

ДЕПРЕССИЯ И ТЕЛО

Л.И. Фусу

DOI: 10.7256/2070-8955.2013.6.6985

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Аннотация. В статье представлены клинические особенности течения депрессивного аффекта у больных, злоупотребляющих психоактивными и наркотическими веществами, определены степени влияния анамнестического фактора на развитие и течение депрессивного синдрома у данной категории людей, проведена оценка социального статуса больных с депрессивными расстройствами и с лекарственной зависимостью, установлены особенности психосоматического и психологического статуса данной категории пациентов.

Ключевые слова: психиатрия, депрессивный аффект, лекарственная зависимость, злоупотребление, наркотические вещества, психический статус, психосоматический статус, социальный фактор, семейный анамнез, психоактивные вещества.

Широкое распространение психической патологии в популяции происходит в основном за счет прогрессивного роста непсихотической психической патологии в виде депрессивных и дистимических расстройств, тревожных и фобических нарушений, стрессовых проявлений разного уровня, личностных декомпенсаций¹. Неслучайно проблемы психического здоровья становятся предметом специального рассмотрения межгосударственных и международных организаций².

Депрессия — одна из наиболее частых форм психической патологии, выявляемой у больных соматическими и неврологическими заболеваниями. В первичной медицинской практике средние показатели распространенности клинически выраженных депрессий составляют 1,6-8,9% и близки к популяционным значениям (4-7%), тогда как при коморбидности аффективного расстройства с неблагоприятно про-

текающим соматическим заболеванием значение этого показателя повышается до 14,3-24%. В результате развернутых и обширных исследований, проведенных как в России, так и в Европе, сделаны попытки разграничить и определить круг основных факторов, ассоциированных с высокой частотой депрессии в общей соматической практике. Среди них такие, как женский пол, пожилой возраст, наличие психотравмирующих ситуаций, потеря семьи (развод, вдовство), работы, низкий доход, а также предшествующая терапия растительными препаратами седативного действия, транквилизаторами, антидепрессантами, нейролептиками³. Следует отметить, что существуют определенные противоречия в описаниях корреляций депрессивных состояний с полом, возрастом, социальным положением и многими другими факторами⁴. Принято считать,

¹ Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 187 с.

² Global Burden of Disease and Risk Factors / Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M. et al. Wash (DC): World Bank; 2006 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11820>; World mental health. Problems and priorities in low-income countries / Desjarlais R., Eisenberg L., Good B. et al. N.Y.: Oxford University Press, 1995 // <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380710/>.

³ Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общей медицинской практике (по результатам программы "КОМПАС") / О.В. Воробьева // *Consilium medicum*. 2004. № 6(2). [Эл. ресурс — http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/04_02/154.shtml]; 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project / Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. et al // *Acta Psychiatr. Scand.* 2004. V. 109(420). P. 28-37.

⁴ Bebbington P. Marital status and depression: A study of English national admission Statistics / P. Bebbington // *Acta psychiatr. Scand.* 1987. V. 75(6). P. 640-650; Blecker C.V.R. Depressive

что эти факторы значительно повышают риск развития депрессий. Большинство из них сами по себе могут выступать в качестве «депрессогенных» у любого человека. Несмотря на то, что эпидемиологическое изучение депрессивных расстройств продвинулось далеко, тем не менее, практически не встречаются работы, в которых были бы рассмотрены особенности клинического течения депрессий у людей, злоупотребляющих наркотическими и психоактивными веществами, взаимовлияния депрессивного аффекта на употребление психоактивных веществ и формирования зависимости от них, не проанализированы факторы и условия, которые способствуют появления психосоматической коморбидности наряду с депрессией у данной категории пациентов, не установлены психологические и психиатрические особенности данных пациентов в связи с вышеназванной коморбидностью.

Таким образом, **целью работы** стало изучение особенностей клинического течения депрессивного аффекта у больных, злоупотребляющих психоактивными и наркотическими веществами, степени влияния анамнестического фактора на развитие и течение депрессивного синдрома у данной категории людей, оценка факторов социальной среды для больных с депрессивными расстройствами одновременно с лекарственной зависимостью, особенностей психосоматического и психологического статуса на момент первичного обследования.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 308 больных основной и 36 больных контрольной группы. Нозологическая квалификация расстройств основывалась на классификации психических болезней МКБ-10 с использованием рубрик F-33.00-F-33.01, F-33.10-F-33.11, F-11.2, F-12.2, F-15.2. В основную группу вошли больные в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст — 31,1±7,46, 308 чел.), в контрольную — от 18 до 50 лет (средний возраст — 32,9±9,70, 36 чел.), $p>0,05$. В контрольную группу (36 чел.) были включены пациенты с наркотической зависимостью, у которых на момент первичного обследования не наблюдалось признаков депрессивных расстройств и соматических нарушений. Из них, коду F-11.2 (опиомания) соответствовало 10 чел. (27,8%),

коду F-12.2 (каннабизм) — 16 чел. (44,4%), F-15.2 (эфедромания) — 10 чел. (27,8%)⁵. В основную группу (308 человек) включались пациенты, употреблявшие психоактивные вещества, а также имеющие аффективные расстройства (F-33.00, F-33.10), в том числе при наличии соматических симптомов на фоне депрессии (238 чел. — F-33.01, F-33.11)⁶.

Всем пациентам основной (308 человек) и контрольной (36 человек) групп проводилось обследование, которое включало скрининговый опрос с заполнением специальной карты, разработанной для данной работы, а также клинко-психопатологическое, клинко-психометрическое, клинко-психологическое исследование.

Для проведения динамической оценки психического состояния использовалась специально разработанная «Карта оценки психотравмирующих ситуаций и психопатологической структуры расстройств тревожно-депрессивного спектра»⁷. Для определения типа личностной аффективности использовалась методика измерения уровня макиавеллизма личности (МАК-ШКАЛА)⁸ и методика «Семантический дифференциал»⁹. С целью анализа способности к социальной адаптации применялись тесты Лири¹⁰. С целью анализа характера психотравмирующих ситуаций, выраженности депрессивных и психосоматических расстройств использовались: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom check list-90-revised — SCL-90-R)¹¹, определение индекса

Disorder in Primary Care / C.V.R. Blecker, A.W. Daze // Brit. J. Psychiatr. 1987. V. 150. P. 737-751; Dovess V. Urban-Rural comparisons of depressive disorders in French Canada / Dovess V., Murfy H.B.M., Tousignant M. // J. Nerv. Ment. Dis. 1987. Vol. 157 (8). P. 457-465; Weissman M.M. Affective disorders in a US Urban Community / Weissman M.M., Myers J.K. // Arch. Gen. Psychiatry. 1978. Vol. 35. P. 1304-1311.

⁵ МКБ-10: Психические расстройства и расстройства поведения (на русском языке). Официальный текст МЗ РФ, адаптированный для применения в РФ, разрешенный к копированию и печати [Эл. ресурс — <http://www.rusmedserv.com/psychsex/icd10.shtml>].

⁶ Там же.

⁷ Клайн Пол. Справочное руководство по конструированию тестов / П. Клайн. М.: ПАН Лтд, 1994. 288 с.

⁸ Знаков В.В. Макиавеллизм: психологическое свойство личности и методика его исследования / В.В. Знаков // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 5. С. 16-22.

⁹ Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании / В.Ф. Петренко. М.: Изд-во МГУ, 1983. 175 с.; Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику / А.Г. Шмелев. М.: Изд-во МГУ, 1983. 157 с.; Language, meaning and culture: the selected papers of C.E. Osgood / Ed. by Charles. E. Osgood and Oliver C.S. Tzeng. New York (etc.): Praeger, 1990 XIII. 402 p.

¹⁰ Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений. Практическое руководство к традиционному и компьютерному вариантам теста / Л.Н. Собчик. М.: Боргес, 2010. 52 с.

¹¹ Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и мето-

тяжести зависимости¹² и опросник для выявления признаков вегетативных изменений¹³. Для оценки выраженности тревожно-депрессивных расстройств и уровня переживаемого стресса использовались «Шкала восприятия стресса PSS10»¹⁴, опросник «Тип отношения к болезни» (ЛОБИ)¹⁵, методика диагностики самооценки¹⁶, шкала самооценки Дембо-Рубинштейн¹⁷. Для определения типа аффективности использовались проективные методики «Цветовой тест отношений», тесты Махвер¹⁸.

Для статистического анализа полученных данных использовали программные пакеты «Statistica for Windows 8.0» (Stat Soft inc., США) и SPSS 14. Описание количественных признаков проводилось с использованием параметрических методов. Достоверность разницы показателей определяли с помощью t-критерия Стьюдента и F-критерия Фишера. Количественные показатели представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее, m — стандартное отклонение¹⁹. Для оценки психометрических показателей и шкал использовался анализ таблиц сопряженности признаков с применением критерия χ^2 . За уровень достоверности статистических показателей принято $p < 0,05$ ²⁰.

Результаты и обсуждение

В результате анализа соответствующих карт-опросников нами показано (табл.1): отсутствие разницы в давности употребления наркотических психотропных веществ: колебание от 1 до 9 лет в основной группе (в среднем — $6,65 \pm 4,3$) и от 1 до 8 лет — в контрольной (в среднем — $6,44 \pm 2,3$), $p > 0,05$. Индекс тяжести зависимости составил $5,45 \pm 0,91$ против $5,41 \pm 0,87$ баллов, $p > 0,05$ (табл. 1). В основной группе соотношение опиомании, каннабизма и эфедромании представлено как 21,4% (66 чел.), 42,2% (130 чел.), 36,4% (112 чел.). В контрольной группе эти показатели составили 27,8% (10 чел. — опиомания), 44,4% (16 чел. — каннабизм), 27,8% (10 чел. — эфедромания), $p > 0,05$. Таким образом, не обнаружено достоверных различий в длительности употребления наркотических веществ, тяжести зависимости между основной и контрольной группами.

Учитывая тот факт, что в основную группу включали пациентов с аффективными расстройствами — длительность депрессивных расстройств в основной группе составила от 1 до 10 лет ($5,35 \pm 2,53$ лет), количество аффективных фаз от 1 до 12 ($6,53 \pm 3,21$ лет), длительность депрессивного эпизода до поступления в клинику $28,8 \pm 2,5$ дней. Соматические симптомы диагностированы в течение последних — $2,48 \pm 0,84$ лет.

Таблица 1

Сравнительная характеристика основной и контрольной групп в зависимости возраста, длительности депрессивных, соматических расстройств, наркотической зависимости

	Основная группа n=308	Контрольная группа n=36	p
Анамнез наркомании	$6,65 \pm 4,3$	$6,44 \pm 2,3$	$> 0,05$
Каннабизм	130 (42,2%)	10 (27,8%)	$> 0,05$
Эфедромания	112 (36,4%)	16 (44,4%)	$> 0,05$
Опиомания	66 (21,4%)	10 (27,8%)	$> 0,05$

При дальнейшем анализе мы определили (см. табл. 2), гендерное распределение не имело достоверных различий между основной и контрольной группами: так, соотношение мужчин составило 60,7% (181 чел.) и 58,4% (21 чел.), $p > 0,05$, женщин, соответственно, 39,3% (127 чел.) против 41,6% (15 чел.), $p > 0,05$.

ды / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец и др. Л.: Когито-Центр, 2007. 208 с.

¹² Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. М., Верди, 2009. 128 с.

¹³ Вейн В.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / В.М. Вейн. М.: Медицина, 1998. 740 с.

¹⁴ Cohen S. A global measure of perceived stress /Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. // J Health and Soc. Behavior. 1983. V. 24. P. 385-396.

¹⁵ Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. М.: Медицина, 1983. 312 с.

¹⁶ Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б.В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. 128 с.

¹⁷ Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности: учеб.-метод. пособие / П.В. Яньшин. 2-е изд., испр. СПб.: Речь, 2007. 320 с.

¹⁸ Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский. Самара: БАХРАХ-М, 2001. 672 с.

¹⁹ Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. М.: Медиа-сфера, 2004. 312 с.; Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М.: Медиа-сфера, 2004. 352 с.

²⁰ Там же.

Таблица 2
Сравнительная характеристика основной и контрольной групп в зависимости от пола и индекса массы тела

	Основная группа n=308	Контрольная группа n=36	p
Пол			
мужской	181 (58,8%)	21 (58,3%)	>0,05
женский	127 (41,2%)	15 (41,7%)	>0,05
Индекс массы тела (кг/м²)			
	24,4±3,8	18,9±4,9	<0,05

В данном блоке проводилось также изучение ряда факторов, которые, возможно, могут быть факторами

риска депрессивных и психосоматических расстройств. В частности, индекс массы тела можно отметить как достоверный фактор риска депрессивных расстройств у больных наркотической зависимостью (24,4±3,8 против 18,9±4,9 кг/м²) (см. табл. 2).

При оценке социального статуса, среди пациентов с депрессивными расстройствами и наркотической зависимостью в качестве фактора риска можно отметить потерю одного или двух родителей в детстве (статус сироты или полусироты) — 19,2 против 2,8%, (p<0,05). Указать следует также на такой фактор риска, как семейное положение — среди пациентов, никогда не состоявших в браке количество депрессивных расстройств достоверно больше (46,4 против 19,4%, p<0,05), с обратной зависимостью для больных, состоящих в браке (9,1 — основная группа, 55,6% — группа контроля, p<0,05), (см. табл. 3)

Таблица 3
Сравнительная характеристика основной и контрольной групп в зависимости от социальных анамнестических факторов

	Основная группа n=308	Контрольная группа n=36	p
Социальный статус			
сирота/полусирота	59 (19,2%)	1 (2,8%)	<0,05
антисоциальное поведение до ПАВ	23 (7,5%)	4 (11,1%)	<0,05
безработный	179 (58,1%)	20 (55,6%)	>0,05
офисный работник	35 (11,4%)	3 (8,3%)	>0,05
студент	19 (6,2%)	2 (5,6%)	>0,05
рабочий	75 (24,4%)	11 (30,6%)	>0,05
Уровень образования			
среднее	72 (23,4%)	23 (63,9%)	<0,05
специальное (неоконченное)	50 (16,3%)	2 (5,6%)	>0,05
специальное	48 (15,6%)	8 (22,2%)	>0,05
незаконченное высшее	43 (14,0%)	1 (2,8%)	>0,05
высшее	95 (30,8%)	2 (5,6%)	<0,05
Семейное положение			
никогда не состоял в браке	143 (46,4%)	7 (19,4%)	<0,05
разведен	137 (44,5%)	9 (25,0%)	>0,05
состоит в браке	28 (9,1%)	20 (55,6%)	<0,05
детей нет	200 (64,9%)	18 (50,0%)	>0,05
1 ребенок	82 (26,6%)	13 (36,1%)	>0,05
2 и более детей	26 (8,5%)	5 (13,9%)	>0,05

Влияние семейного анамнеза на депрессивный аффект у пациентов основной и контрольной групп

	Основная группа n=308	Контрольная группа n=36	p
Возраст родителей при рождении пациента (до 18 и после 35 лет)	85 (27,6%)	3 (8,3%)	<0,05
Горе (траур) матери из-за смерти до, во время беременности или после родов близкого человека	140 (45,5%)	0 (0,0%)	<0,05
Наличие аборты и выкидыши у матери	152 (49,4%)	5 (13,4%)	<0,05
Смерть ребенка до рождения предыдущего	30 (9,7%)	1 (2,8%)	<0,05
Осложнения беременности у матери	94 (30,5%)	7 (19,4%)	>0,05
Осложнения в родах	71 (23,1%)	8 (22,2%)	>0,05
Грудное вскармливание	139 (45,1%)	12 (33,3%)	>0,05
Детский сад до 18 мес.	165 (53,6%)	5 (13,4%)	<0,05
Плохие отношения между родителями	234 (75,9%)	7 (19,4%)	<0,05
Нахождение в зоне военных конфликтов 1 из родителей	26 (8,4%)	0 (0%)	<0,05
Измена мужа	196 (63,6%)	4 (11,1%)	<0,05
Развод	143 (46,4%)	7 (19,4%)	<0,05
Стресс в детстве	260 (84,4%)	11 (30,6%)	<0,05
Ранние разлуки с матерями	211 (68,5%)	8 (22%)	<0,05
Желанный ребенок (пациент)	24 (7,8%)	5 (13,9%)	>0,05
Неопределенное чувство «вины»	114 (37,0%)	6 (16,7%)	<0,05
Наличие братьев/сестер	143 (46,4%)	7 (19,4%)	<0,05
Вредные привычки родителей			
Алкоголизм	43 (14,0%)	4 (11,1%)	>0,05
Курение	85 (27,6%)	6 (16,7%)	>0,05
Прием наркотических веществ	7 (2,3%)	1 (2,8%)	>0,05
Посещение ночных клубов родителями	66 (21,4%)	4 (11,1%)	>0,05
Всего	160 (51,9%)	12 (33,3%)	>0,05
Социальный статус родителей			
Безработный	44 (14,3%)	20 (55,6%)	<0,05
Офисный работник	83 (26,9%)	11 (30,6%)	>0,05
Рабочий	13 (4,2%)	1 (2,8%)	<0,05
Высокий социальный статус	159 (51,6%)	4 (11,1%)	>0,05

Место работы и уровень образования пациента до начала заболевания в нашем исследовании также было определены как значимый фактор риска. Так среди пациентов с сопутствующей депрессией доля больных с высшим образованием была приблизительно в 5 раз большей чем у пациентов без сопутствующей депрессии ($p < 0,05$) (см. табл. 4). Кроме того, среди лиц с высшим образованием, было 35 человек с защищенной научной степенью (36,8% от всех лиц имеющих высшее образование). Среди пациентов, не имевших детей, был определен как высокий уровень наркотической зависимости (в контрольной группе 50,0%); депрессивные расстройства встречались несколько чаще (64,9%), чем при наличии 1-го (26,6% против 36,1%).

Антисоциальное поведение до начала приема психоактивных веществ наблюдалось чаще у пациентов без депрессивных расстройств — 11,1% против 7,5% основной группы, $p < 0,05$.

При анализе особенностей отношений между родителями больного, семейного анамнеза, некоторых фактов из раннего детства было установлено следующее (табл. 4). У больных основной группы достоверным фактором риска аффективных расстройств можно считать возраст родителей меньше 18 и более 35 на момент рождения ребенка (27,6 против 8,3%, $p < 0,05$), наличие аффективных расстройств у матери (11,0 против 0,0%, $p < 0,05$). Среди пациентов основной группы посещать

Распределение типа ведущего аффекта в группе больных с депрессивными расстройствами и наркотической зависимостью



детский сад до 18 месяцев начали 53,6 % против 13,4 % контрольной группы ($p < 0,05$), что также можно считать неблагоприятным фактором для развития депрессии в молодом и среднем возрасте. На «плохие» отношения между родителями (недостаточное общение, отсутствие «любви», «понимания», развод и др.) указало 75,9% основной группы и только 19,4% контрольной группы. Из этой же группы большинство «депрессивных» больных указало (84,4%, $p < 0,05$) на пережитый в детстве стресс из-за «разлуки» с одним или двумя родителями, отсутствие контакта, недостаточное понимание, отсутствие «любви», ревность к другим членам семьи. При этом, у 46,4% пациентов основной группы и 19,4% больных контрольной группы были братья или сестры ($p < 0,05$). Только 7,8% обследованных основной группы и 13,9% контрольной группы считало себя «желанным ребенком» ($p > 0,05$). Из-за разных причин 37,0% депрессивных пациентов испытывало **неопределенное** «чувство вины» ($p < 0,05$).

Весьма определяющими факторами развития депрессии служили следующие: горе (траур) матери из-за смерти до, во время беременности или после родов близкого человека, наличие аборт и выкидышей у матери, смерть ребенка до рождения предыдущего ($p < 0,05$ во всех случаях) (табл. 4). Несомненно, важную роль в развитии депрессивного аффекта у лиц с наркотической зависимостью играли такие анамнестические факторы как нахождение в зоне военных конфликтов одного из родителей, наличие измены мужа, развод, стресс в детстве, ранние разлуки детей с матерями ($p < 0,05$ во всех случаях). (табл. 4).

Вредные привычки у родителей чаще встречались среди депрессивных пациентов (алкоголизм — 14,0 против 11,1%, курение — 27,6 против 16,7%, прием наркотических веществ — 2,3 против 2,8%, посещение ночных клубов — 21,4 против 11,1%, $p > 0,05$). При анализе социального статуса родителей, в группе больных с наркотической зависимостью без депрессии чаще встречались безработные 55,6% ($p < 0,05$), у «депрессивных» больных на фоне наркотической зависимости родители чаще имели высокий социальный статус 51,6% против 11,1%, $p < 0,05$.

По типу ведущего аффекта преобладали больные с тоскливо-тревожным аффектом — 55,2% (170 чел.), далее — тоскливо-апатическим (22,4%, 69 чел.), затем по частоте следовал тревожный аффект (14,3%, 44 чел.), с наименьшей встречаемостью тоскливо-тревожного типа (8,1%, 25 чел.), (рис. 1).

Из симптомокомплекса психических нарушений у депрессивных пациентов достоверно преобладали ипохондрия (78,9 против 8,3%, $p < 0,05$), тревожность (91,9 против 11,1%, $p < 0,05$), фобия (94,1 против 11,1%, $p < 0,05$), сверхценные идеи (45,5 против 22,2%, $p < 0,05$), с недостоверным распределением агрессии (53,6 против 58,3%) и застенчивости (52,6 против 38,9%), (табл. 5).

Частота астенического синдрома в основной группе была достоверно выше, чем в контрольной (88,3 против 16,7%, $p < 0,05$). Индекс астении по шкале астенического

Психический симптомокомплекс и типы психосоматических расстройств у пациентов основной и контрольной групп

	Основная группа n=308	Контрольная группа n=36	p
<i>Психический симптомокомплекс</i>			
ипохондрия	246 (78,9%)	3 (8,3%)	<0,05
тревожность	283 (91,9%)	4 (11,1%)	<0,05
фобия	290 (94,1%)	4 (11,1%)	<0,05
сверхценные идеи	140 (45,5%)	8 (22,2%)	<0,05
агрессия	165 (53,6%)	21 (58,3%)	>0,05
застенчивость	162 (52,6%)	14 (38,9%)	>0,05
<i>Астенический синдром</i>			
частота	275 (88,3%)	6 (16,7%)	<0,05
выраженность	92,2±18,2	79,1±5,23	<0,05
<i>Тип психосоматического расстройства</i>			
классическое соматическое	112 (36,4%)	0 (0,0%)	<0,05
гипохондрическое	62 (20,1%)	0 (0,0%)	<0,05
соматоформное вегетативное	64 (20,8%)	0 (0,0%)	<0,05

состояния²¹ в основной группе превышал таковой в контрольной группе и составил 92,2±18,2 против 79,1±5,23 баллов, (p<0,05), (табл. 5).

Таким образом, в основной группе было определено 238 пациентов с наличием психосоматических расстройств, из них классическое соматическое расстройство установлено у 112 чел. (36,4%), гипохондрическое — у 62 (20,1%), соматоформное вегетативное — у 64 (20,8%) человек (табл. 5).

При оценке психологических особенностей, следует отметить достоверные различия поведенческого паттерна (тест Айзенка) между основной и контрольной группами (p<0,05), отсутствие достоверных различий при распределении типов темперамента (табл. 6). Исходя из данных теста Лири и анализа межличностных отношений, у больных с аффективными расстройствами и наркотической зависимостью преобладали эгоистичный (22,7 против 5,6%, p<0,05) и подозрительный (22,7 против 2,8%, p<0,05) типы отношений, а при наркотической зависимости без аффективных расстройств — подчиняемый (47,2 против 9,1%, p<0,05) и зависимый (33,3 против 11,4%, p<0,05) типы (табл. 6).

²¹ Майкова Л.Д. Настольная книга практического психолога: учеб. пособие: в 2 кн. / Л.Д. Майкова, Т.Г. Чертова, Е.И. Рогов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Гуманит. изд. центр ВЛА-ДОС, 1999. Кн. 1. 384 с.

При оценке отношения к болезни (опросник ЛОБИ) достоверные различия среди больных основной группы можно установлены ипохондрического (24,0%, p<0,05), меланхолического (27,9%, p<0,05) и эгоцентрического (21,1%, p<0,05) типов, среди контрольной группы — для апатического (33,3%, p<0,05), сенситивного (25,0%, p<0,05), неврастенического типов (27,8%, p<0,05).

На основании данных характеристик групп больных можно сделать следующие **выводы**:

1) Наличие депрессивного аффекта значительно изменяет картину течения зависимости от психоактивных и наркотических веществ.

2) Наиболее встречаемой формой депрессивного аффекта у людей, злоупотребляющих наркотическими веществами является тоскливо-тревожный тип, который сопровождается, преимущественно, ипохондрическими, тревожными, фобическими симптомокомплексами, а также комплексом наличия сверхценных идей.

3) У абсолютного большинства наркозависимых с депрессией в отличие от аналогичной группы людей без депрессивного аффекта, наблюдается астенический синдром с тяжелой степенью его выраженности.

4) Психологическими особенностями данной когорты пациентов является преобладание интровертного поведенческого паттерна над экстравертным, эгоистичного, подчиняемого или зависимого типа межличност-

Характеристика психологических особенностей основной и контрольной групп при депрессивных расстройствах и наркотической зависимости

	Основная группа n=308	Контрольная группа n=36	p
Тест Айзенка (поведенческий паттерн)			
Интраверт	162 (52,6%)	9 (25,0%)	<0,05
Экстраверт	146 (47,4%)	27 (75,0%)	<0,05
Тип темперамента			
Меланхолический	215 (69,8%)	22 (61,1%)	>0,05
Сангвинический	13 (4,2%)	3 (8,3%)	>0,05
Холерический	58 (18,8%)	8 (22,2%)	>0,05
Флегматический	22 (7,1%)	3 (8,3%)	>0,05
Тип межличностных отношений по Лире			
Эгоистичный	70 (22,7%)	2 (5,6%)	<0,05
Агрессивный	57 (18,5%)	2 (5,6%)	>0,05
Авторитарный	48 (15,6%)	2 (5,6%)	>0,05
Подозрительный	70 (22,7%)	1 (2,8%)	<0,05
Подчиняемый	28 (9,1%)	17 (47,2%)	<0,05
Зависимый	35 (11,4%)	12 (33,3%)	<0,05
Тип отношения к болезни			
Ипохондрический	74 (24,0%)	0 (0,0%)	<0,05
Меланхолический	86 (27,9%)	0 (0,0%)	<0,05
Апатический	38 (12,3%)	12 (33,3%)	<0,05
Сенситивный	11 (3,6%)	9 (25,0%)	<0,05
Эгоцентрический	65 (21,1%)	0 (0,0%)	<0,05
Анозогнозический	9 (2,9%)	0 (0,0%)	>0,05
Паранояльный	25 (8,1%)	5 (13,9%)	>0,05
Неврастенический	0 (0,0%)	10 (27,8%)	<0,05

ных отношений, ипохондрического, меланхолического, апатического, сенситивного и эгоцентрического отношения к своему состоянию, с абсолютным перевесом меланхолического и апатического типа внутри своей категории.

5) У абсолютного большинства больных с депрессией установлена также психосоматическая коморбидность с преобладанием признаков классического соматического расстройства, которое, в свою очередь, сопровождается увеличенным индексом массы тела.

6) Высокий социальный статус, наличие высшего образования, отсутствие семейного статуса также влияют на наличие депрессивного аффекта у больных злоупотребляющих наркотическими веществами.

7) Основополагающими факторами развития депрессий у наркозависимых являются следующие

anamnestические параметры: горе (траур) матери из-за смерти до, во время беременности или после родов близкого человека, наличие аборт и выкидышей у матери, смерть ребенка до рождения предыдущего, нахождение в зоне военных конфликтов одного из родителей, наличие измены мужа, разводы родителей.

8) Нами доказано влияние анамnestического фактора, а именно возраста родителей при рождении ребенка, наличие депрессий у матерей, раннее «отдавание» в детский сад и ранние разлуки с детьми, неадекватные отношения между родителями и стрессы детском возрасте, высокий социальный статус родителей, но не наличия вредных привычек у родителей, на протекание депрессий у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами.

Список литературы:

1. Вейн В.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / В.М. Вейн. М.: Медицина, 1998. 740 с.
2. Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике (по результатам программы "КОМПАС") / О.В. Воробьева // Consilium medicum. 2004. № 6 (2). [Эл. ресурс — http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/04_02/154.shtml].
3. Знаков В.В. Макиавеллизм: психологическое свойство личности и методика его исследования / В.В. Знаков // Психологический журнал. 2000. Т. 21. № 5. С. 16-22.
4. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. М.: Верди, 2009. 128 с.
5. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. М.: Медицина, 1983. 312 с. ил.
6. Клайн Пол. Справочное руководство по конструированию тестов / П. Клайн. М.: ПАН Лтд, 1994. 288 с.
7. Майкова Л.Д. Настольная книга практического психолога: учеб. пособие: в 2 кн. / Л.Д. Майкова, Т.Г. Чертова, Е.И. Рогов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. Кн. 1. 384 с. ил.
8. МКБ-10: Психические расстройства и расстройства поведения (на русском языке). Официальный текст МЗ РФ, адаптированный для применения в РФ, разрешенный к копированию и печати [Эл. ресурс — <http://www.rusmedserv.com/psychsex/icd10.shtml>].
9. Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование форм репрезентации в обыденном сознании / В.Ф. Петренко. М.: Изд-во МГУ, 1983. 175 с.
10. Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / под общ. ред. Б.В. Михайлова. Харьков: Прапор, 2002. 128 с.
11. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д.Я. Райгородский. Самара: БАХРАХ-М, 2001. 672 с.
12. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. М.: Медиа-сфера, 2004. 312 с.
13. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства / С.Б. Семичов. Л.: Медицина, 1987. 187 с.
14. Собчик Л.Н. Диагностика межличностных отношений. Практическое руководство к традиционному и компьютерному вариантам теста / Л.Н. Собчик. М.: Боргес, 2010. 52 с.
15. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец и др. Л.: Когито-Центр, 2007. 208 с.
16. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М.: Медиа-сфера, 2004. 352 с.
17. Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику / А.Г. Шмелев. М.: Изд-во МГУ, 1983. 157 с.
18. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности: учеб.-метод. пособие / П.В. Яньшин. 2-е изд., испр. СПб.: Речь, 2007. 320 с.
19. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project / Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. et al. // Acta Psychiatr. Scand. 2004. V. 109(420). P. 28-37.
20. Bebbington P. Marital status and depression: A study of English national admission Statistics / P. Bebbington // Acta psychiatr. Scand. 1987. V. 75(6). P. 640-650.
21. Blecker C.V.R. Depressive Disorder in Primary Care / C.V.R. Blecker, A.W. Daze // Brit. J. Psychiatr. 1987. V. 150. P. 737-751.
22. Cohen S. A global measure of perceived stress / Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. // J Health and Soc. Behavior. 1983. V. 24. P. 385-396.
23. Dovess V. Urban-Rural comparisons of depressive disorders in French Canada / Dovess V., Murphy H.B.M., Tousignant M. // J. Nerv. Ment. Dis. 1987. Vol. 157 (8). P. 457-465.
24. Global Burden of Disease and Risk Factors / Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M. et al. Wash (DC):World Bank; 2006. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11820/>].
25. Language, meaning and culture: the selected papers of C. E. Osgood / Ed. by Charles. E. Osgood and Oliver C.S. Tzeng. New York (etc.): Praeger, 1990 XIII. 402 p.
26. Weissman M.M. Affective disorders in a US Urban Community / Weissman M.M., Myers J.K. // Arch. Gen. Psychiatry. 1978. Vol. 35. P. 1304-1311.
27. World mental health. Problems and priorities in low-income countries / Desjarlais R., Eisenberg L., Good B. et al. N.Y.: Oxford University Press, 1995. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380710/>].

References (transliteration):

1. Veyn V.M. Vegetativnye rasstroystva. Klinika, diagnostika, lechenie / V.M. Veyn. M.: Meditsina, 1998. 740 s.
2. Vorob'eva O.V. Klinicheskie osobennosti depressii v obshchemeditsinskoj praktike (po rezul'tatam programmy "KOM-PAS") / O.V. Vorob'eva // Consilium medicum. 2004. № 6 (2). [El. resurs — http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/04_02/154.shtml].
3. Znakov V.V. Makiavellizm: psikhologicheskoe svoystvo lichnosti i metodika ego issledovaniya / V.V. Znakov // Psikhologicheskij zhurnal. 2000. T. 21. № 5. S. 16-22.
4. Indeks tyazhesti zavisimosti: versiya Treatnet: Rukovodstvo i oprosnik. M.: Verdi, 2009. 128 s.
5. Kabanov M.M. Metody psikhologicheskoy diagnostiki i korrektsii v klinike / M.M. Kabanov, A.E. Lichko, V.M. Smirnov. M.: Meditsina, 1983. 312 s. il.
6. Klayn Pol. Spravochnoe rukovodstvo po konstruirovaniyu testov / P. Klayn. M.: PAN Ltd, 1994. 288 s.
7. Maykova L.D. Nastol'naya kniga prakticheskogo psikhologa: Ucheb. posobie: V 2 kn. / L.D. Maykova, T.G. Chertova, E.I. Rogov. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Guma-nit. izd. tsentr VLADOS, 1999. Kn. 1. 384 s: il.
8. MKB-10: Psikhicheskie rasstroystva i rasstroystva povedeniya (na russkom yazyke). Ofitsial'nyy tekst MZ RF, adaptirovannyy dlya primeneniya v RF, razreshenny k kopirovaniyu i pechati. [El. resurs — <http://www.rusmedserv.com/psychsex/icd10.shtml>].
9. Petrenko V.F. Vvedenie v eksperimental'nuyu psikhosemantiku: issledovanie form reprezentatsii v obydennom soznanii / V.F. Petrenko. M.: Izd-vo MGU, 1983. 175 s.
10. Psikhoterapiya v obshchesomaticheskoy meditsine: Klinicheskoe rukovodstvo / Pod obshch. red. B.V. Mikhaylova. Khar'kov: Prapor, 2002. 128 s.
11. Raygorodskiy D.Ya. Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy / D.Ya. Raygorodskiy. Samara: BAKhRAKh-M, 2001. 672 s.
12. Rebrova O.Yu. Statisticheskij analiz meditsinskikh dannykh. Primenenie paketa prikladnykh programm STATISTICA / O.Yu. Rebrova. M.: Media-sfera, 2004. 312 s.
13. Semichov S.B. Predboleznennyye psikhicheskie rasstroystva / S.B. Semichov. L.: Meditsina, 1987. 187 s.
14. Sobchik L.N. Diagnostika mezhlchnostnykh otnosheniy. Prakticheskoe rukovodstvo k traditsionnomu i komp'yuternomu variantam testa / L.N. Sobchik. M.: Borges, 2010. 52 s.
15. Tarabrina N.V. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa. Ch. 1. Teoriya i metody / N.V. Tarabrina, V.A. Agarkov, Yu.V. Bykhovets i dr. L.: Kogito-Tsentr, 2007. 208 s.
16. Fletcher R. Klinicheskaya epidemiologiya. Osnovy dokazatel'noy meditsiny / R. Fletcher, S. Fletcher, E. Vagner. M.: Media-sfera, 2004. 352 s.
17. Shmelev A.G. Vvedenie v eksperimental'nuyu psikhosemantiku / A.G. Shmelev. M.: Izd-vo MGU, 1983. 157 s.
18. Yan'shin P.V. Klinicheskaya psikhodiagnostika lichnosti. Uchebno-metodicheskoe posobie / P.V. Yan'shin. 2-e izd., ispr. SPb.: Rech', 2007. 320 s.
19. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project / Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. et al. // Acta Psychiatr. Scand. 2004. V. 109(420). P. 28-37.
20. Bebbington P. Marital status and depression: A study of English national admission Statistics / P. Bebbington // Acta psychiatr. Scand. 1987. V. 75(6). P. 640-650.
21. Blecker C.V.R. Depressive Disorder in Primary Care / C.V.R. Blecker, A.W. Daze // Brit. J. Psychiatr. 1987. V. 150. P. 737-751.
22. Cohen S. A global measure of perceived stress / Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. // J Health and Soc. Behavior. 1983. V. 24. P. 385-396.
23. Dovess V. Urban-Rural comparisons of depressive disorders in French Canada / Dovess V., Murfy H.B.M., Tousignant M. // J. Nerv. Ment. Dis. 1987. Vol. 157 (8). P. 457-465.
24. Global Burden of Disease and Risk Factors / Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M. et al. Wash (DC):World Bank; 2006. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11820/>].
25. Language, meaning and culture: the selected papers of C. E. Osgood / Ed. by Charles. E. Osgood and Oliver C.S. Tzeng. New York (etc.): Praeger, 1990 XIII. 402 p.
26. Weissman M.M. Affective disorders in a US Urban Community / Weissman M.M., Myers J.K. // Arch. Gen. Psychiatry. 1978. Vol. 35. P. 1304-1311.
27. World mental health. Problems and priorities in low-income countries / Desjarlais R., Eisenberg L., Good B. et al. N.Y.: Oxford University Press, 1995. [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380710/>].