

© О.В. Друзь

УДК 616.89-008.441.13:362.147-036.22

О.В. Друзь

КЛАСТЕРНА СТРУКТУРА ПРЕМОРБІДНОЇ АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ В АНАМНЕЗІ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ

Головний військово-медичний клінічний центр "ГВКГ" (м. Київ)

Робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти: "Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування та реабілітації коморбідних станів в наркології" (№ держреєстрації 0108U002113)

Вступ. Відомо, що афективні розлади іманентно пов'язані із станами залежності від психоактивних речовин [2, 3, 9, 11, 12, 23, 26]. Ці розлади, з одного боку, створюють додаткову мотивацію до їхнього вживання, а з іншого боку - сформований патологічний потяг до психоактивної речовини закономірно призводить до афективних розладів [1, 4, 10, 13, 14, 18]. Емоційна нестійкість, депресивні і тривожно-параноїдні переживання у стані відміни, ейфоричні переживання у стані інтоксикації – усі ці феномени емоційного життя наркозалежних осіб добре відомі і не раз описувалися серед основних проявів залежності від психоактивних речовин [15, 24]. Відомі роботи, результати яких свідчать про наявність спільної генетичної основи у афективних розладів та станів залежності від психоактивних речовин [16, 21], а також про подібність механізмів прийняття рішень особами, що знаходяться у зазначених патологічних станах [20]. Водночас, дані про співвідношення афективних розладів і залежності від психоактивних речовин ще далеко не повні. Залишається відкритим питання про те, чи можна вважати, наприклад, депресію і залежність від опіоїдів справжнім "подвійним діагнозом" [22]. Між тим, відповідь на це запитання має не тільки академічний інтерес, оскільки від неї безпосередньо залежить терапевтична тактика [4, 8]. Потенційно цінну інформацію, щодо встановлення причинно-наслідкових зв'язків між патологічними станами, про які йдеться, можна було б одержати шляхом ретроспективного аналізу афективного стану хворих із залежністю від психоактивних речовин в їхньому наркологічному преморбіді. При цьому особливий інтерес представляють стійкі сполучення окремих афективних симптомів – зачатки майбутніх афективних розладів.

Найбільш природним способом класифікації за сукупностями ознак (в даному випадку – окремих афективних симптомів у наркологічному преморбіді) є кластерний аналіз.

Ось чому метою даного дослідження стала ретроспективна оцінка кластерної структури преморбідної афективної симптоматики в анамнезі хворих із залежністю від опіоїдів.

Об'єкт і методи дослідження. Методом структурованого інтерв'ю респондентів та їхніх матерів [6] було досліджено особистісний преморбідний

(відносно формування опіоманії) анамнез 270 хворих, залежних від опіоїдів, і 270 осіб без ознак будь-якої залежності. В процесі опитування визначались окремі симптоми депресії, а також їхні сполучення, що за діагностичними критеріями МКХ-10 [17] свідчили про наявність перенесених депресивних епізодів різного ступеню важкості, а також інших можливих афективних розладів. Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний та кластерний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003"[5].

Результати досліджень та їх обговорення. В основу цього дослідження було покладено гіпотезу про те, що окремі симптоми депресії в їхніх носіїв зустрічаються, переважно, не поодинокі, а утворюють більше, або менше стійкі сполучення – симптомокомплекси. Аналіз розподілу членів груп порівняння за кількістю симптомів депресивних розладів, наявних в їхньому особистісному анамнезі, підтвердив це припущення. (рис. 1).

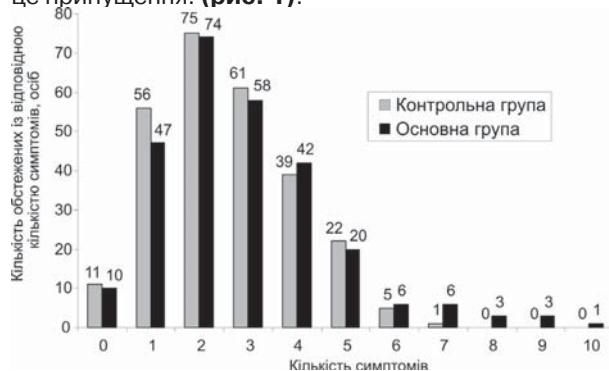


Рис. 1. Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за кількістю симптомів депресивних розладів, наявних їхньому особистому анамнезі.

Було встановлено, що і в основній і в контрольній групах особи з поодинокими симптомами депресії знаходяться в абсолютній меншості (47 та 56 осіб відповідно із загальної чисельності 270 осіб у кожній групі). Так само, в абсолютній меншості і в основній і в контрольній групах знаходяться особи без симптомів депресії (47 та 56 осіб відповідно).

При цьому, в обох групах порівняння найчастіше зустрічались особи з двома симптомами депресії одночасно (74 та 75 осіб відповідно), а далі, у порядку зменшення, з трьома (58 та 61 осіб відповідно), з чотирма (42 та 39 осіб відповідно), з п'ятьма (20 та 22 осіб відповідно), з шістьма (6 та 5 осіб відповідно) і з сьома симптомами депресії одночасно (6 та 1 осіб відповідно).

Серед членів основної групи (але не серед членів групи контрольної) зустрічались навіть особи з восьма (3 особи), дев'ятьма (3 особи) і десятьма (1 особа) симптомами депресії одночасно (**рис. 1**). Слід, однак, наголосити, що за цим винятком достовірних відмінностей поміж групами порівняння за частотою представленості осіб з різною кількістю симптомів депресії виявити не вдалося.

Не було також знайдено достовірних відмінностей поміж групами порівняння за частотою представленості осіб з різною кількістю симптомів депресії різних категорій (за МКХ-10) (**рис. 2**).

В обох групах порівняння найчастіше зустрічались особи без симптомів депресії категорії "А" (159 та 188 осіб в основній та контрольній групах відповідно), а також з будь-яким одним симптомом цієї категорії (111 та 82 осіб в основній та контрольній групах відповідно).

Так само в обох групах порівняння найчастіше зустрічались особи без симптомів депресії категорії "Б" (159 та 188 осіб в основній та контрольній групах відповідно), а далі, у порядку зменшення, з двома (75 та 45 осіб відповідно), з одним (33 та 37 осіб відповідно) та з трьома симптомами депресії категорії "Б" (3 та 0 осіб відповідно).

Нарешті в обох групах порівняння найчастіше зустрічались особи без симптомів депресії категорії "В" (172 та 200 осіб в основній та контрольній групах відповідно), а далі, у порядку зменшення, з двома (52 та 39 осіб відповідно), з одним (17 та 16 осіб відповідно), з чотирма (2 та 2 особи відповідно), з п'ятьма (6 та 1 особа відповідно), з шістьма (5 та 0 осіб відповідно) і з сьома симптомами депресії категорії "В" одночасно (2 та 0 осіб відповідно).

Як можна бачити (**рис. 1, 2**) усереднена оцінка сполучень симптомів депресії в анамнезі респондентів не виявила достовірних відмінностей поміж членами основної та контрольної груп порівняння.

З іншого боку, було показано [12], що в таких випадках для ретельного аналізу афективних розладів може бути з успіхом використаний кластерний аналіз. Це було зроблено для класифікації ознак, одержаних за допомогою різноманітних методик (шкали Гамільтона, Янга, Спілбергера-Ханіна тощо), однак немає жодних перешкод для аналізу засобами кластерного аналізу однорідних даних, щодо афективного статусу, наприклад, клінічних симптомів депресії за МКХ-10.

Тому для більш ретельного вивчення структури значених сполучень в групах порівняння було проведено їхній кластерний аналіз за ознакою сукупностей окремих симптомів депресії в анамнезі (**рис. 3, 4**).

Кластерний аналіз проводився з урахуванням рівної "діагностичної ваги" симптомів депресії різних категорій, при цьому найбільш деталізована і клінічно адекватна кластерна структура популяції формувалась тоді, коли "діагностична вага" симптому, приналежного до наступної ієрархічної категорії, була прийнята вдвічі меншою, ніж у попереднього симптому (один симптом категорії "А" дорівнює двом симптомам категорії "Б", а один симптом категорії "Б", в свою чергу, - дорівнює двом симптомам категорії "В").

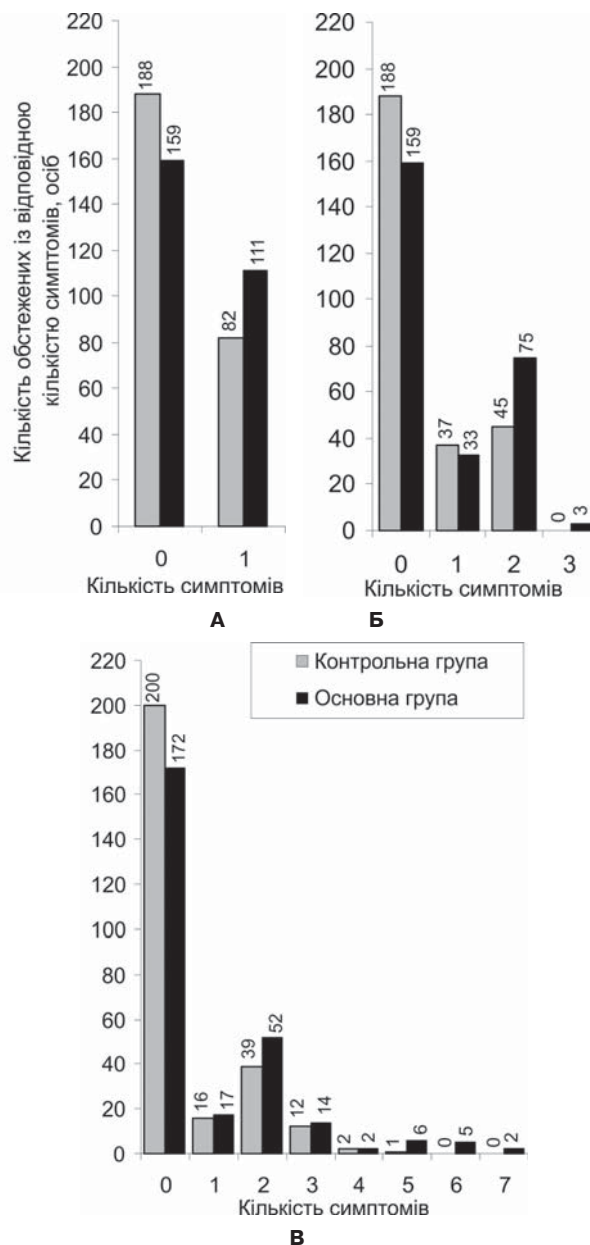


Рис. 2. Розподіл осіб, залежних від опіоїдів (основна група), і осіб без ознак залежності від психоактивних речовин (контрольна група) за кількістю симптомів депресивних розладів категорії "А", "Б" та "В", наявних їхньому особистому анамнезі.

Саме при такому співвідношенні "діагностичних ваг" симптомів депресії кластери першого рівня кластеризації відповідали клінічній класифікації МКХ-10: кластер А – відсутність депресивного епізоду в анамнезі; кластер В – легкий депресивний епізод, кластер С - депресивний епізод середньої важкості і, нарешті, кластер D – важкий депресивний епізод.

Навіть поверхневого погляду на **рис. 3 та 4** достатньо для того, що кластерна структура груп порівняння відрізняється одна від одної не тільки наявністю і кількістю кластерів і рівня кластеризації, що відповідають (як було вказано вище) рубрикам МКХ-10. Істотними є відмінності у структурі кожного з кластерів і рівня.

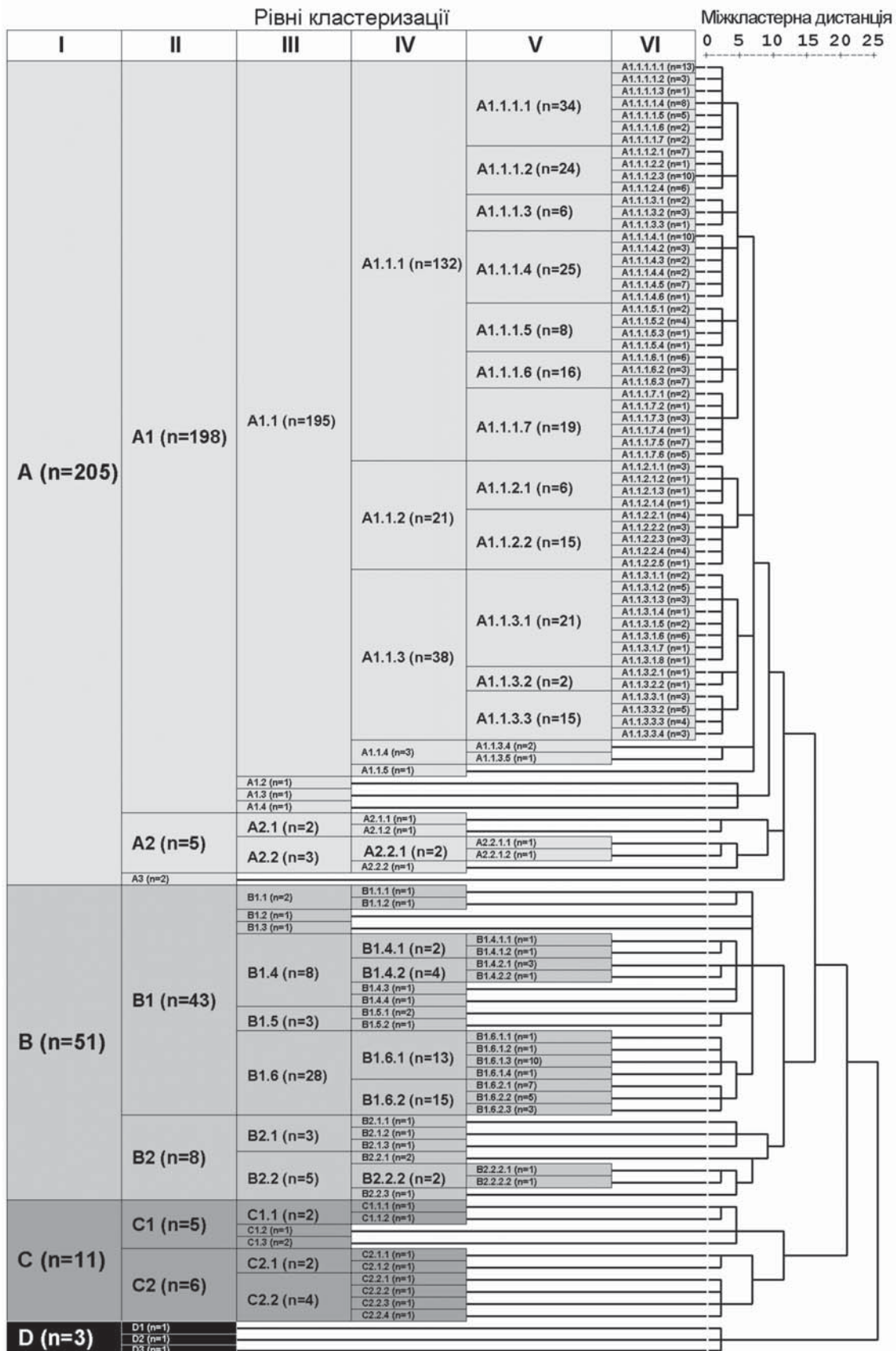


Рис.3. Дендрограма кластерної структури основної групи за наявністю та ступенем важкості депресивних розладів в анамнезі (скорочена версія, пояснення у тексті).

КЛІНІЧНА ТА ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

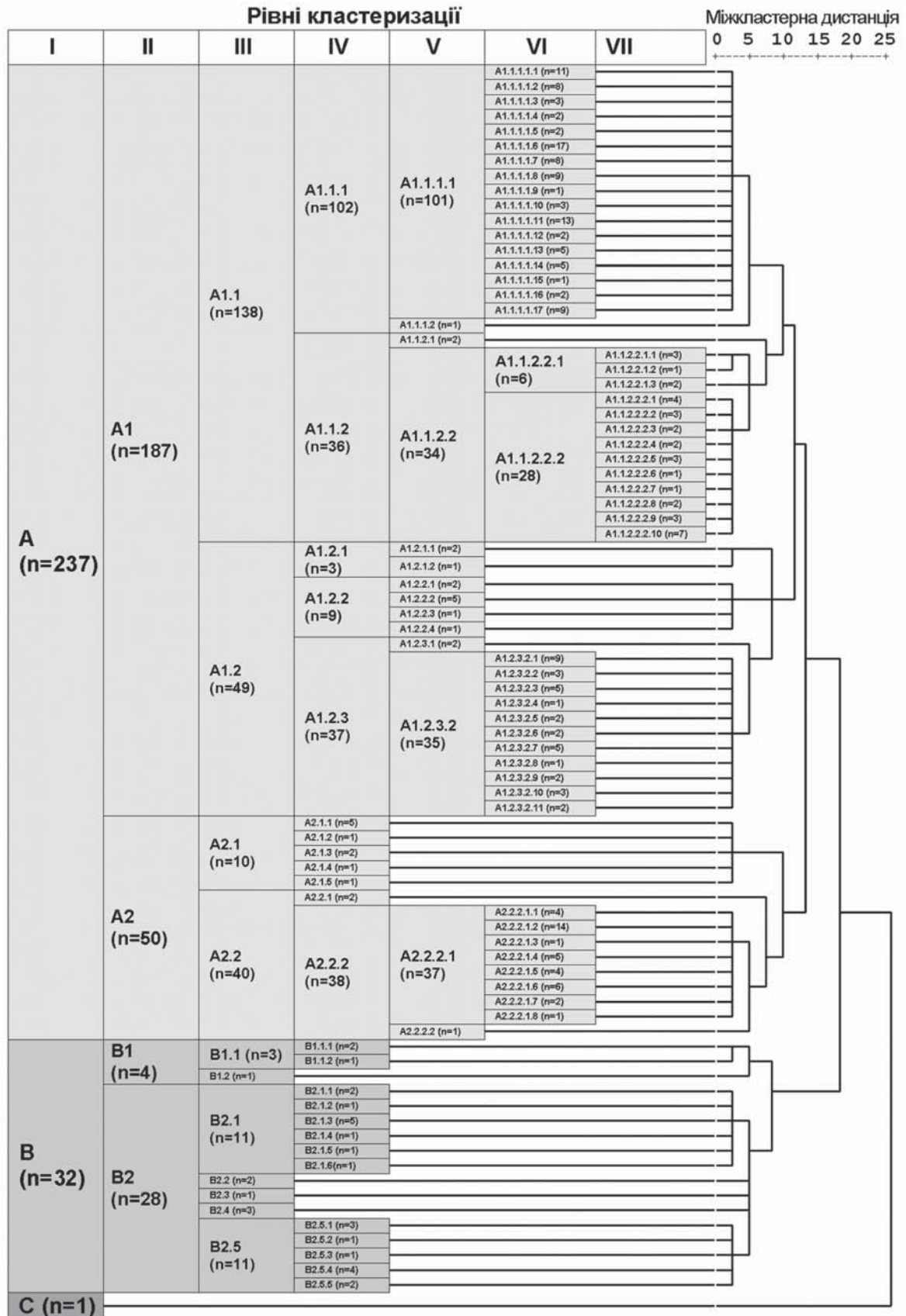


Рис. 4. Дендрограма кластерної структури контрольної групи за наявністю та ступенем важкості депресивних розладів в анамнезі (скорочена версія, пояснення у тексті).

Оскільки осіб з важким депресивним епізодом (кластер D) в контрольній групі не було, а депресивний епізод середньої важкості (кластер C) представлений в контрольній групі однією особою, варто зосередитись на особах, що мали легкий депресивний епізод в анамнезі (кластер B) і продовжити його серед осіб з окремими симптомами депресії, а також з їхніми елементарними сполученнями до нозологічного рівня (кластер A).

Кластер B (особи з легким депресивним епізодом в анамнезі) в основній групі є більш численним (n=51), ніж в контрольній групі (n=32) і має істотно складнішу структуру. Досить сказати, що в основній групі кластер B налічує 2 кластери другого рівня кластеризації, 8 кластерів третього рівня, 16 кластерів четвертого рівня і 13 кластерів п'ятого рівня кластеризації; в той час як в контрольній групі кластер B налічує 2 кластери другого рівня кластеризації, 7 кластерів третього рівня і 13 кластерів четвертого рівня (кластерів п'ятого рівня в контрольній групі немає).

На відміну від цього, кластер A (особи без депресивних епізодів в анамнезі) в основній групі є менш численним (n=205), ніж в контрольній групі (n=237) і має істотно менш складну структуру.

Так в основній групі кластер A налічує 3 кластери другого рівня кластеризації, 6 кластерів третього рівня, 9 кластерів четвертого рівня, 16 кластерів п'ятого рівня і 56 кластерів шостого рівня

кластеризації; в той час як в контрольній групі кластер A налічує лише 2 кластери другого рівня кластеризації, 4 кластери третього рівня і 12 кластерів четвертого рівня, 14 кластерів п'ятого рівня, 38 кластерів шостого рівня кластеризації і 13 кластерів сьомого рівня кластеризації. Звертає на себе увагу те, що в основній групі кластерів сьомого рівня взагалі не було.

Висновки.

1. Окремі симптоми депресії в особистому анамнезі осіб, залежних від опіоїдів, зустрічаються не поодинокі, а утворюють симптомокомплекси різного ступеню стійкості.

2. Кластерна структура основної та контрольної груп, за сукупностями симптомів депресії в анамнезі, є якісно відмінною, при цьому розмаїття (мірою якого є кількість рівнів кластеризації) в групі практично здорових осіб є вищою, а важкість нижчою, ніж в групі осіб, залежних від опіоїдів.

Перспективи подальших досліджень. Методом структурованого інтерв'ю респондентів та їхніх матерів планується подальше дослідження преморбідного (відносно формування опіоманії) анамнезу 270 хворих, залежних від опіоїдів, і 270 осіб без ознак будь-якої залежності. Здійснення кроскореляційного аналізу отриманих даних.

Список літератури

1. Баскакова Е.Б. Особенности эмоциональной сферы у больных опийной и эфедроновой наркоманией. / Е.Б.Баскакова, О.Г.Валаева – Сборник научных трудов. – Москва: Медицина, 1991. – С. 13 – 15.
2. Благов Л.Н. Эмоциональные расстройства в клинике опийной наркомании. / Л.Н. Благов – Сб. Материалы международной научной конференции. – Гродно, 1993. – С. 303 – 302.
3. Вельтищев Д.Ю. Расстройства депрессивного спектра у больных наркоманиями (клинико-патогеническое исследование). / Д.Ю.Вельтищев, Ю.М.Гуревич, Н.А.Еращенко, О.Ф.Серавина – Ж.: Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – т.2. – № 4. – С. 54 – 60.
4. Ковальчук А.И. Причины возникновения наркомании и возможности ее лечения. / А.И. Ковальчук – Харьков: Бриг, 1998. – 85 с.
5. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико – биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. – К.: Моріон, 2000 – 320 с.
6. Мерфи Э.А. Основы медико – генетического консультирования. / Э.А.Мерфи, Г.А.Чейз – Москва: Медицина, 1979. – 389 с.
7. Морозов Г.В. Морфинизм. / Г.В.Морозов, М.Н.Боголепов – Москва: Медицина, 1984. – 176 с.
8. Найденова Н.Г. Аффективные нарушения у больных опийной наркоманией и методы их коррекции / Н.Г.Найденова, А.Ф.Радченко, А.В.Степанов – Сб.: Актуальные вопросы наркологии. – Москва: Медицина, 1990. – С. 215 – 217.
9. Пятницкая И.Н. Наркомании. / И.Н.Пятницкая – Москва: Медицина, 1994. – 541 с.
10. Рохлина М.Л. Аффективные нарушения у больных полинаркоманиями и их роль в возникновении рецидивов заболевания. / М.Л.Рохлина, А.Г.Врублевский – Ж. Вопросы наркологии. – 1999. – № 1. – С. 34 – 38
11. Рохлина М.Л. Психические расстройства у больных, злоупотребляющих самодельными опиями. / М.Л.Рохлина, Т.А.Киткина, Л.Н.Благов – Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1996. – №4. – С. 42 – 45.
12. Самойлова Е.С. Кластерный анализ популяции больных, зависимых от опиоидов и психостимуляторов кустарного изготовления по результатам комплексного психодиагностического исследования / Е.С.Самойлова. – Український медичний альманах. – 2005. – Том 8, – №4 (додаток). – С.223-224.
13. Сосин И.К. Алкогольная тревога. / И.К.Сосин, Е.Ю.Гончарова, Ю.Ф.Чуев – Харьков: Коллегиум, 2008. – 732 с.
14. Сосин И.К. Героиновая наркомания / И.К.Сосин, Ю.Ф.Чуев – Харьков: Полиграфсервис, 2002. – 147 с.
15. Сосин И.К. Депрессивные состояния как проблема наркологии и суицидологии / И.К.Сосин, Ю.Ф.Чуев, О.В.Друзь – Архів психіатрії. – 2003 – Т.9. – № 1 (32). – С.92 – 96.
16. Трайнина Е.Г. Аффективные расстройства и аутоагрессивные тенденции в клинике неалкогольных наркоманий / Е.Г.Трайнина – Труды Московского НИИ психиатрии – Москва: Медицина, 1982. – т. 92. – с. 195 – 203.
17. Чуркин А.А. Краткое руководство по использованию МКБ – 10 в психиатрии и наркологии / А.А.Чуркин, А.Н.Мартышов – Москва: Триада – X, 2002. – 232 с.
18. Darke S. Patterns of major depression and drug – related problems amongst heroin users across 36 months / S. Darke, K. Mills, M. Teesson, J. Ross, A. Williamson, A. Havard – Psychiatric Researches. – 2009. – Mar. 31. – P. 7 – 14.

19. Diekhof E.K. Functional neuroimaging of reward processing and decision – making: a review of aberrant motivational and affective processing in addiction and mood disorders. / E.K. Diekhof, P.Falkai, O.Gruber – Brain Researches Review. – 2008. – Vol.59(1). – P.164 – 184.
20. Havard A. Depression among heroin users: 12 – Month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) / A.Havard, M.Teesson, S.Darke, J.Ross – Journal of Substance Abuse Treatment. – 2006. – Vol.4. – P. 355 – 362.
21. Lai J.H. Association study of polymorphisms in the promoter region of DRD4 with schizophrenia, depression, and heroin addiction. / J.H. Lai, Y.S. Zhu, Z.H. Huo, R.F. Sun, B.Yu, Y.P.Wang, Z.Q.Chai, S.B.Li – Brain Researches. – 2010. – Vol. 4. – P. 227 – 232.
22. Maremmani I. The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: should depression be considered a 'dual diagnosis'? / I.Maremmani, M.Pacini, P.P.Pani, G.Perugi, J.Deltito, H.Akiskal – Annales of General Psychiatry. – 2007. – Vol. 13. – P.6 – 31.
23. Mirin S.M. Affective illness in substance abusers / S.M.Mirin, R.D.Weiss – Psychiatry in. Clinics of North America. – 1996. – Vol.9. – № 4. – P.503 – 504.
24. Paton S. Depressive mood and adolescent drug abuse. / S.Paton, R.Kessler, D.V.Kandel – American Journal of Psychopathology. – 1995. – №15. – P. 7 – 38.
25. Renthall W. Chromatin regulation in drug addiction and depression / W. Renthall, E.J.Nestler – Dialogues of Clinical Neuroscience. – 2009. – Vol. 11(3). – P.257 – 68.
26. Stefanic C.N. Comorbidity of depression and substance abuse / C.N.Stefanic, A.Kokkevi – European Journal of Neuropsychopharmacology. – 1992. – Vol. 2. – №7. – P. 206 – 207.

УДК 616.89-008.441.13:362.147-036.22

КЛАСТЕРНАЯ СТРУКТУРА ПРЕМОРБИДНОЙ АФФЕКТИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ В АНАМНЕЗЕ ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ

Друзь О.В.

Резюме. Цель работы - ретроспективная оценка кластерной структуры преморбидной аффективной симптоматики в анамнезе больных с зависимостью от опиоидов. Методом структурированного интервью респондентов и их матерей исследован преморбидный (относительно формирования опиомании) анамнез 270 больных, зависимых от опиоидов, и 270 лиц без признаков какой-либо зависимости. Определена кластерная структура преморбидной аффективной симптоматики. Установлено, что кластерная структура популяции здоровых лиц и лиц, зависимых от опиоидов, по совокупностям симптомов депрессии в анамнезе, качественно различна. При этом разнообразие донозологической депрессивной симптоматики (мерой которого является количество уровней кластеризации) среди практически здоровых лиц выше, а тяжесть ниже, чем у лиц, зависимых от опиоидов.

Ключевые слова: зависимость от опиоидов, анамнез, аффективные расстройства, кластерная структура симптоматики.

УДК 616.89-008.441.13:362.147-036.22

КЛАСТЕРНА СТРУКТУРА ПРЕМОРБІДНОЇ АФЕКТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ В АНАМНЕЗІ ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПІОЇДІВ

Друзь О.В.

Резюме. Мета роботи - ретроспективна оцінка кластерної структури преморбідної афективної симптоматики в анамнезі хворих із залежністю від опіоїдів.

Методом структурованого інтерв'ю респондентів та їхніх матерів досліджено преморбідний (відносно формування опіоманії) анамнез 270 хворих, залежних від опіоїдів, і 270 осіб без ознак будь-якої залежності. Визначено кластерну структуру преморбідної афективної симптоматики в анамнезі хворих, залежних від опіоїдів.

Встановлено, що кластерна структура популяції здорових осіб і осіб, залежних від опіоїдів, за сукупностями симптомів депресії в анамнезі, є якісно відмінною, при цьому розмаїття депресивної симптоматики донозологічного рівня (мірою якого є кількість рівнів кластеризації) серед практично здорових осіб є вищим, а важкість – нижчою, ніж в групі осіб, залежних від опіоїдів.

Ключові слова: залежність від опіоїдів, анамнез, афективні розлади, кластерна структура симптоматики.

UDC 616.89-008.441.13:362.147-036.22

Cluster Structure Of Premorbid Affective Symptomatology In Anamnesis Of Opioid Addicted Persons

Druz' O.V.

Summary. The work purpose is retrospective estimation of cluster structure of premorbid affective symptomatology in the anamnesis of opioid addicted persons. The premorbid (concerning formation of opioid addiction) anamnesis of 270 opioid addicts, and 270 persons without signs of any dependence is investigated by a method of the structured interview of respondents and their mothers. The cluster structure of premorbid affective symptomatology was revealed.

It is established, that cluster structure of population of healthy persons and opioid addicted persons, on sets of symptoms of depression in the anamnesis, it is qualitatively various. Thus a variety prenosological depressive symptomatology (which measure is the quantity of the clustering levels) among practically healthy persons is higher, and its weight is lower, than in opioid addicted persons.

Key words: opioid dependence, the anamnesis, affective disorders, cluster structure of symptomatology.

Стаття надійшла 16.06.2011 р.