

УДК 616

РОЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В РАЗВИТИИ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИИ**Колотилин М.Г.***ГУЗ МО «Щелковский наркологический диспансер», Москва, e-mail: kolotmg@mail.ru*

Изучение структуры изменения качества жизни у больных опиоидной наркоманией выявляет новую парадигму диагностики наркомании. Сущность новой дефиниции заключается не только в клинко-психопатологическом диагностическом критерии, но и в социальной характеристике, где уровень нарушения качества жизни является определяющим маркером. Фактор риска развития героиновой наркомании компенсируется до периода, пока не происходит «надлом» в качестве жизни индивида, после которого «лавинообразное» нарушение качества жизни становится индикатором перехода зависимости в состояние болезни.

Ключевые слова: наркомания, качество жизни, психогенные расстройства, расстройства личности, органические расстройства, психоактивные вещества

THE ROLE OF QUALITY STANDARDS IN DEVELOPED OPIOID ADDICTION**Kolotilin M.G.***Shchelkovo narcological dispensary, Moscow, e-mail: kolotmg@mail.ru*

Studying of frame of change of quality of life at patients opium narcomanias taps a new paradigm of diagnostics of a narcomania. The essence of a new definition consists not only in clinico-psychopathological diagnostic criterion, but also in the social characteristic where level of disturbance of quality of life is a defining marker. A development risk factor heroynarcomanias are compensated to the season, there is no yet «break» as life of the individual after which «avalanche» disturbance of quality of life becomes the indicator of transition of dependence in an illness state.

Keywords: a narcomania, quality of life, psychogenic distresses, distresses of the person, organic distresses, psychoawake materials

Формирование и развитие зависимости от психоактивных веществ вообще и опиоидной зависимости, в частности, определяют разнообразные факторы. Несмотря на большое количество работ, посвященных роли патологической наследственности в генезе заболевания [1, 2, 3, 4], остается недостаточно изученным вопрос, каким образом индивидуально-психологические факторы влияют на течение и исход наркомании. Хотя многие авторы и ориентируются на психопатологические особенности, определяющие начальную наркотизацию. Недостаточно изучена корреляция личностных факторов и клинических проявлений основных феноменов опиоидной зависимости.

Значительную роль в злоупотреблении психоактивными веществами имеют пограничные невропсихические заболевания с различными по характеру и степени выраженности личностными девиациями, прием наркотиков используется как попытка регуляции психической деятельности, сюда относятся различные дистимические расстройства, подавленное настроение, беспокойство, зависимость между психической дисфункцией, сексуальными отклонениями и употреблением психоактивных веществ.

Личностные расстройства оказывают влияние не только на начальных этапах опиоидной зависимости, но и являются прогностическим фактором течения и исхода заболевания. Потребители опия, имеющие высокие показатели по контрольному ли-

сту психопатий, отмечают больше проблем с занятостью и интенсивнее употребляют наркотики. Они склонны вовлекаться в незаконную деятельность, прерывать лечение, возобновлять наркотизацию, в том числе и викарную.

Таким образом, существующие достоверно подтверждаемые факторы риска становления и формирования наркомании лежат в кругу биологических маркеров (наследственная предрасположенность, болезненные состояния с психическими расстройствами, личностные девиации с нарушением структуры психики); психогенными воздействиями (конфликтообразующие ситуации, проблемы семьи, и социально-производственных отношений); социально-личностные деструкции (акцентуации характера, личностные расстройства, психопатии).

Целью работы было изучение влияния изменений качества жизни в процессе формирования опиоидной наркомании и установления его роли в возникновении опиоидной зависимости и в клинической динамике заболевания.

Материал и методы исследования

В соответствии с поставленной целью проводилось обследование на базе Московского Областного наркологического диспансера, больных опиоидной наркоманией, которые проходили лечение в наркологических стационарах Московской области в период 2004–2007 лет. Нами наблюдались 112 больных опиоидной наркоманией мужчины и женщины в возрас-

те от 18 до 33 лет в соответствии с программой аннотированного плана. Контрольную группу составили больные с не психотическими поведенческими расстройствами без признаков опиоидной зависимости. Группа больных наркоманией подбиралась исходя из основных критериев диагностики синдрома зависимости в соответствии с диагностическими указаниями Международной классификации болезней 10 пересмотра. Изучение проводилось на основании стандартной карты обследования составленной в Национальном научном центре наркологии Минздравсоцразвития РФ (Н.Н. Иванец с соавторами).

При исследовании исключались пациенты с сопутствующими психическими заболеваниями, с острыми психотическими расстройствами, а также больные, у которых зависимость от опия сочеталась с зависимостью от других групп наркотиков.

Материалы базисной карты позволили применить клинко-психопатологический метод, включающий в себя изучение анамнеза больного, влияние биологических и социальных факторов на развитие личности, определение правильной оценки и перспектив социальной и трудовой адаптации больных, прогноза заболевания. Тщательный клинко-психопатологический анализ с учетом катamnестических сведений, данных бесед с родителями и близкими родственниками больных, материалов клинической истории болезни и амбулаторных карт, информации

от врачей других специальностей, занимавшихся лечением данных пациентов, позволил изучить динамику развития, клиническую картину заболевания, а также эффективность проводимой терапии.

В исследовании использовались разработанная нами карта обследования по качеству жизни «КЖ» на основе «Опросника качества жизни (Версии ВОЗ) в психиатрической практике» Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (1998 год).

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в основной группе больных наркоманией преобладают лица в возрастных периодах от 22 до 27 лет 80 человек (71,4%) (табл. 1). Средний возраст обследуемых больных составляет $23,5 \pm 3,1$ года. В контрольной группе $24,03 \pm 2,5$ года (различие не достоверно).

В группе больных наркоманией преобладали мужчины 88 человек (78,6%), женщин 24 человека (21,4%). В контрольной группе также преобладали мужчины 85 человека (76,7%), женщин 27 человек (23,3%).

Таблица 1
Возраст больных распределенных по трехлетнему периоду

Возраст	Общее количество			
	Абсолютное число		%	
	Больные наркоманией	Контрольная	Больные наркоманией	Контрольная
18–20	8	14	7,1	12,5
21–23	25	15	22,3	13,4
24–26	31	16	27,7	14,3
27–29	19	39	17,0	34,8
30–33	19	24	17,0	21,4
Более 33	10	4	8,9	3,6
Всего:	112	112	100,0	100,0

По типу преморбидных расстройств нами основная когорта больных опиоидной наркоманией разделена на 4 группы.

В первую группу вошли больные, обнаруживавшие различного рода психогенные расстройства (невротические реакции, невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства). Во вторую группу отнесены больные наркоманией с расстройствами личности. Третью определили лица, страдающие опиоидной наркоманией, в преморбиде у которых обнаруживались органические расстройства личности, четвертую группу составили больные опиоидной наркоманией без преморбидных психических расстройств (табл. 2).

В соответствии с выделенными нами группами преморбидных психических расстройств были установлены этапы эпизодического употребления психоактивных ве-

ществ у больных опиоидной наркоманией, критерием эпизодического употребления стал возраст начала их приема (табл. 3).

Наиболее раннее употребление ПАВ (13–14 лет) отмечено во 2-й и 3-й группах, т.е. при расстройстве личности и органических расстройствах в преморбиде, что составило 20,5% от 112 человек, т.е. каждый пятый больной опиоидной наркоманией начал употреблять ПАВ в 13–14 лет (см. рис. 1). Различия достоверно ($p < 0,05$).

Давность заболевания опиоидной наркоманией колебалась в пределах от 1 года до 10 лет.

Были исследованы основные клинические проявления опийной наркомании, степень выраженности патологического влечения к наркотику, картина опьянения, повышение толерантности, постинтоксикационные нарушения, признаки тяжести абстинентного синдрома.

Таблица 2

Преморбидные расстройства больных опиоидной наркоманией

Номер группы	Психогенные расстройства		Расстройства личности		Органические расстройства		Без преморбидных расстройств	
	количество		количество		количество		количество	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	32	35,8	—	—	—	—	—	—
II	—	—	28	31,4	—	—	—	—
III	—	—	—	—	27	30,2	—	—
IV	—	—	—	—	—	—	25	28,0

Таблица 3

Этапы эпизодического употребления психоактивных веществ

Возраст	1 группа		2 группа		3 группа		4 группа	
	количество		количество		количество		количество	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
13–14	8	25,0	12	42,8	11	40,7	5	20,0
15–16	11	34,4	8	28,6	9	33,3	8	32,0
17–18	13	40,6	8	28,6	7	25,9	12	48,0
Всего:	32	100,0	28	100,0	27	100,0	25	100,0

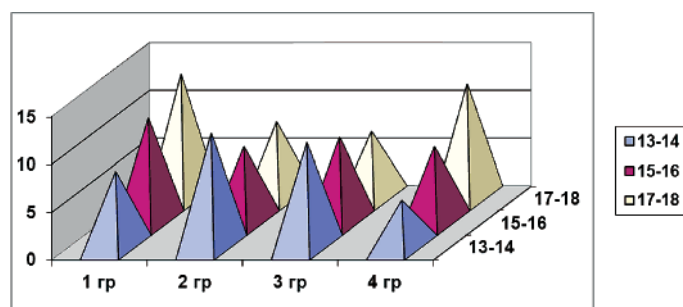


Рис. 1. Эпизодическое употребление психоактивных веществ в разных группах наблюдения

Таблица 4

Длительность течения наркомании

Номер группы	От 6 мес. до 1 года		От 1 года до 2-х лет		От 2-х до 5 лет		Свыше 5 лет	
	количество		количество		количество		количество	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	7	26,9	12	35,3	8	21,6	5	33,3
II	8	30,8	7	20,6	10	27,1	3	20,0
III	8	30,8	10	29,4	7	18,9	2	13,4
IV	3	11,5	5	14,7	12	32,4	5	33,3
Всего:	26	100,0	34	100,0	37	100,0	15	100,0

В когорте изученных 112 больных установлены основные маркеры социальных показателей при опиоидной наркомании (уровень образования, социального положения, материального статуса, положения в семье и типа воспитания, конфликтообразующие и другие стрессовые события).

В данном исследовании нами использовались кроме описанного выше клинико-психопатологического метода разработанная нами карта обследования по качеству жизни «КЖ».

Результаты наших исследований позволили установить ряд возникающих взаимовлияний между факторами риска и изменений качества жизни, больных опиоидной наркоманией.

Результаты характеристики качества жизни у больных опиоидной наркоманией в зависимости от типа преморбидных расстройств психической деятельности позволяют зарегистрировать, несомненно, существующие изменения, которые сви-

детельствуют об ухудшении «КЖ», значительность которого связана как с типом имеющихся преморбидных нарушений, так и с тяжестью их.

По сферам «КЖ» разделилось следующие показатели (рис. 2).

В группе 1 (рис. 2) с преморбидными психогенными расстройствами при становлении опиоидной наркомании нарушения в характеристике «КЖ» преимущественно захватывала сферы «Социальные отношения» и «Окружающая среда». Наиболее дефектными были показатели индикаторов в субсфере «Личные отношения», где вместо чувств дружелюбия, любви и поддержки ведущими становились суждения о неприязни близкими, непонимания со стороны прежних приятелей и сослуживцев. Неадекватно переживались индивидом обязательства перед людьми, они имели однозначно эгоистическую окраску «все им должны». Реальная деятельность касалась стремления к сотрудничеству только в аспекте приобретения наркотиков либо материальных средств для обеспечения этого. Немалое

место занимает стремление к закрытости своего поведения, лживости, демонстрации лояльности. В то же время прослеживаются отказные устремления при необходимости разделить моменты горя или радости с теми, кого они любят (любили), указывают на перегруженность эмоциями. Субсфера «Практическая социальная поддержка» сдвинута в сторону снижения полноты поддержки индивида и переоценки своей поддержки других. Очень низкие показатели определяются выражениями «в основном не рассчитываю на своих друзей в случае нужды в них». Положение в своей семье преимущественно описывается в негативных красках, винят часто родителей, особенно отца. В тоже время в кризисной ситуации он стремится все проблемы решить через семью, или обвинить семью, применяя при этом словесные оскорбления или физические насилия чаще к матери. Субсфера «Сексуальная активность» расстраивается как в побуждении к сексу и желания секса у индивидуума, а также в степени полового удовлетворения и удовольствия.

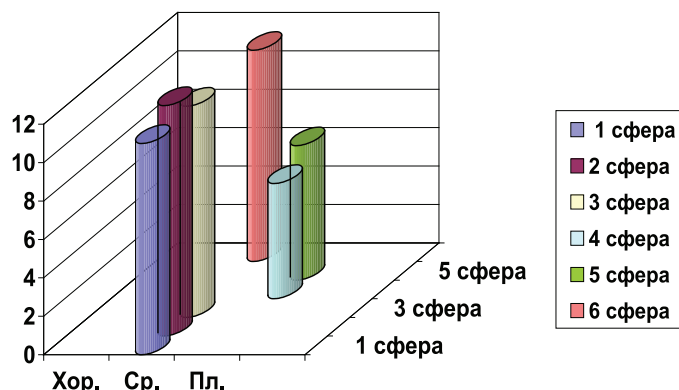


Рис. 2. Качество жизни в зависимости от психогенных расстройств

В группе 2 (рис. 3) с преморбидными расстройствами личностными при общем снижении КЖ наиболее пораженными ока-

зались сферы 4 «Социальные отношения», сфера 5 «Окружающая среда», 6 «Духовная среда».

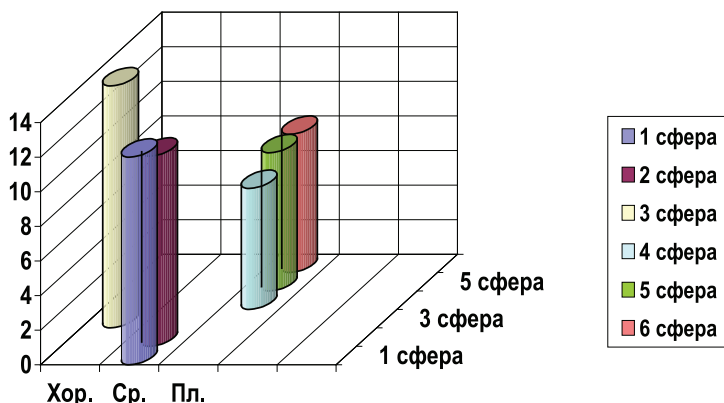


Рис. 3. Качество жизни в зависимости от расстройств личности

В сфере «Социальные отношения» отчетливой девиации подвергались личностные отношения в стороны огрубления, снижения моральных ограничений, извращение в понимании взаимодействия и реальной деятельности. Снижалось ожидание готовности помощи семьи, друзей, мотивировки обязательности поведения в поддержку других и нарастание негативной оценки роли в семье.

Сфера 5 – «Окружающая среда» подвергается диффузной измененности по всем имеющимся субсферам. Угроза свободе, безопасности и защищенности идет от большинства источников и достигает уровня таких суждений, которые приходится дифференцировать от доминирующих и сверхценных идей. Защищенность заметно снижается даже у индивидов, имеющих возможность жить без каких-либо ограничений. Оценка качества жизни становится несравнимой с существовавшими прежде оценками качества дома. Возможность для интимности игнорируются, наличие удобств, конструкции здания уходят на второстепенное место. Субсфера «Финансовые ресурсы» приобретает явно не отвечающие

нормы понятий о направлении их на потребности духовного, общефизического благополучия или достатка. Игнорируются все потребности, кроме стремления заполучить наркотик. Оценка медицинской и социальной помощи рассматривается только с точки зрения углубления наркотического эффекта другими лекарственными препаратами, либо в аспекте купирования абстинентных состояний.

В «Духовной сфере» вносятся существенные изменения в личные убеждения, смысл жизни, смена на криминальные способы противостоять трудностям, явно атиосоциальное понимание жизненных проблем.

Лица, страдающие опиоидной наркоманией, определили **3-ю группу**, в преморбиде которых обнаруживались органические психические расстройства (рис. 4). Качество жизни нарушалось по функциональным отклонениям в наибольшей степени соответствующим самой структуре опиоидной наркомании. Самые низкие показатели относятся к сфере 2 «Психологическая сфера», 4 «Социальные отношения», 5 «Окружающая среда».

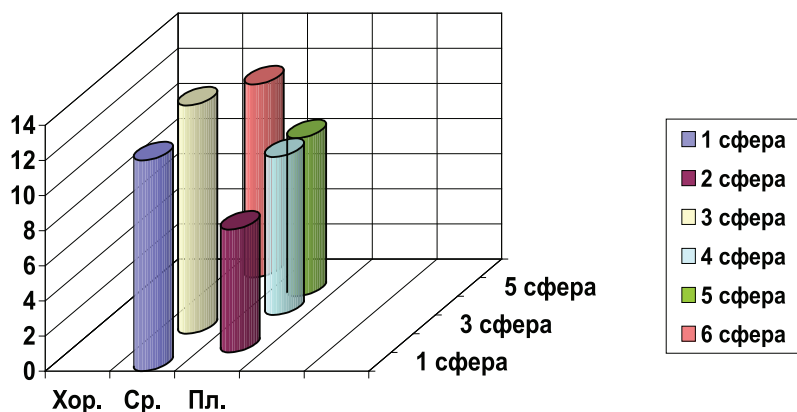


Рис. 4. Качество жизни в зависимости от органических расстройств

Изменения во 2 «Психологической сфере» во многом определяются сочетанным воздействием опиоидной интоксикации и органических расстройств, поэтому наиболее заметные отклонения обнаруживаются в субсферах «Познавательные функции», «Самооценка», «Отрицательные эмоции». Мнение индивида о собственном мышлении невысокое, часто с оправдательными ссылками на плохое запоминание, нежелании и нередко невозможности усваивать новое. Словесная характеристика в ответах выражалась в том, что «относительно плохо могу концентрировать своё внимание», «способностью усваивать новое в основном не удовлетворен», испытывают трудности в принятии им решения. Оценка самооцен-

ности чаще всего получали ответ «средне», а уверенность в себе, как правило, была невеликой с нередким заявлением: «Совсем нет». Телесная самооценка нередко достигает жалоб на свои недостатки, желание как-то изменить свои мышцы или безразличия в оценке своего физического состояния. Субсфера «Отрицательные эмоции» отражает малую обеспокоенность своим самочувствием, и при этом чувства печали и депрессии «относительно слабо» влияют на их повседневную деятельность при субъективной оценке предлагаемых вопросов. В сфере «Социальные отношения» снижение «КЖ» во многом совпадают с теми характеристиками, которые уже описаны в предыдущих группах, но здесь есть свои

оттенки. В частности оценка чувства одиночества в жизни отмечается ответами: «Относительно сильно» и «Предельно сильно». Более глубокие нарушения отмечались в кругу личных отношений с рейтингом: «В основном не удовлетворен».

Сфера 5 «Окружающая среда» «КЖ» приближается к тем характеристикам, которые свойственны в значительной мере 1 группе больных. Условиями пребывания в своем доме чаще встречались ответы: «В основном не удовлетворен». Эта группа больных отмечала большую заброшенность, неряшливость. Финансовые ресурсы оценивались во многом близко ко всем группам, но степень удовлетворительности тем материальным

обеспечением была наиболее высокой. В то же время потребность в медицинской и социальной помощи определялась более высокой с тенденциями повышенной внушаемости и зависимости от окружающих.

Больные опиоидной наркоманией без преморбидных расстройств **составили 4-ую группу**. Поврежденное «КЖ» обнаружено в наименьшем числе сфер, но, тем не менее, оно было явно измененным и приближалось к остальным группам. Обращает на себя внимание то, что здесь наибольшие изменения развились в сфере 3 «Уровень независимости», а также в сфере 6 «Духовная сфера». Рейтинговые показатели представлены на рис. 5.

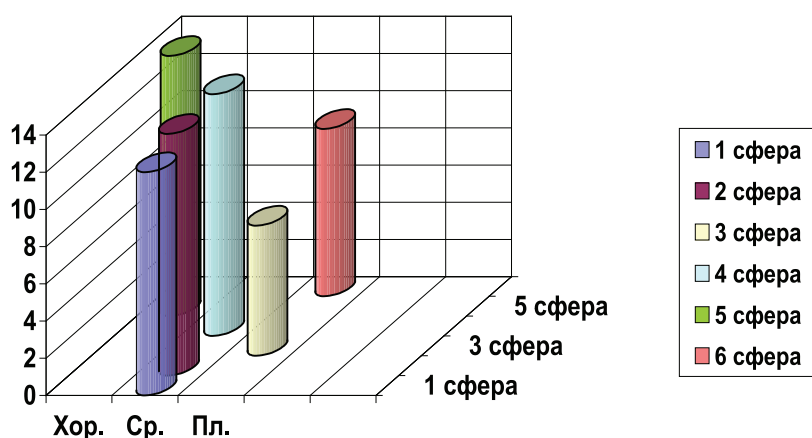


Рис. 5. Качество жизни без преморбидных нарушений

Нарушение «КЖ» в сфере 3 «Уровень независимости» начинаются с отчетливых затруднений в субсфере «Подвижность», которые выражаются в затруднениях передвижений во дворе дома, связанные со стремлением укрыться от посторонних взглядов и оценок, иногда это перерастает и на пределы своей квартиры. В связи с этим возникают вторичные ответы на эти изменения «КЖ» выражающиеся в том, что трудности передвижения «досаждают» им. Продолжением этих отклонений появляются трудности в выполнении повседневных дел.

Использование лекарств для нормального функционирования в повседневной жизни было высоким, и имелись прямопропорциональные зависимости от качества жизни. Существенные изменения происходили в субсфере «Способность к работе». Здесь та важная деятельность, которой больной занимался «основное занятие» подвергается девальвации. Это распространяется и на добровольную работу, заботу о доме, оплачиваемую деятельность. Характеристика возможности работать падает от пределов «когда как» до «совсем не могу», но при этом сохраняют оценку «способны

выполнять свои обязанности». Падает общий показатель удовлетворенности в работе, находят различные косвенные оговорки и попытки психологически понятного объяснения затруднений в трудовой деятельности.

Заключение

Таким образом, по всем приведенным параметрам выявлена зависимость, выражающаяся в том, что существующие факторы риска формирования опиоидной наркомании, находятся в прямой связи с, несомненно, развивающимися нарушениями в качестве жизни пациентов. Вид действующего фактора и его тяжести влияют на структуру изменений в «КЖ». Тем не менее, прослеживается единая закономерность, выражающаяся в том, что становление наркомании можно считать состоявшимся только тогда, когда произошел факт деструктивного изменения «КЖ», хотя внутренняя инфраструктура пораженных функциональных сфер различна и это различие связано с типом провоцирующего фактора. Поэтому полученные данные о том, что изменение «КЖ» знаменует собой состоявшееся фор-

мирование опиоидной наркомании, позволяет внести изменения в существующую парадигму понятий последовательности критично-следственных обращений возникновения наркотической зависимости. Качество жизни играет роль маркера, развивающейся зависимости фиксируя факт перехода патологических состояний, предшествующих наркомании в развившуюся картину зависимости со всеми характеристиками наркомании, как прогрессирующего психического заболевания. Пока не происходят изменения «КЖ», индивид сохраняет свои адаптационные возможности и компенсирует те патологические отклонения в состоянии здоровья, которые связаны с возможными последствиями наследственной несостоятельности, преморбидными состояниями до развития зависимости и даже последствия эпизодического употребления психоактивных веществ.

Последовательно, изучение структуры изменения «КЖ» у больных опиоидной наркомании диктует необходимость формулировки новой парадигмы диагностики наркомании. Сущность новой дефиниции

должна содержать структуру не только клиничко-психопатологического диагностического критерия, но и социальную характеристику статуса, где уровень нарушения «КЖ» является одним из определяющих маркеров. Подводя итог, можно сделать вывод, что фактором риска развития героиновой наркомании компенсируются до того периода, пока не происходит «надлом» в качестве жизни индивида, после которого «лавинообразное» нарушение качества жизни становится индикатором перехода зависимости в состояние болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Врублевский А.Г., Рохлина М.Л., Власова И.Б., Петракова Л.Б., Чуркина Н.Б. Медико-социальный прогноз некоторых форм наркомании // Вопросы наркологии. – 1988. – № 3. – С. 38–42.
2. Пятницкая И.Н. Наркомания как социальная и общемедицинская проблема // Российский медицинский журнал. – 1996. – № 4. – С. 5–10.
3. Рохлина М.Л., Врублевский А.Г. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания // Вопросы наркологии. – 1990. – № 1. – С. 34.
4. Johnson S., Leonard K.E., Jacob T. // J. Stud. Alcohol. – 1989. – Vol. 50, № 5. – P. 427–431.