



УДК 616.36-002-036.12-092:577.27:577.112.825

В. В. Чугунов, А. З. Григорян, А. Д. Городокин

### Особенности внутреннего отношения к болезни среди контингента пациентов, страдающих аффективными расстройствами в структуре аддикций

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** аддикция, депрессия, мания, эйфория.

Патопластическая модификация аддиктивных расстройств нарушениями аффективного спектра приводит к формированию кластера психопатологических нарушений, имеющего специфические структурно-динамические особенности.

С целью выявления динамики изменения типа отношения к болезни с помощью опросника «ЛОБИ» обследовано 100 пациентов КУ «Запорожский областной наркологический диспансер» ЗОС, страдающих полинаркоманиями и расстройствами аффективного спектра, в следующих клинических периодах: абстинентного состояния, дальнейшего стационарного и диспансерного наблюдения.

Выявлена общность фоновых психопатологических нарушений в ракурсе их принадлежности к соматогенно-органическому регистру поражения психики среди всего контингента исследования. Динамика смены типов отношения к заболеванию иллюстрирует частично обратимый характер последних.

### Особливості внутрішнього ставлення до хвороби серед контингенту пацієнтів, які страждають на афективні розлади у структурі адикцій

В. В. Чугунов, А. З. Григорян, А. Д. Городокин

Патопластична модифікація адиктивних розладів порушеннями афективного спектра призводить до формування кластера психопатологічних порушень, що мають специфічні структурно-динамічні особливості.

З метою виявлення динаміки зміни типу ставлення до хвороби за допомогою опитувальника «ЛОБИ» обстежили 100 пацієнтів КУ «Запорізький обласний наркологічний диспансер» ЗОР, які страждають на полінаркоманію і розлади афективного спектра, в таких клінічних періодах: абстинентного стану, подальшого стаціонарного та диспансерного спостереження.

Виявили спільність фонових психопатологічних порушень у ракурсі їх належності до соматогенно-органічного регістру ураження психіки, серед усього контингенту дослідження. Динаміка зміни типів ставлення до захворювання ілюструє частково оборотний характер останніх.

**Ключові слова:** адикція, депресія, манія, ейфорія.

Запорізький медичний журнал. – 2014. – №6 (87). – С. 61–65

### Features of dynamic change of inner disease-relation type in cohort of patients suffering from addictions

V. V. Chugunov, A. Z. Grigoryan, A. D. Gorodokin

**Aim.** Pathoplastic modification of addictive disorders with affective spectrum violations, leads to the formation of the psychopathological cluster that have specific structural and dynamic features.

**Methods and results.** In order to assess the dynamics of change of disease-relation type by LOBY questionnaire, 100 patients from «Zaporozhye Regional Narcological Dispensary» suffering from polydrug usage and affective spectrum disorders were examined in the following clinical periods: withdrawal state, further inpatient and outpatient follow-up.

**Conclusion.** The solidity of background psychopathological disorders in perspective of their affiliation to somatogenically-organic register, for the entire study contingent was found. Dynamics of change of disease-relation type illustrates partially reversible character of these disorders.

**Key words:** Drug Addiction, Depression, Mania, Euphoria.

Zaporozhye medical journal 2014; №6 (87): 61–65

Номинальная демаркация наркологии и психиатрии в отдельные ветви клинической медицины (вследствие появления филогенетически нового нозологического кластера аддиктивных расстройств) при всех декларируемых различиях данных клинических специальностей имеет формальный характер в силу единства эволюции дискурса этих дисциплин.

Имея условные междисциплинарные границы в сочетании с фактической общностью диагностического и терапевтического инструментария, данные клинические дисциплины разделяют единую сферу компетенции.

Выделение наркологии как отдельной клинической дисциплины произошло в виду парциальной конвергенции следующих разделов медицины:

- клиники интоксикационных психозов;
- эфферентных методов терапии, заимствованных из реаниматологической клиники;

- психотерапия в рамках слияния поведенческой, суггестивной и рациональных парадигм;
- социальная медицина в рамках психогигиены и психопрофилактики распространения алкоголизма и наркомании.

В процессе эволюции наркологического дискурса произошло формирование современных тенденций развития клинической дисциплины, одной из которых является номинация и атрибутивное оформление аддиктологии. Де-факто апеллирует к специфическому характеру наркологии как дисциплины, которая сфокусирована на патологии волевой сферы (патологии влечений). Подобные тенденции призваны не только расширить сферу клинической компетенции и соответственно охват все новых контингентов (психогенная гиперфагия, разнообразные формы игровой зависимости etc.), но и углубить демаркацию ее с психиатрией [1].

© В. В. Чугунов, А. З. Григорян, А. Д. Городокин, 2014



Наиболее остро в клинической наркологии в настоящий момент стоит вопрос патопластической модификации психопатологических нарушений, принадлежащих к экзогенно-интоксикационному регистру поражения психики, расстройствами, классически входящими в сферу компетенции психиатрии. Указанный процесс приводит к формированию коморбидных состояний, имеющих в своем психогенезе агонистические механизмы, детерминирующие специфические характеристики данной группы психопатологических расстройств, среди которых наиболее характерным является сочетание аддитивных и аффективных нарушений в структуре единого психопатологического комплекса [2 – 4].

Актуальность проблемы так же отмечают исследования, проведенные в 2014 году на популяции, состоящей из 8739 пациентов, которые страдали аддитивными расстройствами в Норвегии [5].

Механизмы формирования коморбидных состояний при указанном выше психопатологическом комплексе целесообразно разделить следующим образом:

- прямая коморбидность (присоединение аффективных расстройств к патологическому аддитивному базису);
- обратная коморбидность (присоединение аддитивных расстройств к патологическому аффективному базису).

Формирование «прямой коморбидности» детерминировано наличием специфических для аддитивных нарушений патогенетических механизмов:

#### 1. Соматогенно-органические:

- токсической энцефалопатией как результат вторичной интоксикацией вследствие метаболизма ПАВ до токсических дериватов с последующим формированием резидуального органического фона;
- развитием инфекционных осложнений длительного употребления ПАВ как вследствие наличия путей передачи при инъекционном пути употребления, так и вторичного снижения иммунитета;
- высокой частотой алиментарной недостаточности как вследствие социально-экономических последствий аддикций, так и непосредственного воздействия ПАВ на аппетит и дигестивный аппарат, сопровождающейся дефицитом витаминов и микроэлементов;
- формированием флелосклероза и флелотромбоза на отдаленном этапе инъекционных аддикций как предиктор нарушения реологических характеристик крови, которые, в свою очередь, выступают основным фактором развития ишемических поражений ЦНС.

#### 2. Экзогенные:

- наличие прямого психотропного эффекта ПАВ, приводящего не только к расстройствам острого периода интоксикации – маниформным (мориеформные, эйфорические etc.), но также и к следовым аффективным нарушениям;
- нарушение нейрометаболических и рецепторных взаимодействий ЦНС в силу непосредственного воздействия наркотического вещества с формированием специфических патоперсоналогических нарушений, синдромов зависимости и абстиненции;

- нарушение ритма сна/бодрствования вследствие клинической структуры эйфории, в основе которой лежит токсическое поражение ЦНС как фактор психастенизации;
- наличие выраженной астенизации психики пациентов в периодах абстиненции, что приводит к снижению резистентности психогенным факторам.

#### 3. Психогенные:

- невозможность удовлетворения аддитивного влечения в состоянии абстиненции – фактор психотравматизации;
- наличие макросоциальной стигматизации контингента, принадлежащего к аддитивной мезокультуре, приводит к индивидуальной дискриминации, тождественной длительной экспозиции психогенных факторов.

Формирование «обратной коморбидности» детерминировано тем, что аффективные нарушения являются *humus fecunda* для формирования аддикций в силу следующих механизмов:

- Прогрессирование аддикции вследствие формирования интроспективной аргументации приема ПАВ в результате эффективного использования ПАВ в рамках модуса аутокурации депрессивного синдрома.
- Благоприятные условия для приема ПАВ детерминированы нарушением волевых задержек в совокупности с повышением социальной активности пациентов с маниформными синдромами.

Наличие аддитивных нарушений в структуре базисных расстройств аффекта детерминирует клинические характеристики последних:

- Снижение терапевтического альянса при лечении аффективных нарушений в силу развития специфических патоперсоналогических расстройств среди контингента пациентов, страдающих аддикциями.
- Большая клиническая глубина абстинентных состояний при коморбидных депрессивных расстройствах, формирование атипичных психотических форм абстиненции.
- Взаимная индукция экстацербадий.

Совокупность описанных агонистических механизмов детерминирует интимное психопатогенетическое взаимодействие данных нозологических групп, что формирует необходимость научного поиска мишеней терапии, специфических для данной группы коморбидных состояний.

Базисным этапом поиска мишеней психотерапевтического воздействия является анализ медико-психологических характеристик пациентов, страдающих аддитивными расстройствами, коморбидными аффективным нарушениям [6].

#### Цель работы

Определение динамики изменения типа отношения к заболеванию среди контингента пациентов, страдающих аддитивными нарушениями с аффективными расстройствами в их структуре, на протяжении различных периодов клинического наблюдения.

#### Пациенты и методы исследования

Контингент исследования составили 100 пациентов КУ «Запорожский областной наркологический диспансер» ЗОС, страдающих полинаркоманиями. У всех больных наблюдалось постоянное употребление опиоидов и табака, эпизодическое – алкоголя, каннабиноидов. Длительность заболевания – от 5 до 15 лет. Эти больные составили основную группу исследования. Средний возраст в группе –  $31 \pm 0,52$  года.



Группу сравнения составили 40 условно здоровых обследованных, которые не имели клинически очерченной психической патологии и проявлений зависимости. Средний возраст в группе –  $30 \pm 0,61$  года.

Основным инструментом патопсихологического обследования контингента пациентов в исследовании выступал личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ, 1983), который разработан с целью диагностики типов отношения к болезни и других связанных с ней личностных отношений. Диагностируется паттерн отношения к болезни, сложившийся под ее влиянием [7 – 8].

Согласно первому этапу процедуры патопсихологического исследования контингент пациентов был распределен на две группы, соответственно клинически-наличествующему аффективному фону в дихотомии «гипертимия-гипотимия». На следующем этапе исследование проводилось отдельно на каждом из клинических периодов, их было 3, а именно:

- Период абстиненции.
- Период последующего стационарного наблюдения.
- Период диспансерного наблюдения.

Группа «гипотимных» пациентов состояла из 83 человек, которые имели при поступлении в наркологический стационар довлеющие компоненты депрессивного синдрома с различными аффективными аранжировками (тоска, тревога, апатия).

Группа «гипертимных» пациентов состояла из 17 человек, имеющих при поступлении в наркологический стационар довлеющие компоненты маниакального синдрома, а также различные маниаформные состояния (мория, эйфория).

В работе производился анализ медико-психологических пациентов, страдающих аддиктивными расстройствами коморбидными аффективными нарушениями посредством патопсихологических методов исследования психики среди данного контингента пациентов с целью:

- определения векторов психотерапевтической коррекции;
- выявления специфических мишеней психотерапевтического воздействия в психогенезе указанного спектра расстройств;
- поиска благоприятных факторов в отношении профилактики указанного спектра расстройств;

- поиска неблагоприятных факторов в отношении психотерапевтической коррекции указанного спектра расстройств для последующего поиска путей их преодоления.

### Результаты и их обсуждение

Анализ результатов исследования позволяет сформулировать общие закономерности динамического изменения типа отношения к болезни в различных клинических периодах течения заболевания, в том числе основываясь на разности первичного аффективного фона.

Контингент пациентов, госпитализированных в наркологический стационар с довлеющими компонентами депрессивного синдрома, выявил относительную стабильность типа отношения к заболеванию. Среди контингента в периоде абстиненции доминировали тревожный (13,25%), эгоцентрический (19,27%) и дисфорический (21,68%) типы отношения к заболеванию, аналогичная картина сохранилась и в периоде дальнейшего стационарного наблюдения, на этом этапе преобладающие типы отношения к заболеванию – тревожный (20,48%), эгоцентрический (15,66%) и дисфорический (19,27%). Картина распределения типов отношения к заболеванию изменяется на периоде диспансерного наблюдения, на этом этапе происходит конвергенция типов отношения к заболеванию с выделением неврастенического (31,32%) типа как доминирующего, при этом частично редуцировался дисфорический тип (7,22%), а тревожный (13,25%) и эгоцентрический типы (13,25%) отношения к заболеванию редуцировались незначительно.

Указанная динамика, учитывая ее стабильность, свидетельствует о преимущественно соматогенно-органическом генезе аффективных расстройств депрессивного спектра среди исследованного контингента пациентов, при этом можно косвенно судить об их частично обратимом характере, основываясь на том факте, что в периоде диспансерного наблюдения при условии прекращения употребления ПАВ и соблюдения психогигиенических рекомендаций – частично редуцировались типы отношения к болезни, что свойственно грубым патоперсоналогическим нарушениям органического генеза.

Распределение типов отношения к болезни среди «гипотимного» контингента пациентов представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение типов отношения к болезни среди «гипотимного» контингента пациентов

Типы отношения к болезни	Период абстиненции N 83	Период последующего стационарного наблюдения N 83	Период диспансерного наблюдения N 83
Гармонический (Г)	4 (4,81%)	6 (7,22%)	8 (9,63%)
Эргопатический (Р)	–	–	–
Анозогнозический (З)	2 (2,4%)	3 (3,61%)	9 (10,84%)
Тревожный (Т)	11 (13,25%)	17 (20,48%)	11 (13,25%)
Ипохондрический (И)	6 (7,22%)	4 (4,81%)	2 (2,4%)
Неврастенический (Н)	9 (10,84%)	6 (7,22%)	26 (31,32%)
Меланхолический (М)	5 (6,02%)	8 (9,63%)	6 (7,22%)
Апатический (А)	6 (7,22%)	4 (4,81%)	2 (2,4%)
Сенситивный (С)	2 (2,4%)	3 (3,61%)	1 (1,2%)
Эгоцентрический (Э)	16 (19,27%)	13 (15,66%)	11 (13,25%)
Паранойяльный (П)	3 (3,61%)	3 (3,61%)	1 (1,2%)
Дисфорический (Д)	18 (21,68%)	16 (19,27%)	6 (7,22%)



Распределение типов отношения к болезни среди «гипертимного» контингента пациентов

Типы отношения к болезни \ Период заболевания	Период абстиненции N 17	Период последующего стационарного наблюдения N 17	Период диспансерного наблюдения N 17
Гармонический (Г)	-	1 (5,88%)	2 (11,76%)
Эргопатический (Р)	-	-	-
Анозогнозический (З)	11 (64,70%)	2 (11,76%)	3 (17,64%)
Тревожный (Т)	-	1 (5,88%)	1 (5,88%)
Ипохондрический (И)	-	-	-
Неврастенический (Н)	-	3 (17,64%)	4 (23,52%)
Меланхолический (М)	-	-	-
Апатический (А)	-	-	1 (5,88%)
Сенситивный (С)	-	-	-
Эгоцентрический (Э)	6 (35,30%)	4 (23,52%)	5 (29,41%)
Паранойальный (П)	-	-	-
Дисфорический (Д)	-	6 (35,29%)	1 (5,88%)

У пациентов, госпитализированных в наркологический стационар с довлеющими компонентами маниакального синдрома и маниаформными состояниями, выявлено лабильность типа отношения к заболеванию с последующей частичной инверсией характера аффективных нарушений. Среди этого контингента в периоде абстиненции доминировали анозогнозический (64,70%) и эгоцентрический (35,30%) типы отношения к заболеванию. В периоде дальнейшего стационарного наблюдения произошла значительная конвергенция типов отношения к заболеванию с доминированием дисфорического (35,29%) и эгоцентрического (23,52%) типов. Картина распределения типов отношения к заболеванию изменяется на периоде диспансерного наблюдения. На этом этапе происходит дальнейшая конвергенция типов отношения к заболеванию с частичной инверсией аффективных нарушений с выделением тревожного (17,64%), эгоцентрического (29,41%) и неврастенического (23,52%) типов отношения к заболеванию в качестве доминирующих.

Указанная динамика, учитывая ее лабильность, свидетельствует о преимущественно экзогенном (интоксикационном) генезе аффективных расстройств маниакального спектра

среди исследованного контингента пациентов. При этом можно косвенно судить об их преимущественно обратимом характере, основываясь на наличии инверсий типов отношения к заболеванию, с выделением доминирующих типов аналогичных таковым среди контингента «гипертимных» пациентов, что свидетельствует об обнажении фоновых соматогенно-органических нарушений патоперсоналогического спектра после редукции интоксикационного воздействия ПАВ в периоде абстиненции.

Распределение типов отношения к болезни среди «гипертимного» контингента пациентов представлено в *таблице 2*.

#### Выводы

Обобщая исследования, акцентируем внимание на общности фоновых психопатологических нарушений в ракурсе их принадлежности к соматогенно-органическому регистру поражения психики среди всего контингента исследования. Динамика смены типов отношения к заболеванию иллюстрирует частично обратимый характер последних, что, в свою очередь, детерминирует высокую актуальность дальнейшего исследования проблемы и поиска путей эффективной коррекции психопатологических расстройств исследуемого кластера нарушений.

#### Список литературы

1. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В.В. Чугунов. – 2-е изд. стереотип. – К. : Здоров'я ; Х. : Око – Наука, 2008. – 768 с.
2. Brandt S.A. A survey of nonmedical use of tranquilizers, stimulants, and pain relievers among college students: Patterns of use among users and factors related to abstinence in non-users / S.A. Brandt, E.C. Taverna, R.M. Hallock // *Drug Alcohol Depend.* – 2014. – Oct 1(143). – P. 272–276.
3. Cognitive changes in patients with acute phase psychosis-Effects of illicit drug use / S. Helle, R. Gjestad, E. Johnsen, R.A. Kroken, et al. // *Psychiatry Res.* – 2014. – Sep 8.
4. Bodnar R.J. Endogenous opiates and behavior: 2013 / R.J. Bodnar // *Peptides.* – 2014. – Sep 27.
5. Smoking, alcohol consumption, and drug use among adolescents with psychiatric disorders compared with a population based sample / W.L. Mangerud, O. Bjerkeset, T.L. Holmen, S. Lydersen, M.S. Indredavik // *J Adolesc.* – 2014. – Oct 37(7). – P. 1189–99.

6. Чугунов В.В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз : учебное пособие / В.В. Чугунов. – Х. : Наука, 2010. – 304 с.
7. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб., 2005. – 86 с.
8. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М., 2002. – 384 с.

#### References

1. Chugunov, V. V. (2008) *Klinika i disciplinarnaya istoriya psikhoterapii* [Clinics and disciplinary history of psychotherapy] Kyiv: Zdorov'ya; Kharkiv: Oco – Nauka. [in Ukrainian].
2. Brandt, S. A., Taverna, E. C., Hallock, R. M. (2014) A survey of nonmedical use of tranquilizers, stimulants, and pain relievers among college students: Patterns of use among users and factors related to abstinence in non-users. *Drug Alcohol Depend.* 1(143), 272–276. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.07.034.



3. Helle, S., Gjestad, R., Johnsen, E., Kroken, R. A., Jørgensen, H. A., & Lshberg, E. M. (2014) Cognitive changes in patients with acute phase psychosis-Effects of illicit drug use. *Psychiatry Res.*, 8. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.062.
4. Bodnar, R. J. (2014) Endogenous opiates and behavior: 2013. *Peptides.*, 27. doi: 10.1016/j.peptides.2014.09.013.
5. Mangerud, W. L., Bjerkeset, O., Holmen, T. L., Lydersen, S., Indredavik, M. S. (2014) Smoking, alcohol consumption, and drug use among adolescents with psychiatric disorders compared with a population based sample. *J Adolesc.*, 37(7), 1189–1199.
6. Chugunov, V. V. (2010) *Diagnostika v psihoterapii i psihoterapevticheskij diagnost [Diagnostic in psychotherapy and psychotherapeutical diagnosis]*. Kharkov: Nauka. [in Ukrainian].
7. Vasserman, L. I., Iovlev, B. V., Karpova, E. B., Vuks, A. Y. (2005) *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni [Psychological diagnostics of attitude towards the disease]*. Saint Petersburg. [in Russian].
8. Luriya, A. R. (2002) *Osnovy nejropsikhologii [Basics of neuropsychology]*. Moscow. [in Russian].

---

**Сведения об авторах:**

Чугунов В. В., д. мед. н., профессор, зав. каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет.

Григорян А.З., аспирант каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, врач-нарколог, КЛПУ «Областной наркологический диспансер»,

E-mail: [psychiatra@rambler.ru](mailto:psychiatra@rambler.ru).

Городокин А. Д., врач-интерн, магистрант каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет.

---

Поступила в редакцию 13.10.2014 г.