

УДК 616.89-008.41-02.616.89-008.441.3]039.5-092 А. З. ГРИГОРЯН

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ПОЛІНАРКОМАНІЮ

Запорізький державний медичний університет

Проаналізовано клініко-психологічну структуру емоційних порушень у хворих на полінаркоманію (опіюди, канабіноїди, алкоголь, тютюн). Встановлено домінуючі емоції, визначено рівні реактивної та особистісної тривожності. Описано специфічний наркоманічний дефект за ознакою емоційних порушень, до якого входять, окрім формування тривожної особистості, емоційна диссоціація та спотворення самосприйняття адекватного емоційного стану.

Ключові слова: адикція, полінаркоманія, емоційні порушення, психоактивні речовини.

У ХХІ ст. спостерігається зростання залежності від психоактивних речовин (ПАР) та коморбідної до неї психопатології. Частка осіб, що страждають на адиктивну патологію, становить понад 7% населення планети. Таким чином, залежність від ПАР та коморбідні розлади сьогодні є актуальною проблемою сучасного суспільства, що призводить до значних медичних, соціально-демографічних та економічних втрат держави [1, 2].

Афективні порушення — найбільша складова коморбідної адиктивної патології, вони є провокуючим чинником початку і підтримки

наркотизації, наріжним каменем наркотичної залежності, на який згодом нашаровується притаманний залежності гедонічний компонент. Значна частина афективних порушень має розглядатися як ускладнення прийому ПАР, бо патогенетично є спровокованою їхнім впливом на нервову систему (внаслідок прямого токсичного впливу ПАР та опосередкованого — через переформування особистості хворого) [3].

Питання входження емоційної сфери до структури адиктивної патології найчастіше розглядається у контексті терапії та психореабілітації.

Емоційний елемент є невід'ємною складовою досягнення комплаєнсу лікування ПАР, оскільки хворі часто не конгруентні до нього через небажання відмовитись від ейфоризації та побоювання депресивних наслідків припинення вживання ПАР, не здатні утриматися в корекційних рамках через емоційну нестабільність і невірноваженість [3, 4].

Таким чином, визначення особливостей емоційних порушень у хворих, залежних від ПАР, дасть змогу не лише більш прицільно спрямувати корекційні заходи на їх купірування, а й досягти комплаєнсу терапії адиктивної залежності в цілому.

Мета дослідження — виявити та проаналізувати клініко-психологічну структуру емоційних порушень у хворих на полінаркоманію (опіоїди, канабіноїди, алкоголь, тютюн).

У рамках дослідження, проведеного на базі КУ «Обласний клінічний наркологічний диспансер» Запорізької обласної ради, було обстежено 100 хворих на полінаркоманію. Вибірку сформовано згідно з критеріями відбору контингентів дослідження. У всіх хворих спостерігалось постійне вживання опіоїдів та тютюну, епізодичне — алкоголю, канабіноїдів, а тривалість захворювання варіювала від 5 до 15 років. Ці хворі становили основну групу дослідження, середній вік пацієнтів у якій дорівнював $31 \pm 0,52$ року.

До групи порівняння увійшли 40 умовно здорових осіб, які не мали клінічно окресленої психічної патології та проявів залежності. Середній вік обстежених у групі становив $30 \pm 0,61$ року.

У дослідженні використовувалися анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний методи [5, 6]. Психодіагностичний метод включав «Шкалу диференційних емоцій» (ШДЕ) К. Ізарда в адаптації А. Б. Льюнової; методику діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера в модифікації Ю. Л. Ханіна.

Статистичні розрахунки виконано за допомогою методів клінічної, описової та математичної статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M(s)$, стандартизована помилка середнього $M \pm m$, коефіцієнт кореляції r , t -критерій Стюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності p).

Дослідження, проведене за допомогою тесту ШДЕ, дало змогу виявити гіпертимну акцентуацію у більшості пацієнтів основної групи (88 (88,0%) хворих), гіпотимна акцентуація спостерігалася у 4 (4,0%) хворих, 8 (8,0%) обстежених не мали яскраво вираженого зсуву емоційної акцентуації.

Проте слід зазначити, що наявний у багатьох хворих основної групи гіпертимний зсув в емоційному стані був більший (показник самопочуття K дорівнює $1,70 \pm 0,06$) за показники обстежених групи порівняння ($K = 1,58 \pm 0,06$) ($t_{\text{Емп}} = 1,4$, $p \geq 0,05$). При цьому звертала на себе увагу структура емоційного стану обстежених (рис. 1).

Так, в усіх пацієнтів домінуючими переживаннями в емоційному стані під час обстеження були цікавість ($7,26 \pm 0,26$ бала), у 92 (92,0%) — радість ($7,07 \pm 0,27$ бала), 78 (78,0%) хворих відчували провину перед родичами та близькими ($5,92 \pm 0,23$ бала). Подив ідентифікували у структурі власного емоційного стану 62 (62,0%) пацієнти, його показник дорівнював $5,13 \pm 0,25$ бала. Сором відчували 30 (30,0%) обстежених на рівні $5,2 \pm 0,33$ бала, при цьому майже у всіх випадках він спостерігався поряд із відчуттям вини; проте ці відчуття не мали кореляційної залежності ($r = +0,27$). У 42 (42,0%) хворих відзначалося відчуття горя на рівні $4,86 \pm 0,14$ бала; у 38 (38,0%) — гніву ($4,74 \pm 0,32$ бала) та відрази ($4,74 \pm 0,21$ бала); презирство на рівні $4,50 \pm 0,25$ бала спостерігалось у 28 (28,0%) хворих, страх на рівні $4,70 \pm 0,36$ бала у 14 (14,0%).

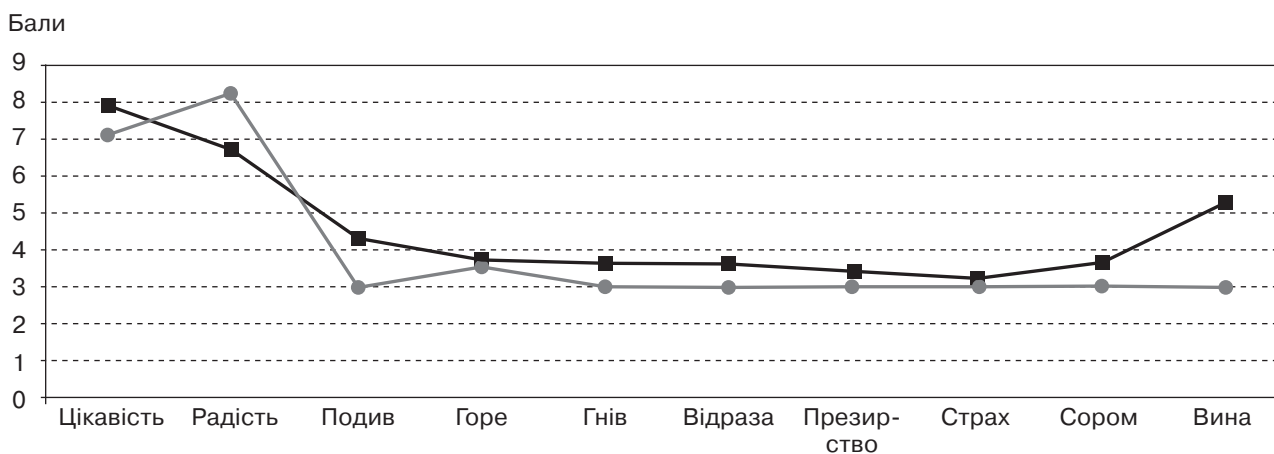


Рис. 1. Структура емоційного стану обстежених за середніми показниками основної групи і групи порівняння: —■— основна група, —●— група порівняння

При цьому в основній групі відчуття радості не мало кореляційних залежностей від негативних почуттів, зокрема горя ($r = +0,01$), тоді як у групі порівняння спостерігався обернено пропорційний зв'язок ($r = -0,77$). Це може свідчити про штучно (хворобливо) набуте відчуття радості (внаслідок прийому наркотичної речовини та ураження емоційної сфери) при його диссоціації з іншими почуттями в структурі емоційного стану хворих основної групи. Так, 34 (34,0%) із них одночасно відчували і радість, і горе, що може говорити про певну амбівалентність, спровоковану прийомом ПАР, або втрату здатності до адекватної ідентифікації вектора емотивності (специфічна диссоціація, спотворення самосприйняття адекватного емоційного стану).

Результати обстеження контингентів за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна показано на рис. 2. Між рівнями реактивної та особистісної тривожності в обстежених обох груп установлено прямо пропорційну кореляційну залежність: при зростанні особистісної тривожності підвищувалася реактивна, втім в основній групі кореляційна залежність була більш слабкою на відміну від групи порівняння ($r = +0,68$ та $+0,74$ відповідно). При цьому звертали на себе увагу достовірно підвищені показники як реактивної, так і особистісної тривожності у хворих основної групи, ніж у групі порівняння (рис. 2).

Так, в основній групі середній рівень реактивної тривожності досягав $35,52 \pm 1,05$ бала, що відповідає помірному ступеню, тоді як у групі порівняння — $21,6 \pm 0,82$ бала, що свідчить про низьку реактивну тривожність ($t_{\text{Емп}} = 8, p \leq 0,01$). В основній групі у 24 (24,0%) хворих відзначався низький рівень реактивної тривожності, у 76 (76,0%) — помірний. У групі порівняння 38 (95,0%) осіб мали низький рівень реактивної тривожності, 2 (5,0%) — середній.

Середній рівень особистісної тривожності у пацієнтів основної групи дорівнював $53,72 \pm 1,03$ бала, що відповідає високій тривожності, в обстежених групі порівняння — помірний — $33,05 \pm 1,43$ бала ($t_{\text{Емп}} = 11,1, p \leq 0,01$).

При цьому в основній групі у 10 (10,0%) хворих визначалася помірна особистісна тривожність, у решти — висока. У групі порівняння 28 (70,0%) осіб мали низький рівень особистісної тривожності, 10 (25,0%) — помірний, у 2 (5,0%) обстежених спостерігався високий рівень.

Значно підвищений рівень особистісної тривожності (до рівня високої тривожності) визначався в усіх пацієнтів основної групи, що може вказувати на хронічний особистісний конфлікт та/або тривожний напрям перебудови особистості хворого внаслідок впливу ПАР. Особистісна тривожність була значно вищою за реактивну,

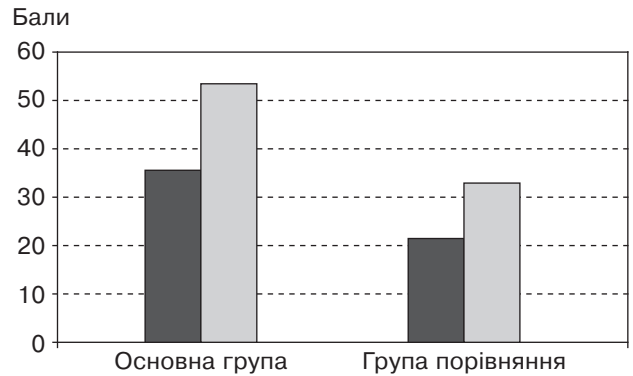


Рис. 2. Рівні реактивної та особистісної тривожності в обстежених основної групи, групи порівняння: ■ реактивна тривожність; □ особистісна тривожність

незважаючи на пряму кореляційну залежність між ними, що може свідчити про відсутність психотравмуючих ситуацій або інший шлях відреагування на них (неадекватно підвищеним настроєм або дисфоричними спалахами, які були зафіксовані під час клініко-психопатологічного дослідження).

Проведене дослідження дало змогу визначити клініко-психологічну структуру емоційних порушень у хворих на полінаркоманію, яка продемонструвала диссоціацію емоцій, спотворений емоційний відгук та переформування особистості пацієнтів за рахунок ураження емоційної сфери.

В усіх хворих на полінаркоманію був неадекватно підвищений настрій на тлі його диссоціації з іншими почуттями в структурі емоційного стану. Можна говорити про наявність певної амбівалентності, спровокованої прийомом ПАР, в однієї третини хворих на полінаркоманію та втрату здатності до адекватної ідентифікації вектора емотивності (специфічну диссоціацію, спотворення самосприйняття адекватного емоційного стану).

Майже в половині випадків у хворих на полінаркоманію відчуття вини доповнювалося соромом, проте вони не мали кореляційної залежності. В усіх хворих на полінаркоманію встановлено значно підвищений рівень особистісної тривожності на тлі помірного рівня реактивної тривожності, що свідчить про хронічний особистісний конфлікт та/або перебудову у напрямі формування тривожної особистості. Таким чином, можна говорити про специфічний наркоманічний дефект за ознакою емоційних порушень, в структуру якого, окрім формування тривожної особистості, входить емоційна диссоціація та спотворення самосприйняття адекватного емоційного стану.

Наявні розлади можуть бути як наслідком уживання ПАР, так і провокуючим чинником початку та продовження наркотизації, що вказує на потребу першочергової корекції емоційного стану у хворих на полінаркоманію в рамках терапії залежності.

Список літератури

1. *Линский И. В.* Актуальные тенденции распространения зависимости от психоактивных веществ в Украине / И. В. Линский, А. И. Минко, Э. Б. Первомайский // Наркология.— 2005.— № 4.— С. 12–17.
2. Наркоманія: проблеми, особливості, попередження / В. В. Шаповалов, М. М. Халін, В. О. Шаповалова, О. І. Мінко // Укр. вісн. психоневрології.— 2002.— Т. 10, вип. 1.— С. 200–204.
3. *Григорян А. З.* Електросудомна терапія у лікуванні афективних розладів у хворих із залежністю від психоактивних речовин / А. З. Григорян // Укр. науково-медичний молодіжний журн.— 2013.— № 3 (72).— С. 79–80.
4. *Григорян А. З.* Афективні розлади як мішень впливу в лікуванні хворих із залежністю від психоактивних речовин / А. З. Григорян, А. М. Столяренко // Інноваційні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVI Платонівські читання): матер. наук.-практ. конф.— Х., 2013.— С. 28.
5. *Елисеєв О. П.* Дифференціальні шкали емоцій (по К. Изарду) / О. П. Елисеєв // Практикум по психології особистості.— СПб., 2003.— С. 226–227.
6. *Ильин Е. П.* Эмоции и чувства / Е. П. Ильин.— СПб.: Питер, 2001.— 752 с.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ

А. З. ГРИГОРЯН

Проанализирована клинично-психологическая структура эмоциональных нарушений у больных полинаркоманией (опиоиды, каннабиноиды, алкоголь, табак). Установлены доминирующие эмоции, определены уровни реактивной и личностной тревожности. Описан специфический наркоманический дефект по признаку эмоциональных нарушений, в который входят, кроме формирования тревожной личности, эмоциональная диссоциация и искажение самовосприятия адекватного эмоционального состояния.

Ключевые слова: аддикция, полинаркомания, эмоциональные нарушения, психоактивные вещества.

CLINICAL PSYCHOLOGICAL STRUCTURE OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH POLY-DRUG ADDICTION

A. Z. GRYGORIAN

The article presents the analysis of clinical psychological patterns of emotional disorders in patients with poly-drug addiction (opioids, cannabinoids, alcohol, tobacco). Dominant emotions were determined; certain levels of state and trait anxiety were revealed. Specific drug-defect on the basis of emotional disorders, the structure of which, in addition to formation of anxiety personality, includes specific emotional dissociation and distortion of perception of adequate emotional state was described.

Key words: addiction, poly-drug addiction, emotional disorders, psychoactive substances.

Надійшла 20.05.2014