждого дня, состоявший из оценки исходного уровня знаний по изучаемым

²⁰ Должанская Н.А., Бузина Т.С. Андреев С.А., Козлов А.А., Павловская Н.И. Программа профилактики парентеральных инфекций и стандарты до - и послетестового консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции для врачей наркологов. \ \ Вопросы наркологии, М.:2002, № 6, с.48 – 54.

вопросам, с использованием анкетных, проективных, интерактивных и игровых методов; информационного (теоретического) блока; отработки практических навыков и заключительного опроса для оценки содержательного и методического уровня каждого дня семинара.

Для презентаций активно использовались наглядные методы, и слушателям предоставлялся широкий спектр методических материалов и пособий по профилактике ВИЧ-инфекции и парентеральных вирусных гепатитов.

Для разработки адекватных и конкретных рекомендаций по консультированию для врачей-наркологов, предварительно было изучено их отношение к работе с пациентами в условиях повышенного риска инфицирования парентеральными инфекциями.

С этой целью были изучены:

- отношение к оказанию медицинской помощи пациентам с наркотической зависимостью;
- информированность по проблемам оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным наркоманам;
- потребность в знаниях клиники и дифференциальной диагностики ВИЧ-инфекции;
- отношение к оказанию медицинской помощи пациентам, инфицированным вирусными парентеральными гепатитами В и С;
- отношение к возможности обсуждения с пациентами безопасного способа употребления наркотиков;
- возможность обсуждения с пациентами сексуального поведения и сексуального риска инфицирования парентеральными гепатитами и ВИЧ-инфекцией;
- возможность для врачей изменить собственное сексуальное поведение;
- соблюдение врачами эпидемиологического режима и использование средств индивидуальной защиты при работе в условиях повышенного риска инфицирования;
- отношение врачей к сообщению пациенту результата теста на ВИЧ;
- отношение к сохранению врачебной тайны;
- владение навыками дотестового и послетестового консультирования;
- отношение к программам «Снижения вреда»;
- отношение к пунктам обмена игл и шприцев для уличных наркоманов;
- отношение к заместительной терапии.

Для получения более достоверных и полных данных по всем изучаемым вопросам, предлагавшимся слушателям семинара, был проведен дополнительный опрос 50 врачей клиники, не проходивших обучение.

Основополагающими принципами семинаров были обмен мнениями со слушателями и учет их пожеланий при формировании тем для обсуждения на последующих занятиях. Все дискуссии протоколировались, а обсуждаемые на них вопросы и предложения были использованы при формировании заключительных рекомендаций по консультированию пациентов в наркологических стационарах.

Результаты

Оценка эпидемиологической ситуации в клинике НИИ наркологии с 1996 года наглядно продемонстрировала слушателям преобладание парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С у больных наркоманиями.

Изучение собственного опыта наркологов показало, что ни с одним из них при обследовании на ВИЧ не проводилось консультирование, ни до теста, ни после получения результата. В то же время, проведенная игра «Тайное голосование» обнаружила широкую распространенность различных форм рискованного поведения у самих слушателей семинара, что, несомненно, отражает и ситуацию в обществе. Так, среди слушателей, хотя бы раз в жизни - употребляли наркотики – 42%;; имели сексуальный контакт с малознакомым партнером без презерватива – 58%; практиковали анальный секс – 26%; имели одновременно более одного сексуального партнера – 37%; подвергались сексуальному насилию – 16%. Это позволило всем участникам переосмыслить свое отношение к распространенности в обществе различных форм рискованного поведения, и к традиционным группам риска.

В процессе групповых дискуссий слушатели выразили пожелания более подробно освещать практические вопросы, технику консультирования и изменения рискованного сексуального поведения; правовые вопросы, связанные с ВИЧ-инфекцией; меры личной безопасности при работе с ВИЧ-инфицированными и др. Это было учтено при организации последующих семинаров.

Во время самостоятельной консультативной работы с пациентами врачи использовали, разработанные нами для этих целей анкеты с ответными бланками. Они заполняли самоотчеты консультантов и протоколы консультирования, в которых регистрировались обсуждаемые вопросы рискованного поведения и темы, по которым была проведена беседа.

Полезным для участников было знакомство с практикой консультирования потребителей наркотиков в московском проекте «снижения вреда» «Ясень», деятельность которого была представлена на двух семинарах. Многие из обсуждаемых по этой теме вопросов оказались дискуссионными из-за недостаточной информированности врачей о

принципах деятельности таких программ. Обсуждение этих проблем на семинарах способствовало выработке более конструктивного и прагматичного отношения врачей, работающих в стационаре, к различным методам профилактики парентеральных инфекций у потребителей ПАВ.

Оценка обучения

Анкетирование слушателей семинара выявило высокую заинтересованность и потребность в получении знаний и навыков по профилактике ВИЧ-инфекции у больных наркоманиями.

Подавляющее большинство слушателей (94%) отметили, что получили на семинаре новую и полезную информацию, особенно по таким разделам как патогенез ВИЧ-инфекции – 38%; эпидемиология парентеральных инфекций – 31%; пути передачи и рискованное поведение – 25%.

Положительную оценку слушателей получили игровые методики, помогающие включиться в проблемы ВИЧ-инфекции:

- «Лента времени» (эпидемиология ВИЧ) – 88%;
- «Тайное голосование» (распространенность рискованного поведения в обществе) – 75%;
- «Степной огонь» – (проблемы ВИЧ-инфицированного в обществе) – 87%;
- «Незаконченные предложения» - 75%;
- «проективный рисунок ВИЧ-инфекции» – 56%.

Результаты семинаров оценивались по количественным и качественным показателям.

Количественные показатели:

- количество обученных специалистов;
- количество проконсультированных пациентов;
- количество протоколов консультирования;
- количество врачей клиники желающих пройти обучение по профилактике парентеральных инфекций и дотестовому и послетестовому консультированию.

Качественные показатели, отражающие изменения, произошедшие в результате обучения на семинаре.

Для их оценки слушатели были протестированы по ряду вопросов до начала обучения и после его окончания.

Только 16% слушателей до семинара не читали литературу по ВИЧ-инфекции, но желание пройти обучение выразили все, потому что почувствовали острую потребность в таких знаниях.

Страх заразиться ВИЧ-инфекцией до семинара испытывали 29% слушателей, а после его окончания – 70%. Мы считаем этот результат

отражением возникшего у слушателей более серьезного отношения к проблеме риска инфицирования парентеральными инфекциями.

Подтверждением этого является и сравнение отношения к ВИЧ-инфекции каждого слушателя до и после курса обучения. Так, если в начале обучения многие слушатели ограничивались такими общими определениями как «неизлечимая инфекционная болезнь», то после семинара в их ответах уже содержалась информация о путях передачи, группах повышенного риска и о возможном наличии ВИЧ-инфекции у любого пациента наркологического стационара. При этом врачи осознавали необходимость доводить эту информацию до сведения всех пациентов.

Оценка соблюдения в клинике эпидемиологического режима показала, что, несмотря на обеспеченность персонала средствами защиты и информированность о возможном профессиональном риске, некоторые врачи, даже по окончании курса обучения, в экстренных случаях не пользовались средствами защиты, хотя именно такие ситуации и являются наиболее опасными с точки зрения возможного риска инфицирования.

Это свидетельствует о том, что при проведении обучения персонала вопросам индивидуальной защиты должно уделяться еще большее внимание.

В связи с резким увеличением в наркологических стационарах ВИЧ-инфицированных пациентов, одним из ключевых вопросов для наркологов становится вопрос лечения таких больных.

Отношение врачей к лечению ВИЧ-инфицированных наркоманов в процессе обучения на семинаре претерпело определенные позитивные изменения. Если до обучения высказывалось мнение о бесполезности и бессмысленности лечения таких больных, то после него возникло осознание того, что при существующей эпидемиологической ситуации, независимо от результата теста на ВИЧ, любой пациент может оказаться инфицированным, и наркологическая помощь должна предоставляться всем пациентам в полном объеме.

Предоставленная наркологам информация о вариантах длительного течения ВИЧ-инфекции, которые наряду с современными методами комплексной противовирусной терапии позволяют добиваться существенного продления жизни больного, помогла им изменить мнение о безнадежности лечения ВИЧ-инфицированных наркоманов.

После семинара у врачей появился профессиональный интерес к оказанию помощи ВИЧ-инфицированным больным, и возникла потребность постоянного расширения знаний по этим вопросам. Они осознавали необходимость уделять особое внимание процедуре дотестового и послетестового консультирования и мотивации пациентов на изменение

рискованного поведения, для защиты самого пациента и для предотвращения возможного дальнейшего распространения ВИЧ-инфекции.

Вопрос о возможности и необходимости обсуждения с пациентами их наркотического поведения и способов употребления наркотиков вызвал у наркологов противоречивые мнения. До семинара многие врачи (43%) считали, что говорить с наркоманами о каких-либо «безопасных» способах употребления наркотиков недопустимо, потому что «безопасного употребления наркотиков» в принципе не существует. Кроме того, они были убеждены в том, что у пациентов необходимо формировать установку на полный отказ от наркотика.

В то же время 50% врачей считали такое обсуждение чрезвычайно важным и даже обязательным, особенно с учетом необходимости профилактики парентеральных инфекций. Рассматривали такие обсуждения как весьма сложное дело – 4%, и как отчаянную меру – 4% слушателей.

После проведения семинара практически все признали целесообразность такого обсуждения и сказали, что в этом вопросе знания, полученные на семинаре, им очень помогли.

До начала обучения испытывали трудности, и даже определенный дискомфорт при обсуждении с пациентами вопросов рискованного сексуального поведения и возможного сексуального риска 25% наркологов. По окончании обучения только один доктор не смог в этих вопросах преодолеть существовавшие у него трудности; а остальные отметили, что семинар помог им в проведении такой работы.

Во время обучения наркологи осознали свою роль в консультировании пациентов по ВИЧ-инфекции. После семинара слушатели поняли, что результат теста на ВИЧ должен сообщать пациенту лечащий врач-нарколог и это требует специальной подготовки. Врачи признали, что знания и навыки, полученные на семинаре, помогают им справляться с проблемой стресса, развивающегося у больного при получении положительного результата теста на ВИЧ.

Самым тесным образом с сообщением результата теста на ВИЧ связан и вопрос сохранения врачебной тайны, который в ситуации с ВИЧ-инфекцией, зачастую ставит врача в затруднительное положение. Поэтому, несмотря на осознание необходимости абсолютного соблюдения врачебной тайны, многие врачи даже после семинара продолжали считать, что это создает опасность для близких пациента и его окружения.

В процессе обучения на семинаре слушатели провели свыше 70 дотестовых и послетестовых консультаций пациентов. Все они единодушно признали, что обучение очень помогло им в этой работе.

В протоколах консультирования подавляющего большинства пациентов отмечалась высокая степень наркологического и сексуального риска, при этом у многих из них не было мотивации на отказ от наркотиков и изменение рискованного поведения. Не все больные осознавали свой высокий риск ВИЧ-инфицирования и не были психологически подготовлены к возможному получению положительного результата теста на ВИЧ. Все это сформировало у врачей твердое убеждение в необходимости проведения с такими пациентами дополнительной психотерапевтической работы.

Обсуждение целесообразности для России программ «Снижения вреда» показало, что до семинара 25% слушателей считали их паллиативными и даже ведущими к распространению наркомании; 42% - не имели о них определенного мнения. Считали их актуальными для снижения риска распространения парентеральных инфекций и социализации потребителей наркотиков 33% врачей.

По окончании обучения 80% врачей сказали, что будут рекомендовать своим пациентам такие программы.

Заключительная оценка семинара показала, что он очень помог слушателям в работе с пациентами, а игровые технологии позволили им лучше понять проблемы рискованного поведения и профилактики парентеральных инфекций.

Игровые методы обучения наряду с обсуждением вопросов врачебной этики, сохранения врачебной тайны, доверительности и конфиденциальности и др. помогли врачам более продуктивно проводить работу по консультированию со своими пациентами.

Слушатели семинара предложили продолжать аналогичное обучение и знакомить их с новой информацией по профилактике парентеральных инфекций, а также приглашать специалистов и других заинтересованных лиц.

В качестве еще одного из показателей эффективности работы семинара была учтена и информированность других врачей и научных сотрудников клиники НИИ наркологии о проведении обучения. Коллеги, работающие в стационаре, за время обучения неоднократно обращались практически ко всем слушателям семинара за консультациями по многим вопросам профилактики парентеральных инфекций. Многие высказали большую заинтересованность в прохождении аналогичного обучения.

Внедрение

Все использованные в процессе обучения и апробированные на семинарах методические материалы были творчески переработаны и легли в

основу «Руководства по обучению до- и послетестовому консультированию по ВИЧ-инфекции больных, получающих лечение в стационаре».

Руководство состоит из 9 обучающих модулей и Приложений, содержащих сценарии игровых методик, анкеты для оценки исходного уровня информированности и эффективности обучения.

Еще одним важным результатом проведенной работы явился «Протокол консультирования по ВИЧ», представляющий собой алгоритм консультативной беседы с пациентом. Протокол позволяет врачу проводить полноценное консультирование с учетом всех необходимых тем, и дает возможность оценить степень индивидуального риска пациента. В протоколе регистрируются данные об индивидуальном прогнозе и фиксируются рекомендации, данные пациенту. Работа с «Протоколом консультирования по ВИЧ» дает возможность врачу проводить динамические наблюдения за изменением рискованного поведения пациента и оценивать эффективность профилактики.

Проведенное исследование свидетельствует о целесообразности внедрения такого курса обучения во все программы обучения и повышения квалификации, специалистов, оказывающих наркологическую помощь.

Литература

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах. Методическое пособие. - С.-Пб. 1994. 17 с.
2. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. М. 1994. 216 с.
3. Анастаси А. Психологическое тестирование. М., 1982, Т.1, 318 с;Т.2, 295 с.
4. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. М., «Медицина», 1976, 186 с.
5. Битенский В.С., Личко А.Е., Херсонский Б.Г. Психологические факторы в развитии токсикоманий у подростков. // Психологический журнал. 1991.Т.12 № 4.С.87-93.
6. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике. Киев, 1989, 199 с.
7. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М. Прогресс. 1986. 421с.
8. Бузина Т.С., Тхостов А.Ш. Особенности словаря интрацептивных ощущений больных опийной наркоманией. \ М-лы I Международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник.М., 2001, с. 56-57.
9. Былкина Н.Д. Алекситимия (Аналитический обзор зарубежных исследований). //Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1995. № 1. С. 12-19.
- 10.Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика. // Избранные труды. М. 1964. С. 116-253.
- 11.Голант Р.Я. Алкоголизм и наркотизм на основании опыта Ленинграда. // Советская медицина в борьбе за здоровые нервы. Ульяновск. 1926.
- 12.Гульдман В.В., Корсун А.М. Поиск впечатлений как фактор приобщения подростков к наркотикам. // Вопросы наркологии. 1990. N. 2. С. 40-44.
- 13.Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С., Харьковова Н.В. Методические подходы к профилактике ВИЧ-инфекции в наркологии.// Вопросы наркологии. 1996. № 4. С.53-58.
- 14.Должанская Н.А., Егоров В.Ф., Харьковова Н.В. Метадоновая терапия: обоснование применения, история внедрения, оценка эффективности. // Вопросы наркологии. 1994. N.2. С.4-13.
- 15.Должанская Н.А., Бузина Т.С., Андреев С.А., Харьковова Н.В. Социальные и поведенческие проблемы употребления наркотиков и профилактика ВИЧ-инфекции. // Вопросы наркологии. 1997. N.2. С.60-66.

16. Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С. Результаты повторного опроса ведущих российских наркологов по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции. // Вопросы наркологии. – 1996. - №3. – С.68-73.
17. Должанская Н.А., Бузина Т.С. ВИЧ-инфекция в наркологической практике. – «Анахарсис». – 2000. – 44 с.
18. Должанская Н.А., Бузина Т.С. Консультирование потребителей психоактивных веществ по профилактике ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей психиатров-наркологов. – М. – 2001.- 28 с.
19. Должанская Н.А., Бузина Т.С., Влияние отношений в семье на вовлечение подростков в потребление ПАВ // Международное сотрудничество по профилактике ВИЧ: Организация Международного сотрудничества в исследованиях по профилактике употребления наркотиков и ВИЧ инфекции: в сб. трудов под ред. Дж. Хертинга, Т. Царук. – М.: «Анахарсис», 2004. – стр.41 -42.
20. Должанская Н.А., Бузина Т.С., Козлов А.А. Проблемы врачей-наркологов, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным пациентам. \ Тез. докл. Всероссийской конференции «ВИЧ-инфекция и парентеральные гепатиты», 12-16 ноября, 2001, Суздаль, с. 47.
21. Должанская Н.А., Сараджева О.П. Представления российских наркологов о проблеме профилактики ВИЧ-инфекции. // Вопросы наркологии. – 1995. - №1. - С.79-82.
22. Драган Г.Н. Наркомания среди несовершеннолетних в России: ситуация, тенденции, противодействие. // Вопросы наркологии. - 1997. - №2. - С.76-84
23. Дроздова О.М., Нестеров С.В. Острый вирусный гепатит В – эпидемиологическая модель ВИЧ-инфекции. // 4-я международ. конф. “СПИД, рак и родственные проблемы”, С.-Пб., 21-25 мая 1996. С-Пб. 1996. С.135.
24. Дурандина А.И., Исмаилов Б.И. Некоторые особенности формирования и течения наркоманий в Киргизии. // Вопросы клиники, профилактики и лечения алкоголизма и токсикоманий. ДСП. М. 1980. С.56-60.
25. Дурандина А.И., Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Факторы формирования наркоманий и проблема ранней диагностики. // Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. ДСП. – М. 1985. С. 38-41.
26. Егоров В.Ф. О состоянии наркологической службы в России и проблемах ее совершенствования. // Вопросы наркологии. 1997. N.1. С.9-18.
27. Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Гречаная Т.Б., Москалевич Я., Серославский Я. Сравнительный анализ смертности больных наркоманиями в Москве и Варшаве. // Вопросы наркологии. 1996. N. 2. С. 67-73.

- 28.Егорова М.С. Проблема зависимости-независимости от поля и возможность ее исследования в генетике поведения. // Вопросы психологии. 1981. N.4. С.161-168.
- 29.Иберла К. Факторный анализ. М. Статистика. 1980. 398 с.
- 30.Канторович Н.Д. Диспансерные наблюдения над морфинистами. // Сов. психоневрология. 1936. N.3. С.69-76.
- 31.Кобыща Ю., Щербинская А., Круглов Ю., Андрущак Л., Горегляд Н. Эпидемиология ВИЧ-инфекции на Украине среди наркоманов. // 4-я международ. конф. "СПИД, рак и родственные проблемы", С-Пб., 21-25 мая 1996. С.-Пб. 1996. С.135.
- 32.Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М. 1979. 607 с.
- 33.Козелецкий Ю. Психологическая теория решений. М.Прогресс.1979. 497 с.
- 34.Колесников А.А., Рожанец Р.В. Клиническое и экспериментальное исследование больных гашишной наркоманией.//Актуальные вопросы социальной психиатрии. ДСП. М. 1979. С.16-20.
- 35.Козлов А.А., Бузина Т.С. Психологические особенностей больных наркоманиями. \ \ Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, М.:1999, №10, с. 14-17
- 36.Кондильяк Э.Б. Опыт о происхождении человеческих знаний.// Сочинения в трех томах. Т.1. М. 1980. 334 с.
- 37.Корнилова Т.В., Долныкова А.А. Диагностика импульсивности и склонности к риску.// Вестник МГУ, серия 14 Психология. 1995. № 3. С. 46-56.
- 38.Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств.//Телесность человека: междисциплинарные исследования. М. 1993. С. 142-150.
- 39.Корсаков С.С. Курс психиатрии. М. 1901. Т.1. 1075 с.
- 40.Кошкина Е.А., Корчагина Г.А. Показатели потребления психоактивных веществ подростками в г. Санкт-Петербурге в 1989-1994 гг.//Вопросы наркологии. 1996. N. 2. С.60-64.
- 41.Кожевникова Г.М., Шамов А.С., Славутская О.Б. Факторы, влияющие на передачу вирусных гепатитов В и С среди наркоманов. // Вопросы наркологии. - 1997. - № 3. - С.55-56
- 42.Крафт-Эббинг Р. Учебник психиатрии. 1987. 889 с.
- 43.Крепелин Э. Введение в психиатрию. 1897. 339 с.
- 44.Кржечковский А.Ю. Самосознание подростков, склонных к употреблению одурманивающих средств. // Актуальные вопросы наркологии: тезисы докладов республиканского совещания врачей-наркологов, Калининград 23-25 апреля 1990. М. 1990. С.146-147.

- 45.Кржечковский А.Ю. Самосознание подростков с деликвентным поведением и криминальным поведением. // Саморазрушающее поведение у подростков. - сб. научн. трудов. Л.: НИПИ им. Бехтерева. Л.: 1991. Т.128. С.98 – 102.
- 46.Курек Н.С. Гедонистическое мировоззрение в молодежной субкультуре как фактор, способствующий вовлечению в потребление психоактивных веществ. // Вопросы наркологии. 1996. N.2. С.54-59.
- 47.Ланда А.Н. Некоторые вопросы изучения личности и познавательных функций у больных наркоманией опиатами. / Некоторые проблемы наркоманий и токсикоманий. М. 1989. С.102-110.
- 48.Леду И. Оценка лечения методом заместительной терапии в сети помощи наркоманам в 1989-1993 гг. – первые результаты. // Вопросы наркологии. 1994. N.2. С. 415-23.
- 49.Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва. 1975. 304 с.
- 50.Личко А.Е. Особенности саморазрушающего поведения при разных типах акцентуации характера у подростков./ Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. научн.трудов. Л. НИПИ им. Бехтерева. Л.1991. Т.128. С.9-15.
- 51.Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология. Л., Медицина, 1991. 304 с.
- 52.Лысенко Я.Х., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В., Подольский В.М. ВИЧ-инфекция и СПИД ассоциируемые заболевания. Москва. 1996. 624 с.
- 53.Люшер М. Сигналы личности. Воронеж, 1995, 173 с.
- 54.Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. Россия. С.-Пб. 1994. 304 с.
- 55.Мигдал К. Личностные характеристики, определяющие принятие рискованных решений. // Космическая биология и авиакосмическая медицина. М. 1990. Т.4. № 5. С.58-59.
- 56.Милушева Г.А., Найденова Н.Г. О роли микросоциальных факторов в возникновении девиантного поведения у подростков с ранними формами злоупотребления токсикоманическими веществами и алкоголем. // Вопросы наркологии. М. 1991. С.65-67.
- 57.Москаленко В.Д. Семейная отягощенность больных наркоманиями. //Вопросы наркологии. N.3. С.82-88.
- 58.Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опийной наркомании. /Автореферат дисс...канд.мед.наук. М. 1995.22 с.

- 59.Найденова Н.Г. Компульсивное влечение в клинике наркоманий. // Вопросы профилактики, клиники и лечения алкоголизма и неалкогольных наркоманий. М. 1975. С. 25-28.
- 60.Найденова Н.Г. Некоторые психопатологические аспекты политоксикоманий. // Медицинские аспекты проблем наркомании: тезисы докладов респ.совещ. врачей психиатров-наркологов. М. 22-23 мая 1991. М.1991. С.65-67.
- 61.Найденова Н.Г. Компульсивное влечение в клинике наркоманий. // Вопросы профилактики, клиники и лечения алкоголизма и неалкогольных наркоманий. М. 1975. С. 25-28.
- 62.Никифоров И.А. Наркомания в России: проблема и перспектива решения.// Вопросы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Материалы респ.совещ. психиатров-наркологов 16-21 марта 1992. М. 1993. С.110-117.
- 63.Николаева В.В. О психологической природе алекситимии. //Телесность человека: междисциплинарные исследования, М. 1993. с. 84-93.
- 64.Осипов В.П. Руководство по психиатрии. М.-Л. 1931. 596 с.
- 65.Пандемия ВИЧ-инфекции и СПИДа: обзор 1994 года. ВОЗ. 1994. 22 с.
- 66.Паравян Э.С., Атанесян Г.С. Описание методики самоотчета Symptom Check List – 90. Ереван. Гюмри. 1992. 17 с.
- 67.Петракова Т.И. Руководство по профилактике наркоманий среди детей и подростков. – М. – 2000.
- 68.Петровский В.А. Психология неадаптивной активности. М. РОУ. 1992. 224 с.
- 69.Платошина О.В., Афанасьев В.С. Изучение поведения наркоманов, связанного с риском заражения ВИЧ и вирусами гепатитов В и С.// Вопросы наркологии. - 1997. - № 3. - С.58-59
- 70.Покровский В.В., Кожевникова Г.М. Эпидемия инфекций, передающихся парентеральным путем, среди потребителей психоактивных веществ.// Вопросы наркологии.- 1998.- № 1. - С.41-49
- 71.Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД. Москва. 1996. 246 с.
- 72.Пятницкая И.Н. Наркомании. М. Медицина. 1994. 542 с.
- 73.Радченко А.Ф. Конституционально-личностные особенности больных наркоманиями и их роль в формировании заболевания. Дисс... канд.мед.наук. ДСП. М. 1989. 156 с.
- 74.Рахманова А.Г. Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных. С.-Пб. 1996. 36 с.
75. Родс Т. Работа с труднодоступными наркоманами: принципы и практика. Страсбург. Совет Европы. 1997. 58 с.

76. Романова О.Л. Первичная профилактика наркологических заболеваний у детей. // Вопросы наркологии. М.1993. № 3. С.53-59.
77. Романова О.Л. Методологические аспекты первичной профилактики зависимости от психоактивных веществ у детей. // Вопросы наркологии. 1997. N.2. С. 67-76.
78. Романова О.Л., Петракова Т.И. Американская антинаркотическая программа взаимной помощи для подростков. // Вопросы наркологии. 1992. N. 3-4. С.143-148.
79. Романова О.Л., Самойлова М.В. Позитивная антинаркотическая профилактика в начальной школе. // Вопросы наркологии. М.1994. № 1. С.7-8.
80. Рохлина М.Л. Аффективные расстройства в структуре абстинентного синдрома при полинаркоманиях. // Актуальные вопросы наркоманий. ДСП. Омск. 1982. С.151-155.
81. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания. // Вопросы наркологии. 1990. N. 1. С.34-38.
82. Сараджева О.П., Должанская Н.А., Харьковская Н.В. Программы обучения медицинского персонала наркологических учреждений по проблемам профилактики ВИЧ-инфекции. // Вопросы наркологии. – 1994. - № 4.
83. Семенова Н.Д. Возможность психологической коррекции алекситимии. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М. 1993. С. 94-100.
84. Сербский В.П. Психиатрия. М. 1912. 512 с.
85. Серейский М.Я. Конституция наркомана. // Труды психиатрической клиники I Московского государственного университета. М. 1925. Вып.1. С.52-74.
86. Сирота Н.А., Оялтонский В.М. Копинг-поведение как проблема наркологии. // Вопросы наркологии. 1996. N.1. С.76-82.
87. СПИД. Образы эпидемии. ВОЗ. Женева. 1994. 144 с.
88. Спрангер Б. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков. // Вопросы наркологии. М.1993. № 3. С.47-53
89. Спрангер Б. Анализ состояния обучающих программ “Формирование жизненных навыков” в мире. // Вопросы наркологии. М. 1994. № 1. С.8.
90. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М. МГУ. 1989. 213 с.
91. Соколова Е.Т. Особенности самосознания при невротическом развитии личности. // Автореферат докт.дисс... М. 1991. 107 с.
92. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. М., 1971, 63 с.

93. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. М. Прогресс. 1982. 232 с.
94. Стрельчук И.В. Клиника и терапия наркоманий. М. 1956. 346 с.
95. Судаков К.Б. Биологические мотивации как основа наркотической зависимости и алкогольного влечения. // Вопросы наркологии. 1990. N.3. С. 3-14.
96. Трайнина Е.Г. Особенности аутоагрессивных проявлений и аффективных расстройств при некоторых формах полинаркоманий и токсикоманий. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М. 1984. 16 с.
97. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни. Диссертация ... док. психол. наук. М. 1991.
98. Тхостов А.Ш. Интрацепция и ипохондрия: психологическая и философская проблема в контексте психиатрии. // Независимый психиатрический журнал. 1993. № 1-2. С.5-22.
99. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система. // Вестник МГУ, серия 14 Психология. 1993. № 1,4. С.3-15, С.13-24.
100. Тхостов А.Ш., Арина Г.Н. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. // Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Л. 1990. С.32-38.
101. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. М. Прогресс. 1992. 279 с.
102. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М. Республика. 1994. 447 с.
103. Хаитов Р.М., Игнатьева Г.А. СПИД. М. 1992. 159 с.
104. Эриксон К. Алкоголь и генетика. // Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии. М. 1986. С.272-277.
105. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Анализ современных подходов к профилактике употребления наркотиков. // Вопросы наркологии. 1996. N.3. С.91-97.
106. AIDS - Mass-Media campaigns don't change behaviour. // Centr. Afr. J. Med.- 1989. V.3 I.A. Wingard, G. Huba, P. Beutler, 5. N 9. P.492.
107. Arnett J. Contraceptive use, sensation seeking and adolescent egocentrism. // J. of Youth and Adolescence. 1990. V.19. P. 171-180.
108. Baker A., Dixon J. (1991) Motivational interviewing for HIV risk reduction, в кн. под ред. W.R. Miller, S. Rollnick B.P., 293-302, New York: Guilford Press.
109. Barrinaga M. AIDS education could be working, but it ts hard to tell. // Nature. 1988. V.333. N.6173. P.487.

110. Bates M.E., Lobovie E.W., White H.R. The effect of sensation seeking needs on alcohol and marijuana use in adolescence.// *Bulletin of Society of Psychologists in Addictive Behaviours*. 1986. V.5 N 1. P.29-36.
111. Bayes Sophena Ramon. Drogdependencies; SIDA: aspectes psicologics./ Drogdependencies: exper. d'interv. a Catalunya.// *Diput. de Barselona. Barselona*. 1992. P. 413-431.
112. Biglan A., Metzler C.V.,Wirt R., Ary et al. Social and behavioural factors associated with high - risk sexual behaviour among adolescents. // *J. of Behavioural Medicine*. 1990. V.13. N 3. P. 245-261.
113. Binot E. Personalites toxicomans et modalites relationnelles.//*J.pharm.belg*. 1982. V.37. N 5. P.370-376.
114. Blatt S., Berman W. et al.Psychological evaluation of drug addiction's psychopatology. // *J.nerv.ment. Dis*. 1984. V.172. N.3. P. 156-165.
115. Bouter L.M., Knipshild P.G. , Feij. and Volovies A. Sensation seeking and injury risk in downhill skiing.// *Pers. and individ.Differ*. 1988. V.9. N. 3. P. 667-673.
116. Boylc M.N., Offord D.R., Racine I.A. et al.// *Amer. J.Psychiat*. 1992. V.149. N.6. P.761-767.
117. Campbell B.K., Stark M.J. Psychoparhology and personality characteristics in different forms of substance abuse.// *Int.J.Addict*. 1990. V. 25. N. 2. P.1467-1474.
118. Cassel Russell N. Peer counseling using cognitive education to prevent high risk youth from drug abuse. // *Psychology*. 1992. V.29. N.1. P.38-43.
119. Cooper M.L. Alcohol and increased Behavioural Risk for AIDS.// *Alcohol Health and Research World*. 1992. V. 16. N 1. P. 64-72.
120. Cohen S.J., Halvorson H.W., Gosselink C.A. Changing physician behavior to improve disease prevention. – *Prev Med*. - 1994.
121. Coping with AIDS and chemical dependency.// *The addiction Letter*. 1992. V.8. N 4. P. 5-6.
122. Derogatis L.R., Ricels K., Lipman R.S. et al. The Symptom Distress Checklist (SCL): A mesure of primary neurotic symptom dimensions. N.Y. 1975.
123. Dews P.B. Behavioural context of drug abuse./ *Recent Adv.Pharmacol. and Therapeut.: Proc. 12 Lat.-Amer.Congr.Pharmacol. and 3 Inter - Amer.Congr. Clin. Pharmacol. and Therapeut. Caracas, 2-7 Oct., 1988. Amsterdam. 1989. P.251-256.*
124. Dorus W., Seney E.C. Depression, demographic dimensions, and drug abuse. // *Amer.J. of Psych*. 1980. V.137. P.699-704.
125. Eddin B.R., Irvin K.L., Ludwig D.D., McCoy V.H. et al. High-risk sex behaviour among young street-recruited crack cocaine smokers in three

- American cities: An interim report.// J. Psychoact. Drugs. 1992. V.24. N 4. P.363-371.
126. Eidelberg L. Encyclopedia of Psychoanalyses. 1968.
 127. Friedman S.R., Jarlais Des D.C., Neaigus A., Abdul-Quander A., Sothoran J.L., Sufain M., Tross S., Goldsmith D. AIDS and the new drug injector.// Nature. 1989.V.339. N6223. P.333-334.
 128. Galizio M.Ed., Maisto S.A. Determinants of substance abuse: biological, psychological and environmental factors. N.Y., London: Plenum Press. 1985. 443 p.
 129. Gibson D.R., Choi K.-H., Catania J.A., Sorensen J.L., Kegeles S. Psychosocial Predictors of Needle Sharing among Intravenous Drug Users. // The Int. J. of the Addiction. 1993. V.28. N.10. P. 978-981.
 130. Goldstein G.W.,Sappington G.T. Personality characteristics of students who became heavy drug users: An MMPI study of an avantgarde. // Amer.J. of Drug and Alcohol Abuse. 1977. V.4. P.401-412.
 131. Gorman G.M. Using theory and research to target primary prevention programs: recent developments and future prospects. // Alcohol and alcoholism. 1992. V.27. N.6. P.583-594.
 132. Griffin-Shelley E., Sandler K. R., Lees C. Multiple addictions among dually diagnosed adolescents. //J. Adolescent Chem. Depend. 1992. V.2. N.2. P.35-34.
 133. Hebb D.O. Drives and C.N.S. / In: Curiosity and Exploratory Behaviour. Ed. by H.Fowler. N.Y. 1965. P.14-78.
 134. Hein K., Dell R., Futterman D., Rotheram-Borus M.J., Shaffer N. Comparison of HIV+ and HIV- adolescents: risk factors and psychological determinants. – Pediatrics. – 1995.
 135. Heubert K., James D. High-risk behaviours for transmission of HIV among clients in treatment for substance abuse.// J. drug Issues. 1992. V.22. N4. P.885-901.
 136. Hoffman N.D., Futterman D. Human immunodeficiency virus infection in adolescents. – Ped.Infectious Dis. - 1993.
 137. Jaffe L.T., Archer R.P. The predicting of drug use among college students from MMPI, MCMI and sensation seeking scales.// J. of Personality Assesment. 1987. V.51, N.2. P.243-253.
 138. Jarlais Don C. Des, Abdul-Quander Abu. The next problem: Maintenance of AIDS risk reduction among intravenous drug users.// Int.J. of Addict. 1991. V.26. N12. P.243-253.
 139. Kern M.F., Kenkel M.B., Templer D.I., Newell T.G. Drug preference as a function of arousal and stimulus scrinig.// Int.J. of Addict. 1986. V.21. N 2. P.255-265.

140. Klee H. A new target for behavioural research - amphetamine misuse.// *Brit.J. Addict.* 1992.V.87. N 3. P.439-446.
141. Klee H., Faugier J., Hayes C., Boulton T., Morris J. Sexual partners of injecting drug users: the risk of HIV infection.// *Brit.J. Addict.* 1990. V.85. N.3. P.413-418.
142. Klee H., Faugier J., Hayes C., Boulton T., Morris J. Factors associated with risk behaviour among injecting drug users. // *AIDS Care.* 1990. V.2. N.2. P. 133-145.
143. Kramer T.H., Mosely J.A., Rivera A., Ottomanelli G., Li Pung Wu, Bihary B. Condom knowledge history of use, and attitudes among chemically addicted population.// *J.Subst.Abuse Treat.* 1991. V.8. N4. P.241-246.
144. Leuba C.J. Towards some Integrtation of Learning Theory: the Concept of Optimal Stimulation.// In: *Curiosity and expljratory behaviour.* Ed. H.Fow ler. N.Y. 1965. P. 110-159.
145. Longshore D. AIDS education for users: exiting research and directions.// *J. Drug Issues.* 1992. V.22. N.1. P. 1-16.
146. Massey R.F., Walfish S., Krone A. Cluster analysis of MMPI Profiles of adolescents in treatment for substance abuse.// *J.Adolescent Chem. Depend.* 1992. V.2. N.2. P.23-33.
147. McBride D.C., Inciardi A., Chitwood D.D., McCoy C.B. Crack use and cor I.A. Wingard, G. Huba, P. Beutler, I.A. Wingard, G. Huba, P. Beutler, I.A. Wingard, G. Huba, P. Beutler, relates of use in a national population of street heroin users.// *J.Psychoact.Drugs.* 1992. V.24. N4. P.411-413.
148. Marvel G.A., Hartmann B.R. An “ economic” theory of addiction, hypomania, and sensation seeking.// *Int.J.Addict.* 1992. V.87. N3. P.417-428
149. Miller W.R., Sovereign R.G. (1989) The check-up: a model for early intervention in addictive behaviours. в кн. T. Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan, G.A. Marlatt . 219-231, Amsterdam, Swets & Zeitlinger.
150. Miller W.R., Sanchez V.C. (1994) Motivating young adults for treatment and lifestyle change., в кн. G. Howard, 55 82, Notre Dame, IN: University Notre Dame Press.
151. Moore M. // *Le journal du SIDA, Special issue: Great Britain.* - 1992. - August. - P. 347-349.
152. Moss A.R., Vranizan K. Charting the epidemic: the case study of HIV screening of injecting drug users in San Francisco, 1985-1990.// *Brit.J. Addict.* 1992. V.87. N.3. P.467-471.
153. Newman M. AIDS experience in seven European countries.// *Helth Ed.J.* 1987. V.46.N.2. P.46-49.
154. Pedinielli J.-L. *Psychosomatique et Alexitymie.* - Presses Universitaires de France, 1993. 131 p.

155. Penk W.E., Robinovitz R. Personality differences of volunteer and nonvolunteer heroin and nonheroin drug users. // *J.of Abnormal Psychol.* 1976. V.85. P.91-100.
156. Poulsen A. Psychodynamic, time-limited group therapy in rheumatic disease - a controlled study with special reference to alexitimia.// *Psychoter. Psychosom.* 1991. N. 56. P. 12-23.
157. Pozet Z., Tomcrack I.W. Kliniczna ocena uzywania modziezu narkotykow. // *Psychiat.Pol.* 1983. V.17. N.3. P201-208.
158. Psychoactive drugs and Harm Reduction. From fait to science. Ed. By Heather N., Wodak A., Nadelmann E.A., O'Hare P. London. 1993 . 286 p.
159. Quay H.C. Psychopathic personality as pathological stimulation Seeking.// *Amer.J.of Psych.* 1965. V.122. P.180-183.
160. Rawitscher L.A., Saitz R., Friedman L.S. Adolescents' preferences regarding human immunodeficiency virus (HIV)-related physician counseling and HIV testing. – *Pediatrics.* – 1995.
161. Rhodes T.J., Donoghoe M.C., Hunter G.M., Stimson G.V. Continued risk behaviour among HIV positive drug injectors in London: Implication for intervention. // *Addiction.* 1993. V.88. N.11. P.1553-1560.
162. Rhodes T.J., Holland J., Hartnoll R., Jonson A. HIV outreach Health Education: National and International Perspectives. London. 1991. 32 c.
163. Rollnick S., Bell A., Heather N. (1992) Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1, 25-37.
164. Samuels J.F., Vlahov D.A., Anthony J.C., Chaisson R.E. Measurement of HIV risk behaviour by intravenous drug users.//*Brit.J.Addict.* 1992. V.87. N3. P.417-428.
165. Saxon A.J., Calsyn D. A. Alcohol use and high-risk behaviour by intravenous drug users in AIDS.// *J.Stud.Alcohol.* 1992. V.53. N.6. P.611-618.
166. Serrano D., Franceschi S., Vaccher E., Diodato S., Errante D., Crosato I., Guarneri S., Tirelli U. Condom use and sexual habits of heterosexual intravenous drug users in Northern Italy.// *Eur.J. Epidemiol.* 1992. V.8. N 5. P.723-729.
167. Schilling G.J., Orlandi M.A. Sexual behaviour, attitudes toward saffer sex, and gender among a cohort of 244 recovering IV drug users.// *Int.J.Addict.* 1991. V.21. N 8., P.859-877.
168. Shouten V., Bauduin D., Derks D. Responses to Drug Abuse and AIDS in Europe. Utrecht. 1993. 86 p.
169. Sifneos P.E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithimic patients. // *Psychoter. Psychosom.* 1983. N. 40. P. 66-73.

170. Stall R., Leigh B. Understanding the relationship between drug or alcohol use and high risk sexual activity for HIV transmission: where do we do from here? // *Addiction*. 1994. V.89. N.2. P.131-134.
171. Steer R.A., Schut G. Types of psychopatology displayed by heroin addicts. // *Amer.J. of Psych.* 1979. V.136. P.1463-1465.
172. Thomas D.A. Measuring volunteers for exiting psychology experiments with the sensation-seeking scale.// *J.Pers.Assesment*. 1989. V.53 N 4. P.780-790.
173. Thome A. Alexithimia and Acquired Immune Deficiency Syndrome.// *Psychother. Psychosom.* 1990. N. 54. P. 40-43.
174. Toeplitz Z. Scala poszukiwaia wrażeń Marvina Zuckermana jako narzędzie pomiaru zapotrzebowania na stymulację. // *Przegląd Psychologiczny*. 1977. V.20. N.1. P.145-160.
175. Wahlers R.G., Etzel M.J. Vacation preference as a manifestation of optimal stimulation and lifestyle experience.//*J.of Leisure Research*. 1985. V.17. N 4. P.283-288.
176. Watkins K. E., Metzger D., Woody G., McLellan A.T. High-risk sexual behaviors of intravenous drug users in-and out-of-treatment: Implication for the spread of HIV infection. // *Amer.J. Drug and Alcohol Abuse*. 1992. V.18. N.4. P.389-398.
177. Watson J.S. Volunteers and risk-taking groups are more homogeneous on measure of sensation seeking then control groups.// *Perseptual and Motor Skills*. 1985. V.61. N2. P.471-475.
178. Wetherby N.L., Schultz J.M., Chitwood D.D., McCoy V.H., McCoy C.B., Ludwig D.D., Eddin B.R. Crack cocaine use and sexual activity in Miami, Florida.// *J.Psychoact.Drugs*. 1992. V.24. N. 4. P. 373-380.
179. White H.R., Lobovie E.W. Generality versus specificity of problem behavior: psychological and functional differences. // *J.Drug Issue*. 1994. V.24. N. 1-2. P.55-74.
180. William J., Corulla A. A further psychometric investigation of the sensation seeking scale form -V and its relationship to the EPO-R and the 1.7 impulsiveness questionnaire. // *Person. Individ. Diff.* V.9. N. 2. 1988. P. 227-287.
181. Wingard I.A., Huba G., Beutler P. A Longitudinal analysis of personaline structure and adolescent substance use. // *Personality and Individual Differences*. 1980. V.1. P.259-272.
182. Wise Th.N., Mann L.S., Hill B. Alexithymia and depressed mood in the psychiatric patient. //*Psychother. Psychosom.* 1990. N.54. P. 26-31.
183. Wise Th.N., Mann L.S., Epstein S. Ego defensive styles and alexithymia: a discriminant validation study.// *Psychother. Psychosom.* 1991; 56: 141-145.

184. Witkin H. Personality through perception. An experimental and clinical study. N.Y. 1954. 352 p.
185. Witkin H.F., Goodenough D.R. Field dependence and interpersonal behavior. // Psychol. Bull. 1977. V.84. H.661-689.
186. Wodak A. HIV-infection and injecting drug use in Australia. Responding to a crisis. // J. Drug Issues: Drug Issues: An Australasian Persp. 1992. V.22. N.3. P.549-662.
187. Wodak A., Stowe A., Ross M.V. et al. HIV risk exposure of injecting drug users in Sydney. // Drug and Alcohol Review. 1995. V.14. P.213-222.
188. Wodak A., Des Jarlais D.C. Strategies for the prevention of HIV infection among and from injecting drug users. // Bulletin on Narcotics. 1993. V.XLV. N. 1. P. 47-60.
189. Wyatt G. Risk-taking and risk-avoiding behaviour: The impact of dispositional and situational variables. // J. of Psychology. 1990. V.124. N 4. P. 437-447.
190. Zuckerman M. Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal. Erlbaum. Hillsdale. N.Y. 1975. 327 p.
191. Zuckerman M. Sensation Seeking the endogenous deficit theory of drug abuse. / National Institute on Drug Abuse: Research Monography Series. 1986. Mono 74. P.59-70.
192. Zuckerman M. Sensation Seeking and risk-taking: cognition and biology. // 2nd European Congr. Psychol. Budapest. 8 - 12 July 1991. Abst. V.1. Budapest. 1991. P.20.
193. Zuckerman M., Simons R.F., Como P.G. Sensation Seeking and stimulus intensity as modulators of cortical, cardiovascular, and electrodermal repose: a cross-modality study. // Pers. Individ. Differ. 1988. V.9. N2. P.361-372.
194. Zuckerman M., Kuhleman D.M., Camac C. What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. // J. Person. Social Psychol. 1988. V.54. N1. P.96-107.
195. Zuckerman M., Schultz D.P., Hopkins T.R. Sensation Seeking and volunteering for sensory deprivation and hypnosis experiments. // J. of Consulting Psychology. 1967. V 31. P. 358-363.

Научное издание

Бузина Татьяна Сергеевна.

Психологические подходы к профилактике
ВИЧ - инфекции при употреблении
психоактивных веществ.

Подписано в печать 11.01.2010
Усл.печ. л. 10,75

Тираж 500 экз.

Формат 60x90/16
Заказ №3

Отпечатано в типографии МПГУ
129164, г. Москва, ул. Кибальчича, дом 6, стр. 2