

Комплексная оценка статуса и уровни мотивационных установок на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных с зависимостью от психоактивных веществ

НОВИКОВ Е.М., **ВАЛЕНТИК Ю.В.**, ДРЕЙЗИН А.А., СОБОЛЕВ Е.С.

123995, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1 тел.: (499) 252-21-04

Обсуждаются результаты комплексного изучения большой группы больных (более 600 чел.) с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), преимущественно героина. На основании интегрированной балльной оценки глубины нарушений в клинической, социальной, психологической и духовной сферах выделено 4 группы больных с минимальной глубиной нарушений в указанных сферах 4 балла и максимальной 16 баллов. Кроме того, по отношению больных к лечебно-реабилитационным мероприятиям выделено несколько уровней мотивационных установок на проведение данной работы. Подробно описываются критерии каждого из выделенных уровней. Обнаружена прямая связь между глубиной клинических расстройств и нарушений социальной, психологической и духовной сферы. В то же время не выявлено такой связи с уровнем мотивации на реабилитацию. Напротив, обнаружен парадоксальный факт обратной зависимости, требующий дальнейших исследований. Предполагается, что использованная методика комплексной оценки состояния больных с зависимостью от ПАВ и определение уровня их установки на реабилитацию могут найти применение в практической работе психиатров-наркологов для дифференциации больных в системе реабилитационной работы.

Ключевые слова: мотивация, зависимость, психоактивные вещества, реабилитация, реконструкция личности

Одной из наиболее актуальных проблем наркологии на современном этапе являются организация, разработка и внедрение в широкую практику лечебно-реабилитационных программ (мероприятий) для больных с зависимостью от ПАВ (алкоголя, наркотических и токсикоманических веществ) и особенно с зависимостью от последних [1, 4, 7]. Существующая форма лечебно-реабилитационной работы с больными алкоголизмом, к сожалению, является недостаточной и зачастую малоэффективной при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий лицам, страдающим наркоманиями. Причиной этому является, несомненно, более тяжелая, более злокачественная патология, разрушающая все уровни функционирования организма, обусловленная формированием зависимости от наркотических веществ. Особенностью этой патологии является то, что в течение всего нескольких лет личность со всеми присущими ей надстройками (биологическими, социальными, психологическими, духовными) под воздействием наркотических веществ, глубоко дезорганизуется, что в конечном итоге, приводит ее к разрушению [5, 6]. Таковую патологию по тяжести, генерализованности, низкой курабельности можно сравнить с онкологическим заболеванием, и если говорить образно, то наркомания — это онкологическое заболевание личности. Став зависимым от ПАВ, человек в привычном понимании, со своей иерархией ценностей, социальной и духовной значимостью, перестает функ-

ционировать. Все, что он делает, обусловлено или действием наркотического вещества (состояние интоксикации) или же его отсутствием (состояние абстиненции). В связи с этим возникает проблема не только проведения реабилитации, под которой понимается сложный комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных, правовых и трудовых (юридических) мероприятий, направленных на последовательное (в начале на частичное, а в дальнейшем и полное) восстановление личности от последствий заболевания, возврата утраченного, но нередко, и проблема реконструкции личности. В этом случае речь идет о личности тех наркоманов, которые еще не успели приобрести и переработать позитивный социальный опыт, формирующий мораль, нравственность, духовность здоровой полноценной личности.

Для успешной реабилитации больных с зависимостью от ПАВ, правильности выбора тех или иных лечебно-реабилитационных программ необходимо всесторонне оценить больного, определить степень выраженности биологических и социальных последствий заболевания, что, в конечном счете, дает представление о необходимости проведения уже конкретных действий и мероприятий.

Для решения данного вопроса на протяжении ряда лет (1998—2008 гг.) клинко-катамнестическим и психологическим методом было изучено более 600 больных наркоманиями, находящихся на амбулаторном лечении в Областном реабилитационном пси-

хотерапевтическом центре г. Калининграда. Среди обследованных больных преобладали лица молодого возраста от 17 до 22 лет — 578 чел., с длительностью заболевания от 3 мес. до 7 лет. У подавляющего большинства больных — 583 чел. была диагностирована зависимость от героина, у незначительного числа, 17 больных, — от кустарно приготовленного опия, в единичных случаях отмечалась зависимость от стимуляторов, в частности от эфедрона. Среди обследованных первично обратились за помощью 346 больных, 107 — повторно, остальные больные имели многократный опыт как амбулаторного, так и стационарного лечения.

Комплексная оценка статуса больных включала в себя несколько критериев: *биологический*, определяющий клинические проявления заболевания и его последствия; *социальный*, определяющий роль и место индивидуума в социуме, его состоятельность и ценность; *психологический* со свойственными этой сфере функциями и *духовный* (Валентик Ю.В., 2002). Такой подход к оценке статуса больных позволял делать достаточно полные выводы о степени измененности личности, последствиях заболевания и, самое главное, давал возможность определить необходимый комплекс лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий, необходимый в каждом конкретном случае. Исходя из этих критериев, заболевания, связанные с зависимостью от ПАВ и, в частности наркомании, рассматривались как биосоциопсиходуховная проблема. В процессе исследования при изучении каждого критерия были определены наиболее важные факторы, характеризующие ту или иную сферу.

Так, при оценке *биологического* (клинического) критерия заболевания, прежде всего, учитывались возраст больного, наличие в преморбидном периоде той или иной соматической патологии, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, врожденные расстройства личности и преморбидные характерологические особенности. Принимались во внимание характеристика наркотического вещества, употребляемого больным, его наркогенность, токсичность, способы получения (натуральный, полусинтетический, синтетический). Анализировались мотивация первых эпизодов приема, способы употребления — ингаляционный, пероральный, внутримышечный, внутривенный и др., — длительность приема, регулярность, дозировка, время появления первых симптомов заболевания, их выраженность, время появления большого наркоманического синдрома, длительность его существования и выраженность, а также длительность заболевания в целом. Учитывались соматические и психические последствия заболевания: поражение внутренних органов, снижение иммунитета, формирование психопатоподобного, психорганического синдромов, степень выраженности

анергии, эмоциональной выхожденности, присоединение сопутствующих инфекционных заболеваний — гепатиты В, С, ВИЧ-инфекции. Большое значение имели вопросы, связанные с подробной информацией об этих заболеваниях и, особенно, ВИЧ-инфекции, в частности время обнаружения антител к ВИЧ-инфекции, клинические проявления заболевания. Принципиально важное значение имела информация о проводимых лечебно-реабилитационных мероприятиях (кратность и длительность лечения, эффективность проводимых мероприятий — длительность ремиссий, «срывы», рецидивы).

При оценке и анализе *социального статуса* на момент исследования принималось во внимание, где и с кем проживает больной, особенности макросоциального окружения, семейное положение (состоит в браке или разведен(а), длительность брака, причины развода). Потребление наркотических веществ членами семьи (родители, братья, жена, дети). Существенное значение имели сведения об образовании больного, профессии, трудовой занятости, источниках существования, длительности пребывания без работы, его отношение к труду, изначально существующие рентные установки, а также склонности к таким антисоциальным формам поведения, как паразитирование, вымогательство, шантаж, воровство. Особое место отводилось вопросам, связанным с контактами больного, а именно: круг его общения, причины, цели этих общений, их продолжительность, наполненность и содержательность (общение исключительно с больными наркоманиями и токсикоманиями, имеют место и те, и другие, преобладает в окружении больше здоровых людей, в разные периоды бывает по-разному: общение бывает, как со здоровыми, так и с больными).

При изучении *психологических особенностей* больных, прежде всего, рассматривались такие вопросы, как отношение больного к общепринятым человеческим ценностям. Выявлялось, что для себя больной считает ценным, что для него приемлемо, а что неприемлемо, что для него хорошо, а что плохо, характер этих ценностей (материальные, духовные). Особенности восприятия (зрительного, слухового, тактильного, обонятельного). Степень эмоциональности этого восприятия (обычное, характерное для восприятия без патологии, с элементами дереализации и деперсонализации, с депрессивной окраской всего окружающего или индифферентное, без каких-либо эмоциональных проявлений). Восприятие тесно связано с эмоциональной сферой. В связи с этим следует отметить, насколько изменена, или нарушена эта сфера. При ее оценке следует определить:

- отношение больного к близким родственникам — жене, детям, родителям, братьям, сестрам (сохраненное, безразличное, негативное);

- отношение больного к окружающим, знакомым, друзьям и т.д. (сохраненное, безразличное, негативное);
- отношение больного к происходящим социально-политическим событиям и различного рода природным явлениям;
- восприятие и субъективное переживание больным таких эмоциональных разнополюсных состояний, как радость/печаль; восторг/отчаяние и др.

Важное значение имела оценка *волевой сферы*, при обследовании которой необходимо выявить ее особенности до формирования зависимости к ПАВ, а именно: активность, последовательность, гармоничность, или нарушение в функционировании волевого процесса, а также такие проявления, как амбивалентность. Как правило, эта сфера у больных с любой зависимостью к ПАВ страдает в значительной степени, особенно у больных с проявлениями анергии, являющейся следствием тяжелой зависимости от опиатов. Необходимо также было выяснить, ставил ли больной перед собой цель преодолеть зависимость, делал ли он это самостоятельно, без чьей-либо помощи, насколько попытки были удачными, как долго в этих случаях он мог обходиться без ПАВ, что послужило причиной «срыва», были ли подобные попытки в дальнейшем.

При оценке *интеллектуально-мнестической сферы* проверялось соответствие запаса знаний больного уровню его образования, а также умение использовать эти знания, анализировать, делать выводы, находить решения. Оценивался общий словарный запас, способность построения фраз, их сложность или, наоборот, примитивность. Оценивалась подвижность психических процессов — отсутствие или наличие таких проявлений, как вялость, заторможенность, брадипсихия или, наоборот, ускоренное мышление. В процессе исследования этой сферы необходимо исключить также и такие расстройства, как резонанс, соскальзывание, паралолии, разорванность, явления ментизма, эхо-мысли, шперрунги, т.е. патологию, характерную для некоторых эндогенных заболеваний. При оценке функции памяти проверялась память на прошлое и текущие события, исследовалась такая функция, как ретенция (сохранение) и воспроизведение информации. Исследовались типы памяти, в частности, какой тип памяти у больного преобладал — логический, образный, механический.

При оценке *духовной сферы* выяснялось, как происходило ее формирование в раннем детском возрасте. В какой микросреде рос и воспитывался больной (духовной, бездуховной, религиозной, атеистической). Насколько легко (с желанием, формально, негативно) впитывал в себя информацию о литературе, искусстве, живописи, эмоционально переживал прочитанное, увиденное, услышанное. Стремился ли под-

ражать положительным героям, следовать их советам, быть хотя бы чем-то похожим на них и т.д., обнаруживал ли гуманистические проявления, с состраданием или безразличием относился к неприятностям, беде близких, знакомых или просто окружающих его людей, имел ли идеалы, цели в жизни, являлся ли активным поборником каких-либо идей (философских, религиозных, политических).

Для проведения анализа глубины расстройств каждый блок выделенных особенностей (биологических, социальных, психологических, духовных) имел балльную оценочную шкалу, по которой расстройства, выраженные в незначительной степени, оценивались в 1 балл; умеренно выраженные — в 2 балла; расстройства, выраженные в достаточной степени, имели оценку 3 балла; ярко выраженные — 4 балла.

В первом случае, при наличии у больных *незначительно выраженных расстройств*, клинические особенности заболевания проявлялись начальными признаками формирования зависимости, этапом I ст. заболевания, с преобладанием психической зависимости от ПАВ, нерегулярным его употреблением, относительно безвредным способом применения (в данном случае имелся в виду ингаляционный способ применения героина), преходящими неврозоподобными или невыраженными аффективными расстройствами, отсутствием каких-либо соматических нарушений.

При оценке социального статуса при этом уровне расстройств следует отметить, что больные оставались жить в семье, вели привычный образ жизни, не вызывая ни у кого ни настороженности, ни подозрений в отношении приема ПАВ, хотя временами куда-то исчезали. Круг общения в основном оставался прежним, вместе с тем могли появляться и новые лица, не совсем вписывающиеся в этот круг.

Психологически больные начинали в какой-то степени утрачивать свойственную им привычную активность, живость и яркость восприятия, эмоциональность. Настроение временами без видимой причины становилось сниженным, в мышлении исчезала четкость, появлялась рассеянность, некоторая забывчивость.

В духовной сфере выраженных изменений не отмечалось, тем не менее, имело место некоторое снижение прежних интересов, увлечений, появление не свойственного больным безразличия и пассивности, сомнений и некоторого разочарования в отношении прежних целей, устремлений и жизненных планов. Суммарная оценка этих расстройств составляла 4 балла.

При *умеренно выраженных расстройствах*, влечение к ПАВ становилось более выраженным, больные все более отчетливо осознавали, что чего-то не хватает, но в большей степени это проявлялось на психическом уровне. Так, мысли больного (его сознание) в той или иной степени были связаны с «нарко-

манической тематикой». Заметно возрастала биологическая толерантность, появлялись случаи тяжелых опьянений с явлениями передозировки (утрата контроля), и это происходило при наличии у больных «свободных, лишних» денег. Прежний способ приема наркотических средств уже не всегда удовлетворял, и больные начинали пробовать внутривенный способ введения, учащалась кратность, которая в зависимости от ситуации носила хаотичный характер. Вместе с тем формировалась «система» приема. В ряде случаев, при отсутствии возможностей приема наркотических средств в течение нескольких дней, у больных появлялись разного рода вегетативные расстройства, т.е. начинала формироваться физическая зависимость.

В социальном статусе при этом уровне расстройств можно было уже отметить ряд отклонений. Прежние семейные отношения в большей степени становились формальными. Близкие родственники начинали отмечать появление не свойственных больным негативных проявлений в поведении. Им с трудом удавалось скрывать от близких прием наркотических веществ, последние начинали догадываться о реальном положении дел, хотя и продолжали питать иллюзии, что «это не так». В кругу общения больных уже преобладали лица с зависимостью от ПАВ или имеющие отношение к наркобизнесу. Появлялись проблемы с учебой, утрачивались прежние интересы, больные пропускали или вовсе не посещали занятия, оформляли академические отпуска или вообще оставляли учебные заведения. Работающие больные совершали прогулы, начинали менять места работ, могли подолгу нигде не работать.

Психологически больные все в большей степени утрачивали привычную активность, живость и яркость восприятия. Настроение становилось все более неустойчивым. Вне интоксикации чаще преобладал сниженный фон настроения с раздражительностью. Интеллектуальная сфера становилась беднее, менее подвижной, исчезала четкость, все больше проявлялась рассеянность, забывчивость. В двигательной сфере больных вне интоксикации все больше отмечалась суетливость, заметное снижение работоспособности, проявление общей вялости и разбитости.

Духовная сфера заметно беднела. Больные начинали утрачивать прежние интересы, увлечения, появлялось заметное безразличие, пассивность, а временами скепсис и раздражение в отношении прежних целей и жизненных позиций. Суммарная оценка этих расстройств составляла 8 баллов.

При уровне расстройств, имеющих критерий выражены в достаточной степени, — влечение к ПАВ становилось уже клинически очерченным. Вместе с тем к проявлениям зависимости существовало

двойственное отношение. С одной стороны, больные осознавали необходимость приема ПАВ, с другой, сохранялась «уверенность» в том, что в любой момент они могут осознанно прекратить этот прием. Попытки прекратить употребление ПАВ приводили к появлению характерных симптомов абстиненции. Иными словами, при этом уровне расстройств уже в достаточно выраженной степени проявлялись явления физической зависимости. Мысли больного были поглощены поиском и приобретением ПАВ. Наркотические вещества и все, что с ними было связано в сознании больных, становились доминирующими. Все остальное отодвигалось на задний план. Толерантность резко возрастала, преобладал внутривенный способ введения, изредка ингаляционный, или пероральный, четко устанавливалась кратность приема, хотя временные периоды приема могли еще различаться.

В социальном статусе при этом уровне расстройств отмечалось значительное снижение. Подавляющему большинству больных уже с трудом удавалось скрывать от родственников зависимость от ПАВ. Уличенные в этом, они изворачивались, пытались найти «рациональное» объяснение. Контакты с близкими родственниками заметно нарушались, больные отгораживались, замыкались, легко раздражались. При попытке поговорить с ними «по душам» и лишь в состоянии интоксикации проявляли склонность к пустым пространственным разговорам. При этом пытались всячески оправдать свое пристрастие или, наоборот, показать, что они контролируют ситуацию и в любой момент могут прекратить употребление ПАВ. Близкие родственники указывали на тот факт, что больные за последний период времени, чаще всего несколько месяцев, стали неузнаваемы: утратили большинство своих положительных личностных качеств, стали крайне несдержанными, эгоистичными, лживыми, конфликтными и даже агрессивными. Круг общения таких больных ограничивался лицами с зависимостью от ПАВ или наркодиллерами. При этом уровне зависимости больные еще какое-то время с большим трудом продолжали учебу, но, как правило, вскоре оставляли ее. Появлялись проблемы и с работой. Подолгу нигде не работая, они или жили на иждивении родных, или вовлекались в сферу криминального бизнеса.

Психологически больные все больше и больше утрачивали способность адекватного сенсорно-перцептивного восприятия и эмоционального реагирования. В основном все эти процессы преломлялись или через призму интоксикации ПАВ, или через состояние абстиненции. Настроение вне интоксикации оставалось сниженным, с раздражительностью и гневливостью. В интеллектуальной сфере также отмечался регресс. Больные уже с трудом использовали пре-

жний запас знаний, переходя на более низкий уровень функционирования. В значительной степени проявлялась рассеянность, забывчивость. В двигательной сфере больных вне интоксикации отмечалась пассивность, вялость, резко падала мотивация к любой сфере деятельности, не связанной с ПАВ. Духовная сфера скудела. Больные в значительной степени утрачивали свои прежние интересы, увлечения, появлялись безразличие, пассивность и периодически выраженный пессимизм с полной безнадежностью.

Суммарная оценка этих расстройств составляла уже 12 баллов.

При ярко выраженных расстройствах влечение к ПАВ становилось интенсивным, нередко приобретая характер компульсий. Оно начинало полностью определять весь образ жизни больного, все его мысли, полностью заполняя сознание, «пронизывая» личность сверху донизу. Эпизодические попытки прекратить употребление ПАВ приводили к появлению мучительных симптомов специфической абстиненции. При этом уровне расстройств большой наркоманический синдром был полностью сформирован. Наркотические вещества и все, что с ними связано, становилось главной и единственной целью и ценностью в жизни, все остальное было несущественным. Толерантность достигала своего максимума, способ введения становился исключительно (для опиатов) внутривенным, четко устанавливались кратность и временные периоды приема ПАВ.

В социальной сфере происходило дальнейшее снижение. Больные уже не скрывали от родственников свою зависимость от ПАВ, всячески давая понять им, что это неизбежно, с этим надо смириться и это не имеет обратного хода, контакты с ними еще более нарушались, больные полностью отгораживались и жили «своей жизнью». Родственники становились исключительно источником их существования, и только в состоянии интоксикации больные смягчались, заявляли, что пора с этим «завязывать», давали любые обещания, просили их простить и т.д.

В личностном плане больные еще более менялись, утрачивалось практически все позитивное, которое подменялось крайним эгоцентризмом, бездушием, выраженной лживостью и криминальностью поведения. Круг общения ограничивался исключительно лицами с зависимостью от ПАВ или лицами, связанными с наркобизнесом. При этом уровне зависимости больные полностью прекращали учебу, вели паразитический образ жизни или же «подвязывались» к разного рода криминальным или околокриминальным структурам, занимающимся наркобизнесом.

Психологическая сфера больных все ее проявления — восприятие, эмоции, волевые, интеллектуально-мнестические процессы — преломлялись через

призму интоксикации ПАВ, или состояние абстиненции. Так, вне интоксикации восприятие больных было абсолютно недифференцировано и в большей степени безразлично: им было все равно — солнце, или ненастье; жара или холод; лето или зима; день или ночь; уродство или красота и т.д. Как правило, настроение в эти периоды было подавленным, вместе с тем, любая, даже безобидная реплика в их адрес вызывала раздражение, которое легко переходило в гневливость. К переживаниям близких больные проявляли полное безразличие. Эти состояния во многом напоминали эмоциональный дефект у больных шизофренией.

Интеллектуальная сфера также претерпевала дальнейший регресс и была полностью подчинена «обслуживанию» зависимости от ПАВ. Иными словами, оставшийся потенциал этой сферы был направлен на поиск, приобретение ПАВ. Заметно снижалась память. Вне интоксикации больные были крайне вялы и пассивны. У подавляющего большинства из них более выраженными становились проявления анергии. Мотивационная сфера деятельности, не связанная с поиском или приобретением ПАВ, практически отсутствовала. В духовной сфере отмечалось глубокое выхолащивание. Больные полностью утрачивали былые привязанности, интересы, увлечения, жили мыслями, связанными только с поиском и приобретением ПАВ. Ко всему появлялось безразличие, пассивность, пессимизм. Жизнь измерялась временем от приема до приема ПАВ без всякой реальной перспективы. Следует отметить, что среди этой группы была выделена подгруппа — 27 больных, у которых на фоне интенсивного влечения отмечалось снижение толерантности. Вместе с тем, временные интервалы приема ПАВ, в отличие от основной массы, были заметно короче. Деградация в социальной, психологической и духовной сферах у них была чрезмерно выраженной. Любые позитивные предложения в отношении изменения образа жизни, связанные с проведением тех или иных реабилитационных мероприятий, вызывали у них негодование, состояние бесильной злобы и ярости. В подавляющем большинстве случаев этих больных отличала полная анергия. Они оживлялись, лишь когда речь заходила о наркотических веществах. Суммарная оценка выше перечисленных расстройств составляла 16 баллов.

Обращала на себя внимание еще одна группа больных из 37 человек, среди которых преобладали лица подросткового возраста от 15 до 18 лет, с длительностью заболевания от 3 мес. до 1,5 лет. У всех имела место зависимость от героина. Отличительной особенностью заболевания являлось то, что, несмотря на невыраженные клинические проявления болезни (преобладание психической зависимости, отсутствие

или слабая выраженность абстинентных расстройств, не устоявшиеся еще система и способы введения наркотического вещества, отсутствие сугубо специфических изменений личности, отклонения в социальной, психологической, духовной сферах) были значительно выражены. Так, еще на этапе эпизодического приема ПАВ больные не особенно пытались скрывать от родственников свои «новые увлечения», нередко даже этим бравировали, заявляя, что это модно, сейчас так принято и наркотики в «разумных» пределах принимают все молодые люди, при этом ссылались на известных рок-музыкантов, западных лидеров молодежного движения и т.д. Любые возражения или попытки как-то пресечь прием наркотических веществ вызывали у них крайне негативные реакции, сопровождавшиеся конфликтами, уходами из дома. Все это еще более нарушало контакты с близкими родственниками и нередко приводило к полному разрыву семейных взаимоотношений. В лучшем случае родственники становились только материальным источником их существования. В течение короткого промежутка времени от момента начала приема наркотических веществ больные постепенно теряли или полностью утрачивали свои позитивные качества, подменяя их полным бездушием, крайним эгоцентризмом, конфликтностью, лживостью, склонностью к паразитическому образу жизни. Круг общения ограничивался в основном лицами с зависимостью от ПАВ. Изучение характерологических особенностей показало, что в подавляющем своем большинстве эти больные отличались выраженной неустойчивостью, легко попадая под влияние более опытных и старших по возрасту наркоманов. Больные данной группы, невзирая ни на что, бросали учебные заведения, прекращали работать, легко вовлекаясь в сферу деятельности различного рода криминальных структур.

Психологически они отличались незрелостью, примитивностью, конформностью, и это особенно проявлялось в эмоционально-волевой сфере. Интеллект этих больных был невысок, и они производили впечатление педагогически запущенных личностей. Их духовная жизнь также отличалась примитивностью и в лучшем случае ограничивалась набором обязательных шаблонных увлечений, принятых в их среде (идеи «равенства», «справедливости», увлечение тяжелой рок-музыкой, пристрастие к быстрой езде на мотоциклах). Как правило, у этих больных отсутствовала даже мало-мальски реальная перспектива. В целом они производили впечатление глубоко социально-дезадаптированных личностей.

Такой комплексный подход к оценке страдающих зависимостью от ПАВ, а также использование балльной системы давало возможность более объективно оценивать состояние больного и, исходя из это-

го, дифференцированно разрабатывать и рекомендовать тот или иной объем лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий. Чем больше у больных были выражены расстройства, тем выше была их балльная оценка состояния и, исходя из этого, больший объем лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий.

Как показал анализ проведенного исследования, в подавляющем большинстве случаев между клиническими (биологическими), социальными, психологическими и духовными сферами больных с зависимостью от ПАВ существует прямая корреляция, т.е. с утяжелением (углублением) клинических нарушений отмечаются психологический регресс, социальная и духовная деградация личности. Вместе с тем, мотивация больных на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий не носит характер такой линейной зависимости, а наоборот, нередко бывает парадоксальной, с учетом этого были выделены различные уровни мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий.

Так, *уровень 0* предполагал полное отсутствие мотивационных установок на проведение каких-либо лечебно-реабилитационных мероприятий и мероприятий по реконструкцию личности. В данном случае наркоман активно избегает разговоров и даже намеков о необходимости лечения, общается или с наркоманами, или с кругом людей, задействованных в сфере наркобизнеса. Любые попытки со стороны близких как-то позитивно повлиять на его образ жизни вызывают крайне негативные реакции. Эти больные весь мир делят на две части: **МЫ — НАРКОМАНЫ** и **ОНИ — ЧУЖИЕ**, которые нас не понимают и никогда не поймут, в лучшем случае они могут быть источником для приобретения наркотических средств.

Такие больные на современном этапе развития не только представляют социальную угрозу для общества, но и являются основным источником распространения ВИЧ-инфекции. По нашим данным, среди обследованных больных с зависимостью от ПАВ (более 600 чел.) на их долю приходится около 6%. В эту группу в основном вошли больные с длительным периодом употребления ПАВ, в основном с конечной стадией заболевания. Эту группу составляли больные, у которых все выше перечисленные расстройства во всех четырех сферах были ярко выражены и оценивались чаще в 16 баллов. В эту же группу вошла незначительная часть больных с начальными клиническими проявлениями зависимости, но с явлениями выраженного психологического регресса, социальной, духовной деградации, и нередко педагогической запущенности.

Уровень 1 характеризовался отсутствием мотивационных установок на проведение специальных лечебно-реабилитационных мероприятий и мероприятий по реконструкции личности, но готовностью, принять и использовать программы по снижению вреда от употребления ПАВ.

Эта значительная популяция наркоманов (более 50%) при соответствующих условиях активно идет на контакт с медицинскими работниками, но избегает официальную наркологическую службу, имеет некоторые знания по проблемам ВИЧ-инфекции, гепатитам В и С, охотно пользуется услугами по обследованию на ВИЧ-инфекцию и гепатиты, прислушивается к советам и информации «аутрич»-работников. Полученные знания о «снижении вреда» передаются больными в своей среде. Следует отметить, что в популяции больных с этим уровнем установок в процессе участия в программе «снижения вреда» ненавязчиво формировалась мотивация на лечение зависимости от ПАВ. В дальнейшем каждый шестой наркоман из этой программы самостоятельно обращался с просьбой о лечении зависимости. К этой группе относились больные с достаточно длительным и устоявшимся периодом наркотизации, среди которых преобладали больные со 2-й ст. заболевания, и расстройствами в биологической, социальной, психологической и духовной сферах, которые были выражены в достаточной степени и оценивались в 12 баллов. Вместе с тем, этот уровень установок отмечался и у некоторой части больных с ярко выраженными расстройствами оцениваемыми в 16 баллов.

При уровне 2 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий у больных появляется мотивация только на купирование тяжелых абстинентных расстройств, стремление, как говорят наркоманы, «омолодиться». Как правило, период полного воздержания от употребления ПАВ у них не превышал 7—10 дней. В дальнейшем они пытались принимать наркотики с большими интервалами, стремясь перейти на малые дозы ПАВ, но вскоре, спустя максимум 1,5 мес., все возвращалось на «круги своя». Больные с этим уровнем установки в течение довольно длительного времени (2—3 года) по многу раз обращались за краткосрочной помощью. Следует отметить, что в процессе такого лечения в этой группе появлялись больные с мотивацией на проведение более длительного и полного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий в специальных учреждениях. Данный уровень мотивационных установок отмечался у 25—27% больных с зависимостью от ПАВ. Это в основном больные с относительно длительным периодом употребления ПАВ, чаще со второй ст. заболевания и выраженными расстройствами во всех четы-

рех сферах, с оценкой в 12 баллов. Сюда же входила часть больных с умеренно выраженными расстройствами, суммарно набравших 8 баллов.

При уровне 3 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий больные обращались за помощью даже при наличии источников получения наркотических средств. Особенно активно они прибегали к медицинской помощи при развитии абстинентных явлений. Как правило, по истечении острого периода они строили планы на длительный отказ от употребления ПАВ, включались в предлагаемый комплекс как стационарных, так и амбулаторных лечебно-реабилитационных мероприятий, соблюдали правила реабилитационного поля (пространства), т.е. прекращали общение с наркоманами, меняли места жительства, не отвечали на условные телефонные звонки, пытались находить себе занятия. Вместе с тем, больные с таким уровнем установок допускали мысли об употреблении «безвредных, легких» наркотических средств, таких, как марихуана, гашиш, или об эпизодическом употреблении привычного наркотика. Как правило, длительность ремиссий у них была непродолжительной, не более 3—3,5 мес. Следует отметить, что у этих больных даже незначительные позитивные сдвиги формировали перспективу и придавали уверенность в положительном исходе лечебно-реабилитационного процесса. У подавляющего большинства больных с таким уровнем мотивационных установок расстройства — в биологической, социальной, психологической и духовной сферах — оценивались как умеренно выраженные, с суммарной оценкой в 8 баллов. Вместе с тем, были и больные, у которых расстройства в этих сферах достигли суммарно 12 баллов, а у незначительной части больных — 4 балла. Во всей популяции больные с этим уровнем мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий составляли 15—17%.

Больные с уровнем 4 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий более осознанно подходили к проведению всего комплекса воздействий, реально оценивали финал зависимости от ПАВ, активно искали контактов с врачами, строили планы на абсолютное воздержание от любых ПАВ, и даже легких, и алкоголя, проявляли интерес к новым методам терапии, интересовались существующими лечебно-реабилитационными программами, центрами, где используются те или иные программы. Они стойчески переносили острый период абстиненции, активно работали в психотерапевтических группах, сотрудничали с врачами, строго выполняли все рекомендации. После выписки жестко соблюдали правила реабилитационного поля, вступали в различные сообщества

анонимных наркоманов, готовили себя к длительному пребыванию в учреждениях реабилитационной направленности. Вместе с тем, такие объективные факторы, как невозможность в запланированные периоды времени попасть в эти учреждения, те или иные проблемы с оформлением документов, или проблемы материального характера вызывали у них разочарование, неверие, пассивность и приводили к «срывам». Как правило, ремиссии у этих больных могли продолжаться до 4,5—5 мес., но даже после «срывов» они заново начинали проходить все эти этапы. В исследованной популяции такие больные составляли от 9 до 11%. Значительная часть таких больных формировалась со временем из предыдущей группы, т.е. из больных, у которых уровень расстройств в биологической, социальной, психологической и духовной сферах оценивался как умеренно выраженный, с оценкой в 8 баллов. Наряду с ними иногда встречались больные и с более глубоким уровнем расстройств, достигавшими 12 и даже 16 баллов. Больные с незначительным уровнем расстройств, имевшие суммарную оценку 4 балла, составляли небольшую долю.

Больные с уровнем 5 мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий в прогностическом отношении являлись наиболее благоприятными из всех перечисленных групп. Нередко эта часть наркозависимых, прошедшая весь «тернистый путь карьеры болезни», но сохранившая свое личностное ядро, у которой под воздействием незримого, иногда даже непонятного для самого больного стечения как внутренних, так и внешних обстоятельств появляется твердое непоколебимое убеждение кардинально все изменить. Как отмечают сами больные, это происходит как «озарение», как какое-то «просветление», после чего многие из них начинают истинно верить в бога. Эти больные, несмотря ни на какие трудности и длительности сроков (иногда несколько лет), активно проходят все этапы лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий, становятся активными поборниками жизни без каких-либо ПАВ, включая и алкоголь. Из них в дальнейшем формируются волонтеры, работающие в тех или иных лечебно-реабилитационных и реконструктивных программах для наркоманов. Эти больные, продолжая функционировать в реабилитационных центрах в качестве уже штатных сотрудников, несут мощный психотерапевтический заряд для новичков, являясь тем «цементирующим» материалом, который во многом обеспечивает успешную деятельность реабилитационных центров. Больных с таким уровнем установок немного — 3—4% от общей популяции зависимых от ПАВ. Как ни парадоксально, подавляющее большинство из них об-

наруживало высокий уровень расстройств, достигавший суммарной оценки 12 и даже 16 баллов.

С реабилитационных позиций отдельно следует выделить группу больных, у которых, как уже отмечалось, клинические признаки заболевания не соответствовали уровню расстройств, отмечаемых в социальной психологической и духовной сферах. Клинические признаки укладывались в начальные проявления заболевания, в то время как расстройства в этих сферах были выраженными значительно и создавали впечатление злокачественности болезни и отсутствия каких-либо перспектив на проведение реабилитационных и реконструктивных мероприятий. Эти больные многократно госпитализировались в стационары без каких-либо положительных результатов. Наступали моменты, когда активная позиция близких родственников на проведение реабилитационных мероприятий вынуждала их, в конце концов, формально соглашаться с этим. Попадая в реабилитационные центры, такие больные довольно быстро и неожиданно для самих себя принимали «правила игры», начиная подчиняться жестко регламентируемому режиму центра. Уже спустя 1,5—2 мес. пребывания в реабилитационном центре они кардинально меняли свои взгляды и ориентировались на прохождение полного курса реабилитации. Со слов близких родственников, которые встречались с ними впервые спустя 3 мес. от момента начала реабилитации, больные становились неузнаваемыми, другими. У них появлялась социально позитивная ориентация на будущее, становились менее выраженными свойственные им ранее психопатоподобные расстройства, появлялась не свойственная им ранее эмпатия.

В дальнейшем, после прохождения полного курса реабилитационных и реконструктивных мероприятий, значительная часть таких больных оставалась работать в реабилитационных центрах в качестве волонтеров.

Заключение

Таким образом, при проведении лечебно-реабилитационных и реконструктивных программ больных с зависимостью от ПАВ необходима комплексная оценка статуса больных, включающая исследование четырех основных сфер: клинической, социальной, психологической и духовной. На основании изучения глубины расстройств в этих сферах, были разработаны следующие критерии: *расстройства выражены в незначительной степени; умеренно выраженные расстройства; расстройства выражены в достаточной степени; ярко выраженные расстройства.*

В процессе изучения данного контингента больных было выделено 5 уровней мотивационных установок на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий, которые отличались об-

емом и продолжительностью программ. Оказалось, что мотивацию на проведение полного объема лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий имели в основном больные, у которых расстройства в биологической, социальной, психологической и духовной сферах были *выражены в достаточной степени*. Сюда же входила незначительная часть пациентов с *ярко выраженными расстройствами*. В группе больных с *умеренно выраженными расстройствами* установки на проведение лечебно-реабилитационных и реконструктивных мероприятий были неопределенные. Больные с такими установками колебались, устанавливали для себя сроки начала реабилитации, высказывали сомнения в отношении существующих реабилитационных программ и т.д. Слабую степень мотивации имели больные, у которых эти расстройства были *выражены в незначительной степени* и часть пациентов с *ярко выраженными расстройствами*.

Оценивая полученные данные, можно с определенной степенью уверенности говорить о том, что для проведения успешной реабилитационной работы, больной с той или иной формой зависимости должен «созреть» и, как ни парадоксально, в некоторых случаях пройти весь тернистый путь «карьеры» наркома-

на. Этот феномен наблюдается и в более легких случаях зависимости от ПАВ, в частности при алкоголизме. Вместе с тем, окончательному пониманию выявленных особенностей корреляции между глубиной клиничко-социальных, психологических, духовных расстройств и уровнем мотивационных установок на реабилитацию могут способствовать дальнейшие исследования в этом направлении.

Список литературы

1. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учебное пособие. — М.: Прогрессивные Био-Медицинские технологии, 2001. — 36 с.
2. Валентик Ю.В., Сирота Н.А. Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ. — М.: Литера, 2002. — 256 с.
3. Вич-инфекция: клиника диагностика и лечение / В.В. Покровский и др. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. — 496 с.
4. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных // Наркология: Национальное руководство / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2008. — Гл.11. — С. 575—605.
5. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология. — М.: Медицина, 2008. — 640 с.
6. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании медицинские и социальные последствия. — М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.
7. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция программа. — М.: Анахарсис, 2001. — 48 с.