

*Д. М. Корошніченко*

Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

## ДИНАМІКА ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ЗАЛЕЖНИХ ВІД ГЕРОЇНУ І У ЗАЛЕЖНИХ ВІД МЕТАДОНУ ПРОТЯГОМ КУРСУ ДЕТОКСИКАЦІЇ

Незважаючи на певне скорочення чисельності осіб, що перебувають на диспансерному обліку з приводу наркоманії [1], залежність від психоактивних речовин і, зокрема, від опіоїдів залишається болючою проблемою сучасного українського суспільства. Досить сказати, що на 01.01.2008 року органами охорони здоров'я України [2] було зареєстровано 81179 хворих на наркоманії (174,71 на 100 тис. населення), з яких 66651 осіб страждають на залежність від опіоїдів (143,44 на 100 тис. населення), тобто на один з найбільш важких її видів. Відповідно до розрахунків фахівців ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» реальна поширеність опіоманії в Україні становить близько 140 тис. хворих [3].

Тривають зміни у структурі популяції хворих на опіоманії. Спостерігається перехід від вживання кустарно виготовлених екстрактів з макової соломки до напівсинтетичних та синтетичних опіоїдів, наприклад до метадону та героїну [4, 5].

Незважаючи на приналежність до однієї фармакологічної групи, психотропна дія окремих опіоїдів характеризується помітною своєрідністю [6, 7], що не може не впливати на спектр психічних та поведінкових розладів внаслідок їхнього вживання. Адекватне урахування структури зазначених розладів під час вибору терапевтичної тактики, як можна очікувати, буде сприяти підвищенню ефективності лікування.

З огляду на сказане вище, за мету цієї роботи було обрано дослідження структури психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання метадону та героїну.

Всього було обстежено 124 особи (чоловіки), залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F 11.2 за МКХ-10), в тому числі 63 особи, що вживали героїн (I група порівняння) і 61 особа, що вживали метадон (II група порівняння). Особи, що вживали героїн, використовували «вуличний» препарат, який містив у собі окрім «цільової» субстанції різні домішки: анальгін, фармацевтичну білу глину, цукрову пудру тощо. Середня добова доза «вуличного» героїну на момент госпіталізації складала  $2,41 \pm 0,12$  г (мін — 1 г, макс — 6 г), типова частота наркотизації складала 1—3 ін'єкції на добу. Точна концентрація субстанції героїну в його «вуличному» препараті не встановлювалася. Особи, що вживали метадон, використовували його офіційний розчин для перорального застосування концентрацією 10 мг в 1 мл. Середня добова доза на момент госпіталізації складала  $9,66 \pm 0,59$  мл 1,0 % розчину метадону гідрохлориду (мін — 3 мл, макс — 25 мл), при типовій частоті наркотизації 1 раз на добу. В усіх обстежених хворих були наявні облігатні ознаки наркотичної залежності: усвідомлений патологічний потяг до опіоїдів; зростання толерантності; сформований синдром відміни; наявність соматичних ускладнень (у компенсованому стані); загострення преморбідних особистісних особливостей; негативні соціальні наслідки зловживання наркотиками. Середній вік на момент обстеження у хворих, залежних від героїну ( $27,81 \pm 0,56$  роки), і у хворих, залежних від метадону ( $26,36 \pm 0,35$  роки), достовірно

не відрізнявся ( $p = 0,53$ ). Середня загальна тривалість захворювання на момент обстеження у хворих, що вживали героїн ( $7,75 \pm 0,44$  роки), і у хворих, що вживали метадон ( $6,60 \pm 0,28$  роки), також вірогідно не відрізнялась ( $p = 0,74$ ). Так само вірогідно не відрізнялися ( $p = 0,96$ ) середні тривалості останнього періоду безперервної наркотизації на момент обстеження у хворих, що вживали героїн ( $2,88 \pm 0,15$  роки), і у хворих, що вживали метадон ( $2,83 \pm 0,13$  роки).

Оцінка стану пацієнтів на початку обстеження і протягом спостереження та лікування здійснювалась тричі: на момент госпіталізації (дослідження № 1); в період максимального розвитку синдрому відміни (дослідження № 2) і в ранньому постабстинентному стані (дослідження № 3). Визначення наявних психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин робилась відповідно до критеріїв міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [8].

Для багатовимірного (соматизація, обесивність — компульсивність, міжособистісна сенситивність, депресія, тривожність, ворожість, фобічна тривожність, паранойяльні тенденції, психотизм) визначення рівня психопатологічної симптоматики використовувався опитувальник Derogatis (Symptom Check List-90 Revised (SCL-90R)) [9, 10] в його адаптованому для країн СНД варіанті [11].

Оброблення одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [12, 13].

Результати досліджень динаміки психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і хворих, залежних від метадону, що були виконані за допомогою опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90R, подані у таблиці 1.

Звертає на себе увагу те, що вже при першому дослідженні (на момент госпіталізації) показники шкал «О — С» (обесивності — компульсивності) і PAR (паранойяльності) у хворих, залежних від метадону, були істотно ( $p_{\lambda} < 0,05$ ) вищими, ніж у хворих, залежних від героїну (в 1,41 рази та 1,51 рази, відповідно).

При другому дослідженні виявилось, що у хворих, залежних від героїну (порівняно з першим дослідженням), вираженість переважної більшості психодіагностичних ознак вірогідно ( $p_{\lambda} < 0,05$ ) зменшилась: соматизації — в 1,40 рази (з  $1,05 \pm 0,06$  бала до  $0,75 \pm 0,05$  бала); міжособистісної сенситивності — в 1,89 рази (з  $0,68 \pm 0,05$  бала до  $0,36 \pm 0,04$  бала); тривожності — в 1,32 рази (з  $0,75 \pm 0,07$  бала до  $0,57 \pm 0,03$  бала); ворожості — в 1,85 рази (з  $0,63 \pm 0,06$  бала до  $0,34 \pm 0,03$  бала) і фобічної тривожності — в 1,86 рази (з  $0,41 \pm 0,06$  бала до  $0,22 \pm 0,06$  бала). При цьому показники, одержані за додатковою шкалою опитувальника Derogatis, зменшились в групі осіб залежних від героїну в 1,46 рази (з  $1,18 \pm 0,08$  бала до  $0,81 \pm 0,06$  бала), а показники індексу GSI — в 1,28 рази (з  $0,78 \pm 0,05$  бала до  $0,61 \pm 0,03$  бала).

Таблиця 1

## Динаміка результатів комплексного психодіагностичного дослідження у хворих, залежних від героїну і у хворих, залежних від метадону, протягом детоксикації

Шкали опитувальника Derogatis	Середні значення <sup>1)</sup> , сирі бали		
	Дослідження № 1	Дослідження № 2	Дослідження № 3
<b>Залежні від героїну</b>			
Шкала SOM (соматизація)	1,05 ± 0,06	0,75 ± 0,05 <sup>2)</sup>	0,80 ± 0,04 <sup>2)</sup>
Шкала O — C (обсесивність — компульсивність)	0,73 ± 0,07	0,69 ± 0,05	0,49 ± 0,04 <sup>2)3)</sup>
Шкала INT (міжособистісна сенситивність)	0,68 ± 0,05	0,36 ± 0,04 <sup>2)</sup>	0,31 ± 0,03 <sup>2)</sup>
Шкала DEP (депресія)	0,84 ± 0,04	0,83 ± 0,03	0,66 ± 0,04 <sup>2)3)</sup>
Шкала ANX (тривожність)	0,75 ± 0,07	0,57 ± 0,03 <sup>2)</sup>	0,62 ± 0,04
Шкала HOS (ворожість)	0,63 ± 0,06	0,34 ± 0,03 <sup>2)</sup>	0,40 ± 0,04 <sup>2)</sup>
Шкала PNOB (фобічна тривожність)	0,41 ± 0,06	0,22 ± 0,06 <sup>2)</sup>	0,04 ± 0,01 <sup>2)3)</sup>
Шкала PAR (паранойяльність)	0,71 ± 0,06	0,57 ± 0,05	0,58 ± 0,05
Шкала PSY (психотизм)	0,69 ± 0,06	0,70 ± 0,05	0,41 ± 0,04 <sup>2)3)</sup>
Шкала ADD (додаткова)	1,18 ± 0,08	0,81 ± 0,06 <sup>2)</sup>	0,86 ± 0,05 <sup>2)</sup>
Індекс GSI (загальна важкість психопатології)	0,78 ± 0,05	0,61 ± 0,03 <sup>2)</sup>	0,54 ± 0,02 <sup>2)</sup>
<b>Залежні від метадону</b>			
Шкала SOM (соматизація)	1,03 ± 0,07	1,30 ± 0,06 <sup>2)4)</sup>	1,26 ± 0,06 <sup>2)4)</sup>
Шкала O — C (обсесивність — компульсивність)	1,03 ± 0,03 <sup>4)</sup>	1,19 ± 0,07 <sup>4)</sup>	1,21 ± 0,08 <sup>4)</sup>
Шкала INT (міжособистісна сенситивність)	0,68 ± 0,08	0,79 ± 0,09 <sup>4)</sup>	0,70 ± 0,09 <sup>4)</sup>
Шкала DEP (депресія)	0,88 ± 0,07	1,28 ± 0,07 <sup>2)4)</sup>	1,16 ± 0,08 <sup>2)4)</sup>
Шкала ANX (тривожність)	0,87 ± 0,07	1,07 ± 0,07 <sup>4)</sup>	1,05 ± 0,08 <sup>4)</sup>
Шкала HOS (ворожість)	0,77 ± 0,08	0,76 ± 0,07 <sup>4)</sup>	0,89 ± 0,08 <sup>4)</sup>
Шкала PNOB (фобічна тривожність)	0,43 ± 0,06	0,23 ± 0,04 <sup>2)</sup>	0,24 ± 0,04 <sup>2)4)</sup>
Шкала PAR (паранойяльність)	1,07 ± 0,11 <sup>4)</sup>	0,83 ± 0,09 <sup>4)</sup>	0,97 ± 0,10 <sup>4)</sup>
Шкала PSY (психотизм)	0,72 ± 0,08	0,85 ± 0,08	0,73 ± 0,07 <sup>4)</sup>
Шкала ADD (додаткова)	1,06 ± 0,09	1,16 ± 0,10 <sup>4)</sup>	1,15 ± 0,09 <sup>4)</sup>
Індекс GSI (загальна важкість психопатології)	0,86 ± 0,06	1,00 ± 0,06 <sup>4)</sup>	0,97 ± 0,06 <sup>4)</sup>

Примітка: <sup>1)</sup> — середні значення подано у форматі « $M \pm m$ »; <sup>2)</sup> — різниця з першим дослідженням за критерієм Колмогорова — Смірнова « $\lambda$ » вірогідна ( $p_\lambda < 0,05$ ); <sup>3)</sup> — різниця з другим дослідженням за критерієм Колмогорова — Смірнова « $\lambda$ » вірогідна ( $p_\lambda < 0,05$ ); <sup>4)</sup> — різниця з хворими, що вживали героїн за критерієм Колмогорова — Смірнова « $\lambda$ » вірогідна ( $p_\lambda < 0,05$ ).

На відміну від цього, у хворих, залежних від метадону, при другому дослідженні (порівняно з першим) спостерігалось або збереження вираженості психодіагностичних ознак, або їхнє вірогідне ( $p_\lambda < 0,05$ ) збільшення: соматизації — в 1,26 рази (з  $1,03 \pm 0,07$  бала до  $1,30 \pm 0,06$  бала) і депресії — в 1,45 рази (з  $0,88 \pm 0,07$  бала до  $1,28 \pm 0,07$  бала). З усіх психодіагностичних показників достовірно зменшився лише рівень фобічної тривожності — в 1,87 рази (з  $0,43 \pm 0,06$  бала до  $0,23 \pm 0,04$  бала).

В результаті при другому дослідженні в групі осіб, залежних від героїну, вираженість майже всіх психодіагностичних ознак, оцінених за допомогою опитувальника Derogatis (за винятком фобічної тривожності), виявилась вірогідно ( $p_\lambda < 0,05$ ) меншою, ніж в групі осіб, залежних від метадону: соматизація — в 1,73 рази ( $0,75 \pm 0,05$  бала проти  $1,30 \pm 0,06$  бала); обсесивність — компульсивність — в 1,72 рази ( $0,69 \pm 0,05$  бала проти  $1,19 \pm 0,07$  бала); міжособистісна сенситивність — в 2,19 рази ( $0,36 \pm 0,04$  проти  $0,79 \pm 0,09$  бала); депресія — в 1,54 рази ( $0,83 \pm 0,03$  проти  $1,28 \pm 0,07$  бала); тривожність — в 1,88 рази ( $0,57 \pm 0,03$  проти  $1,07 \pm 0,07$  бала); ворожість — в 2,24 рази ( $0,34 \pm 0,03$  проти  $0,76 \pm 0,07$  бала); паранойяльність — в 1,46 рази ( $0,57 \pm 0,05$  проти  $0,83 \pm 0,09$  бала); психотизм — в 1,21 рази ( $0,70 \pm 0,05$  проти  $0,85 \pm 0,08$  бала); за додатковою шкалою — в 1,43 рази ( $0,81 \pm 0,06$  проти  $1,16 \pm 0,10$  бала) і за індексом GSI — в 1,64 рази ( $0,61 \pm 0,03$  проти  $1,00 \pm 0,06$  бала).

При третьому дослідженні у хворих, залежних від героїну (у порівнянні з другим дослідженням), додатково і вірогідно ( $p_\lambda < 0,05$ ) зменшилась вираженість таких психодіагностичних ознак як: обсесивність — компульсивність — в 1,40 рази (з  $0,69 \pm 0,05$  бала до  $0,49 \pm 0,04$  бала); депресія — в 1,26 рази (з  $0,83 \pm 0,03$  бала до  $0,66 \pm 0,04$  бала) і психотизм — в 1,71 рази (з  $0,70 \pm 0,05$  бала до  $0,41 \pm 0,04$  бала). Виразність решти психодіагностичних ознак залишилась на рівні другого дослідження (див. табл. 1).

На відміну від цього у хворих, залежних від метадону, при третьому дослідженні (у порівнянні з другим) вираженість всіх психодіагностичних ознак залишилась практично незмінною (статистично значущих різниць виявлено не було).

В результаті при третьому дослідженні в групі осіб, залежних від героїну, вираженість абсолютно всіх психодіагностичних ознак, оцінених за допомогою опитувальника Derogatis виявилась вірогідно ( $p_\lambda < 0,05$ ) меншою, ніж в групі осіб, залежних від метадону: соматизація — в 1,58 рази ( $0,80 \pm 0,04$  проти  $1,26 \pm 0,06$  бала); обсесивність — компульсивність — в 2,47 рази ( $0,49 \pm 0,04$  проти  $1,21 \pm 0,08$  бала); міжособистісна сенситивність — 2,26 рази ( $0,31 \pm 0,03$  проти  $0,70 \pm 0,09$  бала); депресія в 1,76 рази ( $0,66 \pm 0,04$  проти  $1,16 \pm 0,08$  бала); тривожність в 1,69 рази ( $0,62 \pm 0,04$  проти  $1,05 \pm 0,08$  бала); ворожість — в 2,23 рази ( $0,40 \pm 0,04$  проти  $0,89 \pm 0,08$  бала); фобічна тривожність — в 6,00 разів

(0,04 ± 0,01 проти 0,24 ± 0,04 бала); паранойальність — в 1,67 рази (0,58 ± 0,05 проти 0,97 ± 0,10 бала); психотизм — в 1,78 рази (0,41 ± 0,04 проти 0,73 ± 0,07 бала); за додатковою шкалою — в 1,34 рази (0,86 ± 0,05 проти 1,15 ± 0,09 бала) і за індексом GSI — в 1,80 рази (0,54 ± 0,02 проти 0,97 ± 0,06 бала).

Наведені вище спостереження свідчать про те, що редукція психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання метадону протягом детоксикації (за даними психодіагностичного обстеження багатопрофільним опитувальником вираженості психопатологічної

симптоматики SCL-90R) відбувається значно повільніше ніж редукція психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання героїну.

Багатопрофільний опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90R дає можливість оцінити не тільки вираженість наявної психопатології у цілому, а і визначити його її окремі компоненти. Це створює необхідні передумови для дослідження внутрішньої структури психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів, що вивчаються, а також її динаміки протягом лікування (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка кореляційних зв'язків між психодіагностичними ознаками протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і у хворих, залежних від метадону

Шкали Derogatis	Коефіцієнти кореляції між окремими психодіагностичними ознаками, оціненими за відповідними шкалами опитувальника Derogatis																					
	Залежні від героїну											Залежні від метадону										
	SOM	O—C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI	SOM	O—C	INT	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	ADD	GSI
Дослідження № 1																						
SOM	1,00											1,00										
O—C	<b>0,67</b>	1,00										<b>0,58</b>	1,00									
INT	<b>0,54</b>	<b>0,46</b>	1,00									<b>0,74</b>	<b>0,79</b>	1,00								
DEP	<b>0,41</b>	<b>0,36</b>	0,02	1,00								<b>0,93</b>	<b>0,55</b>	<b>0,76</b>	1,00							
ANX	<b>0,72</b>	<b>0,76</b>	<b>0,63</b>	<b>0,48</b>	1,00							<b>0,67</b>	<b>0,64</b>	<b>0,70</b>	<b>0,76</b>	1,00						
HOS	<b>0,55</b>	<b>0,64</b>	<b>0,59</b>	<b>0,54</b>	<b>0,80</b>	1,00						<b>0,70</b>	<b>0,38</b>	<b>0,64</b>	<b>0,63</b>	<b>0,69</b>	1,00					
PHOB	<b>0,62</b>	<b>0,80</b>	<b>0,75</b>	0,28	<b>0,80</b>	<b>0,65</b>	1,00					<b>0,45</b>	<b>0,78</b>	<b>0,74</b>	<b>0,47</b>	<b>0,46</b>	0,16	1,00				
PAR	<b>0,59</b>	<b>0,59</b>	<b>0,37</b>	<b>0,54</b>	<b>0,54</b>	<b>0,51</b>	<b>0,42</b>	1,00				<b>0,89</b>	<b>0,53</b>	<b>0,85</b>	<b>0,86</b>	<b>0,73</b>	<b>0,80</b>	<b>0,49</b>	1,00			
PSY	<b>0,49</b>	<b>0,62</b>	<b>0,52</b>	<b>0,47</b>	<b>0,81</b>	<b>0,85</b>	<b>0,62</b>	<b>0,56</b>	1,00			<b>0,81</b>	<b>0,81</b>	<b>0,86</b>	<b>0,84</b>	<b>0,90</b>	<b>0,63</b>	<b>0,73</b>	<b>0,81</b>	1,00		
ADD	<b>0,59</b>	<b>0,76</b>	<b>0,38</b>	<b>0,49</b>	<b>0,81</b>	<b>0,83</b>	<b>0,68</b>	<b>0,47</b>	<b>0,91</b>	1,00		<b>0,72</b>	<b>0,55</b>	<b>0,43</b>	<b>0,62</b>	<b>0,68</b>	<b>0,56</b>	<b>0,38</b>	<b>0,49</b>	<b>0,75</b>	1,00	
GSI	<b>0,79</b>	<b>0,85</b>	<b>0,65</b>	<b>0,57</b>	<b>0,94</b>	<b>0,87</b>	<b>0,83</b>	<b>0,69</b>	<b>0,86</b>	<b>0,88</b>	1,00	<b>0,91</b>	<b>0,75</b>	<b>0,89</b>	<b>0,91</b>	<b>0,87</b>	<b>0,75</b>	<b>0,64</b>	<b>0,91</b>	<b>0,97</b>	<b>0,74</b>	1,00
Дослідження № 2																						
SOM	1,00											1,00										
O—C	-0,08	1,00										<b>0,62</b>	1,00									
INT	0,01	<b>0,63</b>	1,00									<b>0,76</b>	<b>0,58</b>	1,00								
DEP	-0,09	<b>0,53</b>	<b>0,43</b>	1,00								<b>0,86</b>	<b>0,80</b>	<b>0,80</b>	1,00							
ANX	-0,27	<b>0,54</b>	0,05	<b>0,69</b>	1,00							<b>0,91</b>	<b>0,68</b>	<b>0,89</b>	<b>0,96</b>	1,00						
HOS	0,06	<b>0,63</b>	<b>0,38</b>	0,29	<b>0,41</b>	1,00						<b>0,77</b>	<b>0,55</b>	<b>0,94</b>	<b>0,72</b>	<b>0,84</b>	1,00					
PHOB	-0,22	<b>0,78</b>	<b>0,86</b>	<b>0,65</b>	0,26	<b>0,39</b>	1,00					<b>0,48</b>	<b>0,50</b>	<b>0,64</b>	<b>0,53</b>	<b>0,51</b>	<b>0,56</b>	1,00				
PAR	-0,07	<b>0,48</b>	0,02	0,00	<b>0,44</b>	<b>0,43</b>	0,10	1,00				<b>0,44</b>	<b>0,32</b>	<b>0,63</b>	0,23	<b>0,37</b>	<b>0,72</b>	<b>0,51</b>	1,00			
PSY	<b>-0,35</b>	<b>0,40</b>	<b>0,36</b>	0,22	<b>0,40</b>	-0,09	<b>0,33</b>	0,27	1,00			<b>0,70</b>	<b>0,67</b>	<b>0,84</b>	<b>0,89</b>	<b>0,88</b>	<b>0,71</b>	<b>0,72</b>	0,29	1,00		
ADD	<b>0,48</b>	<b>0,44</b>	<b>0,74</b>	0,00	-0,28	0,29	<b>0,52</b>	0,12	0,05	1,00		<b>0,66</b>	<b>0,70</b>	<b>0,66</b>	<b>0,85</b>	<b>0,75</b>	<b>0,57</b>	<b>0,37</b>	0,04	<b>0,68</b>	1,00	
GSI	0,16	<b>0,89</b>	<b>0,78</b>	<b>0,63</b>	<b>0,50</b>	<b>0,56</b>	<b>0,79</b>	<b>0,42</b>	<b>0,46</b>	<b>0,62</b>	1,00	<b>0,88</b>	<b>0,79</b>	<b>0,93</b>	<b>0,95</b>	<b>0,96</b>	<b>0,88</b>	<b>0,66</b>	<b>0,50</b>	<b>0,90</b>	<b>0,79</b>	1,00
Дослідження № 3																						
SOM	1,00											1,00										
O—C	-0,17	1,00										<b>0,81</b>	1,00									
INT	-0,29	<b>0,83</b>	1,00									<b>0,59</b>	<b>0,76</b>	1,00								
DEP	0,14	<b>0,35</b>	<b>0,43</b>	1,00								<b>0,74</b>	<b>0,76</b>	<b>0,91</b>	1,00							
ANX	<b>0,73</b>	-0,11	-0,01	<b>0,51</b>	1,00							<b>0,86</b>	<b>0,96</b>	<b>0,80</b>	<b>0,80</b>	1,00						
HOS	-0,28	<b>0,69</b>	<b>0,37</b>	-0,01	<b>-0,37</b>	1,00						<b>0,66</b>	<b>0,87</b>	<b>0,84</b>	<b>0,77</b>	<b>0,88</b>	1,00					
PHOB	-0,11	<b>0,73</b>	<b>0,71</b>	<b>0,50</b>	0,29	0,24	1,00					<b>0,42</b>	<b>0,76</b>	<b>0,84</b>	<b>0,65</b>	<b>0,73</b>	<b>0,81</b>	1,00				
PAR	<b>-0,33</b>	<b>0,68</b>	<b>0,87</b>	<b>0,47</b>	-0,02	0,17	<b>0,77</b>	1,00				<b>0,38</b>	<b>0,51</b>	<b>0,82</b>	<b>0,79</b>	<b>0,50</b>	<b>0,61</b>	<b>0,67</b>	1,00			
PSY	-0,14	<b>0,66</b>	<b>0,76</b>	<b>0,61</b>	<b>0,32</b>	0,12	<b>0,97</b>	<b>0,83</b>	1,00			<b>0,48</b>	<b>0,82</b>	<b>0,79</b>	<b>0,62</b>	<b>0,78</b>	<b>0,85</b>	<b>0,96</b>	<b>0,55</b>	1,00		
ADD	-0,11	<b>0,72</b>	<b>0,55</b>	<b>0,39</b>	-0,11	<b>0,72</b>	<b>0,44</b>	<b>0,51</b>	<b>0,42</b>	1,00		<b>0,73</b>	<b>0,75</b>	<b>0,38</b>	<b>0,38</b>	<b>0,80</b>	<b>0,53</b>	<b>0,40</b>	0,09	<b>0,42</b>	1,00	
GSI	0,19	<b>0,77</b>	<b>0,76</b>	<b>0,76</b>	<b>0,46</b>	<b>0,33</b>	<b>0,82</b>	<b>0,72</b>	<b>0,84</b>	<b>0,67</b>	1,00	<b>0,81</b>	<b>0,95</b>	<b>0,91</b>	<b>0,89</b>	<b>0,96</b>	<b>0,91</b>	<b>0,83</b>	<b>0,69</b>	<b>0,84</b>	<b>0,65</b>	1,00

Примітки:

1) — достовірні (як «+», так і «-») коефіцієнти кореляції Спірмена ( $p < 0,05$ ) в таблиці виділено **курсивом**;

2) — достовірні позитивні коефіцієнти кореляції виділено **заливкою сірого кольору**, а негативні — **заливкою чорного кольору** Інші пояснення — в тексті.

Помітно, що вихідна кореляційна структура психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів у хворих, залежних від героїну, і у хворих, залежних від метадону, на момент початку лікування (дослідження № 1) є, у цілому, подібною. Її основною рисою є значна інтеграція всіх оцінених психодіагностичних ознак поміж собою, яка виражена трохи більше серед хворих, залежних від метадону: середні значення модулів коефіцієнтів кореляції Спірмена в діагональних кореляційних матрицях у хворих, залежних від героїну, трохи менше, ніж у хворих, залежних від метадону ( $0,63 \pm 0,02$  одиниці і  $0,70 \pm 0,02$  одиниці, відповідно при  $p < 0,05$ ).

Однак, разом із спільними рисами кореляційних структур психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів на момент початку лікування (дослідження № 1) у хворих, залежних від героїну, та у хворих, залежних від метадону, є і суттєві відмінності. У хворих, залежних від метадону, у порівнянні із хворими, залежними від героїну, достовірно ( $p < 0,05$ ) міцнішими були кореляційні зв'язки: поміж соматизацією, з одного боку, і міжособистісною сенситивністю, паранойяльністю та психотизмом з іншого (значення коефіцієнтів кореляції Спірмена були більше на 37,04 %, 50,85 % і 65,31 % відповідно); поміж обсессивністю — компульсивністю та міжособистісною сенситивністю (на 71,74 %); поміж міжособистісною сенситивністю, з одного боку, і паранойяльністю та психотизмом з іншого (на 129,73 % і 65,38 % відповідно); поміж ворожістю і паранойяльністю (на 56,86 %); а також поміж паранойяльністю та психотизмом (на 44,64 %).

Однак найбільші відмінності в кореляційній структурі психічних та поведінкових розладів поміж групами порівняння спостерігались за ознакою сили зв'язків депресії з іншими психодіагностичними ознаками.

Так у хворих, залежних від метадону, у порівнянні із хворими, залежними від героїну, достовірно ( $p < 0,05$ ) міцнішими були кореляційні зв'язки депресії з: соматизацією (на 126,83 %); обсессивністю — компульсивністю (на 52,78 %); міжособистісною сенситивністю (на 37,00 %); тривожністю (на 58,33 %); паранойяльністю (на 59,26 %); психотизмом (на 78,72 %); показниками додаткової шкали (на 26,53 %) та індексом GSI (на 59,65 %).

Переважання хворих, залежних від метадону, над хворими, залежними від героїну, за показником міцності кореляційних зв'язків поміж депресією та іншими психодіагностичними ознаками дозволяє стверджувати, що на початку лікування саме депресія відіграє провідну, синдромоутворюючу роль серед інших психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання метадону. На висоті синдрому відміни опіоїдів (дослідження № 2) кореляційна структура психічних та поведінкових розладів у групах порівняння зберігала описанні вище риси подібності, однак ступінь інтеграції оцінених психодіагностичних ознак у хворих, залежних від героїну, істотно зменшився порівняно із відповідним рівнем у хворих, залежних від метадону. Середні значення модулів коефіцієнтів кореляції Спірмена в діагональних кореляційних матрицях склали  $0,34 \pm 0,04$  одиниці у хворих, залежних від героїну, і  $0,68 \pm 0,03$  одиниці у хворих, залежних від метадону, відповідно (при  $p < 0,001$ ).

Це, перш за все зумовлено, різким ослабленням у осіб, залежних від героїну, кореляційних зв'язків поміж соматизацією, з одного боку, і рештою психодіагностичних ознак (за винятком психотизму та показників додаткової шкали). Що стосується кореляційного

зв'язку поміж соматизацією і психотизмом, то на висоті розгорнутого синдрому відміни у хворих, залежних від героїну, взагалі відбулась інверсія знака цього показника: с позитивного (при дослідженні № 1) на негативний (дослідження № 2), в той час як у хворих, залежних від метадону, знак відповідного показника і при дослідженні № 2 зберігав своє позитивне значення.

Зазначені відмінності у зв'язках поміж соматизацією і психотизмом у хворих, що належали до різних груп порівняння, зумовлені: з одного боку — випереджальною редукцією соматичних проявів синдрому відміни опіоїдів у хворих, залежних від героїну, відносно хворих, залежних від метадону; а з іншого — випереджальною редукцією зазначених соматичних проявів опійної абстиненції відносно проявів психотизму у хворих, залежних від героїну, і відсутністю такого випередження у хворих, залежних від метадону. В останньому випадку прояви психотизму позитивно корелюють із проявами соматизації.

Наприкінці детоксикації (дослідження № 3) кореляційна структура психічних та поведінкових розладів у групах порівняння залишалась практично тією ж самою, що і на висоті синдрому відміни опіоїдів. Середні значення модулів коефіцієнтів кореляції Спірмена в діагональних кореляційних матрицях склали  $0,42 \pm 0,05$  одиниці у хворих, залежних від героїну, і  $0,71 \pm 0,03$  одиниці у хворих, залежних від метадону, відповідно (при  $p < 0,001$ ). Це спостереження свідчить про якісну подібність психічного статусу в ранньому постабстинентному стані і психічного статусу на висоті синдрому відміни опіоїдів.

Сказане вище добре узгоджується із відомими уявленнями про необхідність тривалого постабстинентного лікування і психокорекції хворих, залежних від опіоїдів, саме внаслідок стійкості і тривалості психічних та поведінкових розладів, що супроводжують процес відмови від наркотиків.

Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків.

1. Редукція психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання метадону протягом детоксикації (за показником загального індексу ваги симптомів (GSI) опитувальника Derogatis: I дослідження —  $0,86 \pm 0,06$  бала, II дослідження —  $1,00 \pm 0,06$  бала і III дослідження —  $0,97 \pm 0,06$  бала) відбувається вірогідно ( $p_\lambda < 0,05$ ): повільніше ніж редукція психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання героїну: I дослідження —  $0,78 \pm 0,05$  бала, II дослідження —  $0,61 \pm 0,03$  бала і III дослідження —  $0,54 \pm 0,02$  бала).

2. У хворих, залежних від метадону (у порівнянні із хворими, залежними від героїну), достовірно ( $p < 0,05$ ) міцніші кореляційні зв'язки депресії з: соматизацією (на 126,83 %), обсессивністю — компульсивністю (на 37,00 %), тривожністю (на 58,33 %), паранойяльністю (на 59,26 %), психотизмом (на 78,72 %), показниками додаткової шкали (на 26,53 %) та індексом GSI (на 59,65 %), що вказує на провідну, синдромоутворюючу роль депресії серед інших психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання метадону.

3. Наприкінці детоксикації кореляційна структура психічних та поведінкових розладів у групах порівняння залишалась практично тією ж самою, що і на висоті синдрому відміни опіоїдів: середні значення модулів коефіцієнтів кореляції Спірмена в діагональних кореляційних матрицях склали  $0,42 \pm 0,05$  одиниці у хворих,

залежних від героїну, і  $0,71 \pm 0,03$  одиниці у хворих, залежних від метадону, відповідно (при  $p < 0,001$ ), що свідчить про якісну подібність психічного статусу в ранньому постабстинентному стані і на висоті синдрому відміни опіоїдів і зумовлює необхідність тривалого постабстинентного лікування і психокорекції хворих, залежних від опіоїдів.

#### Список літератури

1. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та ін. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Аналітичний огляд. Вип. III. — Х., 2006. — 46 с.
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007 рік: Збірник МОЗ. — К., 2008.
3. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та ін. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні: Аналітичний огляд. Вип. II. — Х., 2005. — 32 с.
4. Кузьминов В. Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе. В кн.: Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 159—193.
5. Кузьминов В. Н. и др. Особенности зависимости от опиатов при злоупотреблении трамадолом / В. Н. Кузьминов, И. В. Линский,

А. Г. Назарчук, В. А. Шаповалова, В. В. Шаповалов // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4 (29). — С. 27—28.

6. Минко А. И. Линский И. В. Наркология в вопросах и ответах // Ростов н/Д.: Феникс; Харьков: Торсинг, 2003. — 480 с.

7. Минко А. И. Линский И. В. Наркология: 2-е изд., испр. и доп. — М.: Изд-во ЭКСМО, 2004 — 736 с.

8. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: Изд-во Триада-Х, 2002. — 232 с.

9. Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale — Preliminary report // Psychopharmacology Bulletin. — 1973. — V. 9(1). — P. 13—27.

10. Derogatis L. R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale // Brit. J. Psychiat. — 1976. — V. 128. — P. 280—289.

11. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб.: Питер, 2001. — 272 с.

12. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — К.: Моріон, 2000 — 320 с.

13. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.

*Надійшла до редакції 06.08.2008 р.*

*Д. Н. Корошниченко*

#### **Динамика психических и поведенческих расстройств у зависимых от героина и зависимых от метадона на протяжении курса детоксикации**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)*

Представлена сравнительная характеристика динамики психических и поведенческих расстройств (оцененных при помощи опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 R Derogatis) у зависимых от героина и у зависимых от метадона на протяжении курса детоксикации. Установлено, что редукция психических и поведенческих расстройств вследствие употребления метадона на протяжении детоксикации происходит достоверно медленнее, чем редукция соответствующих расстройств вследствие употребления героина. Показана ведущая роль депрессии среди других психических и поведенческих расстройств вследствие употребления метадона. Установлено качественное сходство психического статуса на высоте синдрома отмены опиоидов и в раннем постабстинентном состоянии, что обуславливает необходимость длительного постабстинентного лечения и психокоррекции больных, зависимых от опиоидов.

*D. N. Koroshnichenko*

#### **Dynamics of mental and behavioral disorders in patients dependent on heroin and patients dependent on methadone during detoxication course**

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)*

The comparative characteristic of dynamics of mental and behavioral disorders (estimated by means of a questionnaire of expressiveness of psychopathological semiology SCL-90 R Derogatis) in patients dependent on heroin and in patients dependent from methadone during of course of detoxication is presented. It is established, that a reduction of mental and behavioral disorders owing to the use methadone during detoxication, there is significantly more slowly, than a reduction of corresponding disorders owing to the heroin use. The leading role of depression, among other mental and behavioral disorders owing to the use methadone is shown. Qualitative similarity of the mental status at height of opiate's withdrawal syndrome and in early postwithdrawal condition that causes necessity of long postwithdrawal treatments and psychocorrections of the patients dependent from opiates is established.