

Ф. А. Шигакова

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА БОЛЬНЫХ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

Исследования, посвященные актуальным проблемам опийной наркомании, в республике Узбекистан сравнительно немногочисленны [1]. Концепция гендера, активно разрабатываемая в современных психологических, социологических, экономических, культурологических работах, в отечественной наркологии практически не освещена. Важность изучения клинико-динамических особенностей, реабилитационных возможностей с учетом пола у лиц, страдающих опийной (героиновой) наркоманией, определяется ее высокой социальной, клинической значимостью [2, 3]. Отсутствуют комплексные исследования, посвященные изучению психологических и психопатологических особенностей гендерно-зависимого аддиктивного поведения, клинико-динамических механизмов и методов эффективной терапии больных опийной наркоманией [4, 5]. Огромное разнообразие и изменчивость клинических проявлений, свойственные наркоманиям, заставляют врачей в своей повседневной практике сталкиваться с необходимостью решения все более сложных диагностических и лечебных задач [6]. Изучение патогенетических механизмов опийной наркомании и клинического его выражения с учетом взаимоотношений пола, а также разработка дифференцированного подхода к реабилитации в связи с этим является актуальной и важной задачей для наркологии, как в научном, так и в практическом смысле.

В некоторых зарубежных исследованиях указывается, что наркозависимые женщины, в отличие от мужчин, обладают более ограниченными возможностями (с точки зрения образования, занятости, получения доходов), чаще проживают совместно с партнером, который также является наркозависимым лицом, имеют на иждивении детей и имеют более острые проблемы на начальном этапе лечения [7, 8]. Число женщин, проходящих курс лечения, является весьма незначительным. Они реже завершают полный курс лечения, а их лечение является менее эффективным, чем лечение мужчин (с учетом того, что продолжение и завершение курса лечения самым непосредственным образом связано с его результатами) [9]. Тем не менее, результаты исследований гендерных различий клинических проявлений опиоидной зависимости, особенностей поступления на лечение и его завершения, а также результаты лечения являются неоднозначными [10, 11].

В структуре лечебно-реабилитационных мероприятий важное значение имеют клинические диагностические технологии, в частности клиническая диагностика реабилитационного потенциала. Мы знаем, что реабилитационный потенциал наркологических больных — многофакторная клиническая, психологическая и социальная диагностика, а также, что очень немаловажно, прогностическая оценка способностей, возможностей больных на продолжительность ремиссии, выздоровление, реадaptацию и возвращение к общественно полезной жизни.

Шигакова Фания Анваровна — соискатель, Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан; e-mail: pilar.buranova@mail.ru

Целью настоящего исследования явилось изучение реабилитационного потенциала больных опишной наркоманией с учетом гендерных различий в целях повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования. Изученную выборку составили 109 больных, проходивших стационарное лечение в Республиканском наркологическом центре с 2010 по 2012 гг. Основную группу составили 54 женщины в возрасте от 18 до 56 лет. В контрольную группу вошли 55 мужчин в возрасте от 23 до 50 лет. У всех больных была диагностирована 2 стадия героиновой наркомании, по классификации И. Н. Пятницкой (1994; 2002).

Критерии включения: пациенты с диагнозом по МКБ-10 «Психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением опиоидов»; синдром зависимости (код F11.2); синдром отмены, обусловленный употреблением опиоидов (код F11.30); возраст больных от 18 до 56 лет.

Критерии исключения: больные с эндогенными психическими заболеваниями, осложненными употреблением наркотиков; больные, которые оказались не доступными для получения катamnестических сведений; случаи сочетанного употребления разных наркотиков, а также случаи, когда употребление героина было заместительным по отношению к приему других психоактивных веществ.

Средний возраст начала потребления героина к моменту обследования составил $24,9 \pm 0,66$ лет (Me — 23 года {95%ДИ 23,6–26,1}). К моменту первичного обследования давность злоупотребления героина составила от 1 года до 23 лет. Большинство больных (90 — 82,6%) используют героин в/в, из них 23 (25,6%) пациента начали прием героина сразу с внутривенных инъекций.

От уровня реабилитационного потенциала больного зависит интенсивность использования фармакотерапевтических и психотерапевтических мероприятий. В нашем исследовании мы использовали шкалу оценки уровня реабилитационного потенциала (УРП) пациентов, которая была разработана в ННЦ наркологии Росздрава в 2006 г. Т. Н. Дудко. Исследование показало: высокий УРП имели 13 (24,1%) женщин и 22 (40,0%) мужчины, средний — 21 (38,9%) женщина и 23 (41,8%) мужчины, низкий УРП определился у 20 (37,0%) женщин и лишь у 10 (18,2%) больных мужчин (рис. 1).

Накопление и корректировка полученных данных проводилась с помощью стандартного пакета прикладных компьютерных программ Microsoft Office Access 2003 for Windows XP. Достоверность различий показателей в выборке оценивалась с помощью непараметрического критерия χ^2 (Пирсона). Минимально достаточный уровень значимости $P < 0,05$. Для каждого из факторов рассчитывали отношение шансов (ОШ) с 95% доверительным интервалом (ДИ).

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных в обследованных группах выявил ряд особенностей у женщин. Как известно, шкала реабилитационного потенциала базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, тяжести клинических проявлений заболевания, личностном и социальном статусе больных и соматическом состоянии.

У пациентов с высоким уровнем реабилитационного потенциала (22 мужчины и 13 женщин) наследственной отягощенности наркологическими заболеваниями выявлено не было. Воспитывались в неполной семье 15,4% женщин, в группе мужчин таких случаев выявлено не было.

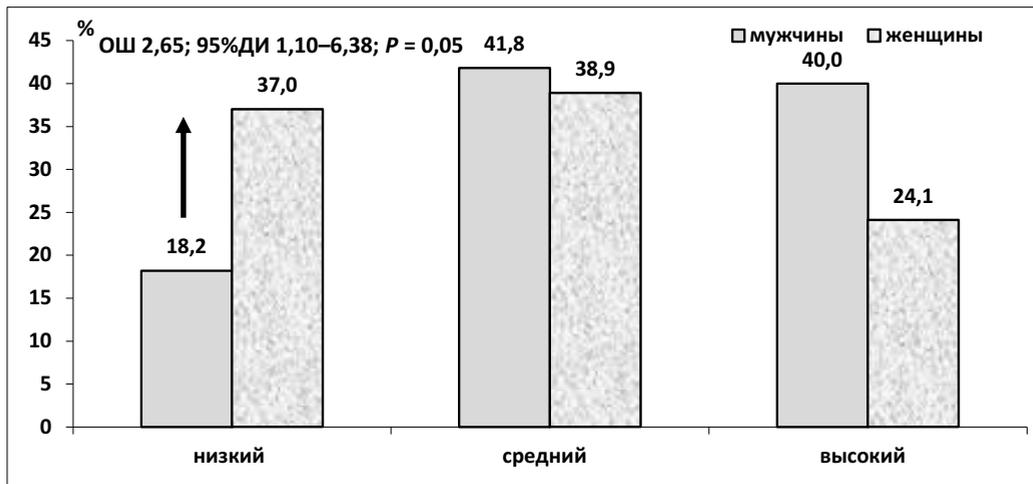


Рис. 1. Распределение больных по уровню реабилитационного потенциала

В клиническом блоке (второй блок) выявлено позднее начало употребления наркотиков как у мужчин (в среднем с $27,4 \pm 1,35$ лет; 95%ДИ 24,7–30,0), так и у женщин (в среднем с $29,0 \pm 1,62$ лет; 95%ДИ 25,8–32,2; $P = 0,50$). По мнению Ю. А. Шипилова (1997), после 30 лет наркомания у женщин уже не дебютирует. Однако нами установлено, что более трети мужчин (36,4%) и женщин (38,5%) начинали употреблять наркотики после 30 лет. Стаж потребления наркотиков у мужчин составил $10,7 \pm 1,15$ лет, а у женщин — $7,23 \pm 1,24$ лет ($P = 0,06$). Терапевтические ремиссии наблюдались у 12 (54,5%) мужчин и 6 (46,2% — ОШ 1,40; 95%ДИ 0,35–5,54; $P = 0,90$) женщин.

В третьем (социальном) блоке по уровню полученного образования больные распределились следующим образом: 6 (27,3%) мужчин и 4 (30,8% — ОШ 0,84; 95%ДИ 0,19–3,80; $P = 0,87$) женщины имели высшее образование. Продолжали работать достоверно большее количество мужчин (95,5% vs 53,8% женщин; ОШ 18,0; 95%ДИ 1,84–176,6; $P = 0,01$).

У женщин со средним реабилитационным потенциалом (21 женщина) в преморбиде (первый блок) у 3 (14,3%) пациенток определяли наследственную отягощенность. Воспитывались 5 (23,8%) женщин в неполной семье, тогда как среди мужчин таковых был лишь 1 (4,3% ОШ 0,15; 95%ДИ 0,02–1,37; $P = 0,15$). Материальное положение семьи было среднее или плохое у 9 (42,9%) женщин и у 3 (13% ОШ 0,20; 95%ДИ 0,05–0,89; $P = 0,06$) мужчин. В группе женщин у 8 (38,1%) отмечалось девиантное поведение в детстве или подростковом возрасте. В подростковом возрасте это выражалось в виде прогулов в школе, склонности к общению с уличными мальчиками старшими по возрасту, раннее начало половой жизни (13–14 лет). В группе мужчин девиантное поведение в детстве или подростковом возрасте отмечалось в 16 (69,6% — ОШ 3,71; 95%ДИ 1,06–13,0; $P = 0,07$) случаях, это были единственные мальчики в семье и воспитывались по типу «кумира семьи».

В клиническом блоке чаще выявлялось раннее (с 15 лет) употребление наркотиков, продолжительность заболевания от 1 года до 23 лет, преимущественное внутривенное введение наркотиков (41 мужчина, 49 женщин). Абстинентный синдром

и постабстинентный период имели интенсивную и стойкую клиническую выраженность. Абстинентный синдром продолжался до 5–7 дней, постабстинентные расстройства до 1–1,5 месяцев. Терапевтические ремиссии были от 3 недель до 1 месяца. Мотивация на участие в лечебно-реабилитационных программах носила преимущественно добровольно-принудительный характер с преобладанием прагматических мотивов — это желание избавиться от болезненных проявлений абстинентного синдрома (а не от психоактивных веществ), получить поддержку, улучшить отношения с родителями или другими социально значимыми лицами, избежать наказания.

В третьем блоке (социальном) среднего УРП у больных отмечались постоянные, а иногда и неразрешимые конфликтные отношения с родителями или другими значимыми лицами, причем чаще такое поведение было характерно для женщин (57,1% vs 13,0% — ОШ 8,89; 95%ДИ 2,0–39,4; $P = 0,006$). Образование пациентов было преимущественно средним как у мужчин (47,8%), так и у женщин (76,2% — ОШ 3,49; 95%ДИ 0,96–13,8; $P = 0,11$). Число работающих наркозависимых женщин было достоверно меньше, чем мужчин (14,3% vs 47,8% — ОШ 0,18; 95%ДИ 0,04–0,79; $P = 0,04$). Общим для обеих групп были узость и однообразность круга социальных интересов.

Для четвертого блока (личностные особенности) было характерно морально-этическое снижение средней тяжести. Преобладание эгоцентризма, лживость, безответственность. Вместе с тем больные старались произвести хорошее впечатление на людей, которые мало их знают, тщательно скрывали употребление психоактивных веществ.

Интеллектуально-мнестическое снижение у больных со средним УРП имело четко очерченную клиническую картину. Это, прежде всего, касалось снижения всех видов памяти, концентрации внимания, способности обобщать и выделять главное. Характерными нарушениями также были бедность воображения и торпидность мышления. В гендерном аспекте существенных различий выявлено не было.

У пациентов с низким УРП (10 (18,2%) мужчин и 20 (37,0%) женщин) выявлялась наследственная отягощенность наркологическими заболеваниями по линии родителей или ближайших родственников (у 1 (10,0%) мужчины и у 7 (35,0%) женщин). Нередко они воспитывались в неполных семьях (30,0% мужчин vs 75,0% женщин — ОШ 7,0; 95%ДИ 1,29–37,9; $P = 0,05$) среднего или низкого материального достатка (20,0% мужчин vs 80,0% женщин — ОШ 16,0; 95%ДИ 2,40–106,7; $P = 0,006$). Причем такая картина была более характерна для наркозависимых женщин. Отношения в семье чаще были конфликтными (у 20,0% мужчин и 45,0% женщин — ОШ 3,27; 95%ДИ 0,55–19,5; $P = 0,35$), злоупотребление алкоголем одного из родителей наблюдалось в 30,0% случаев в группе мужчин и в 50% случаев в группе женщин (ОШ 2,33; 95%ДИ 0,47–11,7; $P = 0,51$). Даже в тех случаях, когда семья была полной, родители мало уделяли внимания своим детям. В анамнезе больных женщин часто отмечались инфантилизм (55,0%), невротическое развитие личности (65,0%), психопатии (60,0%), девиантное (55,0%) и деликвентное (35%) поведение, тогда как таковых в группе мужчин были единицы (1–2 случая).

Во втором блоке (клиническом) было выявлено раннее начало употребления наркотиков как у мужчин (17 лет), так и у женщин (15 лет), продолжительность заболевания — от 1 до 19 лет, преимущественное внутривенное введение наркотиков (30,0% мужчин и 50,0% женщин), в 50,0% случаев женщины сразу начали прием

с внутривенного ведения наркотиков. В обеих группах вид влечения к наркотикам был постоянный. Абстинентный синдром протекал тяжело, сопровождался грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками. Для женщин было характерно истероформное поведение, демонстративность, требование к себе повышенного внимания, нестойкость предъявляемых жалоб на собственное самочувствие. Нарушения в аффективной сфере проявлялись в выраженной аффективной лабильности, преобладании ипохондрических и синестопохондрических субдепрессивных расстройств, склонности к соматизации жалоб, часто маскирующих влечение к наркотикам. В обеих группах абстинентный синдром продолжался до 7–10 дней, постабстинентные расстройства — до 2–3 месяцев. Спонтанные ремиссии отсутствовали, в основном наблюдались короткие терапевтические или вынужденные ремиссии.

Критика к своему поведению и асоциальным поступкам была снижена или отсутствовала при условии полного признания своего заболевания. В этой группе 4 (20,0%) женщины признались в занятиях проституцией, причем признание это выражалось в виде бахвальства. Как правило, больные в обеих группах не верили в возможность выздоровления и нормализацию социального положения. Поэтому мотивация на участие в лечебно-реабилитационных программах, в основном, проявлялась недобровольным согласием, основанным на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить «поддержку», а 70,0% мужчин и женщин признались, что решили госпитализироваться, чтобы «скинуть дозу», «омолодиться».

Анализ третьего блока (социальный статус) низкого УРП показал, что у 14 (70,0%) женщин имелся наркозависимый муж, сожитель или наркозависимый сексуальный партнер, который и способствовал не только приобщению женщины к употреблению наркотиков, но и формированию наркомании. Семейные отношения были постоянно конфликтные или неразрешимо конфликтные, с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности. Образование пациентов было средним у всех мужчин и у 75,0% женщин. Среди мужчин только 3 работали, все женщины с низким УРП нигде не работали. Профессиональные навыки и умение учиться частично или полностью были утрачены практически у всех больных. В группе наркозависимых пациенток 45,0% женщин, имеющих детей, не принимали участия в их воспитании, чаще всего переложив эти обязанности на бабушек, сестер и т. д.

В четвертом блоке (личностные особенности) уровня реабилитационного потенциала в обеих группах больных отмечались выраженные морально-этические и интеллектуально-мнестические снижения, а также грубые аффективные нарушения. Безответственность, асоциальное поведение, неумение пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за свое заболевание на окружающих становятся характерными чертами личности. Интересы преимущественно сконцентрированы на употреблении наркотиков. Все виды памяти снижены. Отмечается торпидность мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладают быстрая умственная утомляемость, бестолковость.

Таким образом, в ходе исследования был выявлен ряд гендерных различий. Медико-социальные последствия наркотизации у женщин — достаточно тяжелые. У них рано наступает психосоциальная дезадаптация. У больных с низким УРП от-

мечались раннее начало употребления наркотиков, преимущественно женщинами, асоциальный образ жизни, средняя или тяжелая деградация личности, формирование своеобразного дефекта личности психопатоподобного или психоорганического типа. Большинство описанных нарушений (морально-этических, интеллектуально-мнестических, аффективных) приобретали стабильность.

От уровня реабилитационного потенциала больного во многом зависит интенсивность применения фармако-, физио- и психотерапевтических технологий. С учетом полученных данных показана необходимость разработки лечебно-реабилитационных мероприятий для женщин.

Литература

1. Ходжаева Н. И., Шамсиев А. Т. Факторы, влияющие на длительность терапевтической ремиссии у больных героиновой наркоманией // Неврология. 2007. № 1. С. 42–46.
2. Аксенов В. Г., Крылов А. В., Квачегина Л. М. Клинические проявления опийной наркомании у женщин // Медицинская психология. 2008. № 2. С. 46.
3. Дудко Т. Н. Реабилитация наркологических больных // Руководство по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. С. 724–738.
4. Шипилов Ю. А. Клиника и течение опийной наркомании у женщин: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1997. 41 с.
5. Lynch W., Roth M., Carroll M. Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studie // Psychopharmacology. 2002. Vol. 164, N 2. P. 121–137.
6. Илюк Р. Д., Громыко Д. И., Берно-Беллекур И. В. Характеристика эмоциональных расстройств у зависимых от психоактивных веществ // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер 11. 2011. Вып. 2. С. 155–163.
7. Simoni-Wastila L., Ritler G., Strickler G. Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs // Substance Use and Misuse. 2004. Vol. 39, N 1. P. 1–23.
8. Kelly S. M., Schwartz R. P. et al. Gender differences among in- and out-of-treatment opioid addicted individuals // Am. J. Drug. Alcohol Abuse. 2009. N 35(1). P. 38–42.
9. Менделевич В. Д. Социологическая оценка барьеров доступности получения медицинской помощи женщинами, употребляющими наркотики инъекционно // Наркология. 2012. № 8. С. 81–86.
10. Шайдукова Л. К., Халабуда Л. Н. Модель реабилитации наркозависимых в современном социально-реабилитационном центре // Наркология. 2012. № 2. С. 72–76.
11. Бельков С. Н. Фенотипические особенности духовно-ориентированной реабилитации наркозависимых женщин // Наркология. 2011. № 2. С. 94–99.

Статья поступила в редакцию 15 августа 2013 г.