

личности у жены. Оказалось, что среди обследованных семей резко преобладает антагонистический вариант дисгармоничного супружества, отражающий низкий уровень психологической и сексуальной адаптации супругов, он наблюдался у  $79 \pm 6\%$  супружеских пар.

Таким образом, проведенное системное исследование позволило выявить причины и механизмы формирования и проявления сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает эмоционально неустойчивым расстройством личности, и установить, что основную роль в ее генезе играют личностные особенности больных, препятствующие сексуально-эротической и психологической адаптации.

Это необходимо учитывать при разработке методов диагностики и коррекции нарушений сексуального здоровья при рассматриваемой патологии у женщин.

**М. А. Денко**

**Сексуальна дезадаптація подружньої пари за емоційно нестійкого розладу особистості у жінки**

*Полтавська обласна психоневрологічна лікарня  
ім. А. Ф. Мальцева*

Виявлено причини, механізми розвитку й клінічні прояви подружньої дезадаптації за емоційно нестійкого розладу особистості у жінок. Показано роль особистісних відмінностей хворих у її генезі. Обґрунтовано необхідність враховувати виявлені особливості у процесі діагностики і корекції порушення сексуального здоров'я за таких умов.

**Список литературы**

1. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Медгиз, 1933. — 186 с.
2. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин. — Харьков: Основа, 2001. — 273 с.
3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
4. Сексопатология: Справочник / Под ред. проф. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
5. Нарушения сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Уч. пособие / Под ред. В. В. Кришталь. — Сочи, 1988. — 118 с.
6. Келли Г. Ф. Основы современной сексологии. 6-е междунар. изд.: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2000. — 896 с.
7. Crooks R., Baur K. Our Sexuality. — The Benjamin Cummings Publishing Company, 1990. — 850 p.
8. Кришталь В. В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. I всес. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 7—9.

*Надійшла до редакції 10.09.2007 р.*

**М. А. Deneko**

**Sexual disadaptation of a spousal couple in emotionally unstable personality disorder in wife**

*Poltava Regional Psychoneurological Hospital  
named after A. F. Maltsev*

Causes, mechanisms of development and clinical manifestations of spousal disadaptation in emotionally unstable personality disorder in women were defined. A Role of personality peculiarities of patient in genesis of the disadaptation was demonstrated. It was grounded a necessity to take into account these peculiarities in diagnosis and correction of disorders of a sexual health under such conditions.

УДК: 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

**Д. М. Корошніченко**

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

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО ОПІОЇДІВ У ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ГЕРОЇНУ, І ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД МЕТАДОНУ**

На 01.01.2007 р. органами охорони здоров'я України [1] було зареєстровано 82 863 хворих на наркоманії (177,25 на 100 тис. населення). З них 70 231 страждають на залежність від опіоїдів, тобто на один з найбільш важких її видів. Відповідно до розрахунків фахівців Інституту неврології, психіатрії та наркології Академії медичних наук України реальна поширеність опіоманій в Україні становить близько 130—140 тис. хворих [2].

Хоча починаючи з 1996 року темп розвитку епідемії опіоманій зменшується [3], епідеміологічна обстановка, обумовлена поширенням залежності від опіоїдів, залишається напруженою. Це пов'язано, зокрема, із змінами у структурі популяції хворих на опіоманії. Спостерігається перехід від вживання екстрактів, які кустарно виготовляються з макової соломки, до використання синтетичних опіоїдів, таких як трамадол, декстропропоксифен та метадон [4, 5].

З перелічених хімічних сполук найбільшу загрозу становить метадон [6]. Це обумовлено, з одного боку, особливою важкістю залежності, що виникає в результаті його застосування (достить сказати про те, що синдром відміни метадону може тривати місяць і більше), а з іншого боку — програмою розгортання в Україні метадонових програм замісної терапії, що, як очікується, приведе до зростання кількості осіб, залежних від цього препарату.

Метадон має як спільні з іншими опіоїдами, так і специфічні властивості, наприклад, відносно тривалу дію й наявність своєрідного стимулюючого ефекту протягом наркотичного сп'яніння. Як можна очікувати, особливості фармакологічної дії метадону мають супроводжуватися специфічною структурою психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання цієї психоактивної речовини, насамперед, — специфікою патологічного потягу до неї. Із клініки психічних захворювань іншого генеза відомо, що адекватне урахування структури психічних і поведінкових розладів під час вибору терапевтичної тактики, безумовно, сприяє підвищенню ефективності лікування.

Тому метою цієї роботи стало дослідження особливостей патологічного потягу до опіоїдів (ППО) у хворих, залежних від метадону, у порівнянні із хворими, залежними від героїну.

Усього було обстежено 124 особи (чоловіки), залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F 11.2 за МКХ-10), у тому числі 63 особи, що вживали героїн (I група порівняння) і 61 особа, що вживали метадон (II група порівняння). Особи, що вживали героїн, використовували «вуличний» препарат, який містив у собі, окрім «цільової» субстанції, різні домішки: анальгін, фармацевтичну білу глину, цукрову пудру тощо. Середня добова доза

«вуличного» героїну в хворих на момент госпіталізації складала  $2,41 \pm 0,12$  г (min — 1 г, max — 6 г), типова частота наркотизації була 1—3 ін'єкції на добу. Точна концентрація субстанції героїну в його «вуличному» препараті не встановлювалася. Особи, що вживали метадон, використовували його офіційний розчин для перорального застосування концентрацією 10 мг в 1 мл. Середня добова доза в хворих на момент госпіталізації складала  $9,66 \pm 0,59$  мл 1,0 % розчину метадону гідрохлориду (min — 3 мл, max — 25 мл), при типовій частоті наркотизації — 1 раз на добу. В усіх обстежених хворих були наявні облігатні ознаки наркотичної залежності: усвідомлений ППО; зростання толерантності; сформований синдром відміни; наявність соматичних ускладнень (у компенсованому стані); загострення преморбідних особистісних особливостей; негативні соціальні наслідки зловживання наркотиками. Середній вік на момент обстеження у хворих, залежних від героїну ( $27,81 \pm 0,56$  роки), і у хворих, залежних від метадону ( $26,36 \pm 0,35$  роки), достовірно не відрізнявся ( $p = 0,53$ ). Середня загальна тривалість захворювання на момент обстеження у хворих, що вживали героїн ( $7,75 \pm 0,44$  роки), і у хворих, що вживали метадон ( $6,60 \pm 0,28$  роки), також вірогідно не відрізнялась ( $p = 0,74$ ). Так само вірогідно не відрізнялися ( $p = 0,96$ ) середні тривалості останнього періоду безперервної наркотизації на момент обстеження у хворих, що вживали героїн ( $2,88 \pm 0,15$  роки), й у хворих, що вживали метадон ( $2,83 \pm 0,13$  роки).

Оцінка стану пацієнтів на початку обстеження і протягом спостереження та лікування здійснювалась тричі: на момент госпіталізації (I дослідження); у період максимального розвитку синдрому відміни (II дослідження) і в постабстинентному стані (III дослідження). Визначення наявних психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин робилось відповідно до критеріїв міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [7]. Кількісна оцінка структури й динаміки ППО здійснювалась за глосарієм Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулера [8]. Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003" [9, 10].

Результати досліджень динаміки патологічного потягу до опіоїдів (з оцінкою окремих його компонентів) протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і хворих, залежних від метадону, що були виконані за допомогою глосарію Чередниченко — Альтшулера (табл. 1) свідчать, що разом із спільними рисами динаміка ППО протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, істотно відрізняється від відповідної динаміки ППО у хворих, залежних від метадону.

Так, наприклад, під час першого дослідження (на момент госпіталізації) афективний компонент ППО у хворих обох груп істотно не відрізнявся один від одного. Однак, вже на етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) виявилось, що вираженість субдепресії у хворих, залежних від метадону, в 2,32 рази більше (при  $p < 0,05$ ) ніж у хворих, залежних від героїну ( $3,02 \pm 0,20$  бали і  $1,30 \pm 0,19$  бали відповідно), а рівень емоціональної лабільності, навпаки, в 3,33 рази менше (при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $0,21 \pm 0,05$  бали і  $0,70 \pm 0,12$  бали відповідно).

Так само на етапі купірованого синдрому відміни (третє дослідження) виявилось, що вираженість тривоги у хворих, залежних від метадону, майже в 1,84 рази

більше (при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $3,66 \pm 0,49$  бали і  $1,98 \pm 0,17$  бали відповідно), а рівень емоціональної лабільності (як і на етапі розгорнутого синдрому відміни) в 2,71 рази менше (при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $0,31 \pm 0,06$  бали і  $0,84 \pm 0,18$  бали відповідно). Усе це призвело до того, що вираженість афективного компонента у цілому (див. табл. 1) у хворих, залежних від метадону, виявилась вищою, ніж у хворих, залежних від героїну: на етапі розгорнутого синдрому відміни на 20,48 %, при  $p < 0,05$  ( $8,59 \pm 0,33$  балів і  $7,13 \pm 0,52$  балів відповідно) і на етапі купірованого синдрому відміни — на 40,09 % при  $p < 0,05$  ( $8,56 \pm 0,68$  балів і  $6,11 \pm 0,62$  балів відповідно).

На відміну від афективного компонента, вегетативний компонент ППО (див. табл. 1) у хворих, що належали до різних груп порівняння, відрізнявся вже на етапі госпіталізації (перше дослідження). Його вираженість у хворих, залежних від метадону, була в 1,40 рази меншою, при  $p < 0,05$ , ніж у хворих, залежних від героїну ( $1,85 \pm 0,15$  бали і  $2,59 \pm 0,17$  бали відповідно). Ці відмінності у вираженості вегетативного компонента пов'язані із тим, що у хворих, залежних від метадону, істотно менш виражені, ніж у хворих, залежних від героїну, наркотичні сновидіння ( $1,29 \pm 0,13$  бали проти  $0,75 \pm 0,08$  при  $p < 0,05$ ), а також зміни апетиту ( $1,00 \pm 0,00$  бал проти  $0,80 \pm 0,05$  при  $p < 0,05$ ). На етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) вихідні різниці поміж хворими з різних груп порівняння за показниками вираженості вегетативного компонента ППО нівелювалися (див. табл. 1). Спостерігалось лише дещо більша (в 1,43 рази при  $p < 0,05$ ) вираженість мімічних реакцій у хворих, залежних від метадону, у порівнянні із хворими, залежними від героїну ( $0,93 \pm 0,07$  бали проти  $0,65 \pm 0,06$  бали відповідно). Найбільш істотні відмінності у вираженості вегетативного компонента у цілому та окремих його складових спостерігались на етапі купірованого синдрому відміни (третє дослідження). На цьому етапі у хворих, залежних від метадону, були істотно (в 1,56 рази при  $p < 0,05$ ) більш виражені (ніж у хворих, залежних від героїну) наркотичні сновидіння ( $2,62 \pm 0,27$  бали проти  $1,68 \pm 0,17$ ), а також зміни апетиту — в 1,67 рази при  $p < 0,05$  ( $1,95 \pm 0,14$  бали проти  $1,17 \pm 0,09$  бали відповідно). Що стосується вираженості мімічних реакцій, то вона, навпаки, у хворих, залежних від метадону, була істотно меншою (в 1,54 рази при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $0,54 \pm 0,06$  бали проти  $0,83 \pm 0,09$  бали відповідно). Однак, незважаючи на протилежне (щодо інших складових вегетативного компонента) співвідношення вираженості мімічних реакцій, вираженість вегетативного компонента патологічного потягу до опіоїдів у цілому у хворих, залежних від метадону, наприкінці детоксикації була значно вищою (в 1,39 рази при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $5,11 \pm 0,36$  балів проти  $3,68 \pm 0,16$  балів відповідно).

Серед інших компонентів ППО динаміка ідеаторного компонента постає найбільш парадоксальною (див. табл. 1). Справа в тому, що окремі його складові розвиваються у протилежних напрямках: вираженість складової, що відображає ставлення пацієнта до наркотиків невпинно зростає, а вираженість складової, що відображає ставлення до хвороби, так само невпинно зменшується. Слід відмітити, що складова, яка відображає ставлення пацієнта до наркотиків на етапі госпіталізації (перше дослідження) у хворих, залежних від метадону, виражена достовірно менше (в 1,90 рази при  $p < 0,05$ ),

Динаміка ППО протягом детоксикації

Компоненти ППО та їхні складові		Середні значення <sup>1)</sup> результатів квантифікації, бали ( $M \pm m$ )		
		I дослідження	II дослідження	III дослідження
<b>Хворі, залежні від героїну</b>				
Афективний	— субдепресивний стан	2,33 ± 0,19	1,30 ± 0,19 <sup>2)</sup>	1,59 ± 0,22 <sup>2)</sup>
	— тривога	2,56 ± 0,17	2,46 ± 0,20	1,98 ± 0,17 <sup>2)</sup>
	— емоційна лабільність	0,35 ± 0,08	0,70 ± 0,12 <sup>2)</sup>	0,84 ± 0,18 <sup>2)</sup>
	— дисфорія	1,84 ± 0,21	2,67 ± 0,17 <sup>2)</sup>	1,70 ± 0,19 <sup>3)</sup>
	— цілком	7,08 ± 0,55	7,13 ± 0,52	6,11 ± 0,62
Вегетативний	— наркотичні сновидіння	1,29 ± 0,13	0,98 ± 0,19	1,68 ± 0,17 <sup>3)</sup>
	— мімічні реакції	0,30 ± 0,06	0,65 ± 0,06 <sup>2)</sup>	0,83 ± 0,09 <sup>2)</sup>
	— зміни апетиту	1,00 ± 0,00	1,63 ± 0,13 <sup>2)</sup>	1,17 ± 0,09 <sup>3)</sup>
	— цілком	2,59 ± 0,17	3,27 ± 0,31	3,68 ± 0,16 <sup>2)</sup>
Ідеаторний	— відношення до наркотиків	0,38 ± 0,06	0,44 ± 0,07	0,62 ± 0,10
	— відношення до хвороби та лікування	0,38 ± 0,09	0,38 ± 0,09	0,32 ± 0,09
	— цілком	0,76 ± 0,14	0,83 ± 0,09	0,94 ± 0,14
Поведінковий		0,24 ± 0,05	0,32 ± 0,06	0,49 ± 0,06 <sup>2)</sup>
Разом		10,67 ± 0,68	11,54 ± 0,84	11,22 ± 0,91
<b>Хворі, залежні від метадону</b>				
Афективний	— субдепресивний стан	2,13 ± 0,21	3,02 ± 0,20 <sup>2)4)</sup>	2,05 ± 0,16 <sup>3)</sup>
	— тривога	2,02 ± 0,20	3,02 ± 0,18 <sup>2)</sup>	3,66 ± 0,49 <sup>2)4)</sup>
	— емоційна лабільність	0,31 ± 0,08	0,21 ± 0,05 <sup>4)</sup>	0,31 ± 0,06 <sup>4)</sup>
	— дисфорія	1,57 ± 0,13	2,34 ± 0,23 <sup>2)</sup>	2,54 ± 0,37 <sup>2)</sup>
	— цілком	6,03 ± 0,54	8,59 ± 0,33 <sup>2)4)</sup>	8,56 ± 0,68 <sup>2)4)</sup>
Вегетативний	— наркотичні сновидіння	0,75 ± 0,08 <sup>4)</sup>	1,08 ± 0,14	2,62 ± 0,27 <sup>2)3)4)</sup>
	— мімічні реакції	0,30 ± 0,06	0,93 ± 0,07 <sup>2)4)</sup>	0,54 ± 0,06 <sup>2)3)4)</sup>
	— зміни апетиту	0,80 ± 0,05 <sup>4)</sup>	1,25 ± 0,12 <sup>2)</sup>	1,95 ± 0,14 <sup>2)3)4)</sup>
	— цілком	1,85 ± 0,15 <sup>4)</sup>	3,26 ± 0,17 <sup>2)</sup>	5,11 ± 0,36 <sup>2)3)4)</sup>
Ідеаторний	— відношення до наркотиків	0,20 ± 0,05 <sup>4)</sup>	0,52 ± 0,07 <sup>2)</sup>	1,26 ± 0,13 <sup>2)3)4)</sup>
	— відношення до хвороби та лікування	0,08 ± 0,05 <sup>4)</sup>	0,15 ± 0,05 <sup>4)</sup>	0,00 ± 0,00 <sup>3)4)</sup>
	— цілком	0,28 ± 0,08 <sup>4)</sup>	0,67 ± 0,10 <sup>2)</sup>	1,26 ± 0,13 <sup>2)3)</sup>
Поведінковий		0,20 ± 0,05	0,34 ± 0,06	0,64 ± 0,06 <sup>2)3)</sup>
Разом		8,36 ± 0,71 <sup>4)</sup>	12,87 ± 0,50 <sup>2)</sup>	15,57 ± 0,83 <sup>2)3)4)</sup>

Примітки: <sup>1)</sup> — середні значення подано у форматі « $M \pm m$ »; <sup>2)</sup> — різниця з першим дослідженням вірогідна ( $p < 0,05$ ); <sup>3)</sup> — різниця з другим дослідженням вірогідна ( $p < 0,05$ ); <sup>4)</sup> — різниця з хворими, що вживали героїн, вірогідна ( $p < 0,05$ )

ніж у хворих, залежних від героїну ( $0,20 \pm 0,05$  балів проти  $0,38 \pm 0,06$  балів відповідно). Так само ж на етапі госпіталізації (перше дослідження) складова, яка відображає ставлення пацієнта до хвороби у хворих, залежних від метадону, виражена значно менше (в 4,75 рази при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $0,08 \pm 0,05$  балів проти  $0,38 \pm 0,09$  балів відповідно). Не дивно, що вираженість ідеаторного компонента у цілому під час першого дослідження у хворих, залежних від метадону, також була виражена значно менше (в 2,71 рази при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $0,28 \pm 0,08$  балів проти  $0,76 \pm 0,14$  балів відповідно). У свою чергу, складова, яка відображає ставлення пацієнта до наркотиків, на етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) не має достовірних відмінностей у хворих, залежних від метадону, від відповідної складової у хворих, залежних від героїну. На відміну

від цього, складова, яка відображає ставлення пацієнта до хвороби у хворих, залежних від метадону, на етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) виражена значно менше (в 2,53 рази при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $0,15 \pm 0,05$  балів проти  $0,38 \pm 0,09$  балів відповідно). В результаті, вираженість ідеаторного компонента у цілому під час другого дослідження у хворих, залежних від метадону, істотно не відрізнялась від відповідного показника хворих, залежних від героїну. На етапі купірованого синдрому відміни (третє дослідження), складова, яка відображає ставлення пацієнта до наркотиків у хворих, залежних від метадону, була достовірно більше (в 2,03 рази при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $1,26 \pm 0,13$  балів проти  $0,62 \pm 0,10$  балів відповідно). Складова, яка відображає ставлення пацієнта до хвороби у хворих, залежних від метадону, на етапі

купірованого синдрому відміни (третє дослідження) була відсутня, а у хворих, залежних від героїну, добре виражена ( $0,32 \pm 0,09$  балів при  $p < 0,05$ ). У результаті вираженість ідеаторного компонента у цілому під час третього дослідження у хворих, залежних від метадону, істотно не відрізнялась від відповідного показника у хворих, залежних від героїну.

Поведінковий компонент ППО у хворих, залежних від метадону практично не відрізнявся від аналогічного компонента у хворих, залежних від героїну.

Аналізуючи динаміку ППО у цілому, слід сказати, що його рівень на етапі госпіталізації у хворих, залежних від метадону, був в 1,26 рази більше (при  $p < 0,05$ ), ніж у хворих, залежних від героїну ( $8,36 \pm 0,71$  балів і  $10,67 \pm 0,68$  балів відповідно); на етапі розгорнутого синдрому відміни цей показник ставав рівним в обох групах порівняння ( $12,87 \pm 0,50$  балів і  $11,54 \pm 0,84$  балів відповідно), а на етапі купірованого синдрому відміни у хворих, залежних від метадону починав достовірно (в 1,39 рази при  $p < 0,05$ ) перевищувати відповідний показник у хворих, залежних від героїну ( $15,57 \pm 0,83$  балів і  $11,22 \pm 0,91$  балів відповідно).

Підводячи підсумки аналізу динаміки ППО, слід сказати, що протягом періоду детоксикації в групі хворих, залежних від героїну, його рівень залишався практично незмінним (відмінності між I, II та III дослідженнями недостовірні,  $p > 0,05$ ), у той час як в групі хворих, залежних від метадону, цей показник невпинно і достовірно ( $p < 0,05$ ) зростає: I дослідження —  $8,36 \pm 0,71$  балів, II дослідження —  $12,87 \pm 0,50$  балів і III дослідження —  $15,57 \pm 0,83$  балів (див. табл. 1). Постає цілком імовірним, що цей феномен є простим наслідком більшої тривалості синдрому відміни метадону у порівнянні із синдромом відміни героїну. Однак не можна виключити впливу і психологічних механізмів. Хворі (громадяни інших країн), які одержували метадон у межах відповідних програм замісної терапії, відчувають більшу тривогу щодо

наслідків припинення вживання звичної, «офіційної» психоактивної речовини у порівнянні із тими хворими, що мали справу лише з «вуличними» наркотиками.

Компонентний аналіз ППО створює необхідні передумови для дослідження його внутрішньої структури, а також її динаміки протягом лікування з метою оптимізації терапевтичних заходів. Динаміка зміни внутрішньої структури ППО, кореляційних зв'язків поміж його окремими компонентами протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і у хворих, залежних від метадону (табл. 2) свідчить, що вихідна кореляційна структура ППО у хворих, залежних від героїну, істотно відрізнялась від відповідної структури у хворих, залежних від метадону. Так, на момент госпіталізації у хворих, залежних від героїну, існували достовірні кореляційні зв'язки поміж ідеаторним компонентом, з одного боку, і афективним ( $r = 0,38$  при  $p < 0,05$ ) та поведінковим ( $r = 0,66$  при  $p < 0,05$ ) компонентами ППО, з іншого боку. На відміну від цього, у хворих, залежних від метадону, ідеаторний компонент позитивно корелював лише із вегетативним компонентом ППО ( $r = 0,66$  при  $p < 0,05$ ). При цьому даній категорії хворих були притаманні достовірні кореляційні зв'язки поміж афективним компонентом із вегетативним ( $r = 0,61$  при  $p < 0,05$ ) та поведінковим ( $r = 0,71$  при  $p < 0,05$ ) компонентами ППО (див. табл. 2).

При цьому даній групі хворих були притаманні достовірні кореляційні зв'язки поміж афективним компонентом із вегетативним ( $r = 0,61$  при  $p < 0,05$ ) та поведінковим ( $r = 0,71$  при  $p < 0,05$ ) компонентами ППО. Вказані відмінності в значному ступені пояснюються тим, що тривалість дії метадону значно більше тривалості дії героїну, внаслідок чого на момент першого обстеження певна кількість хворих, залежних від метадону, ще перебували в стані опіоїдної інтоксикації. Цей висновок підкріплюється ще й тим, що у подальшому (на етапі розгорнутого й, особливо, на етапі купірованого синдрому відміни) кореляційні зв'язки поміж компонентами ППО

Таблиця 2

**Динаміка внутрішньої структури ППО протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і у хворих, залежних від метадону**

Компоненти ППО	Коефіцієнти кореляції поміж компонентами ППО							
	Хворі, що вживали героїн (n = 63)				Хворі, що вживали метадон (n = 61)			
	Афективний	Вегетативний	Ідеаторний	Поведінковий	Афективний	Вегетативний	Ідеаторний	Поведінковий
I дослідження (момент початку курсу детоксикації)								
Афективний	1,00				1,00			
Вегетативний	0,19	1,00			<b>0,61</b>	1,00		
Ідеаторний	<b>0,38</b>	0,12	1,00		0,25	<b>0,66</b>	1,00	
Поведінковий	-0,25	0,01	<b>0,66</b>	1,00	<b>0,71</b>	0,30	0,29	1,00
II дослідження (розгорнутий синдром відміни)								
Афективний	1,00				1,00			
Вегетативний	<b>0,83</b>	1,00			0,19	1,00		
Ідеаторний	<b>0,42</b>	0,24	1,00		<b>0,52</b>	<b>0,35</b>	1,00	
Поведінковий	0,14	0,28	0,31	1,00	<b>0,51</b>	0,48	<b>0,79</b>	1,00
III дослідження (купірований синдром відміни)								
Афективний	1,00				1,00			
Вегетативний	<b>0,88</b>	1,00			-0,05	1,00		
Ідеаторний	<b>0,54</b>	<b>0,59</b>	1,00		-0,19	<b>0,83</b>	1,00	
Поведінковий	<b>0,73</b>	<b>0,54</b>	<b>0,54</b>	1,00	0,29	<b>0,62</b>	<b>0,61</b>	1,00

Примітки: <sup>1)</sup> — достовірні (як «+», так і «-») коефіцієнти кореляції Спірмена ( $p < 0,05$ ) в таблиці виділено **жирним шрифтом**

в групах порівняння, про які йдеться, стають більш схожими поміж собою.

На етапі розгорнутого синдрому відміни у хворих, залежних від героїну, зв'язок поміж ідеаторним і поведінковим компонентами ППО істотно слабшав (хоча і залишався достовірно позитивним,  $r = 0,31$  при  $p < 0,05$ ), при цьому з'являвся міцний зв'язок поміж афективним та вегетативним компонентами ( $r = 0,83$  при  $p < 0,05$ ), що відображало потужну залежність емоційного стану хворого від соматовегетативних проявів синдрому відміни. Цікаво, що у хворих, залежних від метадону, зв'язок поміж афективним та вегетативним компонентами (який існував на етапі початку лікування), на етапі розгорнутого синдрому відміни зменшувався настільки, що перестав бути статистично значущим. При цьому до зв'язку поміж поведінковим і афективним компонентами додавалися зв'язки поміж поведінковим компонентом, з одного боку, і вегетативним ( $r = 0,48$  при  $p < 0,05$ ) та ідеаторним ( $r = 0,79$  при  $p < 0,05$ ) компонентами ППО з іншого.

На етапі купірованого синдрому відміни відбувалось збільшення ступеня інтеграції всіх компонентів ППО у хворих, залежних від героїну, і зменшення цього показника у хворих, залежних від метадону. Відмінною рисою останніх була практично повна незалежність афективного компонента від усіх інших компонентів ППО: вегетативного, ідеаторного та поведінкового на цьому етапі детоксикації. Слід зазначити, що менша інтегрованість різних компонентів ППО у хворих, залежних від метадону, на етапі купірованого синдрому відміни (у порівнянні із хворими залежними від героїну) і, насамперед, незалежність афективного компонента від інших має наслідком те, що психічний стан хворих, залежних від метадону, в ранньому постабстинентному періоді є менш стабільним, менш соматично детермінованим, ніж у хворих, залежних від героїну. Це, в свою чергу, може бути однією із причин того, що позбавитись залежності від метадону важче, ніж залежності від героїну.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. У групі хворих, залежних від героїну, рівень вираженості патологічного потягу до опіоїдів залишається практично незмінним (відмінності поміж результатами досліджень недостовірні ( $p > 0,05$ ): I дослідження —  $10,67 \pm 0,68$  балів, II дослідження —  $11,54 \pm 0,84$  балів і III дослідження —  $11,22 \pm 0,91$  балів), у той час як в групі хворих, залежних від метадону, цей показник невинно і достовірно ( $p < 0,05$ ) зростає: I дослідження —  $8,36 \pm 0,71$  балів, II дослідження —  $12,87 \pm 0,50$  балів і III дослідження —  $15,57 \pm 0,83$  балів.

2. Протягом курсу детоксикації в групі хворих, залежних від героїну, невинно збільшується ступінь інтеграції всіх компонентів патологічного потягу до опіоїдів, що проявляється зростанням кількості достовірних ( $p < 0,05$ ) кореляційних зв'язків поміж ними (2, 3 і 6 зв'язків під час I, II і III досліджень відповідно), а в групі хворих, залежних від метадону, ступінь значеної інтеграції зростає до моменту максимально розгорнутого синдрому відміни після чого зменшується (3, 5 і 3 зв'язків під час I, II і III досліджень відповідно), при цьому афективний компонент набуває незалежність від інших компонентів патологічного потягу до опіоїдів, що, як можна припустити, робить усю структуру патологічного потягу до опіоїдів менш детермінованою і, відповідно, більш непередбачуваною.

3. Більший ступінь вираженості і хаотичності патологічного потягу до опіоїдів наприкінці курсу детоксикації у хворих, залежних від метадону, дозволяють прогнозувати в них вищий ризик розвитку рецидивів наркотизації протягом постабстинентного періоду (порівняно з хворими, залежними від героїну).

#### Список літератури

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006 рік: Збірник МОЗ. — К., 2007.
2. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні // Аналітичний огляд. Вип. II — X., 2005. — 32 с.
3. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні // Аналітичний огляд. Вип. III — X., 2006. — 46 с.
4. Кузьминов В. Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе. В кн.: Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 159—193.
5. Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. и др. Особенности зависимости от опиатов при злоупотреблении трамадолом // Укр. вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4(29). — С. 27—28.
6. Первомайский Э. Б., Линский И. В. Метадон: за и против // Там само. — 1998. — Т. 6, вип. 3(18). — С. 9—12.
7. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: Триада-Х, 2002. — 232 с.
8. Чередищенко Н. В., Альшулер В. Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — № 3—4, 1992. — С. 14—17.
9. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Киев: Моріон, 2000. — 320 с.
10. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.

Надійшла до редакції 26.11.2007 р.

**Д. Н. Корошніченко**  
**Сравнительная характеристика патологического влечения к опиоидам у больных, зависимых от героина, и больных, зависимых от метадона**  
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Представлена сравнительная характеристика патологического влечения к опиоидам (ПВО) у больных, зависимых от героина, и больных, зависимых от метадона. Установлено, что в группе больных, зависимых от героина, интенсивность ППО остается практически неизменной во время детоксикации при одновременном увеличении степени интеграции всех его компонентов. В отличие от этого, в группе больных, зависимых от метадона, интенсивность ПВО неустанно возрастает на фоне колебаний степени интеграции его компонентов. Сделан вывод о том, что высокая интенсивность и хаотичность ПВО в конце курса детоксикации у больных, зависимых от метадона, может быть причиной повышенного риска развития рецидивов наркотизации на протяжении постабстинентного периода.

**D. N. Koroshnichenko**  
**The comparative characteristic of the pathological craving to opioids in patients dependent on heroin and patients dependent on methadone**  
 "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)

The comparative characteristic of a pathological craving to opioids (PCO) at patients dependent on heroin and patients dependent on methadone is submitted. It is established, that in group of the patients dependent on heroin, intensity of PCO remains practically constant during detoxication course with simultaneous increase of integration's degree of a of its components. As against it, in group of the patients dependent on methadone intensity of PCO indefatigably grows on a background of fluctuations of integration's degree of its components. It is made conclusion that high intensity and a randomness of PCO at the end of detoxication course in patients dependent on methadone can cause the increased risk of drug intake's relapses during post-withdrawal period.