

О. В. Друзь, канд. мед. наук

Головний військово-медичний клінічний центр «Головний військовий клінічний госпіталь» (м. Київ)

НАЯВНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ ЕПІЗОДІВ В АНАМНЕЗІ І ПОТОЧНИЙ АФЕКТИВНИЙ СТАТУС ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ

Мета роботи — визначення впливу наявності депресивних епізодів в анамнезі на поточний афективний статус осіб, залежних від опіоїдів, протягом детоксикації. Методом структурованого інтерв'ю респондентів та їхніх матерів досліджено преморбідний (відносно формування опіоманії) анамнез 270 хворих, залежних від опіоїдів, і 270 осіб без ознак будь-якої залежності на предмет наявності в ньому депресивних епізодів (за критеріями МКХ-10) різних ступенів важкості. Потім за допомогою трьох поширених психометричних інструментів (шкала Hamilton-21, MADRS та HADS) двічі (до й після детоксикації) у хворих, залежних від опіоїдів, і однократно у практично здорових осіб досліджено поточний афективний статус. Доведено, що резистентність афективних розладів депресивного кола, які спостерігаються протягом перебігу синдрому відміни опіоїдів, по відношенню до терапевтичних втручань істотно залежить від афективного стану у преморбіді. Чим більш несприятливим був преморбід, тим більш резистентними є поточні депресивні розлади в структурі синдрому відміни опіоїдів.

Ключові слова: залежність від опіоїдів, анамнез, депресивний епізод, поточний афективний статус

У пацієнтів з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (в тому числі, внаслідок вживання опіоїдів) афективна патологія є облігатною [1—4]. Вона безпосередньо пов'язана зі стрижневою ознакою станів залежності — потягом до об'єкта зловживання [5—10]. Афективні розлади створюють додаткову мотивацію для вживання опіоїдів і, водночас, — є одними з наслідків такого вживання [11—13]. Вони є одним з чинників, що сприяють прогресуванню основного захворювання — хімічної залежності [14—16]. Відомі роботи, результати яких свідчать про наявність спільної генетичного підґрунтя у афективних розладів та станів залежності від психоактивних речовин [17—19], а також про подібність механізмів прийняття рішень особами, що перебувають у зазначених патологічних станах [20].

Водночас, дані про співвідношення афективних розладів і залежності від психоактивних речовин ще далеко не повні. Залишається відкритим питання про те, чи можна вважати, наприклад, депресію і залежність від опіоїдів справжнім «подвійним діагнозом» [21]. Між тим, відповідь на це запитання має не тільки академічний інтерес, оскільки від неї може безпосередньо залежати реакція пацієнтів на терапію і, відповідно, прогноз [22, 23].

Потенційно цінну інформацію щодо встановлення причинно-наслідкових зв'язків між патологічними станами, про які йдеться, можна було б одержати шляхом зіставлення результатів ретроспективного аналізу наявності депресивних епізодів в наркологічному преморбіді хворих, залежних від психоактивних речовин, з їхнім поточним афективним статусом.

Ось чому метою цього дослідження стало визначення впливу наявності депресивних епізодів в анамнезі на поточний афективний статус осіб, залежних від опіоїдів, протягом детоксикації.

Всього було обстежено 540 осіб (чоловіків), в тому числі 270 осіб основної групи, що мали залежність від опіоїдів (шифр діагнозу F 11.2 за МКХ-10), а також 270 осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група).

Відомо, що ризик формування як залежності від опіоїдів, так і афективних розладів істотно залежить від віку особи та рівня її освіти. Також відомо, що і залежність від опіоїдів, і афективні розлади поширені в регіонах України досить нерівномірно. Ось чому контрольну групу формували методом «парного підбору» по відношенню до основної, таким чином, щоб зазначені соціально-демографічні характеристики її членів (вік на момент обстеження, рівень освіти та регіон мешкання), а також додаткова характеристика (служба у лавах збройних сил) відповідали аналогічним характеристикам членів основної групи.

Всі пацієнти, залежні від опіоїдів, проходили однаковий курс детоксикації у стаціонарі за стандартами надання наркологічної допомоги.

Методом структурованого інтерв'ю респондентів та їхніх матерів [24] було досліджено особистий преморбідний (відносно формування опіоманії) анамнез всіх 540 обстежених.

В процесі опитування визначали окремі симптоми депресії, а також їхні сполучення, що за діагностичними критеріями МКХ-10 [25] свідчили про наявність перенесених в анамнезі депресивних епізодів (ДЕ) різного ступеня важкості.

Потім шляхом однократних досліджень в контрольній групі і повторних досліджень (на перший і на десятий день госпіталізації) в основній групі з використанням трьох психометричних інструментів: шкали Hamilton-21 (Hamilton depression rating scale — HDRS) [26, 27]; шкали Монтгомері — Асберга (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale — MADRS) [28] та госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale — HADS) [29] визначали поточний афективний статус обстежених. Оброблення одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003» [30, 31].

За розподілом обстежених осіб в групах порівняння за наявністю та ступенем важкості ДЕ в їхньому анамнезі (табл. 1) можна бачити, що у членів контрольної групи (здорові особи) порівняно із членами основної групи (особи, залежні від опіоїдів) в анамнезі

Таблиця 1
Розподіл обстежених осіб в групах порівняння за наявністю та ступенем депресивних епізодів в їхньому анамнезі

Наявність та ступінь важкості ДЕ (за МКХ-10):	Контрольна (n = 270)		Основна (n = 270)		P _{ТМФ}	Відношення частот
	абс. (осіб)	відн. (%)	абс. (осіб)	відн. (%)		
ДЕ не було	237	87,78	205	75,93	0,0001	0,86
ДЕ був (будь-який)	33	12,22	65	24,07	0,0001	1,97
ДЕ легкий	32	11,85	51	18,89	0,007	1,59
ДЕ середньої важкості	1	0,37	11	4,07	0,003	11,00
ДЕ важкий	0	0,00	3	1,11	0,1	—
ДЕ середній та важкий разом	1	0,37	14	5,19	0,0004	14,00

Примітки: P_{ТМФ} — достовірність відмінностей поміж частотами ознак, що вивчались, у осіб, залежних від опіоїдів, та у практично здорових осіб розраховували точним методом Фішера (ТМФ). ДЕ — депресивний епізод

достовірно рідше спостерігались легкі депресивні епізоди (11,85 % проти 18,89 % при p = 0,007) та депресивні епізоди середньої важкості (0,37 % проти 4,07 % при p = 0,003). Що стосується важких ДЕ, то в контрольній групі їх не було взагалі, а в основній групі їх частота була незначною (1,11 %), тому наявна відмінність була недостовірною (p = 0,1). Однак поєднання частот ДЕ середнього ступеня важкості та важких істотно підвищує рівень достовірності відмінностей за цим інтегральним показником (0,37 % проти 5,19 % при p = 0,0004).

На наступному етапі дослідження здійснювали аналіз середньої виразності поточної афективної симптоматики, оціненої за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS, в групах, виокремлених за ознакою наявності-відсутності в анамнезі ДЕ різного ступеня важкості.

Було встановлено, що в осіб, залежних від опіоїдів, у стані відміни (до детоксикації) за інтегральними показниками жодної з використаних шкал не спостерігалось ніяких достовірних відмінностей поміж зазначеними групами порівняння (рис. 1, 2).

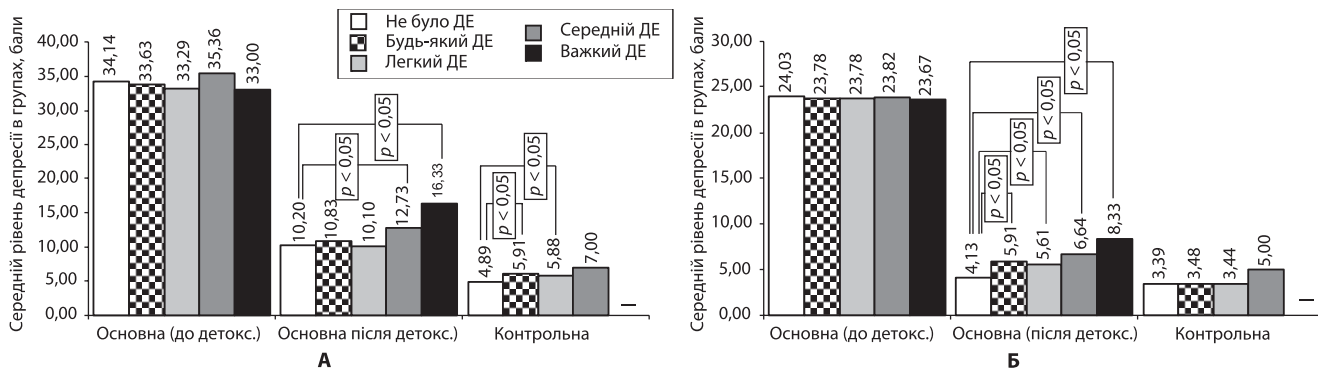


Рис. 1. Середня виразність афективної симптоматики, оцінена за шкалами Hamilton-21 (А) та MADRS (Б), в групах, виокремлених за ознакою наявності-відсутності в анамнезі ДЕ різного ступеня важкості

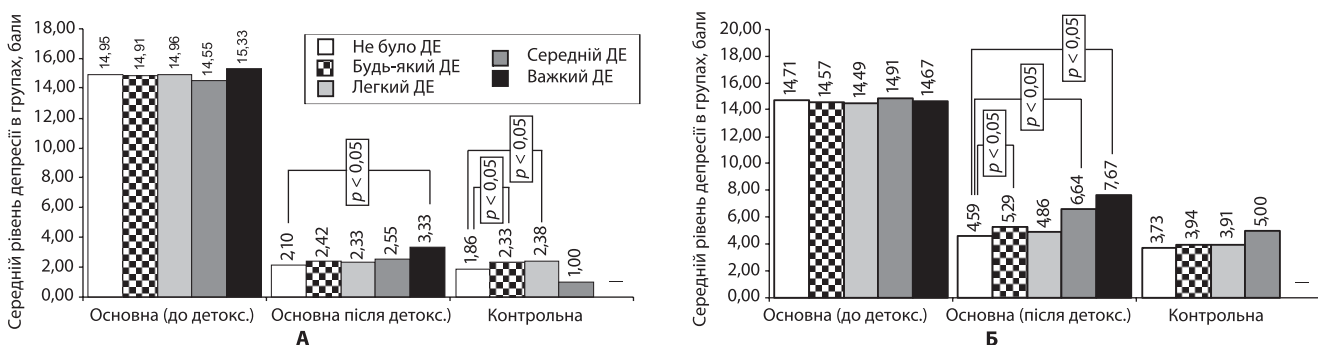


Рис. 2. Середня виразність афективної симптоматики, оцінена за шкалами HADS-тривога (А) та HADS-депресія (Б), в групах, виокремлених за ознакою наявності-відсутності в анамнезі ДЕ різного ступеня важкості

Таким чином, можна констатувати, що синдром відміни опіоїдів є настільки емоційно насиченим станом (як внаслідок первинних феноменів, що зумовлені припиненням прямої дії наркотику-ейфоригену на головний мозок, так і внаслідок вторинних феноменів — реакції на численні соматичні негаразди і больовий синдром, який є невід'ємною складовою синдрому відміни), що своєю власною вагою нівелює впливи інших чинників, в тому числі фактора наявності чи відсутності ДЕ в анамнезі а також фактора ступеня їхньої важкості.

Між тим, достовірні відмінності поміж цими групами спостерігались за ступенем виразності окремих симптомів. Так, при обстеженні за допомогою шкали Hamilton-21 в групі осіб, залежних від опіоїдів, з будь-яким ДЕ в анамнезі, у стані відміни спостерігались достовірно більш рівні порушень працездатності й активності, ніж у осіб без ДЕ в анамнезі. Ця різниця виникла за рахунок осіб з ДЕ середньої важкості, в групі яких вона була найбільш значущою і супроводжувалась в даній групі також значущо підвищеним рівнем агітації (табл. 2).

Залежність виразності актуальної афективної симптоматики за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS у осіб, залежних від опіоїдів, у стані відміни (до детоксикації) від наявності депресивних епізодів в анамнезі

		Середні ($M \pm m$) рівні виразності симптомів, бали				
		Депресивного епізоду не було	Депресивний епізод був, в т. ч.:			
			будь-який	легкий	середній	важкий
Шкала Hamilton-21	Шкала Hamilton-21 у цілому	34,14 ± 0,18	33,63 ± 0,40	33,29 ± 0,44	35,36 ± 0,95	33,00 ± 2,31
	Депресивний настрій	1,97 ± 0,03	1,94 ± 0,08	1,90 ± 0,09	2,18 ± 0,23	1,67 ± 0,33
	Почуття провини	2,23 ± 0,04	2,26 ± 0,06	2,27 ± 0,07	2,18 ± 0,12	2,33 ± 0,33
	Суїцидальні наміри	2,14 ± 0,03	2,05 ± 0,05	2,06 ± 0,06	2,00 ± 0,13	2,00 ± 0,00*
	Рання інсомнія	1,61 ± 0,03	1,34 ± 0,06*	1,31 ± 0,07*	1,45 ± 0,16	1,33 ± 0,33
	Середня інсомнія	1,51 ± 0,04	1,55 ± 0,06	1,55 ± 0,07	1,55 ± 0,16	1,67 ± 0,33
	Пізня інсомнія	1,66 ± 0,03	1,62 ± 0,06	1,61 ± 0,07	1,64 ± 0,15	1,67 ± 0,33
	Працездатність й активність	1,59 ± 0,05	1,89 ± 0,10*	1,80 ± 0,12	2,36 ± 0,20*	1,67 ± 0,67
	Загальмованість	1,34 ± 0,04	1,34 ± 0,07	1,29 ± 0,07	1,55 ± 0,21	1,33 ± 0,33
	Ажитація (тривожне збудження)	1,83 ± 0,05	2,00 ± 0,09	1,88 ± 0,11	2,45 ± 0,16*	2,33 ± 0,33
	Психічна тривога	1,89 ± 0,04	1,95 ± 0,06	1,98 ± 0,07	1,91 ± 0,16	1,67 ± 0,33
	Соматична тривога	1,88 ± 0,05	1,63 ± 0,08*	1,63 ± 0,09*	1,55 ± 0,21	2,00 ± 0,00*
	Шлунково-кишкові симптоми	1,52 ± 0,03	1,49 ± 0,06	1,45 ± 0,07	1,64 ± 0,15	1,67 ± 0,33
	Загальні соматичні симптоми	1,51 ± 0,03	1,34 ± 0,06*	1,35 ± 0,07*	1,36 ± 0,15	1,00 ± 0,00*
	Генітальні симптоми	1,23 ± 0,03	1,28 ± 0,06	1,27 ± 0,06	1,27 ± 0,14	1,33 ± 0,33
	Іпохондрія	1,38 ± 0,03	1,31 ± 0,06	1,31 ± 0,07	1,36 ± 0,15	1,00 ± 0,00*
	Втрата маси тіла	1,50 ± 0,04	1,55 ± 0,07	1,53 ± 0,08	1,64 ± 0,15	1,67 ± 0,33
	Критичне ставлення до хвороби	1,67 ± 0,03	1,62 ± 0,06	1,57 ± 0,07	1,82 ± 0,12	1,67 ± 0,33
	Добові коливання	1,51 ± 0,03	1,42 ± 0,06	1,37 ± 0,07	1,55 ± 0,16	1,67 ± 0,33
	Деперсоналізація й дереалізація	1,40 ± 0,04	1,35 ± 0,06	1,43 ± 0,08	1,09 ± 0,09*	1,00 ± 0,00*
Параноїдні симптоми	1,42 ± 0,03	1,38 ± 0,06	1,39 ± 0,07	1,36 ± 0,15	1,33 ± 0,33	
Обсесивні й компульсивні симптоми	1,35 ± 0,03	1,32 ± 0,06	1,31 ± 0,07	1,45 ± 0,16	1,00 ± 0,00	
Шкала MADRS	Шкала MADRS у цілому	24,03 ± 0,14	23,78 ± 0,25	23,78 ± 0,26	23,82 ± 0,82	23,67 ± 1,20
	Об'єкт. ознаки пригніченості	2,54 ± 0,04	2,92 ± 0,10*	3,00 ± 0,11*	2,64 ± 0,28	2,67 ± 0,33
	Суб'єкт. ознаки пригніченості	2,10 ± 0,02	2,15 ± 0,05	2,14 ± 0,06	2,27 ± 0,19	2,00 ± 0,00*
	Внутрішнє напруження	2,10 ± 0,02	2,15 ± 0,05	2,14 ± 0,06	2,27 ± 0,19	2,00 ± 0,00*
	Погіршення сну	2,60 ± 0,03	2,34 ± 0,06*	2,31 ± 0,07*	2,45 ± 0,16	2,33 ± 0,33
	Порушення апетиту	3,64 ± 0,10	3,57 ± 0,18	3,47 ± 0,19	3,91 ± 0,46	4,00 ± 1,00
	Порушення концентрації	2,41 ± 0,04	2,31 ± 0,07	2,31 ± 0,08	2,18 ± 0,12	2,67 ± 0,33
	Поруш. інтенції в діяльності	2,17 ± 0,04	2,00 ± 0,07*	2,00 ± 0,08	2,00 ± 0,13	2,00 ± 0,58
	Втрата здатності відчувати	1,94 ± 0,03	1,88 ± 0,06	1,88 ± 0,07	1,82 ± 0,18	2,00 ± 0,00
	Песимістичні думки	2,39 ± 0,03	2,42 ± 0,06	2,47 ± 0,07	2,27 ± 0,14	2,00 ± 0,00*
Суїцидальні думки	2,14 ± 0,03	2,05 ± 0,05	2,06 ± 0,06	2,00 ± 0,13	2,00 ± 0,00*	
Шкала HADS	Шкала HADS (тривога) у цілому	14,95 ± 0,10	14,91 ± 0,15	14,96 ± 0,17	14,55 ± 0,41	15,33 ± 0,33
	Шкала HADS (депресія) у цілому	14,71 ± 0,09	14,57 ± 0,16	14,49 ± 0,18	14,91 ± 0,39	14,67 ± 0,88
	Я відчуваю напруженість	2,30 ± 0,03	2,34 ± 0,06	2,33 ± 0,07	2,27 ± 0,14	2,67 ± 0,33
	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж почуття	2,27 ± 0,03	2,26 ± 0,05	2,24 ± 0,06	2,45 ± 0,16	2,00 ± 0,00*
	Я відчуваю страх, здається начебто щось жахливе може от-от трапитися	2,13 ± 0,02	2,09 ± 0,04	2,14 ± 0,03	2,18 ± 0,12	2,67 ± 0,33
	Я здатний розсміятися й побачити в тій або іншій події смішне	2,70 ± 0,04	2,74 ± 0,06	2,71 ± 0,08	2,81 ± 0,09	2,67 ± 0,33
	Неспокійні думки крутяться у мене в голові	2,00 ± 0,02	1,94 ± 0,04	1,96 ± 0,05	1,82 ± 0,12	2,00 ± 0,00
	Відчуваю бадьорість	2,16 ± 0,03	2,23 ± 0,05	2,24 ± 0,06	2,27 ± 0,14	2,00 ± 0,00*
Я легко можу сісти й розслабитися	2,29 ± 0,07	2,29 ± 0,12	2,29 ± 0,14	2,27 ± 0,30	2,33 ± 0,67	

		Середні ($M \pm m$) рівні виразності симптомів, бали				
		Депресивного епізоду не було	Депресивний епізод був, в т. ч.:			
			будь-який	легкий	середній	важкий
Шкала HADS	Мені здається, що я став усе робити дуже повільно	2,31 ± 0,03	2,23 ± 0,05	2,22 ± 0,06	2,18 ± 0,12	2,67 ± 0,33
	Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння	2,21 ± 0,03	2,18 ± 0,05	2,22 ± 0,06	2,09 ± 0,09	2,00 ± 0,00*
	Я не стежу за своєю зовнішністю	1,27 ± 0,03	1,28 ± 0,06	1,24 ± 0,06	1,36 ± 0,15	1,67 ± 0,33
	Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися	2,27 ± 0,03	2,32 ± 0,06	2,33 ± 0,07	2,27 ± 0,14	2,33 ± 0,33
	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення	1,66 ± 0,03	1,57 ± 0,06	1,61 ± 0,07	1,45 ± 0,16	1,33 ± 0,33
	У мене буває раптове почуття паніки	1,76 ± 0,04	1,74 ± 0,06	1,78 ± 0,07	1,64 ± 0,15	1,33 ± 0,33
	Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- або телепередачі	2,33 ± 0,04	2,26 ± 0,08	2,25 ± 0,09	2,27 ± 0,19	2,33 ± 0,33

Примітка: * — різниця з групою осіб без ознак депресії в анамнезі ($p < 0,05$)

Щодо групи з важкими ДЕ в анамнезі, то в неї достовірно вищим (у порівнянні із особами без таких епізодів) був лише рівень соматичної тривоги. При цьому в осіб з будь-якими і легкими ДЕ в анамнезі спостерігалась парадоксально менша (ніж у осіб без ДЕ в анамнезі) виразність ранньої інсомнії, соматичної тривоги та загальної соматичної симптоматики. Окремі, парадоксально менші (ніж у осіб без ДЕ в анамнезі) рівні актуальних афективних симптомів спостерігались також і в групі з ДЕ середньої важкості. Численні, парадоксально менші (ніж у осіб без ДЕ в анамнезі) рівні актуальних афективних симптомів спостерігались також і в групі з важкими ДЕ в анамнезі. Серед них: суїцидальні наміри, загальні соматичні симптоми, іпохондрія та деперсоналізація й дереалізація (див. табл. 2).

Під час обстеження за допомогою шкали MADRS в групі осіб, залежних від опіоїдів, у стані відміни з будь-яким ДЕ в анамнезі (у порівнянні із особами без ДЕ в анамнезі) спостерігались достовірно вища виразність об'єктивних ознак пригніченості. Ця різниця виникла, перш за все, за рахунок осіб з легкими ДЕ в анамнезі, в групі яких вона була найбільш значущою. При цьому, у осіб з будь-якими ДЕ в анамнезі спостерігались парадоксально менші (ніж у осіб без ДЕ в анамнезі) рівні виразності погіршень сну та порушень інтенції у діяльності. Ця парадоксальна різниця виникла, перш за все, за рахунок осіб з легкими ДЕ в анамнезі у яких цей показник був так само достовірно меншим, ніж у осіб без ДЕ в анамнезі. Численні, парадоксально менші (ніж у осіб без ДЕ в анамнезі) рівні актуальних афективних симптомів, оцінених за допомогою шкали MADRS, спостерігались також і в групі з важкими ДЕ в анамнезі. Серед них: суб'єктивні ознаки пригніченості, внутрішнє напруження, песимістичні думки та суїцидальні думки (див. табл. 2).

Під час обстеження групи осіб, залежних від опіоїдів, у стані відміни за допомогою шкали HADS з будь-яким ДЕ в анамнезі (у порівнянні із особами без ДЕ в анамнезі) жодних достовірних відмінностей у рівні виразності окремих симптомів виявлено не було (табл. 2). Разом із тим були виявлені достовірні

відмінності у рівнях виразності зазначених симптомів між представниками групи без ДЕ в анамнезі і представниками групи з важкими ДЕ в анамнезі. При цьому у останніх виразність всіх симптомів була парадоксально меншою, ніж у перших (див. табл. 2).

В процесі опису результатів наведених вище досліджень неодноразово згадувалось про те, що в осіб, залежних від опіоїдів, які мали в анамнезі будь-які депресивні епізоди, протягом синдрому відміни виразність окремих афективних симптомів була, на перший погляд, парадоксально нижчою, ніж у осіб взагалі без ДЕ в анамнезі. Це спостереження свідчить, про те, що «депресивний анамнез» створює певний «імунітет» у наркозалежних хворих до афективних розладів в структурі синдрому відміни опіоїдів, подібно до того як щеплення створюють імунітет до відповідних інфекційних захворювань, внаслідок чого останні перебігають в ослабленому вигляді, або не можуть розвинути в взагалі.

На відміну від стану абстиненції у осіб, залежних від опіоїдів, що перебували у постабстинентному стані (після детоксикації) між групами з різним афективним анамнезом були виявлені численні відмінності вже на рівні інтегральних показників, одержаних за допомогою різних психодіагностичних методик (табл. 3; рис. 1, 2). Так, інтегральні показники рівня депресії за шкалою Hamilton-21 хворих з середніми та важкими ДЕ в анамнезі в постабстинентному стані були достовірно вищими, ніж в групі без ознак ДЕ в анамнезі. Також достовірно вищими в постабстинентному стані були інтегральні показники рівня депресії за шкалою MADRS у хворих з: будь-яким, легким, середніми та важкими ДЕ в анамнезі, ніж в групі без ознак ДЕ в анамнезі. Нарешті, інтегральні показники рівня депресії за шкалою HADS у хворих з будь-яким, середніми та важкими ДЕ в анамнезі в постабстинентному стані були достовірно вищі, ніж в групі без ознак ДЕ в анамнезі. Щодо інтегрального показника рівня тривоги за шкалою HADS, то в постабстинентному стані лише в групі з важкими ДЕ в анамнезі він виявився достовірно вищим, ніж в групі без ДЕ в анамнезі (див. табл. 3).

Залежність виразності актуальної афективної симптоматики за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS у осіб, залежних від опіоїдів, у постабстинентному стані (після детоксикації) від наявності депресивних епізодів в анамнезі

		Середні (M ± m) рівні виразності симптомів, бали				
		Депресивного епізоду не було	Депресивний епізод був, в т. ч.:			
			будь-який	легкий	середній	важкий
Шкала Hamilton-21	Шкала Hamilton-21 у цілому	10,20 ± 0,18	10,83 ± 0,39	10,10 ± 0,38	12,73 ± 0,79*	16,33 ± 2,19*
	Депресивний настрій	0,45 ± 0,05	1,08 ± 0,11*	1,00 ± 0,11*	1,36 ± 0,39*	1,33 ± 0,33*
	Почуття провини	1,05 ± 0,05	0,97 ± 0,08	0,92 ± 0,10	1,00 ± 0,13	1,67 ± 0,33
	Суїцидальні наміри	0,39 ± 0,04	0,32 ± 0,06	0,31 ± 0,07	0,36 ± 0,20	0,33 ± 0,33
	Рання інсомнія	0,90 ± 0,05	0,58 ± 0,08*	0,55 ± 0,09*	0,64 ± 0,20	1,00 ± 0,58
	Середня інсомнія	0,44 ± 0,03	0,54 ± 0,06	0,55 ± 0,07	0,55 ± 0,16	0,33 ± 0,33
	Пізня інсомнія	1,02 ± 0,06	0,89 ± 0,10	0,82 ± 0,11	1,09 ± 0,25	1,33 ± 0,67
	Працездатність й активність	0,56 ± 0,05	0,95 ± 0,10*	0,86 ± 0,11*	1,27 ± 0,24*	1,33 ± 0,33*
	Загальмованість	0,35 ± 0,03	0,38 ± 0,06	0,35 ± 0,07	0,55 ± 0,16	0,33 ± 0,33
	Ажитация (тривожне збудження)	0,49 ± 0,05	0,65 ± 0,09	0,51 ± 0,10	1,09 ± 0,16*	1,33 ± 0,33*
	Психічна тривога	0,48 ± 0,04	0,51 ± 0,07	0,51 ± 0,08	0,45 ± 0,16	0,67 ± 0,33
	Соматична тривога	0,33 ± 0,03	0,25 ± 0,05	0,25 ± 0,06	0,18 ± 0,12	0,33 ± 0,33
	Шлунково-кишкові симптоми	0,30 ± 0,04	0,29 ± 0,06	0,27 ± 0,07	0,36 ± 0,15	0,33 ± 0,33
	Загальні соматичні симптоми	0,39 ± 0,04	0,62 ± 0,08*	0,59 ± 0,08*	0,64 ± 0,20	1,00 ± 0,58
	Генітальні симптоми	0,27 ± 0,04	0,20 ± 0,05	0,22 ± 0,06	0,18 ± 0,12	0,00 ± 0,00*
	Іпохондрія	0,15 ± 0,03	0,14 ± 0,04	0,12 ± 0,05	0,09 ± 0,09	0,67 ± 0,33
	Втрата маси тіла	0,48 ± 0,03	0,38 ± 0,06	0,29 ± 0,06*	0,64 ± 0,15	1,00 ± 0,00*
	Критичне ставлення до хвороби	1,00 ± 0,07	0,94 ± 0,11	0,82 ± 0,13	1,27 ± 0,24	1,67 ± 0,33*
	Добові коливання	0,47 ± 0,03	0,42 ± 0,06	0,37 ± 0,07	0,45 ± 0,16	1,00 ± 0,00*
	Деперсоналізація й дереалізація	0,32 ± 0,04	0,43 ± 0,08	0,51 ± 0,10	0,18 ± 0,12	0,00 ± 0,00*
Параноїдні симптоми	0,20 ± 0,03	0,17 ± 0,05	0,14 ± 0,05	0,27 ± 0,14	0,33 ± 0,33	
Обсесивні й компульсивні симптоми	0,17 ± 0,03	0,12 ± 0,04	0,12 ± 0,05	0,09 ± 0,09	0,33 ± 0,33	
Шкала MADRS	Шкала MADRS у цілому	4,13 ± 0,11	5,91 ± 0,21*	5,61 ± 0,20*	6,64 ± 0,70*	8,33 ± 0,88*
	Об'єкт. ознаки пригніченості	0,21 ± 0,03	0,82 ± 0,07*	0,86 ± 0,07*	0,55 ± 0,21	1,00 ± 0,00*
	Суб'єкт. ознаки пригніченості	0,20 ± 0,03	0,57 ± 0,07*	0,53 ± 0,08*	0,73 ± 0,19*	0,67 ± 0,33
	Внутрішнє напруження	0,31 ± 0,04	0,52 ± 0,07*	0,51 ± 0,08*	0,55 ± 0,16	0,67 ± 0,33
	Погіршення сну	1,44 ± 0,05	1,77 ± 0,09*	1,82 ± 0,11*	1,64 ± 0,24	1,33 ± 0,33
	Порушення апетиту	0,36 ± 0,04	0,43 ± 0,07	0,37 ± 0,07	0,55 ± 0,16	1,00 ± 0,00*
	Порушення концентрації	0,33 ± 0,03	0,29 ± 0,06	0,25 ± 0,06	0,27 ± 0,14	1,00 ± 0,00*
	Поруш. інтенції в діяльності	0,28 ± 0,03	0,34 ± 0,06	0,27 ± 0,07	0,55 ± 0,16	0,67 ± 0,33
	Втрата здатності відчувати	0,28 ± 0,03	0,32 ± 0,06	0,25 ± 0,06	0,64 ± 0,15*	0,33 ± 0,33
	Песимістичні думки	0,28 ± 0,03	0,40 ± 0,06	0,37 ± 0,07	0,45 ± 0,16	0,67 ± 0,33
Суїцидальні думки	0,44 ± 0,04	0,45 ± 0,07	0,35 ± 0,07	0,73 ± 0,24	1,00 ± 0,58	
Шкала HADS	Шкала HADS (тривога) у цілому	2,10 ± 0,09	2,42 ± 0,17	2,33 ± 0,20	2,55 ± 0,28	3,33 ± 0,33*
	Шкала HADS (депресія) у цілому	4,59 ± 0,09	5,29 ± 0,17*	4,86 ± 0,17	6,64 ± 0,15*	7,67 ± 0,33*
	Я відчуваю напруженість	0,30 ± 0,03	0,46 ± 0,06*	0,49 ± 0,07*	0,18 ± 0,12	1,00 ± 0,00*
	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж почуття	0,51 ± 0,04	0,72 ± 0,08*	0,61 ± 0,07	0,91 ± 0,16*	2,00 ± 0,58*
	Я відчуваю страх, здається начебто щось жахливе може от-от трапитися	0,29 ± 0,03	0,26 ± 0,05	0,25 ± 0,06	0,36 ± 0,15	0,00 ± 0,00*
	Я здатний розсміятися й побачити в тій або іншій події смішне	2,60 ± 0,05	2,65 ± 0,10	2,57 ± 0,12	2,91 ± 0,09*	3,00 ± 0,00*
Неспокійні думки крутяться у мене в голові	0,42 ± 0,04	0,46 ± 0,07	0,43 ± 0,08	0,64 ± 0,20	0,33 ± 0,33	

		Середні ($M \pm m$) рівні виразності симптомів, бали				
		Депресивного епізоду не було	Депресивний епізод був, в т. ч.:			
			будь-який	легкий	середній	важкий
Шкала HADS	Відчуваю бадьорість	0,25 ± 0,03	0,35 ± 0,06	0,31 ± 0,07	0,45 ± 0,16	0,67 ± 0,33
	Я легко можу сісти й розслабитися	0,34 ± 0,03	0,37 ± 0,06	0,39 ± 0,07	0,36 ± 0,15	0,00 ± 0,00*
	Мені здається, що я став усе робити дуже повільно	0,21 ± 0,03	0,18 ± 0,05	0,20 ± 0,06	0,18 ± 0,12	0,00 ± 0,00*
	Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння	0,31 ± 0,04	0,31 ± 0,07	0,31 ± 0,08	0,36 ± 0,15	0,00 ± 0,00*
	Я не стежу за своєю зовнішністю	0,18 ± 0,03	0,18 ± 0,05	0,14 ± 0,05	0,27 ± 0,14	0,67 ± 0,33
	Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися	0,27 ± 0,04	0,35 ± 0,09	0,29 ± 0,09	0,36 ± 0,24	1,33 ± 0,88
	Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення	0,28 ± 0,03	0,40 ± 0,06	0,29 ± 0,06	0,91 ± 0,09*	0,33 ± 0,33
	У мене буває раптове почуття паніки	0,18 ± 0,03	0,20 ± 0,05	0,16 ± 0,05	0,27 ± 0,14	0,67 ± 0,33
	Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- або телепередачі	0,57 ± 0,04	0,80 ± 0,06*	0,75 ± 0,07*	1,00 ± 0,13*	1,00 ± 0,00*

Примітка: * — різниця з групою осіб без ознак депресії в анамнезі ($p < 0,05$)

Водночас, достовірні відмінності поміж цими групами спостерігались і за ступенем виразності окремих симптомів.

Так, наприклад, під час обстеження за допомогою шкали Hamilton-21 групи залежних від опіоїдів рівень таких показників як депресивний настрій та розлади працездатності й активності виявились у постабстинентному стані достовірно вищими у осіб з будь-яким ДЕ в анамнезі, ніж у осіб із сприятливим афективним анамнезом. А от рівень виразності загальних соматичних симптомів був достовірно вищим, ніж у осіб із сприятливим афективним анамнезом, лише в групі з легкими та будь-якими ДЕ в анамнезі разом. На відміну від цього рівень виразності ажитації був достовірно вищим, ніж у осіб із сприятливим афективним анамнезом лише в групі з середнім та важким ДЕ в анамнезі. Щодо таких симптомів як втрата маси тіла, критичність ставлення до хвороби та добові коливання настрою, то їхній рівень у осіб із сприятливим афективним анамнезом достовірно поступався лише рівням зазначених показників в групі з важкими ДЕ в анамнезі. При цьому і у постабстинентному стані у осіб з будь-якими і легкими ДЕ в анамнезі спостерігалась парадоксально менша виразність ранньої інсомнії, ніж у осіб без ДЕ в анамнезі. Аналогічним чином, у осіб з легкими ДЕ в анамнезі у постабстинентному періоді спостерігалась парадоксально менша виразність втрати маси тіла, ніж у осіб без ДЕ в анамнезі; а в осіб з важкими ДЕ в анамнезі — менша виразність генітальних симптомів, та деперсоналізації й дереалізації, ніж у осіб без ДЕ в анамнезі (див. табл. 3).

Під час обстеження за допомогою шкали MADRS в групі осіб, залежних від опіоїдів, у постабстинентному стані з будь-яким та легкими ДЕ в анамнезі (у порівнянні із особами без ДЕ в анамнезі) спостерігались достовірно вища виразність об'єктивних та суб'єктивних ознак пригніченості, внутрішнього

напруження та погіршення сну. Обстеженням за допомогою шкали MADRS групи осіб, залежних від опіоїдів, у постабстинентному стані з ДЕ середнього ступеня важкості в анамнезі (порівняно із особами без ДЕ в анамнезі) було виявлено достовірно вищу виразність суб'єктивних ознак пригніченості та втрати здатності відчувати. Аналогічним обстеженням групи осіб з важкими ДЕ в анамнезі (порівняно із особами без ДЕ в анамнезі) було виявлено достовірно вищу виразність порушень апетиту та порушень спроможності до концентрації уваги. При цьому притаманним стану відміни численних переваг виразності симптомів депресії в осіб із сприятливим в афективному плані адиктивним преморбідом над особами з ДЕ в анамнезі, у постабстинентному стані за допомогою шкали MADRS виявити не вдалося (див. табл. 3).

Під час обстеження за допомогою шкали HADS в групі залежних від опіоїдів у постабстинентному стані без ДЕ в анамнезі (у порівнянні із особами з будь-яким ДЕ в анамнезі) спостерігались достовірно вищі середні градації у відповідях на запитання: «Я відчуваю напруженість», «Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж почуття» та «Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- або телепередачі». При аналогічному порівнянні осіб із сприятливим афективним анамнезом з особами, що мали в преморбіді легкий ДЕ, спостерігались достовірно вищі середні градації у відповідях на запитання: «Я відчуваю напруженість» та «Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- або телепередачі». Порівнянням осіб із сприятливим афективним анамнезом з особами, що мали в преморбіді ДЕ середньої важкості, встановлено достовірно вищі середні градації у відповідях на запитання: «Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж почуття», «Я здатний розсміятися й побачити в тій або іншій події смішне», «Я вважаю,

що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення» та «Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- або телепередачі». Нарешті, зіставленням осіб із сприятливим афективним анамнезом з особами, що мали в преморбіді важкий ДЕ, встановлено достовірно вищі середні градації у відповідях на запитання: «Я відчуваю напруженість», «Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж почуття», «Я здатний розсміятися й побачити в тій або іншій події смішне» та «Я можу одержати задоволення від гарної книги, радіо- або телепередачі». Водночас, при порівнянні осіб із сприятливим афективним анамнезом з особами, що мали в преморбіді важкий ДЕ, спостерігались парадоксально нижчі середні градації у відповідях на запитання: «Я легко можу сісти й розслабитися», «Мені здається, що я став усе робити дуже повільно» та «Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння» (див. табл. 3).

Як можна бачити, кількість парадоксально низьких середніх рівнів афективної симптоматики у нарко-

залежних, що мають ДЕ в анамнезі (при їхньому порівнянні з особами, що не мають ДЕ в анамнезі), в постабстинентному стані (див. табл. 3) є значно меншою, ніж у стані відміни (див. табл. 2). При цьому, як було згадано вище, у постабстинентному стані між групами з різним афективним анамнезом виявились численні відмінності на рівні інтегральних показників, одержаних за допомогою різних психодіагностичних методик (див. табл. 3; рис. 1, 2). Все це дозволяє стверджувати, що коли нівелююча дія синдрому відміни опіоїдів минає, афективний анамнез починає потужно впливати на поточний афективний стан наркозалежних осіб, при цьому ті, у кого в преморбіді були ДЕ, мають істотно гірший актуальний афективний статус, ніж ті, у кого ДЕ в анамнезі не було.

Іншим важливим параметром, який характеризує вплив афективного анамнезу хворих на їхній поточний емоційний стан, є залежність ступеня редукції актуальної афективної симптоматики протягом детоксикації від наявності ДЕ в їхньому преморбіді (табл. 4, рис. 3).

Таблиця 4

Залежність ступеня редукції актуальної афективної симптоматики за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS протягом детоксикації осіб, залежних від опіоїдів, від наявності депресивних епізодів в анамнезі

Шкала	Середні ($M \pm m$) рівні виразності симптомів, бали				
	Депресивного епізоду не було	Депресивний епізод був, в т. ч.:			
		будь-який	легкий	середній	важкий
Δ Hamilton-21	23,94 \pm 0,24	22,80 \pm 0,42*	23,20 \pm 0,43	22,64 \pm 0,92	16,67 \pm 2,96*
Δ MADRS	19,86 \pm 0,16	18,02 \pm 0,33*	18,18 \pm 0,32*	17,18 \pm 1,11*	18,33 \pm 3,18
Δ HADS (тривога)	12,85 \pm 0,10	12,49 \pm 0,19	12,63 \pm 0,22	12,00 \pm 0,50	12,00 \pm 0,58
Δ HADS (депресія)	10,12 \pm 0,10	9,28 \pm 0,18*	9,63 \pm 0,17*	8,27 \pm 0,38*	7,00 \pm 1,00*

Примітка: Δ — означає редукцію симптоматики (різниця між відповідним показником до детоксикації і показником після детоксикації); * — різниця з групою осіб без ознак депресії в анамнезі ($p < 0,05$)

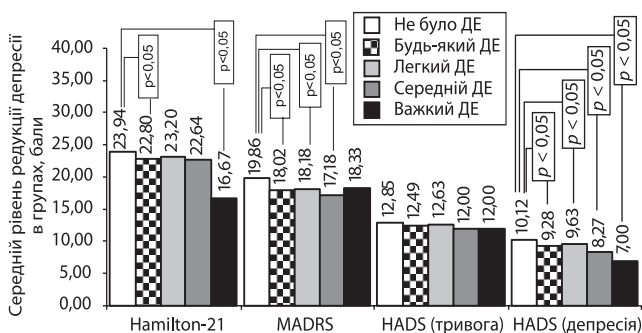


Рис. 3. Залежність ступеня редукції актуальної афективної симптоматики за шкалами Hamilton-21, MADRS та HADS протягом детоксикації осіб, залежних від опіоїдів, від наявності ДЕ в анамнезі

Помітно, що наявність-відсутність ДЕ в анамнезі істотно впливає на ступінь редукції депресії (при чому за результатами, одержаними за допомогою всіх трьох психодіагностичних інструментів, що використовувались). При цьому, чим важчими були ДЕ в преморбіді, тим в меншою була редукція актуальної афективної симптоматики (це особливо добре видно

на прикладі результатів, одержаних за допомогою шкал Hamilton-21 та HADS. Наведені дані (див. табл. 4, рис. 3) свідчать також і про те, що найвищу якість диференціації груп з різним анамнезом за ступенями редукції актуальної афективної симптоматики забезпечують шкали HADS-депресія (відмінності всіх чотирьох груп з ДЕ різного ступеня важкості в преморбіді від групи зі сприятливим афективним анамнезом достовірні) та MADRS (відмінності трьох груп з ДЕ різного ступеня важкості в преморбіді від групи зі сприятливим афективним анамнезом достовірні).

Одержані свідчення, вказують на те що резистентність афективних розладів депресивного кола, які спостерігаються протягом перебігу синдрому відміни опіоїдів, по відношенню до терапевтичних втручань, істотно залежить від афективного стану у преморбіді. Чим більш несприятливим був такий преморбід, тим більш резистентними є актуальні депресивні розлади в структурі синдрому відміни опіоїдів у залежних від них осіб.

До сказаного слід додати, що фактор наявності-відсутності ДЕ в анамнезі, а також ступінь їхньої важкості майже не впливає на ступінь редукції тривоги (достовірних відмінностей між рівнями редукції тривоги

в групах з різним афективним анамнезом не виявлено (див. табл. 4, рис. 3).

Таким чином, результати проведеного аналізу дозволяють сформулювати такі висновки.

«Депресивний анамнез» створює певний «імунітет» у наркозалежних хворих до афективних розладів в структурі синдрому відміни опіоїдів, подібно до того, як щеплення створюють імунітет до відповідних інфекційних захворювань, внаслідок чого останні перебігають в ослабленому вигляді, або не можуть розвинутиися взагалі.

Резистентність афективних розладів депресивного кола, які спостерігаються протягом перебігу синдрому відміни опіоїдів, по відношенню до терапевтичних втручань істотно залежить від афективного стану у преморбіді. Чим більш несприятливим був такий преморбід, тим більш резистентними є актуальні депресивні розлади в структурі синдрому відміни опіоїдів у залежних від них осіб.

Фактор наявності-відсутності ДЕ в анамнезі, а також ступінь їхньої важкості майже не впливають на ступінь редукції тривоги.

Список літератури

1. Иванец Н. Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам / Н. Н. Иванец — М.: НИИ наркологии МЗ России, 2000. — 154 с.
2. Винникова М. А. Ремиссии при героиновой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов) : дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.01.17 / М. А. Винникова ; НИИ наркологии МЗ России. — М., 2003. — 243 с.
3. Самойлова, О. С. Комплексна діагностика і фармакотерапевтична корекція афективних розладів внаслідок вживання опіоїдів та психостимуляторів : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.27 / О. С. Самойлова ; Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України. — Х., 2006. — 20 с.
4. Агибалова Т. В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.17 / Т. В. Агибалова ; НИИ наркологии МЗ России. — М., 2007. — 20 с.
5. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий / [Т. М. Воробьева, П. В. Волошин, Л. Н. Пайкова Л. Н. и др.]. — Харьков: Основа, 1993. — 176 с.
6. Гольдрин С. Э. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией в структуре опийного абстинентного синдрома и во время ремиссии / С. Э. Гольдрин // Наркология. — 2003. — № 9. — С. 44—50.
7. Аймедов К. В. Мотиваційний профіль та афективні порушення при опійній залежності / К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2004. — № 2(6). — С. 65—73.
8. Fernandez L. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects / L. Fernandez, C. Cassagne-Pinel // Encephale. — 2001. — Sep-Oct., № 27(5). — P. 459—574.
9. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement / [T. B. Baker, M. E. Piper, D. E. McCarthy, et al.] // Psychological Review. — 2004. — Jan. (1). — P. 33—51.
10. Comorbid psychiatric symptoms in pathological gamblers: anxiety, depression and substance abuse / [P. Dannon, M. Sason, B. Shalgi, et al.] // Harefuah. — 2004. — Sep., № 143(9). — P. 643—695.
11. Рохлина М. Л. Аффективные нарушения при героиновой наркомании / М. Л. Рохлина, А. А. Козлов, С. О. Мохначев // Вопросы наркологии. — 2002. — № 1. — С. 20—26.
12. Depression and the severity of substance abuse / [R. Coelho, R. Rangel, E. Ramos, et al.] // Psychopathology. — 2000. — May-Jun, № 33(3). — P. 103—109.
13. Danielson C. K. Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients / C. K. Danielson, J. C. Overholser, Z. A. Butt // Canadian Journal of Psychiatry. — 2003. — Dec., № 48(11). — P. 762—797.
14. Патопсихологическая характеристика развития опийного абстинентного синдрома / [В. Н. Синицкий, Н. А. Стогний, Г. Е. Трофимчук и др.] // Архив психіатрії. — 2002, № 4(31). — С. 78—81.
15. Применение оценки неспецифических адаптационных реакций организма при анализе качества ремиссий у больных опиатной наркоманией / [С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, Н. П. Медведев и др.] // Наркология. — 2003. — № 7. — С. 18—20.
16. Balfour D. J. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? / D. J. Balfour, D. L. Ridley // Pharmacology Biochemistry Behavioral. — 2000. — May, 66(1). — P. 79—85.
17. Морозов Г. В. Морфинизм / Г. В. Морозов, М. Н. Боголепов. — М.: Медицина, 1984. — 176 с.
18. Association study of polymorphisms in the promoter region of DRD4 with schizophrenia, depression, and heroin addiction / [J. H. Lai, Y. S. Zhu, Z. H. Huo, et al.] // Brain Researches. — 2010. — Vol. 4. — P. 227—232.
19. Renthal W. Chromatin regulation in drug addiction and depression / W. Renthal, E. J. Nestler // Dialogues of Clinical Neuroscience. — 2009. — Vol. 11(3). — P. 257—268.
20. Diekhof E. K. Functional neuroimaging of reward processing and decision-making: a review of aberrant motivational and affective processing in addiction and mood disorders. / E. K. Diekhof, P. Falkai, O. Gruber // Brain Researches Review. — 2008. — Vol. 59(1). — P. 164—184.
21. The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? / [I. Maremmani, M. Pacini, P. Pani, et al.] // Annals of General Psychiatry. — 2007. — Vol. 13. — P. 6—31.
22. Ковальчук А. И. Причины возникновения наркомании и возможности ее лечения / А. И. Ковальчук. — Харьков: Бриг, 1998. — 85 с.
23. Найденнова Н. Г. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией и методы их коррекции / Н. Г. Найденнова, А. Ф. Радченко, А. В. Степанов. — Сб.: Актуальные вопросы наркологии. — М.: Медицина, 1990. — С. 215—217.
24. Мерфи Э. А. Основы медико-генетического консультирования. / Э. А. Мерфи, Г. А. — М.: Медицина, 1979. — 389 с.
25. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. — М.: Триада-Х, 2002. — 232 с.
26. Hamilton M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1960. — № 23. — P. 56—62.
27. Пишель В. Я. Стандартный инструментальный для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения / В. Я. Пишель, Ю. А. Блажевич // Архив психіатрії. — 2001. — № 4(27). — С. 93—96.
28. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: «Торнадо», 2003. — 350 с.
29. Zigmond A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiat. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 361—370.
30. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.
31. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: Морион, 2000 — 320 с.

Надійшла до редакції 28.01.2013 р.

О. В. Друзь

Главный военно-медицинский клинический центр
«Главный военный клинический госпиталь» (г. Киев)

Наличие депрессивных эпизодов в анамнезе и текущий аффективный статус лиц, зависимых от опиоидов

Цель работы — определение влияния наличия депрессивных эпизодов в анамнезе на текущий аффективный статус лиц, зависимых от опиоидов, на протяжении детоксикации. Методом структурированного интервью респондентов и их матерей исследован преморбидный (относительно формирования опиомании) анамнез 270 больных, зависимых от опиоидов, и 270 лиц без признаков какой-либо зависимости на предмет наличия в нем депрессивных эпизодов (по критериям МКБ-10) разных степеней тяжести. Потом, с помощью трех распространенных психометрических инструментов (шкала Hamilton-21, MADRS и HADS) дважды (до и после детоксикации) у больных, зависимых от опиоидов, и однократно у практически здоровых лиц исследован текущий аффективный статус. Доказано, что резистентность аффективных расстройств депрессивного круга, которые наблюдаются на протяжении синдрома отмены опиоидов, по отношению к терапевтическим вмешательствам, существенно зависит от аффективного статуса в преморбиде. Чем более неблагоприятным был преморбид, тем более резистентными будут текущие депрессивные расстройства в структуре синдрома отмены опиоидов.

Ключевые слова: зависимость от опиоидов, анамнез, депрессивный эпизод, текущий аффективный статус.

O. V. Druz'

Main military-medical clinical center
"Main military clinical hospital" (Kyiv)

Presence of depressive episodes in anamnesis and current affective status of opioid addicted patients

The work purpose is estimation of influence of presence of depressive episodes in anamnesis on current affective status of opioid addicted patients during detoxication. The pre-morbid anamnesis (concerning formation of opioid addiction) of 270 opioid addicted patients, and 270 persons without signs of any dependence was investigated by method of the structured interview of respondents and their mothers about presence of depressive episodes different severity levels (by criteria ICD-10). Then, by means of three widespread psychometric tools (scale Hamilton-21, MADRS and HADS) current affective status of responders was investigated — twice (before and after detoxication) for opioid addicted persons, and once for persons without signs of any dependence. It is shown, that resistance of affective disorders of depressive circle which are observed during opioid withdrawal syndrome, in relation to therapeutic interventions, essentially depends on the affective status in pre-morbid. Than this pre-morbid was more adverse, current depressive disorders in structure of opioid withdrawal syndrome will be especially resistant.

Key words: opioid addiction, anamnesis, depressive episode, current affective status.

УДК 616.89-008.447(477)

О. М. Зінченко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(м. Харків)

**РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ
НА ПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ
СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ**

У статті подано регіональні особливості захворюваності на психічні та поведінкові розлади та їх поширеності серед сільського населення України. Наведені дані свідчать про значні коливання показників захворюваності та поширеності. Значна питома вага неспсихотичних психічних розладів в структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів села потребує вжиття відповідних організаційних заходів щодо оптимізації системи надання допомоги і профілактики розладів психічного здоров'я сільського населення України.

Ключові слова: психічні та поведінкові розлади, захворюваність, поширеність, жителі села, психіатрична допомога

В останні роки значна увага приділяється вивченню регіонального аспекту психічного здоров'я населення. На показники, що його віддзеркалюють, здійснюють вплив географічні, економічні, екологічні, етно-культуральні фактори тощо. Слід зазначити, що сучасна система надання психіатричної допомоги потребує удосконалення. Разом з тим, удосконалення психіатричної допомоги повинно бути пов'язане з регіональною політикою реформування служб психічного здоров'я.

Метою дослідження стало вивчення регіональних особливостей захворюваності сільського населення на психічні і поведінкові розлади у 2011 році.

За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», у 2011 році захворюваність на розлади психіки та поведінки у жителів села становила 197,4 на 100 тис. сільського населення.

Серед окремих адміністративних територій у 2011 році високий рівень захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів села зареєстровано у Житомирській (389,5), Київській (330,5) та Сумській (238,1 на 100 тис. сільського населення) областях.

Відносно низькі показники захворюваності на розлади психіки та поведінки у жителів села були зареєстровані у Донецькій (137,8), Запорізькій (141,4), Волинській (147,8) та Чернівецькій (149,1 на 100 тис. сільського населення) областях (рис. 1).

В структурі зареєстрованої захворюваності у жителів села в 2011 році переважали психічні розлади неспсихотичного характеру, які склали 70 % (або 138,2 на 100 тис. сільського населення) від загальної кількості зареєстрованих психічних розладів.

© Зінченко О. М., 2013