

СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗАВИСИМИ КЪМ ХЕРОИН ПАЦИЕНТИ, ЛЕКУВАНИ В ОТДЕЛЕНИЕ ЗА ЗАВИСИМОСТИ

Хр. Кожухаров

Key words: social-demographic characteristics, trends, profile of a heroin-addicted patient

Наркотиците са едно от най-големите предизвикателства, които наследихме от ХХ век. Всъщност пристрастяването към вещества със силно въздействие върху човешката психика изглежда е старо колкото писаната ни история: шумерите споменават за опиума 3000 пр.н.е.

Мащабът на злоупотребата с хероин в България ни изведе на едно от първите места в Европа. В същото време се оказва, че държавата и обществото ни не са подготвени за това, което се случва. Като цяло липсваше необходимият ресурс за противопоставяне на явлениято. Европейският център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите публикува следните приблизителни оценки за употреба на опиати в Европа за 2007 година:

Проблемна употреба на опиати: между един и осем случая на 1000 души от възрастното население (на възраст 15-64 години).

Сборната оценка за броя на проблемно употребяващите хероин в България е между 20 000 и 30 000 (1).

За Варна броят на търсещите болнично лечение за зависимост към хероин нараства през годините: за 2005 г. са лекувани 280 пациенти, за 2006г. - 300 и за 2007г. - 340.

Проучването обхваща 342 пациента, лекувани стационарно за хероинова зависимост в отделението за зависимо-

МБАЛ "Св. Марина", ул. Хр. Смирненски 1,
Психиатрична клиника

Social-demographic Characteristics of Heroin addicted Patients, treated at the Drug-addiction Ward

Hr. Kojuharov

The present study is a part of a great scale investigation on 342 heroin addicted patients, treated as in-patients against heroin addiction at University Hospital. The following social-demographic characteristics of the heroin-addicted patients have been studied as well: age, sex, national military service, household of family model (with whom he/she lives), length of service and education. The aim of the study was to establish what does the general profile of a heroin-addicted patient, who seeks in-patient treatment, look like and to come to conclusions on some emerging trends in seeking treatment in the period 2003-2007. It was found out a doubling in the percentage of women seeking treatment; a sharp drop in the number of treated Gypsies, in-patient treated students and newly appeared heroin-addicted heroin-addicted individuals.

сти към втора психиатрична фигура на МБАЛ "Св. Марина" - Варна. Проследен е период от 24 месеца, през който 342 пациента са имали 1 хоспитализация, а 81 пациента - 2 хоспитализации. Изследвани са следните социо-демографски характеристики на зависимите към хероин пациенти: възраст, пол, военна служба, модел на домакинството (с кого живее), трудов статус и образование.

Средната възраст на изследваните пациенти е 23,4 години. Хероинова-

Табл.1. Разпределение на зависимите към хероин по възраст

Възраст	Брой	%	Кумулативен %
16-20 год.	77	22,5	22,5
21-25 год.	189	55,3	77,8
26-30 год.	54	15,8	93,6
над 31 год.	21	6,1	99,7
Няма данни	1	,3	100,0
Общо	342	100,0	

та наркомания в България засега основно ранната възраст - може да се характеризира като болест на младите хора. С най-голям относителен дял от потърсилите лечение за 2004-2005г. е възрастовата граница 21-25год. (табл. 1). При сравнение на тези данни с данните от градския годишен доклад по тенденции за злоупотреба с наркотици във Варна 2002-2003г. установяваме, че през този период с най-голям дял в лечението са били пациентите с възрастова граница 19-22 години, а средната възраст на лекуваните лица е била 21 години за 2002 г.и 22,9 години за 2003г. За 2007г. средната възраст на лекуваните пациенти в отделението за зависимости е била 26 години.

ното вещество е само 7 месеца по - висока от средната възраст при първа употреба на някакъв наркотик. Това показва, че при тези пациенти или хероина е бил първото вещество, което са започнали да употребяват или е имало много кратък период на предхождаща употреба на друго вещество (най-често марихуана). Може да направим извода, че много бързо след период на опитване с някакво наркотично вещество се преминава към хероин. Това е рисков фактор, тъй като без да имат опит с леки дроги се започва направо с хероин - към който бързо се появява пристрастяване, повишава се толеранса, минава се на инжекционен прием, може да се стигне до състояния на усложнена абстиненция или свръхдоза,

Табл. 2. Разпределение на зависимите по възраст при първа употреба на основното вещество (хероин).

Възраст при първа употреба на хероин	Брой	%	Кумулативен %
12-15 год	79	23,1	23,1
16-19 год	158	46,2	69,3
20-23 год	76	22,2	91,5
над 23 год	29	8,5	100,0
Общо	342	100,0	

Средната възраст при първа употреба на хероин е 18,31 години. Близко 70% от пациентите са употребявали за първи път основно проблемно вещество (хероин) преди навършване на 19 години (табл. 2). Средната възраст при първата употреба на основ-

да се използват общи игли и спринцовки и да се зарази с HIV или хепатит (4).

От започване на употребата на основното проблемно вещество (хероин) са изминали 5 години, а от началото на редовната употреба – по-малко от 4 годи-

ни, което показва, че редовната употреба на хероин е започнало след много кратък период на експериментиране.

Табл. 3. Разпределение на зависимите към хероин според инжектиране на наркотик

Пол	Брой	%
Мъж	297	86.8
Жена	45	13.2
Общо	342	100.0

Разпределението на лекуваните пациенти по пол в съотношение 6:1 мъже спрямо жени съответства на съотношението регистрирано през последните 5 години в годишните доклади по проблемите свързани с наркотиците и на наркоманите в България (табл.3) (2). Важно е да се отбележат някои особености при протичането на зависимостта при жените в сравнение с мъжете, които оказват влияние и на успешността на лечението. Между двата пола съществуват социокултурни и психодинамични разлики. Бременността и раждането изискват различни стратегии за превенция и лечение (5,6).

Момчетата се възпитават различно от момчетата. Докато жените се възпитават в развитие на послушание, подчиненост, способност за жертване и нагаждане, то при мъжете се поощряват самостоятелност, автономия и развитие на различни активности (3). Всичко това има отражение върху различното развитие и протичане на зависимостта при двата пола.

Нашият опит показва, че много често жените са принуждавани или подведени от мъжете към употреба на психоактивни вещества. Моментите на насилие и травмиране предхождат или придружават зависимостта при жените. Характерно за зависимите жени е развитието на зависими взаимоотношения във връзките, които имат. Разбира се зависимите жени са не само жертви, често те биват и насилници и затова ролята на терапевта трябва да е насочена към преодо-

ляване на тези зависими взаимоотношения, свързани с насилие.

Фактът, че жените наркомани търсят по-рядко стационарно лечение от мъжете, може да е свързан и с обстоятелството, че в смесените отделения за зависими, където те се лекуват преобладават мъжете и условията са нагодени повече към изискванията на мъжкия пол.

Динамиката във взаимоотношенията в отделение, където мъжете са много повече е свързана със специфично преразпределение на властта в ръцете на мъжете. Това дава отражение върху по-пасивната и подчинена роля, която приемат жените по време на лечението.

Прави впечатление, че в рамките на 5 години процентът на жените, търсещи лечение е нараснал от 10% на близо 20%, а съотношението мъже/жени се е променило от 9:1 на 5:1.

Бихме могли да разсъждаваме в две посоки – едната, по-малко вероятната е, че е нараснал процентът на жените, употребяващи хероин. Другата насока е, че е нараснал броят на жените, които търсят лечение. Като евентуална причина за първата хипотеза е увеличеният брой жени, които имат мъжки тип поведение, приемат мъжката роля в живота, като употребата на дрога е част от изявата на “мъжкото” в тях. Докато при втората хипотеза причините могат да се търсят в по-голямата свързаност в семейството и по-големия натиск, който то може да окаже върху жената да потърси лечение, относително високите дози, които са достигнали и по-големият страх, който имат как ще се справят с кризите в дома или при амбулаторно лечение; по-изразените трудности да си набавят пари за дрога, по-изразената непристижност за една жена или семейството и да признае, че е наркоман и оттам запазването в тайна и отлагането на лечението във времето.

За 1/3 от всички пациенти има данни, че не са отслужили военна служба. Това може да бъде обяснено от една страна с по-ниската възраст на пациентите и с

факта, че тези от тях за които е известно, че употребяват хероин биват отложени от казарма. По време на провеждане на проучването военната служба бе задължителна в България, а наркоманите не ходят в казарма, и тъй като в по-големия си процент са мъже това дава отражение върху националната сигурност (12).

Разглеждайки субгрупата на отслужилите зависими мъже установяваме, че най-голям процент от тях са започнали да вземат хероин след казарма, а най-малък процент по време на казарма (табл. 4).

Табл. 4. Начало на хероиновата употреба спрямо отбиването на военна служба

Кога започва с наркотика	Брой	%
Преди казарма	33	9.6
По време на казарма	9	2.6
След казарма	47	13.7
Неотслужил мъж	120	35.1
Неприложимо (жена)	43	12.6
Няма данни	90	26.3
Общо	342	100.0

Нашата допълнително събрана информация потвърждава, че не само най-рядко пациентите започват приема на хероин по време на казарма, а и че тези, които вече са започнали да вземат, преустановяват приема по време на отбиване на военната служба.

Най-близките хора, с които пациента живее, могат да му окажат важна подкрепа за справяне със зависимостта. Много често въпреки, че живеят с двама родители, пациентите не получават адекватна помощ от тях, тъй като самите родители са стресирани от факта, че детето им е наркоман - изпитват силна вина и разочарование, имат чувство че не са се справили като родители и не могат пълноценно са подкрепят детето

си. Самите родители много често се нуждаят от подкрепа - психологична, а понякога и медикаментозно лечение (9,11). Във времето когато функционираше родителската група за близки на зависими пациенти преди постъпване в отделението ставаше видно колко безпомощни и деструктивни са родителите, колко лесно остават да бъдат манипулирани от наркоманите. Получава се едно разменяне на ролите родител – дете, като детето – наркоман налага своите изисквания, определя правилата и по този начин поддържа зависимостта, а родителите остават в ролята на съ-зависими и се образува една патологична система. От една страна единствено количественото наличие на близкото обкръжение не е достатъчно. Много по-важен е не броят им, а какъв персонален контакт имат с пациента. В извадката прави впечатление, че 1/3 от зависимите живеят сами или с 1 родител (табл. 5).

Табл.5. Разпределение на зависимите към хероин според това с кого живее

С кого живее	Брой	%
Сам	19	5.6
С един родител	78	22.8
С други роднини	16	4.7
С партньор/съпруга	11	3.2
Със съпруга и дете	26	7.6
С двама родители	192	56.1
Общо	342	100.0

Прави впечатление, че $\frac{3}{4}$ от изследваните пациенти са безработни. Много нисък е и броят на учащите, особено имайки предвид възрастта на зависимите при лечението (табл. 6). Тези резултати потвърждават литературните данни за негативното влияние на наркоманията върху трудовия статус на зависимите (7).

Според годишния доклад на европейския център за мониторинг на наркотиците и наркоманиите за 2008г. употребяващите наркотици, които са на ле-

Табл. 6. Разпределение на зависимите към хероин според трудов статус през последни 12 месеца

Трудов статус	Брой	%
Безработен	258	75.4
Непостоянна заетост	23	6.7
Ученик	14	4.1
Студент	15	4.4
Постоянна заетост	32	9.4
Общо	342	100.0

чение често съобщават за високи равнища на безработица (1). Процентът на пациентите на лечение за употреба на наркотици, които са безработни е по-висок сред пациентите на стационарно лечение отколкото сред тези на амбулаторно лечение като един на всеки двама пациенти, постъпващи на лечение е безработен. Този проблем обикновено е по-разпространен сред специфични групи, употребяващи наркотици, по-специално жени, лица употребяващи хероин и крех, тези принадлежащи към етнически малцинства, и тези със съпътстващи психични разстройства (9,10). От изключително важно значение е да се започнат дейности за социална реинтеграция на пациента още по време на болничното лечение чрез изграждане на капацитет, подобряване на социални умения и мерки за улесняване на заетостта. На практика услугите за реинтеграция могат да предложат професионални консултации и намиране на работа на зависимите пациенти.

Разглеждайки данните за динамиката на явлението за 5-годишен период (2003-2007г.) става ясно, че в края на периода на практика липсват учащи се – ученици или студенти, докато в началото на периода близо всеки 10ти е учил или следвал редовно. При само 4 пациенти под 20 години и при средна възраст за 2007г. – 26 години и по този показател можем да направим извода за покачването на възрастта на наркоманите в България. За тези 5 годи-

ни е нараснал броят на работещите, както с постоянна работа, така и с непостоянна трудова заетост. Това е положително развитие и показва също така и промяната

Табл. 7. Разпределение на зависимите към хероин според завършеното образование

Завършено образование	Брой	%
Не е посещавал училище	8	2.3
Няма завършено основно образование	19	5.6
Основно	105	30.7
Средно	176	51.5
По-високо от средно	5	1.5
В момента учи/следва	29	8.5
Общо	342	100.0

на обществото към зависимите пациенти, готовността на работодателите да ги наемат – знак за толерантност. От друга страна, проблемите на зависимостта започват да засягат вече и икономически активното население с всичките последици от това.

Данните за завършено образование корелират с тези за трудовия статус. Много висок е дела на тези, които са с основно образование - близо 1/3, въпреки че при тях възрастта е над 18 години. 8% от пациентите или никога не са посещавали училище или нямат завършено основно образование като това са основно лица от ромски произход (12).

Изводи:

1. Можем да направим извода, че средната възраст на лекуваните се е увеличила с 5 години при проследяване на петгодишен период. Това е станало за сметка на намаляване на лицата под 20 години, които от 44% през 2002г. са спаднали на 22,6% през 2004-2005г. Наблюдава се сравнител-

но рязко покачване на средната възраст на наркоманите.

2. Пациентите търсят болнично лечение сравнително късно, след около 2 години от началото на употребата на героин. Това става обикновено под натиск от близкото обкръжение, които на този етап разбират, че техния близък е станал зависим. Заболяването е придобило вече хроничен ход и по-трудно се повлиява от лечение. Много е важно превантивната работа да доведе до подобряване на контакта на семейството с децата, то да може на по-ранен етап от развитието на зависимостта да забележи промяна в поведението на подрастващите и да ги насочи към лечение, тогава и терапията ще е по-успешна.
3. Проследявайки разпределението по пол при лекуваните пациенти в клиниката за периода 2003-2007г. установяваме, че се запазва тенденцията при търсене на болнично лечение за отчетлива разлика в съотношението мъже:жени в полза на мъжете. Прави впечатление обаче, че в рамките на 5 години процентът на жените, търсещи лечение е нараснал от 10% на близо 20%, а съотношението мъже/жени се е променило от 9:1 на 5:1.
4. Може да се допусне, че ограничаването на свободата играе ролята на възпиращ фактор за употреба на наркотици. Опитът, който имат пациентите от пребиваване в казармата, им помага по-лесно да се приспособят към изолацията (затворените рамки) и твърдите правила в отделението.
5. Често срещано явление при зависимите пациенти е да израстват в непълно семейство с липсващ родител: при 8% - починал; при 7% -разделени, а родителите са без развод; при 15% - разведени родители; при 4% - единият родител работи в чужбина - (Испания, Гърция). В тези случаи единственият родител трябва да

изпълнява различни роли в семейството, което не винаги му се отдава. Крайният резултат е липса на контакт и предимно формална връзка с пациента (детето).

6. Има пряка корелация между началото на наркоманната кариера, която е в близо 70% преди 19 години и по-ниското ниво на завършено образование.

Отново както и при трудовия статус можем да направим извода за ролята на наркоманното поведение за загуба на интереси и мотивация и прекъсване на образованието на ранен етап.

References:

1. *Европейски Център за Мониторинг на Наркотиците и Наркоманиите, Годишен Доклад 2007; 13-14, 35-36.*
2. *Национален Съвет по Наркотични Вещества, Годишен доклад по проблемите, свързани с наркотиците и наркоманиите в България 2006, 7-9, 63-66.*
3. *Craig, R. J. Can personality tests predict treatment dropouts? The International Journal of the Addictions 1984; 19: 665-674.*
4. *De Leon, G. Therapeutic Communities. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), The American psychiatric press textbook of substance abuse treatment 1994 (pp. 391-414). Washington: American Psychiatric Press.*
5. *French, M.T. Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP): Program Version. 8th ed. Miami, FL 2003. University of Miami.*
6. *Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T: The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction. 2003;98:291.*
7. *Hiller, M. L., Knight, K., Devereux, J. und Hathcoat, M. Post-treatment outcomes for substance abusing probationers mandated to residential*

- treatment. Journal of Psychoactive Drugs* 1996; 28 (3): 291–296.
8. Jaffe JH, Anthony JC. *Substance-related disorders: introduction and overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Vol. 1. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:1137.*
 9. Kakko J, Svanborg KD, Kreek MJ, Heilig M: *1-Year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: A randomized, placebo-controlled trial. Lancet.* 2003; 361:662.
 10. Loxterkamp D. *Helping: Our role in recovery from opioid dependence. Annals of Family Medicine.* 2006; 4: 171.
 11. Mark, T.L., Dilonardo, J.D., Chalk, M., and Coffey, R.M. *Factors associated with the receipt of treatment following detoxification. Journal of Substance Abuse Treatment* 2003; 24(4): 299–304.
 12. Popov, G., Konstantinov, Y., *Etnographies of heroin addiction in a Roma community. The Roma in Varna. In: Missing Pages - nine studies emerging drug problems. New York* 2001; 216-236

Адрес за кореспонденция:

Д-р Христо Кожухаров,
 Втора психиатрична клиника,
 отделение за зависимости
 МБАЛ "Св.Марина"
 ул. "Хр.Смирненски" 1, Варна, 9010
 E-mail: christokojuharov@abv.bg