

УДК 616.89-008.441.33-085-039.76

Б. А. Баркалов, Е. Б. Баркалова

ИЗУЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВГородская психоневрологическая больница №2 г. Донецка
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, синдром зависимости от опиоидов, реабилитационный потенциал

В последние годы резко возросло число лиц, злоупотребляющих наркотическими препаратами, получаемыми, в основном, кустарным способом [1; 7; 9]. С проблемой потребления наркотических средств в Украине тесно связана другая проблема – эпидемия ВИЧ/СПИД, которая сегодня охватила почти все регионы страны. По официальным данным Украинского центра профилактики и борьбе со СПИДом, на конец 2012 года в Украине зарегистрировано 76 875 ВИЧ-инфицированных граждан, из них более 60% – потребители инъекционных наркотиков, среди которых 95% употребляют опиоиды.

Опиоидные наркомании отличаются сравнительно быстрым привыканием к наркотику, скоротечным формированием синдрома зависимости, выраженными изменениями реактивности организма. При этом одновременно с изменениями биологической реактивности организма наблюдается процесс прогрессирующей психической и связанной с ней социальной дезадаптации. Заключительный этап в лечении таких больных – это личностная и социальная реабилитация.

В наркологии термин «реабилитация» появился в 70-х годах прошлого века. При этом реабилитационный процесс основывался на принципах комплексности (медикаментозное лечение, психотерапия, физиотерапия, культуротерапия, трудотерапия, работа с семьей) и «многопрофильности» с участием врачей других специальностей [10, 11, 12].

М. М. Кабанов [5], внесший значительный вклад в научную разработку проблем реабилитологии, считает, что «реабилитация психических больных понимается как их ресоциализация, как восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больных, их личного и социального статуса». Автор полагает, что реабилитация одновременно включает в себя цель – восстановление или сохранение статуса личности; процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы; и метод подхода к больному человеку, включающий следующие принципы реабилитации: а) партнерство врача и больного (стержневым является апелляция к личности больного); б) разносторонность усилий, воздействий (объединение

усилий врача (персонала) и пациента, направленных на различные сферы жизнедеятельности последнего); в) единство психосоциальных и биологических методов воздействия; г) ступенчатость (переходность) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий.

Необходимо отметить, что реабилитация наркологических больных имеет свои особенности. В результате злоупотребления опиоидов наркотического ряда у пациентов формируются как собственно наркологическое заболевание, так и соматоневрологическая патология, аффективные, поведенческие и интеллектуально-мнестические расстройства. Указанные нарушения сочетаются со значительными изменениями личности – нравственными, мировоззренческими, социальными, ценностными. В связи с этим под реабилитацией или лечебно-реабилитационным процессом в наркологии понимается система медико-социальных мероприятий, направленных на восстановление физического, психического и духовного здоровья наркологического больного, его личностного и социального статуса. С этой целью используется комплекс медицинских, психологических, психотерапевтических, воспитательных, трудовых, социальных мер и технологий. Эффективность реабилитации обеспечивается рядом взаимосвязанных составляющих: четко обозначенных целей, задач, принципов реабилитационных программ квалификации кадров в области реабилитации, постреабилитационной психологической и социальной поддержки больных [2; 4; 6; 9; 12].

Рассматривая проблему ВИЧ-инфекции, можно без преувеличения сказать, что ее «родство» и «интимная связь» с употреблением опиоидов оказывают существенное влияние на все этапы оказания наркологической помощи, начиная с первичной профилактики и заканчивая реабилитационными мероприятиями. Для оценки прогноза медико-социальных перспектив реабилитации чрезвычайно важной представляется изначальная оценка реабилитационного потенциала [1].

Реабилитационный потенциал – прогностическая оценка потенциальных возможностей наркозависимого в отношении преодоления болезни, возвращения в семью, к общественно полезной деятельности, основанная на

объективных данных о наследственности, преморбиде, социальном статусе, особенностях физического и психического развития, а также о форме и тяжести наркологического заболевания и негативных последствий злоупотребления наркотиков [3].

Цель исследования. Изучить особенности реабилитационного потенциала больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты обследования 107 наркозависимых мужчин, находившихся на стационарном лечении в областном наркологическом диспансере г. Донецка в период 2007–2012 гг.

Основную группу составили 62 больных, с зависимостью от опиоидов, у которых была подтверждена ВИЧ-инфекция; группу сравнения – 45 наркозависимых больных, не ВИЧ-инфицированных.

Все больные как основной, так и группы сравнения систематически употребляли опиоиды, имели выраженную наркотическую зависимость и поступили на стационарное лечение с начинающимся или выраженными явлениями синдрома отмены. Возраст больных – от 16 до 39 лет, средний возраст в основной группе и в группе сравнения – 21–30 лет.

Для получения развернутой характеристики системы отношений, связанных с заболеванием, а также ценностного типа реагирования на болезнь, выбора адекватного метода психотерапии мы, как указывалось в главе 2, использовали опросник «Тип отношения к болезни» [8].

Результаты и обсуждение. При анализе данных (табл.) видно, что у исследуемых основной группы значительно чаще, чем в группе сравнения, наблюдались сенситивный, обсессивно-фобический, тревожный, ипохондрический, апатический и меланхолический типы реагирования на болезнь. Так, сенситивный тип характеризовался чрезмерной озабоченностью больных возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих лиц сведения об их болезни.

Пациенты опасались, что последние станут избегать их, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской относиться к ним, распускать неблагоприятные сведения о причине и природе их заболевания.

Обсессивно-фобический тип реагирования характеризовался тревожной мнительностью, которая касалась, прежде всего, опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудачи в лечении, а также возможных проблем в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волновали пациентов больше, чем реальные.

Ипохондрический тип отношения к болезни характеризовался тем, что больные во время пребывания в стационаре были сосредоточены на субъективных болезненных и неприятных ощущениях. Они постоянно рассказывали о них окружающим, преувеличивали действительные и несуществующие симптомы болезни. Для этих лиц было характерно сочетание желания лечиться и неверия в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур.

При тревожном типе реагирования на болезнь для пациентов были характерны мнительность и беспокойство в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. В отличие от больных с ипохондрическим типом отношения к болезни, этих пациентов больше интересовали объективные данные о ней, чем собственные ощущения. Поэтому они предпочитали слушать высказывания других, а не предъявлять врачу без конца свои жалобы. Настроение у них, прежде всего, было тревожным.

При апатическом типе отношения к болезни мы отмечали у пациентов полное безразличие к своей судьбе, исходу заболевания, результатам терапии, пассивное участие в лечении, выполнение процедур при настойчивом побуждении со стороны врача.

Меланхолический тип характеризовался удрученностью болезнью, отсутствием веры в выздоровление,

Таблица 1

Типы отношения к болезни обследованных

Тип отношения к болезни	Основная группа, n=62	Группа сравнения, n=45	Достоверность (p)
Эргопатический	3±1,2	6±1,1	p<0,05
Анозогнозический	2±0,9	7±2,2	p<0,05
Тревожный	27±2,4	11±1,8	p<0,01
Ипохондрический	15±1,6	3±0,9	p<0,01
Неврастенический	11±2,8	13±2,6	p<0,05
Меланхолический	7±1,3	3±1,2	p<0,05
Апатический	5±1,1	2±0,7	p<0,05
Сенситивный	11±0,8	5±1,2	p<0,01
Эгоцентрический	9±2,0	10±1,8	p<0,05
Паранойяльный	3±1,2	4±1,9	p<0,05
Обсессивно-фобический	17±2,3	2±0,4	p<0,01
Эйфорический	1±0,4	3±1,1	p<0,05

возможное улучшение и вообще в эффективность лечения. На протяжении пребывания больных в стационаре у них можно было отмечать активные депрессивные высказывания, вплоть до суицидальных мыслей, и неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.

Для больных группы сравнения были характерны неврастенический, эгоцентрический, эргопатический, паранойяльный, эйфорический, анозогностический типы реагирования на болезнь.

При неврастеническом типе реагирования у больных наблюдалось поведение по типу «раздражительной слабости». Неприятные ощущения и неудачи в лечении вызывали у них вспышки раздражения. Эти пациенты были нетерпеливы, не способны ждать облегчения, а в дальнейшем рассказывали о своей несдержанности.

Для пациентов с эгоцентрическим типом реагирования были характерны «уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих переживаний и страданий с целью полностью завладеть их вниманием, требования исключительной заботы с их стороны.

Напротив, эргопатический тип реагирования характеризовался «уходом» от болезни в работу. Даже при тяжелом страдании пациенты охотно соглашались на лечение и строили планы на будущее, т.е. старались лечиться так, чтобы была возможность после выписки из стационара продолжать работу.

При паранойяльном типе больные были уверены в том, что их болезнь является результатом чьего-то умысла. Они проявляли крайнюю подозрительность к лекарствам и процедурам, стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу персонала.

Эйфорический тип реагирования на болезнь отмечался только у трех больных. У них было необоснованно повышенное настроение и легкомысленное отношение как к болезни, так и к лечению.

При анозогностическом типе реагирования пациенты активно отбрасывали мысли о болезни, возможных ее последствиях, приписывая их случайным обстоятельствам. Они отказывались от обследования и лечения. Как правило, их госпитализация была часто ситуативной, по настоянию близких родственников.

В целом, результаты проведенного исследования позволили нам выявить у больных определенную зависимость функционального состояния и отношения к болезни от их личностных особенностей и сделать вывод, что отклонение изученных психологических параметров от нормативных показателей может стать причиной нарушения адаптации больных к своему заболеванию и его лечению. В процессе реабилитационной работы с больными мы обратили внимание на две полярные группы наших пациентов. Первая группа – больные, добровольно согласившиеся на лечение и имеющие внутреннюю мотивацию, участвующие в реабилитационных программах, дающие стойкие ремиссии, т.е. больные с высокой степенью курабельности и высокой степенью терапевтической готовности (ВСТГ).

Вторая группа – больные, изначально негативно относящиеся к лечению и только под воздействием внешних факторов (воздействие родителей, силовых структур, дефицит наркотиков или денег на их приобретение и пр.) согласившиеся на госпитализацию и лечение. Их мотивация на лечение носила преимущественно внешний, потребительский характер. Этот контингент больных, как правило, даже при проведении дезинтоксикации категорически отказывался от участия в реабилитационных программах. Катамнестическая информация свидетельствовала о том, что динамика их заболевания была фактически безремиссионной. Условно мы констатировали у этих больных низкую степень терапевтической готовности (НСТГ).

Между этими полярными группами обнаружилось значительное количество больных, занимающих промежуточное положение. Внутренняя мотивация на лечение у них, хотя в основном и была низкой, но вместе с тем они не проявляли категорического негативизма, поддавались психотерапевтической коррекции, с трудом, но постепенно все же вовлекались в реабилитационные программы. У них отмечались различной продолжительности терапевтические ремиссии. Этот контингент был отнесен к средней степени терапевтической готовности (ССТГ).

Мы провели сравнительную оценку степени терапевтической готовности среди больных с синдромом зависимости от опиоидов и больных с синдромом зависимости от опиоидов ВИЧ-инфицированных.

В результате обследования установлено, что пациенты как основной, так и группы сравнения в половине случаев имели ССТГ соответственно (55,3 и 53,5%). Больных, добровольно согласившихся на лечение и имеющих ВСТГ было в 3 раза меньше среди больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным ВИЧ-инфекцией, чем с неосложненным соотв. (8,5 и 27,9%). Больных с низкой степенью мотивации на лечение, которая носила преимущественно внешний, потребительский характер было 36,2% в основной группе и 18,6% в группе сравнения.

Пациенты с синдромом зависимости от опиоидов, ВИЧ-инфицированные в 91,5 % случаев имели среднюю и низкую степень терапевтической готовности и лишь в 8,5 % - действительно имели внутреннюю мотивацию на лечение.

Выводы. У больных с синдромом зависимости от опиоидов, в сочетании с ВИЧ-инфекцией одновременно с изменениями биологической реактивности организма наблюдается процесс прогрессирующей психической и, связанной с ней, социальной дезадаптации. Особенности психических нарушений при таком объединении имеют большое значение для диагностики и лечения этих больных. Поэтому изучение специфики психопатологических нарушений, роли психотерапевтических вмешательств, принципов построения реабилитационных программ весьма актуально у данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вербенко В. А. Тактика лечения когнитивных нарушений у

- ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью / В. А. Вербенко, Е. В. Филиппова // Наркология – 2011. – т. 15, №1 (54). – С. 49-59.*
2. Дворяк С. В. Опыт социально - психологической реабилитации при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления опиатов / С. В. Дворяк // Архив психиатрии – 2002. – №2 (29). – С. 69-75.
 3. Дудко Т. Н. Реабилитация наркологических больных / Т. Н. Дудко // Руководство по наркологии / [Под ред. Н. Н. Иванца]. – М.: Медпрактика-М, 2002. – Т. II, гл. 9. – С. 222–270.
 4. Зигашии И. М., Шамагина Л. Ю., Кулькова Н. М. и др. Особенности личности наркологических больных и терапевтические подходы к ним // Вопросы наркологии. – 2005. – №2. – С. 63-67.
 5. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Ленинград «Медицина», 1978. с. 54- 56.
 6. Лебедев Д. С. Об особенностях мотивации к лечению у наркозависимых пациентов // Архив психиатрии – 2002. – №2 (29). – С. 79-81.
 7. Лінський І. В. Структура афективних розладів у хворих із залежністю від опіоїдів та хворих із залежністю від психостимуляторів за результатами багатовимірного психодіагностичного дослідження / І. В. Лінський, О. І. Мінко, О. С. Самойлов // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 4 (39). – С. 89–91.
 8. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – Вып. 8. – С. 1195–1198.
 9. Сосін І. К. Сучасні проблеми клініки, терапії та реабілітації станів залежності від психоактивних речовин / І. К. Сосін // Матеріали Української науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Харків, 2008. – 351 с.
 10. Табачников С. И. Основные патогенетические механизмы и методы терапии опийной наркомании / С. И. Табачников, В. Н. Сидницкий // Архив психиатрії. – 2000. – № 3–4 (22–23). – С. 27–31.
 11. Шабанов П. Д. Наркоманизм: патопсихология, клиника, реабилитация / П. Д. Шабанов, О. Ю. Штакельберг. – СПб: Лань, 2000. – 367 с.
 12. Zule W. A. High dead-space syringes and the risk of HIV and HCV infection among injecting drug users / W. A. Zule, G. Bobashev // Drug Alcohol Depend. – 2008. - N 10. – P. 7–12.

ВИВЧЕННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ОПІОЇДІВ

Б. А. БАРКАЛОВ, К. Б. БАРКАЛОВА

При проведенні порівняльної оцінки ступеня терапевтичної готовності у хворих із синдромом залежності від опіоїдів, ускладненим ВІЛ-інфекцією виявлено ряд відмінностей.

При побудові реабілітаційних програм необхідно враховувати особливості психопатологічних порушень ВІЛ-інфікованих хворих.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, синдром залежності від опіоїдів, реабілітаційний потенціал.

FEATURES THE REHABILITATION POTENTIAL OF THE HIV-INFECTION PATIENTS WITH OPIATE DEPENDING SYNDROME

B. A. BARKALOV, E. B. BARKALOVA

At realization a comparative estimation of a degree treatment of readiness at the patients with opiate depending syndrome, complicated the HIV-infection reveals a line of differences.

At construction rehabilitation of the programs it is necessary to take into account features psychopathology of infringements of the patients with opiate depending syndrome, complicated the HIV-infection.

Keywords: opioid addiction, HIV-infection, rehabilitation potential