

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЯМИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Е. А. Кошкина, С. И. Богданов, В. С. Ленская

НИИ наркологии (Москва),
Свердловская областная психиатрическая больница (Екатеринбург)

В связи с ростом числа больных наркоманиями все более актуальным становится повышение уровня и качества оказания медицинской помощи этим лицам. Высокий уровень специализированной лечебно-диагностической и реабилитационной помощи больным наркоманиями, в свою очередь, невозможен без внедрения эффективных, доступных и информативных методов психологического исследования пациентов, так как употребление наркотиков в настоящее время является важнейшей не только клинической, но и психологической проблемой. При этом объем научных исследований о психических расстройствах больных наркоманией представляется недостаточным, а многие психопатологические феномены, наблюдаемые при наркомании, определены и изучены неполно, фрагментарно [5, 6, 12, 16].

Основным синдромом состояния химической зависимости является патологическое влечение к наркотическому или другому психоактивному веществу. В ряде исследований непреложно установлена связь между аффективными расстройствами и патологическим влечением к психоактивному агенту [1, 7, 8, 14, 25].

Преобладающими в структуре психопатологических состояний у больных опийной наркоманией являются пограничные психические расстройства, а именно тревожные и аффективные нарушения [13, 15, 16].

К аффективным расстройствам относятся выявляемые *депрессивные состояния* различной степени выраженности и различной структуры, доминирующие в клинической картине заболевания в постабстинентный период. *Депрессивные расстройства* при наркоманиях вообще и при героиновой наркомании в частности отличаются полиморфизмом проявлений, нечеткостью синдромального оформления и нередко носят атипичный, а в ряде своих проявлений — ларвированный характер. Следует отметить, что при нар-

команиях практически не встречается классическая депрессивная триада [1, 7, 8]. При исследовании типов эмоционального реагирования у опийных наркоманов также было обнаружено наличие эмоциональных расстройств депрессивно-дисфорического характера с агрессивными тенденциями [3].

Депрессивные состояния характерны для опиомании, особенно в постабстинентном периоде [2, 10]. Но их следует дифференцировать от первичных депрессий как самостоятельной психической патологии, осложненной потреблением наркотиков. Данную опиоманию R. D. Weiss определял как «самолечение депрессии» [18].

В практической работе врач не всегда может опираться на самоотчет пациента о своем состоянии и предъявляемых жалобах, на самом деле наличествующих у больного, что в значительной мере затрудняет правильную оценку психического состояния пациента. Кроме того, у больных наркоманией критическое отношение к своему заболеванию и осознание проблемы, как правило, в большинстве случаев изначально находятся на достаточно низком уровне. Оценка данных особенностей больного скорее дает представление о тяжести его общего психического состояния [5].

С психологической точки зрения воздержание от приема наркотика больной наркоманией воспринимает для себя как «синдром потери» — малодифференцируемое ощущение «внутреннего дефицита», соматического и душевного неблагополучия, связанного с исчезновением «чего-то важного». Симптом флюктуирует от легкой «непонятной» грусти до частичных аутодеперсонализационных депрессивных расстройств на высоте аффекта, когда отсутствие наркотика, по мнению пациента, потенциально (но не реально!) может привести к тяжелым расстройствам физического состояния. Уровень депрессивно-дисфорических состояний нарастает с увеличением стажа и интенсивности наркотизации и отражает нарастание токсической энцефалопатии. Амплитуда депрессивных колебаний у опиоманов весьма значительна и может колебаться от легкой угнетенности или невозможности радоваться до выраженной тоски с адинамией или тревогой с моторным возбуждением. Данные расстройства наблюдаются в течение 1—2 суток, а затем актуализируются в целенаправленное влечение к введению наркотиков и его реализацию [12].

В связи с актуальностью проблемы, описанной выше, на базе Свердловской областной наркологической больницы проводилось

исследование больных наркоманией с использованием шкалы тревоги и депрессии (HADS).

Цель исследования: выявление уровня тревоги и депрессии у потребителей наркотиков на стационарном этапе оказания помощи больным наркоманиями.

Методика исследования. Инструментом исследования была избрана шкала HADS. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS разработана A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики [19].

Преимущества данной шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в амбулаторной практике врачей-наркологов для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининг). Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. HADS относится к субъективным шкалам [20].

При формировании шкалы авторы исключали симптомы тревоги и депрессии, которые могут быть интерпретированы как проявление соматического расстройства (например, головокружения, головные боли и пр.). Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личного клинического опыта авторов и отражают преимущественно психологические проявления тревоги.

Методика применения шкалы HADS. Бланк шкалы выдается для самостоятельного письменного заполнения пациенту и сопровождается инструкцией.

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: «тревога» (нечетные пункты — 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (четные пункты — 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Протокол выполненного теста дополнялся паспортными сведе-

ниями и данными о наркотическом опыте (дата, ФИО, пол, возраст в годах, вид употребляемого наркотика, максимальная суточная доза наркотика, время воздержания от наркотика).

Оценка тяжести состояния по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений:

0—7 — «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии);

8—10 — «субклинически выраженная тревога/депрессия»;

11 и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия».

Измеряемые переменные: психологические проявления депрессии и тревоги.

Общая характеристика исследуемой группы. Исследование по указанной методике проводилось пациентам, обратившимся за медицинской помощью в областной центр по лечению наркоманий.

Общее число участников исследования составило 156 человек. Распределение по полу ($n=156$): 133 (82,3 %) — лица мужского пола, 23 (17,7 %) — женского. Распределение по возрасту ($n=156$): максимальный возраст составил 42 года, минимальный — 16 лет, средний возраст исследуемой группы — 24,5 года, стандартное отклонение составило 4,9 года, медиана — 24 года, 25 % перцентиль возраста — 21 год, 75 % перцентиль возраста — 27 лет. Распределение по нозологии ($n=156$): 100 % пациентов страдали опийной наркоманией 2-й стадии; из них: 154 (98,7 %) употребляли героин, двое (1,3 %) — опий-сырец. Распределение по толерантности (в пересчете на героин) ($n=156$): максимальная суточная доза — 4,0 г, минимальная — 0,01 г, средняя суточная доза наркотика — 0,95 г героина в сутки, стандартное отклонение — 0,8, медиана — 0,8, 25 % перцентиль — 0,5 г, 75 % перцентиль — 1,0 г. Распределение по длительности воздержания от наркотика ($n=156$): максимальное значение воздержания от наркотика при обращении составило 168 часов (7 суток), минимальное — 0,5 часа, среднее значение — 20,7 часа, стандартное отклонение — 36,3, медиана — 4,5 часа, 25 % перцентиль — 1,5 часа, 75 % перцентиль — 19,3.

Результаты исследования. Как видно из данных табл. 1, 58 пациентов (37,2 %) обнаружили клинически выраженную тревогу, 48 человек (30,8 %) — слабо выраженную тревогу, у 50 человек (32,1 %)

выявлено отсутствие симптомов тревоги. Таким образом, у 69,9 % больных, участвующих в исследовании, выявлены симптомы тревоги в период воздержания от приема наркотиков.

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от уровня тревоги (n=156)

Количество баллов	Число пациентов	%
0—7	50	32,1
8—10	48	30,8
11 и >	58	37,2

При исследовании уровня депрессии получены следующие результаты: 54 пациента (35 %) обнаружили клинически выраженную депрессию, 53 человека (34 %) — субклинически выраженные признаки депрессии, у 49 человек (31 %) симптомы депрессии отсутствовали (табл. 2). Таким образом, у 69,6 % больных наркоманиями при исследовании определялись признаки депрессии в период воздержания от употребления наркотиков.

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от уровня депрессии (n=156)

Количество баллов	Число пациентов	%
0—7	49	31,4
8—10	53	34,0
11 и >	54	34,6

Итак, было установлено, что в исследуемой группе около 70 % пациентов имели различные по выраженности тревожные и депрессивные расстройства. Треть пациентов не имели клинически значимых тревожно-депрессивных расстройств.

В дальнейшем было проведено более углубленное исследование групп пациентов с разными уровнями тревоги и депрессии и их зависимости от возраста, пола, вида и дозы употребляемого наркотика, времени воздержания от наркотика (табл. 3).

Как видно из табл. 3, статистически достоверных данных о связи степени выраженности тревоги и депрессии ни с одним из приведенных признаков найдено не было.

Таблица 3

Сводная таблица шкалы HADS (n=156)

Показатель	Депрессия, балл			Тревога, балл		
	0—7 (n = 49)	8—10 (n = 53)	11 и > (n = 54)	0—7 (n = 50)	8—10 (n = 48)	11 и > (n = 58)
Возраст, лет:						
максимальное значение	37,0	35,0	42,0	37,0	42,0	38,0
минимальное значение	17,0	16,0	18,0	17,0	17,0	16,0
среднее значение	24,0	23,7	25,7	24,6	24,1	24,7
стандартное отклонение	4,8	4,2	5,5	4,6	4,9	5,2
медиана	23,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0
25% перцентиль	20,0	20,0	22,0	22,0	21,0	21,0
75 % перцентиль	27,0	26,0	29,0	27,8	27,0	28,8
Пол, %:						
мужчины	87,8	81,1	87,0	84,0	87,5	84,5
женщины	12,2	18,9	13,0	16,0	12,5	15,5
Вид наркотика, %:						
героин	100,0	98,2	98,1	100,0	97,9	98,3
опий-сырец		1,9	1,9		2,1	1,7
Максимальная суточная доза наркотика, г:						
максимальное значение	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00
минимальное значение	0,01	0,02	0,10	0,01	0,10	0,04
среднее значение	0,79	1,04	1,01	0,79	0,95	1,09
стандартное отклонение	0,64	0,94	0,72	0,70	0,81	0,81
медиана	0,50	0,80	1,00	0,50	1,00	1,00
25 % перцентиль	0,30	0,50	0,50	0,50	0,45	0,50
75 % перцентиль	1,00	1,00	1,50	1,00	1,00	1,50
Время воздержания от наркотика, ч:						
максимальное значение	96,0	168,0	168,0	168,0	168,0	168,0
минимальное значение	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
среднее значение	18,7	22,7	20,6	28,5	15,1	18,7
стандартное отклонение	27,0	42,1	38,1	43,6	30,0	33,5
медиана	3,0	10,0	6,0	11,0	4,0	4,8
25 % перцентиль	0,5	2,0	2,0	1,5	1,0	2,0
75 % перцентиль	24,0	16,0	17,0	24,0	16,0	16,8

В дальнейшем была предпринята попытка выделить из всей когорты группу пациентов, у которых совпадают степень выраженности тревоги и депрессии. Таких пациентов оказалось 77 (49,4 %). Таким образом, у половины больных наркоманиями, участвующих в исследовании, совпадала степень выраженности тревоги и депрессии.

Во вновь выделенной группе ($n=77$) было проведено детальное изучение связи степени выраженности тревоги и депрессии с другими признаками пациентов (средний возраст, пол, максимальная суточная доза наркотика, время воздержания от наркотиков). В процессе исследования были выявлены определенные закономерности.

Как видно из табл. 4, 31 пациент (40,3 %) имел клинически выраженные признаки тревоги и депрессии, у 21 больного (27,3 %) отмечались субклинические признаки тревоги и депрессии, у 25 больных (32,5 %) признаков тревоги и депрессии не отмечалось. Таким образом, во вновь выделенной группе 67,5 % пациентов имели признаки и тревоги и депрессии.

В группе с клинически выраженной тревогой и депрессией средний возраст составил 26,0 лет, в группе с субклиническим уровнем тревоги и депрессии — 24,3 года, в группе пациентов без признаков тревоги и депрессии — 24,8 лет. Можно предположить, что более старший возраст определяет большую возможность появления тревоги и депрессии у больных наркоманиями.

Из общего числа мужчин ($n=66$) у 27 человек (40,9 %) была выявлена клинически выраженная тревога и депрессия, у 18 мужчин (27,3 %) отмечались субклинические проявления, у 21 (31,8 %) — признаков тревоги и депрессии не обнаружено. Ввиду малого числа женщин (11 человек) анализ степени выраженности депрессии и тревоги у них не проводился.

Таким образом, в группе мужчин у 45 человек (68,2 %) были выявлены признаки тревоги и депрессии, причем из них более половины (60,0 %) имели высокую степень выраженности тревоги и депрессии.

Как показано на рис. 1, у пациентов с клинически выраженной тревогой и депрессией наблюдалась самая высокая употребляемая средняя суточная доза наркотика — 1,12 г героина. У больных с субклиническим уровнем тревоги и депрессии средняя суточная доза героина составляла 1,03 г. В группе пациентов без признаков тревоги и депрессии отмечена самая низкая суточная доза — 0,68 г героина.

Таблица 4

Сводная таблица шкалы HADS (n=77)

Показатель	Тревога/депрессия, балл		
	0—7 n = 25 (32,5 %)	8—10 n = 21 (27,3 %)	11 и > n = 31 (40,3 %)
Возраст, лет:			
максимальное значение	37,0	34,0	38,0
минимальное значение	17,00	17,0	18,0
среднее значение	24,8	24,3	26,0
стандартное отклонение	4,9	3,9	5,3
медиана	24,0	24,0	24,0
25 % перцентиль	22,0	22,0	22,0
75 % перцентиль	28,0	27,0	29,5
Пол, %:			
мужчины (n= 66)	84,0 (n= 21; 31,8 %)	85,7 (n= 18; 27,3 %)	87,1 (n= 27; 40,9 %)
женщины (n=11)	16,0 (n= 4; 36,4 %)	14,3 (n= 3; 27,3 %)	12,9 (n= 4; 36,4 %)
Вид наркотика, %:			
героин	100,0	95,2	96,8
опий-сырец	0,0	4,8	3,2
Максимальная суточная доза наркотика, г:			
максимальное значение	2,00	4,00	3,00
минимальное значение	0,01	0,10	0,10
среднее значение	0,68	1,03	1,12
стандартное отклонение	0,56	0,92	0,79
медиана	0,50	1,00	1,00
25 % перцентиль	0,30	0,50	0,50
75 % перцентиль	1,00	1,00	1,50
Время воздержания от наркотика, ч:			
максимальное значение	96,0	168,0	96,0
минимальное значение	0,5	0,5	0,5
среднее значение	25,2	19,0	12,6
стандартное отклонение	33,8	39,9	23,3
медиана	2,5	4,0	3,0
25 % перцентиль	0,5	2,0	2,0
75 % перцентиль	48,0	15,0	13,5

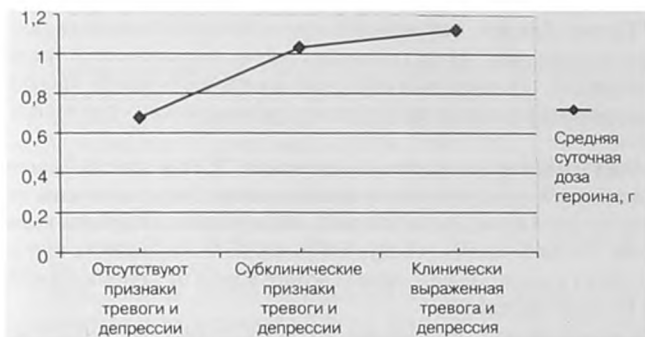


Рис. 1. Взаимосвязь степени выраженности тревоги и депрессии со средней суточной дозой употребляемого наркотика

Таким образом, чем выше средняя суточная доза употребляемого наркотика, тем выше степень выраженности тревоги и депрессии, т. е. выявлена прямая зависимость между средней суточной дозой наркотика и уровнем выраженности тревоги и депрессии в период воздержания от приема наркотиков.

Как показано на рис. 2, в группе с клинически выраженной тревогой и депрессией наблюдался самый короткий промежуток времени воздержания от наркотика (12,6 часа), в группе с субклиническим уровнем тревоги и депрессии это время составило 19 часов, а в группе пациентов без признаков тревоги и депрессии — 25,2 часа.

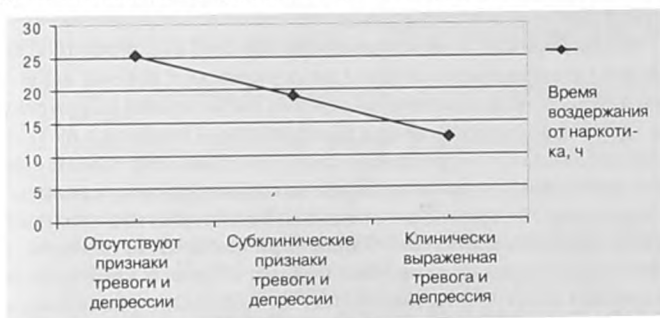


Рис. 2. Взаимосвязь степени выраженности тревоги и депрессии со временем воздержания от наркотика

Таким образом, чем меньше время прошло с момента последнего приема наркотика, тем выше степень выраженности тревоги и депрессии, т. е. выявлена обратная зависимость между временем воздержания от наркотика и уровнем выраженности тревоги и депрессии.

Обсуждение результатов исследования. У двух третей больных наркоманией, участвующих в исследовании, были выявлены признаки тревоги и депрессии в период воздержания от приема наркотиков. У одной трети исследуемого контингента наличия признаков тревоги и депрессии в период воздержания от приема наркотиков не было определено.

В общей когорте исследуемых больных статистически достоверных данных о связи степени выраженности тревоги и депрессии с возрастом, полом, видом и дозой употребляемого наркотика, временем воздержания от наркотика обнаружено не было.

При исследовании группы пациентов, выделенных из общей когорты по признаку совпадения степени выраженности тревоги и депрессии, были выявлены следующие особенности. У больных наркоманией в более старшем возрасте выявлялась большая выраженность тревоги и депрессии. Более высокая средняя суточная доза потребляемого наркотика определяла большую степень выраженности тревоги и депрессии. В более короткий период времени воздержания от приема наркотика наблюдаются более выраженные тревожно-депрессивные расстройства. С увеличением промежутка времени воздержания от наркотиков выраженность данных расстройств уменьшается в связи с появлением и нарастанием клинических признаков абстиненции.

Таким образом, у исследуемой группы больных опийной (героиновой) наркоманией в период воздержания от приема наркотиков в 70 % случаев выявляются той или иной степени выраженности тревожные и депрессивные расстройства. При этом в 49 % случаев наблюдается корреляция между тяжестью депрессии и степенью выраженности тревоги. Более высокая средняя суточная доза потребляемого наркотика определяла большую степень выраженности тревоги и депрессии. Однако при увеличении периода времени воздержания от наркотика глубина и тяжесть тревожно-депрессивных расстройств снижаются, что совпадает с появлением и нарастанием соматических расстройств в рамках абстинентного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным вещества / Под ред. проф. Н. Н. Иванца. М., 1998. С. 3—10.
2. Благоев Л. Н. Аффективные расстройства при опийной наркомании: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1994. 32 с.
3. Букановская Т. И. Эмоциональное переживание и психологическая защита в структуре синдрома зависимости у больных опийной наркоманией // *Вопр. наркологии*. 1992. № 3—4. С. 157—163.
4. Былкина Н. Д. // *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14: Психология*. М., 1995. № 1. С. 131—135.
5. Винникова М. А. Клинико-диагностические критерии патологического влечения к наркотику // *Вопр. наркологии*. 2001. № 2. С. 20—27.
6. Елианский С. П. Психосемантические методы исследования внутреннего опыта больных наркоманией (сообщение 1) // Там же. 2000. № 1. С. 75—78.
7. Надеждин А. В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опийной наркомании: Дис. ... канд. мед. наук. Пятигорск, 1995. 150 с.
8. Надеждин А. В., Тетенев Е. Ю. Клинические результаты применения антидепрессанта леривона у подростков, страдающих героиновой наркоманией // *Вопр. наркологии*. 2000. № 2. С. 33—38.
9. Николаева В. В. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1993. С. 84—93.
10. Рохлина М. Л., Врублевский А. Г. // *Вопр. наркологии*. 1999. № 1. С. 34—38.
11. Соколова Е. Т. Проективные методы исследования личности. М., 1980.
12. Четвериков Д. В., Ирлицына И. Я. Коморбидность опийной наркомании и аффективных расстройств // *Вопр. наркологии*. 2000. № 3. С. 65—78.
13. Araujo L., Goldberg P., Eyma J. et al. // *J. Subst. Abuse Treat.* Vol. 13, № 1. P. 61—66.
14. Freeman F. S. Theory and practice of psychological testing. New Delhi, 1971.
15. Grenyer B. F., Williams G., Swift W., Neil O. // *Int. J. Addict.* 1992. Vol. 27, № 6. P. 665—673.
16. Hendriks V. M., Steer R. A., Platt J. J., Metzger D. S. // *Int. J. Addict.* 1990. Vol. 25, № 9. P. 1051—1063.
17. Pedinielli J.-L. Psychosomatique et Alexitimie. Paris, 1993.
18. Weiss R. D., Griffin M. L., Mirin S. M. // *Amer. J. of Drug and Alcohol Abuse*. 1992. Vol. 18, Iss. 2. P. 121—129.

19. Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression scale // *Acta Psychiatr. Scand.* 1983. Vol. 67. P. 361—370.
20. Costantini M., Mussom, Viterbori P. et al. Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale // *Support Care Cancer.* 1999. May. Vol. 7, № 3. P. 121--127.