

Мингазов А.Х., Васильев В.Н.

Социальные факторы влияющие на течение опиоидной наркомании

Кафедра психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Mingazov A.K., Vasiliev V.N.

Social factors influence the course of opioid addiction

Резюме

Обследовано 133 мужчины с диагнозом «опиоидная наркомания». В зависимости от эффективности лечения обследованные разделены на 2 группы. В первой группе представлены пациенты прервавшие реабилитацию и возобновившие наркотизацию, во второй - с ремиссией после реабилитации более 1 года. Исследован ряд социальных факторов: материальное положение семьи, состав семьи при воспитании, совместное проживание, отношения между родителями, отношения исследуемого с родителями, изменения отношений в семье в связи с наркотизацией, семейное положение, употребление жены/сожительницы ПАВ, уровень образования, трудовой/учебный статус, стаж трудовой деятельности, криминальная активность, наличие увлечений, планы будущее. Выделены факторы со значимыми различиями в группах исследования.

Ключевые слова: Опиоидная наркомания, факторы риска рецидива

Summary

A total of 133 men diagnosed with "opioid addiction" have been surveyed. Depending on the efficiency of treatment the examined have been divided into 2 groups. The first group comprised patients who interrupted their rehabilitation and resumed the drug use, the second group comprised patients with remission lasting for more than 1 year after the rehabilitation. A series of social factors has been taken into account: financial situation in a family, family composition when growing up and receiving education, whether the family members lived together, relationship between the parents, patient's relationship with parents, changing of attitudes in the family due to the drug use, marital status, the use of psychedelic drugs by a wife / partner, education level, employment / training status, length of employment, criminal activity, the presence of hobbies, future plans. The factors having significant differences have been identified in the study groups.

Key words: opiate addiction, relapse risk factors

Введение

Опиоидная наркомания - одна из наиболее тяжелых форм зависимости от психотропных веществ. В России пик заболеваемости приходился на 2000 годы [7]. По данным за 2014 год распространенность опиоидной наркомании в России составляет 172,6 на 100 тыс. населения [10]; на ее долю приходится 78,4 % от всех видов наркоманий [7]. Существует ряд факторов, влияющих на течение опиоидной наркомании. Среди социальных факторов это - социально-экономическое положение [12], характер семейных взаимоотношений [6,8,3,14], состав семьи и характер воспитания [5], низкий уровень образования [8,3], низкий уровень и занятости [9,3], высокая криминальная активность [1,3], ограниченный круг интересов [3], отсутствие собственной супружеской семьи [3], наличие социокультурных интересов [3], возврат в прежнюю среду [4], сложности социальной адаптации [2]. Вопрос о том, какие вышеуказанных факторов являются наиболее

значимыми в формировании резистентного течения опиоидной наркомании остается открытым.

Цель исследования. Выделить наиболее значимые социальные факторы, определяющие течение опиоидной наркомании у лиц мужского пола.

Материалы и методы

Клинико-катамнестическому исследованию подверглись 133 мужчины, страдающие опиоидной наркоманией, поступившие на реабилитацию в ГУ ДЗ УХМАО-Ютры «Лемпинский наркологический реабилитационный центр» с 2004 по 2014 год. По признаку устойчивости и продолжительности ремиссии выделено две группы исследуемых. В первую группу включено 60 пациентов, самостоятельно прервавших реабилитацию и возобновивших наркотизацию. Из группы исключались пациенты, вынужденно прервавшие реабилитацию по причине соматической патологии. Во вторую группу включено 73 пациента, прошедших

полный курс реабилитации и не употребляющих опиониды в течение года. Из группы исключались пациенты с вынужденным отказом от употребления (тяжелые соматические расстройства, отбывание наказания в местах лишения свободы). Возраст исследуемых от 20 до 38 лет. При поступлении всем произведен анализ мочи на наличие наркотических веществ. В случае положительного результата пациент на реабилитацию не принимался. В течение первых 7 дней реабилитации все пациенты обследованы специалистом по социальной работе. Заполнялся лист социального статуса пациента (заполнял сам пациент), лист социального статуса семьи (заполняли члены семьи).

В качестве социальных факторов риска резистентного течения в исследовании оценивались: материальное положение семьи, состав семьи при воспитании, совместное проживание, отношения между родителями, отношения исследуемого с родителями, изменения отношений в семье в связи с наркотизацией, семейное положение, употребление жены/сожительницы ПАВ, уровень образования, трудовой/учебный статус, стаж трудовой деятельности, криминальная активность, наличие увлечений, планы после лечения.

Результаты и обсуждение

В первой группе доля семей, оценивающих свой доход как «средний» составила 86,7 %, во второй - 84%.

Семей с «высоким» доходом в первой группе не отмечалось; во второй группе они составили 8%. «Низкий» доход отметили 13,3% семей в первой группе и 8% семей во второй. Различия в уровне дохода не достоверны.

Больные как первой так и второй групп в большинстве случаев воспитывались в полных семьях (78,4% и 74% соответственно). Участие в воспитании отчима или мачехи в первой группе наблюдалось у 6,8%, во второй у 13,7% больных. В неполной семье выросли в первой группе 21,6% исследуемых, во второй 13,7%. Один пациент второй группы (1,3 %) воспитывался в приемной семье. Различия по группам не достоверны.

Сравнительная характеристика условий проживания накануне вступления в программу реабилитации представлена в таблице 1. Большинство исследуемых как в первой так и во второй группе проживали вместе с родителями, существенных различий между ними не выявлено. Отношения между родителями большинством реабилитантов оценивались как хорошие (таблица 2). Конфликтные отношения между родителями достоверно чаще встречались в первой группе.

Основную часть внутрисемейных конфликтов составляли ссоры между потребителями наркотиков и их родителями (таблица 3). Значимых различий по группам не выявлено.

Таблица 1. Условия проживания

Живет	Количество наблюдений			
	1 группа (n=60)		2 группа (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
В семье родителей	48	80	49	67,1
Своя семья	6	10	14	19,2
В семье жены	1	1,7	3	4,1
Один	2	3,3	5	6,8
У родственников	3	5	2	2,7

Таблица 2. Отношения между родителями (мнение исследуемого)

Отношения между родителями	Количество наблюдений			
	1 группа (n=60)		2 группа (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хорошие	35	58,3	45	61,6
Периодически конфликтные	17	28,3	28	38,4
Конфликтные	8	13,4	0	0

Таблица 3. Отношения с родителями (мнение исследуемого)

Отношения с родителями	Количество наблюдений			
	1 группа (n=60)		2 группа (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
Хорошие	25	41,7	23	31,5
Периодически конфликтные	23	38,3	30	41,1
Конфликтные	12	20	20	27,4

Таблица 4. Изменения взаимоотношений в семье в связи с наркотизацией

	Количество наблюдений			
	1 группа (n=60)		2 группа (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
Не изменились	30	50	34	46,6
Сплотились	7	11,7	4	5,5
Ухудшились	23	38,3	35	47,9

Таблица 5. Семейное положение

Семейное положение	Количество наблюдений			
	1 группа (n=60)		2 группа (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
Женат	7	11,7	18	24,7
Не женат	43	71,7	40	54,8
Сожительство	7	11,7	4	5,5
Разведен	3	5	11	15

В таблице 4 представлены изменения взаимоотношений в семье в связи с наркотизацией, по оценке родителей и жен исследуемых. Изменения в отношениях отмечает половина опрошенных. В большинстве случаев отношения ухудшились. Значимых различий по группам не выявлено.

Большая часть наркозависимых никогда не состояла в браке (таблица 5). Значимых различий по группам не выявлено. Доля женатых или проживающих в гражданском браке составила 23,4% в первой группе и 30,2% во второй группе. Супруги исследуемых первой группы достоверно чаще употребляли наркотики (28,6% и 9% соответственно, $p < 0,05$).

Большинство исследуемых состоящих в браке или разведенных имели детей. В первой группе количество пациентов имеющих детей составляло 15 (25%), что достоверно меньше, чем во второй 31 (42,5%), ($p < 0,05$).

Сравнительная оценка уровня образования по группам представлена в таблице 6. Наибольший процент приходился на долю среднего и средне - специального образования. Значительно меньшая часть пациентов не закончила 9 классов. Во второй группе таких больных не было совсем. Различия между группами не достоверны.

Большинство реабилитантов на момент поступления не работали и не учились (90% и 83,6%). Пациенты первой группы имели достоверно меньший рабочий стаж

Таблица 6. Уровень образования

Образование	Количество наблюдений			
	1 группа (n=60)		2 группа (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
До неполного среднего	2	3,3	0	0
Неполное среднее	10	16,7	7	9,6
Среднее	23	38,3	20	27,4
Средне - специальное	18	30	28	38,6
Неоконченное высшее	2	3,3	5	6,8

Таблица 7. Криминальная активность

Судимости	Количество наблюдений			
	1 группа (n=60)		2 группа (n=73)	
	Абс.	%	Абс.	%
Отсутствуют	22	36,7	40	54,8
Условная	28	46,7	26	35,6
1 раз находились в местах лишения свободы (МЛС)	7	11,6	5	6,8
2 и более раз в МЛС	3	5	2	2,8

(4,1 и 5,8 лет соответственно). Среди пациентов первой группы достоверно чаще встречались лица не имеющие рабочего стажа (15% и 2,7% соответственно).

Сравнительная оценка криминальной активности реабилитантов по группам представлена в таблице 7. Более половины реабилитантов первой группы имели судимости, большая часть из которых была условной. Достоверных различий по группам не обнаружено.

Большинство исследуемых как в первой так и во второй группах увлекались спортом, рыбалкой, проводили время за компьютером, читали книги. Были среди них и довольно необычные увлечения, например, вышивание. Наркозависимые не увлекающиеся ничем достоверно чаще встречались в первой группе (30% против 13,7% соответственно, $p < 0,05$).

После окончания реабилитации большинство пациентов обеих групп планировало вернуться в семьи к родителям (73,3% и 65,8%), либо в свои семьи (8,4% и 23,3%). Значительных различий по группам выявлено не было.

Заключение

Наиболее значимые отклонения между исследуемыми группами наблюдались по следующим показателям: совместное проживание с наркозависимой, наличие детей, стаж трудовой деятельности, наличие увлечений.

Микросоциальное окружение является одним из ведущих факторов, влияющих на прогноз дальнейшей наркотизации, а совместное проживание с наркозависимым человеком безусловно провоцирует на употребление наркотических веществ. В нашем случае это подтверждается данными исследования. Наилучших результатов удавалось достичь в тех семьях, где родственники реабилитанта соглашались на прохождение обучающих мероприятий для созависимых, а сожительницы употребляющие наркотики также соглашались пройти курс реабилитации.

Одним из факторов способствующих формированию устойчивой ремиссии является наличие у наркозависимого детей, что накладывает на него большую ответственность как в психологическом так и в социальном плане. Неоднократно приходилось слышать, что пациент согласился на борьбу с зависимостью не для сохранения своего здоровья и социального статуса, а для того, чтобы не быть негативным примером для собственного ребенка. Для многих реабилитантов именно рождение ребенка обуславливало становление продолжительной ремиссии.

Для воздержания от наркотиков требуются определенные волевые усилия. Более длительный трудовой стаж способствует формированию у человека самодисциплины, целеустремленности, воли. Эти качества на наш взгляд позволили более успешно пройти реабилитацию лицам, имеющим более продолжительный трудовой стаж. Кроме того, интересная работа помогала отвлечься от навязчивых мыслей о продолжении наркотизации. Мы считаем, что в программу реабилитации должна быть включена терапия занятостью в обязательном порядке.

Наличие увлечений это еще один мотивационный стимул для отказа от наркотика. Наркотическая зависимость во время употребления, отодвигает все виды деятельности, вызывающие интерес, на второй план. Наличие хобби, наряду с другими факторами, облегчает возвращении к трезвой жизни, формируя у зависимого способность к переключению внимания и релаксации.

Таким образом, наши исследования показывают, что учет вышеуказанных факторов в процессе планирования реабилитационных мероприятий поможет достичь стабильной ремиссии в большем числе случаев. ■

Мингазов А. Х., д.м.н., доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Васильев В.Н., врач психотерапевт, ГБУЗ ТО «ОКПБ», г. Тюмень. Автор, ответственный за переписку - Васильев В.Н., 625530, Тюменская область, г.Тюмень, ул. Герцена, 74. Тел. 8(3452) 72-88-71, e-mail: avelisov74@mail.ru.

Литература:

1. Аболонин А.Ф., Бохан Н.А., Краснотова Ю.А. Организационные основы реабилитации больных опиоидной наркоманией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2006; Приложение(41): 7-8.
2. Алтынбекова Г.И. Проблемы адаптации в профилактике наркологических и психических расстройств. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010; 2:27-29.
3. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных: Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Ивацка, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 575-612.
4. Байкова В.Г., Белоузов С.Б., Гирасименко Н.Ф., Колесникова Т.И., Ясно О.В. Наркомания: Методические рекомендации по преодолению наркозависимости. Под ред. А.Н. Гаранского М: Лаборатория базовых знаний. 2000. 384.
5. Гусев С.И., Бохан Н.А., Мандель А.И., Каган Е.С. Модель прогноза ремиссии наркотической зависимости в условиях пенитенциарных учреждений. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2009.5: 48-52.
6. Илюк Р.Д., Торбан М.Н., Берно-Беллекур И.В., Сурмевич Е.П., Незнанов Н.Г., Крупицкий Е.М. Динамическая многофакторная оценка клинических и психосоциальных характеристик у больных с опиоидной зависимостью, проходящих реабилитационное лечение. *Наркология*. 2012. 9: 71-79.
7. Кошкина Е.А.; Киржанова В.В. Эпидемиология наркотических заболеваний: Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Ивацка, И.П. Анохиной. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008.

- 15-31.
8. Малчанов С.Н., Азанова Б.А. Особенности формирования ремиссий у лиц с опиоидной зависимостью. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии* 2006. 2: 37-41.
 9. Сиволоп Ю.П.; Савченко В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. М: Медицина, 2005. 304.
 10. Тетенова Е.Ю., Надеждин А.О., Колгашикин А.Ю. Некоторые тенденции потребления наркотиков в 2012-2014 годах. Сравнительный аспект. *Наркология*. 2015.12: 7-12.
 11. Указ Президента Российской Федерации от 09.06.2010 № 690 «Об утверждении стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации». – 14.06.2010. - № 24. – ст. 3015. В ред. От 01.07 2014/ - СПС «Гарант»
 12. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. *Наркология*. перевод с английского – Андреева Н. М: СПб; 1998.
 13. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. *Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация* / Под ред. А.Я. Гриненко. Серия «Мир медицины». СПб: Лань. 2000.
 14. Goelb J.L., Coste J., Bigot T., Ferrand I. *Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients apropos of 257 patients of the Cassini Center in Paris*// *Encephale*. 2000. V. 26. N 6. P. 11-20 [Article in French].
 15. Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. *Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses.* // *Addiction*. – 2002. – V. 97. – N 10. – P. 1259-1267.
 16. Sanchez-Carbonel J., Brigos B., Cami J. *Outcome of a sample of heroin addicts 2 year after the beginning of treatment.* // *Med. Clin.* – 1989. - V. 92. – N 4. – P. 135-139 [Article in Spanish].